

# 10<sup>o</sup>

# FEPEG FÓRUM

ENSINO • PESQUISA  
EXTENSÃO • GESTÃO  
RESPONSABILIDADE SOCIAL: INDISSOCIABILIDADE  
ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA



ISSN 1806-549 X

Autor(es): PATRICIA DE SOUSA FERNANDES QUEIROZ, MÁRCIA GRISOTTI

## Entraves para a capilarização da humanização pelos consultores da Política Nacional de Humanização

### Resumo

O objetivo da pesquisa foi verificar junto aos consultores da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde (PNH) os possíveis entraves para a capilarização da humanização no território brasileiro. Este estudo possui uma abordagem qualitativa e caráter exploratório-descritivo, para o tratamento dos dados foi realizada a Análise de Conteúdo proposta por Bardin. Foi concluído que a cultura autoritária e o poder biomédico são alguns dos entraves para a incorporação de práticas humanizadas nos serviços de saúde, além disso, são também fatores que contribuem para a manutenção de relações hierarquizadas e para o enfraquecimento da democratização institucional.

**Palavras-chave:** humanização; assistência à saúde; entrave

### Introdução

Em um país como o Brasil, com profundas desigualdades socioeconômicas, permanecem vários desafios na saúde, como a ampliação do acesso com qualidade aos serviços e aos bens de saúde e a ampliação do processo de co-responsabilização entre trabalhadores, gestores e usuários nos processos de gerir e de cuidar. Como estratégia de enfrentamento destes problemas, foi criada em 2003 a PNH cujos valores norteadores são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2012).

Justo (2010) ressalta que as iniciativas de reorientação das práticas em saúde na busca por uma atenção integral, mais horizontal e que contemple a complexidade das dimensões biológicas, sociais e subjetivas no cuidado em saúde não são simples de serem operadas. Além disso, afirma que alguns dos primeiros desafios que podem ser apontados para operacionalização das propostas de um cuidado humanizado se referem à banalização e fragilidade do tema da humanização e à fragmentação das práticas ligadas a diferentes programas de humanização.

Dessa forma, o objetivo deste trabalho foi verificar junto aos consultores da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde (PNH) os possíveis entraves para a capilarização da humanização no território brasileiro.

### Metodologia

Para esta pesquisa foi utilizada uma abordagem qualitativa dos dados, sendo o estudo de caráter exploratório-descritivo. Os sujeitos da pesquisa foram consultores da PNH - profissionais contratados pelo Ministério da Saúde e que são responsáveis pelo apoio institucional através da divulgação e sensibilização para implantação da PNH no Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>1</sup>. Para a coleta de dados foi utilizada uma entrevista semi-estruturada que foram gravadas na forma de áudio e transcritas na íntegra. Para o tratamento dos dados gerados através das entrevistas foi realizada a Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2011).

### Resultado e discussão

Durante as entrevistas realizadas com os consultores da PNH fora questionado sobre os problemas enfrentados por eles para a capilarização da referida política no território nacional. Como resposta, o *Consultor 1* mencionou que

*(...) o poder médico ainda é muito forte pra discutir clínica ampliada, trabalho em equipe, ainda é muito forte, então isso é um desafio, isso é um obstáculo. (...) Pra outro modelo de cuidado ainda há um poder muito médico, ainda somos muito médico-centrados, apesar do Saúde da Família estar sempre enfatizando a equipe e tal. Ainda temos toda uma tradição, tanto o usuário que demanda o médico e que não quer conversar com o enfermeiro, que não quer*

<sup>1</sup> Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Funorte: nº 776.323/2014

# 10<sup>o</sup>

# FEPEG FÓRUM

ENSINO • PESQUISA  
EXTENSÃO • GESTÃO

RESPONSABILIDADE SOCIAL: INDISSOCIABILIDADE  
ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA



ISSN 1806-549 X



*conversar com o agente comunitário quando tá com uma necessidade de saúde quanto as próprias pessoas da equipe, né, que se mantém numa relação muito hierarquizada, verticalizada, colocando o médico lá em cima e os demais profissionais lá embaixo.*

De acordo com Campos (2003) a Medicina ainda exerce um importante controle social sobre a maioria das pessoas. No entanto, percebe-se um grau cada vez maior de alienação, afastamento, desinteresse dos seus agentes em relação aos sujeitos que dependem de seus cuidados, além de uma fixação em procedimentos técnicos padronizados, dificuldade para escutar queixas e de comunicar qualquer coisa além da sequência automática de procedimentos. Apesar disso, ainda é grande a capacidade da Medicina de influenciar o imaginário social. O autor supõe que essa importância e influência podem estar relacionadas à articulação da clínica com a mídia e com o complexo médico-industrial e também pela sua função social de adversários da morte e do sofrimento, mesmo que, muitas vezes, pautada em uma clínica degradada.

De acordo com Foucault (2013), no final do século XVIII as comunidades religiosas perdem espaço na organização hospitalar e o médico se torna o principal responsável pela disciplina e organização dos hospitais. Essa inversão das relações hierárquicas no hospital, a tomada do poder pelo médico, se manifesta no ritual da visita, desfile quase religioso de toda a hierarquia do hospital: assistentes, alunos, enfermeiras etc. Essa codificação ritual da visita, que marca o advento do poder médico, é encontrada nos regulamentos de hospitais do século XVIII, em que se diz onde cada pessoa deve estar colocada, que o médico deve ser anunciado com uma sineta, que a enfermeira deve estar na porta com um caderno nas mãos e deve acompanhar o médico quando ele entrar etc. (FOUCAULT, 2013, p 187).

De acordo com Tesser (2009) o comum autoritarismo médico pode ser interpretado como uma herança cultural e psicossocial enraizada no próprio proceder médico, talvez amplificada pela subcultura médica do hospital, o qual é, nitidamente, autoritário desde seu nascimento enquanto instituição médica. Afirma ainda que o aprendizado da clínica nos hospitais foi e continua sendo uma força importante no “processo pedagógico-iniciático”, uma vez que a permanência durante vários anos de formação numa instituição autoritária são essenciais para a introjeção da arrogância e do autoritarismo em muitos médicos.

Tal trajetória de relacionamento da biomedicina com a sociedade torna plausível a hipótese de que haja uma forte influência do ambiente macropolítico para o ambiente microssozial da clínica, por meio do processo que permite a manutenção permanente e renovada da arrogância-autoritarismo, atualizando essa característica e sustentando um *habitus* profissional em parte da corporação, no sentido de Bourdieu (TESSER, 2009).

Assim sendo, Ceccim e Feuerwerker (2004) consideram que a formação médica não pode ter como referência apenas a busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos. Deve buscar, além disso, desenvolver condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência na formulação de políticas do cuidado.

Além do entrave do poder biomédico, *Consultor 2* também menciona que a nossa tradição autoritária e a nossa base cultural escravocrata é um obstáculo para se discutir democracia institucional. “(...) *tem uma cultura escravocrata, essa cultura ‘alguém tem que me servir e fazer aquilo que eu quero, que eu mando’.* Nós vemos muito isso na gestão, seja gestores de unidade, seja gestores prefeitos, seja gestores secretários de saúde, com essa tradição muito autoritária” (*Consultor 2*). *Consultor 3* reitera ao mencionar que

*(...) tá ficando fora de moda manter esse autoritarismo, tem que abrir esses espaços porque nós estamos vivendo no Brasil um processo de democratização, estamos aprendendo, né! Porque a ditadura militar e toda essa história nossa de colonização, com poucos momentos de mais luta e democracia... Então é muito aprendizado e com isso a gente aprendeu a ser autoritário nas escolas, na família, na vida toda. E uma luta pra gente mesmo mudar essa postura. Mas o que vai fazer mudar? É abrir espaços de diálogo, de conversa, de reflexão, é só por meio disso que a gente consegue... não é por meio de imposição, não tem como você impor (*Consultor 3*).*

Rios (2009) afirma que existe na área da saúde uma violência institucional decorrente da falta de sensibilidade e de valores humanísticos que produz, conseqüentemente, relações sociais marcadas pela sujeição dos indivíduos. Diante de uma cultura institucional de violência, a humanização surge como uma resposta espontânea a um estado de tensão, insatisfação e sofrimento tanto dos profissionais de saúde quanto dos pacientes. A autora considera que a discussão da humanização tornou-se tão relevante para a transformação dos serviços públicos de saúde que o próprio Ministério da Saúde criou a PNH com foco na mudança da cultura institucional e dos processos de gestão e organização do trabalho. Contudo, como pode ser percebido na realidade dos serviços de saúde e na própria fala dos consultores, a PNH, embora seja uma ferramenta precípua para defesa do SUS, ainda precisa ser fortalecida nos diferentes espaços

# 10<sup>o</sup>

# FEPEG FÓRUM

ENSINO • PESQUISA  
EXTENSÃO • GESTÃO

RESPONSABILIDADE SOCIAL: INDISSOCIABILIDADE  
ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA



ISSN 1806-549 X

para fomentar não só nos trabalhadores de saúde, em geral, mas também nos gestores um modo mais reflexivo e cogido de produzir saúde.

## Considerações finais

Os resultados encontrados neste estudo nos permitiu inferir que apesar do potencial transformador das práticas de atenção e gestão que a PNH oferece para a consolidação do SUS, a sua efetivação ainda enfrenta grandes desafios, uma vez que a lógica hegemônica de produção de saúde encontra-se alicerçada num modelo autoritário, em que os poderes instituídos demasiadamente engessados não favorecem a autonomia e o protagonismo dos sujeitos nem tampouco a democratização institucional.

## Referências

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011, 279p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Educação à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: documento base gestores e trabalhadores do SUS. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CAMPOS, G. W.S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003, 185p.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L.C.M.. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 41- 65, 2004.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 7ªed. Rio de Janeiro: Ed Forense Universitária, 2013.

JUSTO, Adriana Maiarotti. A humanização como diretriz reorganizativa da política e das práticas em saúde. **Sociedade em Debate**, v. 16, n. 1, p. 139-154, 2010.

PASCHE, D. F. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. **Interface**, v. 13, supl. 1, p. 701-708, 2009.

RIOS, I. C. **Caminhos da Humanização na Saúde**: prática e reflexão. São Paulo: Ed Áurea, 2009.

TESSER, C. D. Três considerações sobre a “má medicina”. **Comunic., Saude, Educ**, v.13, n.31, p.273-86, 2009.