



Eixo: Política Social e Serviço Social.

Sub-eixo: Seguridade social no Brasil.

OS DESAFIOS À EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE NO CONTEXTO DA EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH)

MARIA ROBERTA MEDEIROS ANGELIM¹
SANDRA AMÉLIA SAMPAIO SILVEIRA²
LUCIA MARIA PATRIOTA³

Resumo: O presente artigo resulta de uma pesquisa bibliográfica e documental que teve por objetivo analisar os desafios à implementação da Política Nacional de Humanização (PNH) diante do modelo de gestão proposto pela Empresa Brasileira Serviços Hospitalares (EBSERH). Os resultados indicam dificuldades para a implementar da PNH, frente aos novos modelos de gestão que contribuem para o desmonte dos direitos sociais; tais modelos de gestão contradizem a legislação do SUS e prejudicam trabalhadores e usuários da saúde; a EBSERH inviabiliza a efetivação da PNH, ao ameaçar a universalidade do direito à saúde e a gratuidade do SUS, via mercantilização da saúde.

Palavras-Chave: SUS; Política Nacional Humanização; EBSERH; Modelos de gestão da saúde.

Abstract: The objective of this article was to analyze the challenges of the National Humanization Politic, given the management model proposed by EBSERH, a private law legal entity created for the purpose of administering the country's university hospitals. The results indicate difficulties to implement the HNP, facing the new models of management which contributes to the break the social rights; such management models contradict the SUS legislation and hurt workers and SUS users; the EBSERH unfeasible PNH actualize when it threatens universality of the right to health and the free service of SUS, via health commodification.

Keywords: SUS; National Humanization Policy; EBSERH; Models of health management.

1. INTRODUÇÃO

A política de saúde no Brasil adquiriu caráter universalista a partir do processo de redemocratização do país, nos anos 1980. Baseado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado em 1988, incorporando novas tecnologias, saberes e práticas no campo da saúde pública.

¹ Profissional de Serviço Social. Universidade Estadual da Paraíba. E-mail: <robertaangelim123@gmail.com>

² Professor com formação em Serviço Social. Universidade Estadual da Paraíba.

³ Professor com formação em Serviço Social. Universidade Estadual da Paraíba.

Cabe destacar que a trajetória da política de saúde no Brasil é marcada por muitas lutas, avanços e recuos. Na década de 1990 o país começa a adotar o neoliberalismo, resultando no desmonte das políticas sociais, especialmente a política de saúde, através da proposta de contrarreforma do Estado⁴. Nesta direção, a saúde tem sido direcionada para a focalização das ações, para a parceria público-privada e as propostas de novos modelos de gestão na administração pública.

As conquistas obtidas com a Constituição Federal de 1988 no campo dos direitos sociais vêm sendo gradativamente comprometidas, sobretudo no que se refere à saúde. A adesão aos novos modelos de gestão através da criação de Organizações Sociais (OSs), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), Fundações Estatais de Direito Privado e da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), significa a entrega da gestão dos serviços de saúde aos setores privados, através dos contratos de gestão para consolidar o projeto privatista em curso.

Diante desse cenário de regressão de direitos imposto pelas políticas de cunho neoliberal iniciada na década de 1990, destacamos a Política Nacional de Humanização, criada em 2004, que reafirma os princípios do SUS, de acesso universal, integralidade da atenção, equidade na gestão, de acordo com as necessidades de saúde da população. Tal política se propõe ao fortalecimento do sistema público de saúde, buscando contribuir na melhoria da qualidade da atenção e da gestão da saúde no Brasil, no entanto, vem encontrando muitos limites em sua implementação no contexto dos novos modelos de gestão do SUS.

O presente artigo objetiva exatamente analisar os desafios postos à implementação da Política Nacional de Humanização diante do modelo de gestão proposto pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Resulta de uma pesquisa bibliográfica e documental, que utilizou dados obtidos a partir de documentos primários (livros e trabalhos científicos publicados em

⁴Nos anos de 1990 o Brasil vivenciou um processo de contra-reforma marcado pela expropriação de direitos, principalmente os sociais. Esse processo está articulado à ascensão do neoliberalismo nos anos 1980, consequência da crise do Estado de Bem Estar Social na década de 1970. (OLIVEIRA, 2011).

periódicos, bibliotecas virtuais, bancos de teses e dissertações) e secundários (leis, portarias, cartilhas do Governo Federal e do Ministério da Saúde).

2. O SUS E OS NOVOS MODELOS DE GESTÃO

Em 1988 a Constituição Federal veio assegurar juridicamente os direitos sociais no país, promovendo a ampliação do acesso da população à saúde e outras políticas, representando uma vitória dos movimentos sociais e um avanço, especialmente para os que lutaram pela saúde como um direito de todos e um dever do Estado.

Todo esse processo de lutas sociais que marcou a década de 1980 apresentou como resultado a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, com a Lei Orgânica da Saúde, composta pelas leis 8.080/90 e 8.142/90.

Entretanto, observa-se desde a implantação do SUS a disputa entre dois projetos: o da Reforma Sanitária, alicerçado no Estado democrático de direito, o qual é responsável pelas políticas sociais, e o Projeto Privatista fundamentado no Estado mínimo, com ênfase no:

Caráter focalizado para atender às populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços em nível local, eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento (BRAVO, 2009, p.101).

A partir de 1990, a política de saúde passa a sofrer influências do projeto neoliberal iniciado no Brasil durante o governo do presidente Fernando Collor de Mello, que propõe a diminuição dos gastos e a focalização das políticas sociais, atingindo diretamente os direitos sociais conquistados pela sociedade, especialmente as propostas de saúde construídas na década de 1980, desresponsabilizando o Estado de provê-la e assim ameaçando os avanços conquistados com o SUS e o cumprimento dos princípios que o sustentam, anteriormente mencionados.

No decorrer da década de 1990, já no governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), ocorre uma transferência das responsabilidades do Estado

para o chamado terceiro setor, através das Organizações Não Governamentais (ONG's), consequência do seu projeto de contrarreforma do Estado.

O Plano Diretor da Reforma do Estado em 1995, elaborado pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), no governo de Fernando Henrique Cardoso, sob a direção do ministro Luiz Carlos Bresser Pereira, dividiu o Estado em quatro setores: Núcleo estratégico, atividades exclusivas, setor produção de bens e serviços para o mercado e Serviços não exclusivos. As políticas sociais ficaram classificadas como serviços não exclusivos, onde a atuação dela poderia ser dividida com outras organizações públicas “não estatais” e privadas.

O Plano Diretor parte do princípio de que as funções do Estado deveriam ser de coordenar e financiar as políticas públicas e não propriamente de executá-las. “Este plano vai apresentar como propostas para transformar a gestão pública as Organizações Sociais (1995) e, posteriormente, as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (1999)” (REZENDE, 2008, p.26).

Através da Medida Provisória nº 1591, de 1997, o governo de FHC definiu critérios para estabelecer o que seriam as chamadas Organizações Sociais (OSs), entidades que atuariam em parceria com o Estado, no fazer e na execução de responsabilidades públicas.

A Lei federal n.º 9.790, de 23 de março de 1999, instituiu as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), na esfera Federal de Governo. As Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs), por sua vez, surgem durante o Governo Lula e são constituídas como personalidades jurídicas de direito privado e estão aptas a realizar suas atividades nas mais diversas áreas como saúde, incluindo os hospitais universitários, cultura e educação, sob a forma de prestação de serviços. As Fundações recebem do governo o pagamento pelos serviços prestados, tendo autonomia gerencial, orçamentária e financeira (TEIXEIRA, 2010).

O modelo de gestão do SUS criado mais recentemente é a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), que tem o objetivo de administrar os hospitais universitários do país (HUs). A Lei 12.550, que cria essa empresa, foi sancionada em 15 de dezembro de 2011, pela Presidente

Dilma Rouseff e se constitui como uma empresa pública com personalidade jurídica de direito privado, assim como as OSCIPs, OSs, FEDPs.

A EBSRH foi criada com a justificativa de reestruturar os hospitais universitários, porém, o sucateamento dos HUs reflete a falta de investimento nessas instituições. Meirelles (2010) afirma que a empresa pública pertence ao mesmo tempo ao domínio do público e do privado, e que esta surge visando o lucro.

3. O PROGRAMA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR (PNHAH) E A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH)

No ano 2001, durante a gestão do então ministro da saúde José Serra, foi implantado o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH).

O PNHAH propõe um conjunto de ações integradas que visam mudar substancialmente o padrão da assistência aos usuários, nos hospitais públicos do Brasil, melhorando a qualidade e a eficácia dos serviços, prestados hoje por essas instituições. É seu objetivo fundamental aprimorar as relações entre os profissionais de saúde e o usuário, dos profissionais entre si e do hospital com a comunidade (BRASIL, 2001, p. 7).

A iniciativa foi pensada após as inúmeras queixas dos usuários, em relação à qualidade do atendimento que eles recebiam nas unidades hospitalares. A partir daí, profissionais da saúde mental foram convidados para formar um comitê técnico e elaborar o referido programa (BRASIL, 2001). Um projeto piloto foi implantado a partir do projeto da PNHAH, em hospitais de diferentes regiões do país, com capacitações no país, envolvendo os profissionais de diversos setores da saúde.

Em 2003, o governo federal realizou a oficina nacional HumanizaSUS: construindo a Política Nacional de Humanização, no qual se discutiu ações anteriores no âmbito da humanização. Segundo a Cartilha HumanizaSUS (BRASIL 2004) “humanizar” é oferecer um atendimento de qualidade aos usuários, articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhorias dos ambientes e das condições de trabalho dos profissionais.

O governo Lula, no ano de 2004, transforma o PNHAH em uma política - a Política Nacional de Humanização (PNH), e dessa forma reitera a importância de articular ações e programas e constrói a política (CONCEIÇÃO, 2009).

Assim, entre as prioridades da PNH estão: reduzir as filas e o tempo de espera com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco; as unidades de saúde garantirão gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários, assim como educação permanente aos trabalhadores. (BRASIL, 2004, p. 10).

Entre as estratégias gerais da PNH, o Ministério da Saúde (MS) propõe incluir o estudo da mesma como conteúdo profissionalizante na graduação, na pós-graduação e na extensão em saúde, além de ser incluída em discussões para que a mesma chegue a um maior conhecimento da população. A estimulação de pesquisas sobre o tema também é colocada como estratégia. (BRASIL, 2004).

O Ministério da Saúde destaca também que dentre as diretrizes gerais para a implementação da PNH nos diferentes níveis de atenção, deve-se haver uma ampliação do diálogo entre os profissionais e a população, entre os profissionais e a administração, promovendo a gestão participativa.

Uma das metodologias propostas pela PNH para que a humanização possa ser efetivada é a comunicação, fazendo com que o sujeito seja incluído nesse processo de efetivação de produção de saúde.

Outra ferramenta importante para a efetivação da PNH, diz respeito a gestão da política de humanização. De acordo com a Cartilha HumanizaSUS, “deve-se mapear programas, projetos e iniciativas de humanização já existentes, articulá-los e, a partir daí, propor diretrizes, traçar objetivos e definir estratégias de ação na composição da PNH, num constante diálogo com as especificidades das áreas da saúde” (BRASIL, 2004, p. 16)

A Cartilha HumanizaSUS (BRASIL, 2004), ressalta ainda que o baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere a gestão participativa e ao trabalho em equipe, diminui a possibilidade de um processo crítico e comprometido com as práticas de saúde e com os usuários.

Conceição (2009), afirma que a PNH em relação a PNHAH, teve avanços, mas a “humanização” continua direcionada para uma

supervalorização das subjetividades, com um teor muitas vezes romantizado da prática médica. Concordamos com a referida autora, quando afirma que se não forem considerados fatores como participação, direitos, qualidade dos serviços, condições como recursos humanos e materiais, no processo de discussão e efetivação da humanização, a PNH tende a ser uma mera declaração de princípios que não tem como se materializar objetivamente, no contexto de contrarreformas a que o SUS vem sendo submetido, como discutiremos a seguir.

4. OS DESAFIOS DE CONSOLIDAR A PNH FRENTE AO MODELO DE GESTÃO DA EBSEH.

A Lei 12.550/2011, em seu artigo 1º, apresenta a EBSEH como sendo uma empresa pública com personalidade jurídica de direito privado. Sendo assim, esta possui caráter privatista e tem como finalidade o lucro, atendendo, portanto, à lógica de mercado.

Nessa perspectiva, as mudanças propostas pelo governo para os serviços públicos de saúde administrados por organizações ou empresas de caráter privado, como o caso da EBSEH, segue as determinações do capital, flexibiliza as relações trabalhistas e quebra a lógica da proteção social (ROCHA; SOUZA, 2011). Ao se desresponsabilizar de suas obrigações com a força de trabalho o Estado passa a atender aos interesses do capital, aos interesses privados, resultando na precarização do trabalho e, conseqüentemente, diminuição da qualidade dos serviços prestados a população.

A orientação da EBSEH confronta-se diretamente com a PNH, na medida em que esta política tem como um de seus objetivos a reorganização dos processos de trabalho em saúde, propondo-se a contribuir para uma mudança nas relações sociais envolvendo trabalhadores e gestores em sua experiência cotidiana de organização e trabalho, bem como a mudanças nas práticas de saúde reproduzidas nos serviços de gestão e cuidados prestados à população. Para tanto, a PNH indica ser necessário (re)organizar os processos de trabalho e o modo como estes são constituídos e estabelecidos no ambiente institucional (BRASIL, 2004).

Um princípio norteador da PNH e do SUS é o comprometimento com a produção de saúde, entendida como produção social que, portanto, “envolvem elementos biológicos, subjetivos, sociais, econômicos, ambientais e culturais que se processam e se sintetizam na experiência concreta de cada sujeito singular, de cada grupo em particular e da sociedade em geral” (BRASIL, 2009, p. 10). Assim, os serviços de saúde devem ofertar práticas de saúde resolutivas e de qualidade à população. No entanto, os serviços no ambiente hospitalar geridos pela lógica privada, que visa o lucro, são fundamentados na produtividade, não mais no atendimento das necessidades da população.

A PNH reafirma a integralidade do cuidado a saúde, um dos princípios do SUS, superando o atendimento fragmentado, orientando ações que respondam às demandas e necessidades da população no acesso à saúde, considerando as suas especificidades e dimensões: biológica, cultural e social. A integralidade deve pautar-se num conjunto articulado de ações e serviços em todos os níveis da assistência a saúde, envolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRAVO, 2009). No entanto, a EBSERH ao se reger pela lógica do mercado tende a focalizar suas ações nos atendimentos das demandas básicas, principalmente curativas, desrespeitando este princípio.

A PNH também estabelece como princípio o fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a troca de experiências entre profissionais de diferentes áreas e usuários do serviço. No entanto, as relações de trabalho entre gestores, profissionais e usuários, são difíceis de serem estabelecidas diante de modelos de gestão como a EBSERH, na qual os processos de trabalho são fragmentados e verticalizados.

A produção de saúde de acordo com os princípios e diretrizes do SUS indica a necessidade da constante discussão sobre os processos e as formas de organização do trabalho no cotidiano das instituições. Para Benevides e Passos (2005), os profissionais, assim como os usuários, posicionam-se como protagonistas das práticas de saúde e para tal necessitam de espaços para formação e discussão (WÜNSCH; MORAES, 2013, p. 111).

O caráter centralizado, fragmentado e verticalizado da gestão proposta pela Empresa concentra o poder de decisão nas mãos de poucos, excluindo os

trabalhadores do planejamento, da avaliação de suas ações e das questões salariais. Como podemos observar no Estatuto Social da EBSE RH, em seu artigo 12:

O representante dos empregados não participará das discussões e deliberações sobre assuntos que envolvam relações sindicais, remuneração, benefícios e vantagens, inclusive assistenciais ou de previdência complementar, hipóteses em que fica configurado o conflito de interesse, sendo tais assuntos deliberados em reunião separada e exclusiva para tal fim (BRASIL, 2011, s/p).

Segundo a Lei 12.550/2011 em seu artigo 10, o regime de pessoal da EBSE RH é regido pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), possibilitando a coexistência de trabalhadores com diferentes tipos de contratação, salários, benefícios e carga horária em um mesmo hospital, não havendo garantias de paridade remuneratória entre os profissionais servidores federais⁵ e os empregados da EBSE RH, embora estes últimos tenham ingressado para um emprego público. Tal fato pode desgastar as relações de trabalho dos profissionais e tende a fragilizar as lutas dos trabalhadores por melhores condições de trabalho e salários. A empresa também é autorizada a contratar através de processo seletivo simplificado, por um período de até cinco anos, aumentando a já existente precarização do trabalho no setor saúde, pois os servidores regidos pela CLT não tem garantias necessárias para prestar o serviço público com independência.

A fragilidade no vínculo empregatício da EBSE RH aumenta a rotatividade de profissionais, contribuindo assim para a ineficiência dos serviços, tendo em vista que estas unidades hospitalares prestam serviços de média e alta complexidade, necessitando de profissionais capacitados e que conheçam bem a demanda dos serviços. Como afirma Rodrigues (2014):

Essa modalidade de contratação aumenta a rotatividade de profissionais, o que sem dúvida acarretará na descontinuidade dos serviços e, conseqüentemente, prejudicará a eficiência organizacional. Pois os serviços prestados pelos HUs são considerados serviços públicos permanentes, portanto, há a exigência observando o princípio da eficiência que a prestação destes serviços sejam constantes, sob pena de prejuízo dos interesses da coletividade (2014, p. 35).

⁵ Regidos pelo Regime Jurídico Único, conforme a Lei 8112/1990.

As condições de trabalho estão diretamente relacionadas com a organização e da gestão dos serviços. Quando estas propiciam os insumos necessários, o reconhecimento e a boa remuneração contribuem para que os profissionais desenvolvam um trabalho humanizado. Observa-se que a falta de qualificação, o não reconhecimento e valorização dos profissionais interferem na efetivação de prática comprometidas com a saúde e com o bem-estar dos usuários. Além dessas dificuldades, a desvalorização profissional e a não melhoria das condições de trabalho são fatores que dificultam a humanização dos serviços de saúde.

A pressão pelo aumento da produtividade tem causado sobrecarga ainda maior sobre os trabalhadores e conseqüentemente tem impactado no atendimento realizado aos usuários, sem que seja possível a participação social e o controle social como possibilidade de discussão e construção de propostas de reversão deste processo, pois o controle social como princípio constitucional e eixo norteador do SUS, inexistente com a EBSERH.

Nos hospitais geridos pela empresa o controle ocorre através do Conselho Consultivo, constituído por: um representante da EBSERH; dois do Ministério da Educação; um do Ministério da Saúde; um dos usuários dos serviços de saúde do hospital, indicado pelo Conselho Nacional de Saúde; um dos residentes em saúde do hospital, indicado pelo conjunto de entidades representativas; um reitor ou diretor do hospital universitário, indicado pela ANDIFES e um representante dos trabalhadores do hospital, indicado pela respectiva entidade representativa (BRASIL, 2011).

Portanto, observa-se na proposta da EBSERH a impossibilidade de efetivação do controle social, pois neste modelo de gestão o conselho além de ter uma composição desfavorável à participação de usuários e trabalhadores da saúde, tem caráter apenas consultivo, diferente da função deliberativa preconizada pelo SUS.

Outro aspecto relevante apontado pela PNH é a busca por concretizar um atendimento acolhedor e resolutivo, baseado em critérios de risco.

O acolhimento no campo da saúde deve ser entendido, ao mesmo tempo, como diretriz ética/estética/política constitutiva dos modos de se produzir saúde e ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia de acesso

com responsabilização e resolutividade nos serviços. (BRASIL, 2010, p. 18).

O atendimento acolhedor baseados em riscos é uma ação técnica e assistencial que implica em mudanças nas relações entre gestores, profissionais e usuários, empenha-se na construção de estratégias coletivas que gerem mudanças na prática dos serviços. Baseados em riscos, pois proporciona assistência de acordo com o grau de necessidade do usuário (BRASIL, 2006). Sabe-se que os serviços ofertados nos HUs não são pautados em procedimentos meramente paliativos, são serviços indispensáveis para o desenvolvimento da saúde da população por meio da pesquisa, do ensino e da assistência, priorizam melhorar as condições de saúde das pessoas, empenhados no diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos usuários. Esta orientação é ameaçada pela EBSERH já que esta, visando reduzir os gastos e obter lucros, poderá diminuir o número de consultas e procedimentos especializados.

A PNH também aspira como resultado, contribuir para que as ações de saúde aconteçam de forma a garantir que os direitos e necessidades dos usuários sejam atendidos. No entanto, como alcançar esse resultado diante de um quadro tão ambíguo como o da EBSERH? A lei 12.550/11 abre margem para a dupla porta de entrada⁶, o que gerará uma disputa entre os usuários do SUS e os dos planos privados de saúde, prejudicando os usuários do HU, como ressalta Rodrigues (2014):

Nesse sentido, a EBSERH traz grandes prejuízos aos usuários do SUS pois pode gerar leitos privados dentro de um hospital público, acarretando mais demora nos procedimentos que o hospital realiza. Uma vez que a EBSERH permite a destinação de leitos para os planos de saúde privados dentro dos HUs - possibilidade garantida através do art. 3º da Lei 12.550/11 - caracteriza-se a chamada dupla porta de entrada, desrespeitando o princípio da universalidade (RODRIGUES, 2014, p. 42).

De acordo com o artigo 8 da Lei nº 12.550/2011, a EBSERH é uma empresa estatal de direito privado com obtenção de lucro, portanto, possibilita

⁶No Hospital das Clínicas de Porto Alegre (HCPA), utilizado pelo Governo Federal como referência de gestão através da EBSERH, há reservas de leitos para os planos privados, o que possibilita uma nova fonte de recurso para o orçamento do Governo Federal (CISLAGHI, 2011).

de priorização do atendimento aos usuários de planos privados, pois resultará na dupla obtenção de recursos, através do repasse do SUS e dos planos privados.

De acordo com o Ministério da Saúde a PNH vem contribuir para que as ações de saúde aconteçam de forma a garantir que os cidadãos sejam acolhidos e tenham seus direitos e necessidades de saúde atendidas (BRASIL, 2004). Este se configura como resultado impossível de alcançar com a EBSEH, pois enquanto empresa de direito privado, pauta-se pela lógica do mercado.

Um dos principais objetivos da criação da PNH, segundo o discurso governamental, é a efetivação dos princípios do SUS nas práticas de trabalho como (integralidade, equidade e universalidade). Contudo, segundo Passos e Benevides (2005) “a humanização, expressa em ações fragmentadas e numa imprecisão e fragilidade do conceito, vê seus sentidos ligados ao voluntarismo, ao assistencialismo, ao paternalismo” (p.390).

Mais um prejuízo aos direitos dos usuários resulta da mercantilização das atividades de ensino, pesquisa e extensão. É importante ressaltar que o HU, pela sua especificidade de hospital escola, necessita ter profissionais e tecnologias que proporcionem o ensino, a pesquisa e a extensão. Há possibilidade de obtenção de lucro a partir destas atividades, especialmente nas duas primeiras, de modo que a EBSEH pode tender a priorizar resultados que beneficiem o grande capital e não as necessidades sociais de saúde dos usuários do SUS. Assim, “A instituição da EBSEH retira a finalidade da universidade autárquica, ou seja, o tripé da educação com assistência à saúde, para ser uma atividade de exploração econômica e com interesses mercadológicos.” (APUFPR, 2016, p.12).

A pesquisa também ficou comprometida, pois para ser desenvolvidas no interior do hospital precisa antes ser autorizada pela EBSEH, comprometendo o tripé ensino – pesquisa - extensão, deste modo: “a junção entre ensino, pesquisa e extensão se desintegra com o modelo de gestão da EBSEH. Perde-se a autonomia universitária para atender às demandas da empresa, e isso faz com que os HUs tornem-se meros prestadores de serviço, sem o seu papel primordial” (APUFPR, 2016, p.11).

Assim, as mudanças propostas pelo governo federal, consolidadas pela EBSEERH, não visam o bem-estar da população usuária dos serviços de saúde dos HUs. Destarte, inviabiliza a efetivação da Política Nacional de Humanização, uma vez que ameaça a universalidade do direito à saúde, a gratuidade do sistema público e acelera a mercantilização da saúde entregando-a ao grande capital.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As reflexões tecidas neste artigo corroboram a idéia de que o surgimento da Política Nacional de Humanização ocorre para contribuir na consolidação do SUS, na medida em que seus pressupostos reafirmam os princípios do SUS, buscando mudanças no acesso às práticas de saúde e resgata o respeito à vida humana, reconhecendo que a saúde está vinculada a um conjunto de determinantes sociais.

No entanto, considera-se que os novos modelos de gestão que vem sendo adotados geram impedimentos para a efetivação da PNH e, conseqüentemente, para os princípios do SUS, quais sejam: a universalização; equidade e integralidade.

Diante do exposto, é possível inferir que as dificuldades de consolidar a PNH, diante dos novos modelos de gestão propostos para gerir as políticas públicas, especificamente a EBSEERH, resultam da lógica do capital que pauta tais modelos, levando principalmente à focalização das ações nas demandas básicas dos usuários e ao desrespeito ao princípio da integralidade do cuidado a saúde. O modo centralizado, fragmentado e verticalizado da gestão da EBSEERH, exclui os trabalhadores do planejamento das ações, impossibilita o controle social, fato que comprometem a efetivação de uma política de saúde humanizada.

Observa-se ainda a flexibilização das relações trabalhistas, acarretando para os trabalhadores da saúde, em sua maioria, baixa remuneração, aumento da jornada de trabalho e condições inadequadas e indignas de trabalho. Diante do exposto, constatam-se os impasses e as dificuldades de alcançar os resultados almejados pela PNH sob a gestão da EBSEERH, o que implica em

prejuízos aos direitos dos usuários e trabalhadores da saúde, bem como a política de pública de saúde no Brasil.

REFERÊNCIAS

APUFPR. **Dossiê contra a atuação da Empresa brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) no Complexo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná** Disponível em:

< <http://portal.andes.org.br/andes/print-ultimas-noticias.andes?id=6845>>
Acesso em: 20 mar. 2017.

ANDREAZZI, M. F. S. de. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: inconsistências à luz da reforma do Estado. **Revista Brasileira de educação médica**[online]. 2013, vol.37, n.2, pp.275-284.

BRASIL. Lei nº 8.142, de dezembro de 1990a.

_____. Lei nº 8.080, de setembro de 1990b.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. 2001. Disponível em:< <http://www.humaniza.org.br>>. Acesso em: 22 fev. 2017.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Humaniza SUS. Política Nacional de Humanização. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Redes de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. **Lei nº 12.550**, de 15 de dezembro de 2011.

BRAVO, M. I. S; MOTA, A. E. et al. (Orgs.) Política de Saúde no Brasil. In: **Serviço Social, Saúde, Formação e Trabalho Profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

Reforma sanitária e projeto ético político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO; MATOS, et al. **Saúde e Serviço Social**. 2. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2006.

MORENA, G. M. Saúde e Luta Sindical: entre a reforma sanitária e o projeto de saúde privatista. In: BRAVO; MENEZES et al. **Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2013.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005.

CISLAGHI, J. F. Hospitais universitários federais e novos modelos de gestão: faces da contrarreforma do Estado no Brasil. In: BRAVO, M. I. S. et al (Orgs.) **Caderno de Saúde**. Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: UERJ. Rede Sirius, 2011.

CONCEIÇÃO, T. S. A Política Nacional de Humanização e suas implicações para a mudança do modelo de atenção e gestão na saúde: notas preliminares. **SER Social**, Brasília, v. 11, n. 25, p. 194-220, jul./dez. 2009.

O modelo de gestão do SUS e as ameaças do Projeto Neoliberal. In: BRAVO, M. I. S. et al (Orgs.). **Caderno de Saúde. Política de saúde na atual conjuntura**: modelos de gestão e agenda para saúde. Rio de Janeiro: UERJ. Rede Sirius, 2008.

RODRIGUES, J. G. A **Os (Des)Caminhos da Política de Saúde no Brasil**: a EBSEH em questão. Trabalho monográfico (Bacharel em Serviço Social) – Universidade Estadual da Paraíba, 2014.

TEIXEIRA, M. J. **A Política Nacional de Saúde na Contemporaneidade**: as fundações estatais de direito privado como estratégia de redirecionamento do fundo público. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

WÜNSCH. D. S.; MORAIS. T. C. Os desafios para efetivação da humanização hospitalar: a percepção dos usuários e profissionais de uma unidade de internação pediátrica. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 12, n. 1, p. 100 - 113, jan./jun. 2013.