

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

Emiliene Oliveira da Silva

**Política de Humanização em Saúde: o direcionamento do governo federal
de Dilma à Bolsonaro**

Juiz De Fora
Outubro – 2024

Emiliene Oliveira da Silva

Política de Humanização em Saúde: o direcionamento do governo federal de Dilma à Bolsonaro

Trabalho para defesa de dissertação pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social - mestrado - PPGSS - UFJF da faculdade de Serviço Social, como requisito para obtenção de grau de Mestre em Serviço Social, na Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora.
Orientadora: Prof.^a. Dr.^a. Marina M. C. Castro

Juiz de Fora

2024

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Silva , Emiliene Oliveira da.

Política de Humanização em Saúde: o direcionamento do governo federal de Dilma à Bolsonaro / Emiliene Oliveira da Silva . -- 2024. 122 p.

Orientadora: Dra. Marina Monteiro de Castro e Castro
Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Serviço Social. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, 2024.

1. Política Pública. 2. Saúde . 3. Humanização . I. Castro, Dra. Marina Monteiro de Castro e , orient. II. Título.

EMILIENE OLIVEIRA DA SILVA

POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE: o direcionamento do governo federal de Dilma à Bolsonaro

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Serviço Social. Área de concentração: Questão Social, Território, Política Social e Serviço Social.

Aprovada em 31 de outubro de 2024.

BANCA EXAMINADORA

Profa Dra Marina Monteiro de Castro e Castro - Orientadora

Universidade Federal de Juiz de Fora

Profa Dra Joseane Barbosa de Lima

Universidade Federal de Juiz de Fora

Profa Dra Edla Hoffmann

Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Juiz de Fora, 04/10/2024.



Documento assinado eletronicamente por **Marina Monteiro de Castro e Castro, Professor(a)**, em 04/11/2024, às 11:18, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Joseane Barbosa de Lima, Professor(a)**, em 08/11/2024, às 09:51, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **EDLA HOFFMANN, Usuário Externo**, em 11/11/2024, às 17:32, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf (www2.ufjf.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **2023531** e o código CRC **2616AD37**.

Dedico este trabalho a todos que lutam por uma saúde pública gratuita e de qualidade.

Agradecimentos

Agradeço aos meus pais, Luiz Carlos e Arlene, por nunca terem medido esforços para que eu pudesse seguir meus estudos da melhor maneira possível. São meus exemplos na vida e, principalmente, meu maior incentivo para seguir em frente.

À minha irmã, Adeliene, que me dá força para seguir meus sonhos, independente do quão distante ele possa parecer.

Aos amigos que, pacientemente, me deram suporte nessa jornada que foi perpassada por altos e baixos. Sem vocês tudo teria sido mais difícil.

À minha orientadora e inspiração, Marina Castro. Sua paciência, conselhos, direcionamentos foram além das orientações acadêmicas. Me deram autoconfiança e me ajudou a enxergar muitas coisas que eu não sabia que existiam dentro de mim.

À CAPES, por financiar minha pesquisa. Filha da classe trabalhadora, não teria a oportunidade de conquistar um título de Mestre se não houvesse a bolsa direcionada ao programa de pós-graduação.

À Faculdade de Serviço Social – UFJF que mudou minha vida e contribuiu para quem sou.

Às professoras que compuseram a banca, com contribuições e apontamentos de grande relevância para minha trajetória acadêmica.

À espiritualidade que não me deixa desistir, mesmo, e principalmente, nos momentos mais turbulentos.

A mim, por ter insistido e acreditado que seria capaz.

A Consolidação do SUS, no tempo em que vivemos, precisa reafirmar a relação de determinação entre Democracia e Saúde, entre a liberdade e a institucionalidade democrática e a produção de saúde para todos e todas. A saúde é direito de todos e todas e esse direito se articula com as liberdades democráticas e o regular funcionamento das instituições, pautadas na Constituição Brasileira.

O sistema de saúde, além de mobilizar o melhor do cuidado para responder às necessidades de saúde das brasileiras e dos brasileiros, precisa se constituir também como observatório do processo civilizatório que vivemos, denunciando violências de gênero, raça, etnia, opção sexual, entre outras, e também as iniciativas de governos e de grupos da sociedade civil que não respondem ao direito à saúde, à alimentação, à moradia, à segurança, ao saneamento e os demais condicionantes e determinantes da saúde no seu conceito ampliado.

(Conselho Nacional de Saúde, 16ª Conferência Nacional de Saúde, 2022)

RESUMO

Esta pesquisa é a busca por uma melhor compreensão de inquietações oriundas do período de estágio acadêmico em Serviço Social na Atenção Hospitalar, onde pude acompanhar diversas situações em que a precarização da saúde pública se destacava. Neste contexto de demandas e intercorrências, passei a observar a realidade em que estagiava e as confrontava com as temáticas estudadas na supervisão de estágio, em especial quando o tema *Humanização em Saúde* nos foi apresentado.

O trabalho em questão, tem como objetivo, compreender a relação entre governo e a política de humanização, analisando o direcionamento da PNH nos governos de Dilma, Temer e Bolsonaro, e assim, contribuir para o fortalecimento do debate sobre a PNH, bem como reforçar sua relevância.

A pesquisa se baseia na proposta qualitativa, partindo de pesquisa bibliográfica e documental dividida em dois eixos principais, onde, no primeiro momento, há uma pesquisa e análise acerca da humanização enquanto política nacional na área da saúde, com recorte temporal de 2003 a 2019, usando enquanto palavras-chaves *humanização; saúde; política pública*. No segundo momento a pesquisa foi direcionada a partir das palavras-chaves *humanização; desumanização; governo Bolsonaro*, partindo do recorte temporal de 2020 a 2022.

Dentre os principais documentos usados para fomentar a pesquisa, destacamos os Planos Nacionais de Saúde, os documentos oficiais das Conferências Nacionais de Saúde, documentos e leis oficiais temática, como por exemplo, Emendas Constitucionais, Portarias, dentre outros, referentes à humanização e saúde.

Partindo do exposto acima, o trabalho se encontra dividido em três capítulos, onde, no primeiro capítulo é analisado e apresentado a PNH, trazendo o debate histórico da humanização em saúde e de sua conformação enquanto política nacional. No segundo capítulo é contextualizado a política de saúde nos governos de Dilma, Temer e seus desdobramentos na PNH. Por fim, no terceiro capítulo, se tem uma análise da humanização em saúde no governo Bolsonaro, dando enfoque ao contexto da pandemia de COVID-19 e trazendo, enquanto elemento ilustrativo, a atenção hospitalar, linha de frente enquanto combate à pandemia.

Dentre os resultados apontados pela pesquisa, podemos destacar a compreensão de que a política de humanização é uma política transversal, não tendo uma regulamentação específica, dando maior destaque à sua característica subjetiva, reforçando a responsabilização dos sujeitos envolvidos nos processos de saúde, e, por consequência, descentralizando a responsabilidade do Estado. Também ficou evidente a existência de lacunas que contribuem para os discursos de privatização da saúde, reforçando os planos de saúde enquanto melhor resposta às contradições e insuficiências da saúde pública. Tais apontamentos são de grande relevância, pois distancia a PNH do seu objetivo e de suas diretrizes, de fortalecer, complementar e qualificar o SUS.

Palavras-chave: Política Pública, Saúde, Humanização.

RESUMEN

Esta investigación es la búsqueda de una mejor comprensión de las inquietudes surgidas del período de pasantía académica en Trabajo Social en la Atención Hospitalaria, donde pude acompañar varias situaciones en las que se destacó la precariedad de la salud pública. En ese contexto de exigencias y complicaciones, comencé a observar la realidad en la que estaba haciendo prácticas y las comparé con los temas estudiados durante la supervisión de las prácticas, especialmente cuando se nos presentó el tema de la Humanización en Salud.

El objetivo del trabajo en cuestión es comprender la relación entre gobierno y política de humanización, analizando el rumbo de la PNH en los gobiernos de Dilma, Temer y Bolsonaro, y así, contribuir a fortalecer el debate sobre la PNH, así como reforzar su relevancia.

La investigación se basa en una propuesta cualitativa, partiendo de una investigación bibliográfica y documental dividida en dos ejes principales, donde, inicialmente, se investiga y analiza acerca de la humanización como política nacional en el área de la salud, con un marco temporal desde el año 2003. a 2019, utilizando las palabras clave humanización; salud; política pública. En el segundo momento, la investigación se dirigió utilizando las palabras clave humanización; deshumanización; Gobierno de Bolsonaro, a partir del período 2020 a 2022.

Entre los principales documentos utilizados para promover la investigación, destacamos los Planes Nacionales de Salud, los documentos oficiales de las Conferencias Nacionales de Salud, documentos oficiales y leyes en la materia, como Reformas Constitucionales, Ordenanzas, entre otras, relacionadas con la humanización y la salud.

Con base en lo anterior, el trabajo se divide en tres capítulos, donde, en el primero, se analiza y presenta la HPN, trayendo el debate histórico de la humanización en salud y su formación como política nacional. El segundo capítulo contextualiza la política de salud en los gobiernos de Dilma y Temer y sus consecuencias en la PNH. Finalmente, en el tercer capítulo, se analiza la humanización en salud en el gobierno de Bolsonaro, centrándose en el contexto de la pandemia de COVID-19 y trayendo, como elemento ilustrativo, la atención hospitalaria, primera línea en el combate a la pandemia.

Entre los resultados destacados por la investigación, podemos destacar la comprensión de que la política de humanización es una política transversal, sin regulación específica, dando mayor énfasis a su característica subjetiva, reforzando la responsabilidad de los sujetos involucrados en los procesos de salud y, por tanto, consecuencia, descentralizar la responsabilidad del Estado.

También se evidenció que hubo vacíos que contribuyeron a los discursos sobre la privatización de la salud, reforzando los planes de salud como la mejor respuesta a las contradicciones e insuficiencias de la salud pública. Tales notas son de gran relevancia, ya que alejan a la PNH de su objetivo y sus directrices, de fortalecer, complementar y calificar al SUS.

Palabras clave: Políticas Públicas, Salud, Humanización.

SUMÁRIO

1 Introdução.....	12
Política de Saúde e Humanização: as bases para a sua estruturação	19
2.1 Crise do Capital e o debate da Humanização.....	19
2.2 Debate da Humanização na Saúde: o contexto brasileiro.....	24
2.3 Humanização em Saúde: caminhos para a conformação de uma política pública.....	32
2.4 PNH: algumas problematizações.....	38
3 Política de Saúde nos governos Dilma e Temer: impactos na efetivação da humanização em saúde.....	45
3.1 Humanização em Saúde nos governos Dilma: indicativos da fragilização da PNH.....	46
3.1.1 Saúde Pública e política de humanização nos governos Dilma.....	55
3.1.2 Política Nacional de Saúde (2012-2015), as Conferências Nacionais de Saúde no governo Dilma: e a Humanização?.....	64
3.2 Governo Temer: na contramão da humanização.....	71
4 Política de Humanização no governo Bolsonaro: o esvaziamento de uma política pública.....	78
4.1 O governo Bolsonaro e a ascensão da extrema-direita: para onde vão as políticas públicas?.....	78
4.2 Política de saúde no governo Bolsonaro e a pandemia da COVID-19...82	
4.3 (Des) Humanização em saúde no contexto de pandemia da COVID-19: expressões de um governo da extrema-direita.....	89
5 Considerações Finais.....	103
Referencial Bibliográfico.....	108

1 Introdução

A presente dissertação de mestrado tem como objetivo analisar o direcionamento da Política Nacional de Humanização (PNH) do Governo Dilma a Bolsonaro. Partimos da premissa de que a Política Nacional de Humanização não teve centralidade nas ações desenvolvidas pelo governo federal no cenário pandêmico expressos pelo descaso com o humano, a anti-ciência, e o negacionismo adotado pelo governo Bolsonaro

O interesse pela temática acerca da humanização em saúde surgiu no período de estágio no Curso de Serviço Social. Durante a graduação, realizei os três semestres de estágio em um hospital filantrópico com assistência de caráter público e privado, sendo discrepante a diferença estrutural entre os setores particulares e os setores vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Para ilustrar o processo desencadeado nesse período, trago uma reflexão destacada no portfólio destinado a disciplina “oficina de supervisão de estágio”, ministrada entre junho/2017 a agosto/2018:

Os atendimentos nos leitos para fazer a abordagem social e/ou passar alguma informação não possuíam nenhuma privacidade com o usuário, pois eram leitos de enfermaria SUS, com 6 a 8 camas por quarto. Sem divisória, nem mesmo biombo. Muitas vezes não tinha nem uma poltrona minimamente confortável para o acompanhante se manter no leito. Muitas vezes chegavam reclamações de usuários a respeito da cama que estava quebrada e não funcionava como deveria. As condições dos leitos de enfermaria SUS me incomodavam profundamente e me traziam reflexões como, por exemplo, como aquela situação influenciava no tratamento/saúde daquela pessoa. Uma vez que todos acompanhavam tudo que acontecia dentro daquele espaço, independente do procedimento e/ou condição da pessoa. Quando muito, colocavam um biombo para realizar algum procedimento mais invasivo. E isso mexia muito comigo, porque pensava: a pessoa já está numa condição onde perdeu parte da sua autonomia e privacidade, já está internada e, obviamente, está com algum problema de saúde que possa estar trazendo algum desconforto ou dor, além de estar fora da sua casa e longe de familiares. Além de tudo isso, passar 24h do dia junto de pessoas desconhecidas que também se encontram nas mesmas condições acima e, em alguns casos, com ferimentos graves que impactam quem vê, ou alguma condição mental e/ou de dor extrema, refletida em gritos, choros e desestabilidades emocionais e mentais. Nestas situações eu refletia onde estava inserida a humanização em saúde nestas condições. Não havia um espaço para que, os que podiam sair da cama, estivesse minimamente algum lazer. Eram apenas alguns bancos num canto do hall do andar, em frente a uma TV e uma imagem santa, para os que são católicos. Muitas vezes encontrei com usuários em pé em frente a única janela do corredor, passando o tempo. O que é bem diferente, por exemplo, dos quartos particulares. Que possuem banheiro

exclusivo, TV e internet, cama e/ou poltrona para acompanhante e alguns, até mesmo uma sacadinha para vista externa. Também me incomodava o número insuficiente de profissionais de referência, muitas vezes ficando explícito o cansaço e a impaciência, refletindo, por vezes, no próprio usuário. Mas será que este profissional tratava o paciente assim por vontade própria? O que levava a isso? Falta de empatia apenas? (FSS- UFJF, Portfólio Supervisão de Estágio: junho/2017 a agosto/2018).

O conceito “humanização” possui interpretações polissêmicas, podendo ser apreendida de distintas maneiras, a partir da área em que está sendo abordada. Este caráter dá à humanização uma generalidade quanto a sua interpretação e, por consequência, a sua efetivação prática. Como coloca Deslandes (2004), “como ainda não são consensuais os contornos teóricos e mesmo operacionais do que se convencionou designar como humanização, sua abrangência e aplicabilidade não estão inteiramente demarcadas”.

Segundo Souza e Moreira (2008), a humanização está inserida no debate, para além da área da saúde, na administração, na economia e em setores de serviços. A respeito, os autores pontuam:

Na atualidade, o discurso da humanização tem-se feito presente, além da área da saúde, na área da administração, no debate da economia e na reorientação das práticas em diversos ramos do setor de serviços. Na atenção à saúde, este discurso organiza-se em torno ora da política de defesa dos direitos de cidadania, ora de uma discussão que alcança a ética. Na área da administração, a base discursiva é a da qualidade total e a da felicidade na empresa, visando à otimização do trabalho. Na economia, a ideia é resgatar a identificação do homem com o seu trabalho, base para desconstruir a alienação produzida pela mais-valia. Já na área de serviços “como a de transportes, bancos, comércio etc. “encontramos a ideia de humanização associada à melhoria do acesso (escadas, rampas, elevadores) e à sua qualidade, enfatizando: a pontualidade nos horários, redução do tempo de espera, respeito aos idosos, gestantes e deficientes, e o investimento em sinalizações, conforto e ambiência. (SOUZA; MOREIRA, 2008, p. 328)

Na área da saúde, este debate perpassa por uma discussão da relação entre profissionais e usuários. Segundo (Moreira et al., 2015):

o conceito humanização pode ser entendido a partir das relações estabelecidas entre profissionais e usuários, baseada em princípios subjetivos, pautadas em ações afetivas, valorizando os sujeitos que constituem tais relações. Segundo a autora, “a humanização pode ser compreendida como um vínculo entre profissionais e usuários, alicerçado em ações guiadas pela compreensão e pela valorização dos

sujeitos, reflexo de uma atitude ética e humana” (MOREIRA et al., 2015, p. 3232).

A autora aponta também que o conceito pode ser apreendido associando-o diretamente à qualidade do atendimento, destacando o direito dos usuários e a valorização dos profissionais. Deslandes (2004) partilha da compreensão, apontando a humanização enquanto “a forma de assistência que valorize a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associada ao reconhecimento dos direitos do paciente e de sua subjetividade e referências culturais”. (DESLANDES, 2004, p. 7).

No entanto, entendemos que a humanização em saúde deve estar para além dessa relação. Pensar as diretrizes e práticas de humanização na saúde deve estar diretamente associado aos princípios de universalidade, equidade e integralidade que constituem o SUS. Assim sendo, não se pode restringir o debate da humanização em saúde simplesmente em comportamentos e ações individualizadas tanto dos profissionais de saúde, bem como dos usuários, em relações subjetivas fraternas.

A PNH foi criada em 2003 com o intuito de trazer um novo modelo de “fazer saúde”, a fim de corrigir as lacunas de funcionamento que o SUS apresentava. Nesta perspectiva, procura fortalecer vínculos, evidenciando os sujeitos partícipes dos processos de saúde – gestores, profissionais e usuários, investindo na experiência de promover uma gestão participativa. A PNH é uma política transversal ao SUS, portanto, não é institucionalizada. Essa característica torna-a “livre das amarras da burocracia estatal” (Conceição, 2009, p. 103).

Assim, a política de humanização fica suscetível à baixo investimento e responsabilização governamental, uma vez que se é colocado como protagonistas e promotores desta, os próprios sujeitos do processo. Entendemos a evidente necessidade de a PNH estar articulada com os princípios do SUS, a fim de traçar estratégias e diretrizes de efetivação da política considerando os diversos aspectos que perpassam os processos de saúde. Sejam eles processos subjetivos dos sujeitos envolvidos e/ou concretos, como condições de trabalho e salários adequados aos profissionais de saúde.

Neste sentido, humanizar os processos de saúde implica em reformular as práticas de atenção e gestão do SUS, trazendo novas perspectivas para o serviço em saúde, voltados para uma maior e melhor participação e valorização dos sujeitos neste processo.

Corroboramos com Benevides e Passos (2005) quando estas colocam que:

Humanizar a atenção e a gestão em saúde no SUS se apresentava como meio para a qualificação das práticas de saúde: acesso com acolhimento; atenção integral e equânime com responsabilização e vínculo; valorização dos trabalhadores e usuários com avanço na democratização da gestão e no controle social participativo. (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p. 563).

Desde a implantação da PNH em 2003, um longo debate sobre a humanização foi realizado nacionalmente, buscando afirmar a importância desta política, mas também refletindo sobre as suas contradições. Nos dois mandatos do Governo Lula (2003 -2010), a PNH se consolidou enquanto política, refletindo em um acúmulo de produções do Ministério da saúde, como: a Coletânea dos Cadernos HumanizaSUS, composta por quatro edições: Volume1 – Formação e Intervenções; Volume 2- Atenção Básica; Volume 3 – Atenção Hospitalar; Volume 4 – Humanização do Parto e Nascimento. Houve também amplas produções teóricas oriundas de pesquisas científicas referentes ao tema que deram subsídio a implantação da PNH.

Durante o desenvolvimento da pesquisa, identificamos que, a partir do governo Dilma, houve um esvaziamento no debate acerca da PNH e que este processo foi agravado nos Governos de Temer e Bolsonaro.

Neste sentido, nos atentamos para a importância de realizar um aprofundamento da análise do direcionamento dado à PNH nos governos Dilma (2011-2016), Michel Temer (2016-2018) e Governo Bolsonaro (2019-2022) – momento da pandemia da COVID-19.

Em março de 2020, a pandemia da COVID-19 chegou ao Brasil, implicando em mudanças significativas no cotidiano da população e dos serviços de saúde. Esse contexto impôs à saúde uma nova dinâmica de atenção, com necessidade de reorganização dos serviços, suspensão de atendimentos, bem como cirurgias e acompanhamentos eletivos e restrição de atendimentos em determinados setores, a fim de reduzir o fluxo de pessoas nas instituições de saúde.

Com a emergência da epidemia, muitos serviços foram suspensos ou tiveram sua produção reduzida visando reduzir aglomerações e a propagação do novo vírus. Além disso, devido às incertezas da doença, a procura por serviços de saúde reduziu seu atendimento devido ao elevado risco de contágio (SILVA; MOROÇO; CARNEIRO, s/a, p. 72).

Neste contexto, a atenção hospitalar¹ foi o setor mais afetado pela pandemia, uma vez que foi protagonista e determinante nos atendimentos dos acometidos pelo vírus em condições mais severas. Isso se deu pelo fato de, como explicitado acima, o vírus ser extremamente contagioso, trazendo a necessidade de os profissionais de saúde utilizarem EPI's (equipamento de proteção individual) adequados, bem como de reorganizar os leitos com medidas de proteção e isolamento nas enfermarias e UTI's. Por esta razão, selecionamos para ilustrar o trabalho, a interface entre humanização e o setor hospitalar.

O caminho metodológico utilizado no estudo se deu, primordialmente, por meio de pesquisa exploratória, revisão bibliográfica e documental. O aporte teórico para se alcançar os objetivos propostos, partiu das seguintes obras: Benevides; Passos (2005), Conceição (2009), Bravo (2006), Puccini; Cecílio (2004), Castro (2018), Gusmão-Filho (2008), Sestelo (2020), Castilho; Lemos (2021), Bravo; Peláez; Menezes (2019) e Silva; Moroço; Carneiro (s/d). Bem como documentos oficiais do Governo, a exemplo, documentos elaborados pelo Conselho Nacional de Saúde, documentos das Conferências Nacionais de Saúde e dos Planos Nacionais de Saúde, além de legislações referentes à saúde.

A presente dissertação foi organizada em três capítulos. No primeiro capítulo, fazemos uma retomada histórica de como o debate da humanização se aproxima da saúde, ainda na década de 90, direcionado pelas mudanças nas relações de produção do capitalismo. Em seguida, contextualizamos a criação

¹O Brasil conta com 270.880 leitos gerais (clínicos e cirúrgicos) e 34.464 leitos de UTI adultos, sendo 66% e 48% disponíveis para o SUS, respectivamente. Chama a atenção o elevado número de hospitais de pequeno porte, 5.345 hospitais (66%), dos quais 70% têm até 29 leitos. Somente 10% dos estabelecimentos hospitalares são de grande porte (acima de 150). Embora em menor número, esses hospitais concentram 42% dos leitos, seguidos dos de médio porte (51 a 150 leitos), com 35%. A taxa de ocupação dos leitos gerais no SUS é relativamente baixa para os hospitais de pequeno porte, 24% (até 29 leitos) e 32% (entre 30 e 50 leitos), comparada a 75% nos hospitais de grande porte. Para leitos de UTI, percebe-se o esgotamento maior do sistema de saúde, principalmente nos hospitais de grande porte, com taxa de ocupação média de 60% (médio porte) e 77% (grande porte) (NORONHA et al, 2020, p. 4).

da PNH, em 2003, onde a humanização em saúde é colocada enquanto uma política transversal ao SUS. Trazemos, após, pontos em que a PNH e as diretrizes do SUS se correlacionam, apontando questionamentos e reflexões acerca da política de humanização, suas contribuições e lacunas, em relação à saúde enquanto dever do Estado, gratuita e de qualidade.

No segundo capítulo, apresentamos a política de saúde nos governos Dilma e Temer, e os seus desdobramentos para a Política Nacional de Humanização. Para entendimento dos Governos de Dilma e Temer, foram os Planos Nacionais de Saúde (PNS) referentes aos anos de 2012-2015, bem como os resultados da 14^a e 15^a Conferências Nacionais de Saúde (CNS), nos anos de 2011 e 2015, respectivamente, o Plano Nacional de Saúde 2016-2019 e a Emenda Constitucional nº95.

Também utilizamos o texto de Paim e Reis (2018) como base para análise dos feitos políticos. Pudemos constatar que, no governo Dilma, embora tenha havido avanços na saúde, principalmente relacionados à gestão e organização do SUS, como por exemplo a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 – que dispõe sobre os valores mínimos a serem direcionados à saúde pela União, Estados e Municípios, implementação da portaria nº 3.390/2013, que institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar, a criação de três novos Cadernos HumanizaSUS direcionados à Atenção Hospitalar (2011), Humanização do Parto e do Nascimento (2014) e Saúde Mental (2015), dentre outras contribuições de suma importância para a política de saúde, houve certo esvaziamento do debate da humanização, mais especificamente, no seu segundo mandato, em 2014.

Com o governo de Michel Temer, esse esvaziamento é intensificado, juntamente com a intensificação de um plano de governo visivelmente alinhado com concepções neoliberais. Essa postura reflete nas reformas administrativas adotadas pelo governo, retirando conquistas historicamente adquiridas pela classe trabalhadora, principalmente relacionadas às leis trabalhistas e à saúde pública, destacando aqui a EC 95, que congela os gastos públicos por 20 anos.

Por fim, o terceiro capítulo, trazendo uma breve contextualização do que representou o governo Bolsonaro e, após, analisamos a política de saúde de modo geral, e aprofundando na humanização em saúde, partindo das análises do Plano Nacional de Saúde 2020-2023, do documento da 16^a Conferência

Nacional de Saúde – 2019 e do relatório final da CPI da COVID-19 (2021), enfatizando o período da pandemia de COVID-19, e dando destaque à atenção hospitalar, uma vez que esta foi protagonista no período pandêmico. Buscamos proporcionar reflexões sobre a PNH no período da pandemia de COVID-19, contexto que deixou às claras a fragilidade da saúde pública brasileira.

Julgamos este recorte temporal pertinente pois, partimos da hipótese de que, ao analisarmos os governos de Dilma, Temer e Bolsonaro, identificamos considerável transição em relação às características da Administração Pública. Sendo este o foco principal do objeto de estudo, o qual é compreender a relação direta que há entre a política de humanização e governo.

A partir da banca de qualificação e as contribuições apresentadas pela banca em relação ao caminho metodológico e objeto central da pesquisa a seguir, se deram as escolhas dos documentos dos Planos de Saúde e das Conferências de Saúde, pensando que tais documentos trariam os dados e informações necessárias e pertinentes para o objetivo e objeto da pesquisa. Contribuindo, inclusive, para ilustrar as contradições que perpassam a política de humanização a partir das propostas do governo, e nos documentos onde a participação popular se apresenta de maneira mais incisiva. Nesta perspectiva, também foi dada a escolha de seguir o quadro de fatos políticos trazido na obra de Paim e Reis (2018), uma vez que o referido autor se destaca dentro do debate apresentado na pesquisa.

Martins e Bógus (2004) mencionam que “promover saúde e humanizar a atenção à saúde são trabalhos processuais de longo prazo, dinâmicos e intimamente relacionados com o contexto em que se desenvolvem” (MARTINS; BÓGUS, 2004, p. 44). Ou seja, os processos de humanização em saúde estão, cotidianamente, em construção e cabe, a cada contexto, adequá-los para que sejam asseguradas suas diretrizes e finalidades.

Partindo dessa compreensão, este trabalho tem como finalidade entender, como a PNH foi abordada no período dos Governos Dilma à Bolsonaro, na perspectiva de elencar os desafios para a sua efetivação enquanto uma política pública, como também, possa contribuir para o adensamento do debate da humanização enquanto uma política de saúde pública.

2 Política de Saúde e Humanização: as bases para a sua estruturação

O debate acerca da humanização é perpassado por diversos processos, o que o torna diversificado em suas perspectivas e direcionamentos, sendo o próprio termo “humanização” polissêmico, abrindo, assim, um amplo leque de definições e compreensões. Isso posto, temos por objetivo trazer, num primeiro momento, como o debate da humanização emerge no cenário da saúde brasileira, a partir dos pressupostos trazidos pela da “cultura da qualidade”, advindo da crise estrutural da crise do capital e do modelo toyotista de produção, incorporado no pós II Guerra Mundial.

. A partir desta contextualização, apresentamos como o debate da humanização se consolida na política de saúde pública brasileira, tornando-se política nacional em 2003 bem como sua relação com o SUS.

2.1 Crise do Capital e o debate da Humanização

O capitalismo, em sua busca incansável e contínua de acumulação de capital, é tangido por processos de crises, onde sua expansão é causa/consequência de períodos de estagnação, os quais refletem em novas necessidades e modificações nas relações de produção para que, assim, possa se reordenar e seguir com a lógica do sistema capitalista. Alves (2007) coloca que crise, na perspectiva do capital, não é apenas algo negativo, pois são a partir das crises do capital que este encontra saídas para se expandir e recompor as estruturas necessárias para manter/aumentar a acumulação de valor.

Tais mecanismos perpassam as relações de produção e reprodução social, atingindo diretamente as relações de trabalho, familiares, sociais e subjetivas dos sujeitos. Alves (2007, p. 115) pontuam que “dentro do modelo capitalista as forças produtivas e as relações sociais de produção e reprodução social são submetidas às leis do mercado, os indivíduos não possuem condições livres de se desenvolverem, se relacionarem e se reproduzirem (enquanto sujeitos)”.

Marx (2018, p. 723) explicita que

A composição do capital tem de ser apreciada sob dois aspectos. Do ponto de vista do valor, é determinada pela proporção em que o capital se divide em constante, o valor dos meios de produção, e variável, o valor da força de trabalho, a soma global dos salários. Do ponto de vista da matéria que funciona no processo de produção, todo capital se

decompõe em meios de produção e força de trabalho viva: essa composição é determinada pela relação entre a massa dos meios de produção empregados e a quantidade de trabalho necessária para eles serem empregados.

Ou seja, o capital é quem gera e quem “resolve” a crise, sendo o problema e a solução, e por isso ela é inerente a própria dinâmica do modo de produção capitalista. Castro (2018, p.17) complementa tal compreensão, ao mencionar que “as crises expressam a contradição do modo de produção capitalista, uma vez que colocam em exposição as suas fragilidades e, ao mesmo tempo, criam as condições para a guinada de um novo ciclo de expansão, podendo levar ao auge o crescimento da produção”.

É sob essas condições que no pós II Guerra Mundial², o modo de produção capitalista se vê sob novas necessidades de reordenamento das formas de produção / exploração. Estas desencadeiam na transição do modelo de produção fordista/ taylorista³ para o modelo toyotista, sustentando assim, o processo de reestruturação produtiva. Trazendo novas características aos processos de produção e reprodução do capital, através da acumulação flexível⁴.

Souza (2006, p. 48) assinala que:

Em termos da recomposição das forças produtivas, a reestruturação produtiva caracteriza-se pela emergência de um modelo de produção japonês baseado na flexibilidade dos processos produtivos e da força de trabalho, que se materializam em novos contratos e relações de trabalho. A essência dessa proposta está na descentralização das unidades de produção, nas inovações tecnológicas – microeletrônica e informática – e na descentralização das decisões no ambiente de trabalho através da gestão participativa”.

O modelo de produção toyotista tem como principais características a incorporação de novos padrões de gestão e qualidade⁵ de produção tanto nos

² As transformações societárias que ocorreram a partir da II Guerra Mundial (momento em que se instala uma nova ordem do capital) indicaram a necessidade de estabelecer novos patamares para a acumulação, devido à crise do capital, traçando diferentes diretrizes no campo político, ideológico, social, cultural, artístico, ético e estético. (CASTRO, 2018, p. 15).

³ A respeito dos modelos de produção, ver Souza (2006).

⁴ A acumulação flexível é marcada por um confronto direto com a rigidez do fordismo. Ela se apoia na flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados de trabalho, dos produtos e padrões de consumo. Caracteriza-se pelo surgimento de setores e produção inteiramente novos, novas maneiras de fornecimento de serviços financeiros, novos mercados e, sobretudo, taxas altamente intensificadas de inovação comercial, tecnológica e organizacional”. (HARVEY, 1992, p. 140).

⁵ O controle da qualidade, requisitado pelos novos modelos de gestão, possibilita acompanhar a revolução tecnológica que o mundo experimenta. É a tendência da modernização que impõe a

setores de serviços quanto de produção, flexibilização dos trabalhos nos setores de produção e novos mecanismos de exploração do trabalho, incorporando a essa lógica, a cooptação da subjetividade⁶.

É incorporado por esse modelo o debate da humanização do capital⁷, dando centralidade a subjetividade nos processos de produção, apregoando o envolvimento do trabalhador sob a perspectiva de uma gestão participativa, da centralidade do sujeito no processo de produção. Souza (2006, p. 30) coloca que “o fortalecimento desse ideário dito “humanista” torna-se um instrumento eficaz no movimento do capital em busca de sua legitimidade, porque supõe o respeito do capital à condição humana do trabalho. Na verdade, ele tem um mero efeito manipulador diante do princípio objetivo da lucratividade capitalista”.

Embora tais diferenças sejam essenciais para a reestruturação do capital, teve-se a necessidade, também, de serem mantidas alguns condicionantes do fordismo / taylorismo⁸, uma vez que a finalidade permaneceu intacta: a acumulação de mais valia pela exploração do trabalho.

Alves (2007, p. 157), a respeito do Toyotismo, descreve que

os protocolos organizacionais do Toyotismo, muitos deles traduzidos em valores e regras de gestão do trabalho vivo, dos mais diversos tipos, atingem os empreendimentos capitalistas, seja na área da indústria, seja na área de serviços (inclusive na administração pública). Eles articulam, no plano da subjetividade da produção capitalista, um novo regime de acumulação centrado no princípio da flexibilidade (categoria central da acumulação capitalista num cenário de crise estrutural).

superação das formas tradicionais de gestão que, antes centralizadas no controle dos tempos e movimentos e no aperfeiçoamento técnico, incorpora, na atualidade, como elemento significativo a cooperação²⁴ e o envolvimento do trabalho na administração gerencial. (SOUZA, 2006, p. 31).

⁶ “O novo complexo de reestruturação produtiva cujo “momento predominante” é o Toyotismo, implica, deste modo, não apenas inovações tecnológico-organizacionais, mas inovações sócio metabólicas, o que significa a constituição de novos cluster de valores-fetiches, expectativas e utopias de mercado. É através das práticas sócio metabólicas que se constitui a subjetividade humana. Por isso, o Toyotismo precisa estender, pelo menos no plano do discurso, a lógica (e materialidade) da produção do capital para a totalidade social”. (ALVES, 2007, p. 190).

⁷ Este debate será melhor aprofundado em estudos futuros. Para maior entendimento, consultar SOUZA (2016).

⁸ Apesar de o Toyotismo pertencer à mesma lógica de racionalização do trabalho, o que implica considerá-lo uma continuidade com respeito ao taylorismo/fordismo, ele tenderia, nesse caso, a surgir como um controle do elemento subjetivo da produção capitalista que estaria posto no interior de uma nova subsunção real do trabalho ao capital. (ALVES, 2007, p. 164).

Alves (2007, p. 156) traz que a reestruturação produtiva se desenvolve em três dimensões internas à produção capitalista, as quais são: as inovações organizacionais, tendo o Toyotismo como primeiro mecanismo de inovação nas maneiras de gestão e organização do processo produtivo; , inovações tecnológicas, sendo as novas tecnologias e microeletrônica; e por fim, as inovações sócio metabólicas que, basicamente, é a incorporação da subjetividade pelo processo de produção capitalista enquanto dimensão crucial.

Importante destacar também nesse processo, o crescente consumo de serviços em relação ao consumo de bens – não apenas serviços pessoais, comerciais, educacionais e de saúde, como também de diversão de espetáculos, eventos e distrações (Harvey, 1992). O tempo de vida desses serviços são praticamente imediatos, assim a acumulação consegue se manter em ascensão e com giro/ fluxo em movimento necessário ao capital, tendo um “limite” de acumulação bem maior (flexível) do que com a acumulação exercida pelos setores de bens. Essa nova relação de acumulação refletirá nas relações pessoais e coletivas da sociedade, em seus modos de pensar, agir e sentir.

Em relação a função do Estado dentro dos condicionantes da reestruturação produtiva, se tem a incorporação das premissas do neoliberalismo enquanto modelo gerencial de Estado, em oposição ao que se tinha com os ideários do Welfare State⁹ com propostas de seguridade e bem estar social, os quais são incompatíveis com a essência do modo de produção capitalista.

Embora o período de bem estar social tenha se expandido no período de desenvolvimento pós Guerra, foi pelo mesmo motivo que se degradou, uma vez

⁹Souza (2006, p. 35) aponta que esse momento é marcado pelo domínio dos Estados Unidos sobre a política econômica mundial cujo padrão de acumulação, baseava-se no modelo fordista de organização produtiva e numa política keynesiana. No entanto, essa dinâmica do capitalismo, nos anos de 1970, apresenta os traços mais contundentes de uma crise estrutural do capital, inaugurada com a crise do petróleo, em que se agravam suas contradições expressas nos limites dos processos de valorização e de acumulação e nas formas de reprodução social que garantiam trabalho e uma política de proteção social (direitos e benefícios sociais). Essa crise se traduz, do ponto de vista do capital, na queda tendencial da taxa de lucro, no desgaste do padrão taylorista-fordista de produção, na desestruturação do welfare state e na hipertrofia do sistema financeiro; para o trabalho reflete o insuficiente atendimento das necessidades sociais da maior parte das populações no mundo, a precarização e a flexibilidade das relações de trabalho e a emergência do desemprego estrutural. Torna-se evidente a incapacidade das forças econômico-sociais de controlar, através do fordismo e das políticas keynesianas, as contradições inerentes ao desenvolvimento capitalista.

que põs em questão as premissas para a própria reprodução. Netto (1995, p. 70) destaca que “o Welfare State constituiu uma possibilidade da ordem do capital que, pela lógica intrínseca desta última, converte-se agora, num limite que ela deve franquear para reproduzir-se enquanto tal”.

O Estado de bem-estar, antes impulsionador da ordem do capital, torna-se o limite da mesma, tendo assim, a necessidade de um reordenamento para manter a reprodução do capital e sua expansão. Nesse sentido, o avanço do neoliberalismo se estende, em escala mundial. Enquanto modelo econômico – político, validado por instituições como o Banco Mundial – BM e o Fundo Monetário Internacional – FMI, afim de reordenar o papel do Estado enquanto aparelho administrativo inserido dentro da lógica do capital. Alves (2007, p. 151) coloca que “o Estado neoliberal é uma estatalidade política global, tendo em vista que se integra às tecnoburocracias globais (FMI/Banco Mundial/ OMC) que impõe os interesses de uma ordem mundial desigualitária”.

O Estado neoliberal, portanto, é um aparato técnico-burocrático do capital, sendo suas funções e limites pautados para garantir a reprodução e acumulação capitalista. Nesse sentido, são limitadas e reduzidas suas atribuições enquanto provedor de políticas de seguridade social, bem como políticas públicas e trabalhistas.

O Estado neoliberal é a forma de Estado político que se surge com a mundialização do capital. É o elemento político constitutivo da lógica da precarização do trabalho que hoje se impõe à reprodutibilidade capitalista. O neoliberalismo não é apenas uma forma de governo, mas uma forma de Estado político. Por isso é que, entra governo e sai governo, a dinâmica neoliberal continua se impondo. A constituição da precariedade e o processo de precarização do trabalho é reflexo da nova estatalidade política neoliberal que surge com o capitalismo global. (Alves 2007, p. 149).

Esse cenário impactará diretamente nos processos de trabalho, produção e reprodução social, onde a incorporação da subjetividade no processo de exploração pelo capital toma centralidade no modelo de acumulação flexível. Nesse debate as modificações nos padrões de gestão serão essenciais para que as novas formas de exploração e de controle da força de trabalho, sejam não mais pelo medo, mas por mecanismos de componentes subjetivos, como colocado por Souza (2006).

De modo particular, associada às inovações tecnológicas incrementadas pelo modelo japonês incorpora-se à gestão do trabalho novos conceitos e procedimentos. Dada à ênfase no envolvimento, na criatividade e na autonomia do trabalho, esse modelo se diferencia dos demais padrões de organização da atividade produtiva. A nova gestão do trabalho reproduz os antagonismos da sociedade capitalista, no final do século XX e início do século XXI, indicando o redirecionamento das formas de controle para dar continuidade à subordinação do trabalho ao capital. O incremento da persuasão torna-se um dos mecanismos ideológicos necessários para implementar o controle do capital sobre o trabalho, porque a continuidade dos processos produtivos não mais se sustenta, apenas, em formas coercitivas de dominação. É preciso construir formas alternativas de controle que apresentem uma face mais “humanizada” do capital na sociedade”. (SOUZA, 2006, p. 22-23).

É importante destacar que a acumulação flexível não traz mudanças estruturais ao processo de acumulação, suas mudanças se restringem apenas em estratégias gerenciais.

O discurso é, também, acrescido pelo debate acerca do controle de qualidade, “associado à intervenção do capital produtivo no sentido de modernizar a gestão empresarial para desenvolver a indústria e o avanço tecnológico das forças produtivas” (SOUZA, 2006, p. 40). Será a partir das circunstâncias acima explicitadas que o debate da humanização se insere na saúde, sendo essa parte do setor de serviços¹⁰ incorporado e pertencente aos processos de trabalho do modo de produção capitalista.

2.2 Debate da Humanização na saúde: o contexto brasileiro

O debate da humanização na saúde se aprofunda a partir da década de 1990, em decorrência das modificações trazidas pela reestruturação produtiva, momento em que se teve a ascensão do debate sobre “cultura da qualidade”, trazendo novas propostas de gestão e controle de qualidade de serviços e produtos (GUSMÃO-FILHO, 2008). Esses condicionantes são decorrência da necessidade de reordenamento da acumulação capitalista, intrínseca ao modo de produção capitalista, desencadeada na acumulação flexível.

¹⁰ A Condição Pós-Moderna: uma pesquisa sobre as Origens da Mudança Cultural. HARVEY (1992) Edição Loyola, São Paulo, Brasil, 1992,

A década de 1970 reflete uma fragilidade, por parte do modelo de gestão implantado pela ditadura, em sanar as necessidades sociais da população. Dentre elas, a saúde pública. Este cenário se intensifica com os reflexos da crise do capital¹¹, intensificando a desigualdade social.

O período ditatorial foi perpassado por ataques políticos e sociais sob a sociedade, retirando direitos por meio de censura, autoritarismo e torturas. A ditadura apresentava em seu discurso a possibilidade de um desenvolvimento econômico e social para a sociedade, mas o que se teve foi um aprofundamento dos problemas estruturais existentes.

No que diz respeito à política de saúde, esta foi cooptada pela lógica das privatizações e da medicina previdenciária. Neste sentido, a lógica de uma saúde pública é substituída por uma perspectiva médica curativa, focalizada na doença e na medicalização desta. Este cenário coloca em questão as respostas insuficientes, pelo governo, frente às necessidades do povo em relação a saúde. Será esse o contexto em que os tensionamentos entre setores divergentes encontram meios propícios para se intensificarem,

Assim, o movimento pela Reforma Sanitária¹² surge no Brasil, na década de 1970, como resistência ao modelo de saúde vigente pela ditadura, incorporando a participação de sujeitos sociais, expandindo o debate para além daqueles que compunham a política vigente. Neste sentido, o movimento pela Reforma Sanitária incorpora, também, uma perspectiva política, somando aos movimentos pela redemocratização do país.

A saúde, nessa década, contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil. Saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão

¹¹A crise, por sua vez, tem suas raízes profundas numa crise secular da lucratividade que resultou do excesso constante de capacidade e de produção do setor manufatureiro internacional. Em primeiro lugar, o grande deslocamento do capital para as finanças foi a consequência da incapacidade da economia real, especialmente das indústrias de transformação, de proporcionar uma taxa de lucro adequada. Assim, a aparição do excesso de capacidade e de produção, acarretando perda de lucratividade nas indústrias de transformação a partir do final da década de 1960, foi a raiz do crescimento acelerado do capital financeiro a partir do final da década de 1970 (BRENNER, 1999, p.12).

¹² Ver em: Reforma Sanitária Brasileira: contribuições para a compreensão e crítica. Jairnilson Silva Paim. Salvador, setembro de 2007.

política, estando estreitamente vinculada à democracia (BRAVO, 2006, p. 88).

O movimento pela Reforma Sanitária foi campo de disputa entre setores com propostas diferentes em relação ao modelo de saúde, sendo destaque dois grandes eixos: os que defendiam propostas privatistas e mercadológicas para direcionar o novo modelo de saúde; e os que apresentavam propostas mais progressistas. Este segmento progressista defende a saúde enquanto direito de todos e responsabilidade do Estado. Sua principal característica é colocar a saúde como universal e estatal.

Em resposta a este movimento, em março de 1986, ocorre, em Brasília, a VIII Conferência Nacional de Saúde¹³ que constitui uma nova definição do conceito de saúde: agora apreendida como resultado de diversas condições que perpassam o sujeito, condições estas objetivas e subjetivas, como questões socioeconômicas, de moradia, de trabalho, etc.

Paim (1987, p. 46) coloca que a saúde

Independentemente de qualquer definição idealista que lhe possa ser atribuída, é produto de condições objetivas da existência. Resulta das condições de vida – biológica, social e cultural – e, particularmente, das relações que os homens estabelecem entre si e com a natureza, através do trabalho. Portanto, é através das relações sociais de produção que se erguem as formas concretas de vida social. E o estado de saúde corresponde a uma das revelações dessas formas de vida, isto é, “um modo de andar a vida”.

Os desdobramentos da VIII Conferência Nacional de Saúde, juntamente com a participação popular, resultam, em 1988, na Assembleia Constituinte Federal que consolida a Constituição Federal de 1988, estabelecendo a saúde como um direito universal e de responsabilidade do Estado. Neste momento também surge os primeiros passos para a construção e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em 1988, a saúde, após lutas do Movimento de Reforma Sanitária, passa a ser considerada direito social e dever do Estado. A

¹³A oitava CNS foi convocada pela Presidência da República, por solicitação do ministro da Saúde, em julho de 1985, e realizada a partir de março do ano seguinte, reunindo diferentes setores da sociedade. Suas plenárias contaram com a presença de quase cinco mil participantes, sendo que em torno de mil pessoas eram delegados, indicados por instituições e organizações da sociedade (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p. 25).

Constituição reconheceu como dever do Estado garantir a saúde da população por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). Em 1990, o SUS foi regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde (LOS) 8.080/1990 e 8.142/1990. A Reforma Sanitária é um movimento social que tem como projeto a defesa da saúde pública universal. Nessa concepção que o SUS foi incorporado na Constituição Federal. Com o SUS, em tese, há uma ruptura do entendimento de política de saúde médico-curativa e há ênfase na concepção da universalidade do acesso e na integralidade da assistência. Além de trazer um novo conceito do que é saúde, reconheceu-se a determinação social da saúde e da doença por meio da alimentação, moradia, lazer, emprego, trabalho, educação, segurança, meio ambiente, acesso à terra, etc. (KRÜGER; SILVA, 2018, p. 267).

Mas, embora tenha havido um grande avanço na saúde pública com a criação do SUS a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, é importante destacar que, por todo o processo da sua formulação e implantação, houveram tensionamentos entre forças políticas divergentes. Trazendo, como consequências, entraves em relação a sua efetiva implementação. Bravo (2006) aponta que

estas medidas tiveram, no entanto, pouco impacto na melhoria das condições de saúde da população, pois era necessária à sua operacionalização, que não ocorreu. Além dos limites estruturais que envolvem um processo de tal ordem, as forças progressistas comprometidas com a Reforma Sanitária passaram, a partir de 1988, a perder espaços na coalizão governante e, conseqüentemente, no interior dos aparelhos institucionais (BRAVO, 2006, p. 95).

O SUS é pautado em três pilares principais, regulamentados pelas Leis nº 8080/90 e nº8142/90¹⁴, sendo o primeiro a universalidade que determina a saúde como direito de todos e dever do Estado; o segundo a equidade a qual busca de reduzir os reflexos das diferenças socioeconômicas no acesso à saúde; e pôr fim a integralidade onde considera o indivíduo em sua totalidade, relevando todos os aspectos que o constitui.

Tais princípios norteiam todas as ações de atendimento, criação e implementação de políticas públicas voltadas à saúde, sendo esta entendida

¹⁴A Lei 8080/90, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. (Brasília, 19 de setembro de 1990; 169º da Independência e 102º da República). Já a lei 8142/90, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

agora, não mais como a ausência de doenças, mas sim enquanto um conjunto de determinantes socioeconômicos, culturais e regionais. Assim sendo, a saúde torna-se um direito social, de responsabilidade do Estado, e com participação coletiva, tanto dos profissionais de saúde, quanto da sociedade.

Puccini e Cecílio (2004) colocam que o SUS representa para além da reconceituação do conceito saúde e sua percepção crítica. Aponta para a exigência de novas formas de materializar mudanças sociais e políticas que promovam o direito integral ao cuidado à saúde, mas para além, o direito à cidadania. Propõe a saúde enquanto direito social ultrapassando o debate restrito aos profissionais da saúde.

O SUS representa, para além de um novo modelo de política de saúde, um projeto de sociedade. Evidenciando a relação divergente entre a lógica do capital e a ampliação dos direitos sociais, a exemplo a saúde. Desta forma, as propostas trazidas pelo SUS serão sempre perpassadas por conflitos e resistências sócio-políticas e econômicas, uma vez que vai em sentido contrário à lógica mercadológica da saúde, sustentada pelo capital.

Puccini e Cecílio (2004, p. 1350) destacam que:

é necessário reconhecer que há uma integração entre as ações realizadas na esfera pública e a lógica do sistema social e sua reprodução, mas, também, que a luta social tem conquistado a ampliação da ação pública na prestação de serviços sociais, segundo princípios do bem comum, como “antimercadorias e antivalores”, a despeito dos interesses imediatos do capital. Essa situação, sempre muito instável e cheia de avanços e reveses, apresenta-se nos dilemas e dificuldades da implementação do SUS, na disputa pelo provimento mínimo versus o básico do direito à saúde, na disputa pelos fundos públicos. Isto é, a ética do direito à saúde abrangente e radical é, no seu âmago, antagônica à lógica social de funcionamento do sistema capitalista.

É importante destacar o contexto político e econômico em que o SUS começa a ser implementado. Na década de 1990, advindo da crise do capital, de 1970, há uma intensificação do neoliberalismo¹⁵ no Brasil. A justificativa de sua implementação baseava-se no déficit fiscal advindo dos custos públicos direcionados à população, após a Constituição de 1988. Este contexto

¹⁵O neoliberalismo rege-se pela soberania do mercado. Na América Latina sua execução dar-se – à com base em: disciplina fiscal, estabilidade monetária, redução de gastos públicos, reforma tributária, liberalização financeira e comercial, alteração das taxas de câmbio, investimento direto estrangeiro, privatizações e desregulamentação (ABRAMIDES e CABRAL, 2003, p.6).

apresentou a necessidade de um novo modelo político econômico, onde então, o neoliberalismo passa a ganhar maior espaço.

Viu-se nesse contexto um acelerado processo de privatizações de estatais e de setores de prestação de serviços públicos, como saúde, educação e previdência social, fortalecendo o capital privado e reforçando a entrada de capital estrangeiro no país. Destaca-se também nesse contexto a mercantilização das políticas sociais, abrindo caminhos para a filantropia e políticas de compensação, reduzindo assim, a participação e responsabilidade do Estado e os investimentos de fundo público (Abramides e Cabral, 2003).

A intensificação da agenda neoliberal propiciou mudanças, como apontadas acima, no âmbito econômico e estatal. Em relação ao âmbito da produção, as consequências da crise do capital de 1970 se apresentaram a partir da necessidade de uma reestruturação produtiva, trazendo mudanças nas relações sociais de produção e reprodução do capital.

Em referência a esta reestruturação produtiva, se dará o aprofundamento do debate acerca da “cultura da qualidade”¹⁶, voltadas para novos mecanismos de gestão, controle e qualidade dos serviços e produtos, com intuito de (re) valorizar o capital numa lógica de acumulação flexível.

Neste sentido, a partir da década de 1990, o avanço acerca da “cultura da qualidade” trará alterações administrativas no Brasil, tendo como marco o Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade – PBQP (PUCCINI; CECÍLIO, 2004, p. 1344).

A respeito da “cultura da qualidade”, Castro (2018, p. 33) destaca que

sua lógica é instaurada no bojo do processo de contrarreforma do Estado no Brasil. Nesse período, ganharam evidência termos como eficiência, custos e capitalização para análise das políticas sociais, a introdução de contratos flexibilizados e temporários nos serviços públicos e a perda progressiva de proteção social.

¹⁶ [...] a partir das formulações da teoria da “Gestão pela Qualidade Total”, a qualidade, em si, vem se afirmando como um conceito paradigmático para a formulação de modelos gerenciais, desenvolvidos como resposta a certas dificuldades das empresas privadas e que, também, são, muitas vezes, transpostos de forma acrítica para o setor público. Assim, a ideia geral de qualidade como qualificação do fazer, naturalmente expressando diferentes significados conforme a posição social do seu proponente no processo produtivo, estreita-se com o movimento pela “Qualidade Total”, e vai ganhando um sentido mais comprometido e articulado com os interesses do sistema social produtor de mercadorias (PUCCINI; CECÍLIO, 2004, p. 1342-1343).

Incorporada a tal conjuntura, o setor da saúde será afetado pelas orientações advindas da reestruturação produtiva, perpassada pelas pautas da qualidade e produtividade. Esse debate se dará num contexto em que a saúde brasileira é atravessada por uma crise, onde o subfinanciamento e desvalorização do SUS, ainda em período de implementação, são perpassados pelas contenções de investimento público voltados para políticas públicas, dentre as demais orientações neoliberais de valorização do mercado econômico e privado.

Na saúde, as políticas passaram a ser alvo das contenções de gastos e voltou-se para a sua regulação mercantil. A universalização do acesso à saúde é atacada, pois era vista como uma das causas da elevação do déficit público. Na verdade, os altos custos dos serviços de saúde eram proporcionados pelo modelo de atenção centrado no hospital e voltado para as inovações tecnológicas, equipamentos, maquinarias e alto grau de medicalização, que gerava baixa resolutividade e elevados custos (CASTRO, 2018, p. 39).

Os hospitais serão os protagonistas de implementação de programas e estratégias de qualidade e produtividade na saúde, partindo da realidade de um mau serviço prestado pelo Sistema de Atenção às Urgências e Emergências – SAUE - (Gusmão-Filho, 2008) em âmbito mundial e, por consequência, também da realidade dos hospitais no Brasil.

Segundo Gusmão-Filho (2008, p. 28):

[...] as causas para a crise mundial dos SAUE são múltiplas e complexas, e com poucas perspectivas de resolução no curto prazo. Possíveis saídas para esta crise passam obrigatoriamente por intervenções profundas, como a reorganização estrutural e funcional dos SUE, incluindo implantação de inovações e readequação do trabalho, assim como mudanças nos sistemas de saúde como um todo, uma vez que a atenção às urgências e emergência representa um papel essencial na sua dinâmica. O mesmo vale para o Brasil, que, apesar de contar com um sistema de saúde jovem quando comparado aos de outros países da América do Norte e Europa, apresenta problemas semelhantes no seu SAUE, embora desenvolvidos por caminhos diferentes.

Neste sentido, as políticas de saúde extremamente fragilizadas pelas iniciativas neoliberais tornam-se cada vez menos resolutivas às demandas da população, causando insatisfação e tensionamentos por parte da população. Em consequência, os hospitais também serão focos dessa instabilidade, refletindo o

caos da saúde brasileira, com superlotações e baixa qualidade nos serviços e ações prestados.

A respeito, Gusmão-Filho (2008, 29) pontua:

Entre todas as dificuldades encontradas na efetivação das diretrizes do SUS, os SUE são seguramente os que apresentam menor grau de descentralização e hierarquização quando comparado a outros setores do sistema. Mantêm a mesma estrutura hospitalocêntrica característica das décadas de 1960 a 1980, cuja principal consequência se faz sentir na desigualdade do acesso. Esta estrutura arcaica acaba absorvendo a clientela não atendida de outros níveis de atenção, contribuindo para a perpetuação das distorções crônicas da atenção à saúde.

É esse o ponto que vai determinar a centralidade do hospital no processo de reestruturação produtiva, focado na “cultura da qualidade”, uma vez que, como Gusmão-Filho (2008, p. 34) conclui:

[...] uma das principais consequências da crise que os SAUE enfrentam em todo o mundo, inclusive no Brasil, é a queda da qualidade da assistência à saúde, que pode ser traduzida por maneiras diversas: pela diminuição da efetividade do cuidado, da produtividade e da eficiência dos sistemas de saúde, pela insatisfação de usuários e de profissionais de saúde, entre outras. Esta subseção encarrega-se de discutir a qualidade, considerando suas definições, abrangência, limites e aplicabilidade no campo da saúde. Ainda, apresenta e discute as diferentes estratégias de melhoria da qualidade no âmbito da atenção à saúde.

Este cenário de intensificação das estratégias neoliberais reduz a participação e a responsabilidade do Estado em relação às políticas sociais. Também assegura livre abertura econômica ao mercado, sem a regulamentação do Estado, estimulando iniciativas de privatizações.

Portanto, o SUS, em todo o seu progresso e implementação, será perpassado por tensões e barreiras, pois este, a partir de seus princípios de universalidade, equidade e integralidade, vai contra a todas as propostas impostas pelo neoliberalismo acerca das políticas públicas.

A respeito, Paiva e Teixeira (2014, p. 26) apontam:

Se o contexto de crise econômica e democratização nos anos 1980 havia contribuído para o debate político da saúde no período de consolidação dos princípios do SUS – equidade, integralidade e universalidade –, nos anos 1990 a concretização desses princípios gerou tensões contínuas em um momento em que a concepção de Estado mínimo, ditada pelo neoliberalismo em ascensão na Europa e nos EUA, propunha restringir a ação do Estado na regulação da vida social.

E completam:

A onda conservadora de reformas no plano político, econômico e social dos vários países repercutiria fortemente no Brasil, reforçando as tendências de adoção de políticas de abertura da economia e de ajuste estrutural, com ênfase, a partir de 1994, na estabilização da moeda; privatização de empresas estatais; adoção de reformas institucionais fortemente orientadas para a redução do tamanho e das capacidades do Estado. O SUS encontraria, nesse contexto, seu estrutural cenário de crise (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p. 26).

Neste sentido, as políticas públicas, já insuficientes frente às demandas da sociedade, sofrem cortes e reduções de investimento. Este panorama impacta a saúde com condições mais precárias de trabalho, má remuneração aos trabalhadores, precarização dos serviços prestados à sociedade e, por fim, piora na qualidade de vida e de condições concretas na promoção/prevenção da saúde.

É neste contexto que se intensificará a discussão acerca da humanização em saúde, a fim de “resolver” as lacunas que o sistema público de saúde apresentava.

O debate da humanização para a saúde aparece principalmente concernente à relação instituição-usuário, focalizado em torno de questões individuais e relacionais. As estratégias elaboradas e implementadas pelo grupo que propôs esse modelo foram, entre outras, o acolhimento ao usuário, visando humanizar as relações entre trabalhador e usuário e produzir relações de vínculo entre usuário e equipe de saúde; responsabilização dos trabalhadores pelo problema de saúde apresentado pelo usuário; autonomia da equipe para a elaboração de projetos terapêuticos dos usuários; integração da equipe para a elaboração de projetos terapêuticos dos usuários; integração da equipe multidisciplinar; e utilização de forma ampliada das “tecnologias leves”(CASTRO, 2018, p. 48).

2.3 Humanização em Saúde: caminhos para a conformação de uma política pública

A partir da década de 1990, o debate acerca da humanização na saúde tomará maiores proporções e abrangência, uma vez que, por meio desta, serão concebidas alternativas às diversas insatisfações, desqualificações e queixas direcionadas aos serviços prestados pelo SUS e os profissionais de saúde que o compõem.

Segundo Puccini e Cecílio (2004, p 1344):

O movimento pela humanização é, em última instância, também uma busca pela qualificação da produção ou prestação de serviços, mas delinea-se, na sua implementação, uma força e um potencial de crítica e ruptura com um compromisso mercadológico obrigatório de tudo ou, ainda, com uma normalização institucional que diga respeito, apenas, à lógica tecno-burocrática e à busca obtusa pelo desempenho produtivo.

Será neste contexto de instabilidade, perpassado por subfinanciamentos, falta de investimentos, precarização dos serviços e condições de trabalho do SUS que ocorrerá, em 2000, a XI Conferência Nacional de Saúde, contendo como um dos temas centrais em debate, a humanização. Aprofundando, portanto, a temática “humanização em saúde” para dentro do debate da política de saúde.

A humanização vem, assim, incorporar a valorização do cotidiano no sentido de repensá-lo, juntamente com a necessidade de repensar, também, a organização e gestão dos serviços de saúde. Neste sentido, busca retomar o ideário do movimento sanitário na tentativa de superar as lacunas existentes nos processos de saúde, levando em consideração as próprias experiências que o SUS vivencia no dia a dia.

Em referência, Pasche; Passos; Hennington (2011, p. 4542) destacam:

Diante dos impasses éticos, políticos, financeiros e de organização do sistema de saúde presentes no cenário brasileiro, impõe-se o debate sobre a humanização e o questionamento do modelo tecno assistencial e a qualidade da atenção à saúde no que tange à disponibilização de tecnologias, recursos e saberes aos sujeitos e às populações visando mitigar seu sofrimento. Neste sentido, apostar na humanização da atenção e gestão do SUS retoma a agenda da reforma sanitária ao chamar atenção para a necessidade de problematizar os modos de fazer presentes nas práticas de saúde desenvolvidas pelos trabalhadores e equipes no cotidiano.

Tendo como título “Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social”, a Conferência apresentou a humanização como uma possibilidade para remodelar os serviços de saúde prestados nos hospitais públicos. É importante reforçar que, embora oficializado, o SUS sempre enfrentou tensões e adversidades em sua criação e implementação.

As mudanças no SUS não dependem apenas de definições estruturais como o financiamento e o pacto sanitário federativo que redistribui e redefine recursos e responsabilidades na saúde, entre outras. Em que pese a influência e a força desses elementos é necessário apontar na direção da valorização e problematização da experiência no cotidiano do trabalho em saúde, que tem potência de transformação, portanto de reinvenção dos serviços e práticas (PASCHÉ; PASSOS; HENNINGTON, 2011, p. 4543).

O tema humanização surge, enquanto pauta nos debates da saúde, ainda na década de 1950, influenciado pelos princípios da Declaração Universal do Direitos Humanos. Também possui influência da luta feminista à assistência ao parto humanizado e contra o uso indiscriminado de drogas anestésicas utilizadas em tais procedimentos (Conceição, 2009).

Será na década de 1970, com ações isoladas de alguns profissionais da saúde e demais áreas, que o movimento passa a tomar maiores proporções, resultando na criação do REHUNA - Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (1993) que tem como finalidade divulgar assistência e cuidados perinatais com base científica¹⁷.

Segundo Conceição (2009, p. 76):

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 – onde se identifica o movimento feminista como sujeito desse processo; da luta antimanicomial, e demais críticas que vem se juntar a essas, principalmente no que concerne ao modelo de assistência à saúde existente.

Outro movimento que proporcionou a expansão do debate sobre humanização na área da saúde foi a luta antimanicomial (Conceição, 2009), baseada nos direitos humanos, num contexto de mobilizações e movimentos pró democráticos, questionando as formas tidas como tratamento dentro da saúde mental, caracterizadas por violência e uso abusivo de medicamentos.

Mas somente a partir da década de 1990 que o debate acerca da humanização irá se estender, em maiores proporções, para as demais áreas da saúde pública brasileira, tendo como destaque o setor hospitalar.

¹⁷A respeito, vide: ReHuNa – Rede pela Humanização do Parto e Nascimento. Disponível em: <<https://rehuna.org.br/nossa-historia/>>.

Em decorrência de tal cenário, em maio de 2000¹⁸, é criado o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar -PNHAH, pelo então Ministro da Saúde, José Serra. Tendo como objetivo construir uma cultura do atendimento humanizado, fortalecer vínculos entre profissionais e usuários dos serviços de saúde, sendo conduzido por comitê técnico no processo de implementação, acompanhamento e avaliação. Como descrito no documento oficial (2001):

O PNHAH propõe um conjunto de ações integradas que visam mudar substancialmente o padrão de assistência ao usuário nos hospitais públicos do Brasil, melhorando a qualidade e a eficácia dos serviços hoje prestados por estas instituições. É seu objetivo fundamental aprimorar as relações entre profissional de saúde e usuário, dos profissionais entre si e do hospital com a comunidade. Ao valorizar a dimensão humana e subjetiva, presente em todo ato de assistência à saúde, o PNHAH aponta para uma requalificação dos hospitais públicos, que poderão tornar-se organizações mais modernas, dinâmicas e solidárias, em condições de atender às expectativas de seus gestores e da comunidade (Brasil – Ministério da Saúde, 2001, p. 7).

Podemos sintetizar três grandes pontos em que as diretrizes do PNHAH¹⁹ se desenvolvem, a saber: promover uma nova cultura de humanização, valorizando a vida humana; enfoque no trabalho e capacitação dos profissionais de saúde, e, por fim, mudanças gerenciais no sistema de saúde.

O PNHAH, portanto, tem como objetivos centrais trazer mudanças nos serviços de saúde hospitalar, buscando melhorar a qualidade destes e capacitando os profissionais para atuarem numa perspectiva de valorização da vida humana, apontando para a necessidade de repensar as relações de trabalho.

Busca também difundir uma nova cultura de humanização na atenção hospitalar, implementando indicadores de resultados a fim de assegurar um tratamento mais humanizado, além de reforçar as iniciativas de humanização já

¹⁸Em maio de 2000, em Brasília, foi apresentado o projeto piloto do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, partindo das análises e conclusões do então ministro da saúde, José Serra, a respeito dos serviços prestados no sistema de saúde brasileiro (Brasil – Ministério da Saúde, 2001, p.9).

¹⁹O documento oficial da PNHAH traz pontos específicos desenvolvidos para o setor hospitalar, em relação a construção, implementação e relatórios de avaliação, como descritos nos subitens “Rede Nacional de Humanização Hospitalar”; “Sistema de Incentivos e Concessão do Prêmio Hospital Humanizado”; Grupos de Multiplicadores de Humanização Hospitalar”; Grupos de Trabalho de Humanização Hospitalar”; “Anexo I: Relatório de Avaliação do Projeto-Piloto de Humanização da Assistência Hospitalar”, e por fim, “Anexo II: Modelo para implantação de um Projeto-Piloto de Humanização da Assistência Hospitalar” (Brasil – Ministério da Saúde, 2001).

existentes, a fim de beneficiar não somente os usuários dos serviços, mas também dos próprios profissionais da saúde hospitalar pública (Brasil – Ministério da Saúde, 2001).

O documento do PNHAH traz os elementos fundamentais para o processo de implementação da humanização na atenção hospitalar. Neste sentido, aponta os modelos de redes²⁰ hospitalares existentes, sendo estas: a rede presencial, a rede eletrônica e a rede audiovisual, afim de descrever como cada uma destas estão inseridas nos processos de saúde e suas contribuições.

Também apresenta, enquanto estratégia de incentivo, concessão de prêmios aos hospitais que são comprometidos com as diretrizes e princípios de humanização estabelecidos pelo PNHAH.

Em relação à capacitação dos profissionais, o programa traz como estratégia os grupos multiplicadores de humanização hospitalar, com intuito de auxiliar no desenvolvimento, acompanhamento e avaliação da implementação do PNHAH nos hospitais.

Enquanto atuação de grupo, aponta também para a utilidade dos grupos de trabalho, os quais irão promover espaços de participação coletiva, numa perspectiva de resgate dos valores humanitários na assistência, em benefício dos usuários e dos profissionais de saúde, promovendo assim, fluxos de propostas e deliberações, em colaboração com a gestão hospitalar.

Os grupos de trabalho tinham como objetivo central contribuir com o processo da mudança cultural de atenção e prestação de serviço, na busca pela promoção da dignidade humana. Nesta direção, busca contribuir com projetos desenvolvidos para a promoção da humanização, bem como na implementação de indicadores e processos de avaliação e divulgação dos resultados de tais projetos (BRASIL, 2001).

²⁰Rede *presencial*, composta por “Composta pelo Comitê Técnico de Humanização, pelos Grupos de Multiplicadores de Humanização Hospitalar (Secretarias Estaduais articuladas às Secretarias Municipais com apoio das Equipes de Capacitadores do Ministério da Saúde) e pelos Grupos de Trabalho de Humanização Hospitalar, presentes em cada um dos hospitais participantes”(Brasil, 2001, p. 17); rede *eletrônica*, “Composta pelo site de Humanização da Assistência Hospitalar, sob coordenação do Comitê Técnico de Humanização e pela equipe de Multiplicadores Eletrônicos, responsáveis pela alimentação do site com informações, experiências e debates relevantes ao PNHAH”. (Brasil, 2001, p. 17) e, por fim, rede *audiovisual*, “Inclui pacotes audiovisuais de informação e capacitação: manuais, vídeos, relatórios, publicações oficiais” (Brasil, 2001, p. 17).

Neste sentido, tem-se a atenção hospitalar enquanto agente impulsionador das mudanças incorporadas pela humanização, devido às especificidades que estes espaços sustentam em suas raízes. Historicamente, os hospitais são espaços onde se dão a hierarquização e protagonismo do saber médico, voltados para a cura de patologia, meramente tecnicista (Puccini; Cecílio, 2004).

Segundo Silva (et al, 2010, p. 597):

O hospital historicamente se constituiu um espaço para tratamento e cura. O modelo profissional dominante nesse local diz respeito a um conjunto de aparato tecnológico e político legal, limitando o espaço da clínica à cura (no sentido convencional) ou reabilitação, distanciando-a de uma práxis efetivamente promotora da saúde. As relações hierárquicas de poder e autoritárias entre profissionais de saúde e usuários dos serviços dificultam a construção de espaços de autonomia e a participação daqueles que buscam atenção à saúde.

Pensar a humanização na saúde, portanto, é despersuadir toda a lógica, fundamentação e organização historicamente construída nos hospitais, por meio da centralidade ideológica médico-curativa. Para além disso, no contexto dos anos 1990 os hospitais passavam por uma crise de atendimento, com denúncias de falta de acesso e mal atendimento (CASTRO, 2018, p. 51).

Castro (2018) vai pontuar que, em relação ao PNHAH:

A primeira demarcação a ser realizada se refere à centralidade dos hospitais para o desenvolvimento do programa. É certo que os hospitais sempre simbolizaram o poder social da profissão médica e a institucionalização dos conhecimentos médicos especializados, prevalecendo um modelo unifatorial da doença, decorrente de uma visão clínica que tem como suporte o Relatório Flexner, publicado em 1910 pela Fundação Carnegie. [...] Esta lógica sempre permeou as práticas de saúde nas instituições hospitalares, ficando estas a cargo do tratamento, cura e recuperação da doença de forma pura e simples.

Os direcionamentos desenvolvidos pelo PNHAH foram base para o aprofundamento nos debates e discussões acerca da política de humanização e sua necessidade de ser expandida para além da atenção hospitalar. Contribuindo, assim, no processo de aperfeiçoamento do debate nos anos 200.

As diretrizes e formulações do PNHAH foram essenciais para que, em 2003, se consolidasse a Política Nacional de Humanização– PNH. Segundo Miranda (2009, s/a):

[...] a PNH propõe o reconhecimento da humanização não mais como um programa, mas como uma política que opere transversalmente em todo o SUS, o que implica traduzir os princípios do SUS em modos de

operar os diferentes equipamentos e sujeitos da rede de saúde, constituindo práticas solidárias e comprometidas com a “produção da saúde e de sujeitos”.

Embora seja inegável o avanço que a humanização traz para o cenário da saúde, é importante destacar que há uma distinção em diversas compreensões conceituais e finalísticas de humanização, favorecendo para que haja uma certa heterogeneidade, tanto nas formulações quanto nas execuções de processos humanizadores da saúde.

2.4 PNH: algumas problematizações

A PNH foi elaborada em 2003, primeiro governo do presidente Lula, pelo Ministério da Saúde. Nesse contexto, o governo havia retomado as perspectivas elaboradas pela Reforma Sanitária, essenciais para o processo de reformulação e constituição da política de humanização. Esta foi consolidada enquanto uma política transversal ao SUS, ampliando seu alcance para toda a atenção à saúde. Conceição (2009, p. 82) coloca que “enquanto uma política transversal assume um caráter mais sólido e propõem-se a perpassar por todas as políticas e diretrizes do SUS, como projeto coletivo de proteção social”.

A PNH vem difundir um processo de atenção à saúde humanizado, partindo da autonomia e protagonismo dos usuários, principalmente, e dos profissionais da saúde. Está voltada para a idealização de um novo modelo de gestão onde os agentes partícipes do processo de saúde tenha participação, denominada de gestão participativa²¹ (ou cogestão).

A PNH, enquanto movimento de mudança dos modelos de atenção e gestão, possui três princípios a partir dos quais se desdobra enquanto política pública de saúde: 1) A transversalidade enquanto aumento do grau de abertura comunicacional intra e intergrupos, isto é, a ampliação da grupalidade ou das formas de conexão intra e intergrupos promovendo mudanças nas práticas de saúde; 2) A inseparabilidade entre clínica e política, o que impõe a inseparabilidade entre atenção e gestão dos processos de produção de saúde; 3) O protagonismo dos sujeitos e coletivos (HumanizaSUS, 2010, p. 64).

²¹Segundo o HumanizaSUS (2010, p.60), gestão participativa é o modo de gestão que incluiu novos sujeitos no processo de análise e tomada de decisão. Pressupõe a ampliação dos espaços públicos e coletivos, viabilizando o exercício do diálogo e da pactuação de diferenças. Nos espaços de gestão é possível construir conhecimentos compartilhados considerando as subjetividades e singularidades dos sujeitos e coletivos.

Segundo a Cartilha HumanizaSUS (2010, p. 22 -27) a PNH se constitui a partir de quatro eixos centrais, sendo eles: Princípios; Método; Diretrizes e Dispositivos. Por *princípios* temos, como o próprio nome traz, os preceitos que a PNH procura incorporar na atenção à saúde, relacionado ao caráter de transversalidade da política. Está associado a transformações nas relações e comunicação tanto entre serviços de saúde, quanto dos próprios sujeitos que compõem o processo de saúde. Também está relacionada com o modo em que se dão as relações de trabalho, de gestão e cuidado, procurando deixar indissociáveis as relações de produção de saúde e produção de sujeitos, fortalecendo a autonomia e protagonismo dos sujeitos envolvidos.

O eixo referente ao *método* expressa o *modus operandi* que a política utiliza para promover a inclusão dos sujeitos partícipes no processo de saúde. Chamado de “método de tríplice inclusão” (gestores, trabalhadores e usuários) com o objetivo de produzir autonomia, protagonismo e cogestão.

Já as *diretrizes* da PNH dão o caminho pelo qual a política irá se efetivar. Está associada ao eixo de inclusão, direcionada aos objetivos de promover a ideia de clínica ampliada - compromisso com o sujeito e seu coletivo-, cogestão, acolhimento, valorização do trabalho e do trabalhador, defesa dos direitos do usuário, fomento das grupalidades, coletivos e redes - colegiados e conselhos por exemplo -, construção da memória do SUS que dá certo.

Como *dispositivos* tem-se os meios para promover mudanças nos modelos de atenção e gestão na produção de saúde. Relacionados à gestão, temos os Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) e Câmara Técnica de Humanização (CTH), Colegiado Gestor. Referentes à atenção, podemos destacar os sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde por meio de gerência de “porta aberta”, ouvidorias, grupos focais e pesquisas de satisfação, visita aberta e direito à acompanhante, Programa de Formação em Saúde do Trabalhador (PFST) e Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP), equipe transdisciplinar de Referência e de Apoio Matricial, projetos cogерidos de ambiência, acolhimento com classificação de riscos, Projeto Terapêutico Singular e Projeto de Saúde Coletiva, Projeto Memória do SUS que dá certo.

Dentre os documentos oficiais acerca da política de humanização se tem um caderno exclusivamente direcionado à Atenção Hospitalar. No documento HumanizaSUS (2010), é apresentado os parâmetros para implementação de ações na atenção hospitalar²², a fim de delinear os principais pontos a serem colocados em prática. Tais parâmetros estão associados aos dispositivos e métodos acima citados, voltados para a dinâmica de atenção / processos dos atendimentos e internações.

É importante destacar que a rede hospitalar está inserida dentro do Sistema Único de Saúde, e não enquanto o sistema em si e exclusivo protagonista. A rede de saúde é composta por diversos setores que configuram o modelo de atenção à saúde, como as unidades de atenção primária, por exemplo.

Deste modo, cabe a apreensão dos hospitais como parte da rede de saúde e não à parte desta. Conforme destaca o documento:

Outro elemento central na elaboração e implementação de políticas na área de atenção hospitalar é o claro entendimento de que os hospitais não constituem ilhas de excelência, à parte da rede de serviços. É de extrema importância que todas as medidas adotadas considerem os hospitais e a sua inserção na rede. Essas instituições devem ser vistas, planejadas e avaliadas enquanto determinantes e determinadas do sistema de saúde como um todo. Vale aqui destacar o papel dos gestores locais do SUS na discussão das necessidades de saúde, da demanda de serviços e da efetiva condução e controle das ações implementadas (BRASIL, 2011, p. 13).

Nesta perspectiva, pensar estratégias de implementação da PNH na atenção hospitalar carece de, primeiramente, analisar como a estrutura interna dos hospitais são geridas. Ou seja, entender a dinâmica em que os hospitais, em geral, promovem os processos de trabalho em saúde.

Partindo desse pressuposto, destacamos o trecho abaixo:

Os hospitais são estruturas hiper complexas e, além de adotarem modos de organização tradicional, com gestão verticalizada e pouco participativa, têm sido fortemente influenciados pela existência de problemas e desafios macropolíticos, notadamente a questão do

²² Julgamos relevante discorrermos de maneira mais detalhada acerca da PNH na Atenção Hospitalar uma vez que a política tem sua gênese no PNHAH, onde se teve a apreensão da necessidade de expandir o debate da humanização em saúde de maneira generalizada para além do espaço hospitalar. Também levamos em consideração o fato de ser nos hospitais onde se encontram os processos e uso tecnológico mais desenvolvidos dentro da saúde enquanto setor de serviços inserido dentro da lógica do grande capital, dialogando, portanto, com a relação do debate *humanização* e modo de produção capitalista.

financiamento, fazendo emergir a questão da sustentabilidade econômico-financeira dos hospitais na rede SUS (BRASIL 2011, p. 31).

Dentro desta compreensão do setor hospitalar enquanto o de maior abrangência inserido no sistema de saúde, tem-se uma cartilha específica referente a incorporação da PNH na atenção hospitalar, intitulada “Cadernos HumanizaSUS, Volume 3: Atenção Hospitalar”²³. Neste documento:

[...] contém reflexões acerca da humanização nos hospitais, artigos analíticos sobre experiências com diretrizes e dispositivos da PNH, relatos e reportagens sobre iniciativas de humanização que dão certo. Humanização aqui entendida como resultado da atuação sobre os processos de trabalho no cotidiano dos serviços hospitalares, no sentido de melhorar a qualidade da assistência prestada e a satisfação do usuário e do trabalhador. (BRASIL, 2011, p. 6)

Partindo da compreensão acerca da implementação da PNH (2003), enquanto uma política com o objetivo de trazer modificações no que se refere ao cuidado e promoção em saúde, o profissional da saúde, bem como o usuário e seu âmbito familiar, adquirem o papel de protagonistas do cuidado em saúde.

No campo da Saúde, humanização diz respeito a uma aposta ético-estético-política: ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e corresponsáveis. 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. O compromisso ético-estético-político da humanização do SUS se assenta nos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de corresponsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão. (BRASIL, DF, 2010, p.62)

Este novo modelo de “fazer saúde” busca reformular as relações entre gestão, usuário e profissional de saúde, na tentativa de fortalecer vínculos que irão promover uma relação humanizada. A PNH surge, portanto, para corrigir o mau funcionamento do SUS, com o objetivo de melhorar, “humanizar”, os serviços prestados.

Humanizar a atenção e a gestão em saúde no SUS se apresentava como meio para a qualificação das práticas de saúde: acesso com acolhimento; atenção integral e equânime com responsabilização e vínculo; valorização dos trabalhadores e usuários com avanço na

²³ Para maior compreensão, vide: Cadernos HumanizaSUS, Vol.3 – Atenção Hospitalar, 2013.

democratização da gestão e no controle social participativo (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p. 563).

A PNH, considerando as condições sócio-políticas constituídas pelo modelo neoliberal reduz o debate da humanização em saúde no âmbito subjetivo e individual de usuários e profissionais. Traz como central o vínculo entre usuário – profissional, o papel protagonista do sujeito e seu núcleo familiar enquanto responsáveis pela promoção da saúde. Deslegitimando, assim, as diretrizes base do SUS, da saúde enquanto universal e integral, correlacionada diretamente às condições socioeconômica, regional e de subsistência do sujeito.

A humanização, expressa em ações fragmentadas e numa imprecisão e fragilidade do conceito, vê seus sentidos ligados ao voluntarismo, ao assistencialismo, ao paternalismo ou mesmo ao tecnicismo de um gerenciamento sustentado na racionalidade administrativa e na qualidade total. (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p. 390)

Percebe-se que, embora seja uma política nacional, é efetivada a partir do esforço individual de cada trabalhador da saúde, da inserção do sujeito, como o incentivo da gestão (contrário ao que coloca a Constituição Federal de 1988).

No campo da Saúde, humanização diz respeito a uma aposta ético-estético-política: ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e corresponsáveis. 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. O compromisso ético-estético-político da humanização do SUS se assenta nos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de corresponsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão. (BRASIL, DF, 2010, p.62)

O enfoque central da política gira em torno do acolhimento²⁴, da autonomia e protagonização dos sujeitos que compõem o cenário que objetiva os princípios e diretrizes da PNH.

²⁴Segundo a Política Nacional de Humanização, acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/ populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva (PNH, Brasília – Ministério da Saúde, 2013, p. 7).

É necessário compreender que por sujeitos, entende-se os usuários dos serviços de saúde – bem como seus familiares, os profissionais da saúde e os gestores.

O HumanizaSUS, instituído em 2003, apresenta-se como uma aposta na mudança das práticas e na valorização de processos sociais e subjetivos, ou seja, sustenta-se em tecnologias relacionais para produzir saúde. Partindo do entendimento de que novos modos de pensar, perceber, sentir e fazer na saúde não se consolidam sem posicionar a subjetividade em lugar de destaque (Deslandes, 2005), o HumanizaSUS reconhece a centralidade dos processos de subjetivação de todos os atores envolvidos na produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores) para a modificação de práticas, culturas e sujeitos (Brasil, 2009) e, com isso, possibilitar a efetivação do projeto assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS) (PEREIRA; NETO, 2015, p.68).

Nos documentos da PNH as condições concretas dos espaços e serviços, bem como financiamento e investimento direto são pontuais e secundárias, não tendo a centralidade e relevância necessárias para que, de fato, se tenha uma reestruturação do modelo de saúde prestado. Ou seja, uma reestruturação concreta das bases gestoras que substancia o SUS.

Segundo Conceição (2009):

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 apesar de importantes estão mais ligadas ao campo do subjetivismo - que tem seus limites – do que a ações concretas que procurem dar conta dos problemas existentes na saúde. (CONCEIÇÃO, 2009, p. 66)

E prossegue:

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 como a falta de acesso, da qualidade dos serviços, conformando-se muito mais como uma política ideopolítica em favor de mudanças de modelos, mas que tem ações restritas. (CONCEIÇÃO, 2009, p. 66)

Deste modo, também reduz o debate ao desconsiderar as questões concretas que precarizam e desqualificam os serviços públicos prestados.

Desfocando a responsabilidade do Estado em gerir e prover estrutura e condições de trabalho adequadas para a saúde pública.

A redução e desresponsabilização do Estado frente às políticas e serviços sociais faz com que a família e a sociedade civil sejam redescobertas como instância de proteção e como possibilidade de recomposição de uma sociedade “solidária”. Dessa forma, há uma chamada aos sujeitos para a responsabilização da provisão das condições objetivas e subjetivas de sua vida. (CASTRO, 2018, p. 165)

Neste sentido, podemos identificar elementos da PNH que abrem caminhos para divergências nos processos de saúde em relação às diretrizes sugeridas pelo Movimento Sanitário. Pois, ao colocar o usuário como responsável pela promoção de suas condições à saúde, enfraquece o princípio de universalidade e do conceito ampliado da saúde, onde o Estado tem a obrigação de promover condições adequadas.

Outro fator que reflete este aspecto é que, por não ter uma portaria específica, a política tem uma interpretação/implantação aquém dos gestores, da instituição e do próprio governo. Ou seja, retira o caráter objetivo e concreto das políticas públicas ampliadas, e foca no sujeito e sua subjetividade isolada. Fortalecendo, desta maneira, o sucateamento da saúde pública, potencializando assim, o processo de privatização da saúde.

3 Política de saúde nos Governos Dilma e Temer: impactos na efetivação da humanização em saúde

A saúde pública está diretamente associada à conjuntura política e econômica do país. Dentre os condicionantes que interferem diretamente ao cenário político, tem o projeto político e societário do grupo que ocupa o governo e a correlação de forças partidárias que compõem tal cenário.

Neste sentido, a fim de analisar a política de saúde, aprofundando na compreensão de como se deu a política de humanização em determinado período, se faz necessário, primeiramente, compreender as características do governo em questão, sua posição no contexto econômico e político da conjuntura, e os arranjos estabelecidos para enfrentar determinados condicionantes que perpassam as relações e correlações de interesses político/partidário.

Assim, o referido capítulo, no primeiro momento, se ocupará de contextualizar a conjuntura política e econômica dos governos de Dilma Rousseff (2011-2016), dando destaque aos fatos políticos de maior destaque, que influenciaram direta ou indiretamente a política de saúde. Neste mesmo sentido, nos atentaremos a contextualizar os acontecimentos que culminou no impeachment da ex presidenta.

O segundo momento do capítulo se dedicará em apreender a política de saúde nos governos de Dilma, dando destaque nos direcionamentos voltados para a política de humanização por meio de análise de documentos oficiais, partindo do pressuposto que a política de saúde não ocupou centralidade nos planos de governos.

Por fim, na terceira parte, será abordado o contexto do governo de Michel Temer (2016-2018), dando destaque as contrarreformas efetivadas no curto período em que este ocupou o cargo de presidente da República. Vimos o aceleração dos processos de privatizações, o enrijecimento das condições para direitos, como por exemplo, as aposentadorias e também programas sociais e ataques à Seguridade Social, em especial, a saúde, por meio do congelamento dos gastos públicos por 20 anos.

3.1 Humanização em saúde nos Governos Dilma indicativos da fragilização da PNH

Nas eleições de 2010 para presidência, o nome de Dilma Rousseff é apresentado para continuidade do governo petista, sendo indicado e apoiado pelo então presidente Lula. Dilma é eleita a primeira presidenta do Brasil, cumprindo o seu primeiro mandato de 2011 a 2014, e sendo reeleita, em 2015. Porém, o seu segundo mandato será marcado por um golpe construído pela elite brasileira, que culminará em seu impeachment.

Em seu primeiro mandato, o governo Dilma apresenta propostas bem articuladas com as já implementadas pelo seu antecessor, reforçando características de governança historicamente construídas pelo Partido dos Trabalhadores (PT), marcado pela conciliação de classes.

Lazarini (et al, 2021) salientam que:

O modelo de desenvolvimentismo que foi incorporado gradativamente ao longo das três gestões do Partido dos Trabalhadores não conseguiu romper com a condução da política neoliberal da década de 1990; de modo contrário, ele fez concessões às elites e aos blocos conservadores de poder, sujeitando as políticas sociais à perspectiva liberal, cujo objetivo não aponta para a ampliação dos direitos, mas, sim, para a redução da oferta e para a focalização dos seus produtos, destinado a minimizar os efeitos deletérios do capitalismo. (LAZARINI, et al, 2021, p. 9).

Dilma inicia o seu primeiro mandato num contexto de pós-crise internacional (2008) onde a economia procurava se restabelecer, tendo como efeitos dessa crise certa desaceleração econômica e relativa preservação de indicadores econômicos até meados de 2013 (MACHADO, LIMA, BAPTISTA, 2017, p. 148).

Neste cenário, a presidenta apostou em um projeto, de certo modo, radical, para a política econômica, uma vez que objetivava “eliminar, minimizar o rentismo com a dívida pública como meio sistemático de acumulação de capital”. Isso significa questionar o poder estrutural do capital financeiro na determinação das taxas de juros e câmbio, rompendo o pacto conservador formado pelo governo Lula em 2003” (BASTOS, 2017, p. 17).

Reis e Paim (2021, p. 567) apontam que:

Em relação à política macroeconômica, Dilma apostou em continuidades (e algumas mudanças) em relação ao governo Lula, ao manter os programas sociais e valorizar o salário mínimo. Ao iniciar o ‘ensaio desenvolvimentista’ e pactuar com a ‘coalizão produtivista’,

enfrentou pressão do capital financeiro, articulado com a classe média. Dilma queria controlar a entrada do capital estrangeiro no país e promover uma valorização do produto nacional. Para isso ela interveio nas taxas de juros e em outros pontos da economia.

Esse cenário se mostra desfavorável para os projetos desenvolvimentistas e de expansão de políticas sociais. As estratégias que, num primeiro momento, trouxeram resultados significativamente positivos, como indicadores de mercado de trabalho com baixo desemprego, aumento da formalização e do valor real dos salários (BASTOS. 2017, p. 148), foram sendo estranguladas e levadas à falácia.

A longo prazo, essas estratégias não se sustentaram, uma vez que, a "desaceleração da China e o prolongamento da crise nos países influentes, proporcionaram a redução do ritmo de crescimento brasileiro (2011-2014)". (MACHADO, LIMA, BAPTISTA, 2017, p. 154).

Os direcionamentos econômicos executados pela ex presidenta trouxe certa inquietação e insatisfação por parte da classe média brasileira e da burguesia interna do país, ocasionando uma desestabilização das conciliações de classe, historicamente, construídas pelo PT, intensificadas no final do primeiro mandato e início do segundo mandato de Dilma. Reis e Paim (2021, p. 567) apontam que:

para deslegitimar a presidenta, as classes dominantes começaram a disseminar a ideia de que ela estava efetuando uma política intervencionista, que essa ação inviabilizava os interesses do mercado e não assegurava a confiança dos investidores. A grande mídia apoiou essa posição e, em abril de 2013, o Banco Central aumentou a taxa Selic. Esse fato demonstra a disputa pelo controle da política econômica. De um lado o governo, que ao tentar se articular e valorizar a política para o mercado interno foi combatido. Do outro, o capital financeiro, articulado com o capital estrangeiro que era beneficiado pelas políticas neoliberais e obteve o apoio da burguesia, da classe média, de alguns segmentos da classe trabalhadora, além dos seus porta-vozes na grande mídia.

A classe trabalhadora também se mostrou insatisfeita com os desdobramentos do governo. O aprofundamento das expressões da *questão social*, intensificação na precarização dos serviços públicos prestados, falta de emprego, aumento da violência, dentre outros fatores contribuíram para que o povo, em resposta aos fatos políticos e econômicos, em junho de 2013 tomasse as ruas a partir de diversas manifestações pelo país. Como descrito por Demier (2014, p. 63):

as revéis massas brasileiras, em sua enorme maioria, se bateram contra os nefastos produtos sociais do regime político vigente (serviços públicos caros e/ou altamente precarizados), e até mesmo contra alguns de seus traços constitutivos (falta de participação popular, repressão, corrupção etc.).

Tendo como estopim a reivindicação pelo passe-livre, diversas pautas foram sendo reivindicadas pelas massas que tomavam as ruas, tomando proporções significativas, causando surpresa à burguesia brasileira e sendo fortemente condenadas pela grande mídia.

Demier (2014, p. 64) aponta que, sentindo-se ameaçada pelos possíveis desdobramentos das manifestações, a burguesia por meio das grandes mídias, utilizou de estratégias para reverter os fatos e utilizar da situação para se blindar e, até mesmo, se fortalecer frente ao conturbado cenário político.

O caráter apartidário das mobilizações contribuiu para um processo de despolitização das manifestações, abrindo brechas para insurgir pautas sustentadas pela direita, bem como movimentos e ideologias ultraconservadoras, como o MBL e discursos como “meu partido é o Brasil”, muito utilizado pelo movimento bolsonarista no decorrer das eleições de 2018 e em todo seu governo (2019-2022) e fazendo com que os partidos mais progressistas fossem sendo sufocados nas manifestações, enfraquecendo as pautas e participação nos atos.

A grande mídia, que no começo das manifestações a repudiava, agora, enquanto aparelho de controle ideológico burguês, a colocava como “grandes atos cívicos”, sendo essencial para o processo de cooptação das manifestações pela direita, distorcendo a veracidade dos atos e utilizando-os enquanto massa de manobra para seus próprios interesses.

Como colocado por Demier (2014, p. 64), enquanto o povo ia às ruas reivindicando melhoria nos serviços públicos, a mídia televisionava que os manifestantes estavam ocupando as ruas “para combater uma PEC desconhecida, pedir o fim da corrupção, clamar pela prisão dos “mensaleiros” e até mesmo exigir a tal redução do número de ministérios”, reforçando a instabilidade e rejeição ao governo Dilma.

As manifestações de 2013 foram o ápice para que a efervescência política tomasse proporções permanentes no cenário político. O governo Dilma se viu

cada vez mais desarticulado com setores importantes da economia, bem como a perda de sua base parlamentar, enfraquecendo sua sustentação de governança, e trazendo consequências drásticas, como a conciliação com partidos oponentes e de perspectivas liberais. (REIS; PAIM, 2021, p. 569) apontam que:

após as Jornadas de Junho e, especialmente, a partir das eleições de 2014, dois projetos políticos disputavam: 1) 'Uma ponte para o futuro' (Plano Temer), com a proposta do novo regime fiscal e reformas com o objetivo de reduzir os gastos sociais, favorecendo o setor privado e 2) 'Por um Brasil Justo e Democrático', que propunha ações de curto e longo prazo, criticando as medidas de ajuste fiscal, recomendando a retomada do crescimento, preservando o emprego e revertendo a recessão econômica, entre outros.

Destaca-se também, a ascensão de ideias liberais e conservadoras expressas na luta política no governo e na sociedade (BASTOS. 2017), aprofundando as dificuldades de manter as tentativas de um projeto nacional desenvolvimentista, “forçando” novos rumos adotados pelo governo, que se intensificam no segundo mandato da presidenta.

Em seu segundo mandato, Dilma centrou em priorizar programas de redistribuição de renda e estratégias relacionadas à economia, a fim de reduzir os gastos públicos enquanto critérios de contenção fiscal. Premissas essas que são disseminadas pelo neoliberalismo, enquanto recursos políticos e econômicos de propagação e fixação deste modelo de gestão do Estado.

A crise política toma maiores proporções, estrangulando as tentativas de conciliação característica dos governos petistas, colocando em questão a necessidade de uma outra forma de governança, mais ágil e mais contundente para “superar” a crise econômica. Duriguetto e Demier (2017, p. 14) destacam que:

A crise econômica fortaleceu uma ação conjunta das diferentes frações do capital para a recuperação do crescimento econômico e de suas taxas de lucro. Para a burguesia, esta recuperação que tem nas contrarreformas e no ajuste fiscal seus principais núcleos não seria possível de ser levada a cabo pelo PT “[...] no grau, na intensidade e na velocidade exigidos pela crise econômica” (DEMIER, 2016,). Este é o foco que cimentou a unidade de ação das diferentes frações da burguesia para a deposição da presidente Dilma, no dia 31 de agosto de 2016.

Somado à conjuntura de desqualificação e pressão sobre o governo Dilma, ocorreu em maio de 2014 a operação Lava-Jato²⁵, trazendo novas consequências negativas e contribuindo para o esgotamento da era PT.

A Operação Lava-Jato foi uma ação investigativa, a princípio, acerca de processos de lavagem de dinheiro e corrupção envolvendo empresários, políticos e a maior estatal brasileira, a Petrobrás. A Operação conduzida pela Polícia Federal e pelo Ministério Público Federal, teve, dentre diversos desdobramentos, a condenação e prisão do ex-presidente Lula (PT), sendo esse o ponto máximo que contribuiu para que a crise, já em andamento, do governo Dilma chegasse ao seu apogeu. Bello, Capela; Keller (2021, p. 1659) aduzem que:

A Operação Lava Jato, então, vem à cena e se vincula a processos que já estavam em curso. A interação e as conexões estabelecidas entre a Lava Jato e todos esses processos é o que permitiu que seus atores fossem, em nossos termos, interpelados a desafiar o sistema político para desestabilizar o bloco hegemônico no poder (POULANTZAS, 1977), que havia se constituído em torno do Partido dos Trabalhadores desde 2002.

Nesta lógica, a Operação Lava-Jato teve considerável relevância para a consumação do Impeachment de Dilma e o declínio da era petista, a ruptura de um bloco político hegemônico instaurado desde 2002, com a primeira vitória de Lula, permitindo que novas ideologias e direções políticas encontrasse espaço para se fortalecer e se articular.

O decorrer do segundo governo de Dilma foi marcado por intensos ajustes fiscais, aceleração nos processos de privatizações e desmontes de políticas sociais e trabalhistas. Reformas nas leis trabalhistas foram idealizadas, como exemplo a reformulação na lei de aposentadoria, aumentando o tempo necessário de contribuição para acessar o direito de aposentar, leis de contenção popular também foram implantadas, a saber a lei antiterrorismo, afetando diretamente o direito de manifestação da classe trabalhadora, dentre

²⁵A Operação Lava Jato foi um dos processos mais importantes na conjugação de uma nova hegemonia porque ela não só levou ao encarceramento de Lula, não só auxiliou e impulsionou o processo de impeachment, mas produziu novos terrenos que foram devidamente explorados e investidos ideologicamente. (BELLO; CAPELA; KELLER, 2021, p. 1650-51).

outras diversas intervenções foram estabelecidas pelo governo, cada vez mais afundado nas premissas liberais.

O descaminho do governo, somado à crise política e econômica estabelecidas, culminou na concretização do impeachment de Dilma Rousseff, na ascensão da extrema direita e em um cenário calamitoso para a classe trabalhadora.

A totalidade dos fatos ocorridos na conjuntura dos governos Dilma afetaram diretamente o tripé da Seguridade Social, agravando os já insuficientes e precários serviços prestados da previdência social, assistência social e da saúde pública.

A política de saúde nos governos de Dilma não ocupou lugar de destaque, embora tenha havido alguns avanços, principalmente, relacionados à gestão e organização do SUS. Reis e Paim (2018, p. 109) enfatizam que no decorrer do seu governo os projetos privatista e revisionista para a saúde ganham maior vigor, favorecendo os processos de privatização e sucateamento da saúde pública.

Segundo Reis e Paim (2018, p. 104):

Durante o governo Dilma, o foco foi a redução dos gastos públicos e a manutenção do subfinanciamento, com expansão e fortalecimento do setor privado. Houve crescimento dos planos e seguros privados, incorporação de tecnologias de alto custo, financeirização do setor e continuidade da captura do SUS pelo setor privado.

Lazarini (et al, 2021) colocam que, com a entrada do Partido dos Trabalhadores (PT) no governo, houve uma certa expectativa de efetivação do SUS, indo contra as premissas impostas pelo neoliberalismo, bem como a construção de um novo projeto de Estado, mas

o que se seguiu foi a manutenção das políticas de corte liberal, ajustadas pela adoção do tripé macroeconômico, que, no segundo mandato do governo Lula e no primeiro mandato do governo Dilma, contrariou as expectativas dos setores progressistas da sociedade (LAZARINI et al, 2021, p. 3).

Os impactos do contexto econômico e político da conjuntura possibilitou, restritivamente, certos avanços na política de saúde, voltados para processos de descentralização dos serviços, expansão do acesso ao cuidado, cobertura universal de vacinação, assistência pré-natal, dentre outras inovações cerceada

no espectro organizacional e operacional (Reis; Paim, 2018). Mas também indicava um caminho de desafios, apontando para um agravamento em relação ao financiamento e preservação das diretrizes e princípios do SUS.

Silva, Santos e Correia (2021, p. 97) colocam que o “criou-se uma grande dicotomia entre o SUS instituído e o SUS materializado, evidenciada por seu proposital sucateamento, principalmente nos investimentos de recursos públicos”.

Os direcionamentos do governo mantiveram-se sob as regras do neoliberalismo, incorporando medidas de ajustes fiscais, fortalecendo os processos de privatizações e reduzindo os investimentos públicos nas políticas sociais, seguindo a lógica de Estado máximo para o capital e mínimo para o social.

No primeiro governo de Dilma, ocorreram fatos políticos relevantes referentes à saúde, essencialmente com a finalidade de “reorganizar” os serviços e atendimentos prestados pelo SUS. De certo modo, até o final do primeiro mandato de Dilma, houve certos avanços em relação à legislação do SUS, avanços na descentralização dos serviços para os municípios, fortalecimento da Atenção Básica, organização do SUS em Redes, cobertura universal de vacinação, dentre outras. Podemos observar, por exemplo, a criação do decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011, regulamentador da lei nº8080/90, implementado com o intuito de organizar os serviços SUS enquanto uma Rede de Atenção à Saúde (RAS)²⁶, articulados em níveis crescentes de complexidade, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde.

Nas formulações das Redes que compõem a RAS, podemos observar algumas diretrizes da política de humanização de maneira indireta, como por exemplo na Rede Cegonha - direcionada a serviços e cuidados à gestante e

²⁶ As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (Ministério da Saúde, 2010 – portaria nº 4.279, de 30/12/2010). A implementação das RAS aponta para uma maior eficácia na produção de saúde, melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional, e contribui para o avanço do processo de efetivação do SUS. A transição entre o ideário de um sistema integrado de saúde conformado em redes e a sua concretização passam pela construção permanente nos territórios, que permita conhecer o real valor de uma proposta de inovação na organização e na gestão do sistema de saúde. (Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, s/a).

recém-nascido, ao serem consideradas questões relacionadas à ambiência, atendimento humanizado e acolhimento.

A saúde pública nesse período passou por reestruturações, a partir dos reajustes fiscais de contenções de gastos para as políticas sociais, mantendo - se problemas estruturais históricos, como o subfinanciamento do SUS e sua cooptação pelo setor privado, refletindo nas ações e propostas encaminhadas para o setor.

A expansão e o fortalecimento das terceirizações e privatizações foram incentivados e favorecidas durante o governo, tendo como expressão, a criação da EBSERH²⁷ (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares), por meio da Lei nº 12.550/ 2011, responsável pela gestão dos Hospitais Universitários. Lei esta que não é considerada em sua formulação as diretrizes da política de humanização.

Neste sentido, podemos avaliar que, o foco do governo Dilma para a saúde, não foi voltado para superar os desafios de subfinanciamento e desvalorização da saúde pública, e sim traçar meios paliativos de melhorias em determinados setores da saúde, mantendo uma lógica de focalização das políticas de saúde.

Silva, Santos e Lima (2021, p. 200) apontam que:

o governo Dilma implementou ações na Política de Saúde, principalmente em relação a “novas” formas de privatizações no âmbito da gestão, direcionando as Organizações Sociais (OSs), as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscips) e as Fundações Estatais de Direitos Privados (FDEPs) como a “melhor” alternativa para a gestão da Política de Saúde.

Ainda no primeiro governo Dilma, já se apresentavam orientações sentido contrária ao SUS, suas diretrizes e princípios, principalmente orquestrados pelo Congresso Nacional, entre eles propostas de planos de saúde privado para trabalhadores em exceção às domésticas, cortes no financiamento destinado à seguridade social e programas, como o Farmácia Popular, propostas de perdão a dívidas de empresas de planos de saúde. dentre outras medidas prejudiciais à saúde pública e à classe trabalhadora (Reis; Paim, 2018).

Nesta lógica, a Atenção Básica teve maior protagonismo das ações desenvolvidas pelo governo, a partir, por exemplo, da criação da Portaria nº

²⁷ Cadernos de Saúde. A mercantilização da saúde em debate: As organizações sociais no Rio de Janeiro. Privatização da Saúde via novos modelos de gestão: organizações sociais (OSS) em questão. CORREIA; SANTOS (2015), FAPERJ; Rio de Janeiro, 2015.

2.488/2011, a qual cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - Nasf, bem como a implementação do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica - Provab. Foi implementada, também, a Lei Complementar nº 141/2012, que manteve os percentuais mínimos do orçamento para a saúde, nas três esferas de governo -estaduais (12%), municipais (15%) e da União pelo cálculo centrado na variação do Produto Interno Bruto (PIB) nominal. (Reis; Paim, 2018, p. 104).

O segundo governo Dilma (jan/2015-agos/2016) inicia sob um intenso acirramento de disputa política interna, com redução da base de apoio parlamentar, do empresariado brasileiro, como também da própria sociedade, intensificados na jornada de junho e, em seguida, com a operação Lava-Jato. Nesse contexto de instabilidades econômica e política “impulsionou a derruição do projeto de concertação social petista levado a cabo nos últimos anos” (Duriguetto; Demier, 2017. p. 14).

Podemos refletir o processo de instabilidade da política de saúde no decorrer dos governos Dilma, por exemplo, ao analisarmos o cargo de ministro da saúde durante o período e seu posicionamento político.

No primeiro governo, de 2011 a 2014, Alexandre Padilha (PT) esteve à frente do Ministério da Saúde, dando continuidade às políticas prioritárias do governo Lula, com algumas modificações e implementações, lançamento e expansão do programa Mais Médicos²⁸ (Machado; Lima; Baptista, 2017).

Já no segundo governo Dilma, de fevereiro de 2014 a outubro de 2015, Arthur Chioro (PT) ocupou o cargo, trazendo relativa mudança no direcionamento político do ministério, com medidas que reforçam a privatização da saúde e sua entrega ao capital estrangeiro (Machado; Lima; Baptista, 2017).

Em seguida, indicado pelo PMDB, Marcelo Castro assume enquanto Ministro da Saúde, de outubro de 2015 até maio de 2016, conduzindo o Ministério da Saúde sob uma administração mais conservadora, marcada por desacordos entre este e os setores do movimento sanitário e antimanicomial. Neste período²⁹, tendo como um dos marcos dessa característica mais

²⁸ Vale destacar que, embora o programa tenha uma relevância para a expansão dos atendimentos de saúde, este, em contrapartida, reforça a ideia de saúde centrada no modelo curativista, em contradição à saúde preventiva, objetivada pelos programas de Saúde da Família.

²⁹ Importante destacar que, neste contexto, Dilma é afastada da presidência em 12 de maio de 2016, e Michel Temer assume o cargo de presidente.

conservadora, teve-se a indicação do ex-diretor do maior hospital psiquiátrico do país, Valencius Wurch, para o cargo de Coordenador Nacional de Saúde Mental (Machado; Lima; Baptista, 2017).

A posição em que a saúde pública foi conduzida nesta circunstância agravou os processos de desvalorização financeira, juntamente com uma intensificação das propostas de privatização e medidas de abertura do setor da saúde ao capital estrangeiro³⁰. Machado; Lima; Baptista (2017, p. 155) colocam que “a política de saúde mergulhou numa fase de indefinição e instabilidade com o agravamento da crise política”.

A troca do ministro da saúde Arthur Chioro (PT) pelo ministro Marcelo Castro (PMDB) foi um marco do enfraquecimento de Dilma, uma vez que se consolidou como mais uma tentativa, por meio de concessões políticas, de se manter à presidência até o final do mandato. Esse cenário trouxe riscos e retrocessos para a política de saúde, os quais se intensificaram após o impeachment de Dilma.

3.1.1 Saúde pública e política de humanização nos Governos Dilma

Podemos verificar que a PNH não teve centralidade dentro da política de saúde no Governo Dilma³¹. Esta, quando citada em legislações diversas da saúde, aparece ora de forma complementar, ora apenas constando o termo de maneira genérica.

Reis e Paim (2018) fazem um compilado dos principais fatos políticos ocorridos nos governos Dilma, dividindo-os em dois blocos: das *eleições de 2010 às Jornadas de junho de 2013* e das *Jornadas de Junho de 2013 ao impeachment*. Partindo da lista feita pelos autores, analisamos os fatos e suas legislações, levantamos os que indicamos como os mais relevantes para a política de humanização e verificamos se a *humanização é destacada em seu conteúdo*.

³⁰ Se faz necessário destacar que, há uma continuidade dos processos de abertura da saúde ao capital estrangeiro. Processo esse existente desde o período da Ditadura Militar, como pode ser apreendido em Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. **História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990**, (ESCOREL, 2008), 2^a Ed. Editora FIOCRUZ, 2008.

Quadro 1: principais fatos políticos das eleições de 2010 até o impeachment de Dilma Rousseff - Organização

FATO POLÍTICO	OBJETIVO	HUMANIZAÇÃO
Rede de Atenção Psicossocial (Portaria GM/MS nº 3088/2011).	Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).	Dentre suas diretrizes consta o caráter <i>de atenção humanizada</i> , dentre outros relacionados a integridade e respeito ao sujeito, família, e estratégia de redução de danos. Mas, não traz a PNH nas “considerações”.
Rede Cegonha (Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011).	Rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis	Associada ao pré-natal, nascimento e pós-parto; institui o Programa Humanização no Pré-Natal e Nascimento.
Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012)	Ampliar, qualificar e diversificar as estratégias para a atenção às pessoas com deficiência por meio de uma rede de serviços integrada, articulada e efetiva, assim como iniciar precocemente as ações de reabilitação e de prevenção precoce de incapacidades.	Traz a <i>humanização</i> enquanto forma de atenção e nas diretrizes, como a garantia da autonomia independência e liberdade da pessoa com deficiência. Não traz a PNH nas considerações iniciais.
Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS (Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014)	realizar a atenção integral à saúde das pessoas com doenças crônicas, em todos os pontos de atenção, através da realização de ações e serviços de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde; fomentar a mudança no modelo de atenção à saúde, por meio da qualificação da atenção integral às pessoas com doenças crônicas e da ampliação das estratégias para promoção da saúde da população e para prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações.	Traz a <i>humanização</i> enquanto caminho para efetivação de um modelo de atenção centrado no usuário, não especificando e/ou aprofundando. Traz pontos, no item “das competências das esferas de gestão”, que dialogam com a PNH, como por exemplo, infraestrutura e tecnologias adequadas, promoção de formação e qualificação dos profissionais, estimular a participação popular e o controle social.

Fonte: Reis; Paim (2018). Organização da autora.

Ao analisarmos o quadro 1, podemos observar que a *humanização* é apresentada, prioritariamente, enquanto uma característica de ação /atendimento. Ou seja, sua apropriação é limitada, reduzindo a dimensão do

conceito e da política de humanização, trazendo-a de maneira mais focalizada, mais relacionada aos seus traços subjetivos, na responsabilização dos sujeitos e sua autonomia.

Ainda referente à *organização*, se tem, enquanto fatos políticos relevantes, os quais julgamos que deveriam considerar a PNH em suas formulações, mas que não a consideraram a partir de nenhuma perspectiva, o Decreto nº 7.508 / 2011, referente à regulação do SUS. A Portaria nº 2.546 / 2011, que apresenta a redefinição do Programa Nacional Tele saúde Brasil Redes, associada a tecnologia, automação e educação em saúde. E, por fim, a Portaria nº 140 / 2014, que redefine os critérios e parâmetros sobre os estabelecimentos de saúde.

Quadro 2: principais fatos políticos das eleições de 2010 até o impeachment de Dilma Rousseff – Infraestrutura

FATO POLÍTICO	OBJETIVO	HUMANIZAÇÃO
Decreto nº 7.646 / 2011, dispõe sobre a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS.	Assessorar o Ministério da Saúde nas atribuições relativas à incorporação, exclusão ou alteração pelo SUS de tecnologias em saúde, bem como na constituição ou alteração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas.	Embora o termo humanização não apareça no documento, está associado à política, uma vez que busca aprimorar os atendimentos e processos de saúde por meio da tecnologia, como também considera as diretrizes do SUS, de universalidade e integralidade das ações de saúde.
Portaria nº 1.214/2012, que institui o Programa de Qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS (Qualifar/SUS).	Contribuir para o processo de aprimoramento, implementação e integração sistêmica das atividades da Assistência Farmacêutica nas ações e serviços de saúde, visando a uma atenção contínua, integral, segura responsável e humanizada.	Apenas cita a humanização enquanto uma característica do serviço, sem aprofundar enquanto política.

Fonte: Reis; Paim (2018). Organização da própria autora.

O quadro acima, referente à infraestrutura, nos dá a compreensão de que houveram poucos fatos políticos em que a *humanização* foi considerada, mesmo que de maneira indireta. Uma vez que, ao analisar o quadro, percebemos que, em um documento o termo não é citado, mas a proposta do documento está alinhada com orientações da política de humanização, uma vez que busca o aprimoramento dos serviços de saúde, por meio de incorporações tecnológicas nos mais diversos setores dos processos de saúde, sejam eles de medicamentos, equipamentos, protocolos e diagnósticos clínicos.

Seguindo nesse mesmo caminho, se tem o QualifarSUS referente à assistência farmacêutica, com o intuito de promover ações de atenção continuada aos processos de saúde. Assim, se tem a facilitação no acesso às medicações necessárias aos tratamentos dos usuários, de maneira regulamentada.

Quadro 3: principais fatos políticos das eleições de 2010 até o impeachment de Dilma Rousseff - Modelo de atenção

FATO POLÍTICO	OBJETIVO	HUMANIZAÇÃO
Projeto Piloto visando à promoção do parto normal (2014):	Promover o Plano de Parto às gestantes, elaborados por elas juntamente com os profissionais de saúde.	Não aparece o termo humanização/humanizado, mas se apresenta de maneira indireta, quando considerados os descritores: ambiência, estímulo da participação de acompanhantes aos partos; visita guiada na maternidade, curso de gestantes durante pré-natal; avaliação de experiência – feedback à equipe.

Fonte: Reis; Paim (2018). Organização da autora.

O quadro acima traz somente um elemento relacionado ao Plano de Parto, com o intuito de possibilitar um protocolo do parto normal mais humanizado, considerando as vontades da gestante, e seus direitos obstétricos. Mas, no mesmo recorte “modelo de atenção” se tem o PL nº 5.069 / 2013, apresentada por Eduardo Cunha (PMDB), com o objetivo de dificultar o acesso das mulheres a informações e aos serviços de saúde relacionados ao aborto legal, resultante de estupro, autorizada por lei. Também prevê a prisão de profissionais de saúde que realizem abortamento. Tal proposta vai totalmente contra os princípios e diretrizes da PNH, além de representar um retrocesso aos direitos das mulheres.

Quadro 4: principais fatos políticos das eleições de 2010 até o impeachment de Dilma Rousseff - Modelo de Gestão

FATO POLÍTICO	OBJETIVO	HUMANIZAÇÃO
Ampliação do elenco do Programa Aqui Tem Farmácia Popular.	Possibilita tratamento medicamentoso gratuito de algumas doenças, e ou com descontos significativos nas medicações.	Pode ser apreendida indiretamente, uma vez que o programa visa a continuidade e acesso a medicamentos necessários aos tratamentos para os usuários SUS.
Mudanças na Política Nacional de Atenção às Urgências (Portarias nº 1.600; nº 1.601; nº 2.026).	Reformular a Política Nacional de Atenção às Urgências e instituir a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).	A <i>humanização</i> foi reforçada nas diretrizes de maneira direta, trazendo suas contribuições para os serviços de urgência.

Política Nacional de Atenção Básica – PNAB (Portaria nº 2.488) 2011.	Estabelecer diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).	Traz traços da PNH no tocante a centralização das ações nos sujeitos, suas singularidades e subjetividades; orientada pelos princípios de integralidade, acessibilidade, universalidade e responsabilização e participação social de maneira humanizada e atenção integral.
Programa Nacional de Segurança do Paciente – PNSP (Portaria nº 529/2013).	Contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todo os estabelecimentos de saúde no país, com relação a segurança do paciente e envolver paciente e familiar nesse processo, ampliar o acesso a informações relacionadas à segurança do paciente, ampliar os conhecimentos sobre a segurança do paciente.	Não aparece o termo humanização/ humanizado, mas se aproxima ao considerar a centralidade nos sujeitos, embora essa relação influa na deslegitimação das responsabilidades das instituições deixando-as concentradas nos usuários e profissionais de saúde.
Programa Mais Médicos (Lei nº 12.871/13).	Reduzir as desigualdades regionais na área da saúde, alocando médicos em regiões carentes de atendimentos, promover e aprimorar a formação e educação permanente, fortalecer a prestação de serviços na atenção primária, aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e no funcionamento do SUS.	Não considera de maneira direta, mas o programa está associado a aumentar a cobertura de serviços de saúde para a população, em especial aquelas situadas em territórios menos valorizados, como quilombos e áreas indígenas.
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) - Portaria nº 1.130, 2015.	Promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno.	Considera a humanização em seus eixos estratégicos.
Redefinição da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI) (portaria nº 1082-2014).	Garantir e ampliar o acesso aos cuidados em saúde dos adolescentes em conflito com a lei em cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto, fechado e semiliberdade.	Traz em seus princípios a necessidade de uma atenção humanizada e de qualidade a esta população.
Política de Educação Permanente em Saúde (Portaria nº 278/2014)	Instituir diretrizes para a Política de Educação Permanente em Saúde no âmbito do Ministério da Saúde.	Traz a PNH nas considerações iniciais da portaria.

Portaria nº 2446/2014: Redefinida a Política Nacional de Promoção da Saúde.	Promover a equidade e a melhoria das condições e modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e da saúde coletiva, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais.	Traz a humanização enquanto parte do processo evolutivo do homem, partindo da valorização e aperfeiçoamento das relações entre homem e o meio em que vive.
Política Nacional de Atenção Integral às pessoas com doenças raras (Portaria nº 199 - 2014).	Reduzir a mortalidade, contribuir para a redução da morbimortalidade e das manifestações secundárias e a melhoria da qualidade de vida das pessoas, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno, redução de incapacidade e cuidados paliativos.	Traz a PNH já nas considerações iniciais.

Fonte: Reis; Paim (2018). Organização da autora.

No eixo referente à *Gestão* podemos observar o maior número de fatos políticos em que a humanização é assinalada, refletindo como a humanização é apreendida, associada, principalmente, aos condicionantes da gestão em saúde. Essa observação é relevante, pois, reforça as premissas da PNH enquanto uma reestruturação de gestão dos processos de saúde, reduzindo sua potência enquanto uma política nacional ampla, entrelaçada aos condicionantes políticos e institucionais.

Em relação aos fatos políticos, inseridos dentro do recorte *Gestão*, os quais julgamos que deveriam trazer a humanização enquanto ponto importante de suas construções, podemos destacar o Programa Nacional do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMA2); o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde; o Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade da Rede de Saúde (QualiSUS – Rede) de portaria nº 396 / 2011; o Plano Brasil Maior (2011-2014); a Política Nacional de Alimentação e Nutrição do SUS, de Portaria nº 2.715 / 2011; o Programa de Desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde, de portaria nº 506 / 2012; a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e a Lei nº 12.873/ 2013 – ProSUS, programa de fortalecimento das entidades filantrópicas e das entidades sem fins lucrativos que atuam na área da saúde; a Política Nacional de Atenção integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional, extremamente

necessário que se incorpora a PNH em sua formulação e diretrizes, e por fim, a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (Reis; Paim, 2018).

Quadro 5: principais fatos políticos das eleições de 2010 até o impeachment de Dilma Rousseff – Financiamento

FATO POLÍTICO	OBJETIVO	HUMANIZAÇÃO
-	-	-

Fonte: Reis; Paim (2018). Organização da autora.

Como observado acima, no quadro referente ao *financiamento* não há nenhum fato político em que a *humanização* foi colocada enquanto relevante. Ao contrário, ao analisarmos os principais fatos políticos relacionados a questões de financiamento, podemos identificar que se encontram na contramão da PNH. Podemos verificar tal argumentação ao examinarmos a PEC 358 / 2013, referente ao Orçamento Impositivo, reforçando o enfraquecimento e falta de investimento orçamentário público da humanização enquanto uma política nacional; as propostas da PEC 451 / 2014 e EC 86 / 2015, que traziam a proposta de planos de saúde privado para trabalhadores, exceto as trabalhadoras domésticas; a MP nº 627 / 2014 (convertida na Lei nº 12.973 / 2014), que propunha a anistia de multas das operadoras de planos de saúde, desvalorização da saúde, contra os princípios e diretrizes do SUS e, por consequência, da política de humanização; MP nº 656 / 2014, referente a abertura do capital estrangeiro na saúde; o rebaixamento do financiamento da Seguridade Social, bem como a alteração da LC nº 141.

Destacamos, também, enquanto fatos políticos relevantes no referido período, em que a política de humanização não é considerada, embora devesse ser, a Agenda Estratégica para a Saúde no Brasil (2011), onde a humanização não aparece dentre as prioridades da agenda; o Plebiscito Nacional sobre a EBSERH, que, pelo contrário, desvaloriza a saúde pública por meio da terceirização dos serviços nos Hospitais Universitários; a publicação da Carta Aberta em Defesa da Política Nacional de Participação Social elaborada por organizações diversas.

Durante os dois governos de Dilma, houve a criação de três novos Cadernos HumanizaSUS, sendo eles: Vol. 3 - Atenção Hospitalar (2011), Vol. 4 - Humanização do Parto e do Nascimento (2014) e Vol. 5 - Saúde Mental (2015).

Mas, ao considerarmos um panorama geral dos anos de governo Dilma, embora tal avanço, a PNH foi perdendo o espaço de debate e afirmação dentro da saúde pública, tanto acerca de documentos específicos da política, quanto enquanto diretriz de novas regulamentações e projetos da política de saúde. Esse fato pode ser analisado, por exemplo, quando pesquisado pela política no site do governo federal, é identificado certo esvaziamento acerca da temática, principalmente, a partir do segundo governo Dilma, sendo os cadernos as últimas publicações.

Destacamos, dentre as políticas publicadas no período, a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) da portaria nº 3.390/ 2013, com o objetivo de contribuir com a ruptura da centralização dos hospitais nos processos de saúde. Publicada a 13 anos após o programa de humanização dos hospitais, o qual trazia propostas de humanização para os atendimentos da atenção hospitalar, alvo de queixas de usuários e profissionais de saúde, acerca dos serviços prestados, das más condições de infraestrutura, vinculados ao sucateamento dos hospitais do SUS (LEAL; CASTRO, 2017), a PNHOSP propõe certa homogeneização aos atendimentos e serviços prestados nos hospitais, rompendo com a ideia de um atendimento hierarquizado e centrado na perspectiva meramente curativista. Possibilitando uma nova perspectiva para a atenção hospitalar, voltada para processos de prevenção, promoção e recuperação da saúde. Assim, como apontado por Leal; Castro (2017, p. 216):

as diretrizes preconizadas pela PNHOSP perpassam pela defesa da garantia da universalidade de acesso, equidade e integralidade, bem como da centralidade de um modelo de atenção centrado no cuidado do usuário, além do financiamento pactuado com as três esferas de gestão.

A PNHOSP, assim como toda a saúde pública, é atravessada por contrariedades e dificuldades advindas das correlações de força política e econômica que constituem os processos de saúde. Neste sentido, podemos assinalar como principais determinações o subfinanciamento da saúde pública, assim como os diversos processos de terceirização e privatização das instituições e serviços de saúde.

Outro fator que influencia no cumprimento da PNHOSP, é a característica organizacional dos hospitais, sendo instituições tradicionais, verticalizadas e complexas, com alto grau de tecnologia e de processos interdisciplinares e

multiprofissionais. Leal; Castro (2017, p. 217) complementam apontando que, “o desafio se amplia, pois, esta proposição é tensionada pelo projeto privatista e pelo subfinanciamento da política de saúde que incide, muitas vezes, em uma gestão gerencial, verticalizada e pouco participativa”.

Tais fatores dificultam a garantia das diretrizes trazidas pela PNHOSP, que, embora todas as adversidades enfrentadas pela política, representa grande avanço na atenção hospitalar, pois traz em sua constituição traços das diretrizes da PNH. Esse ponto é importante pois, além de contribuir para uma nova percepção da atenção hospitalar, retoma o debate e a relevância, já enfraquecidos, da política de humanização no cenário das políticas de saúde. Haja vista a lacuna temporal entre a PNH (2003) e a PNHOSP (2013) de dez anos.

Partindo do pressuposto de que a atenção hospitalar é um setor de maior complexidade e onde estão concentradas maior inserção de altas tecnologias no âmbito da saúde, se fez necessário uma política específica para uniformizar e padronizar o setor hospitalar. Segundo o Caderno HumanizaSUS (2011), a atenção hospitalar é dividida em seis dimensões³² que compõem a sua organização e operacionalização, permitindo o funcionamento e configurando-a enquanto complexa e desafiadora.

São nesses espaços que se concentram maior número de trabalhadores e de serviços de saúde, em duas mais diversas expressões. Outra particularidade é o fato de ser o setor onde ocorrem os processos de internação, com suas particularidades. Nesses períodos de internação, as diretrizes e orientações da PNH são fundamentais, tanto para os usuários dos serviços, quanto para os trabalhadores nele inseridos.

³² A primeira dimensão apontada no documento é a *Financeira* referente aos mecanismos de custeio e investimentos necessários para o funcionamento e aprimoramento dos serviços prestados. A segunda dimensão é a *Política*, relacionada a qual modelo a instituição irá seguir na prestação dos serviços de atenção à saúde. Temos, enquanto terceira dimensão, a *Organizacional*, diretamente relacionada à dimensão política, está associada a definir o lugar ocupado pelo hospital no conjunto da rede de serviços. A quarta dimensão, *Assistencial*, está associada ao desenvolvimento tecnológico do trabalho em saúde, que se reflete no modelo clínico e divisão técnica do trabalho. A quinta dimensão, *Ensino*, está presente nos hospitais que se constituem enquanto espaços de ensino-aprendizagem nas diversas áreas profissionalizantes que compõem a saúde. Por fim, a sexta dimensão, referente ao *Social*, sendo a dimensão que reflete todas as demais dimensões que compõem a atenção hospitalar (BRASIL, 2011).

Na PNHOSP em seu artigo 5º, podemos observar tópicos específicos que se relacionam diretamente com a PNH, em específico o Caderno HumanizaSUS Vol. 3/ 2011. Nesta perspectiva, destacamos o tópico *acolhimento* que traz a escuta de maneira ética e adequada às necessidades do usuário, buscando assim, atender de forma resolutiva as demandas de saúde do usuário.

Seguindo, temos a *classificação de risco*, com objetivo de organizar a ordem dos serviços e atendimento a partir da necessidade/grau de complexidade da saúde do usuário, rompendo com a lógica da ordem de chegada enquanto prioridade de atendimento.

Há, também, o tópico *visita aberta*, que assegura a participação da rede de apoio social do usuário em seu processo de saúde, no período que compreende sua internação.

Por fim, temos o tópico *gestão*, responsável por planejar, coordenar e avaliar os serviços e ações de saúde, que, na perspectiva da PNH toma caráter de *gestão participativa*, incluindo para além dos gestores, os profissionais e usuários da saúde (Ministério da Saúde, 2013).

Nesta direção, reforça que os hospitais, historicamente vistos como um lugar de cura e centralizado enquanto serviço de saúde, tomam nova alocação. Passando a ser incorporados e apreendidos enquanto parte de uma rede de atenção à saúde, sob uma lógica de promoção, recuperação e prevenção da saúde, de maneira horizontalizada e descentralizada. Pasche (2009) aponta, assim, que “produzir mudanças na gestão dos hospitais alteraria sua dinâmica interna de poder e sua relação com os demais serviços da rede de saúde”.

3.1.2 Política Nacional de Saúde (2012-2015), as Conferências Nacionais de Saúde no governo Dilma: e a Humanização?

No sentido de apreendermos acerca das orientações direcionadas à política de saúde, analisamos os Planos Nacionais de Saúde (PNS) referentes aos anos de 2012-2015, bem como a 14ª e 15ª Conferências Nacionais de Saúde (CNS), com o objetivo de explorar como a humanização é abordada em cada um dos documentos.

Assim, com o PNS 2012-2015, podemos observar como a política de humanização é considerada dentro da política de saúde no período do governo

Dilma. Ao estudarmos o PNS, julgamos relevante partirmos dos conceitos de diretrizes trazidos nos documentos da PNH, para analisar como a política de humanização é colocada, seu direcionamento e relevância.

Neste sentido, elencamos como descritores principais: *humanização; humanizado/a (s); acolhimento - partindo da compreensão colocada pela PNH; gestão participativa; valorização do trabalho / trabalhador; ambiência; clínica ampliada; financiamento - destinado diretamente para a política de humanização.*

No quesito de número de vezes que os termos são citados no PNS, temos o resultado conforme o quadro abaixo:

Quadro 6: análise do conceito *humanização* no PNS 2012-2015

CONCEITO	VEZES CITADOS	IDENTIFICAÇÃO NA POLÍTICA
Humanizado/a (s)	5	Generalizada, mais voltada para serviços da saúde da mulher; e também para atenção domiciliar com o intuito de “desafogar” os hospitais.
Humanização	2	Relacionado aos desafios dos atendimentos do SUS, aparece de maneira superficial.
Acolhimento	11	Ora é citado dentro do entendimento trazido pela PNH, ora enquanto espaço físico para permanência.
Clínica ampliada	0	Não se apresenta.
Gestão participativa	4	Vem enquanto uma diretriz voltada para o foco em resultados, participação social e financiamento estável.
Valorização do trabalho / trabalhador	8	Possui uma diretriz específica em relação a formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos trabalhadores do SUS.
Ambiência	2	Voltadas para o contexto de maternidades; apontada de maneira superficial.

Financiamento	26	Nenhum é direcionado exclusivamente para a PNH; relaciona-se em algumas citações, de maneira transversal a ela.
---------------	----	---

Fonte: elaborado pela própria autora

A necessidade da humanização do cuidado na saúde vem já na introdução do documento sobre acesso a ações e serviços de saúde. Traz como desafio do SUS o “o fortalecimento da participação social, como a necessidade do compromisso da gestão do SUS na efetivação desses espaços, o que envolve a sustentabilidade financeira e estrutural, bem como fortalecimento da cultura democrática e da gestão participativa”, ou seja, se é colocado como desafio, é por que se julga necessário mudanças relacionados aos pontos apresentados, estando estes articulados com pontos trazidos pela PNH, como exemplo a gestão participativa. Podemos afirmar tal colocação pois, dentre as diretrizes e objetivos trazidos pelo documento, destacam-se o modelo de gestão participativa, participação social e ampliação de acesso aos serviços, fortalecendo a equidade.

Traz enquanto diretrizes de aprimoramento das redes de atenção às urgências, pautas como o acolhimento com classificação de risco, a ampliação, qualificação e reconhecimento das portas de entrada dos serviços de saúde, mostrando a valorização e importância dos serviços para que o usuário tenha, não só acesso, mas atendimento continuado dentro da sua necessidade. Esse fator se faz presente, também, nos ícones de serviços específicos, como saúde da mulher e da criança, por meio da Rede Cegonha, onde traz, para além do acolhimento com classificação de risco, a importância da ambiência das maternidades.

As diretrizes da PNH também foram apontadas nas demais especificidades de serviços, a saber: saúde mental / álcool e outras drogas e saúde da pessoa idosa e portadoras de doenças crônicas.

O documento destaca de maneira mais aprofundada a implementação de modelo de gestão participativa, com foco em resultados, participação social e financiamento estável, premissas essas, presentes e colocadas pela PNH. Neste sentido, o documento se dedica ao eixo “gestão participativa” enquanto ponto central, em relação as diretrizes trazidas pela PNH. Podemos avaliar esse fato partindo da compreensão que o conceito de gestão participava representa

mudanças nas relações subjetivas e de responsabilidades entre os sujeitos partícipes dos processos de saúde, colocando em segundo plano as condições objetivas, como por exemplo, investimento orçamentário.

Esse argumento pode ser sustentado quando, no mesmo documento, se tem o descritivo “financiamento” aparecendo 26 vezes, mas que, em nenhum momento, foi destinado diretamente para o fortalecimento da PNH enquanto política a ser fortalecida por meio de investimentos.

Seguindo nessa perspectiva, ao analisarmos o documento da 14ª Conferência Nacional De Saúde – 2011, podemos observar que esta traz, em suas diretrizes referente à defesa do SUS, o fortalecimento da PNH no SUS e sua expansão para o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e Previdência Social.

Traz, em sua 2ª diretriz, com o título “, *Gestão Participativa e Controle Social sobre o Estado: ampliar e consolidar o modelo democrático de Governo SUS*”, a orientação para um desenvolvimento e qualificação dos serviços e das políticas públicas de saúde (gestão, trabalhadores e usuários), trazendo detalhadamente as intenções da gestão participativa nas três esferas de governo, e reforçando a participação popular, principalmente, por meio do fortalecimento dos conselhos de saúde.

Dentro da 6ª diretriz do documento da 14ª CNS, intitulada: *Por Uma Política Nacional Que Valorize Os Trabalhadores De Saúde*, tem-se a qualificação dos trabalhadores sob a perspectiva da PNH, dando como exemplo o acolhimento, para a humanização do atendimento e a corresponsabilização na relação profissional-usuário, juntamente com a implantação de uma política de saúde do trabalhador da saúde, com

ações específicas de apoio aos servidores da saúde, com revisão do piso salarial, tratamento humanizado e equipe de apoio multidisciplinar para os casos de doenças que garantam condições de trabalho adequadas, conforme as normas de biossegurança, para todos os trabalhadores do SUS a fim de assegurar trabalho com qualidade e sem sobrecarga física e mental para o atendimento humanizado e de qualidade ao paciente. (Brasil, 2012, p. 42).

O documento associa a humanização com o fortalecimento da política de educação permanente em Saúde, mas de maneira genérica, não se aprofundando em como se daria essa relação.

Na 7ª diretriz da 14ªCNS, de título: *Em Defesa Da Vida: Assegurar Acesso E Atenção Integral Mediante Expansão, Qualificação E Humanização Da Rede De Serviços*, indica a ampliação de recursos para assistência farmacêutica, incluindo medicamentos fitoterápicos, a fim de expandir e garantir o acesso dos usuários, juntamente com a implementação de Terapias Comunitárias enquanto política pública. Reforça a necessidade de implementar a PNH em interface com as demais políticas de saúde, juntamente com o Pacto pela Saúde.

O documento aponta também para diversas ampliações e qualificações dos serviços SUS com o objetivo de melhorar o funcionamento da Rede e dos processos de saúde e seu acesso pelos usuários, como por exemplo, qualificar a atenção hospitalar, garantir investimento para a ampliação da cobertura de serviços em saneamento básico, da Atenção Básica e de Alta Complexidade, dentre outros destaques visando o melhor funcionamento e acesso da saúde pública (Brasil 2012, p. 46-51).

Em relação ao eixo *acolhimento*, este está associado à classificação de risco na rede SUS de forma integrada (em todos os níveis de atenção à saúde) como ferramenta importante para melhorar a qualidade e prestação do serviço SUS. Também é associado, articulado com a PNH e como meio para reafirmá-la, enquanto estratégia de ações contra processos de discriminação em todas as suas formas (gênero, racial, étnico) nos atendimentos de saúde.

O documento também apresenta ações referentes ao parto/gestação/gestante, assegurando a presença de acompanhante nos “partos humanizados”, implementação de casas da gestante para melhor acesso às maternidades, implementação da Rede Amamenta Brasil (Brasília, 2012, p. 53). Destacando a Lei nº 11.108, de 7/4/2005, que garante a presença de acompanhante no “Parto Humanizado” do acompanhante para processos de internação hospitalar, ponto caro à PNH, e incentivando a implementação de espaços de apoio às gestantes, como a Casa da Gestante e a Rede Amamenta Brasil.

Aborda o fortalecimento da política de atenção à saúde da mulher, de maneira integral, destacando a necessidade de atendimento humanizado em situação de abortamento e violência sexual, juntamente com a rede cegonha. Destaca a necessidade de ampliação de recursos financeiros para equipamentos, qualificação e serviços da saúde, destacando o transporte de

paciente sendo este necessário ser feito com segurança de maneira humanizada (Brasília, 2012, p. 70).

A PNH se apresenta no documento, de maneira mais direta, enquanto componente necessário aos processos de saúde, principalmente com relação ao *acolhimento* com qualidade e *gestão participativa*. Podemos observar que, ao longo de todas as diretrizes que compõem o documento, as propostas estão bem articuladas com as diretrizes da PNH, voltadas para o fortalecimento da saúde pública de qualidade e integral, abarcando os mais diversos segmentos dos processos de saúde, considerando os diversos segmentos que o perpassam.

A 15ª Conferência Nacional De Saúde – 2015, traz nas propostas e diretrizes aprovadas (com 95,2% de aprovação) implementar, garantir e efetivar a PNH em todos os serviços de saúde. Aponta, enquanto estratégias a ampliação e qualificação do acesso à atenção primária, a necessidade de melhoria em equipamentos e estrutura física, ponto relevante aos processos de acolhimento e ambiência apontados pela PNH, principalmente em serviços pré-natal, parto e puerpério, bem como situações de abortamento e da saúde da mulher em geral.

O documento também ressalta a importância de ampliar e qualificar os serviços de saúde, com ênfase na equidade, humanização e nas necessidades de saúde, valorizando a promoção da saúde, a prevenção de doenças e o diagnóstico precoce, favorecendo a qualidade de vida das pessoas e o cuidado da saúde integral.

Podemos ver também traços da política de humanização no que se refere a gestão participativa e no fortalecimento de controle social, especialmente nas Conferências e Conselhos. A valorização do trabalho e educação permanente também é destacado no documento, juntamente com o acolhimento, classificação de risco, enquanto capacitação para os trabalhadores enquanto promoção, fortalecimento e execução das diretrizes da PNH na RAS.

O documento traz a seguinte colocação:

Implementar a Política Nacional de Humanização - PNH, com devida divulgação, com ênfase/garantia na cogestão, abrindo espaço para a participação de representantes dos usuários, servidores e gestores, assim como espaços de escuta; ambiência para acolhimento; melhoria nas relações de trabalho; com ênfase na educação permanente, qualificando os trabalhadores, gestores e conselheiros de saúde acerca da humanização e integralidade para uma atenção qualificada, escuta ativa e livre de discriminações de quaisquer espécies, em

conformidade com o disposto no art. 5º da Constituição Federal de 1988, inclusive para as equipes de Atenção Primária com foco no acolhimento do atendimento. (15ª CNS, 2015, p.26).

Podemos perceber que a PNH foi pautada na Conferência de maneira enfática, como proposta e diretriz de promover melhoria nos serviços de saúde, tanto para os usuários quanto para os trabalhadores. É abordada de maneira direta e transversalmente, como podemos observar quando trazem a questão da ampliação e qualificação dos serviços e espaços de saúde, voltados para o acolhimento e ambiência.

Ao observarmos o direcionamento da humanização desenvolvido pelo PNS e pela CNS, se tem uma variação, quanto na forma e intencionalidade desenvolvidas, quanto no aprofundamento e relevância em que é tratada. Esse fato pode ser associado quando partimos da compreensão de que, ao passo que o PNS é um documento formulado pelo Governo, para traçar as estratégias e direcionamento da política nacional de saúde, as Conferências Nacionais de Saúde são espaços de construção coletiva, é o lugar onde se materializa o controle social na construção da saúde pública.

Ao fazermos uma avaliação mais ampla dos governos Dilma, podemos dizer que a PNH é tratada de maneira complementar à determinadas políticas e legislações, não se colocando enquanto uma política nacional, transversal ao SUS.

Não se pode negar que a PNH possui papel importante nos processos de saúde, apesar das lacunas que permite serem “deixadas” na saúde, principalmente em relação a financiamento público, coadjuvando com o subfinanciamento, a responsabilização dos usuários e trabalhadores, e também, a retirada do Estado de prover a saúde de maneira universal, integral e de qualidade. A política de humanização se faz necessária, fundamentalmente, pelos mesmos determinantes os quais ela coopera para ocorrer, gerando uma relação de causa-efeito, “problema e solução”.

Com o impeachment de Dilma, o cenário político ficou ainda mais instável do que já estava sendo nos meses iniciais do segundo governo da ex presidenta. O enrijecimento das propostas e encaminhamentos referente às políticas públicas foram sendo, cada vez mais, enxutas e enfraquecidas.

No governo Temer há um aprofundamento nas políticas de contenção de gastos com o social. No lugar do histórico e crônico, subfinanciamento do SUS, se tem uma política de desfinanciamento (MENDES; CARNUT (2020)³³ da saúde pública, assim como um esvaziamento da PNH na saúde.

3.2. Governo Temer: na contramão da humanização

O governo de Michel Temer se instaura, de maneira ilegítima após a consumação do impeachment da ex presidenta Dilma Rousseff “para satisfazer sem limites o apetite insaciável do capital financeiro” (Álvares, 2018). Trouxe duras consequências para a classe trabalhadora, em todos os segmentos que perpassam o cotidiano social, aprofundando a já instaurada instabilidade política e enfatizando o enrijecimento do projeto neoliberal na política brasileira. Álvares (2018, s/p) coloca que:

O rompimento da ordem democrática com a deposição do governo de Dilma Rousseff, porém, não apenas aprofundou a instabilidade política na qual o país já estava submerso, como intensificou as crises vivenciadas no campo econômico, social e ambiental.

Há um avanço de uma política extremamente conservadora e reacionária, viabilizando uma série de desmontes das políticas públicas, retirando do Estado sua função e obrigação de provê-las, dando abertura às privatizações e transferência de responsabilidade para a sociedade civil. Tem-se um governo totalmente voltado aos interesses do capital. Silva, Santos e Correia (2021, p. 202) colocam que “o Governo Temer atendeu à necessidade de respostas neoliberais para as demandas urgentes do capital no contexto de esgotamento do caráter de conciliação de classe dos Governos do PT.”

Diversas reformas³⁴ administrativas foram tomadas, como o fechamento de Secretarias e Ministérios, medidas desmonte do Estado por meio de

³³ Se faz necessário destacar que, não há um debate e direcionamento de financiamento da PNH nos documentos analisados.

³⁴ Ainda sobre esse processo de reestruturação conservadora, entre 2015 e 2016 dois documentos “Uma Ponte Para o Futuro” e “A Travessia Social”, elaborados pelo Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) com a organização da Fundação Ulysses Guimarães foram divulgados, e o “Agenda Brasil” foi retomado em agosto de 2015, por intermédio do presidente do Senado.¹² Os documentos tinham as seguintes abordagens e propostas: 1) “Agenda Brasil” (2006): segundo Bravo, Peláez e Pinheiro (2018), as propostas desse documento que mais afetam a Política de Saúde consistem em uma maior desvinculação da Receita da União e o impedimento de pagamento de tratamentos experimentais pelo SUS, sob

privatizações de estatais, inclusive a Petrobras e a Casa da Moeda. As alterações nas leis trabalhistas, atacando diretamente os direitos assegurados pela CLT, trouxeram grandes precarizações nas relações de trabalho, com rebaixamento dos salários, insegurança, instabilidade e perda das proteções e seguros. Inúmeros projetos também foram orquestrados pelo referido governo comprometendo a soberania do país, entregando-o de bandeja para o exterior.

Outra reforma de suma relevância foi a da Previdência Social que tem como principal medida determinar a idade mínima de 65 anos para os homens e 62 anos para as mulheres para acessar a aposentadoria, além do cumprimento de, pelo menos, 25 anos de contribuição com o INSS.

A saúde pública foi brutalmente afetada pelas políticas econômicas neoliberais do governo, desencadeando na maior ameaça já enfrentada pelo SUS. Se, historicamente, o SUS enfrenta um subfinanciamento crônico, com Michel Temer, se tem um projeto de desfinanciamento intenso, atacando os pilares de universalidade, integralidade e equidade do sistema de saúde.

As propostas do referido governo se concentravam em transformar o SUS em uma política de saúde restrita e focalizada à população economicamente sem condições de acessar aos planos e convênios de saúde. Articulada a tais propostas, podemos citar a PEC 451/14, do ex-deputado Eduardo Cunha, de “alterar o artigo 7º da CF 88, obrigando todos os empregadores garantir aos seus empregados serviços de assistência à saúde, excetuados os trabalhadores domésticos” (Reis, et al, 2016, p.130).

Conforme os autores, o objetivo para a saúde é de uma política precarizada, focalizada e centrada na doença, retrocedendo as ideias do que se tinha enquanto política de saúde anterior ao SUS, com o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

Dentre os retrocessos e desmantelamento das políticas sociais, ocorreu em 15 de dezembro de 2016 a aprovação da EC 95 (anteriormente chamada de PEC 241/16), instituindo novo regime fiscal, congelando os gastos público, por 20 anos, sendo reajustada apenas pela inflação³⁵, causando uma perda

discurso de que a medida visa evitar judicialização da saúde. (SILVA; SANTOS; CORREIA, 2021, p. 203).

³⁵ O estudo realizado pelo IPEA por meio da Nota Técnica 28, elaborada por Fabiola Vieira e Rodrigo Benevides (2016), informa que a perda de recursos federais destinados ao SUS é estimada em R\$654 bilhões de reais em 20 anos, em um cenário conservador (crescimento do

descomunal de investimento público para setores essenciais, incluindo aqui, a saúde pública.

O objetivo do governo Temer era de reduzir o SUS em uma mera política de governo, retirando completamente seu caráter de universalidade, prevenção e promoção de saúde, colocando-o, novamente, voltado para a recuperação da saúde (enquanto ausência de doença).

Segundo Reis (et al, 2016, p. 129):

o governo faz a defesa explícita da revisão do seu tamanho; ou que o problema do SUS não é a falta de recursos e seu crônico subfinanciamento, mas a ‘falta de gestão’; que os direitos sociais previstos na CF 88 não cabem no orçamento público e que, portanto, devem ser revistos. São posicionamentos que respaldam teses de economistas liberais – que atuam dentro e fora do governo – e de setores políticos e empresariais que apostam no desmonte do Estado Democrático de Direito, dos quais o SUS é uma das mais importantes expressões.

A Atenção Básica também foi alvo das medidas de definhamento da saúde pública do governo Temer, por meio de propostas onde há uma ruptura com a centralidade da Saúde da Família enquanto estratégia central da Atenção Básica. Tal revisão se deu por meio de uma consulta pública virtual, pactuada na reunião da Comissão Inter gestora Tripartite (CIT), não sendo analisada pelo Conselho Nacional de Saúde e não houve participação social. Instituído, na ocasião, “formas de financiamento para outros arranjos assistenciais que não contemplem equipes multiprofissionais com a presença de agentes comunitários de saúde , possibilitando a organização da atenção Básica com base em princípios opostos àqueles norteadores da Atenção Primária à Saúde” (BRAVO, PELAES; MENEZES, 2019, p. 4).

A Saúde Mental foi outro setor que passou por processos de grave retrocesso, sendo apresentadas propostas, por meio da Portaria nº 3.588/2017, para a retomada dos hospitais psiquiátricos, desarticulando a Rede de Atenção Psicossocial (RASP), ameaçando e em contraposição aos direitos conquistados pela Reforma Sanitária e seu legado de desospitalização e centralização do sujeito usuário dos serviços da Saúde Mental (BRAVO; PELAES, MENEZES, 2016, p. 4).

PIB de 2% ao ano). Com estimativa de crescimento maior (3% ao ano), a estimativa chega a R\$1 trilhão. Ou seja, quanto mais a economia brasileira crescer, maior a perda de recursos para a saúde. (BRAVO; PELAES; MENEZES, 2019 p. 4).

No curto e desastroso governo de Michel Temer houve a passagem de dois Ministros da Saúde, Ricardo Barros - Progressistas (PP) e Gilberto Occhi (sem partido), ambos articulados com o cenário estabelecido pelo governo Temer, de efetivar uma perspectiva meramente mercadológica para a saúde, como pôde ser bem apreendido, por exemplo, com a proposta da “Coalizão Saúde Brasil” que, articulada com o setor empresarial, propunha uma transformação no sistema de saúde (Barros; Brito,2019).

Partindo do direcionamento que o governo estabeleceu para a saúde pública, é inegável que a política de humanização é totalmente desconsiderada na referida conjuntura, uma vez que todas as medidas, mudanças e propostas vão em contramão do que a PNH apresenta para os processos de saúde.

Há uma lacuna nas produções e debates pelo próprio governo em relação a humanização em saúde. Pelo contrário, há um fortalecimento do debate da saúde enquanto mercadoria e setor de grande rentabilidade para o grande Capital, impulsionando uma agenda política e econômica estritamente conservadora, liberal e reacionária.

Na análise do Plano Nacional de Saúde 2016-2019, partindo dos mesmos descritivos, o tocante ao número de vezes que os termos são citados no PNS, temos o resultado conforme o quadro abaixo:

Quadro 7: análise do conceito *humanização* no PNS 2016-2019

CONCEITO	VEZES CITADOS	IDENTIFICAÇÃO NA POLÍTICA
Humanizado/a (s)	2	Citada de maneira genérica, sem aprofundamento.
Humanização	6	Citada enquanto característica do modo de fazer os processos de saúde, e não quanto uma política de saúde.
Acolhimento	6	Aparece, principalmente, enquanto unidades, espaço físico.
Clinica ampliada	0	Não se apresenta.
Gestão participativa	6	Voltada para o controle social, relacionado aos desafios para alcançar a equidade e a participação coletiva nos processos de saúde.

Valorização do trabalho / trabalhador	7	Bem articulado com a PNH, no sentido de educação permanente, qualificação e desprecarização das relações de trabalho.
Ambiência	1	Voltado para reforma de maternidades.
Financiamento	21	Não há financiamento direcionado exclusivamente para a política nacional de humanização; apresenta, em algumas citações, de maneira transversal.

Fonte: elaborado pela própria autora.

A humanização vem nas diretrizes referentes ao eixo temático “*direito à saúde, garantia de acesso e atenção de qualidade*”, mas de maneira genérica, não se apresentando com maior detalhamento. Já no eixo “*valorização do trabalho e da educação em saúde*”, aparece indiretamente, quando apresentado a necessidade de formação permanente dos profissionais, a qualificação e valorização dos trabalhadores, combate a precarização e favorecendo a democratização das relações de trabalho.

Eixo temático: Valorização do Trabalho e da Educação em Saúde - Diretriz: Fortalecer o papel do Estado na regulação do trabalho em saúde e ordenar, para as necessidades do SUS, a formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização dos trabalhadores e trabalhadoras, combatendo a precarização e favorecendo a democratização das relações de trabalho. Tudo isso considerando as metas de superação das demandas do mundo do trabalho na área da saúde estabelecidas pela Década de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, iniciada em 2013 (Brasil, 2016, p. 5).

O fortalecimento da gestão participativa também é apontado pelo documento no eixo “*gestão do SUS e modelos de atenção à saúde*”, relacionada à oferta de um cuidado integral e considerando as especificidades regionais, articulado, portanto, com o que se apresenta na PNH.

Eixo temático: Gestão do SUS e Modelos de Atenção à Saúde – Diretriz: Aprimorar a relação federativa no SUS, fortalecendo a gestão compartilhada nas regiões de saúde e com a revisão dos instrumentos de gestão, considerando as especificidades regionais e a concertação de responsabilidades dos municípios, estados e União, visando oferecer ao cidadão o cuidado integral (Brasil, 2016, p. 5).

A qualificação e valorização dos serviços e profissionais está associada ao Programa Mais Médicos, em específico, para o aprimoramento da saúde indígena.

É no tópico “*objetivos e metas*” que a humanização é abordada com mais detalhamento, quando a cita juntamente com as dimensões de universalidade, acessibilidade, vínculo, equidade e participação social, referentes à atenção básica. Como apresentado no documento:

As ações da Política Nacional de Atenção Básica são desenvolvidas com alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas e caracteriza-se pela promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico oportuno, tratamento, reabilitação e a manutenção da saúde. As principais ações básicas são orientadas por práticas sanitárias comunitárias e participativas. Na atenção básica, as unidades básicas que dão suporte a essa linha devem ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde, com circunscrição territorial e direcionamento para segmentos populacionais delimitados de acordo com a base populacional. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (Brasil, 2016, p. 54).

O documento também traz a Rede Cegonha referenciada enquanto estratégia de qualificação do serviço à gestante e ao recém-nascido, voltados ao acolhimento, ampliação do acesso e qualidade e segurança. (Brasil, p. 56). Como metas, destacamos a que traz a ambiência de maternidades, considerando reforma e aquisição de equipamento, enquanto caminho para uma atenção humanizada ao parto e nascimento³⁶.

Apresenta também, enquanto objetivo, “Promover, para as necessidades do SUS, a formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização dos trabalhadores, a desprecarização e a democratização das relações de trabalho” (Brasil, 2016, p. 76), colocando como problema “a ausência de políticas de valorização do trabalhador, adequação de planos de carreira, cargos e salários

³⁶ No dia 8 de março de 2017, Michel Temer acompanhado da primeira dama Marcela Temer, anunciou juntamente com membros do Governo, o programa Plano de Parto Normal, buscando assegurar os direitos obstétricos das gestantes, proporcionando um protocolo de parto humanizado, construído pela gestante e profissionais da saúde, com o objetivo de proporcionar maior segurança e acolhimento às gestantes e recém-nascidos. Assim, coloca as condições estruturais dos espaços dos partos, bem como os procedimentos escolhidos no parto, restringindo o uso de procedimentos invasivos e medicações analgésicas convencionais exageradas. Também foi anunciado a expansão do acesso ao DIU (dispositivo intra uterino) de cobre, implantado pelo SUS, a fim de proporcionar maior controle contraceptivo das mulheres.

à realidade do SUS e a necessidade de definição de uma política de financiamento tripartite”, trazendo algumas possíveis medidas para enfrentar tal problema.

Outro objetivo bem articulado com PNH e colocado de maneira detalhada, é o fortalecimento da gestão participativa do SUS, aqui destacado a participação do usuário, e participação popular em saúde

O “acolhimento” aqui não aparece com o entendimento trazido pela PNH, somente enquanto espaço ou serviço (unidade de acolhimento). Podemos perceber que as diretrizes da política de humanização aparecem centradas, principalmente na gestão participativa e na valorização do trabalhador. É notável um esvaziamento da perspectiva da PNH no documento, comparado ao plano de 2012-2015, até mesmo no número em que os termos “humanização” e os demais destacados enquanto descritores, aparecem no decorrer do documento. É importante destacar que, neste período, não foram identificadas produções relacionadas à humanização, por parte do Governo. Ao buscar no site oficial do Governo, não é localizada publicações sobre a temática. Essa falta de resultados, por si só, é um dado de extrema relevância, pois reflete o processo de esvaziamento do debate da humanização construído pelo Governo, expressando o direcionamento executado para a política de saúde pública.

O governo de Michel Temer, embora em seu curto tempo, representou um imensurável retrocesso nas políticas públicas, especialmente ao tripé da Seguridade Social, trazendo profundas consequências para a classe trabalhadora, retirando direitos arduamente adquiridos, acelerando os processos de privatizações na saúde, alterando as normativas da aposentadoria e dificultando o acesso ao direito de se aposentar.

Podemos dizer que tal governo foi o início do dismantelamento do Estado brasileiro frente às políticas públicas, a desvalorização das estatais e aprofundamento de suas privatizações, o favorecimento ao grande capital sob o endurecimento do descaso com as necessidades da classe trabalhadora, intensificados no governo sucessor, de Bolsonaro.

4 Política de Humanização no Governo Bolsonaro: o esvaziamento de uma Política Pública

Após o impeachment da ex-presidenta Dilma Rousseff, o contexto político brasileiro é perpassado por uma significativa mudança ideológica. A extrema direita ganha forças, não só a partir de cargos políticos significativos, como a presidência com Michel Temer, e posteriormente, Bolsonaro (2019 – 2022), mas também entre a massa da população brasileira.

No governo Bolsonaro, as relações de subordinação entre a política brasileira ao grande capital ficaram ainda mais explícitas em comparação aos governos anteriores. Os direcionamentos tomados pelo presidente, totalmente determinados pelas diretrizes neoliberais, se intensificaram consideravelmente.

Neste cenário, as políticas públicas sofrem com desfinanciamentos, reduzindo-as em políticas focalizadas e ainda mais precarizadas. Em diversos segmentos houve mudanças negativas para a população brasileira, desde a política educacional e de saúde, às políticas e direitos trabalhistas.

Em meio ao contexto de avanço da extrema direita e da política neoliberal, a pandemia da COVID-19 chega ao Brasil, deixando às claras a falta de comprometimento do governo com a saúde pública e com a vida do povo brasileiro. A falta de uma coordenação de ações para frear o contágio pelo vírus, a falta de investimento na saúde pública, na ciência e em ações eficazes contribuíram para o elevado número de infectados e de óbitos que acometeram vidas brasileiras. Sendo este o cenário de grande parte do período referido pelo governo.

A partir do exposto, iremos neste capítulo, analisar como o governo enfrentou a pandemia da COVID-19, dando destaque ao que foi compreendido enquanto humanização da saúde neste contexto.

4.1 O Governo Bolsonaro e ascensão da extrema direita: para onde vão as políticas públicas?

Eleito presidente da república nas eleições de 2018, Bolsonaro é parte de um projeto onde se tem uma ascensão da extrema direita brasileira, trazendo com mais vigor traços de um Estado liberal, pondo em xeque as políticas sociais

que são essenciais para que grande parte da população brasileira tenha acesso ao mínimo à proteção social.

Durante os anos em que ocupou o cargo de Deputado Federal, Bolsonaro a sua atuação pautava, principalmente, sob temas voltados à segurança pública, baseada em ideias punitivistas e violentas. Exemplo, se têm sua postura na votação ao impeachment da ex presidenta Dilma Rousseff, quando o mesmo fez menção saudosa à ex militares torturadores do período da ditadura militar, citando Brilhante Ustra, torturador de Dilma, bem como propagando falas machistas e caçoando das torturas sofridas pela ex presidenta (GUIMARÃES, 2018).

A expansão de seu eleitorado se deu, primordialmente, por meio de seus discursos contrários à política desenvolvida nos anos petistas, principalmente as pautas voltadas para a classe pobre, negros, mulheres e LGBTQIA+, apontando-as enquanto uma ameaça à classe média uma vez que foram “beneficiadas” durante os governos petistas.

Há, também, uma incitação ao ódio e a ameaças a militantes e organizações de esquerda, onde Bolsonaro contribui para a propagação da falsa, ameaça comunista, em especial, à “doutrinação comunista” nas práticas docentes. Soma a suas declarações, pautas relacionadas à moral e às Igrejas neopentecostais, fortalecendo um discurso para os “cidadãos de bem”.

Mattos (2022, p. 26) salienta que:

O salto de representante dos interesses corporativos da «tropa», com atuação apagada no Congresso Nacional, visto como apenas mais um integrante do «baixo clero» – jargão parlamentar para descrever congressistas de pequena projeção –, para liderança política nacional, com ambições presidenciais, deu-se a partir do início da década de 2010, quando passou a compartilhar das pautas conservadoras relativas aos costumes, muitas delas propagandeadas pelos parlamentares eleitos como arautos das igrejas neopentecostais. Dando especial atenção aos ataques à educação pública, tornou-se um difusor das narrativas de que uma «doutrinação comunista» domina as práticas docentes – assumindo as propostas legislativas do movimento Escola sem Partido. Combinou essa «denúncia» do «esquerdismo docente» com a de que o ambiente escolar é responsável pela difusão de uma «ideologia de gênero», que confronta os valores da «família tradicional».

A sua campanha eleitoral foi marcada por propagação de *fake news* relacionadas à confiabilidade dos votos por meio de urna eletrônica, notícias relacionadas ao adversário político Fernando Haddad, disseminação de notícias

polêmicas como a distribuição de “kit gay” caso o PT saísse vitorioso nas eleições, incitação a violências e agressões a eleitores de oposição e a ligação entre Adélio Bispo³⁷ e PT.

As Jornadas de Junho de 2013 foram o marco do início desse processo de fortalecimento e avanço da extrema direita no cenário político, de maneira ainda embrionária. Se intensifica no período do segundo governo de Dilma, quando há novas manifestações contra seu governo e favoráveis ao seu impeachment. Segundo Boito (2020, p. 14): “o movimento bolsonarista nasceu, como movimento de massa, das grandes manifestações de rua que tomaram conta do país em 2015 e 2016 pela deposição de Dilma Rousseff”. É nesse cenário que Bolsonaro firma sua bandeira antipetista, que, juntamente com sua base de apoio constituem-se:

catalisadores do processo de reconversão do Brasil à direita [...] articulada pelas elites econômicas e políticas tradicionais, cujos canais de veiculação e propagação hegemônica se encontram na grande mídia, na academia e em outros instrumentos de formação de opinião capazes de criar um consenso em torno da ideia de que as administrações petistas seriam responsáveis pelas mazelas e insatisfações manifestadas de forma escalonada a partir de junho de 2013 (SILVA; RODRIGUES, 2021, P. 95).

Silva (2020, p. 121) ressalta que:

O golpe parlamentar de 2016 mostrou claramente o seu caráter reacionário nas eleições presidenciais de 2018, quando, após a prisão de Luiz Inácio Lula da Silva e sua consequente impossibilidade de concorrer ao pleito eleitoral presidencial, Jair Bolsonaro foi eleito presidente do Brasil, com o apoio das burguesias nacional e internacional, de setores da classe média e segmentos populares conservadores. A eleição de Bolsonaro trouxe à tona movimentos reacionários e neoconservadores, os quais passaram a realizar manifestações públicas com teor racista, sexista, misógino e homofóbico.

Como colocado por Bahia e Cardoso (2019, p. 266) “o bolsonarismo não é apenas um acidente de percurso e, sim, um projeto para combater os traços sociais-democratas de governos anteriores.”

³⁷ Em 6 de setembro de 2018, Adélio Bisto atinge Bolsonaro com uma facada no abdômen durante ato eleitoral no município de Juiz de Fora - MG).

O quadro elaborado por Cardoso Jr. (2019) traz resumidamente as principais características do governo, divididos em núcleos e seus respectivos objetivos, conforme detalhado abaixo:

Quadro 9: principais características do governo

Núcleos de poder	Desenho geral de ocupação do poder de Estado	Posições e orientações gerais para a Ação governamental e as políticas públicas
1. Núcleo midiático-ideológico-diversionista	1.1 Clã dos Bolsonaro 1.2 Olavistas 1.3 Segmentos de igrejas evangélicas	Manter a dissonância cognitiva, a moral dos bolsonaristas em alta, dando a eles representatividade e amparo psicológico ao ideário conservador que sustentou a campanha eleitoral. Fidelizar os seguidores do bolsonarismo, desviar a atenção, causar indignação e tristeza entre os progressistas, enquanto os núcleos 2 e 3 colocam em prática suas agendas. Valorização da mediocridade travestida de intelectualidade.
2. Núcleo jurídico-policial-militar	2.1 Lavajatistas 2.2 Militares (forças armadas e aparato policial-repressivo) 2.3 Segmentos do poder judiciário	Composto por profissionais alinhados ao projeto de poder, sabem operar o Direito e a máquina repressiva do Estado a seu favor. Dar sustentação aos outros dois núcleos, por meio da abertura de processos civil e penal contra adversários, mobilizando instrumentos jurídicos, fiscalizatórios e intimidatórios do Estado para acuar e amedrontar os opositores da agenda neoliberal.
3. Núcleo econômico-liberal-fundamentalista	3.1 Fundamentalistas de mercado (todo o setor financeiro e segmentos dos setores produtivos) 3.2 Latifundiários 3.3 Segmentos da burocracia pública	Formado por neoliberais fundamentalistas, tem como objetivo colocar em prática a agenda do mercado. Essa agenda consiste em: abertura da economia ao capital estrangeiro, ajuste fiscal pelo lado da despesa, com privatizações amplas e rápidas, redução do papel do Estado na regulação da atividade econômica, na prestação de serviços e no fornecimento de bens e programas sociais, desregulamentação e rebaixamento do trabalho e máxima desvinculação orçamentária possível. Tentativa de fundamentação científica de interesses particulares a partir de uma pseudo superioridade da economia dogmática como instrumentação técnica.

Fonte: Cardoso Jr (2019, p. 167).

Sendo um governo de caráter autoritário e conservador, o período de Bolsonaro à presidência foi fadado a sucessivas iniciativas de desmonte do Estado brasileiro, baseada numa agenda rigorosamente neoliberal, tendo como representante econômico, Paulo Guedes³⁸ a frente do Ministério da Economia.

O governo Bolsonaro levou ao extremo a escola neoliberal brasileira. Com o setor econômico do governo entregue ao ministro da Economia Paulo Guedes, o governo iniciou o processo de desmonte de políticas sociais e avançou nas privatizações de empresas estatais. Emergiu assim o neoliberalismo em sua feição mais radical no Brasil (SILVA; RODRIGUES, 2021, p. 101).

Boito (2020) descreve que o governo Bolsonaro³⁹ se aproxima de governos fascistas, uma vez que possui características semelhantes. Em ambos “aspiram uma sociedade capitalista sem movimento operário e popular organizado,

³⁸ Ministro da Economia no governo Bolsonaro, defensor dos princípios liberais. Autor de propostas de reformas na economia, foi o responsável pela Reforma da Previdência no primeiro ano do referido governo e apoiador das privatizações. Ref. infomoney.com.br)

³⁹ Dentre os fatos que marcaram o governo Bolsonaro, podemos destacar a Reforma do Ensino Médio, a degradação ambiental acelerada, liberação inúmeros agrotóxicos, incentivo ao garimpo ilegal, invasão e negligência com os povos originários.

aspiram o retorno das mulheres ao confinamento do trabalho doméstico, a volta da população LGBT à invisibilidade e assim por diante (BOITO, 2020, p. 16).

As políticas públicas não são parte das prioridades governamentais, ficando evidente quando observamos as propostas relacionadas a questões orçamentárias.

É a partir da distribuição do orçamento público que o governo efetiva as políticas públicas referentes às demandas que perpassam a população, como educação, saúde, alimentação, moradia, dentre outros. A partir de como essa repartição orçamentária é realizada, quais as suas prioridades, podemos identificar sob qual direção o governo tende a se materializar.

Neste sentido, podemos verificar quais as direções priorizadas pelo governo quando analisamos algumas das ações tomadas por este, como a formulação do chamado “orçamento secreto”⁴⁰ e da PEC 23/2021⁴¹.

Como posto por Silva e Teixeira (2022, p. 7) “o fazer política é um ganho do processo civilizatório quando se considera que é com essa atividade que se evita não apenas a propagação da barbárie, mas também a proliferação de governos tiranos.” Neste sentido, pensar os direcionamentos das políticas desenvolvidas durante o referido período reflete os objetivos presentes na mira do governo.

A partir da perspectiva liberal que as políticas públicas são conduzidas no governo bolsonarista, objetivando a uma intensa precarização dos serviços, programas e benefícios voltados para as questões sociais, trabalhistas, de educação pública, e, como iremos abordar no item a seguir, à saúde pública.

4.2. Política de saúde no governo Bolsonaro e a Pandemia da COVID-19

Fundamentado na apreensão de que o direcionamento adotado pelo governo se baseou em diretrizes liberais, reforçando um conservadorismo,

⁴⁰ Schreber (2022) O orçamento secreto foi um mecanismo criado no governo Bolsonaro para transferir recursos públicos a atender interesses de parlamentares.

⁴¹ Altera os arts. 100, 160 e 167 da Constituição Federal e o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para estabelecer o novo regime de pagamentos de precatórios, modificar normas relativas ao Novo Regime Fiscal e autorizar o parcelamento de débitos previdenciários dos Municípios; e dá outras providências.

principalmente vinculados às questões religiosas e moralistas, avançando em pautas da extrema direita, iremos neste item, nos dedicarmos a analisar como a política de saúde foi direcionada nesse período.

A política de saúde pública e o SUS não foram alvos de investimentos do governo, se tornando pauta central em momentos de desqualificação do sistema de saúde pública nacional. Em contrapartida, os planos e convênios de saúde privada foram incentivados, inclusive a partir de isenção tributária para empresas da área de saúde, como exemplo o setor de produção de insumos, farmacêutico, hospitalar entre outros, diretamente associados ao mercado privado (BRAGA; OLIVEIRA, 2022).

Neste sentido, a saúde é fortemente tratada enquanto um meio altamente produtivo, de grande potencial para acumulação de riqueza, onde o mercado financeiro, além de ter grande influência, passa a lucrar ainda mais com a saúde. Portanto, atrativa a capital, “saúde” se constitui enquanto mercado, maior prioridade do que enquanto sua própria concepção de prevenção e proteção.

Essa percepção de saúde retoma seu caráter de saúde - doença - tratamento, fortalecendo a perspectiva curativista e centrada na figura médica. Desconsiderando as relações entre processos de saúde e questões socioeconômicas, diretamente associados.

É evidente como o governo Bolsonaro diverge totalmente da proposta assentada pela Reforma Sanitária e, por conseguinte, pelo próprio SUS. Os três princípios de universalidade, integralidade e equidade ficam cada vez mais distantes de se concretizar enquanto direito de todos e dever do Estado.

Como consequência das medidas tomadas pelo referido governo, temos um projeto mais claro de desmonte do SUS, refletindo na qualidade da prestação dos serviços de saúde pública. Alguns setores foram atingidos de maneira mais incisiva, como por exemplo, referentes à saúde indígena e saúde mental, como também o fim do Programa Mais Médicos, em parceria com o governo cubano (Castilho; Lemos, 2021).

Como explicita Bravo; Peláez; Menezes:

Na saúde, a contrarreforma já em curso se intensificou a partir do governo Temer, com a continuidade do projeto privatista e a consolidação de um quarto projeto para a saúde, que é o do SUS totalmente submetido ao mercado. Nesta direção, objetiva-se tornar o SUS cada vez mais funcional ao capital, sem precisar propor seu fim. Trata-se de extinguir o princípio da universalidade da saúde, por meio

da proposição da cobertura universal, com a manutenção do SUS e a proposição de arranjos e modelos de gestão que incorpore grupos privados para tal cobertura (BRAVO; PELAEZ; MENEZES, 2019, p. 11).

O compromisso com o capital em prevalência de proporcionar saúde para o povo brasileiro ficou extremamente explícito em uma das propostas trazidas pelo então Ministro da Economia, Paulo Guedes, com a criação de um “vale saúde” entregue aos usuários para troca por acesso a serviços básicos de saúde em empresas privadas. Assim, o Estado não seria obrigado a fornecer estrutura para a prestação desses serviços de saúde (BRAVO; PELAEZ; MENEZES, 2019 p.8).

A concepção de saúde-doença-tratamento retoma fortemente, reforçando o setor de saúde enquanto grande potencial de investimento econômico voltado para as grandes empresas privadas, sejam elas dos setores de produção, como também os setores de serviços, como os planos de saúde. Grupos empresariais vinculados a essas áreas foram beneficiadas pelo governo por meio de isenções fiscais e créditos bancários (Braga e Oliveira, 2022). Sendo, assim, a saúde se apresenta enquanto uma potência para a valorização e acumulação de riqueza, uma vez que contempla três subsistemas, a saber:

1. subsistema formado pelas indústrias químicas e de biotecnologia, contemplando as indústrias farmacêuticas, de produção de vacinas, de hemoderivados e de reagentes para diagnóstico;
2. o subsistema composto pelas indústrias eletromecânicas e de materiais, envolvendo setores de produção de equipamentos, materiais e insumos médico-hospitalares e odontológicos;
3. o subsistema envolvendo a prestação de serviços de saúde, composto pelos hospitais, laboratórios e serviços de diagnóstico e tratamento (BRAGA; OLIVEIRA, 2022, p. 5).

O SUS é redimensionado para que seja uma alternativa para os mais pobres, aqueles que não tem condições de se inserirem na dinâmica dos planos de saúde. Sua concepção de um sistema universal de saúde é colocada em xeque, bem como suas características de equidade e integralidade.

A política de desfinanciamento é tão bem articulada que não há a necessidade de acabar com o SUS. Para este, está predestinado a ser um sistema de saúde pobre, para os pobres (BAHIA; CARDOSO, 2019, p. 254).

No início do segundo ano de governo Bolsonaro, a pandemia de COVID-19 chega ao Brasil, em março de 2020, onde já se instauraram medidas de

isolamento e quarentena, bem como medidas de higiene pessoal e prevenção, como o uso de máscara e álcool gel.

A COVID-19(Sars-Cov-2) teve seu início na cidade de Wuhan (China) em dezembro de 2019, se espalhando mundialmente em poucos meses. A sua transmissão se dá a partir do contato direto com gotículas contaminadas, por meio de espirro e / ou tosse, sendo, portanto, de rápida e fácil transmissão, acometendo o sistema respiratório e seu pleno funcionamento.

Ocorreram falas públicas⁴², do então presidente, ridicularizando a drástica situação do avanço da COVID-19 no país, veiculadas em diversos meios midiáticos, como exemplo, “é só uma gripezinha” fala feita durante uma live em sua rede social, a qual repetiu em um outro momento, num pronunciamento nacional, como destaca o site BBC News Brasil, no dia 20 de novembro de 2020.

Em outra ocasião, referente ao elevado número de óbitos, o presidente respondeu “não sou coveiro, tá?!”, quando questionado por um repórter a respeito do número de mortos pela COVID-19, na portaria do Palácio da Alvorada, em 20 de abril de 2020, pouco mais de um mês que a pandemia havia sido decretada no país. Também foi reforçado, por parte da presidência e com apoio de pessoas influentes, inclusive médicos, o uso de um kit de prevenção composto por medicações, não reconhecidas enquanto eficaz pela OMS, como a cloroquina (IDOETA, P. A, BBC News Brasil – SP, 2021).

Em um cenário de pandemia se teve quatro mudanças de ministros devido a divergências entre estes e o presidente da República. A instabilidade do ministério da saúde reflete a desorganização e falta de comprometimento com a saúde da população.

Em quatro anos de governo foram nomeados quatro ministros da saúde, tendo como justificativa a divergência entre os interesses do presidente e o direcionamento da política de saúde pelo Ministério.

Brandão; Mendonça e Sousa (2023, p. 62) comentam que

A movimentação dos 4 ministros diferentes que conduziram a instituição ao longo de toda a pandemia evidenciou a persistência do palácio presidencial em ‘acertar’ um nome que conciliasse seus

⁴² Pronunciamento do presidente Jair Bolsonaro na íntegra”. UOL, 24 mar. 2020. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/politica/ultimas-noticias/2020/03/24/leia--o-pronunciamento-do-presidente-jair-bolsonaro-na-integra.htm>>

interesses com as necessidades técnicas inerentes à instituição. Evidentemente, pela natureza anti-ciência e antipolítica social do *modus operandi* da Presidência, tal conciliação se mostrou inviável.

O primeiro ministro nomeado para o cargo foi o ex-presidente da Unimed, Henrique Mandetta, formado em medicina e com experiência parlamentar e de gestão. Embora tenha compactuado com medidas que ameaçavam o SUS, como a Emenda Constitucional nº 95 referente ao teto de gastos para a saúde e se posicionado contra políticas favoráveis ao SUS, como o programa Mais Médicos, em parceria com o Governo de Cuba. (BRANDÃO; MENDONÇA; SOUSA, 2023, p. 62).

Mandetta se posicionou de maneira divergente à postura adotada pelo presidente da república em relação à coordenação da pandemia, principalmente em relação à imunidade de rebanho, ao tratamento precoce e a não intensificação das medidas de contenção da propagação do vírus. Em consequência de sua discordância com o presidente, Mandetta é exonerado do cargo de ministro da saúde (BRANDÃO; MENDONÇA; SOUSA, 2023).

O segundo nome a ocupar o cargo foi Nelson Teich em 17 de abril de 2020. Médico do setor privado, sem nenhuma experiência na área de gestão pública, Teich teve uma breve passagem ao cargo de ministro, ficando apenas um mês à frente do Ministério da Saúde, onde não fez nenhuma intervenção efetiva em relação à pandemia da COVID-19. Sendo exonerado do cargo em 15 de maio do mesmo ano (BRANDÃO; MENDONÇA; SOUSA, 2023).

Após quase vinte dias sem Ministro da Saúde em plena pandemia, Eduardo Pazuello, general do exército brasileiro, assume o ministério em 2 de agosto de 2020 até 23 de março de 2021. Pazuello, aliado de Bolsonaro, optou por seguir com as medidas de enfrentamento à COVID-19 determinadas pelo presidente.

A negligência do ministro resultou numa desastrosa condução da saúde frente à pandemia. Vencimento de insumos estocados, inclusive de testes, ao invés de serem enviados para os Estados, por falta de gestão, o incentivo e propaganda intensa para o uso de cloroquina (rodapé) como medicamento de prevenção e tratamento da COVID-19, sem qualquer tipo de comprovação científica de sua eficácia para combater o vírus, foram alguns dos acontecimentos resultantes do direcionamento de Pazuello (BRANDÃO; MENDONÇA; SOUSA, 2023).

A crise sanitária intensamente potencializada pela falta de cilindros de oxigênio no Estado do Amazonas foi outro cenário que se deu pela falta de responsabilidade e direcionamento eficaz de combate, onde inúmeros óbitos poderiam ter sido evitados. (trazer notícias da época, das covas).

Outra atitude tomada pelo ministro, em acordo com o presidente, foi a omissão de dados referentes aos números de casos e de óbitos notificados pelo Ministério da Saúde. Neste contexto, inclusive, o presidente chegou a incitar que seus apoiadores invadissem leitos de UTIs para verificarem a veracidade dos elevados números de casos noticiados pelo país. Situação que chegou a acontecer, inclusive por deputados estaduais que, além de invadir, agrediram os trabalhadores que cuidavam dos internados (BRANDÃO; MENDONÇA; SOUSA, 2023, p. 66).

Pazuello também reproduz uma política de medo e perseguição aos trabalhadores, com o objetivo de censurar o trabalho técnico referente a dados, notícias e notificações do cenário pandêmico.

As consequências da gestão do ministro foram tão desastrosas e de repercussão negativa para o presidente, que este se viu na necessidade de trocar, mais uma vez, o cargo de ministro.

Assim, Marcelo Queiroga, médico cardiologista, toma frente ao ministério da saúde. Enquanto ministro, Queiroga que, antes era contra o uso da cloroquina e a favor do isolamento social, adota uma postura de submissão ao presidente, com discurso de que médicos têm autonomia para prescrever o tratamento precoce a base de cloroquina e é o presidente quem determina a política e não o ministro da saúde (BRANDÃO; MENDONÇA; SOUSA, 2023, p. 69).

Durante sua gestão, foi criada uma secretaria específica para o combate à pandemia, sendo nomeada uma infectologista e epidemiologista para coordená-la, que, após uma semana, foi exonerada pelo presidente, pois a mesma era contrária ao uso da cloroquina. Houve inúmeros problemas nesse contexto também, como falta de insumos e perda de medicamentos vencidos por falta de uma gestão competente, bem como o auge de casos e internações no país (BRANDÃO; MENDONÇA; SOUSA, 2023).

Em janeiro de 2021, com o início da redução do número de mortes no país devido ao início das vacinações, Bolsonaro pressiona o Ministério da Saúde para que flexibilize a obrigatoriedade do uso de máscara, por meio de um parecer,

para os já vacinados e pessoas que já haviam contraído o vírus (BRANDÃO; MENDONÇA; SOUSA, 2023). Queiroga a princípio discorda do presidente e afirma que a suspensão do uso da máscara voltaria a acelerar a disseminação do vírus pelo país, pois mesmo os vacinados e/ou pessoas que já haviam contraído o vírus, poderiam contrair novamente. Mas, novamente se rende às vontades do presidente e anuncia a possibilidade de desobrigação da máscara (BRANDÃO; MENDONÇA; SOUSA, 2023, p. 69).

No período da pandemia de COVID-19 ficou evidente os reflexos de anos de subfinanciamento do SUS frente à demanda posta para o sistema de saúde. Neste contexto, também pudemos constatar o projeto político do governo Bolsonaro voltado para o grande capital. Dentre os ataques que o governo Bolsonaro representou para a classe trabalhadora, a política de saúde esteve entre os alvos. Tal governo intensificou o processo de desmonte e privatização da política de saúde, seguindo o projeto imposto pelo grande capital.

Mendes; Carnut; Melo (2023) frisam a respeito, como destacado abaixo:

No Brasil, nos primeiros meses de 2021, a pandemia se agravou devido a novas variantes do vírus. O número de mortes era o segundo maior do mundo (312.206), atrás apenas dos Estados Unidos. No mês de março de 2021, em apenas 24 horas, no dia 30, o Brasil ultrapassou o império capitalista, registrando 1.656 mortes (WHO, 2021). Ainda que estes dados possam assustar grande parte da sociedade brasileira, parece não amedrontar a classe dominante, que continuou apoiando o governo Bolsonaro, mesmo diante dessa situação dramática (MENDES; CARNUT; MELO, 2023, p. 3).

E complementam:

Além de cotidianamente desprezar a extensão dos malefícios da COVID-19 desde seu início, o então presidente incitou a população a desrespeitar o isolamento social, minimizando a importância da medida, já cientificamente comprovada para redução da infectividade. Não há dúvidas de que isso está completamente em sintonia com as “práticas” dos neofascistas (Carnut, 2020) de desprezo às vidas dos trabalhadores, associado ao negacionismo científico (MENDES; CARNUT; MELO, 2023, p. 3).

O contexto socioeconômico brasileiro, bem como os decretos deliberados pelo presidente da república, vigente no período pandêmico, não contribuíram para que se houvesse políticas e práticas adequadas e suficientes de contenção da propagação do vírus.

A pandemia do coronavírus trouxe com clareza as relações discrepantes entre as classes sociais que constituem o país. Embora o vírus não distinga a realidade social e econômica para se instaurar, estas são componentes relevantes para que se tenham as condições básicas e necessárias de prevenção do contágio. Como destaca Castilho e Lemos (2021):

Vive-se neste momento no Brasil uma forte recessão econômica e um contexto muito peculiar de pandemia do novo Coronavírus, que expressa, na verdade, a profunda desigualdade social existente no mundo, e mais especificamente, no Brasil. Esta realidade, em sua maior potência, indica que apesar da contaminação parecer atacar a todos/as, de fato, nada têm de democrática, na medida em que, é a classe trabalhadora que vivencia as piores condições de vida, trabalho, moradia, alimentação, saneamento, acesso à saúde e negação de outros direitos sociais. Está, portanto, em menores condições de resistir, seja do ponto de vista de sua imunidade biológica ou de sua imunidade social (CASTILHO; LEMOS, 2021, p. 270).

Segundo Matos (2021, p. 32), “desde o início da pandemia da COVID-19 o país encontrou-se sem uma política de enfrentamento”. O ex presidente Jair Messias Bolsonaro, em meio à acelerada intensificação de contágio da COVID-19, desrespeitou as orientações emitidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), agindo e tratando o cenário de pandemia com descaso e despreparo, negligenciando o cenário caótico social, econômico e sanitário que atravessava o país.

4.3 (Des)Humanização em saúde no contexto de pandemia da COVID-19: expressões de um Governo de extrema-direita

O grande número de pessoas acometidas pela pandemia cresceu exponencialmente, comprometendo as, já insuficientes e precárias, condições dos serviços de saúde pública.

A COVID-19, em seus casos mais severos, implica em internações por complicações respiratórias, necessitando de aparelhos de oxigênio, e em casos mais extremos, a intubação e internação em UTI's (Unidade de Tratamento Intensivo). Esse quadro gerou um colapso na saúde pública brasileira, principalmente com relação à falta de vagas e subsídios em hospitais públicos e mistos.

A respeito Silva; Moroço; Carneiro enfatizam que:

diante da urgência, os hospitais tiveram que se preparar para o atendimento da doença do coronavírus, reorganizando a estrutura de leitos de terapia intensiva, leitos de isolamento, provimento de respiradores, equipamento de proteção individual, aquisição de testes para detecção, confirmação do diagnóstico e fluxo de atendimento (SILVA; MOROÇO; CARNEIRO, S/A, p. 71).

E completam:

A pandemia resultou em um grande desafio para o atendimento hospitalar, que precisou equilibrar a organização do atendimento para casos do novo coronavírus, dos demais pacientes eletivos e de urgência, além do fluxo de visitas e acompanhantes, considerando as necessidades de cuidado do paciente e o risco de transmissão do vírus (SILVA; MOROÇO; CARNEIRO, S/A, p. 71).

Assim sendo, a rede de atenção à saúde passa por uma impactante desarticulação, colocando a atenção hospitalar à frente do combate a COVID-19, uma vez que somente havia como ações de atendimento a esta, em casos de intubação e/ou internação de casos graves, bem como a contenção de circulação de pessoas, incluindo as instituições de saúde.

Seguindo as medidas e orientações de prevenção de contágio implementadas pelos órgãos políticos, e tendo que prestar atendimento à paciente acometidos pela COVID-19, as instituições de saúde, públicas e privadas, se adaptaram e priorizaram os casos de pacientes, suspendendo os atendimentos presenciais de casos eletivos como consultas, cirurgias e apoio de diagnóstico (SILVA; MOROÇO, CARNEIRO, S/A, p. 71).

Nesse cenário, soma-se o fato de que os pacientes acometidos pela COVID-19 deveriam ser mantidos em isolamento para evitar o contágio, tanto de outros pacientes não contaminados, quanto dos próprios profissionais da saúde. Há implementação de tele consultas, reorganização de leitos em isolamento e UTI, para atender tanto pacientes da COVID-19, quanto as demais comorbidades, redirecionando também os próprios profissionais de saúde.

Neste sentido, para além de novas práticas de cuidados por parte dos profissionais, como EPI's (Equipamento de Proteção Individual) próprios usados em situações de isolamento, os pacientes foram privados de diversos direitos no período de tratamento / internação, como a suspensão de visita aberta e direito a acompanhante. É importante destacar que:

No que se refere a EPIs, houve denúncias de falta, em abril de 2020, nos 26 estados e no Distrito Federal. (COFEN, 2020a) Na vigência da crise, o Ministério da Saúde passou a realizar contratos de compra direta de EPI, mas teve dificuldade de distribuí-los tempestivamente.

Além disso, as deficiências na coordenação central das ações logísticas criaram um ambiente de disputa entre compradores como entes subnacionais e grandes empresas hospitalares. A gradual regularização da oferta a partir de maio de 2020 não foi suficiente para fazer baixar os preços médios dos EPI, resultando em ganhos adicionais para os setores de produção, importação e distribuição e custos majorados para os compradores (SESTELO et al, 2020, p. 16).

Frente ao acelerado contágio pela COVID-19, a rede hospitalar precisou remanejar os processos de saúde, a partir das novas condições que o vírus colocava em cena, principalmente sob um aumento de demandas por internações e de aparelhos para ventilação usados para manter a respiração por via mecânica.

O cenário da pandemia colocou às claras as carências que o sistema de saúde pública brasileira enfrenta, demonstrando os impactos de anos de subfinanciamento e desmonte do SUS, com recursos insuficientes, seja com quadro de trabalhadores, seja com insumos, medicamentos e aparelhos tecnológicos.

Outro ponto importante a ser destacado é o fato de que, sendo o Brasil um país com significativa desigualdade regional, se tem tal desigualdade refletida no número de leitos e condições de tratamento dos usuários dos serviços SUS e não SUS.

A estrutura assistencial hospitalar brasileira historicamente insuficiente, geograficamente mal distribuída, irregularmente integrada aos sistemas locais e regionais, com indicadores de desempenho contestáveis, além de severamente desgastada pelo subfinanciamento crônico, vê-se então diante da impactante demanda por um grande número de leitos hospitalares (gerais e de Unidades de Terapia Intensiva – UTI) para o cuidado às vítimas do coronavírus, sobretudo as mais graves (CAMPOS; CANABRAVA, 2020, p. 146).

A falta de coordenação e ações efetivas contribuíram para o exponencial aumento de casos de COVID-19 no país, considerando também, a falta de preparo e manejo de políticas efetivas e aquisição de medicações e testes, historicamente presentes na saúde pública advindas do subfinanciamento que o SUS sofre desde seu nascimento.

Em relação ao sistema, ficou evidente a falta de coordenação não apenas dos serviços hospitalares com outros pontos de atenção à saúde, mas entre todas as ações de enfrentamento da pandemia. A descoordenação se manifestou tanto em aspectos logísticos e técnicos quanto em aspectos políticos (SESTELO et al, 2020, p. 21).

Neste sentido, enquanto estratégias de enfrentamento na rede hospitalar, se teve primordialmente (insuficiente enquanto estratégia e enquanto número necessário) a expansão de leitos de internação e de UTI., perpassado por falta de medicações, aparelhos tecnológicos, profissionais e, acompanhado de desigualdades sociais e regionais que afetam negativamente o processo (Sestelo et al, 2020).

Neste cenário de insuficiência de condições para atender aos elevados números de casos graves de pessoas acometidas pelo vírus, insuficientes insumos e equipamentos para realizar os tratamentos necessários, falta de profissionais capacitados e inexistência de um programa governamental efetivo para contenção do vírus e condução da pandemia, que a saúde pública foi conduzida.

Essa política de desumanização reforça e reflete as relações sociais em que a população brasileira se encontrava frente a pandemia da COVID-19, sem condições adequadas de enfrentamento ao vírus.

O propósito do governo para a política de saúde foi em direção oposta ao que se tem enquanto diretrizes apontadas pelo SUS, as quais foram aportadas na construção da PNH.

Ao analisarmos o PNS 2020-2023, observamos que é no eixo “Democracia e Saúde” (PNS, 2021, p. 12), referente às diretrizes da 16ª CNS, onde aparece pela primeira vez no documento a respeito da humanização, sendo colocado de maneira genérica, enquanto um dos pontos visados para o SUS, juntamente com a participação e controle social.

Já no eixo “consolidação dos princípios do SUS” (PNS, 2021, p. 13), também referente às diretrizes da 16ª CNS traz a política de humanização articulada com a descentralização e regionalização do SUS, a universalidade, integralidade do SUS, a classificação de risco, qualidade dos serviços e resolução das demandas dos usuários, respeitando as especificidades pessoais e coletivas.

No tópico “atenção domiciliar” a humanização aparece articulada com a ideia de promover maior autonomia dos usuários e com a “desospitalização”, ou seja, reduzir o período de permanência hospitalizado. Mas que também está articulado com questões de otimização de recursos financeiros da atenção

hospitalar (a qual necessita de maior investimento, logo, mais cara), do que o Serviço de atenção Domiciliar (PNS, 2021, p. 77).

O documento apenas cita a humanização enquanto um dos eixos do programa QualiSUS, mas sem grande aprofundamento acerca dos métodos e/ou caminhos traçados para os processos de humanização na saúde. Refere-se a humanização apenas enquanto característica a ser considerada pelos serviços de saúde, bem como uma atenção contínua, integral, segura e responsável (PNS, 2021, p. 107).

O quadro abaixo traz de maneira sistemática como alguns dos principais eixos de debate da PNH foram apresentados pelo PNS 2020-2023.

Quadro 10: análise do conceito *humanização* no PNS 2020-2023

CONCEITO	VEZES CITADOS	IDENTIFICAÇÃO NA POLÍTICA
Humanizado/a (s)	2	Apenas citado enquanto uma característica dos serviços de saúde.
Humanização	4	É apresentado, no eixo II: consolidação dos princípios SUS, de maneira detalhada e descritiva da PNH. Já no tópico “atenção domiciliar”, é apresentada relacionada à autonomia dos usuários, na desinstitucionalização e otimização dos recursos financeiros. Por fim, aparece compondo a definição da sigla SISPreNatal (Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento).
Acolhimento	4	Referente às Unidades de Acolhimento, apenas. Não é abordado enquanto uma diretriz da PNH.
Clínica ampliada	0	-
Gestão participativa	1	Enquanto tópico das diretrizes do CNS, referente à garantia de uma gestão pública, participação social, qualificação, democratização e valorização das relações de trabalho.

Valorização do trabalho / trabalhador	0	-
Ambiência	1	Referente às Unidades Básicas de Saúde Fluvial para atendimento da população ribeirinha e comunidades dispersas.
Financiamento	24	Nenhum é direcionado exclusivamente para a política nacional de humanização; apresenta, em algumas citações, de maneira transversal a ela, uma vez que o coloca enquanto caminho para melhorias gerais do SUS.

Fonte: criado pela própria autora.

É importante destacar que, quando analisada a gestão apreendida como participativa, como elaborada pela PNH, não se tem grande relevância no documento. Mas quando analisamos o termo “gestão” de maneira geral, esta é citada 108 vezes no documento, relacionado tanto à gestão da saúde enquanto política e relacionado a questões financeiras, como também em eixos específicos, como por exemplo, voltados para o trabalho e educação em saúde.

Há, portanto, um considerável esvaziamento do debate e propostas em relação às diretrizes e conceitos da PNH, ao analisarmos o documento governamental. Este está mais voltado a trazer dados e informações e índices sobre doenças, taxas de mortalidades, dentre outros dados relacionados à saúde dos anos anteriores. Mas, ao analisarmos propostas e possibilidades inovadoras, há uma lacuna.

Em contrapartida, ao analisarmos o documento da 16ª Conferência Nacional de Saúde, realizada entre os dias 4 e 7 de agosto de 2019, podemos observar que há uma retomada mais aprofundada do debate acerca da humanização e demais pontos transversais à política.

Logo no início do documento, é feito uma retomada histórica das Conferências Nacionais de Saúde anteriores, reforçando a necessidade e a relevância dos debates e do espaço construído por estas, enquanto um espaço democrático e de participação social.

Como descrito no documento,

O processo da 16ª Conferência Nacional de Saúde demonstrou um grande potencial de estudo sobre a participação social na saúde nos tempos atuais, tanto em termos de ideias como de diversidade, formas de organização e motivação dos participantes, além da necessidade

de registro de questões que transcendem ao conteúdo das deliberações. Mais do que esse registro, a 16ª Conferência permite análises que sejam identificadas as características dos processos de participação em tempos em que a democracia é alvo de movimentos políticos que buscam sequestrar e privatizar os sentidos construídos ao longo dos anos e registrados na Constituição Federal. O processo da 16ª Conferência é um marco na participação social na saúde na conjuntura atual e, também, um privilegiado campo empírico para compreender o modo como se dá a participação e o controle social em contextos de fortes disputas pelo conceito de democracia.

Nas diretrizes referentes ao eixo I, do subitem 5.1.2: Saúde como Direito, se tem a defesa de assegurar e fortalecer a Política Nacional de Humanização, “estendendo-a ao conjunto de práticas no processo de produção dos cuidados com a saúde e garantindo o acolhimento, conforto e respeito na atenção ao cidadão usuário” (16ª CNS, 2019, p. 117).

Dentre os eixos de discussão, podemos observar em diversos momentos pontos que dialogam com as direções da PNH, mesmo que de maneira transversal à política, como por exemplo, apontar a necessidade de revogar leis referente à terceirização nos serviços de saúde.

No eixo III, do subitem 5.1.4: financiamento adequado e suficiente para o SUS, embora não se tem uma proposta direcionada especificamente à PNH, se destacam pontos que são relevantes e que perpassam a política, como quando reivindica a garantia de um financiamento adequado e o enfrentamento ao desfinanciamento/subfinanciamento do SUS, a revogação da EC nº 95/2016 que congelou os investimentos públicos em saúde por 20 anos, rever e modificar as legislações acerca dos repasses e valores tributários referentes à saúde, fortalecer o cumprimento do funcionamento dos Conselhos de Saúde, garantir os princípios do SUS, dentre outras proposições que perpassam a política de humanização (16ª CNS, 2019, p. 136-144).

Considerando as colocações acima, é evidente a diferenciação de como os documentos da Conferência Nacional de Saúde e do Plano Nacional de Saúde abordam a humanização e demais temáticas que perpassam suas propostas.

A CNS sendo um espaço democrático onde se concretiza a participação social na construção de diretrizes para a saúde, faz direta e indiretamente, reivindicações para garantia da PNH, bem como reforça sua relevância nos processos de saúde.

Já em relação ao PNS, elaborado pelo governo, base para os direcionamentos da saúde pública, há um esvaziamento do debate acerca da PNH, como também de propostas transversais à política enquanto necessárias para seu reforço e relevância nos processos de saúde.

Partindo desse pressuposto de que se tem um plano de governo voltado para o direcionamento da saúde pública, o curso traçado para a política de saúde é representado pelas medidas adotadas pelo presidente, refletidas no direcionamento do Ministério da Saúde.

Dentro desse escopo, a saúde pública passou por inúmeras violações, bombardeada por projetos de privatizações e desmontes de programas, tornando-se cada vez mais fragmentada e seletiva a determinado segmento social, buscando atender às necessidades do mercado e da ordem capitalista. É por esta lógica governamental que é conduzida a pandemia da COVID-19 no Brasil.

A estas condições somam-se ao fato de, por ser um vírus novo, não se tinham muitas informações e conhecimentos sobre suas reações no organismo, nem acerca de medicações e cuidados necessários ao ser infectado. Por estas razões, as principais e mais rápidas orientações, foram referentes a frear a disseminação, por meio do distanciamento e isolamento social, uso de máscara e limpeza das mãos.

O elevado número de pessoas em condições graves, internadas simultaneamente, foi fator de grande relevância que impactou diretamente na atenção hospitalar, causando uma sobrecarga aos profissionais, como também superlotações, acarretando na falta de instalações e de insumos, principalmente respiradores mecânicos e oxigênio.

É, também, ponto relevante para se pensar as práticas de humanização em saúde, o fator contágio entre os profissionais da saúde, impactando no número, já insuficiente, de profissionais capacitados para promover os atendimentos e cuidados.

O Sistema Único de Saúde foi extremamente afetado nesse processo com a alta demanda emergencial, descortinando uma das dimensões mais graves da crise brasileira: a do seu componente hospitalar (CAMPOS; CANABRAVA, 2020, p. 146).

Conforme Campos e Canabrava (2020):

A cada leito necessário para atendimento à COVID-19, são também exigidos novos fluxos de organização de acesso, novos equipamentos, especialmente ventiladores mecânicos, uma rede elétrica e de gases capaz de suportar essa sobrecarga, insumos em quantidade e qualidade adequadas e, sobretudo, força de trabalho capacitada para atender ao crescente número de casos complexos e muito graves (CAMPOS; CANABRAVA, 2020, p. 146).

Neste sentido, os profissionais foram submetidos a novas estratégias de ações a fim de prevenir o contágio entre pacientes, seus familiares e profissionais da saúde pelo vírus da COVID-19. Este quadro impacta a dinâmica interna dos hospitais, que frente à pandemia, se viram obrigados a desenvolver meios adequados ao novo contexto.

Santos (et al, 2020, p.2) destaca que a COVID-19 elevou a demanda por atendimento nas unidades hospitalares, tornando necessária a reorganização dos processos de cuidado e o desenvolvimento de estratégias gerenciais para o enfrentamento da pandemia. Com isso, foram utilizadas a incorporação de novas tecnologias com a finalidade de auxiliarem nos processos de saúde durante a pandemia. Essas tecnologias foram usadas, principalmente, como estratégia de desenvolvimento das tele consultas e enquanto recurso para manter certo vínculo entre paciente e núcleo familiar.

Mas, a incorporação e uso de tais tecnologias foram acompanhadas por contradições em suas finalidades e funções. Segundo Puccini e Cecílio (2004), uma das críticas mais expressivas que o debate da humanização coloca, principalmente, das práticas médicas, é a respeito das tecnologias.

Para os autores, o avanço tecnológico em si não é o ponto central, mas sim como estes são incorporados nos processos de saúde, causando um estranhamento e distanciamento das/nas relações interpessoais entre profissionais e usuários. Perdendo, assim, as singularidades e subjetividades dos usuários dos serviços de saúde, tomando a doença o objetivo central e causando, portanto, uma objetificação do sujeito.

Embora essenciais neste contexto, ao estímulo tecnológico contribuiu para a desumanização dos atendimentos quando estes se davam de maneira virtual, mais técnica e centrada na doença. Condições estas também em relação a

interação entre paciente – familiar – profissional, onde muitas vezes as informações sobre o quadro do paciente eram passadas diretamente pelo profissional, sem que houvesse um contato direto entre família e paciente. Esse quadro também proveu o aceleração do mercado tecnológico, reafirmando a relação do grande capital dentro dos processos de saúde.

É importante destacar que, à medida que a pandemia avançava e crescia a demanda pelos serviços de saúde e eleva o número de internações, o quadro de profissionais não acompanhava essa proporção, causando esgotamento, adoecimentos e tensões aos profissionais da saúde que, além do desgaste físico, estavam sob um intenso desgaste emocional.

Neste contexto, viu-se que os trabalhadores da área estavam exaustos frente

ao volume de atendimentos, à intensificação da força de trabalho devido ao insuficiente número de trabalhadores/as da saúde; à precarização das instituições e de seus recursos; à baixa remuneração que implica na necessidade do pluriemprego e à contratação por regimes de trabalho precários que favorecem o assédio moral (MATOS, 2021, p. 32).

O quadro em que os hospitais se encontram no período da pandemia foi extremamente instável e vulnerável, desde às estratégias de atendimento, à dinâmica interna tanto de pacientes, quanto dos familiares, como também das condições de trabalho. Estes elementos estão diretamente relacionados às diretrizes e princípios da Política Nacional de Humanização.

As circunstâncias que a pandemia causou nas relações e processos de saúde da atenção hospitalar trouxe à tona certa fragilidade, ao pensarmos em como as estratégias de humanização como acolhimento, vínculo, escuta foram radicalmente atropeladas pelas medidas de precaução e de isolamento.

As relações entre os sujeitos nesses espaços foram tomadas pelo desespero, angústia e medo, seja pelo perigo iminente da morte ou pela contaminação pelo vírus.

No tocante a estruturas, insumos e equipamentos, também houve debilidades, uma vez que, anterior à crise sanitária instaurada pela COVID-19, a saúde já passava por precárias condições estruturais, de condições de trabalho e quadro de profissionais reduzidos. Mendes; Carnut e Melo (2023, p. 8) destacam que “antes do início da pandemia, o SUS já vinha sentindo recorrentes

embates e fortes sinais de diminuição de sua sustentabilidade financeira ao longo de suas três décadas de existência”.

Essa condição ficou bem clara com o desfecho da CPI da COVID-19, quando se teve um atraso na compra das vacinas, impactando diretamente na imunização da população. Segundo o documento da CPI da COVID (2021), “a aquisição de imunizantes não foi uma prioridade do Ministério da Saúde, que postergou ao máximo a conclusão das negociações.” (BRASIL, 2021, p. 205)

Conforme podemos apreender a partir do documento final da CPI, a imunidade de rebanho foi uma estratégia adotada pelo presidente e o “Gabinete Paralelo”⁴³ que tinha como objetivo atingir a imunidade da população por meio da contaminação em massa pelo vírus SARS-COV, orientando que as pessoas seguissem suas vidas normalmente, desconsiderando as orientações de precaução, principalmente da OMS, de distanciamento social, uso de máscara e álcool gel. Bolsonaro deixou claro sua preocupação em proteger a economia, incentivando para que se mantivesse as atividades diárias normais, sem o fechamento de estabelecimentos, inclusive aulas presenciais (BRASIL, 2021, p. 50).

No Relatório da CPI (BRASIL, 2021, p. 56) é apresentado que “no cenário da COVID-19, a teoria da imunidade de rebanho pela transmissibilidade da doença implica uma quantidade tão grande de doentes e mortos, que não seria sequer eticamente aceitável cogitá-la”. Mas não foi assim que o presidente e seus aliados entenderam a gravidade da pandemia, ou usaram dessa condição para pôr em execução uma política “eugenista”, uma vez que, líderes internacionais que partilharam desta mesma ideia de imunidade de rebanho, acreditavam que:

o melhor caminho para vencer a crise era que a doença se espalhasse rapidamente para que os mais frágeis morressem, desonerando a previdência e os serviços de saúde – acontecimento positivo do ponto de vista econométrico –, enquanto os que sobrevivessem continuariam “tocando” a economia (BRASIL, 2021, p. 57).

⁴³ Gabinete paralelo: tinha como objetivo estimular a imunização de rebanho pela transmissão coletiva do vírus e dar ênfase ao tratamento precoce (BRASIL, 2021, p. 193).

O tratamento precoce, estimulado pelo presidente, sem nenhuma comprovação científica, composto pelas medicações cloroquina, ou hidroxicloroquina, a ivermectina e a azitromicina, pacote do “kit- COVID”. Bolsonaro, mesmo com informações da ineficácia das medicações, manteve sua postura de incentivar o uso do kit-COVID, negando, mais uma vez, as orientações e comprovações científicas, colocando em risco a vida das pessoas.

As escolhas tomadas pela presidência e seus apoiadores reforçam o descaso com a vida da população, onde as alternativas cabíveis para reduzir os danos do vírus foram substituídas por alternativas que visavam interesses políticos e econômicos específicos.

O uso da cloroquina se apresentava tão importante para o presidente que, se teve inclusive, a intenção de alterar a blusa da medicação para que esta tivesse a finalidade de seu uso para o tratamento de COVID, por meio de uma minuta de decreto, mesmo sendo falsa a informação. Fator que a Anvisa não apoiou. É claro que há interesses políticos por trás da incansável tentativa de Bolsonaro em propagar o uso desenfreado da cloroquina (BRASIL, 2021, p. 36)

Em meio ao caos em que a pandemia causou, as *fakes news*⁴⁴ foram instrumento da anti-ciência e enquanto meio para amenizar as atrocidades causadas pelo governo.

Segundo o documento da CPI,

não apenas os órgãos públicos de comunicação se omitiram em sua missão de combater boatos e a desinformação, mas participaram ativamente do processo de criação e distribuição desse tipo de notícia. Além disso, e ainda mais grave, ficou comprovado por esta investigação que a própria cúpula do governo se envolveu em ações para fomentar a disseminação de fake news.” (BRASIL, 2021, p. 664)

A prática desenfreada das *fake news* pelo Governo aflige diretamente o direito da população, principalmente os pacientes, de se saber as reais condições em que o vírus da COVID-19 acomete o sistema biológico, sua real periculosidade e consequências.

⁴⁴ campanhas disseminadas pelas redes sociais, baseadas em conteúdos claramente contrários às evidências técnicas e científicas disponíveis até o momento, gerando enorme confusão na população, por meio de um processo que se convencionou denominar fake news. Tais ações tiveram como consequências diretas o agravamento dos riscos de saúde para as pessoas, o rápido incremento da contaminação pelo coronavírus, o aumento do índice de ocupação dos leitos hospitalares e, finalmente, nefastas perdas para o País (BRASIL, 2021, p. 663)

Também foram alvos das falsas notícias os números de acometidos e de óbitos pela doença, juntamente com falsas informações sobre a eficácia das vacinas, afetando negativamente no combate ao vírus e causando, como consequência, novos casos que poderiam ser evitados (BRASIL, 2021).

Tal posicionamento do governo reforça e reflete não só o descaso com a vida das pessoas, como também, a negligência com práticas de humanização em saúde num cenário de pandemia e colapso da saúde pública.

Outro momento que demonstra o posicionamento de negligência com a população, priorizado pelo governo, pode ser verificado a partir do trecho abaixo citado, segundo o relatório da CPI da COVID:

Ainda que o governo brasileiro tenha agido para promover a imunidade de rebanho por contágio, tudo indica que as mortes ocorridas na população em geral tenham sido consideradas como um ônus aceitável para preservar a economia, mas não como um objetivo em si. Por outro lado, no caso dos indígenas, o vírus se apresentou como oportunidade para intensificar uma ofensiva multifatorial que já estava em curso, patrocinada pela atual gestão. O estímulo à presença de intrusos nas terras indígenas e a negligência deliberada do governo federal em proteger e assistir os povos originários foram aliados do vírus, produzindo efeitos combinados.” (BRASIL, 2021, p. 572)

Segundo o Relatório da CPI (2021, p. 1021), se o presidente tivesse tomado as medidas necessárias para frear a disseminação do vírus, poderia ter reduzido em 40% a transmissão do vírus, e assim, evitado a morte de aproximadamente 120 mil pessoas até final de março de 2021. E complementa afirmando que, “de forma geral, as normas apontam para uma estratégia de propagação do vírus conduzida de forma sistemática pelo governo federal, seguidas por tentativas de resistência dos demais Poderes e entes federativos” (BRASIL, 2021, p. 1021).

A partir do exposto acima, entendemos que não houve uma falta de combate à pandemia, mas sim uma escolha de redirecionamentos baseados no negacionismo tanto do potencial do vírus, quanto da veracidade da vacinação, de se optar por uma política de imunização em rebanho (quanto mais contaminados, mais rápido seria o processo de auto imunização), o que é uma falácia, que se confirmou pelo número de óbitos por COVID no Brasil.

Assim, pensar a humanização no período da pandemia torna-se um exercício complexo, mas de extrema relevância, para compreender como a saúde pública foi tratada e condicionada no governo Bolsonaro. Isso se faz possível, partindo do entendimento de que tal governo direcionou a política de

saúde sob uma concepção conservadora de extrema direita, reforçando a anti-ciência, o modelo de saúde curativista e a mercantilização/privatização da saúde, condicionando os processos de saúde para um viés desumanizado, fragmentado e tecnicista, onde a dignidade humana não foi preservada.

5 Considerações Finais

Partindo do entendimento até aqui expressado, entendemos a pertinência de se pensar a PNH durante os Governos Dilma, Temer e Bolsonaro. A PNH se propõe em possibilitar um atendimento humanizado, partindo da valorização e autonomia dos sujeitos, buscando fortalecer o vínculo entre profissional e usuários, valorizando e capacitando os profissionais de saúde, e, por consequência, buscando construir uma nova cultura de atendimento e serviços de saúde.

A PNH é uma política transversal⁴⁵ ao SUS, ou seja, não é uma política “independente”. Por ser uma política transversal, não possui legislação específica, e a justificativa, segundo seus formuladores, é de que, ao haver uma portaria específica, a política ficaria “amarrada” à burocratização do Estado, perdendo sua “autonomia” de ação (Miranda, 2009). Esta condição faz com que a política de humanização fique condicionada, sobretudo, às gestões. O que a torna inconsistente em relação a contextos políticos, subordinada a cada governo.

Partir da compreensão de que as políticas públicas estão diretamente associadas à conjuntura política, principalmente à composição ideológica composta no bloco de poder, é ponto central para analisar a saúde pública, e em específico, a PNH. Sendo necessário, portanto, analisar as características do governo, de maneira geral, para que assim, possa ser apreendida os direcionamentos das políticas públicas e econômicas do país.

Neste sentido, no primeiro governo de Dilma Rousseff, podemos identificar uma continuidade de propostas e de gestão do governo anterior, de Lula. Trazendo traços característico do PT, de conciliação de classes, onde, embora articulada com as propostas neoliberais, se dedica a implementar e manter políticas públicas necessárias à população brasileira de classes menos privilegiadas.

⁴⁵Transversalidade: Nas experiências coletivas ou de grupalidade, diz respeito à possibilidade de conexão/confronto com outros grupos, inclusive no interior do próprio grupo, indicando um grau de abertura à alteridade e, portanto, o fomento de processos de diferenciação dos grupos e das subjetividades. Em um serviço de saúde, pode se dar pelo aumento de comunicação entre os diferentes membros de cada grupo, e entre os diferentes grupos. A ideia de comunicação transversal em um grupo deve ser entendida não a partir do esquema bilateral emissor-receptor, mas como uma dinâmica multivetorializada, em rede, e na qual se expressam os processos de produção de saúde e de subjetividade. (HumanizaSUS, 2010, p. 68)

Já em seu segundo mandato, quando reeleita nas eleições de 2014, Dilma apostando em uma política econômica mais “radical”, que, juntamente com o contexto de pós crise internacional (2008), trouxe consequências não aceitáveis por parte das classes média e burguesa do país, acarretando em insatisfações e mobilizações nas ruas do país.

A classe trabalhadora também foi perpassada com consequências negativas, aprofundando as desigualdades sociais e intensificando a precariedade dos serviços públicos, piora na economia e aumento da violência, sendo as manifestações de 2013 o estopim para a efervescência política do país.

A saúde pública, neste cenário, não foi prioridade do governo, tendo avanços mais significativos no âmbito da gestão e organização do SUS. Mas sem grandes mudanças relacionadas ao financiamento da saúde pública. Os incentivos das terceirizações e privatizações foram mantidos e até mesmo enfatizados, tendo como grande exemplo, a implementação da EBSEH em 2011.

Como apontado no capítulo 2, podemos avaliar que, o foco do governo Dilma para a saúde, não foi voltado para superar os desafios de subfinanciamento e desvalorização da saúde pública, e sim traçar meios paliativos de melhorias em determinados setores da saúde, mantendo uma lógica de focalização das políticas de saúde.

A PNH, enquanto uma política transversal ao SUS, não teve centralidade dentro da política de saúde, onde pôde ser identificado certo esvaziamento no debate acerca da humanização inserida nas relações e serviços de saúde. Esvaziamento que se intensifica com o impeachment de Dilma, onde seu vice, Michel Temer, assume a presidência do país.

A humanização, neste contexto, foi direcionada, principalmente, referente às relações entre os sujeitos inseridos nos processos de saúde, e a responsabilização do usuário dentro desse processo. Sem grandes mudanças concretas nos serviços de saúde, a fim de potencializar a saúde pública e valorizar os profissionais de saúde. Essa condição reforça a compreensão de como as relações de poder do bloco político em destaque, juntamente às relações econômicas por este priorizadas, refletem e direcionam nas políticas públicas.

Essas pautas são consideradas de maneira mais aprofundada nos documentos da 14^a e 15^a CNS, por exemplo, onde a participação social é a principal na construção das propostas e direcionamentos voltados à saúde. Reforçando o papel social nos processos de saúde, pautando melhorias para a saúde. O que não é observado na mesma proporção nos documentos produzidos pelo próprio governo.

No governo de Michel Temer, pudemos identificar um esvaziamento maior do debate acerca da humanização na saúde, e ficando ainda mais expressiva no período da pandemia por meio do direcionamento do Governo Bolsonaro frente à crise sanitária instaurada.

Com o governo Bolsonaro, a gravidade do descaso com as políticas públicas, em especial a saúde, ficam em evidência. A agenda política, econômica e ideológica do governo se mostra totalmente direcionada por ações liberais, reforçando as relações desiguais entre as classes sociais.

Os retrocessos nesse período podem ser observados em diversos segmentos da vida coletiva, seja na política de educação, com a desqualificação das Universidades Federais, com a implementação do novo ensino médio, na propagação de uma anti-ciência, principalmente relacionada à veracidade de vacinas ofertadas pelo SUS, trazendo de volta doenças erradicadas a anos no cenário brasileiro, como também no contexto de pandemia. Degradação ambiental, descaso com os povos originários, colocando-os em uma realidade de extrema desnutrição, como foi com a população Yanomami. Ataques aos Direitos Humanos, à população LGBTQIA +, apologia à violência, facilitação ao porte de armas, uso de informações falsas e omissão de informações foram características marcantes e prioritárias do governo.

A saúde pública nesse contexto foi extremamente afetada, retrocedendo à ideia de saúde – doença – saúde, há uma retomada à concepção de saúde curativa, centrada na figura médica. Abrindo caminhos para um maior incentivo aos planos de saúde privados. O setor da saúde é entregue de maneira mais intensa ao setor econômico, enquanto potencial de investimento ao grande capital, sendo tratada como fonte de lucro.

Neste cenário, a pandemia da COVID-19 chega ao Brasil, trazendo consequências catastróficas à população brasileira. Deixando claro os interesses e prioridades do governo.

O enfrentamento à pandemia da COVID-19 foi perpassado por inúmeros desafios, tanto de subfinanciamentos para insumos, equipamentos e profissionais, quanto pela falta de estratégias efetivas de ação direcionadas pelo governo, para conter a propagação do vírus. Também houve negligência por parte do presidente, que, além de subestimar a potência do vírus, atrasou as deliberações das medidas de prevenção / precaução, como também a compra das vacinas.

O descaso com as vidas afetadas pela pandemia, a maneira em que a situação foi conduzida pelo presidente, as falas com tom de deboche, a falta de insumos, vacinas, estruturas adequadas e profissionais capacitados, a desqualificação da ciência e da vacinação, o uso de *fake news* prejudicando a população a ter acesso a informações verdadeiras, as subnotificações de casos, as falas públicas estimulando o não isolamento social e demais cuidados para reduzir a propagação do vírus, foram posturas tomadas pelo governo que vão contra as diretrizes e proposições da PNH. Desumaniza não só as relações e processos de saúde, mas também as relações sociais e coletivas. Deixa a política de saúde brasileira ainda mais distante de concretizar os princípios de equidade, universalidade e integralidade que o SUS representa e luta, desde sua criação, para se manter vivo.

Podemos observar, a partir do referente estudo, que à medida que o Estado intensifica seu caráter liberal e de extrema direita, a PNH vai sendo apagada das pautas e propostas de governo, chegando a um significativo esvaziamento no governo Bolsonaro.

Há também um distanciamento das diretrizes da PNH no que se refere a mudanças e melhorias estruturais dos espaços e serviços de saúde, bem como qualificação e valorização dos profissionais da saúde, prevalecendo suas orientações acerca das subjetividades dos sujeitos inseridos nos processos de saúde. Responsabilizando estes de maneira a “resolver” as falhas deixadas pela política insuficiente de saúde pública.

Com os governos de extrema-direita, identificamos que não há essa preocupação em manter a política de humanização, mesmo que em caráter paliativo. Percebemos, no entanto, o interesse em permitir que a saúde pública seja mínima para, assim, justificar a importância dos planos privados de saúde.

. Embora seja uma política de grande relevância para a saúde pública, sendo uma possibilidade de construir um sistema de saúde mais qualificado e eficaz, a política de humanização, desde sua criação, possui lacunas que facilitam caminhos para que a política não seja efetivada de maneira mais objetiva e permanente.

Entendemos, assim, que, para a PNH ser uma política mais estável e concreta, julgamos necessário que esta deixe de ser uma política transversal ao SUS e suscetível a gestões isoladas, como pudemos observar no referido estudo. Por fim, a PNH deveria estar presente na Constituição Federal, resguardada por legislação que a estabeleça enquanto uma política pública de dever do Estado. Uma política que, além de complementar, fortaleça verdadeiramente, o SUS

Referencial Bibliográfico

ABRAMIDES, M. B. C; CABRAL, M. S. R. Regime de acumulação flexível e saúde do trabalhador. São Paulo em Perspectiva, 17 (1): 3 – 10, 2003. Disponível em: <<https://www.scielo.br/i/spp/a/P87NC7ZMqpymgR9t3gBG8yh/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 7, mar, 2023

ÁLVARES, G.A. Brasil despedaçado: uma análise do país pós-golpe. Revista Cult, 2018. Disponível em: < <https://revistacult.uol.com.br/home/brasil-despedacado-pos-golpe/>> Acesso em: 18, abril, 2024.

ALVES et al. Era da (des) informação: negacionismo e desvalorização da ciência na estratégia bolsonarista frente à pandemia da COVID-19. Serviço Social em Perspectiva, v. 7, n I: “Serviço Social, Tecnologias, Mídias e Redes Sociais: desafios dos tempos da (des)informação”. Montes Claros (MG). jan/jun. 2023. Disponível em: <<https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/sesoperspectiva/article/view/5846>> Acesso em: 1, ago., 2023.

ALVES, G. Dimensões da Reestruturação Produtiva: ensaios de sociologia do trabalho. 2ª edição - Londrina: Práxis; Bauru: Canal 6, 2007.

ALVES, I. P; et al. Era da (des) informação: negacionismo e desvalorização da ciência na estratégia Bolsonarista frente à pandemia da COVID-19. Serviço Social em Perspectiva, Montes Claros (MG), v. 7, n. 1, jan/jun, 2023. Disponível em: < <https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/sesoperspectiva/article/view/5846>> Acesso em: 22, ago., 2023.

Anais / 8ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília, 1986. – Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

BAHIA, L; CARDOSO, A.M. Saúde em tempos de hiper ajuste fiscal, restrição à democracia e obscurantismo. In: LEITE, A.Z., et al. Brasil: incertezas e submissão? – São Paulo: Fundação Perseu Abramo, p. 251-270.

BAHIA. Secretaria da saúde. Redes de Atenção à Saúde. Disponível em: < [https://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/comofuncionaosus/redes-de-atencao-a-saude/#:~:text=As%20Redes%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A0%20Sa%C3%BAde%20\(RAS\)%20s%C3%A3o%20arranjos%20organizativos,30%2F12%2F2010](https://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/comofuncionaosus/redes-de-atencao-a-saude/#:~:text=As%20Redes%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A0%20Sa%C3%BAde%20(RAS)%20s%C3%A3o%20arranjos%20organizativos,30%2F12%2F2010)>. Acesso em: 3, fev., 2024.

BALTAR, R. Roteiro para Elaboração do Projeto de Pesquisa. Texto de orientação para o Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais – UEL, Londrina, 2000.

BARROS, B. T.S; BRITO, A. E. C. A política de saúde sob o governo Temer: aspectos ideológicos do acirramento do discurso privatista. O Social em Questão - Ano XXII - n 44 - mai-ago 2019. Disponível em: <https://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_44_art3.pdf> Acesso em: 12, jan, 2024.

BASTOS, P. P. Z. Ascensão e crise do governo Dilma Rousseff e o golpe de 2016: poder estrutural, contradição e ideologia. Revista de Economia Contemporânea, Número Especial: p. 1-63, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rec/a/Q64JZq7tHnKDsYGVrYS4mD/abstract/?lang=pt>> Acesso em: 14, fev., 2024.

BBC NEWS BRASIL. O que é o “Orçamento Secreto” e por que virou arma eleitoral contra Bolsonaro? Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-62792795>> Acesso em: 14, jun, 2024.

BELLO, E; CAPELA, G; KELLER, R. J. Operação Lava Jato: ideologia, narrativa e (re)articulação da hegemonia. Revista Direito e Práxis, Rio de Janeiro, Vol. 12, n. 3, 2021. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/revistaceaju/article/view/53884>> Acesso em: 16, fev., 2024.

BENEVIDES, R; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 10 (3): 561-571, 2005. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/Dtq6TH5LdJbfDPDwSxSmy6G/>>. Acesso em: 28, jan, 2023.

BOITO, A. Neofascismo e neoliberalismo no Brasil do governo Bolsonaro. Revista Observatório Latinoamericano y Caribeño, v. 4, n 2 - jul-dez, 2020. Disponível em: <<https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/observatoriolatinoamericano/article/download/6026/5719>> Acesso em: 1, mai., 2024.

BRANDÃO, C. C; MENDOMÇA, A. V; SOUSA, M.F. O Ministério da Saúde e a gestão do enfrentamento à pandemia de COVID-19 no Brasil. SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO, V. 47, N. 137, P. 58-75, Abr-Jun 2023. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/bYwHdRCrkfpbbR7SCBrx36c/>> Acesso em: 9, jun, 2024.

Brasil de Fato. Relatório expõe estrago na política ambiental sob Bolsonaro. São Paulo (SP), 27 de março de 2023. Disponível em: <<https://www.brasildefato.com.br/2023/03/27/relatorio-expoe-estrago-na-politica-ambiental-sob-bolsonaro>>. Acesso em: 8, mar, 2024.

BRASIL, Ministério da Saúde. O parto no Brasil com ênfase ao parto normal no âmbito do SUS. Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2015.

BRASIL. 11ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília 15 a 19 de dezembro de 2000: o Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: relatório final / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/11_cns.pdf> Acesso em: 27, jan, 2023.

BRASIL. Cadernos HumanizaSUS, Vol. 1-5. Disponível em: <https://redehumanizasus.net/categorias/publicacoes-da-pnh/#/?view_mode=masonry&perpage=12&paged=1&order=DESC&orderby=date&fetch_only=thumbnail%2Ccreation_date%2Cauthor_name%2Ctitle%2Cdescription&fetch_only_meta=&taxquery%5B0%5D%5Btaxonomy%5D=tnc_tax_117192&taxquery%5B0%5D%5Bterms%5D%5B0%5D=36316&taxquery%5B0%5>

D%5Bcompare%5D=IN> Acesso em: 20, ago., 2023. Brasil. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde (PNS) 2008/2009-2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: < <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/instrumentos-de-planejamento/pns>> Acesso em: 20, fev., 2024.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Governo amplia acesso ao Farmácia Popular. Brasília, 2010. Disponível em: < <https://www.cofen.gov.br/governo-amplia-acesso-ao-farmacia-popular/>> Acesso em: 14, abril, 2024.

BRASIL. Decreto Nº 7.508, De 28 De Junho De 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação Inter federativa, e dá outras providências. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm> Acesso em: 16, fev. 2024.

BRASIL. Decreto Nº 7.646, De 21 De Dezembro De 2011. Dispõe sobre a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde e sobre o processo administrativo para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde pelo Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. Disponível em:<https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7646.htm#:~:text=DECRETO%20N%C2%BA%207.646%2C%20DE%2021,SUS%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAncias.>. Acesso em: 16, fev., 2024.

BRASIL. Decreto nº 8.243, de 23 de maio de 2014. Institui a Política Nacional de Participação Social – PNPS e o Sistema Nacional de Participação Social SNPS, e dá outras providências. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/decreto/d8243.htm> Acesso em: 16, abril. 2024.

BRASIL. Emenda Constitucional Nº 86, de 17 de março de 2015. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc86.htm> Acesso em: 15, abril. 2024.

BRASIL. Lei Complementar Nº 141, De 13 De Janeiro De 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm>. Acesso em:23, jun, 2023.

BRASIL. Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e da outras providências.

Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm> Acesso em: 3, fev., 2023.

BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm> Acesso em: 25, mar, 2024.

BRASIL. Lei Nº 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: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/lei/l12550.htm> Acesso em: 15, fev., 2024.

BRASIL. Lei Nº 12.871, De 22 De Outubro De 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12871.htm> Acesso em: 18, fev., 2024.

BRASIL. Lei nº 12.973, de 13 de maio de 2014. Altera a legislação tributária federal. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2014/lei/l12973.htm> Acesso em: 15, abril. 2024.

BRASIL. Lei Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm> Acesso em: 3, fev., 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde [2013]. Política Nacional de Humanização. 1ª ed. 1ª reimpressão. Brasília – DF, 2013. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf> Acesso em: 30, jan, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. 14ª Conferência Nacional de Saúde. Disponível em: <<https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/conferencias/14a-cns>> Acesso em: 21, fev., 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. 15ª Conferência Nacional de Saúde. Disponível em: <<https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/conferencias/15a-cns>> Acesso em: 21, fev., 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. 16ª Conferência Nacional de Saúde. Disponível em: <<https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/conferencias/16a-cns>> Acesso em: 21, fev., 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde – PNS: 2012-2015 Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/instrumentos-de-planejamento/pns>> Acesso em: 20, fev., 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde (PNS) 2016-2019. Disponível em: < <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/instrumentos-de-planejamento/pns>> Acesso em: 20, fev., 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde (PNS) 2020-2023. DF, fevereiro de 2021. Disponível em: < <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/instrumentos-de-planejamento/pns>> Acesso em: 20, fev., 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 3.390, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília (DF): Ministério da Saúde [2013]. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.htm |> Acesso em: 9, mar, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção hospitalar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: Acesso em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_humanizaus_atenc_ao_hospitalar.pdf> 2, abr, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 4. ed. 4. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf> Acesso em: 2, abr, 2023.

BRASIL. Portaria Nº 1.082, De 23 De Maio De 2014. Redefine as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), incluindo-se o cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e fechado; e estabelece novos critérios e fluxos para adesão e operacionalização da atenção integral à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade, em unidades de internação, de internação provisória e de semiliberdade. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1082_23_05_2014.htm |> Acesso em: 18, fev., 2024.

BRASIL. Portaria Nº 1.130, de 5 De agosto De 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.htm |> Acesso em: 18, fev., 2024.

BRASIL. Portaria Nº 1.214, De 13 De Junho De 2012. Institui o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (QUALIFAR-SUS). Disponível

em:<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1214_13_06_2012.html>. Acesso em: 16, fev., 2024.

BRASIL. Portaria Nº 1.459, De 24 De Junho De 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Disponível em:<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 15, fev., 2024.

BRASIL. Portaria Nº 1.600, de 7 De julho De 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html> Acesso em: 17, fev., 2024.

BRASIL. Portaria Nº 1.601, de 7 De julho De 2011. Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Disponível em:<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1601_07_07_2011_rep.html> Acesso em: 17, fev., 2024.

BRASIL. Portaria Nº 140, De 27 De Fevereiro De 2014. Redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0140_27_02_2014.html> Acesso em: 16, fev., 2024.

BRASIL. Portaria Nº 199, De 30 De Janeiro De 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, aprova as Diretrizes para Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e institui incentivos financeiros de custeio. Disponível em:<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0199_30_01_2014.htm> Acesso em: 22, fev., 2024.

BRASIL. Portaria Nº 2.446, De 11 De Novembro De 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Disponível em:<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.htm> Acesso em: 22, fev., 2024.

BRASIL. Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em:<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.htm>. Acesso em: 15, fev., 2024.

BRASIL. Portaria Nº 2.488, De 21 De Outubro De 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível

em:<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html> Acesso em: 17, fev., 2024.

BRASIL. Portaria Nº 2.546, De 27 De Outubro De 2011. Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes). Disponível em:<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2546_27_10_2011.html> Acesso em: 16, fev., 2024

BRASIL. Portaria Nº 278, De 27 De Fevereiro De 2014. Institui diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Disponível em:<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0278_27_02_2014.htm> Acesso em: 18, fev., 2024.

BRASIL. Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.htm> Acesso em:15, fev., 2024.

BRASIL. Portaria Nº 529, de 1 De abril De 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Disponível em:<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html> Acesso em: 17, fev., 2024.

BRASIL. Portaria Nº 793, De 24 De Abril De 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em:<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html> Acesso em: 16, fev., 2024.

BRASIL. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília (DF). Disponível em:<https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm> Acesso em: 01 mar. 2023.

BRASIL. Presidência da República. Emenda constitucional no 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília, (DF): Presidência da República, [2016]. Disponível em:<https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm> Acesso em: 02 fev. 2023.

BRASIL. Projeto De Lei Nº 5.069, de 2013. Acrescenta o art. 127-A ao Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal; tendo parecer da Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania, pela constitucionalidade, juridicidade, técnica legislativa e, no mérito, pela aprovação, com Substitutivo (relator: DEP. EVANDRO GUSSI). Disponível em:<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=21C019824729D598E4CB7B040D3FBB8A.proposicoesWeb2?codteor=1403866&filename=Avulso+-PL+5069/2013>. Acesso em: 17, fev., 2024.

BRASIL. Proposta de Emenda à Constituição Nº 358, de 2013. Senado Federal. Disponível em:<

https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1258324&filename=Avulso%20PEC%20358/2013> Acesso em: 15, abril, 2024.

BRASIL. Proposta de Emenda à Constituição Nº 451, de 2014. Câmara dos Deputados. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1297495&filename=Avulso%20PEC%20451/2014> Acesso em: 15, abril. 2024.

BRASIL. Portaria Nº 3.088, De 23 De Dezembro De 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 15, fev., 2024.

BRAVO, M. I, S; MENEZES, J. S, B. Saúde na atual conjuntura, a pandemia do coronavírus e as lutas da frente nacional contra a privatização da saúde. Revista Humanidades e Inovação, v. 8, n. 35, 2016. Disponível em: <<https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/issue/view/106>> Acesso em: 31, jul, 2023.

BRAVO, M. I. S; PELAEZ, E. J; PINHEIRO, W. N. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. Revista Argumentum. Vitória, v. 10, n.1, p. 9-23, jan/abr, 2018. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/journal/4755/475566804003/html/>> Acesso em: 31, jul, 2023.

BRAVO, M. I; PELEAZ, E. J; MENEZES, J. S. B. A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: o SUS totalmente submetido ao mercado. 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais. Tema: “40 anos da “Virada” do Serviço Social”. Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019. Acesso em: 26, fev. 2023.

BRAVO, M.I.S. Política de Saúde no Brasil. IN: Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. 1ª Ed, Cortez Editora, São Paulo – SP, 2006.

BRAVO; MATOS, Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. In: BRAVO, M.I.S et al (org.). Saúde e Serviço Social. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ,2004, p. 25-47. Disponível em:<<http://www.cressrn.org.br/files/arquivos/ceJ472Fic4P2HK6fVV92.pdf>> Acesso em: 23, dez, 2022.

BRENNER, R. A crise emergente do capitalismo mundial: do neoliberalismo à depressão? Outubro Revista. Disponível em: <<http://outubrorevista.com.br/wp-content/uploads/2015/02/Revista-Outubro-Edic%CC%A7a%CC%83o-3-Artigo-02.pdf>>. Acesso em: 27, abril, 2023.

CALIL, G. Brasil: o negacionismo da pandemia como estratégia de fascistização. Materialismo Storico, n. 2, v. IX, 2020. Disponível em: <<https://journals.uniurb.it/index.php/materialismostorico/article/view/2470>> Acesso em: 1, set, 2023.

_____. A negação da pandemia: reflexões sobre a estratégia bolsonarista. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 140, p. 30-47, jan/abr, 2021. Disponível em: <

<https://www.scielo.br/j/sssoc/a/ZPF6DGX5n4xhfJNTypm87qS/abstract/?lang=pt>
> Acesso em: 1, set, 2023.

CAMPOS, F. C. C.; CANABRAVA, C. M. O Brasil na UTI: atenção hospitalar em tempos de pandemia. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/bxcgdZJbz3D4tKDztZdXF7b/?lang=pt>> Acesso em: 18, mar, 2023.

CARDOSO JR, J.C. Desmonte do Estado no governo Bolsonaro: menos república, menos democracia e menos desenvolvimento. In: LEITE, A.Z., et al. Brasil: incertezas e submissão? – São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2019, p. 151-170.

CARNEIRO, R. M. S. Controle de qualidade e qualidade de vida: atuais formas de controle do capital sobre o trabalho na reestruturação empresarial brasileira nos anos 90. Tese (doutorado) - Universidade Federal de Pernambuco. CCSA, Serviço Social, 2006.

CASTILHO, D. R.; LEMOS, E.L.S. Necropolítica e governo Bolsonaro: repercussões na seguridade social brasileira. Revista Katálysis., Florianópolis, v.24, n. 2, p. 269-279, maio/ago. 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rk/a/TyMKscqwjWfwpbScmWpwCvc/?lang=pt>> Acesso em: 26, fev. 2023.

CASTRO, M. M. C. Humanização em saúde: intencionalidade política e fundamentação teórica. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2018.

_____. Epílogo. Humanização em Saúde: intencionalidade política e fundamentação teórica. 2 ed. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2023. No prelo.

CISLAGHI, J. F. Retrocesso no legislativo e impactos para a saúde no Brasil. In: BRAVO et al. Cadernos de Saúde; A mercantilização da saúde em debate: As organizações sociais no Rio de Janeiro. 1ª ed. Rio de Janeiro: ERJ, Rede Sirius, 2015, p.21-24.

CONCEIÇÃO, T. S. “Fazer mais e melhor com o pouco que eu tenho”: um estudo da Política Nacional de Humanização implementada em Manaus, 2009. Orientadora: Elaine Rossetti Behring. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Serviço Social.

CORREIA, M.V; SANTOS, V. M. Privatização da saúde via novos modelos de gestão: as Organizações Sociais em questão. In: BRAVO et al. Cadernos de Saúde; A mercantilização da saúde em debate: As organizações sociais no Rio de Janeiro. 1ª ed. Rio de Janeiro: ERJ, Rede Sirius, 2015, p.33-41.

CRUZ, A. F. B; et al. Boletim Informativo COVID-19 – Trabalhadores Da Saúde: Comunicação E Informação Sobre Gestão Do Trabalho No Sus-Bahia. 2021. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-1342828>> Acesso em: 15, mar, 2023.

DANTAS, A. Movimentos Sanitário hoje: um debate estratégico. In: BRAVO et al. Cadernos de Saúde; A mercantilização da saúde em debate: As organizações sociais no Rio de Janeiro. 1ª ed. Rio de Janeiro: ERJ, Rede Sirius, 2015, p.25-32.

DEMIER, F. A. Nas ruas por direitos: a resposta popular às contrarreformas da democracia blindada brasileira. A Saúde nos Governos do Partido dos Trabalhadores e as Lutas Sociais Contra A Privatização / Organizadoras, Maria Inês Souza Bravo, Juliana Souza Bravo de Menezes. – 1. ed. – Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2014. Disponível em: <<https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/download/17066/11887/48354>> Acesso em: 23, mar, 2024.

DESLANDES, Suely F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1):7-14, 2004. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/7jS34hDzJbQtCHMjYFHKf4L/>>. Acesso em: 14, abril.2023.

Dois momentos em que Bolsonaro chamou COVID-19 de “gripezinha”, o que agora nega. BBC NEWS BRASIL, 2020. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-55107536>>. Acesso em: 16, fev., 2024.

DURIGUETTO, M. L; DEMIER, F. Democracia blindada, contra reformas e luta de classes no Brasil contemporâneo. *Argumentum Debate*, Vitória, v.9, n.2, p. 8-19, maio/ago. 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/17066>> Acesso em: 2, fev., 2024.

ESCOREL, S. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à Reforma Sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.) Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, CEBES, 2ª reimp., 2011, p. 323-364. Disponível em: <<https://books.scielo.org/id/c5nm2/pdf/giovanella-9788575413494.pdf>> Acesso em: 23, maio, 2023.

FONSCECA, J.J.S. Metodologia de pesquisa científica. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila. Disponível em: <<http://www.ia.ufrj.br/ppgea/conteudo/conteudo-2012-1/1SF/Sandra/apostilaMetodologia.pdf>> Acesso em: 15, dez, 2022.

FREITAS, C. M; PEREIRA, A. M.M; MACHADO, C.V. A resposta do Brasil à pandemia de COVID-19 em um contexto de crise e desigualdade. In: MACHADO; C.V, PEREIRA, A.M.M; FREITAS, C.M. Políticas e sistemas de saúde em tempos de pandemia: nove países, muitas lições. Rio de Janeiro, RJ: Observatório COVID-19 Fiocruz; Editora Fiocruz, 2022, p. 295-322.

FSS- UFJF, Portifólio Supervisão de Estágio: junho/2017 - agosto/2018.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. - São Paulo: Atlas, 2002.

Gil, Antônio Carlos, 1946- Como elaborar projetos de pesquisa/Antônio Carlos Gil. - 4. ed. - São Paulo: Atlas, 2002. Disponível em: <https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/150/o/Anexo_C1_como_elaborar_projeto_de_pesquisa_-_antonio_carlos_gil.pdf> Acesso em: 22, jul, 2023.

____ Métodos e técnicas de pesquisa social / Antônio Carlos Gil. - 6. ed. - São Paulo: Atlas, 2008. Disponível em: <<https://ayanrafael.files.wordpress.com/2011/08/gil-a-c-mc3a9todos-e-tc3a9cnicas-de-pesquisa-social.pdf>> Acesso em: 22, jul, 2023.

GOMES, P.H. “Não sou coveiro, tá?!, diz Bolsonaro ao responder sobre mortos por coronavírus. G1, Brasília, 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/04/20/nao-sou-coveiro-ta-diz-bolsonaro-ao-responder-sobre-mortos-por-coronavirus.ghtml>>. Acesso em: 16, fev., 2024.

GRA, J. C. S; OLIVEIRA, G. C. Dinâmica do capitalismo financeirizado e o sistema de saúde no Brasil: reflexões sob as sombras da pandemia de COVID-19. Cadernos de Saúde Pública, 2022. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/C9Yz7cNt3GdM5wczrb74rR/>> Acesso em: 19, jun, 2024.

GUIMARÃES, J. Conheça a história sombria do coronel Ustra, torturador e ídolo de Bolsonaro. Brasil de Fato / São Paulo (SP), 17 de outubro de 2018. Disponível em: <<https://www.brasildefato.com.br/2018/10/17/conheca-a-historia-sombria-do-coronel-ustra-torturador-e-idolo-debolsonaro#:~:text=Ao%20declarar%20o%20seu%20voto,ex%2Dpresidenta%2C%20que%20foi%20presa>>. Acesso em: 21, jan, 2024.

GUSMÃO-FILHO, F. A. R. de. Análise de implantação da Política de Qualificação da Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde - Política Qualisus – em três hospitais no município do Recife. — Recife, 2008. Disponível em: <https://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2008gusmao-filho-far.pdf>. Acesso em: 5, jul, 2023.

HARVEY, D. A condição pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural. Edições Loyola, São Paulo, Brasil, 1992.

IDOETA, P. A. A história de Bolsonaro com a hidroxicloroquina em 6 pontos: de tuites de Trump à CPI da COVID. BBC News Brasil – São Paulo, 2021. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-57166743>> Acesso em: 16, fev, 2024.

KRUGER, T. R.; SILVA, D. C. Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na política de saúde: o significado no exercício profissional. Temporalis, Brasília (DF), ano 18, n. 35, jan./jun. 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/19578>> Acesso em: 03, jan, 2023.

LAZARINI et al, Políticas de saúde no Brasil: uma análise a partir dos projetos financiados pelo Banco Mundial durante os governos Lula e Dilma. Saúde Soc. São Paulo, v. 30, n 1, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/Fqgghd5stTzWq8Nw7k9VyBq/>> Acesso em: 20, jan, 2024.

LEAL, L. M; CASTRO, M. M. C. Política Nacional de Atenção Hospitalar: impactos para o trabalho do assistente social. Serviço Social e saúde, Campinas, SP v. 16, n. 2 (24), p. 211-228, jul/dez. 2017. Disponível em: <<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8651464>> Acesso em: 13, abr, 2024.

MACHADO, C. V; LIMA, L. D; BAPTISTA, T. W. F. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema

universal. CSP Cadernos de Saúde Pública, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/HfmStkr5tNJKCCZW8qQdvz/abstract/?lang=pt>>

MARX, K. O Capital: Crítica da Economia Política. Livro Primeiro: O Processo de Produção do Capital. Vol. II. 33ª ed, Civilização Brasileira, Rio de Janeiro, 2018.

MATHIAS, M. Antes do SUS: como se (des)organizava a saúde no Brasil sob a ditadura. Centro de Estudos Estratégicos da FioCruz. Saúde e Sustentabilidade, abril, 2018. Disponível em: <<https://cee.fiocruz.br/?q=antes-do-sus>>. Acesso em: 5, abril, 2023.

MATOS, M. C. O Neofascismo Da Política De Saúde De Bolsonaro Em Tempos Perigosos Da Pandemia Da COVID-19. Revista Humanidades e Inovação v.8, n.35, 2021. Disponível em: <[file:///C:/Users/User/Downloads/5340-Texto%20do%20artigo-17739-1-10-20210629%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/5340-Texto%20do%20artigo-17739-1-10-20210629%20(1).pdf)> Acesso em: 22, jun, 2023.

MATTOS, M. B. Governo Bolsonaro: neofascismo e autocracia burguesa no Brasil. Relações Internacionais, março: 2022. Disponível em: <https://ipri.unl.pt/images/publicacoes/revista_ri/pdf/RI73/RI73_art03_MBM.pdf> Acesso em: 8, mai., 2024.

MENDES, A. O subfinanciamento e a mercantilização do SUS no contexto do capitalismo contemporâneo em crise. In: BRAVO et al. Cadernos de Saúde; A mercantilização da saúde em debate: As organizações sociais no Rio de Janeiro. 1ª ed. Rio de Janeiro: ERJ, Rede Sirius, 2015, p. 11-20.

MENDES, A; CARNUT, L. Capital, Estado, crise e a saúde pública brasileira: golpe e desfinanciamento. SER Social 46, jan.-jun. 2020. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25260>

MENDES, A; CARNUT, L; MELO, M. Continuum de desmonte da saúde pública na crise do COVID-19: o neofascismo de Bolsonaro. Saúde Soc. São Paulo, v.32, n1, 2023. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/4nFqGgLQ5wL5wHGjtJfntNS/>> Acesso em: 22, ago., 2023.

MINAYO, M. C. S. (Org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 21º ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2002.

MIRANDA, V. S. N. A conexão da gestão com a política nacional de humanização da saúde: a experiência desenvolvida no Hospital Odilon Beherns / Belo Horizonte – MG. Rio de Janeiro: UFRJ, 2009. Orientador: Erimaldo Matias Nicácio. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Serviço Social / Programa de Pós-Graduação em Serviço Social.

Moreira, M.A.D.M, et al. Políticas públicas de humanização: revisão integrativa da literatura. Ciência & Saúde Coletiva, 20(10):3231-3242, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/fJvqxsD4Lwy7L38Sy797qvw/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 5, fev. 2023.

NETTO, J. P. Crise do socialismo e ofensiva neoliberal. 2ª Ed. São Paulo: Cortez, 1995.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F; BÓGUS, C. M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização. *Saúde e Sociedade*, v. 13, n.3, p. 44-57, set-dez, 2004. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/RVqT6nk8tM8q3rLf5FSfGKN/abstract/?lang=pt>> Acesso em: 23, ago., 2023.

NORONHA, et al, 2020. Pandemia por COVID-19 no Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos hospitalares e equipamentos de ventilação assistida segundo diferentes cenários.

OLIVEIRA, E. A. Política Social: política para o capital ou para o trabalhador? *Argumentum*. Vitória, v.10, n.3, p. 232-243, set/dez. 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/18397/15688>> Acesso em: 28, fev. 2023.

PAIM, J.S. Reforma Sanitária Brasileira: Contribuições para a Compreensão e Crítica. Universidade Federal da Bahia: Instituto de Saúde Coletiva. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Salvador, setembro de 2007. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/10376/1/5555555555.pdf>> Acesso em: 19, jnh, 2023.

PAIVA, C. H.A; TEIXEIRA, L.A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.20, n.2, abr.-jun. 2014, p.653-673. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/rcknG9DN4JKxkbGKD9JDSqy/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 25, maio, 2023.

PASCHE, D. F. Humanização nos hospitais: reforma na gestão e nas práticas de saúde no contexto de produção de novos sujeitos. *Rev. Med Minas Gerais* 2009; 19(4 Supl. 2): S33-41. Acesso em: 5, jul., 2023.

PASHE, D. F; PASSOS, E; HENNINGTON, E. A. Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetórias de uma política pública. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 16 (11): 4541-4548, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/hcgHbs6rBMNdsSww7PFbfhz/> Acesso em: 29, abr, 2023.

PEREIRA, A. B; NETO, J. L. F. Processo De Implantação Da Política Nacional De Humanização Em Hospital Geral Público - Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 13 n. 1, p. 67-87, jan./abr. 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tes/a/CfGzCHp8zCsyGkfVdtj9HPk/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 18, fev., 2023.

Programa Nacional De Humanização Da Assistência Hospitalar. Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 20 Brasília 2001. Disponível em: <<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>> Acesso em: 15, fev., 2023.

PUCCINI, P. T; CECÍLIO, L. C. O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(5):1342-1353, set-out, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/fltk3FpWqwb3krjLkQwymDw/> Acesso em: 24, jun, 2023.

REHUNA – Rede Pela Humanização do Parto e do Nascimento. Disponível em: <<https://rehuna.org.br/nossa-historia/>> Acesso em: 15, jnh, 2023.

REIS, A. A. C. et al. Tudo a temer: financiamento, relação público e privado e o futuro do SUS. Saúde Debate, Rio de Janeiro, V. 40, N Especial, DEZ. 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/kYPzVLX9DKpxWtWJgKKTtgS/>> Acesso em: 2, fev., 2024.

REIS, C. R; PAIM, J. S. A Reforma Sanitária brasileira durante os governos Dilma: uma análise da conjuntura. Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 45, n. 130, p. 563-574, jul-set 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/jLNMjQBZpJthY3mwf7tTtGf/>> Acesso em: 14, jan, 2024.

REIS, C. R; PAIM, J. S. A saúde nos períodos dos governos Dilma Rousseff (2011-2016). Saúde para Debate. Rio de Janeiro, n. 58, p. 101-114, jul, 2018. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/29852/1/Artigo%20Jairnilson%20Paim.%202018.pdf>> Acesso em: 31, jul, 2023.

SANTOS, J. L.G et al. Como os hospitais universitários estão enfrentando a pandemia de COVID-19 no Brasil? 1 Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil. Acta Paul Enferm. 2020; 33:1-8. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ape/a/fr9jQffksDfd64CtjwR63YP/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 23, ago., 2023.

SESTELO, J. A. F, et al. Hospitais no contexto de pandemia de COVID-19: problemas e estratégias de enfrentamento. Edufba, 2020. V.2. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/32942/16/vol2_cap16_Hospitais%20no%20contexto%20de%20pandemia%20de%20COVID-19.pdf> Acesso em: 2, abr, 2023.

SILVA, D. C, et al. Acolhimento hospitalar em tempos de pandemia de COVID-19: relato de experiência. Revista Eletrônica Acervo Saúde. Vol., 15 (1), 2022. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/9404> Acesso em: 9, mar, 2023.

SILVA, D. C. et al. Acolhimento hospitalar em tempos de pandemia da COVID-19: relato de experiência. Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 15 (1), 2022. Disponível em: <<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/download/9404/5791/>> Acesso em: 27, jun, 2023.

SILVA, D.C; et al. Acolhimento hospitalar em tempos de pandemia de COVID-19: relato de experiência. Revista Eletrônica Acervo Saúde, Vol. 15 (1), 2022. Disponível em: <<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/9404>>. Acesso em: 19, mar, 2023.

SILVA, I. M. O governo Bolsonaro, a crise política e as narrativas sobre a pandemia. Revista Brasileira de Pesquisa (Auto)Biográfica, Salvador, v. 05, n. 16, p. 1478-1488, Edição Especial, 2020. Disponível em: <<https://www.revistas.uneb.br/index.php/rbpab/article/view/9227>> Acesso em: 8, mai., 2024.

SILVA, J. J. L; SANTOS, V. M; CORREIA, M. V. C. Política de saúde e desmonte do SUS no governo Temer. SER Social, Brasília, v. 23, n. 48, jan-jun 2021. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/29324> Acesso em: 3, fev., 2024.

SILVA, M. A. M, et al. Promoção da saúde em ambientes hospitalares. Revista Brasileira de Enfermagem – REBEn. Brasília, 2010 mai.-jun; 64 (3): 596-599. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/WKXLLfyp8hwKbWHdXqSs8jJ/?lang=pt&format=pdf>> Acesso em: 27, jun, 2023.

SILVA, M. F. G; TEIXEIRA, M. A.C. A política e a economia do governo Bolsonaro: uma análise sobre a captura do orçamento. Cadernos Gestão Pública e Cidadania, v. 27 | n. 86 | Jan-Abr, 2022. Disponível em: <<https://periodicos.fgv.br/cgpc/article/view/85574>> Acesso em: 25, mai., 2024,

SILVA, M. G; RODRIGUES, T. C. M. O populismo de direita no Brasil: neoliberalismo e autoritarismo no governo Bolsonaro. DOSSIÊ - O Populismo e a Construção Política do Povo, 2021. Disponível em: <<https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/mediacoes/article/download/42098/32436>> Acesso em: 29, jun, 2024.

SILVA, N. C. A; MOROÇO, D. M; CARNEIRO, P; S. O impacto da pandemia de COVID-19 no atendimento eletivo: experiência de um Hospital de nível terciário e Centro de Referência para a doença. Revista Qualidade HC. FMRP – USP Ribeirão Preto. Disponível em: <<https://www.hcrp.usp.br/revistaqualidadehc/uploads/Artigos/447/447.pdf>> Acesso em: 2, abr, 2023.

SILVA, S. Autoritarismo e crise da democracia no Brasil: entre o passado e o presente. R. Katál., Florianópolis, v. 24, n. 1, p. 119-126, jan./abr. 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rk/a/fSC79qvyV35qddNBdpTBRCs/>> Acesso em: 25, mai., 2024.

SOUZA, M. T; SILVA, M. D; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein, 2010; 8(1 Pt1): 102-6. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/eins/a/ZQTBkVJZqcWrTT34cXLjtBx/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 22, jul, 2023.

SOUZA, W.S; MOREIRA, M. C. N. A temática da humanização na saúde: alguns apontamentos para Debate. COMUNICAÇÃO SAÚDE EDUCAÇÃO v.12, n.25, p.327-38, abr./jun. 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/HrCHgNbkZcnxR7374sxcngp/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 7, abril, 2023.

TONET, I. Sobre as atuais manifestações. Revista Espaço Acadêmico; Especial, Protestos no Brasil. Maceió, 24, jun, 2013. Disponível em: <<https://espacoacademico.wordpress.com/2013/06/27/sobre-as-atuais-manifestacoes/>> Acesso em: 15, fev., 2024.