

O conceito de humanização na Política Nacional de Humanização (PNH)

Luiz Augusto de Paula Souza¹
Vera Lúcia Ferreira Mendes²

O inferno dos vivos não é algo que será; se existe, é aquele que já está aqui, o inferno no qual vivemos todos os dias, que formamos estando juntos. Existem duas maneiras de não sofrer. A primeira é fácil para maioria das pessoas: aceitar o inferno e tornar-se parte dele até o ponto de deixar de percebê-lo. A segunda é arriscada e exige atenção e aprendizagem contínuas: tentar saber reconhecer quem e o que, no meio do inferno, não é inferno, e preservá-lo, e abrir espaço. (Calvino, 2003, p.158)

Junho, 2008, Vitória, Seminário "A Humanização do SUS em Debate".

O chamado Coletivo PNH e pesquisadores da área da saúde, de várias partes do Brasil, reúnem-se para colocar em análise os cinco primeiros anos da Política Nacional de Humanização (PNH). Dois dias inteiros de diálogos acalorados em rodas de conversa, nas quais circularam muitas idéias e afetos: convergentes, divergentes... heterogêneos, heterogênicos - capazes de fazer diferença em corações e mentes.

Funcionamento absolutamente compatível com algo que a PNH também deseja favorecer em sua efetuação pelo país: escuta e conversa de verdade, como dispositivos que auxiliem na enunciação, no equacionamento e na solução de problemas concretos das ações em saúde, tentando interferir de maneira produtiva e democrática em serviços, em procedimentos, em rotinas, em especialidades, em sentidos e modos de relação entre usuários, profissionais e gestores.

Sáímos de Vitória com esta percepção e com várias questões, que as conversas deram a pensar ou fomentaram. Não seria possível tratá-las todas, por isso, recortamos um campo de continuidade, de desdobramento do diálogo em torno de uma questão em particular, cuja recorrência nos últimos anos³, bem como durante o Seminário, parece tornar razoável seu acolhimento ainda uma vez.

Trata-se de questão derivada do caráter polissêmico do termo humanização, cujas acepções são variadas e, por vezes, divergentes. Este fato, desde o nascedouro da PNH, gerou e ainda gera polêmicas, em relação à pertinência do uso do termo para nomear uma política pública; e, sobretudo, em relação aos sentidos que o conceito de humanização deve assumir no escopo da política, em termos de favorecer, de potencializar a operacionalização de ações, digamos assim, humanizadoras.

¹ Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Avenida Arruda Botelho, 414, apto. 92, Alto de Pinheiros, São Paulo, SP, Brasil. 05.466-000 luizad@uol.com.br

² Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde, PUC-SP

³ Conforme, por exemplo, Campos (2005), Benevides e Passos (2005) e Deslandes (2005).

Antes, porém, de iniciar tal discussão, pensando alguns de seus desdobramentos na implementação da PNH, vale situar, ainda que de maneira breve, o contexto de engendramento da PNH, bem como seus marcos e definições mais gerais.

No processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), e mesmo antes da constituição da PNH, em 2003, o tema da humanização, às vezes sob outras designações, aparece em vários contextos, geralmente ligado à busca de melhoria na qualidade da atenção ao usuário, e também – mais recentemente – aos trabalhadores da saúde. Pelo lado dos usuários, a reivindicação pode ser sintetizada pelo clamor de qualificação e de ampliação do acolhimento, da resolutividade e da disponibilidade dos serviços. Os trabalhadores ou parte deles, por sua vez, querem melhores condições de trabalho e de formação, para lidar satisfatoriamente com a intensidade do impacto que o enfrentamento cotidiano da doença e do sofrimento impõem, bem como para dar conta dos desafios da assistência nas perspectivas da universalidade, da integralidade e da equidade da atenção à saúde, consignadas pelo SUS.

Apenas a título de exemplo, é possível lembrar que a XI Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2000, tinha como temática: "Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social". Além disso, iniciativas como o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar, de 2000; o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, de 2000; o Método Canguru, também de 2000; o Programa de Acreditação Hospitalar, de 2001; entre várias outras, também confirmam a presença, há algum tempo, de projetos e ações relacionados, ainda que parcialmente, à humanização da atenção à saúde na construção do SUS.

No entanto, em sua maioria, essas iniciativas eram localizadas ou pontuais, e se estruturavam a partir de concepções variadas e de intenções e enfoques específicos. Mais que isso, embora certas iniciativas fossem relevantes, a fragmentação, a disparidade de perspectivas e, às vezes, a fragilidade conceitual e metodológica de determinadas ações reclamavam outras saídas para os problemas da qualidade da atenção à saúde de usuários e trabalhadores. "Os críticos às propostas humanizantes no campo da saúde denunciavam que as iniciativas em curso se reduziam, grande parte das vezes, a alterações que não chegavam efetivamente a colocar em questão os modelos de atenção e de gestão instituídos" (Benevides, Passos, 2005, p.389).

Diante desse tipo de problemática, a PNH nasce como radicalização da aposta na humanização. O documento base do Ministério da Saúde sobre a Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2008) assume, entre outras diretrizes, que a Humanização deve ser vista como política que transversaliza todo sistema: das rotinas nos serviços às instâncias e estratégias de gestão, criando operações capazes de fomentar trocas solidárias, em redes multiprofissionais e interdisciplinares; implicando gestores, profissionais e usuários em processos humanizados de produção dos serviços, a partir de novas formas de pensar e cuidar da saúde, e de enfrentar seus agravos.

Significa dizer que o estabelecimento da PNH pelo Ministério da Saúde procura confrontar tendências tecnocráticas e iatrogênicas arraigadas em políticas e serviços de saúde. Esses objetivos não são de fácil assimilação e operacionalização, pois requerem mais do que mudanças e/ou aprimoramentos técnicos e procedimentais; mais do que refinamento e racionalização administrativa e gerencial; eles requerem apropriação dos processos de trabalho, por gestores, profissionais e usuários, com base em uma ética de coimplicação na produção dos saberes, das práticas e das relações no campo da saúde, por meio do aumento do grau de comunicação, de colaboração e de compartilhamento entre esses atores, nas diferentes ações e instâncias gestoras do SUS.

Nesse sentido, a PNH, logo de saída e ao longo do tempo, buscará contribuir no equacionamento e no enfrentamento de problemas como: "a desvalorização dos trabalhadores da saúde, a precarização das relações de trabalho, o baixo investimento em processos de educação permanente em saúde [...], a pouca participação na gestão dos serviços e o frágil vínculo com os usuários" (Brasil, 2008, p.8), o que também supõe colaboração na construção de alternativas a modos de gestão centralizados e verticais, bem como disponibilidade e preparo para lidar com a dimensão da subjetividade nas dinâmicas relacionais, envolvidas em todos os processos de cuidado à saúde.

Construir uma política pública a partir de desafios de tal envergadura supõe um sem-número de questões, entre as quais destacamos uma - como referido de início -, que se pode chamar de preliminar à consolidação da PNH, e que o processo de implementação da política reatualiza, pedindo

desdobramentos em sua formulação e em sua compreensão. Sintetizamos nossa questão na seguinte indagação: em que sentido(s) o conceito de humanização interessa aos objetivos da PNH?

Já fizemos alusão ao fato de que o uso do termo humanização, para nomear uma política nacional de saúde, em função de seu caráter polissêmico, franqueia sua remissão a noções polêmicas, as quais, ao menos em tese, poderiam dificultar o entendimento dos objetivos e dos métodos efetivamente definidos pela PNH: concepções e acepções de acento assistencialista ou formalista, bem como concepções que atualizam vetores das chamadas práticas modernas de purificação, isto é, daquelas práticas que estabelecem, de modo artificial, uma "partição entre um mundo natural que sempre esteve aqui, uma sociedade com interesses e questões [supostamente] previsíveis e estáveis, e um discurso independente tanto da referência [conhecimentos, saberes e práticas interdependentes] quanto da sociedade" (Latour, 1994, p.16 - colchetes nossos). Vejamos cada uma dessas possibilidades e as razões pelas quais possuem alguma força para jogar contra aspirações da PNH.

É relativamente tranquilo reconhecer que certas noções do humanismo cristão foram apropriadas e se disseminaram - por vezes se vulgarizaram - no senso comum, fazendo com que ações, comportamentos e, mesmo, características ou traços de caráter ganhassem o status de "humanos" ou "humanizados" quando dotados de piedade e de espírito caritativo.

Esse tipo de leitura torna-se ainda mais problemática porque, com frequência, vem acompanhada de sentidos que, inadequadamente, aí se fundem: a piedade e a caridade entendidas como "fazer pelo outro" e "fazer para o outro". Em certa medida, o assistencialismo se apoia nessa perspectiva, por meio da qual ações e políticas, ditas humanistas ou humanas, do estado, de governos e de outras instituições, são tidas como dádivas ou concessões, o que reitera estruturas sociais conservadoras e alienantes.

Naturalmente, esse modo de pensar práticas de humanização não interessa à PNH, ao contrário, se antagoniza à conquista e ao exercício de direitos na área da saúde, solapando possibilidades de promover protagonismo e apropriação dos processos de trabalho pelos usuários, trabalhadores da saúde e gestores. Contraria também o marco legal e a concepção do SUS. Todavia, o assistencialismo está presente em governos e, também, na gestão e na mentalidade de usuários e profissionais da saúde, exigindo tratos por parte dos operadores da PNH, no sentido de se distinguir dessas práticas e de buscar transformá-las.

O segundo possível entrave ou problema de compreensão da PNH, que quisemos destacar, tem a ver com a tendência de uma parcela de gestores, profissionais de saúde e usuários em encarar a apropriação dos processos de trabalho em saúde apenas ou, sobretudo, em função: da garantia administrativa/burocrática do direito de acesso aos serviços de saúde (número de vagas e de leitos, quantidade de profissionais, disponibilidade de tecnologias, de procedimentos etc.); da melhoria do acolhimento formal ao usuário (polidez, informações mais claramente transmitidas, ambiente físico mais bem higienizado, mobiliado e arrumado etc.); melhor capacitação técnica dos profissionais; rapidez no atendimento etc. Não que esses aspectos sejam negligenciáveis, pelo contrário, num contexto em que estas condições nem sempre estão dadas, conquistá-las é muito necessário, embora não seja suficiente.

Para além das necessárias questões formais, é preciso pensar, no âmbito da PNH, o humano em sua condição, simultaneamente, complexa, exuberante e problemática, sobretudo em relação aos processos de saúde/doença. A partir daí, abrem-se possibilidades efetivas para uma humanização que não fique restrita à polidez "politicamente correta" e à suposta completude que, às vezes, é atribuída ao conjunto: competência técnica e suficiência de recursos humanos, materiais e tecnológicos.

Tratar-se-ia, então, de refletir e de agir sobre modos de pertencer e de circular no plano institucional, nas relações interprofissionais e com os usuários, examinando a pertinência e a atualidade de nossos saberes, de nossas atitudes, de nossas formas de "ser-em-grupo", e de "fazer com o outro" (não pelo outro), produzindo alternativas (individuais e coletivas) para posições e ações.

Em outras palavras, seria imprescindível compreender o trabalho em saúde como, fundamentalmente, trabalho afetivo, de produção de afetos e de modos de afetar e ser afetado pelo outro na criação de redes sociais, de formas de vida (biopoder), de novas subjetividades e sociabilidades. Aqui o acolhimento corresponderia, sobretudo, à disposição ético-política ao outro, fazendo da clínica, enquanto plano cuja potência permite escutar, cartografar e construir formas de intervenção (Mendes, 2007), um operador privilegiado no processo diagnóstico e de resolução de

problemas de saúde, pois é no âmbito da clínica - se entendida de maneira ampliada - que são trabalhados o vínculo terapêutico e a escuta aos sujeitos, a partir dos quais se potencializam condições de compreensão e de interpretação das demandas pessoais, comunitárias e sociais no campo da saúde.

A outra dimensão, que mencionamos como problema à assimilação e à implementação da PNH, tem caráter mais sutil e subliminar e, provavelmente por isso, talvez corresponda a uma ameaça mais insidiosa às aspirações da política de humanização. Como mencionado, ela se refere à atualização de práticas modernas de purificação na formulação e na consecução das ações técnico-científicas e de gestão no campo da saúde.

Em linhas bastante gerais, é possível dizer que o humanismo moderno advém de um determinado projeto de modernidade que, segundo Kastrup (1999) - referindo posições de Latour (1994) - se funda numa dupla separação: entre formas puras, criadas por dicotomias entre dimensões complementares (sujeito cognoscente e o objeto que se dá a conhecer; os homens e as coisas; o mundo natural e o social); e entre essas supostas formas puras (reunidas e unificadas sob o signo da representação, que as purificaria em identidades relativamente estáveis) e os seres/produções que não se encaixam em representações apriorísticas, por serem mistos, isto é, por misturarem natureza e sociedade, ciência e política, sujeito e objeto (embriões fecundados *in vitro*, aquecimento global, inteligência artificial, são exemplos recentes). Estes mistos são chamados de híbridos por Latour.

Para Latour (1994), aquele projeto de modernidade não se confunde com a própria modernidade, que foi complexa, com variados regimes de funcionamento; ele apenas indica uma de suas versões, a versão oficial. No entanto, a eficácia de suas operações fez com que, até os dias de hoje, as categorias epistemológicas ali construídas (sujeito, objeto, natureza e sociedade) fossem tomadas como pertencentes, de fato, a planos ontológicos distintos, cujo contato se daria por fatores e operações intermediárias, que eventualmente reduziriam a distância e fariam ligações entre regiões ontológicas separadas. Além disso, fez com que os híbridos fossem pensados como contingentes, subprodutos ou exceções que confirmariam padrões de funcionamento dos fenômenos, expressos por leis invariantes e totalizantes.

Mas como reatualizações desse projeto de modernidade, e do tipo de humanismo que dele resultou, interferem em práticas de saúde atuais e em propósitos da PNH? Ainda é frequente conceber o homem em si mesmo, como entidade apartada do meio (natural e social) e das condições que ele cria e/ou transforma.

Ainda separamos o doente da doença, muitas vezes tratando a última como objeto que se dá a conhecer independentemente dos modos pelos quais o doente a singulariza no corpo e nas formas de significá-la. Ainda separamos as técnicas e as tecnologias, empregadas na assistência à saúde, das razões e dos valores a partir dos quais são produzidas, e das maneiras, às vezes, atomizadas pelas quais são utilizadas no diagnóstico e no tratamento de agravos à saúde. Ainda separamos ciência, política e sociedade, afastando formuladores das políticas de gestores e de profissionais, e estes dos usuários da saúde, como se não houvesse relação e interdependência entre suas posições, conhecimentos, competências e responsabilidades.

Entre outras dicotomias, as práticas de purificação ou de isolamento de categorias de coisas e de ações, que - por essa via - só se relacionam entre si de maneira contingente ou parcial, ainda participam na conformação de nossa subjetividade e contornam a organização e a lógica do sistema e dos serviços de saúde. Como vimos, a PNH aposta numa ruptura com aquilo que estamos chamando de práticas de purificação, o que lhe impõe desafios de várias ordens, entre eles, desafios conceituais relevantes: suas formulações não podem se confundir com discursos científicos ou políticos estritos, ao contrário, precisam ser híbridas, capazes de transversalizar os vários planos conceituais implicados com os processos de trabalho em saúde. Mais do que isso, precisam ser construídas a partir e em função das condições concretas dos serviços de saúde, sob o risco da abstração e da transcendência, ou seja, de se pensar o SUS por meio do "como", supostamente, deveria ser, e não do "como" efetivamente é, para então se operarem as mudanças que se fizerem necessárias.

Voltemos às proposições de Latour, uma vez que, a nosso ver e guardadas as devidas proporções e especificidades, elas têm proximidade com as perspectivas pretendidas pela PNH. Latour (1994) percebe um outro sentido na modernidade, que se antagoniza com o da versão oficial: a modernidade

como paradoxo. “Como paradoxo, a modernidade produz, simultaneamente, os híbridos e os saberes que os recusam. [...] Sendo ela própria produtora de paradoxo, deve ser vista como algo que contém em si uma diferença interna, ou seja, o germe de problematização de seu projeto oficial” (Kastrup, 1999, p.41).

Para apreender essa diferença, Latour propõe uma mudança no modo de pensar.

Em vez de começar pelas extremidades - pelas formas -, propõe que comecemos pelo meio. O meio não é entendido como espaço intermediário entre dois polos separados, mas como região ontológica que é, ao mesmo tempo, primordial e inventiva. Inversão da lógica de demarcação: “é o meio que constitui o suporte explicativo das extremidades. As regiões extremas aparecem como resultantes da estabilização de processos de mediação. Ele ressalta que os pólos sujeito e objeto não são mais o ponto de apoio da realidade, mas, sim, resultados provisórios e parciais” (Kastrup, 1999, p.43).

Se for assim, tanto o sujeito quanto o objeto serão (re)criados pelas relações que estabelecerem. Do mesmo modo, natureza e sociedade são processos que se afetam, se engendram e se transformam reciprocamente. Muito diferente da reificação que lhes atribui o projeto moderno de purificação, por meio da qual é fixada uma essência invariante ao humano, bem como à racionalidade técnico-científica e política.

As noções de humanismo na área da saúde, que marcaram movimentos da área no Brasil a partir dos anos 1960, pautados pela luta legítima em defesa da igualdade de direitos (para grupos discriminados, por exemplo) e pelo acesso a serviços de saúde mais dignos, em alguma medida eram tributárias de características relacionadas ao mencionado humanismo moderno, o que provavelmente facilitou sua sobrecodificação e naturalização pelo discurso tecnoburocrático, também herdeiro do projeto moderno de purificação.

Imaginando acepções potencialmente problemáticas, como as que foram expostas acima, não surpreende, ao contrário, é compreensível que alguns (profissionais, usuários, gestores e pesquisadores), numa primeira aproximação e por motivos diversos, olhem com reserva para a PNH, ao menos para os sentidos que o termo humanização pode evocar.

No entanto, interessa tematizar a inflexão singular proposta pela PNH para a humanização - que, em certa medida, se aproxima das proposições de Latour, uma vez que problematiza práticas de purificação na área da saúde, bem como procura pensar a partir das relações, isto é, assume os processos de relacionamento e de mediação entre os atores envolvidos na construção do SUS como campo de operações da PNH, tanto na assunção e na requalificação do conceito, quanto e, talvez sobretudo, em suas implicações nos campos estratégico e metodológico de implementação da política.

Parece possível dizer que, no plano conceitual, a formulação da PNH parte da humanização como **conceito-sintoma** para transformá-lo em **conceito-experiência**. Estas duas expressões foram cunhadas por Benevides e Passos (2005) para designar, respectivamente: - a paralisia e a reprodução de sentidos já instituídos; - e as dimensões implicadas nas experiências reais ou, em outros termos, dimensões capazes de produzir diferenças irreversíveis em sujeitos e/ou segmentos e práticas sociais. Entrar em contato com essas dimensões permite que nos coloquemos em posição de escutar e de indiciar campos problemáticos, para criar condições de elaboração e de invenção de alternativas às suas obstruções, por meio da cartografia de movimentos-índices de vitalidade e de diferenciação, que insistem pelo meio de idéias e práticas calcificadas na área da saúde. Também permite forçar e requalificar os conceitos para que, simultaneamente, ajudem a responder a desafios concretos e resistam à fixação em sentidos alienantes.

Benevides e Passos (2005), que também são atores da formulação e implantação da PNH, ao requalificarem os sentidos implicados com a noção de humanização, também recusam a idealização do humano, presente em sua condição de conceito-sintoma, evocando Canguilhem (1982), para o qual a normatividade do vivo concerne menos a seguir do que a criar normas variáveis de vida. Por essa via, arrematam:

É neste sentido que a humanização não pode ser pensada a partir de uma concepção estatística ou de distribuição da população em torno de um ponto de concentração normal

(moda). O que queremos defender é que o humano não pode ser buscado ali onde se define a maior incidência dos casos ou onde a curva normal atinge sua cúspide: o homem normal ou o homem-figura-ideal, metro-padrão que não coincide com nenhuma existência concreta. (Benevides, Passos, 2005, p.391)

A esta posição acrescentam a de que, na condição de política pública, a humanização precisa ser efetiva em face daquilo que pretende engendrar: aberturas e transformações prospectivas nas práticas de saúde, nas concepções e formas de gestão, nos modos e nas tecnologias de relação. Para ser efetiva, a humanização precisa, como condição de possibilidade, ser (re)inventada a cada intervenção no SUS, de modo transversal, como operação dos coletivos.

Se por transversalidade entendermos a travessia dos estratos⁴ por diferentes fluxos, no pensamento e nas práticas; ela será, por excelência, a operação dos coletivos, concebidos não na condição de conjuntos de coisas ou pessoas, mas enquanto efeito da intersecção de elementos e fluxos heterogêneos, materiais e imateriais, nos processos.

Assumir o coletivo como plano de produção e de intervenção da PNH exigirá, então e necessariamente, a criação reiterada de entranhada disposição ao “inaneçipável das construções pessoais e sociais, no que elas tiverem de produtivo ou vitalizante, mas também no que emergir como entrave aos seus processos” (Mendes, 2007, p.124).

As estratégias metodológicas, no campo de jogo delineado pelos princípios e parâmetros da PNH, precisam permanecer abertas às variações das práticas e dos discursos. Métodos plásticos e reorientáveis em função das composições e das questões produzidas em cada uma das experiências concretas que a política ensinar. Experiências mantidas sempre e de novo em análise, para acalentar a produção instituinte e, ao mesmo tempo, tentar se evadir das recaídas totalizantes que, de resto, são um perigo sempre presente, por esgotamento em face da quantidade de trabalho exigido para se sustentar tal multiplicidade ou pela conversão da abertura em doutrina, em formas puras ou verdades supostamente estáveis.

Se for assim, o início e os cinco primeiros anos da PNH são emblemáticos: ao contrário de um tipo frequente de iniciativa - a de definir as políticas com base em modelos apriorísticos e abstratos, que rivalizem com determinado estado de coisas, numa espécie de “combate contra” - formulam a PNH como “combate entre”⁵: assunção das práticas e das relações tal como se efetuam, buscando extrair a vitalidade e a positividade que portam e, simultaneamente, problematizar gargalos e mazelas para, a partir dessas dobras, produzir ou requalificar conhecimentos e práticas em saúde.

As ambições da PNH, como sugerimos, não são pequenas. De um lado, fomentar a criação de redes de produção de saúde e, por outro, ativar processos de subjetivação menos centrados em representações e modos de existências totalizantes ou excessivamente tecnocráticos e burocráticos. Isto impõe “que o SUS seja tomado em sua perspectiva de rede, criando e/ou fortalecendo mecanismos de coletivização e pactuação sempre orientados pelo direito à saúde que o SUS na constituição brasileira consolidou como conquista” (Benevides, Passos, 2005, p.393). Por outro lado e complementarmente, impõe que a humanização se afirme como **conceito-experiência**, na medida em que “descreve, intervém e produz a realidade nos convocando para manter vivo o movimento a partir do qual o SUS se consolida como política pública, política de todos, política para qualquer um, política comum” (Benevides, Passos, 2005, p.393).

⁴Em linhas bastante gerais, os estratos concernem a conjuntos instituídos, formalizados por fatores diversos: perfis subjetivos, objetos, práticas, estruturas (econômicas, políticas, culturais...), códigos de comunicação, representações etc.

⁵As noções de “combate contra” e de “combate entre” foram retiradas de Deleuze (1992).

Tamanha pretensão parece pedir, como contraface que não se deve recusar, doses de prudência e de simplicidade (o simples, não o simplório), para se estar em condição de responder pelos efeitos concretos dos mundos que ajudamos a engendrar, bem como para permanecer fazendo política na alteridade, isto é, na relação com o outro (usuário, trabalhador e gestor), que perfaz o plano de autoprodução dos coletivos. Quando é assim, talvez também seja possível lembrar que somos, simultânea e inexoravelmente, o outro do outro e aquilo que fazemos estando juntos.

Colaboradores

Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do manuscrito.

Referências

- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface – Comunic., Saude, Educ.**, v.9, n.17, p.389-94, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza/SUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- CALVINO, Í. **As cidades invisíveis**. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 19 out. 2003.
- CAMPOS, G.W.S. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? **Interface – Comunic., Saude, Educ.**, v.9, n.17, p.398-400, 2005.
- CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1982.
- DELEUZE, G. **Conversações 1972 – 1990**. Rio de Janeiro: 34 Letras, 1992.
- DESLANDES, S.F. O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. **Interface – Comunic., Saude, Educ.**, v.9, n.17, p.401-3, 2005.
- KASTRUP, V. **A invenção de si e do mundo**: uma introdução do tempo e do coletivo no estudo da cognição. Campinas: Papyrus, 1999.
- LATOUR, B. **Jamais fomos modernos**. Rio de Janeiro: 34 Letras, 1994.
- MENDES, V.L.F.M. **Uma clínica no coletivo**: experimentações no programa de saúde da família. São Paulo: Hucitec, 2007.

Este texto analisa um dos aspectos discutidos no Seminário “A Humanização do SUS em debate”, realizado em junho de 2008, em Vitória/Vila Velha, ES. Nesse seminário, o chamado Coletivo PNH e pesquisadores da área da saúde, de várias partes do Brasil, reuniram-se para colocar em análise os cinco primeiros anos da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde. O aspecto aqui abordado diz respeito ao conceito de humanização em duas direções, especialmente: - a possibilidade de usar o conceito em vários sentidos ou acepções o torna polêmico, sobretudo quando utilizado para nomear uma política pública de saúde; - o sentido em que é empregado pela PNH o requalifica e faz com que o conceito seja pensado em processo e na dinâmica das práticas em saúde, perspectivas que precisam ser trabalhadas na consolidação e na difusão da PNH.

Palavras-chave: Humanização da assistência. Política pública de saúde. Práticas de saúde.

The concept of humanization within the National Humanization Policy (PNH)

This paper analyzes one of the issues discussed in the seminar “Discussing the Humanization of SUS (Brazilian Unified Health System)”, held in Vitória/Vila Velha, Espírito Santo, in June 2008. In that seminar, the so-called National Humanization Policy (PNH) Group and healthcare researchers from several parts of Brazil met to analyze the first five years of the Ministry of Health’s PNH. The issue covered here relates to the concept of humanization, in two particular directions. The possibility of using the concept with several meanings or senses makes it polemical, especially when it is used to name a public healthcare policy. The meaning with which it is used by the PNH requalifies it and makes it thought of within the process and dynamics of healthcare practices. These perspectives need to be worked up, in order to consolidate and disseminate the PNH.

Keywords: Humanization of assistance. Public healthcare policy. Healthcare practices.

El concepto de humanización en la Política Nacional de Humanización (PNH)

Este artículo analiza uno de los aspectos discutidos en el Seminario “La Humanización del Sistema Único de Salud brasileño en debate” realizado en junio de 2008 en Vitória/Vila Velha en el estado de Espírito Santo, Brasil. En este seminario, el llamado Colectivo PNH e investigadores del área de salud de varias partes de Brasil se reunieron para plantear el análisis de los cinco primeros años de la Política Nacional de Humanización del Ministerio de la Salud. El aspecto enfocado se refiere al concepto de humanización especialmente en dos direcciones: - la posibilidad de usar el concepto en varios sentidos o acepciones lo hace polémico, sobre todo cuando utilizado para nombrar una política pública de salud; - el sentido en que lo toma la PNH lo re-califica y hace que el concepto sea pensado en proceso y en la dinámica de las prácticas en salud, perspectivas que tienen que trabajarse en la consolidación y en la difusión de la PNH.

Palabras clave: Humanización de la atención. Política pública de salud. Prácticas de salud.

Recebido em 02/11/08. Aprovado em 11/05/09.