

PRAIAVERMELHA

Estudos de Política e Teoria Social

PERIÓDICO CIENTÍFICO
DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM SERVIÇO SOCIAL DA UFRJ

POLÍTICAS SOCIAIS
PADRÕES, TENDÊNCIAS E DESAFIOS

**UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO DE JANEIRO**

REITOR

Roberto Leher

PRÓ-REITORA DE

PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA

Leila Rodrigues da Silva

ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL

DIRETORA

Andréa Teixeira

VICE-DIRETORA

Sheila Backx

DIRETORA ADJUNTA DE PÓS-GRADUAÇÃO

Rosana Morgado

REVISTA PRAIA VERMELHA

*(Para os membros da Equipe Editorial
pertencentes à Escola de Serviço Social
da UFRJ o vínculo institucional foi omitido)*

EDITORES

José María Gómez

José Paulo Netto

Maria de Fátima Cabral Marques Gomes

Myriam Lins de Barros

COMISSÃO EDITORIAL

Janete Luzia Leite

Rita de Cássia Cavalcante Lima

CONSELHO EDITORIAL

Adonia Antunes Prado (FE/UFRJ), Alejandra Pastorini Corleto, Alzira Mitz Bernardes Guarany, Andrea Moraes Alves, Antônio Carlos de Oliveira (PUC-Rio), Carlos Eduardo Montañó Barreto, Cecília Paiva Neto Cavalcanti, Christina Vital da Cunha (UFF), Fátima Valéria Ferreira Souza, Francisco José da Costa Alves (UFSCar), Gabriela Maria Lema Icassuriaga, Glaucia Lelis Alves Ilma Rezende Soares, Jairo Cesar Marconi Nicolau (IFCS/UFRJ), Joana Angélica Barbosa Garcia, José Maria Gomes, José Ricardo Ramalho (IFCS/UFRJ), Kátia Sento Sé Mello, Leilah Landim Assumpção, Leile Silvia Candido Teixeira, Leonilde Servolo de Medeiros (CPDA/UFRRJ), Ligia Silva Leite

(UERJ), Lilia Guimarães Pougy, Listz Vieira (PUC-Rio), Ludmila Fontenele Cavalcanti, Marcelo Macedo Corrêa e Castro (FE/UFRJ), Maria Celeste Simões Marques (NEPP-DH/UFRJ), Maria das Dores Campos Machado, Marildo Menegat, Marilea Venâncio Porfirio (NEPP-DH/UFRJ), Maristela Dal Moro, Miriam Krenzinger Guindani, Mohammed ElHajji (ECO/UFRJ), Mônica de Castro Maia Senna (ESS/UFF), Mônica Pereira dos Santos (FE/UFRJ), Murilo Peixoto da Mota (NEPP-DH/UFRJ), Myriam Moraes Lins e Barros, Patrícia Silveira de Farias, Paula Ferreira Poncioni, Pedro Cláudio Cunha Bocayuva B Cunha (NEPP-DH/UFRJ), Raimunda Magalhães da Silva (UNIFOR), Ranieri Carli de Oliveira (UFF), Ricardo Rezende, Rodrigo Silva Lima (UFF), Rosana Morgado, Rosemere Santos Maia, Rulian Emmerick (UFRRJ), Silvana Gonçalves de Paula (CPDA/UFRRJ), Sueli Bulhões da Silva (PUC-Rio), Suely Ferreira Deslandes (ENSP/FIOCRUZ), Tatiana Dahmer Pereira (UFF), Vantuil Pereira (NEPP-DH/UFRJ) e Verônica Paulino da Cruz.

EDITORES TÉCNICOS

Fábio Marinho

Márcia Rocha

Marcelo Rangel

Jessica Cirrota

PRODUÇÃO EXECUTIVA

Márcia Rocha

REVISÃO

Andréa Garcia Tippi

João Bosco Telles

PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO

Fábio Marinho

Escola de Serviço Social - UFRJ
Av. Pasteur, 250/fundos (Praia Vermelha)
CEP 22.290-240 Rio de Janeiro - RJ
(21) 3873-5386
revistas.ufrj.br/index.php/praiavermelha

PRAIAVERMELHA

Estudos de Política e Teoria Social

PERIÓDICO CIENTÍFICO
DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM SERVIÇO SOCIAL DA UFRJ

v. 28 n. 1
2018
Rio de Janeiro
ISSN 1414-9184

Revista Praia Vermelha	Rio de Janeiro	v. 28	n. 1	p. 1-404	2018
------------------------	----------------	-------	------	----------	------

A Revista Praia Vermelha é uma publicação semestral do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, cujo objetivo é construir um instrumento de interlocução com outros centros de pesquisa do Serviço Social e áreas afins, colocando em debate as questões atuais, particularmente aquelas relacionadas à “Questão Social” na sociedade brasileira.

As opiniões e os conceitos emitidos nos artigos, bem como a exatidão, adequação e procedência das citações e referências, são de exclusiva responsabilidade dos autores, não refletindo necessariamente a posição da Comissão Editorial.



Esta obra está licenciada sob a licença Creative Commons BY-NC-ND 4.0.
Para ver uma cópia desta licença, visite:
http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.pt_BR

Publicação indexada em:

IBICT - Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia
ccn.ibict.br

Base Minerva UFRJ
minerva.ufrj.br

Portal de Periódicos da Universidade Federal do Rio de Janeiro
revistas.ufrj.br

A foto da capa é de Bharath GS - Unsplash.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001

Praia Vermelha: estudos de política e teoria social/Universidade Federal do Rio de Janeiro. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social – Vol.1, n.1 (1997) – Rio de Janeiro: UFRJ. Escola de Serviço Social. Coordenação de Pós-Graduação, 1997-

Semestral
ISSN 1414-9184

1.Serviço Social-Periódicos. 2.Teoría Social-Periódicos. 3. Política-Periódicos I. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social

CDD 360.5
CDU 36 (05)

PRAIA VERMELHA

Humanização em Saúde: Possibilidades e limites em tempos de desumanização do trabalho

Humanization in Health: Possibilities and limits
in times of dehumanization of work

Talita Fernandes Neulls
Marly de Jesus Sá Dias

Revista Praia Vermelha

Rio de Janeiro

v. 28

n. 1

p. 199-227

2018

RESUMO

O presente trabalho discute a Política Nacional de Humanização no SUS, a partir de um dos seus eixos centrais: a valorização do trabalhador da saúde. Tem como objetivo analisar as possibilidades e limites dessa política no atual contexto de precarização do trabalho. Com base em aportes teóricos e documentais, retrata os novos modelos de gestão da saúde e suas consequências para as/os trabalhadoras/es, e sua relação com o processo humanizador na saúde pública brasileira. Conclui-se que a PNH se insere numa dinâmica contraditória que impossibilita garantias de condições dignas de trabalho no âmbito do Sistema Único de Saúde.

PALAVRAS-CHAVE

Humanização; Trabalho; Saúde.

ABSTRACT

This paper discusses the National Humanization Policy in SUS, starting from one of its central axes: the valorization of the health worker. It aims to analyze the possibilities and limits of that policy in the current context of precarious work conditions. Based on theoretical and documentary contributions, it portrays the new models of health management and its consequences for the workers and their relationship with the humanizing process in Brazilian public health. One comes to the conclusion that PNH is inserted in a contradictory dynamic that makes it impossible to guarantee decent work conditions within the Unified Health System.

KEYWORDS

Humanization; Work; Health.

Recebido em 25.09.2017

Aprovado em 06.06.2018

INTRODUÇÃO

Em 2017 a Política Nacional de Humanização da Saúde-PNH completou 14 anos de implementação. Nasceu reafirmando os princípios do Sistema Único de Saúde – SUS (integralidade dos serviços, universalidade e equidade do acesso) e promovendo a defesa constitucional da saúde como direito de todos e dever do Estado. Enquanto política pública, propõe-se a “atravessar as diferentes ações e instâncias gestoras dos serviços de saúde e assim contribuir com a produção da saúde” (PASSOS, 2006, p. 145).

No âmbito do discurso, a questão da humanização está presente em diversas áreas, como na administração, na educação, na economia, na reorientação das ações dos diferentes setores de prestação de serviços e, de maneira mais incisiva, na área da saúde, esfera em que sua expressão e manifestação organizam-se em torno “ora da política de defesa dos direitos humanos, ora de uma exposição que remete à ética” (SOUSA; MOREIRA, 2008, p. 328).

Na concepção marxista acerca da ideologia, os homens tomam consciência da realidade social que os cercam e, a partir daí, podem pensar a vida societária. No entanto, a tomada de consciência não é um processo linear e isento de valores; ao contrário, expressa a maneira com que o indivíduo, coletivamente, percebe o mundo que o cerca. Devendo sempre diferenciar as transformações materiais das condições econômicas de produção, ou como afirma Marx (2006, p. 110), é necessário perceber “as formas ideológicas pelas quais os homens tomam consciência do conflito e o conduzem até o fim”.

Nessa perspectiva, parte-se do pressuposto que, apesar dos avanços e de apresentar de maneira oficial o problema da (des) humanização na área da saúde, a política de humanização no SUS não atingiu seus principais objetivos. Lacunas continuam abertas, a exemplo da ausência de uma definição, no marco teórico, para o conceito de humanização e, das dificuldades concretas para a valorização do trabalhador da saúde em um cenário de crise econômica, trazendo como consequência a flexibilização do trabalho, que intensifica a

precarização das relações e condições de trabalho, bem visíveis na saúde pública.

Por esse motivo, se fazem necessárias análises que tentem ir além da aparência dos discursos, procurando desvendar até a mais sutil palavra ou gesto, a fim de encontrar a raiz da problemática apresentada, visto que a reprodução social do capital é imposta como algo natural, que não depende somente de mecanismos ideológicos, culturais ou políticos, mas da própria produção e reprodução da vida mantida sob a tutela de um regime de exploração.

No entanto, o mundo do trabalho alienado no capitalismo contemporâneo vem acentuando o quadro de desumanização¹, uma vez que intensifica a exploração do homem pelo homem, subjuga de maneira contundente o trabalho ao capital, promovendo a desrealização do ser social, garantindo a manutenção da taxa de lucro dos capitalistas. Nesse sentido, o presente artigo se propõe a uma breve contextualização histórica, mas também crítica, de como vem sendo organizado o trabalho a partir do início do século XX para, então, alcançar o processo de precarização do trabalho em saúde e a possibilidade de se “humanizar” a saúde no Brasil.

Com o objetivo de analisar as possibilidades e limites da Política Nacional de Humanização no atual contexto de precarização do trabalho em saúde, o presente trabalho inicia-se com um breve relato dos eventos históricos, particularmente centrado na reestruturação produtiva, seguido da análise dos novos modelos de gestão no Sistema Único de Saúde para, por fim, discutir a possibilidade de humanizar a saúde em tempos de precarização do trabalho.

Para tanto, o estudo foi construído tendo por base o método materialista histórico-dialético, com o auxílio de quatro categorias centrais: Trabalho, Capital, Humanização e Alienação. A metodologia adotada é do tipo documental e bibliográfico abrangendo a

1 A desumanização neste estudo remete ao trabalho abstrato, alienado/estranhado, caracterizado pela perda da autoatividade humana, do ser humano de si mesmo, sua própria desumanização.

investigação em documentos oficiais referentes à PNH, leis e emendas constitucionais que tratam da atual conformação da gestão da saúde no país, artigos científicos relacionados à análise da PNH e das transformações do mundo do trabalho, relatórios de hospitais que contenham as ações do núcleo de humanização e relatórios de organizações/movimentos sociais concernentes ao Sistema Único de Saúde.

Cumprir esclarecer que o presente artigo adentra no espinhoso e complexo debate sobre a Política Nacional de Humanização da Saúde e as contradições de um mundo organizado pelo capital, com a clareza de que tal debate não esgota a temática, mas pode dar um impulso na tentativa de compreensão das reais condições dessa em cumprir com o objetivo de humanizar a saúde.

AS TRANSFORMAÇÕES NO MUNDO DO TRABALHO

O padrão de acumulação capitalista dominante por quase todo o século XX pode ser definido pela relação taylorismo/fordismo, caracterizada pela produção em massa, de maneira homogeneizada e verticalizada. Taylor² se dedicou a tentativa de garantir uma maior produtividade do trabalho, através de uma rígida lógica gerencial e uma estruturação hierárquica entre os trabalhadores. Assim como Taylor, “Ford³ estava preocupado em eliminar da produção os tempos mortos, transformando-os em produtivos” (PIRES, 2008, p. 33). Deste modo, Ford acabou por assumir de forma radicalizada as influências de Taylor, levando a um quadro de cisão entre

2 Frederick Taylor (1856-1915), engenheiro americano, responsável pelo desenvolvimento de um método de organização do trabalho, exposto em seu livro “Os princípios da administração”, publicado em 1911.

3 Henry Ford (1863-1947), engenheiro e empresário americano, fundador da Ford Motor Company, e o primeiro a implementar a linha de montagem em série, influenciado pelas ideias de Frederick Taylor. Com isso, o modelo de produção automobilística de sua época foi denominado como Fordismo.

“planejamento e execução, a desqualificação e o parcelamento de tarefas” (PIRES, 2008, p.33).

A associação do modo de gerenciamento taylorista e da linha em série de produção fordista promoveu um grande avanço industrial nos principais países capitalistas, também se expandindo para boa parte do setor de serviços; tal associação acabou “por representar a forma mais avançada da racionalização capitalista do processo de trabalho ao longo de várias décadas do século XX” (ANTUNES, 2009, p. 41), e o significado desse avanço ocorre pela garantia do “compromisso” social-democrático, num equilíbrio na relação de força entre burguesia e trabalhadores.

Contudo, no início da década de 1970, o binômio taylorismo/fordismo entra em falência, reflexo de uma profunda crise do capital. Como tentativa de recuperar a lucratividade burguesa iniciou-se o processo de reestruturação produtiva, com um ataque ao movimento sindical, responsabilizando-o pelos gastos públicos sociais.

Em seguida, introduziram-se modificações no setor produtivo: “esgota-se a modalidade de acumulação denominada rígida, própria do taylorismo-fordismo, e começa a se instaurar aquela que vai caracterizar a terceira fase do estágio imperialista, a acumulação flexível” (NETTO; BRAZ, 2011, p. 225). A tarefa posta era de manter o modo de produção baseado no capital e modificar o padrão de acumulação, por meio de uma recuperação, ainda que no nível da aparência, do seu ciclo produtivo, agravando as condições no mundo laboral.

De acordo com Ricardo Antunes (1997), as metamorfoses ocorridas desde então no mundo do trabalho referem-se à desproletarização do trabalho industrial, em maior grau nos países de capitalismo avançado; a uma expansão do trabalho assalariado, com a ampliação do setor de serviços; a uma heterogeneização do trabalho, que ganha maior expressão com o aumento do número de mulheres inseridas no mercado do trabalho; e à subproletarização, através do trabalho temporário, precário, subcontratado e terceirizado.

Em “A corrosão do trabalho e precarização estrutural”, Ricardo Antunes (2013) assinala a abertura, em 2008, de uma nova fase da

crise estrutural do capital, ampliando a precarização do trabalho em escala mundial. “A terceirização e a informalidade da força de trabalho vêm se constituindo como mecanismos centrais, implementados pela engenharia do capital” (ANTUNES, 2013, p. 23), a fim de assegurar o aumento da exploração do trabalhador e dar garantias para a valorização do capital.

Quando se trata do caso brasileiro, este possui particularidades, assim como os demais países da periferia do capital, em que o desenvolvimento capitalista, o padrão produtivo do capital, se dá de maneira retardatária em relação aos países centrais e de maneira estruturalmente subordinada a estes países.

Nos anos de 1968 a 1973, quando em nível mundial os países centrais vivenciavam uma grave crise econômica, o Brasil experimentava o que ficou conhecido como o “milagre brasileiro”, momento em que o país atingiu altos índices de crescimento econômico, marcado, como se refere Antunes (2006, p. 17), pelos “binômios ditadura e acumulação, arrocho e expansão”. Entretanto, no final da década de 1970, começava a se apresentar uma diminuição desse desenvolvimento, mas que apenas seria sentida nos anos 1980.

No Brasil, a tendência de expansão do setor de serviços se faz presente ao seguir as mudanças desse processo de reorganização do capital, reduzir o emprego via indústria, e aumentar o número de trabalhadores inseridos nas atividades do setor de comércio e serviços. Assim:

[...] diminuem os empregos formais e aumenta o setor informal. O setor informal inclui os que trabalham por conta própria e os que trabalham sem registro na carteira de trabalho, absorvendo parte dos desempregados. [...] em 1989, 40% da força de trabalho brasileira era constituída por trabalhadores enquadrados na condição de precários, e, em 1992, os precários já eram quase 50% da força de trabalho (PIRES, 2008, p.56).

Segundo Pires (2008), dados fornecidos pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) e pela Pesquisa Nacional por

Amostra Domiciliar (PNAD), referentes aos anos 1990, apontam que, em 1995, a força de trabalho brasileira inserida no setor de serviços já apresentava grande importância para o PIB (Produto Interno Bruto) do país, sendo esse setor o que apresentou maior aumento, com a contribuição de 52,3% do PIB no Brasil.

Com o advento dos anos 2000, o setor terciário permanece na posição de grande relevância para o PIB, como aponta o Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior e Serviços (2017): o referido setor de serviços no Brasil, de 2003 a 2016, apesar de uma variação, teve forte participação, passando de um pouco mais de 63% para mais de 73,3% do Produto Interno Bruto.

As atividades, tais como a educação, a cultura, a saúde, entre outras, começam a ser transferidas pelo Estado para a gestão da iniciativa privada, que assumiu a responsabilidade de executá-las com menor custo e maior eficiência, adequando-as às particularidades do mercado. Isto porque, no que tange à administração, “está em curso uma tendência crescente de repasse da gestão e do fundo público para o setor privado (denominado “público não estatal”) ou para instituições ditas estatais, mas com personalidade jurídica de direito privado” (CORREIA; SANTOS, 2015, p. 34).

Tal tendência denominada de “público não estatal” já estava inserida no Plano Diretor de Reforma do Estado (PDRE), endereçado ao Congresso Nacional em 23 de agosto de 1995, pelo Governo de Fernando Henrique Cardoso, e diz respeito à noção que separa os conceitos de público e estatal; isto é, segundo o PDRE nem tudo que é público necessariamente precisa ser responsabilidade do Estado.

Dessa forma, o Estado deixaria de ser o produtor direto de serviços, para ser agente estimulador, coordenador e financiador. Os serviços apontados como não exclusivos do Estado, importante referência para a discussão dos novos modelos de gestão no SUS, estão relacionados à livre disputa de mercado entre as instituições privadas pela gestão dos serviços sociais, com o discurso oficial vinculado à eficiência da iniciativa privada. Assim, o Estado começa a dividir sua responsabilidade com outras organizações públicas não estatais e privadas.

Portanto, o PDRE trata a saúde pública brasileira como um serviço não exclusivo do Estado e, desta maneira, dá abertura para a privatização do SUS sem o repasse direto dos serviços de saúde para a iniciativa privada, ou seja, transfere-se apenas a gestão dos serviços para organizações ditas públicas, mas de direito privado. Desta forma, conforme Correia e Santos (2015, p. 34), “os recursos, o patrimônio, os equipamentos e os recursos humanos são públicos, mas a gestão e a lógica que o ordenam são privados”.

AS NOVAS FORMAS DE GESTÃO EM SAÚDE E O REFLEXO NO TRABALHO EM SAÚDE

A ótica neoliberal defende um modelo de gestão terceirizada, sob diferentes modalidades, através dos contratos de gestão da “parceria” entre Estado e: Organizações Sociais (OSs), datadas de 1998; Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), a partir de 1999; Fundações Estatais de Direito Privado; de 2007 em diante, bem como a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), criada em 2011 e apontada como caminho para resolver os problemas referentes à gestão dos hospitais públicos ligados ao SUS.

A justificativa de abertura da assistência à saúde para entidades de direito privado no Sistema Único de Saúde respalda-se na então ineficácia do Estado em garantir o acesso universal à saúde em todo o território nacional, típico argumento da reestruturação estatal pela via neoliberal. Porém, a “criação de órgãos de administração indireta visa orientar a metamorfose dos recursos e finalidades públicas para interesses privados, com práticas combinadas dentro e fora do aparato estatal” (CARDOSO, 2014, p. 38).

Assim, é aprovada a Lei 9.637 em 1998, conhecida como a lei das OSs (Organizações Sociais) e a criação do Programa Nacional de Publicização, elaborados pelo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), garantindo que “a eficiência e a qualidade dos serviços devem ser asseguradas pela descentralização da União para os estados e destes para os municípios, por meio da

parceira com a sociedade, por Contratos de Gestão” (PEREIRA, 2015, p. 31), sendo este, desde então, o modelo de gestão mais consolidado na área da saúde pública brasileira e disseminado nos estados e municípios do país.

Em 1999, instituiu-se a lei 9.790 referente à criação das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), das quais podem se qualificar para participar as “pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos que tenham sido constituídas, desde que os respectivos objetivos sociais e normas estatutárias atendam aos requisitos instituídos por esta Lei” (BRASIL, 1999, art. 01), através de termos de parcerias. A constituição das OSCIPs garante a transferência da prestação dos serviços públicos para a gestão de Organizações Não Governamentais (ONGs), Redes, Ligas, Fundações e Associações da Sociedade Civil de um modo geral.

Seguindo a lógica da contrarreforma estatal de Bresser Pereira, o governo Lula constituiu em 2007, a Lei Complementar 92/2007 que cria as Fundações Estatais de Direito Privado, decretando que “poderá ser instituída ou autorizada a instituição de fundação sem fins lucrativos, integrantes da administração pública indireta com personalidade jurídica de direito público ou privado” (BRASIL, 2007, art. 1), para desempenhar atividades que não sejam exclusivas do Estado. Tais atividades se referem à: Saúde, Assistência Social, Cultura, Ciência e Tecnologia, Meio Ambiente, Previdência Complementar, Comunicação Social, Desporto e Promoção do Turismo Nacional.

O projeto de Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs) é apresentado como complementar e pretende regulamentar a Emenda Constitucional 19/1998, que se fez amplamente conhecida, no Governo FHC, como a emenda da contrarreforma brasileira.

Segundo Sara Granemann (2011), o projeto de Fundação Estatal evidencia uma abrangência superior aos demais modelos de gestão implementados anteriormente – OS e OSCIP – após a contrarreforma de Bresser Pereira. Contudo, a construção de tal projeto, independente do governo, sempre esteve ligada às determinações de

organismos multilaterais, como o Banco Mundial⁴. A partir daqui se começa a pautar a gestão dos Hospitais Universitários brasileiros.

A concepção de reestruturação dos hospitais universitários brasileiros ganha força com a proposta de Lei 1749/2011, que trata justamente da necessidade de reorganizar a atividade desses hospitais. Deste modo, em janeiro de 2010 é decretado pelo Governo Federal o Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), tendo como diretrizes o estabelecimento de um novo mecanismo de financiamento compartilhado entre Ministério da Educação e Ministério da Saúde, melhoria dos processos de gestão, adequação da estrutura física, recuperação e modernização tecnológica e do quadro de recursos humanos, e aprimoramento das atividades através da avaliação permanente e incorporação de novas tecnologias.

Apesar de indicar diretrizes gerais de atuação, o REHUF não trazia em si uma forma definida de reestruturação dos HU's federais, gerando frustrações após sua regulamentação. Para resolver esse impasse, o Governo Federal apresenta a Medida Provisória (MP) 520 que “previa a criação de uma empresa pública de direito privado, ligada ao Ministério da Educação. [...] A MP abria a possibilidade de a nova empresa pública administrar quaisquer unidades hospitalares no âmbito do SUS” (CISLAGHI, 2011, p. 60).

Desse modo, com a finalidade de responder às lacunas presentes no REHUF, instituiu-se, em 2011, através da Lei 12.550/2011, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Por meio dessa lei, o Poder Executivo estava autorizado a criar uma empresa pública de prestação de serviços públicos de educação e saúde, o

4 O Banco Mundial tornou-se, além de gerenciador do endividamento de inúmeros países em desenvolvimento, como os países da América Latina, também responsável pela abertura neoliberal nesses países, atendendo às necessidades do capital internacional, através de condicionalidades impostas, como a privatização e a abertura ao comércio exterior. Condicionalidades estas que corroboram com as pactuadas no Consenso de Washington, como o equilíbrio orçamentário, abertura comercial, liberalização financeira, desregulamentação dos mercados domésticos e privatização das empresas e dos serviços públicos.

que veio então a se concretizar, na área da saúde, através da figura da EBSEERH. Desde essa época esta passou a ser uma estatal vinculada ao Ministério da Educação, um “órgão do Governo Federal responsável pela gestão do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Federais, executado em parceria com o Ministério da Saúde e que contempla 46 hospitais que integram a rede” (EBSEERH, 2013, p. 03).

Uma questão central referente à EBSEERH é a contratação de recursos humanos, em que “o regime de pessoal permanente da EBSEERH será o da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT” (BRASIL, 2011, art. 10). A empresa também é autorizada a contratar trabalhadores através de processo seletivo simplificado, por um período de até cinco anos. Portanto, a contratação de servidores, via regime privado, retira do trabalhador os benefícios do vínculo estatutário, como a estabilidade no emprego, e inibe a participação sindical e organização da categoria.

Segundo Granemann (2011), esse tipo de privatização do setor público – através dos novos modelos de gestão - caracteriza-se como uma “privatização não clássica”, pois não ocorre pela venda direta do bem público, mas envolve mecanismos ideológicos que afirma que se operará com mais e não menos Estado. “Não é por acaso que o Banco Mundial, financiador do REHUF, condicionou este financiamento às mudanças no modelo de gestão” (CORREIA, 2015, p. 51).

A POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE E A PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE

É em meio às transformações políticas, sociais, econômicas, culturais assinaladas que se processa a construção da Política Nacional de Humanização da Saúde, questionando de maneira contundente a desumanização percebida na saúde brasileira. O processo pelo qual vai se elaborando a Política Nacional de Humanização da Saúde

coincide de certa maneira⁵ com o momento de entusiasmo pela Reforma Sanitária brasileira. Entretanto, a discussão pautada na humanização para a área da saúde possui um recorte histórico próprio e alguns longos anos a mais, acontecimentos importantes para que se possa traçar um panorama de como a humanização foi se constituindo como uma Política Pública.

Assim, a década de 1970 é o marco inicial dos estudos críticos relacionados à desumanização da relação médico-paciente, a partir do desenvolvimento da sociologia médica americana. Durante meados dos anos 1980, intensificam-se as discussões pautadas no discurso humanizador do setor saúde, a princípio com a luta antimanicomial e do movimento feminista, que pautava a humanização do parto e do nascimento na área da saúde da mulher. Desta maneira, os hospitais iniciaram o desenvolvimento de ações ditas “humanizadoras”.

O uso do termo “humanização” no Brasil, em sua acepção política, de acordo com Furtado (2011), está diretamente ligado aos profissionais dissidentes da década de 1970, que propagavam a necessidade de humanização do parto, como o caso do trabalho de Galba de Araújo, no estado do Ceará, e de Moisés Pacionirk, no Paraná, além das ações humanizadoras do hospital Pio X (Goiás), do Instituto Aurora (Rio de Janeiro), dos Grupos de Terapia Alternativa, do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, da Associação Comunitária Monte Azul, todos em São Paulo, e dos Grupos Curumins e Cais, em Pernambuco.

Na 9ª Conferência Nacional de Saúde, em 1992, durante o governo do presidente Fernando Henrique Cardoso, a questão da humanização na área da saúde começa a ser levantada. Contudo, ainda limitada a programas segregados, que incluía projetos significativos como “o parto humanizado” e “humanização do atendimento hospitalar”.

5 Importante compreender que a humanização da saúde, sem dúvida, é pauta do Movimento da Reforma Sanitária, mas que não nasce do seio dessa organização.

Em 1993, há certa retomada da discussão sobre a “humanização do parto”, sendo fundada em Campinas-SP, a “Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento” (REHUNA), seguida da maternidade pública Leila Diniz, autodefinida como “humanizada”, em 1994.

Nos anos 2000 a discussão sobre a humanização da saúde desperta uma maior atenção e ganha expressão no cenário nacional das políticas de saúde, entrando em pauta na 11^a Conferência Nacional de Saúde, com o tema “Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social”. Desta maneira, em 2000 cria-se o Programa Nacional de Humanização dos Serviços da Saúde (PNHSS), com o objetivo de diminuir os problemas enfrentados durante o tratamento dos pacientes, além de estimular a comunicação entre os profissionais da saúde, os pacientes e seus familiares.

Logo em seguida, em 2001, é implementado, pelo Ministro José Serra, o Programa Nacional da Assistência Hospitalar (PNAH), substituído, em 2003, pela Política Nacional de Humanização da Saúde (PNH), já no mandato do Presidente Luís Inácio Lula da Silva, com um pacto entre a Comissão Intergestores Tripartite e o Conselho Nacional de Saúde, após a oficina nacional “HumanizaSUS: Construindo a Política Nacional de Humanização”, realizada em Brasília.

A Política Nacional de Humanização da Saúde, de acordo com o discurso oficial, se estabelece como uma política que parte dos diferentes setores e programas do Ministério da Saúde, procurando elaborar um plano comum e transversal⁶, por meio da valorização da dimensão humana das práticas de saúde, vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde. Logo, a PNH nasce por dentro da máquina estatal, gestada como uma política governamental, mas que tem sua semente na defesa do movimento organizado da área da saúde.

A humanização da saúde é estruturada, desde então, enquanto

6 Entende-se como política transversal um conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem em ações nos diversos serviços, nas práticas de saúde e nas instâncias do sistema, caracterizando uma construção coletiva (BRASIL, 2015, p. 07).

política e não como um programa, deixando de ser uma questão focalizada em um setor específico, tomada do ponto de vista verticalizado, e se torna horizontalizada, com diretrizes transversais, abrangendo gestores, trabalhadores e usuários.

Nessa perspectiva, Gastão Wagner (2005), em seu “método para análise e cogestão de coletivos – a construção do sujeito, a produção do valor de uso e a democracia em instituições – o método da rosa”, assinala que a Política Nacional de Humanização da Saúde tinha como objetivo fazer com que a saúde fosse compreendida como um valor de uso e não um valor de troca. Para tanto, a política formulada apresentava a valorização do trabalhador em saúde com uma de suas diretrizes centrais.

De acordo com a Política Nacional de Humanização da Saúde (BRASIL, 2004), a desumanização da saúde pública brasileira seria consequência da fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais; da fragmentação da rede assistencial dificultando a complementaridade entre a rede básica e o sistema de referência; da precária interação nas equipes e despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção; do baixo investimento na qualificação dos trabalhadores; do desrespeito aos direitos dos usuários; da formação dos profissionais de saúde distante do debate e da formulação da política pública de saúde, entre outras questões de cunho subjetivo.

A Política Nacional de Humanização da Saúde compreende, no que se refere ao trabalho em saúde, que a humanização no SUS deve ser pautada na transformação dos modelos de atenção e gestão, “tendo como foco as necessidades dos cidadãos, a produção de saúde e o próprio processo de trabalho em saúde, valorizando os trabalhadores e as relações sociais no trabalho” (BRASIL, 2004, p. 20) e o “compromisso com a qualificação da ambiência, melhorando as condições de trabalho e de atendimento” (BRASIL, 2004, p. 20).

Para tanto, pretende-se incentivar o “trabalho em rede com equipes multiprofissionais, com atuação transdisciplinar” (BRASIL, 2004, p. 21), através do “compromisso com a democratização das relações

de trabalho e valorização dos trabalhadores da saúde, estimulando processos de educação permanente em saúde” (BRASIL, 2004, p. 23). Em resumo, garantir a “valorização do trabalho e do trabalhador” (BRASIL, 2004, p. 26) como uma de suas principais diretrizes. Todavia, essa valorização dos trabalhadores e das relações sociais no trabalho merece um pouco mais de atenção.

A defesa da valorização profissional entende o trabalho como o “esforço que se despende no cotidiano, para o trabalhador dar conta dos acordos e pactos realizados com o gestor e com os companheiros de trabalho, em função das necessidades dos usuários” (BRASIL, 2006, p. 60), uma atividade “submetida a uma regulação que se efetiva na interação entre os trabalhadores e os usuários, numa dinâmica que perpassa diferentes pontos de vistas” (BRASIL, 2006, p. 60). Portanto, valorizar o trabalho e o trabalhador seria “aprimorar a capacidade de promover e analisar o trabalho de forma a fazer circular a palavra, criando espaços para debates coletivos. A gestão coletiva das situações de trabalho é critério fundamental para a promoção da saúde” (BRASIL, 2006, p. 61).

No entanto, como valorizar o trabalho dos profissionais da saúde se a cada dia que passa os direitos trabalhistas são retirados? Com o fim dos concursos públicos, estabelecidos através de vínculo empregatício via Regime Jurídico Único (RJU)? Com a inexistência, para a grande maioria dos profissionais, de um plano de cargos e carreiras? Com o sucateamento do SUS sem garantias de financiamento adequado? Com falta de leitos e infraestrutura? Como tencionar a atuação de uma equipe multiprofissional com o aumento da concorrência entre esses profissionais? Como criar uma rotina de diálogo com a imposição de metas de produtividade? Questões como essas precisam ser levantadas para que se possa, de fato, trazer a discussão da valorização do trabalhador no seu local de trabalho.

Paralelamente à construção e implementação da PNH, estavam sendo incorporados à política de saúde os novos modelos de gestão, como as OSs em 1998, as OSCIPs em 1999, as Fundações Estatais de Direito Privado em 2007 e a EBSERH em 2011.

O projeto de uma política pública de saúde, como o SUS, defendida nos documentos da Política Nacional de Humanização da Saúde, pautada nos princípios da universalidade, equidade, integralidade, controle social e descentralização, vem sofrendo ataques e sucessivas ameaças de desconstrução, pela “péssima qualidade dos serviços, pela falta de recursos, pela ampliação dos esquemas privados que sugam os recursos públicos e pela instabilidade de financiamento” (BEHRING; BOSCHETTI, 2010, p. 164); isto é, “a proposta de saúde pública e universal parece estar, na prática, sofrendo um processo de privatização passiva ou de uma democracia inconclusa” (BEHRING; BOSCHETTI, 2010, p. 164).

No sentido inverso ao apontado pela Política Nacional de Humanização da Saúde, o trabalho em saúde, ao invés de uma valorização, vivencia a sua precarização progressiva. Entendendo a “precarização no sentido mais amplo, de deterioração das relações de trabalho e de ampliação da desregulamentação das leis trabalhistas e contratos de trabalho, com a efetiva perda de direitos dos trabalhadores” (MARCH, 2016, p. 03).

Seguindo a tendência assinalada por Alves (2016), notam-se modificações importantes que atingem os servidores públicos, como: a extinção gradual do Regime Jurídico Único (RJU), que leva à contratação provisória dos servidores públicos pela CLT, dificultando a organização e mobilização desses trabalhadores e significando a implantação de vínculos de empregos precários; o fim da isonomia salarial e da estabilidade; ausência de reajustes anuais, implicando na concessão de gratificações; alterações na previdência; desvinculação entre civis e militares e modificações nos concursos públicos. Neste sentido, o seguinte é reafirmado pelo próprio Ministério da Saúde:

Um grande contingente de profissionais do setor público de saúde, que é calculado em, aproximadamente, 800 mil trabalhadores, estão precarizados, o que equivale a quase 40% da Força de Trabalho inserida no setor, envolvendo as mais diversas modalidades contratuais: cooperativas, sistemas de bolsas de trabalho, contrato temporário, pagamento por reconhecimento de dívida, prestação de serviços por

meio da CLT, etc. Todas essas modalidades de relações precárias de trabalho, além de contrariarem os preceitos constitucionais previsto no art. 6º da Constituição Federal, colocam em franca situação de desconforto e de insegurança trabalhista e social, aqueles que prestam assistência à população (BRASIL, 2003, p. 09).

De acordo com March (2016), ao analisar os números de servidores ativos na União, percebe-se que ocorre uma particular redução dos números absolutos dos trabalhadores da saúde: em 1997 eram 123.159 trabalhadores, já em 2002 foram reduzidos a 75.075. Isto é, em 1997 o número de trabalhadores da saúde correspondia a 23,2% dos servidores da União e, em 2002, passou a corresponder a 16,4% do total. Não por acaso, este é o período em que começam a se consolidar as Organizações Sociais (OSs) e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Privado (OSCIPs), como novos modelos de gestão do SUS.

Faria e Dalbello-Araújo (2011) destacam a reformulação do modelo de atenção à saúde no ano de 1999, em que ocorre uma maior responsabilização dos municípios para a contratação de trabalhadores da saúde, reforçando a organização do SUS de forma regionalizada e hierarquizada. Porém, essa maior responsabilização dos municípios entra em choque com a Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar nº 101/2000), que define que as despesas com pessoal não poderiam ultrapassar o orçamento de 50% dos estados e 60% dos municípios, assumindo uma perspectiva de limitação de autonomia do setor público em contratação de trabalhadores.

A aprovação da Lei de Responsabilidade Fiscal abriu a porta que faltava para que se firmassem as parcerias, principalmente, com as Organizações Sociais e OSCIPs no setor saúde, conforme demonstrado com a publicação do site EBC Agência Brasil, no dia 13 de março de 2014, em que dos 23 estados brasileiros, 17 contrataram Organizações Sociais para área da saúde no ano de 2013 (LISBOA, 2016).

Em documento intitulado “Contra fatos não há argumentos”, a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde⁷ publicizou seu relatório analítico de prejuízos à sociedade, aos trabalhadores e ao erário por parte das Organizações Sociais. Ao levar em consideração os danos aos trabalhadores tem-se que:

Os trabalhadores estão sendo prejudicados, principalmente, no que diz respeito aos direitos trabalhistas e vantagens, absorvidos nos regimes jurídicos dos servidores quais sejam: vencimentos garantidos por lei, conforme plano de cargos e carreiras prescritos pela lei 8142/90 do SUS; taxaço do recolhimento do salário nunca inferior ao mínimo nacional; garantia de isonomia salarial de acordo com o nível de escolaridade, cargos assemelhados e complexidade da função (FNPS, 2016a, p. 16).

Alguns casos são apontados pela Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, neste mesmo documento, como: o relato de instabilidade e assédio moral dos trabalhadores das OSs, com metas de gestão, acúmulo de funções, num tempo recorde e estritamente centrado na patologia, além de denúncia de casos de racismo, em São Paulo; em Nova Odessa, município de São Paulo, “centenas de servidores públicos foram levados a erro e pediram demissão para serem contratados pelas OSs, com o cancelamento dos contratos, eles ficaram sem emprego” (FNPS, 2016a, p. 17).

No Rio de Janeiro, em 2009, a gestão das UPAS e demais unidades de saúde foi repassada para as OSs, “hoje, 50% dos 10.807 médicos da rede estadual são compostos por mão de obra precária e a evasão resulta da falta de estímulo, diante de salários aviltantes e congelados há mais de 13 anos” (FNPS, 2016a, p. 19).

7 A Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde foi criada em novembro de 2010, como resultado das discussões do Seminário Nacional “20 anos de SUS: lutas sociais contra a privatização e em defesa da saúde pública estatal”; ela articula movimentos sociais, centrais sindicais, partidos políticos e militantes e está organizada por meio dos Fóruns de Saúde construídos nos estados.

Já na Paraíba, o Tribunal de Contas da União (TCU) concluiu pela ilegalidade da terceirização das atividades do Hospital de Emergência e Trauma de João Pessoa, apesar de que 80% de seus funcionários já eram terceirizados e, de acordo com o Conselho Regional de Medicina, já haviam sido constatadas condições precárias de trabalho para os médicos, superlotação e falta de equipamentos.

Junqueira et. al. (2010), em “As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS”, aponta para um quadro de precarização do trabalho em saúde na macrorregião sanitária Leste do Sul de Minas Gerais, composta por 52 municípios, visto que 75,6% dos trabalhadores da saúde, tanto agentes comunitários como profissionais de nível superior, são vinculados ao sistema de saúde via contratos temporários.

Seguindo essa tendência, Cavalcante e Lima (2013) demonstraram em seu trabalho que a realidade da cidade de Maceió e, mais especificamente, da unidade básica de saúde “Denisson Menezes”, reforça o cenário precário da saúde brasileira, quando apontam para as péssimas condições de trabalho, insuficiente espaço físico e insumos materiais, gestão municipal sem interesse em expandir a Estratégia Saúde da Família devido à estagnação de investimento, além de destacarem a multiplicidade dos vínculos empregatícios, sobrecarga de trabalho, fragilidade de organização política dos trabalhadores e a falta de uma gestão participativa.

Baraldi e Car (2016) concluem, em sua pesquisa sobre a flexibilização e desregulamentação laboral dos trabalhadores da área de enfermagem no Brasil, em relato do caso da profissionalização de auxiliares de enfermagem (PROFAE), que o processo de desregulamentação das relações de trabalho atinge os profissionais da saúde, com contratação flexível; e mesmo os profissionais mestres e doutores não escaparam dos múltiplos vínculos empregatícios. Concluem também que há inserção de trabalhadores jovens com a dinâmica do trabalho flexível/informal, sob o regime da CLT e redução da autonomia dos profissionais.

A aprovação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, em 2011, para a gerência dos Hospitais Universitários ligados às Universidades Federais brasileiras, representou um enorme retrocesso para o trabalhador da saúde: hoje 37 dos 50 hospitais universitários assinaram contrato com a EBSEH, em sua maioria sob forte pressão do Governo Federal. Uma das justificativas utilizadas para a implementação dessa empresa pública de direito privado é a regularização dos funcionários terceirizados, em detrimento de realização de concurso público e contratação regida pelo RJU.

Em mais um relatório, a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (2016b), lança uma análise das irregularidades e dos prejuízos à Sociedade, aos trabalhadores e ao erário, causados pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares; naquele documento se destaca a situação do Hospital Universitário ligado à Universidade Federal do Piauí, com contrato assinado com a EBSEH em agosto de 2012, coincidindo com sua inauguração. Após dois anos de contrato, a situação daquele HU pode ser resumida da seguinte maneira:

O cenário da unidade hospitalar beira o caos em virtude das péssimas condições de trabalho e da falta de estrutura para atender os pacientes. Uma auditoria feita pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS comprovou que a EBSEH não implementou os serviços previstos no plano contratual. As UTIs foram abandonadas e o hospital está lotado com pacientes em macas nos corredores. O problema no hospital não é financeiro, já que o SUS repassa para o HU o valor de R\$ 2 milhões por mês. A gravidade da situação tem ocasionado diversos protestos, inclusive por médicos que chegaram a ameaçar um pedido de demissão coletiva. (FNCPS, 2016b, p. 03)

No Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco os trabalhadores da saúde, no dia 16 de junho de 2014, “formalizaram denúncia junto a mais de 100 órgãos fiscalizadores competentes, [...] na qual apontam diversas irregularidades, além das precárias condições de trabalho, estrutura e higiene do local, além de solicitarem a sua interdição” (FNCPS, 2016b, p. 5).

O mesmo ocorreu no Hospital Universitário Cassiano de Moraes (HUCAM), ligado à Universidade Federal do Espírito Santo, em que os trabalhadores denunciaram, em janeiro de 2014, a “situação de abandono da unidade e a precariedade das condições de trabalho, a exemplo da existência de ratos e baratas no Centro de Terapia Intensiva e da reutilização de materiais descartáveis” (FNCPS, 2016b, p. 6).

Segundo aquele mesmo relatório, ocorreram inúmeras irregularidades na realização do processo seletivo para a contratação de profissionais, como no Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, em que foram denunciadas ao Ministério Público Federal 41; no Ceará o seletivo para o Hospital Universitário Walter Cantídio e a Maternidade Escola Assis Chateaubriand também apresentaram várias; e no Maranhão, o seletivo para preenchimento de vagas para o Hospital Universitário Presidente Dutra, ligado à Universidade Federal do Maranhão, em 2013, contou com desorganização e também irregularidades.

A insatisfação com a gestão dos Hospitais Universitários pela EBSEERH pode ser medida pela organização e mobilização dos trabalhadores ligados a essa empresa; vários processos de greves já são marcas registradas. Entre as atividades de greve mencionadas, destacam-se a que ocorreu em junho de 2014, promovida pelos empregados da EBSEERH, em Brasília, cujas pautas de reivindicações eram a valorização da carreira e o cumprimento do plano de cargos e carreiras prometidos pelo governo; a paralisação dos médicos ocorrida no Hospital Universitário da UFPI, em fevereiro de 2014, chamando a atenção ao não cumprimento das leis trabalhistas e reivindicando melhores condições de trabalho; e, em junho do mesmo ano, a greve deflagrada pelos demais trabalhadores daquele hospital, por tempo indeterminado. Trabalhadores dos Hospitais Universitário do Maranhão e de Minas Gerais também entraram em greve nessa época (FNCPS, 2016b).

Como visto, diante desse cenário, se fazem urgentes políticas públicas que se pautem na valorização do trabalho e do trabalhador da saúde, com o propósito de melhorar circunstâncias e garantir que

profissionais possam realizar a assistência à saúde de maneira qualificada, com um vínculo sólido, salários compatíveis com a função e condições materiais e de infraestrutura no Sistema Único de Saúde.

A Política Nacional de Humanização da Saúde traz como uma de suas diretrizes essa valorização do trabalho em saúde, mas precisa aprofundar o entendimento da desumanização, entendê-la inserida num processo de sucateamento, subfinanciamento do SUS e precarização do trabalho em saúde.

Observa-se que as “ações humanizadoras” desenvolvidas em alguns hospitais se limitam a atividades pontuais, como as intervenções do setor de humanização do Hospital Presidente Dutra, ligado à Universidade Federal do Maranhão, que realiza “pesquisa de satisfação do cliente interno e externo”, formula “cartilha de orientações para pacientes e acompanhantes”, cria espaços “estreitando laços” com a finalidade de “promover estreitamento das relações interpessoais e intersetoriais do HU mediadas pela Direção Geral”, além da abertura de “voluntários do acolhimento”, com apoio à “espiritualidade” e o projeto “posso ajudar” e “datas comemorativas”, com o fim de “proporcionar à comunidade do Hospital Universitário a participação na comemoração de datas festivas e culturais, focadas no exercício da cidadania interna” (HUUFMA, 2016).

Aponta-se também para as realizações do Hospital Universitário de Taubaté e Hospital Regional Vale do Paraíba, em São Paulo, com o projeto “visita aberta”; as do Hospital Universitário ligado à Universidade Federal do Paraná, com as ações “música e recreação”, “acolhimento com avaliação de risco de pronto atendimento”, “acolhimento ao luto”, “acolhimento familiar”, projeto “Só Rir” e “rodas de conversas de humanização”; as práticas do Hospital Universitário da Universidade Federal de Pernambuco, que pretende humanizar através da “classificação de prioridades no setor de marcação de consultas dos ambulatórios”, da “instalação da sala de acolhimento dos acompanhantes na urgência obstétrica”, do projeto “SARES (Serviço de Assistência Religiosa em Saúde)” e do “programa MAIS (Manifestações de Arte Integrada à Saúde)”.

O avanço das políticas neoliberalizantes brasileiras segue um “modelo de organização estatal que subentende não só a redefinição do papel do Estado, mas igualmente o esgotamento de seus serviços, impactando diretamente no contrato e funcionamento da atividade das/os trabalhadoras/es dos serviços públicos” (DIAS, 2010, p. 125), como se tem claro com os novos modelos de gestão em saúde.

Portanto, é uma valorização insuficiente, que não alcança as reais condições em que estão submetidos os profissionais da saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A complexidade da luta pela construção de uma política pública que traduz os anseios de um “reencantamento do concreto” se choca com os interesses do grande capital e sua reestruturação produtiva num momento de crise estrutural sistêmica. Na realidade, a defesa da Política de Humanização da Saúde, seguindo os princípios do SUS, carece de uma teorização crítica do movimento social, do desenrolar da luta de classes.

Dessa maneira, pautar a desumanização é fundamental, dado que esta deve ser assinalada como a “ofensiva do capital sobre o trabalho e, por isso mesmo, significa uma regressão social quase inimaginável há trinta anos” (NETTO; BRAZ, 2011, p. 247). O atual estágio do sistema capitalista “exacerba todas as contradições do modo de produção capitalista” (NETTO; BRAZ, 2011, p. 247), pois houve um aumento da distância entre pobres e ricos, com um acentuado número de subempregados e trabalhadores precarizados.

Então, a Política Nacional de Humanização da Saúde parte de uma discussão superficial da sociedade, sem um aprofundamento teórico e crítico, sendo, dessa forma, incapaz de atender aos interesses por ela propagados. Pautar a humanização da saúde sem um aprofundamento na análise da questão social, das transformações ocorridas no mundo do trabalho, faz com que os limites de alcance da política de humanização sejam reduzidos, cabendo à política atuar somente numa dimensão micro e individualizada, marcada por ações pontuais, que não ultrapassam a dimensão do assistencialismo.

REFERÊNCIAS

- ALVES, E. *Questões preliminares sobre o impacto do neoliberalismo no mundo do trabalho*. Disponível em: <<http://www.Insrolux.org/textos/estadoservicospublicoll.htm>>. Acesso em: 02 de fevereiro de 2016.
- ANTUNES, Ricardo. *Os Sentidos do Trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho*. São Paulo: Boitempo, 2009.
- _____. *Riqueza e Miséria do Trabalho no Brasil*. São Paulo: Boitempo, 2006.
- _____. *A Corrosão do Trabalho e a Precarização Estrutural*. In: LOURENÇO, E. A. S. NAVARRO, V. L. (Org.). *O Averso do Trabalho III: saúde do trabalhador e questões contemporâneas*. São Paulo: Outras Palavras, 2013.
- _____. *Adeus ao Trabalho: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho*. São Paulo: Cortez, 1997.
- BARALDI, S.; CAR, M. R. *Flexibilização e desregulamentação laboral dos trabalhadores da área da enfermagem no Brasil: o caso PROFAE*. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/r/rlae/v16n2/pt_06.pdf>. Acesso em: 12 de janeiro de 2016.
- BEHRING, E.; BOSCHETTI, I. *Política Social: fundamentos e história*. São Paulo: Cortez, 2010.
- BRASIL. Ministério da saúde. *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza-sus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf>. Acesso em: 18 de agosto de 2011.
- _____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS: material de apoio*. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/hijg/gth/Cartilha%20da%20PNH.pdf>>. Acesso em: 24 de agosto de 2015.
- _____. Ministério da Saúde. *Seminário Nacional sobre Política de Desprecarização das Relações de Trabalho no SUS*. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, agosto de 2003.

- _____. *Lei 9.637*, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9637.htm>. Acesso em: 24 de novembro de 2015.
- _____. *Lei 9.790*, de 23 de março de 1999. Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências. Disponível em: < <http://www.mprs.mp.br/infancia/legislacao/id224.htm>>. Acesso em: 04 de novembro de 2015.
- _____. *Lei complementar n. 97*, de 29 de junho de 2007. Regulamenta o inciso XIX do art. 37 da Constituição Federal, parte final, para definir as áreas de atuação de fundações instituídas pelo poder público. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/projetos/Plp/2007/msg499-071107.htm>. Acesso em: 06 de novembro de 2015.
- _____. *Lei 12.550*, de 15 de dezembro de 2011. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal; e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/Lei/L12550.htm>. Acesso em: 10 de novembro de 2015.
- CARDOSO, R. O. O processo de Contrarreforma do Estado Brasileiro e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: a privatização mascarada dos hospitais universitários. In: BRAVO, M. I. S. et al (Orgs.). *Cadernos de Saúde: a saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização*. Rio de Janeiro: UERJ, 2015.
- CAVALCANTE, M. V. S.; LIMA, T. C. S. *A precarização do trabalho na atenção básica em saúde: relato de experiência*. *Argumentum*, v. 5, n.1, jan./jun. 2013.

- CISLAGHI, J. F. Hospitais Universitários e os novos modelos de gestão: faces da contrarreforma do Estado no Brasil. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. (Orgs.). *Cadernos de Saúde: saúde na atualidade*. Rio de Janeiro: UERJ, 2011.
- CORREIA, M.V.C. O Conselho Nacional de Saúde e os rumos da Política de Saúde brasileira: mecanismo de controle social frente às condicionalidades dos organismos financeiros internacionais. Recife, 2005. 345 pp. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2005.
- CORREIA, M. V.; SANTOS, V. M. Privatização da saúde via novos modelos de gestão: as Organizações Sociais em questão. In: BRAVO, M. I. S. et. al. (Orgs.). *Cadernos de Saúde: A mercantilização da saúde em debate*. Rio de Janeiro: UERJ, 2015.
- DIAS, M. *Feminização do trabalho no contexto da reestruturação produtiva: rebatimentos na saúde pública*. São Luís: EDUFMA, 2010.
- EBSERH. *Perguntas de Respostas*. 2013. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/documents/15796/112470/Cartilha+perguntas+e+respostas/efbb1c02-7546-4845-8998-655029382c90?version=1.0>>. Acesso em: 15 de novembro de 2015.
- FARIA, H. X.; DALBELLO-ARAÚJO, M. Precarização do trabalho e processo produtivo do cuidado. *Mediações – Revista de Ciências Sociais*, v. 16, n. 1, 2011.
- FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE (Org.). *Contra fatos não há argumentos que sustentem as Organizações Sociais no Brasil: relatório analítico de prejuízos à sociedade, aos trabalhadores e ao erário por parte das Organizações Sociais (OSs)*. 2011. Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/ubnc/view>>. Acesso em: 21 de janeiro de 2016a.
- FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE (Org.). *Relatório Analítico das irregularidades e dos prejuízos à Sociedade, aos Trabalhadores e ao Erário causados pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH*. Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/OB3SRQLv1tEAVYzIXbC1Ua-GFYIE/edit>>. Acesso em: 23 de janeiro de 2016b.

- FURTADO, T. T. G. *“HUMANIZASUS”*: Uma Avaliação Política da Política. São Luís, 2011. 138 pp. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2011.
- GRANEMANN, S. Fundações Estatais: projeto de Estado do capital. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. *Cadernos de Saúde: saúde na atualidade*. Rio de Janeiro: UERJ, 2011.
- HUUFMA. *Humanização*. Disponível em: <http://redehumanizasus.net/usuario/nucleo-de-humanizacao-do-huufma>. Acesso em: 10 de fevereiro de 2016.
- JUNQUEIRA, T. L. et al. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. *Caderno de Saúde Pública*, v. 26, n. 5, maio, 2010.
- LISBOA, V. IBGE: 17 estados contrataram organizações para área da saúde em 2013. EBC Agência Brasil. Disponível em: <<http://www.ebc.com.br/noticias/brasil/2014/03/ibge-17-estados-contrataram-organizacaoes-para-area-de-saude-em-2013>>. Acesso em: 10 de janeiro de 2016.
- MARCH, C. *A contrarreforma do Estado Brasileiro e seus efeitos no trabalho em saúde nos serviços públicos*. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/925/935>>. Acesso: 25 de março de 2016.
- MARX, Karl. *O capital*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.
- MDIC. A importância do setor terciário. Disponível em: <http://www.mdic.gov.br/index.php/comercio-servicos/a-secretaria-de-comercio-e-servicos-scs/402-a-importancia-do-setor-terciario>. Acesso em: 20 de julho de 2017.
- NETTO, J. P.; BRAZ, M. *Economia política: uma introdução crítica*. 7ª ed. São Paulo: Cortez, 2011.
- PASSOS, E. (Org.). *Formação de apoiadores para Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde: atividades*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.
- PEREIRA, B. *A Reforma Gerencial do Estado de 1995*. Disponível em:

<www.bresserpereira.org.br/Documents/.../PlanoDiretor/plano-diretor.pdf>. Acesso em: 14 de setembro de 2015.

PIRES, D. *Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil*. São Paulo: AnnaBlume, 2008.

SOUSA, W. S.; MOREIRA, M. C. N. A temática da humanização em saúde: alguns apontamentos para o debate. *Interface: comunicação, saúde, educação*, v.12, n. 25, abril/jun, 2008.

SOUSA, Gastão Wagner. *Método para análise e cogestão de coletivos – a construção do sujeito, a produção do valor de uso e a democracia em instituições – o método da rosa*. São Paulo: Huncitec, 2015.

Esta publicação foi impressa em 2018 pela gráfica Imos
em papel offset 75g/m², fonte ITC Franklin Gothic,
tiragem de 500 exemplares.