

A Política Nacional de Humanização e suas implicações para a mudança do modelo de atenção e gestão na saúde: notas preliminares. /

The National Humanization Policy and its implications on the change of the care and health management model: preliminary notes.

TAINÁ SOUZA CONCEIÇÃO¹

Resumo: Este texto objetiva fazer uma breve discussão da Política Nacional de Humanização (PNH), que propõe em linhas gerais operar mudanças das práticas de atenção e gestão nas instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS), com vistas ao acesso, controle social, equidade, universalidade e integralidade. Para tanto, faz um breve resgate histórico do que se pode considerar “movimento de humanização” no país, desde meados do século XX, e que chega ao início do século subsequente como uma política, abordando nesse processo, ainda que sumariamente, o conceito “humanização”, reconhecendo que a única unanimidade é sua polissemia. Ao fazer essa discussão, procura situar essa política no marco da construção do Sistema Único de Saúde e da contra-reforma do Estado brasileiro.

Palavras-chave: Política Nacional de Humanização, Política de Saúde, Atenção e gestão na saúde.

Abstract: The objective of this text is to discuss the National Humanization Policy, trying to identify contradictions in its main aspects, which proposes to change care and management practices in the Unified Health System – SUS, aiming the access, social control, equality, universality and integrality. To achieve this, the paper does an historical analysis of the “humanization movement” in the country, which dates back from the end of the 20th century, briefly approaching in this process the humanization concept, acknowledging that the sole unanimity is its polysemy. The discussion is set in the SUS legal mark and in the context of the Brazilian State counter-reform.

Keywords: National Humanization Policy, Health Policy, Care and management practices.

¹ Assistente Social. Mestre em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). É integrante do Grupo de Estudos e Pesquisas do Orçamento Público e Seguridade Social-GOPSS, além de fazer parte do Centro de Estudos Octávio Ianni-CEOI, coordenado pela professora Marilda Vilela Iamamoto. E.mail: taina.con@gmail.com

Introdução

Referências sistematizadas relacionadas ao termo humanização podem ser identificadas na literatura brasileira de saúde desde meados do século XX, apesar de, neste momento, figurar como uma preocupação secundária, mas que, em maior ou menor grau, já se fazia sentida. É a partir do fim do século referido e início do século XXI que esta temática tomará maiores proporções, fruto de iniciativas isoladas no decorrer da década de 1990, como o Hospital Amigo da Criança, Humanização nas UTT's Neonatais, Norma de atenção humanizada de recém-nascido de baixo peso - Método Canguru, Parto Humanizado e outras.

Em 2003, em razão desse processo já desencadeado, é elaborada a Política Nacional de Humanização (PNH), que aglutinou essas experiências e as ampliou para a atenção e gestão da saúde, experiências que antes se desenvolviam particularmente em hospitais. E atribuiu-se a essa política um caráter transversal. Considerando que o objetivo principal da PNH é a mudança nos modelos de atenção e gestão na saúde, almeja-se identificar algumas das contradições existentes nos pontos principais desta política, analisados a partir dos seus princípios e diretrizes.

Assim, para a elaboração deste artigo, utilizamos os documentos e as cartilhas do Ministério da Saúde, concernentes à humanização do atendimento, que explicitassem seus objetivos, princípios e diretrizes. Realizamos também uma pesquisa bibliográfica na base de dados do Scientific Electronic Library Online (SciELO), bem como na do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme). Esses textos foram selecionados a partir de uma primeira leitura, na qual definimos como essenciais aqueles que trabalhassem diretamente com temas relacionados à humanização da assistência, que conceituassem o termo e que apontassem para experiências já realizadas com trabalhadores, gestores e usuários nesse processo.

O texto está subdividido em três momentos. No primeiro, buscamos trazer os antecedentes históricos recentes do termo

humanização no cenário brasileiro, e avançamos até a construção da Política Nacional de Humanização, abordando nesse processo, de forma secundária, sua conceituação, tanto em documentos oficiais do Ministério da Saúde como também nos textos analisados. No segundo momento, localizamos a PNH inserida no Sistema Único de Saúde (SUS) como resultante de proposições de parte do movimento da saúde mental, mas também, e principalmente, no contexto de contra-reformas em que o país adentra, a partir da década de 1990. Por fim, identificamos as contradições presentes na política de humanização e que podem servir tanto como mais um elemento de tensionamento do modelo atual de atenção à saúde como também de elemento conservador, velando processos existentes na política de atenção à saúde.

Antecedentes da Política Nacional de Humanização

O tema da humanização está inscrito nas principais pautas de debates da política de saúde no Brasil no contexto atual, sendo incorporado pelo Ministério da Saúde como uma política transversal dentro do sistema, e tendo como uma de suas estratégias a visibilização do “SUS que dá certo”, ou seja, de experiências concretas consideradas exitosas no âmbito do Sistema Único de Saúde. Neste sentido, neste ano, no mês de agosto, foi realizado em Brasília o II Seminário Nacional de Humanização - “Trocando experiências, aprimorando o SUS”. Este seminário teve como objetivo socializar as experiências desenvolvidas no SUS com vistas à humanização nestes cinco anos da implementação da PNH. Mas desde quando o tema da humanização está presente no debate da saúde na realidade brasileira? E de que modo está inserido no debate atual?

O termo humanização está presente no debate da saúde pública no Brasil, com mais ênfase, no fim da década de 1990. Contudo, este movimento, como poderíamos chamar, começa a delinear seus traços já na década de 1950, recebendo influências

e contribuições da Declaração Universal dos Direitos Humanos; da defesa em prol da assistência ao parto humanizado – defesa na qual se identifica o movimento feminista como sujeito desse processo; da luta antimanicomial, e das demais críticas que vêm se juntar a essas, principalmente no que concerne ao modelo de assistência à saúde existente.

De uma forma mais geral e disseminada, Diniz (2005) vai informar que, na assistência ao parto, o termo humanização já é utilizado desde o início do século XX, em várias partes do mundo, principalmente nos países capitalistas centrais, após a sua difusão pelo assim considerado “pai da obstetrícia”, Fernando Magalhães, que defendia a utilização de “narcóticos e do fórceps”, a fim de aliviar a dor das parturientes – em contraposição ao modelo anterior, vinculado à Igreja Católica, em que o sofrimento no parto era considerado como um desígnio divino, uma expiação do pecado original –, e por entender que seu uso contribuía para humanizar a assistência ao parto.

A utilização de drogas para o “alívio” das dores decorrentes do parto passa a ser usual durante várias décadas em pacientes da elite e logo se torna um tipo de parto “idealizado”. Sua concepção varia, indo desde um parto totalmente inconsciente, em que a mulher não tinha qualquer lembrança daquela situação compreendida como “medonha”, até o uso de anestésias lombar e local, em que a mulher passava a estar consciente, mas sem dores, ficando durante todo o parto em posição horizontal (DINIZ, 2005).

Já a partir da década de 1950 este modelo considerado até então “humanizado” começa a ser questionado, tanto por obstetras, movimento hippie, como também, e principalmente, pelo movimento feminista, que tem um papel muito importante nesse processo. De modo que o uso indiscriminado de drogas, as rotinas de pré-parto - como a episiotomia² - e o pós-parto passam

² Rotina médica em que a mulher no momento do parto tem sua vulva e sua vagina cortada

pela crítica desses movimentos. Esse pode ser considerado um momento mais geral da utilização do termo humanização.

No Brasil, esse movimento ganha força a partir da década de 1970, com a realização de experiências isoladas, principalmente as desenvolvidas por obstetras e enfermeiros, mas também por outros profissionais inseridos ou não na área da saúde, que resultam posteriormente na criação da Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (Rehuna).³

Outro vetor importante para a construção do que posteriormente seria a política de humanização foi o movimento de luta antimanicomial, baseado na Declaração Universal dos Direitos Humanos, que inicia uma discussão a respeito da Saúde Mental no Brasil. Esse movimento ganha expressão em 1970, a partir da grande mobilização de setores da sociedade civil organizada em um momento de luta pela redemocratização do país. Esse movimento pressupunha, entre outras coisas, a extinção de castigos corporais, mentais, psicológicos, considerados tratamentos, bem como do uso abusivo de medicamentos.

Nas demais áreas da saúde, a temática da humanização também ganha espaço, sendo, no entanto, a área hospitalar o *locus* principal deste debate. Casate e Corrêa (2005) apontam que essa discussão inicia-se de forma residual nas décadas de 1950 a 1970, quando as referências giravam em torno do confronto tecnologia x humanização, enxergando-se na humanização uma possibilidade de resgatar “valores caritativos/religiosos”. Segundo as autoras,

Nos textos do final da década de 50, décadas de 60, 70 e 80, a humanização é enfocada, predominantemente, de modo circunscrito às relações interpessoais estabelecidas com o doente, bem como às questões administrativas de dada instituição (predominantemente hospitalar), mostrando-se desarticulada das dimensões político-sociais do sistema de saúde (CASATE; CORREA, 2005, p. 109).

cirurgicamente (musculatura vaginal, tecidos eréteis da vulva e vagina, vasos e nervos) sem que haja qualquer necessidade médica. Ver: Xô Epsio, 2009.

³ Para maiores informações sobre o processo de criação do Rehuna e sobre o movimento de humanização na assistência ao parto, ver Diniz (2005), Tornquist (2002; 2003).

De forma geral, as reivindicações do movimento de Reforma Sanitária mostravam a necessidade da construção de um sistema de saúde que não apenas garantisse acesso a todos, mas acesso de qualidade, criticando o modelo hospitalocêntrico existente, evidenciado principalmente, mas não exclusivamente, pelos seguintes aspectos: referência à fragmentação dos processos de trabalho em saúde; a centralização do poder; o ensino médico dissociado da realidade sanitária da população, voltado para a inovação e sofisticação de tecnologias, envolto e dependente da indústria farmacêutica; as longas e demoradas filas; a falta de *orçamento* para a saúde e outros - queixas que eram comumente expostas no fim da década de 1970 até o período que culminou com a pactuação do Sistema Único de Saúde (LUZ, 1991). O que não significa dizer que muitas destas situações não persistam. Mas, elas foram foco de resistência e luta em um momento em que a saúde no país dirigia-se, de fato e de direito, apenas para alguns setores da sociedade.

Somente no fim da década de 1990 e início dos anos 2000 é que a temática aparece com mais ênfase nos debates da saúde, embora já fossem realizadas algumas experiências isoladas, como a do Hospital Amigo da Criança e a do Método Mãe-Canguru, bem como o acolhimento nas recepções, entre outras. Benevides e Passos (2005) identificam que o tema conquistou legitimidade a partir da XI Conferência Nacional de Saúde (CNS) realizada em 2000, intitulada *Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde como controle social*.

É neste ano que o então ministro da Saúde, José Serra, cria o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), “ao identificar o número significativo de queixas dos usuários referente aos maus tratos nos hospitais” (BRASIL, 2000, p. 3), e, como forma de dar resposta a essas necessidades, convida vários profissionais da área de saúde mental para elaborar uma proposta de trabalho com vistas à humanização. Ainda neste documento, diz-se que:

Na avaliação do público, a forma do atendimento, a capacidade demonstrada pelos profissionais de saúde para compreender suas

demandas e suas expectativas são fatores que chegam a ser mais valorizados que a falta de médicos, a falta de espaço nos hospitais, a falta de medicamentos, etc (BRASIL, 2000, p. 3).

E apesar de ressaltada neste mesmo documento a importância de fatores como recursos humanos, materiais e espaciais para o sistema de saúde, percebe-se que estas questões são lateralizadas. Na verdade, tem-se o intuito de promover uma humanização, que, como bem informa, consiste num “chamamento aos profissionais de saúde” para trabalharem nesta direção, colocando em grande parte, senão toda, a responsabilidade deste projeto nos ombros dos trabalhadores da saúde.

O objetivo principal do programa era “aprimorar as relações entre profissional de saúde e usuário, dos profissionais entre si, e do hospital com a comunidade” (BRASIL, 2000, p. 3). Devia-se, segundo o documento ministerial, acompanhar o movimento da sociedade à procura de um atendimento que levasse em conta as suas necessidades básicas, que assegurasse os direitos já conquistados em 1988 e que melhorasse o acolhimento ao usuário. Entretanto, estas “mudanças”, como já foram pontuadas, dependiam do nível de comprometimento dos trabalhadores da saúde.

Neste programa são incorporadas aquelas ações de humanização já realizadas tanto no nível local como nacional; caracterizadas geralmente por terem sido desenvolvidas de forma focalizada e fragmentada, com ênfase nas áreas da saúde da mulher e da criança, trabalhando em frentes como humanização do atendimento; humanização do acolhimento; humanização do parto; humanização da gestão, entre outras, e quase que exclusivamente em hospitais. O que não significa que, a partir do PNHAH, esse direcionamento tenha sido modificado.

Até aqui foi possível observar que o termo humanização vai adquirindo vários significados e ampliando seu campo de ação, abrangendo desde a busca pelo direito das mulheres a um parto mais seguro e acolhedor até a atenção hospitalar, com a

constituição de um programa que aglutinou essas ações isoladas, de modo a reuni-las, mas que continuou a imprimir o mesmo direcionamento. A seguir, revelam-se as propostas presentes na Política Nacional de Humanização (PNH).

As propostas presentes na Política Nacional de Humanização: é preciso que algo mude para que tudo continue o mesmo?

Em 2003, com o governo de Luiz Inácio Lula da Silva e a partir da composição de uma nova equipe para o Ministério da Saúde, o PNHAIH enquanto programa de governo sofre alterações. Neste ano, no mês de novembro, é realizada em Brasília a *Oficina Nacional HumanizaSUS: Construindo a Política Nacional de Humanização*. Esse momento foi marcado pela socialização do trabalho efetuado ao longo do ano pela equipe do ministério, que procurou acompanhar as políticas, programas e ações que estavam sendo desenvolvidos no âmbito da saúde, além de alterar a condição da “humanização”, ampliando seu alcance e transformando-a de programa em uma política – a Política Nacional de Humanização, já em 2004.

Especificamente com relação à humanização, observou-se que muitas iniciativas haviam sido realizadas nos anos anteriores, mas que várias dessas ações desenvolviam-se isoladamente e tinham um caráter fragmentário, apesar de suas contribuições para a “sensibilização dos gestores, trabalhadores e usuários sobre as questões relacionadas à humanização do atendimento” (BRASIL, 2004, p. 2).

Era clara a necessidade de articular essas ações e programas, por isso, a construção de uma Política Nacional de Humanização, que pudesse, além de reuni-los, abranger o modelo de atenção e gestão na saúde. Política esta que almejava contribuir para a “qualificação da atenção e da gestão, ou seja: atenção integral, equânime, com responsabilização e vínculo; para a valorização

dos trabalhadores e para o avanço da democratização da gestão e do controle social” (BRASIL, 2004, p. 09).

O documento reconhece que o baixo investimento na qualificação dos trabalhadores e a não garantia de uma formação contemplando o escopo das políticas públicas fragilizam o SUS e diminuem a possibilidade de práticas comprometidas com a saúde, e conseqüentemente com os usuários, o que implica a desconsideração dos seus direitos. Além disso, a ausência da gestão participativa e a dos processos de controle social comprometem a garantia constitucional do direito à saúde. Entendendo a complexidade desta questão, o documento aponta para a construção de uma “Política de Qualificação do Sistema de Saúde”, afirmando que estes desafios não se esgotam num programa, mas que necessitam de uma política que seja transversal dentro das demais políticas públicas de saúde.

É assim que, na PNH, o conceito de humanização é reelaborado e descrito no *Documento base para gestores e trabalhadores do SUS* como sendo:

Uma aposta ético-estético-política: ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e co-responsáveis; estética porque acarreta um processo criativo e sensível de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas; política porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS (BRASIL, 2006, p. 44).

Trata-se de um conjunto de dimensões que visam, segundo seus documentos, considerar as necessidades sociais subjetivas, a partir da constituição de novos sentidos para a produção de saúde e de seus sujeitos. Assim, se comparada ao Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, vê-se que a PNH dá um salto qualitativo ao considerar a situação na qual estão inseridos os trabalhadores, gestores e usuários, e ao sinalizar para a mudança no modelo de atenção e gestão na saúde, a fim de avançar em direção à qualificação do SUS.

Todavia, quando se retrocede ao aspecto conceitual, principalmente a partir do PNHAH, percebe-se uma variedade de matizes, abrangendo desde a idéia de um “bom acolhimento” e caminhando em direção daquilo que se configura como direitos, como, por exemplo, a participação. Muito embora, seja necessário caracterizar este tipo de participação, sua concepção e operacionalização. A seguir, apresentaremos algumas concepções formuladas sobre o conceito de humanização da saúde, expressas tanto nos documentos do ministério quanto nos artigos analisados, cabendo ressaltar que não é objetivo deste trabalho *conceituar humanização*, mas, sim, sinalizar algumas questões conceituais para os debates que são feitos a esse respeito, a fim de situar a análise.

Quando se discute a humanização em saúde, não há unanimidade quanto ao conceito, por isso, esse é considerado polissêmico. Vários trabalhos⁴ foram e continuam sendo desenvolvidos buscando descortinar a complexa teia de significados e propostas, tanto no que se refere ao aspecto teórico-conceitual quanto ao das práticas que daí decorrem.

Numa tentativa de entender esse processo e o próprio termo, Deslandes (2004) vai questionar se essa proposta de humanização significa dizer que “a prática em saúde era (des)humanizada ou não era feita por e para humanos”. Conclui dizendo que “o conceito de humanização da assistência ainda carece de uma definição mais clara, conformando-se mais como uma diretriz de trabalho, um movimento de parcela dos profissionais e gestores, do que um aporte teórico-prático” (2004, p. 8).

Para Casate e Corrêa (2005), a humanização “envolve questões amplas que vão desde a operacionalização de um processo político de saúde calcado em valores como a cidadania, o compromisso social e a saúde (...) e passando pela revisão das práticas de gestão” (2005, p. 110).

⁴ Vários trabalhos com este propósito ou que abordam esta questão mais profundamente já foram realizados. Para conferir, ver: Benevides e Passos (2005 a; 2005b), Campos (2003), Campos (2005), Deslandes (2004; 2005), Souza e Moreira (2008).

No documento de elaboração da PNH, o conceito de humanização foi ampliado, não mais restrito à assistência hospitalar, passando a contemplar a gestão e a atenção, como tarefa inequívoca. Buscava-se, segundo o documento do Ministério da Saúde (2004), a superação da fragmentação dos processos de trabalho, através de ações coletivas. Entretanto, mesmo após essas mudanças, a idéia presente no termo “humanização” continua apontando uma supervalorização das subjetividades, com um teor muitas vezes romantizado da prática médica. Assim, Puccini e Cecílio (2004) vão considerar que:

O caminho proposto de uma “reumanização” da medicina guarda forte apego bucólico, limitando-se à questão da formação médica e seu caráter clássico perdido por força da tecnologia. Reduz a questão a um problema no interior da epistemologia médica, procurando retomar, por meio da volta ao passado, o caráter técnico e moral perdido, restaurando um médico idealizado na literatura romântica. Avalia-se, assim, que essa discussão, sem a devida articulação com a evolução das relações sociais, sem a presença da concepção da totalidade concreta, dos interesses, das classes sociais, da cultura, do Estado moderno, não consegue ultrapassar uma saudade idealizada, uma inconformada racionalidade religiosa perdida (PUCCINI; CECÍLIO, 2004, p. 1.345).

E concluem dizendo que “a humanização é um movimento com crescente e disseminada presença, assumindo diferentes sentidos segundo a proposta de intervenção eleita” (PUCCINI; CECÍLIO, 2004, p. 1.344).

No documento *Humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS* é sinalizado que a Política de Humanização procura “aumentar o grau de co-responsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS no cuidado à saúde e implica mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho” (BRASIL, 2004, p. 02). A humanização neste sentido é entendida como

(...) estratégia de interferência no processo de produção de saúde, levando em conta que sujeitos sociais, quando mobilizados, são

capazes de modificar realidades, transformando-se a si próprios neste mesmo processo. Trata-se, sobretudo, de investir na produção de um novo tipo de interação entre os sujeitos que constituem os sistemas de saúde e deles usufruem, acolhendo tais atores e formulando seu protagonismo (BRASIL, 2004, p. 08).

É complicado, no entanto, atribuir aos “sujeitos sociais” a responsabilidade para a mudança no processo de produção de saúde. Essa análise não pode ser realizada descolada da realidade histórico-social em que estamos situados. Não é possível considerar “apenas” a “inclusão” de sujeitos, nesses processos, senão em como avançar no marco dos direitos já resguardados pelo SUS.

Com o intuito de dar visibilidade à PNH, o Ministério da Saúde trabalha na perspectiva de incentivar ações na área de humanização, por meio de alguns prêmios concedidos pelo Ministério da Saúde, como o Galba de Araújo, entre outros, o que pode gerar um clima competitivo entre as diversas unidades de saúde e despolitizar a luta pela garantia dos direitos. Além disso, há que considerar quais as metodologias utilizadas para classificar um serviço de saúde como humanizado, para não cairmos na armadilha apontada por Souza e Moreira (2008), ao observarem que o termo humanização muitas vezes é tido “na sociedade atual como uma grife, uma marca, que garantiria ou pretendia garantir qualidade a quem a utiliza” (2008, p. 328).

Para a Política Nacional de Humanização, enquanto política pública de caráter transversal, a humanização deve permear as várias instâncias das políticas de saúde, constituindo-se como vertente orgânica do SUS, a partir do confronto de idéias, planejamento, mecanismos decisórios, estratégias de implementação e de avaliação. Esses processos “devem confluir na construção de trocas solidárias e comprometidas com a produção de saúde” (BRASIL, 2004, p. 02).

No entanto, é importante ressaltar que, quando se fala em humanização, deve-se levar em consideração vários fatores, como participação, direitos, qualidade dos serviços, mas também, e com

grande importância, as condições para que se opere dentro do sistema de saúde atendimento de qualidade, que passa por recursos humanos e recursos materiais. Sem isso, torna-se complicado uma política que visa a humanização do atendimento alcançar o sucesso que se espera.

Examinando a forma em que está estruturada a PNH, trata-se quase de uma declaração de princípios, mas que não se materializa pelas condições em que o processo de trabalho na saúde efetivamente se realiza, como o baixo aporte de recursos, a contra-reforma do Estado e demais problemas e contextos nos quais o SUS está inserido, e que determinam a produção da saúde e de seus sujeitos. Uma política que não situe estas questões corre sério risco de servir, em grande medida, para o ocultamento das contradições sociais.

Na tentativa de localizar historicamente os desafios postos ao SUS é que, no tópico seguinte, traçaremos um panorama da realidade na qual está inscrita a PNH, pois, para que se possa construir efetivamente um sistema de saúde humanizado, deve-se, sim, levar em conta todas as questões postas como urgentes pela PNH, mas sem desconsiderar o problema estrutural que persegue o Sistema Único de Saúde.

O Sistema Único de Saúde e os rebatimentos da Contra-Reforma do Estado

Na década de 1970, na plena vigência da ditadura militar, agendas políticas contra a repressão e a favor de uma política de saúde, e, principalmente, por uma sociedade democrática, faziam-se presentes, contrapondo-se à política de saúde previdenciária e privatista e ao governo anti-democrático instaurado.

Nesse momento, a ação política organizada de setores como profissionais da área de saúde, intelectuais e movimentos sociais ganha força e começa a se rearticular, em uma conjuntura analisada

por Bravo (2007) como *distensão política*, favorável ao processo de redemocratização e que trazia em seu bojo uma nova concepção de saúde, capaz de definir novos padrões.

Padrões esses que perseguiram um sistema de saúde não perdulário, uma sociedade mais justa, além da garantia de direitos políticos, civis e sociais; e por conseguinte contrários a uma saúde de caráter individual, assistencialista, e a uma medicina que privilegiava a prática curativa em detrimento de ações preventivas. Padrões que buscavam um sistema de saúde que abrangesse toda a sociedade e não apenas parcela desta.

O projeto de Reforma Sanitária pressupunha uma sociedade efetivamente democrática, vinculada a uma ampla reforma do Estado que garantisse direitos de cidadania, desaguando em mudanças estruturais no modelo de atenção à saúde, com a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), mas não se limitando a isso. Tratava-se de ir avançando na construção de um novo pacto societário, marcado pela solidariedade, ampliação da esfera pública e o combate às desigualdades – traço marcante na sociedade brasileira.

Foi esse processo que desaguou, em 1986, na convocação da VIII Conferência Nacional de Saúde, e que teve como presidente e principal expoente Sérgio Arouca, na época, presidente da Fundação Oswaldo Cruz. Essa Conferência contou com a participação de mais de 4.000 pessoas e seu relatório final subsidiava posteriormente a Constituinte para a criação e construção do Sistema Único de Saúde, na Constituição de 1988, promovendo a saúde como um direito de todos e dever do Estado, de caráter universal, equânime e integral, o que se mostrou uma de suas grandes conquistas.

Todavia, como sabemos, todas as conquistas de 1988 são na década seguinte desafiadas pela liberalização da economia, a contra-reforma neoliberal e o redirecionamento do papel do Estado como promotor direto das políticas sociais, que entra diretamente em conflito com as bases universalistas do SUS,

gerando e/ou agravando problemas dentro do sistema, resultado de uma conjuntura política nacional e internacional desfavorável ao desenvolvimento saudável da Seguridade Social no Brasil.

Já a partir de 1990, adentrando na década seguinte, um dos problemas que desafiam e põem em risco o SUS é o financiamento da política de saúde, que passa a ser tensionado pelo modelo econômico adotado, com vistas à estabilização monetária e à contenção de gastos públicos nas áreas de investimentos sociais. De modo que, apesar de serem asseguradas constitucionalmente as fontes de financiamento e o montante de recursos que garantiriam a estabilidade e a suficiência do sistema de Seguridade Social brasileiro, a despeito das regras constitucionais, passa a prevalecer a instabilidade de receitas, que contribuiu para a disputa entre as áreas da Seguridade Social (DAIN, 2007).

É neste contexto que se desenvolvem movimentos dentro no Ministério da Saúde, a partir de pressões dos movimentos sociais, a fim de lutar pela vinculação de recursos, com o intuito de assegurar maior estabilidade e volume de verbas, que são observados na criação da CPMF⁵ (Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira) e na Emenda Constitucional nº 29, entre outros. Contudo, de fato, tais medidas não representaram aumentos expressivos no montante de recursos para a saúde, descumprindo a suficiência de aportes financeiros pensada na Carta Magna e impactando diretamente a função redistributiva do atendimento das necessidades de saúde da população.

Percebe-se que esse projeto de ruptura e construção de um padrão de intervenção estatal, calcado numa agenda redistributiva e universalista, vai contra a construção da cidadania historicamente desenhada no Brasil, de caráter paternalista, clientelista, patrimonialista, marcada pela ausência de um projeto nacional que se dirigisse à questão da desigualdade, característica de um país marcado pela heterogeneidade estrutural. É assim que o projeto

⁵ Extinta no final de 2007.

da Reforma Sanitária vai sendo paulatinamente contraposto às soluções individualistas e focalistas/fragmentárias, que privilegiam as parcerias entre público e privado, a desresponsabilização do Estado em relação ao provimento das necessidades básicas, tornando a família a única responsável por este papel, assim como o resgate da refilantropização, marcas das atuais políticas sociais no Brasil.

Também coopera para isso o espírito contra-reformista do Estado brasileiro em sua versão neoliberal, que propõe, em termos gerais, preparar o país para um novo “projeto de modernidade”, em que as conquistas advindas da Constituição, principalmente de seu capítulo sobre a Seguridade Social, fossem doravante desconsideradas, uma vez que, oriundas de uma Constituição perdulária, não poderiam logicamente ser sustentáveis. Ocorre, assim, um processo de contra-reforma, que se manifesta nos discursos e ações políticas, ocasionando um verdadeiro desmonte de direitos sociais, que tem início no governo Collor de Mello e continua até hoje, mesmo num governo dito de esquerda. Senão, vejamos.

Em 2002, com a vitória de Luiz Inácio Lula da Silva, o país passa por um período de êxtase, já que a presidência do país seria chefiada por alguém que era reconhecido como representante da classe trabalhadora. Em meio a essa euforia, os vários movimentos da sociedade civil organizada são chamados a participar da construção dos planos futuros para o país, entretanto, essas contribuições não são introduzidas, a não ser em planos mais restritos.

No que concerne à política econômica, este governo não traz grandes mudanças, ao contrário, padece de um forte continuísmo, como observam as pesquisas de vários autores: Behring (2006); Filgueiras e Gonçalves (2007); João Antônio de Paula (2005), só para citar alguns. Na política social, programas como Bolsa-Família tornam-se o carro-chefe do governo, revelando assim a sua prioridade.

Na saúde, é chamada a XII Conferência Nacional de Saúde, em homenagem a Sérgio Arouca, e intitulada “Saúde um direito de todos e um dever do Estado. A Saúde que temos, o SUS que queremos”. Os participantes dessa Conferência, através de um resgate da história da construção do SUS, do reconhecimento de sua importância para a diminuição das desigualdades sociais no país e do processo de fragilização do SUS no contexto atual, exigem medidas urgentes para assegurar os direitos conquistados em 1988.

Essas medidas foram debatidas pelos seguintes eixos temáticos: direito à saúde; seguridade social e saúde; intersetorialidade das ações de saúde; as três esferas do governo e a construção do SUS; organização da atenção à saúde; controle social e gestão participativa; o trabalho na saúde; ciência e tecnologia em saúde; financiamento da saúde; comunicação e informação em saúde.

Nos eixos trabalhados na Conferência, a referência à humanização se faz presente, seja no discurso direto em que ela figura como elemento central seja indiretamente, quando são priorizadas ações que têm como premissas diretrizes da PNH, como o controle social, a participação, a gestão participativa e o atendimento humanizado, entre outras.

Observa-se, entretanto, que o lugar designado para a PNH, ao contrário do que se quer fazer parecer, não remete a ações que se articulem entre si, nem mesmo aponta saídas para o que pretende chamar de uma nova institucionalização de modelos de atenção e gestão da saúde, já que suas proposições estão mais ligadas ao campo do subjetivismo do que a ações concretas que procurem dar conta dos problemas existentes na saúde. Em muitos momentos, percebe-se um forte movimento de conservadorismo inscrito no interior das ações propostas, como é o caso do acolhimento, que geralmente é utilizado para minorar situações limites, da falta de acesso, da qualidade dos serviços, conformando-se muito mais como uma política restritiva, pois não amplia e nem mesmo assegura os direitos já existentes.

As contradições presentes na PNH e suas implicações para a mudança do modelo de atenção e gestão na saúde

Até aqui vimos os antecedentes da construção da Política Nacional de Humanização, sugerimos o debate em torno da polissemia do termo humanização e as diretrizes dessa política que se pretende transversal na política de saúde, bem como tentamos circunscrever esse debate no atual panorama de contra-reforma do Estado brasileiro.

Importa-nos agora, partindo dessas premissas, pinçar algumas das contradições presentes na PNH. O norte para examinar tais questões será o objetivo central apontado nos documentos referentes à Política Nacional de Humanização em que esta é entendida como um dos instrumentos para o alcance da mudança nos modelos de atenção e gestão na saúde.

A estratégia utilizada para promover a PNH tem sido a de dar visibilidade às ações e aos programas do sistema de saúde que sejam “positivos”, os quais vêm sendo caracterizados pelo Ministério da Saúde como o “SUS que dá certo”. Por isso é que, a partir da literatura selecionada e examinada, elegemos trabalhos que contemplassem não apenas análises teóricas sobre a política em questão, mas que também expusessem reflexões de experiências na área, a partir da apreensão dos princípios e diretrizes da PNH.

A literatura com a qual trabalhamos foi bastante diversificada, tanto do ponto de vista de suas categorias de análise quanto em relação às áreas de estudo a que estavam vinculados os seus autores. Foram artigos da sociologia, enfermagem, medicina, antropologia, psicologia, entre outros. Isto posto, é importante frisar que os “eixos” construídos para esta análise fazem parte do conjunto de princípios e dispositivos da PNH eleitos e organizados de acordo com as categorias trabalhadas nos artigos examinados.

A co-responsabilidade e valorização das subjetividades dos trabalhadores, usuários e gestores para a consolidação da PNH

Um dos princípios da PNH mais trabalhados nos artigos analisados diz respeito à valorização da dimensão subjetiva, com integração da co-responsabilização e estímulo aos processos de grupalidade como dimensões importantes para o alcance de práticas comprometidas com a atenção e gestão na saúde.

As formas de se alcançar tais princípios, que estão descritas nas diretrizes da política, passam pela ampliação do diálogo entre todos os sujeitos implicados nessa mudança, promovendo assim a gestão participativa. Esse diálogo pode ser construído em grupos de trabalho de humanização.

Quando se lê os documentos oficiais da PNH, a idéia que se tem é a de que, a despeito de todas as demais questões estruturais, podemos construir um “SUS que queremos”, mesmo sem financiamento adequado, sem condições físicas e materiais de trabalho – muito embora estas últimas questões sejam mencionadas nos documentos da PNH – e também sem que haja condições efetivas de participação do usuário ou do trabalhador nas decisões. Dito isto, há que se considerar que estão previstas estratégias para atingir tais objetivos, que seriam por meio de conselhos gestores e também de ouvidorias. Ignorando, por vezes, o espaço dos Conselhos de Saúde. A despeito disso, o discurso que encontra lugar é aquele mistificador da subjetividade, que esconde em si muito mais uma individualização das queixas e dos encaminhamentos do que a identificação coletiva das problemáticas vivenciadas cotidianamente e que tenham como horizonte a luta por direitos já assegurados.

Sobre isso, Puccini e Cecílio (2004) informam ser difícil conceituar

uma avalanche de intenções que, situadas no campo dos justos e politicamente corretos, trabalham com concepções de

mundo muito diferentes, resultando em distintas propostas de humanização que, no fundo, só coincidem enquanto slogan de propaganda. (PUCCINI; CECÍLIO, 2004, p. 1.346).

Alertam ainda para que se utilize de cautela, de modo a não valorizar demais as subjetividades, a fim de não ultrapassar o seu alcance real e acabar por produzir uma “psicologização do processo social”.

Mudança nos modelos de atenção e gestão

No documento *Humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*, há uma espécie de análise conjuntural, que diz:

Num momento em que o país assume clara direção em prol de políticas comprometidas com a melhoria das condições de vida da população, as políticas de saúde devem contribuir realizando sua tarefa primária de produção de saúde e de sujeitos, de modo sintonizado com o combate à fome, à miséria social e na luta pela garantia dos princípios éticos no trato com a vida humana (BRASIL, 2004. p. 09).

Avalia-se que há no documento uma posição muito positiva em relação à situação política e social do país, que não se traduz na realidade. Ou a saúde vai muito bem, obrigada? Ou não persiste a Desvinculação das Receitas da União (DRU), que tanto afeta a saúde? Para não entrar nesta questão e tratando mais especificamente da PNH, o que de fato tem sido feito para atingir tais objetivos? Em geral, as experiências observadas tratam do acolhimento⁶, como respostas às demandas colocadas para a saúde. Assim, com o intuito de serem “humanizadas”, muitas práticas, ao invés de permitirem de fato um novo tipo de atenção, têm caído em outra armadilha, a de homogeneizar procedimentos e ações.

Há situações também em que a humanização, ao contrário de sua proposta de autonomia, valorização das subjetividades, participação, etc, é minada por um “perfil idealizado” do que

⁶ No II Seminário Nacional de Humanização, realizado nos dias 05 e 07 de agosto de 2009, a maior parte dos trabalhos expostos tratava de experiências ocorridas a partir do acolhimento.

vem a ser atenção humanizada. Como é o caso da amamentação, que é hoje vista como um direito da criança e da mãe; direito este que, muitas vezes, pode ser inviabilizado, gerando frustração na mãe ao ser pressionada pela família e equipe de saúde. Carmen Susana Tornquist (2003), sobre essa situação particular, vai pontuar que:

Desde o século XIX, a amamentação foi vista como ponto crucial no processo de constituição da figura higiênica da mãe, e não foram poupados esforços de autoridades para viabilizar o aprendizado e o exercício deste dever cívico da mulher. No entanto, em que pesem os argumentos em contrário, a amamentação não é um instinto nem um ato puramente biológico, é também, e sempre, um processo social. As situações de dificuldade e conflitos na amamentação remetem a uma reflexão importante: se tomado como uma norma rígida, o incentivo à amamentação deixa de ser um direito da mulher, tornando-se um dever normativo e disciplinador (TORNQUIST, 2003, p. 425).

Assim, o que seria um direito, passa a ser uma obrigação, muitas vezes infligindo agressões psicológicas, sociais e até mesmo físicas, e conclui:

O ideário do parto humanizado, portanto, contém paradoxos: de um lado, advoga os direitos das mulheres no momento do parto, de outro, parece estar desatento às diferenças socioculturais entre estas mulheres. Se as experiências de humanização se concentram em aspectos técnicos isolados e num modelo universalista de família e de feminilidade, no contexto de uma cultura fortemente centrada no mito do amor materno e na pesada herança higienista da medicina, pode minimizar seu grande potencial que é o do empoderamento das diferentes mulheres no que tange à sua saúde reprodutiva e sexualidade (TORNQUIST, 2003, p. 426).

Condições de trabalho e atendimento

Outra questão contraditória nesse processo de humanização diz respeito à relação entre profissionais de saúde e usuários. Temos a impressão de que o debate da humanização sai da esfera do que é público, que é regido por leis e diretrizes estatais, para vincular-se ao privado, numa relação que não vai muito além daquilo que já foi mencionado, queixa e encaminhamento,

porém coloca trabalhadores frente a frente, como se usuários e profissionais da saúde não fossem todos trabalhadores e, ao contrário, estivessem numa arena de disputa. A esse respeito, não seria interessante, então, nos perguntarmos sobre o modelo de saúde vigente, baseado no modelo biomédico e hospitalocêntrico? Seria possível mudar este modelo, a partir tão somente da vontade dos sujeitos implicados nesse processo?

Com relação aos trabalhadores, estes são considerados pela PNH como sujeitos que podem fazer mudanças no modelo de atendimento vigente. Por um lado, isto é importante ao situá-los como sujeitos de direitos. No entanto, este modelo não se configura, pura e simplesmente, pela ação isolada de seus sujeitos. Não existe apenas porque o médico ou outros profissionais querem. Entretanto, antes de fazer dos trabalhadores da saúde alvo fácil de críticas,

(...) é necessário interrogar se os trabalhadores de saúde estão em condições de garantir um atendimento, um cuidado orientado pela perspectiva política crítica da humanização. Tal preocupação se concretiza no fato de que, quase sempre, tais trabalhadores se encontram inseridos em processos de trabalho muito precários em decorrência de baixos salários, realização de dupla e, até mesmo, tripla jornada, sobrecarga de trabalho devido ao *déficit* ou insuficiência de pessoal e de recursos materiais em qualidade e quantidade, alta carga de estresse, em função da tensão provocada, seja pelas chefias superiores como pelos próprios usuários, sobre quem está na *ponta* do sistema (SOUZA; MOREIRA, 2008, p. 333).

Falas ou até mesmo experiências, mesmo que positivas, considerando apenas a vontade individual, podem gerar grandes frustrações. Por isso, querer que a relação “acolhedora” de grupos de trabalho de humanização, gestão participativa e outros dispositivos se realizem apenas pela “boa vontade” dos trabalhadores da saúde e usuários é no mínimo irresponsável, pois ações de sujeitos isolados não implicarão mudanças de modelos de atenção e gestão na saúde. É por isso que, apesar de a humanização da saúde ter sua base nas demandas dos movimentos feministas, movimento de saúde mental, nas conferências de saúde

e em diversos outros grupos militantes e até mesmo na própria população usuária, esta política

(...) encontra-se longe de constituir-se em realidade. Em seus esforços de implementação não raro observam-se desequilíbrios que ocorrem até como consequência da falta de assistência endêmica instalada no setor Saúde. O fato é que a ênfase dada ao empenho de humanização na saúde pende, amiúde, para o lado das necessidades imediatas do usuário ou cliente externo, de acordo com uma lógica dicotômica de confrontação alimentada por uma tradição paternalista, cujo efeito mais direto se traduz na opacidade dos serviços (REIS et al., 2004, p. 38).

Neste sentido, devemos estar alertas, pois um projeto que até possui características que tentam avançar na direção da atenção à saúde contraditoriamente pode servir ao conservadorismo. Já que se faz necessário que algo mude para que o que importa continue intacto. Gastão Wagner Campos (2005), em seu artigo *Humanização na Saúde: um projeto em defesa da vida?*, constata que, partindo do princípio da Integralidade ou da Humanização, podem ser pensadas e efetivadas políticas “amplas ou restritivas” e projetos “reformistas ou medíocres” (2005, p. 398).

Acreditamos não ser possível a qualquer projeto que pretenda modificar estruturas que não busque alternativas concretas à sua superação. Afinal, as péssimas condições de trabalho, a falta de participação de usuários e trabalhadores não são elementos que mudam apenas através da “construção de diferentes espaços de encontro entre sujeitos”, ou a partir da “troca e construção de saberes”, e tampouco através da “construção de redes solidárias e interativas, participativas e protagonistas do SUS” (BRASIL, 2006, p. 16).

Considerações Finais

A Constituição Federal de 1988 é um marco das conquistas sociais pleiteadas por vários movimentos sociais e segmentos da sociedade civil organizada. O Sistema Único de Saúde (SUS)

tinha como *slogan*: “Saúde dever do Estado e direito do cidadão”. Em seus princípios doutrinários são garantidos aos cidadãos: *universalidade, equidade e integralidade* das ações, contudo a viabilização destes vem se constituindo historicamente um desafio para o governo e a sociedade.

Bravo (2007) vai informar que estamos diante de um processo em que se confrontam dois projetos em disputa: o Projeto de Reforma Sanitária e o Projeto de Saúde articulado ao mercado ou “privatista”. Não obstante as conquistas obtidas e a consolidação da noção de saúde como “dever do Estado e direito do cidadão”, o que se assiste é a política de saúde sendo questionada pela ideologia conservadora e propostas que visam fortalecer a contra-reforma na saúde.

Uma política que vise a humanização não pode ser compreendida se não for por meio da garantia de direitos, direitos esses já assegurados em 1988. Desta forma, a saúde não pode ser entendida como um conjunto de ações desconexas e sem relação com a questão social; e suas demandas complexas e dramáticas não podem ser enfrentadas individualmente, seja por meio dos gestores, dos trabalhadores ou dos usuários.

Por isso, acreditamos que a Política Nacional de Humanização não pode estar dissociada dos elementos que de fato visam garantir o atendimento e o acesso universal, equânime, integral. E isso implica em questões mais amplas, como o financiamento da saúde, recursos humanos e materiais, entre outras.

É preciso ainda lembrar que as dificuldades presentes para a efetivação dos direitos conquistados em 1988 não podem ser compreendidas desconsiderando o período de retrocesso dos direitos humanos e de cidadania, presente na contra-reforma do Estado.

A democracia, e conseqüentemente a cidadania no Brasil, está presa na formalidade, pois, apesar de termos uma Constituição avançada, no que se refere aos direitos humanos, estes não têm

se materializado em ações, pois não são dadas as condições para a sua efetivação. E é disso que trata a humanização!

Por fim, pontuamos que, em nenhum dos documentos básicos da PNH utilizados para este trabalho, a idéia de Reforma Sanitária é recuperada, o que nos faz entender que a humanização como está sendo pensada e desenvolvida, a despeito de ganhos pontuais, caracteriza-se muito mais como uma mudança de postura profissional do que um debate aprofundado sobre os modelos de atenção e gestão, sobre os determinantes da saúde, para não entrar na seara de uma crítica ao tipo de sociedade construída e a da relativa a um novo pacto social ao qual tinha no horizonte o movimento de Reforma Sanitária.

Referências

BEHRING, E. R. *Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos*. São Paulo: Cortez, 2003.

_____. O Plano Plurianual do governo Lula: um Brasil de todos?. In: FREIRE et al. *Serviço Social, política social e trabalho: desafios e perspectivas para o século XXI*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2006.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. *Política Social: fundamentos e história*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

FILGUEIRAS, L.; GONÇALVES, R. *A economia política do Governo Lula*. Rio de Janeiro: Contraponto, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar*. Brasília, 2000.

_____. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: Humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas instâncias do SUS*. Brasília, 2004.

BRAVO, M. I. S. *Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” – Anos 80. *Rev. Saúde Coletiva*, n. 1, p. 201-216, 1991.

PAULA, J. A. (Org.). *Adeus ao desenvolvimento: a opção do governo Lula*. Belo Horizonte: Autêntica, 2005.

Artigos eletrônicos

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface*, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 389-394, mar./ago. 2005a. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832005000200014&script=sci_arttext>. Acesso em: 26 maio 2006.

_____. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, jul./set. 2005b. Disponível em: < http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1413-81232005000300014&script=sci_arttext>. Acesso em: 11 fev. 2009.

CAMPOS, R. O. Reflexões sobre o conceito de humanização em saúde. *Revista Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 64, p. 123-130, maio/ago, 2003. Disponível em: <http://www.cebes.org.br/media/File/publicacoes/Rev%20Saude%20Debate/Saude%20em%20Debate_n64.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2009.

CAMPOS, G. W. S. Humanização em saúde: um projeto em defesa da vida? *Interface*, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 398-400, mar./ago. 2005. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832005000200016&script=sci_arttext>. Acesso em: 24 maio 2006.

CASATE, J. C.; CORREA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, p. 105-111, jan./fev. 2005. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000100017>. Acesso em: 24 maio 2006.

DAIN, S. Os vários mundos do financiamento da saúde no Brasil: uma tentativa de integração. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, p. 1.851-1.864, nov. 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12s0/08.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2007.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 7-14. 2004. Disponível em: < <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/fulltexts/0171.pdf>>. Acesso em: 24 maio 2006.

_____. O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 389-406, mar./ago. 2005. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832005000200017&script=sci_arttext>. Acesso em: 02 maio 2009.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, jul./set. 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a19v10n3.pdf>>. Acesso em: 11 fev. 2009.

REIS, A. O. A.; MARAZINA, I. V.; GALLO, P. R. A humanização na saúde como instância libertadora. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 36-43, set./dez. 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n3/05.pdf>>. Acesso em: 11 fev. 2009.

SOUZA, W. S.; MOREIRA, M. C. N. A temática da humanização na saúde: alguns apontamentos para debate. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 12, n. 25, p. 327-338, abril/jun. 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/icse/v12n25/a08v1225.pdf>>. Acesso em: 11 fev. 2009.

PUCCINI, P. T.; CECILIO, L. C. O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1.342-1.353, set./out. 2004. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500029>. Acesso em: 24 maio 2006.

TORNQUIST, C. S. Armadilhas da Nova Era: Natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 483-492. 2002. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n2/14972.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2009.

_____. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 419-427. 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s2/a23v19s2.pdf>>. Acesso em: 11 fev. 2009.

XÔ EPSIO, 2009. *Episiotomia não*. Disponível em: <<http://www.xoepisio.blogspot.com.br/>>.