



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
BACHARELADO EM SERVIÇO SOCIAL**

MARIA VITÓRIA NASCIMENTO BARROS

**POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO E SUA INTERFACE COM O
SERVIÇO SOCIAL**

**JOÃO PESSOA
2023**

MARIA VITÓRIA NASCIMENTO BARROS

**POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO E SUA INTERFACE
COM O SERVIÇO SOCIAL**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado a Coordenação do Curso de
Serviço Social da Universidade Federal
da Paraíba como requisito complementar
para obtenção do título de bacharel em
Serviço Social.

Orientadora: Profa. Dra. Marina Leite
Melo

João Pessoa
2023

MARIA VITÓRIA NASCIMENTO BARROS

**POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO E SUA INTERFACE
COM O SERVIÇO SOCIAL**

Trabalho de conclusão de curso submetido à Banca Examinadora designada pelo Curso de Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba como requisito para obtenção do título de bacharel em Serviço Social.

Aprovada em 09/11/2023

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Marina Leite Melo (Orientadora)
Universidade Federal da Paraíba

Prof. Dra. Maria das Graças Miranda Ferreira da Silva
(Examinadora Interna)
Universidade Federal da Paraíba

Prof. Dra. Alecsonia Pereira Araújo
(Examinadora Interna)
Universidade Federal da Paraíba

João Pessoa
2023

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por sustentar meus passos durante a graduação e por ter permitido concluir o curso que Ele planejou para mim, mediante tantos obstáculos que foram surgindo pelo caminho, o olhar de Deus jamais se afastou de mim.

Aos meus pais, Benedita de Lourdes e Edson José, por sempre terem me incentivado nos estudos, por ter dedicado suas vidas pela minha educação e por abrir mão de muitas escolhas por mim. Vocês são símbolos de força e esperança na minha vida, todo o esforço de vocês foi e está sendo compensado.

A minha irmã Niedja Nascimento, atualmente Mestre em Ciência da Informação, por sempre estar ao meu lado como amiga e cúmplice, e nas decisões acadêmicas. Você é meu exemplo de dedicação nos estudos, você faz parte da minha conquista.

A minha irmã gêmea Maria Eduarda Nascimento, por vibrar comigo nas minhas conquistas e por estar ao meu lado nos aprendizados da vida me incentivando e aconselhando sempre. Ter irmão gêmea é ser companheiro um do outro, e nós somos assim, unha e carne, vamos continuar assim, nossa ligação é mais forte que qualquer outra coisa.

Ao meu parceiro, Romulo Frade, agradeço por me apoiar e incentivar nas minhas decisões e me encorajar quando já estava cansada dos momentos difíceis da jornada acadêmica. Seu apoio e amor foram fundamentais para chegar até aqui, obrigada por ser meu alicerce.

A minha avó Inês do Nascimento (*In memoriam*) por ter sido a base para a minha mãe e para mim, nos momentos em que minha mãe precisava trabalhar e não tinha como me levar para a escola, ela estava ali pronta para ajudar. Eu te amo até o céu.

A minha avó paterna Nazareth Barros, por sempre incentivar meus estudos e se fazer presente em todas as conquistas obtidas durante esse período, agradeço ainda todos os conselhos e palavras de sabedoria que me deu.

Ao Centro Estadual Experimental de Ensino e Aprendizagem Sesquicentenário, onde passei treze anos de estudo, por ter contribuído com meu pensamento crítico e me formado com um ensino de qualidade e profissionais excelentes, em especial os professores do Ensino Médio de 2016 a 2018.

Aos meus amigos formados durante a trajetória no Ensino Fundamental e Ensino Médio por sempre me escutar, apoiar e aconselhar. Nossa amizade se fortaleceu ao longo dos anos, mesmo por ter seguido caminhos diferentes, cursos diferentes, campus distintos, mas nossa amizade sempre continuou a mesma.

As minhas amizades construídas ao longo da graduação e principalmente nesse finalzinho de curso, que tanto precisei de apoio e conselhos, em especial, Nicole Stephane, Jessika Alissandra, Thereza Bruna, Fernanda Karla, Gleizielle Nayane e Thays Cardoso.

A minha orientadora, Professora Doutora Marina Leite, primeiro por ter me acolhido com um tema já definido e o TCC já encaminhado, ou seja, construído em algumas partes, segundo por ter tornando os encontros de orientação mais leves e fluídos, meu coração é só gratidão.

Agradeço, principalmente, a mim. Reconheço todas as pessoas que fizeram o impossível se tornar possível para contribuir com minha formação, mas esse esforço só se demonstrou benéfico por conta da minha garra, da minha força de vontade e dos meus sonhos. Todos nós somos passíveis de erros e somos cheios de limitações, termino a graduação com muitas superações, dei meu máximo e suportei todas as demandas e conflitos que surgiram.

Por fim, agradeço a todos que direta ou indiretamente contribuíram com minha trajetória acadêmica ao longo dos anos de graduação, principalmente aos Mestres e Doutores do curso de Serviço Social que estiveram presentes nessa jornada.

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.”

Carl Jung

RESUMO

Este trabalho tem como objeto de estudo a Política Nacional de Humanização (PNH) e sua relação com o serviço social. Objetivamos analisar a relação do Serviço Social e Política Nacional de Humanização, a partir dos princípios da reforma sanitária. A reforma sanitária foi impulsionada por uma série de fatores, destacamos a insatisfação com a desigualdade no acesso aos serviços de saúde e a busca por um sistema de saúde mais inclusivo e equitativo, simbolizando uma mudança em relação às práticas utilizadas no período, que eram as caixas de aposentadorias (IAPs). Com a implantação do Sistema Único de Saúde – SUS (resultado da reforma sanitária), uma nova compreensão se faz: a política de saúde se integra como parte das políticas públicas mais gerais. Atualmente, a Política Nacional de Humanização apresenta-se incorporada às demais políticas do SUS, seguindo os princípios estratégicos desse sistema de saúde no que concerne à descentralização, regionalização, hierarquização e participação social. O interesse em pesquisar essa temática se deu a partir da realização do Estágio Supervisionado em Serviço Social no Instituto Cândida Vargas, que é uma maternidade de referência em João Pessoa, devido aos serviços especializados na atenção obstétrica e neonatal, com o título de Iniciativa Hospital amigo da criança (IHAC) e Cuidado Amigo da Mulher (CAM). A presente pesquisa é qualitativa, de base documental e bibliográfica, com aprimoramento no método materialista histórico-dialético, analisamos as normativas da Política de Saúde e do conjunto CFESS-CRESS, além das produções mais recentes do campo do serviço social na saúde e no âmbito da humanização. Por fim, apresentamos como resultados da pesquisa o êxito em discorrer sobre a atuação do assistente social com a PNH e sua implementação no âmbito da saúde, além de identificar que tanto o usuário, quanto os trabalhadores da área da saúde também estão sendo desumanizados no que diz respeito ao atendimento centrado no modelo doença e na precarização das condições de trabalho –respectivamente-, o que acarreta em consequências na relação interpessoal.

Palavras chaves: Reforma Sanitária, Política Nacional de Humanização e Serviço Social.

ABSTRACT

This work has as its object of study the National Humanization Policy (PNH) and its relationship with social service. We aim to analyze the relationship between Social Service and National Humanization Policy, based on the principles of health reform. The health reform was driven by a series of factors, we highlight the dissatisfaction with inequality in access to health services and the search for a more inclusive and equitable health system, symbolizing a change in relation to the practices used in the period, which were the retirement funds (IAPs). With the implementation of the Unified Health System - SUS (resulting from the sanitary reform), a new understanding arises: health policy integrates as part of broader public policies. Currently, the National Humanization Policy is incorporated into the other SUS policies, following the strategic principles of this health system regarding decentralization, regionalization, hierarchy, and social participation. The interest in researching this topic arose from the Supervised Internship in Social Work at Institute Cândida Vargas, which is a reference maternity hospital in João Pessoa, due to the specialized services in obstetric and neonatal care, with the title of *amigo da criança* an Hospital Initiative (BFHI) and *Cuidado Amigo da Mulher* (CAM). The present research is qualitative, based on documentary and bibliographic sources, with refinement in the historical-dialectical materialist method. We analyze the regulations of Health Policy and the CFESS-CRESS set, in addition to the most recent productions in the field of social work in health and in the context of humanization. Finally, we present the research results, successfully discussing the role of the social worker with the National Humanization Policy (PNH) and its implementation in the health field. We also identify that both the user and healthcare workers are being dehumanized concerning disease-centered care and the precarization of working conditions, respectively. This results in consequences in interpersonal relationships.

KEYWORDS: Health Reform, National Humanization Policy and Social Service

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
ABESS	Associação Brasileira de Escolas de Serviço Social
AIS	Ações Integradas de Saúde
ANAS	Associação Nacional dos Assistentes Sociais
CBAS	Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais
CBCISS	Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio de Serviço Social
CEAS	Centro de Estudos e Ação Social
CEDEPSS	Centro de Documentação e Pesquisa em Políticas Sociais e Serviço Social
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
FNEPAS	Fórum Nacional de Educação das Profissões da Área de Saúde
GTHs	Grupos de Trabalho de Humanização
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
IHEU	Minimum Statementon Humanism
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Medica da Previdência Social
LOPS	Lei Orgânica da Previdência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAN	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	11
1	IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO ATRAVÉS DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO.....	14
1.1	Antecedentes da Política Nacional de Humanização: Breves considerações.....	14
1.2	Conceito de humanização na Política Nacional de Humanização.....	22
2	SERVIÇO SOCIAL E HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE.....	30
2.1	Breves considerações da trajetória sócio-histórica do Serviço Social no Brasil.....	30
2.2	Serviço Social e sua interface com a humanização.....	37
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	45
	REFERÊNCIAS.....	48

INTRODUÇÃO

A humanização pensada e elaborada pelo Ministério da saúde visa a consolidação de um novo modelo de saúde, que garante direitos já assegurados de universalidade, integralidade, acesso e equidade, representando um esforço perceptível para reformar a cultura de atendimento do sistema de saúde no Brasil. No entanto, a implementação eficaz desse modelo de saúde é objeto de debate e desafio.

A humanização não se limita a melhorias nas estruturas físicas e técnicas, mas também abrange a forma como os profissionais de saúde interage com os usuários do SUS e suas famílias. Nesse cenário, destaca-se o assistente social como um dos principais elos de ligação entre paciente, família e instituição de saúde. Conforme Batista (2009), a atuação desse profissional se dá com base na garantia dos direitos básicos de cidadania, participação social, democracia, justiça social, equidade e humanização.

Além disso a humanização no contexto da Saúde também envolve a promoção da participação ativa dos pacientes no processo de cuidados de saúde, inclusive nos processos decisórios, respeitando suas escolhas valores e crenças. A humanização deve adaptar-se a cada cultura, considerando a diversidade existente.

Dado o exposto, a eficácia da humanização no sistema de saúde necessita de um compromisso contínuo e uma transformação na cultura de atendimento promovendo um sistema que priorize o respeito e bem-estar de todas as pessoas que dele fazem uso. Bem como, é essencial criar um ambiente que previna situações de atendimento desumanizado, especialmente para os profissionais, considerando as condições estruturais enfrentadas por eles.

O objeto de estudo é a relação do Serviço Social com a Política Nacional de Humanização, a partir dos princípios da reforma sanitária. A aproximação sobre esse objeto se deu a partir do Estágio Supervisionado I e II, no Instituto Cândida Vargas – ICV em João Pessoa. Durante o período de estágio foi observado que os funcionários e usuários do Instituto falavam de forma recorrente sobre o atendimento humanizado, pois a maternidade apresenta uma característica que esta intrinsecamente ligada á temática da humanização.

O ICV é uma maternidade de referência em João Pessoa, devido aos serviços especializados na atenção obstétrica e neonatal, com o prestigioso título de Iniciativa Hospital Amigo da Criança - IHAC - e Cuidado Amigo da Mulher – CAM, que destacam seu compromisso com a qualidade dos cuidados materno-infantis da região.

Conter esses títulos, significa que o hospital tem qualidade e humanização do atendimento em todas as etapas da gestação. Porém, a maternidade supracitada possui uma imagem societária bastante precária em relação aos atendimentos e internação das usuárias. No entanto, as motivações para o estudo do presente objeto, se concentra nos relatos desses usuários satisfeitos e insatisfeitos, questiona-se, o significado de humanização e o limite do conceito dentro do cenário da saúde e da relação médico-paciente.

Além disso, a produção acadêmica sobre o assunto possui algumas lacunas, temos muitos textos, artigos, livros e revistas que tratam do serviço social na saúde, mas poucos tratam do serviço social e humanização. Por apresentar pouca produção acadêmica, a presente pesquisa busca dar sua contribuição para o debate. Segundo o Conselho Federal de Assistentes Sociais - CFESS (2009) no que se refere a PNH os assistentes sociais se inserem como atores principais na implementação das ações de humanização.

Assumimos a hipótese que a humanização na saúde é a busca de uma nova cultura de atendimento, que envolve a política de saúde como política de estado e aspectos da subjetividade do usuário e do trabalhador. Além disso, a pesquisa está norteadada em sintetizar a atuação do assistente social com a PNH e identificar quem está sendo desumanizado nos serviços de saúde: o usuário ou o trabalhador da área ?

Destacamos como objetivo central analisar a relação do Serviço Social e Política Nacional de Humanização, a partir dos princípios da reforma sanitária. Já como objetivo específico focalizamos em três: contextualizar a implantação do SUS desde a redemocratização na década de 80, considerando as bases históricas que contribuíram para a construção da PNH; analisar o conceito de humanização na área da saúde à luz dos princípios estabelecido pelo SUS, e por fim, relacionar os principais elementos de diálogo entre a PNH e o serviço social, considerando os princípios da reforma sanitária e o projeto ético político.

A metodologia utilizada, consiste na identificação dos estudos publicados acerca da humanização e do serviço social, através de uma busca online no catálogo de teses e dissertações da CAPES, na Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPPS (Temporalis) e no Google Acadêmico. Essa busca consiste em uma pesquisa bibliográfica elaborada com base em material já publicado, com rigor científico, ou seja, compreende consulta em livros, revistas, artigos de periódicos, entre outros.

Segundo Minayo (2001), a produção bibliográfica é uma forma de investigar, além de ser indispensável para a pesquisa básica. A autora acrescenta ainda que, esse levantamento nos permite articular conceitos e sistematizar a produção de uma determinada área de

conhecimento, criando novas questões num processo de incorporação e superação daquilo que já se encontra produzido.

A análise é fundamentada na abordagem sócio-histórica, considerando os aspectos sociais e históricos no contexto da saúde no Brasil, a fim de compreender o objeto de estudo e sua relação com a profissão. A pesquisa é conduzida com base nos princípios do materialismo sócio-dialético, destacando as condições materiais e as mudanças sociais ocorridas no cenário mencionando. O recorte temporal utilizado abrange o período dos anos 70 até o presente, passando pelo ano de surgimento da Política Nacional de Humanização (PNH) em 2003, com foco na relevância de abordar pontos significativos, como o Conselho Nacional de Saúde (CNS).

O levantamento literário realizado possui foco nos autores: Yamamoto (2004), Deslandes (2005 e 2006), Bravo (2009), Matos (2017) dentre outros. Por fim, além da bibliografia citada, estão sendo utilizados e analisados documentos base: a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (Brasil, 2011), a Política Nacional de Humanização (2003), o Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS (2010) e os Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (2009/2010).

O trabalho estrutura-se em dois capítulos: o primeiro capítulo aborda a implementação do processo de humanização através da PNH, esta seção se subdivide nos antecedentes da PNH, onde resgatamos a base histórica da saúde até chegar na criação da PNH - de forma breve -, e no conceito de humanização na PNH, aqui abordamos a humanização como parte do processo sócio histórico e o significado do termo.

No capítulo dois, tratamos do Serviço Social e da humanização na saúde, em primeiro plano contextualizamos a profissão a partir do Movimento de Reconceituação, além disso, é analisado a relação entre o projeto Ético-Político e o projeto de Reforma Sanitária. Em seguida é realizado uma explanação acerca do serviço social e sua interface com a humanização através da atuação do assistente social no cenário da saúde.

1 IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO ATRAVÉS DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

Neste capítulo objetiva-se contextualizar a implantação do SUS desde a redemocratização na década de 80, considerando as bases históricas que contribuíram para a construção da PNH. Para isso, almeja-se compreender essa contextualização do debate sobre humanização no Brasil, que resultou na aprovação da Política Nacional de Humanização no setor da saúde. Para tal, será apresentado um breve panorama a partir de 1970, década que surge o movimento da reforma sanitária perpassando pela criação e implementação do SUS, e o debate em torno do projeto privatista.

Em seguida, é feita a abordagem da emergência da conceituação e problematização do termo Humanização no âmbito da saúde, relacionando com os principais elementos nesse cenário, à luz dos princípios estabelecidos pelo SUS. Além de analisar o trabalho efetuado com o PNHAH socializado na Oficina Nacional HumanizaSUS (2003) e mais tarde expandindo seu alcance e configurando-se em política.

1.1 Antecedentes da Política Nacional de Humanização: Breves considerações

A sociedade é moldada conforme as mudanças sociais vão acontecendo, por isso não podemos falar da atualidade, sem entender o processo de mudança para os dias atuais. Esse processo percorre por alterações na conjuntura do sistema político e nas estruturas econômicas, conseqüentemente, nossa atualidade é um produto do processo sócio-histórico. Para tratar da humanização se faz necessário resgatar o período em que esse processo teve início, abordando a área da saúde.

Historicamente no Brasil, quando se trata da política de saúde no viés do atendimento médico e do acesso a medicamentos, vemos que está vinculada intimamente ao desenvolvimento da política de previdência. A universalidade do acesso à saúde é uma conquista recente, pois anteriormente, para acessar a maioria dos serviços de saúde, era necessária a apresentação da carteira de trabalho, devido ao sistema de proteção social existente, baseado no status do emprego e na contribuição previdenciária.

Segundo França (1998), o crescimento expressivo da produção dos serviços de saúde no período da década de 60¹, ocasionou no aumento das despesas provocando impacto nas contas da Previdência Social. Desde os anos 70, havia uma preocupação com os gastos presentes na área da saúde, esse cenário gerou uma crise econômica, pois com o aumento de gastos surgiu o desenvolvimento de novas tecnologias médicas e mais complexas, ao passo que existia uma má distribuição desses recursos, fator que tornou a assistência médica previdenciária onerosa.

Ainda na década de 70, surge o movimento da reforma sanitária no cenário da luta contra a ditadura. Para França (1998), o movimento sanitário criticava o modelo hospitalocêntrico, enfatizava os cuidados primários e a prioridade do setor público. Para Rodriguez Neto (1998), a reforma sanitária propunha que a saúde fosse entendida como o resultado das condições de vida das pessoas, em outras palavras, a saúde não se mantém apenas no campo da assistência médica, mas também no acesso das pessoas a empregos, salários justos, saneamento básico, entre outros.

Dessa forma, baseado nos determinantes sociais, a reforma sanitária propunha a defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais. Logo, o projeto de reforma sanitária é fruto das lutas e mobilizações realizadas pelos profissionais de saúde, vinculado ao movimento popular. O projeto de reforma sanitária sugere e incentiva a presença de novos sujeitos sociais na definição da política setorial (Bravo, 2009).

De acordo com a análise de Rodriguez Neto (1998), a conquista da saúde não pode ser uma responsabilidade exclusiva da área da saúde, mas do Estado como um todo e da sociedade por meio das políticas econômicas e sociais. A partir desse viés, surge a ideia de que a saúde é direito de todos e dever do Estado, para o autor citado essa ideia é um princípio básico da reforma. Segundo França (1998, p. 92):

O movimento sanitário vai ter, portanto, um ponto em comum com os setores até então hegemônicos: a necessidade de racionalizar os gastos com saúde. Do ponto de vista dos sanitaristas, o argumento da racionalização dos gastos podia servir, de um lado, à luta pela quebra do modelo prevalente, uma vez que o setor privado era responsável pelo aumento e pela maior parte das despesas na saúde. De outro lado, possibilitava uma maior democratização do atendimento médico, estendendo-o à população marginalizada que não contribuía diretamente com a Previdência Social.

Logo, existia uma forte demarcação na diretriz de redução dos custos. Considerando o cenário de 1980, marcado pelo acontecimento da campanha Diretas Já² - devido a pressão

¹ Foi nessa década que a Lei Orgânica da Previdência Social – LOPS – Lei nº 3.807 de 26 de agosto de 1960, teve aprovação.

² A campanha Diretas Já foi organizada pela sociedade civil, com o objetivo de conseguir tornar as eleições presidenciais diretas.

populacional representou um marco na luta de redemocratização no Brasil -, França (1998) pontua que os períodos compreendidos entre 1981 a 1984 são vivenciados pelo país como um momento conturbado no setor da saúde, devido à crise econômica, soma-se a isso, a transição para a democracia que estava sendo marcada por alterações políticas, sociais e econômicas.

Em conformidade com Polignano (2001), no ano de 1981 é criado o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária – CONASP, com o propósito de atenuar custos e combater fraudes, objetivando a melhoria da assistência médica baseada nas reclamações e insatisfação da população. A criação do CONASP deu início as políticas racionalizadoras na saúde e mudanças como a descentralização e utilização prioritária dos serviços públicos na esfera federal, estadual e municipal.

Em paralelo a esses acontecimentos, em 1983 surge o projeto de Ações Integradas de Saúde – AIS. Para Acurcio (2005), o projeto das AIS visava integrar os serviços que prestavam assistência à saúde populacional de uma região. Segundo Gomes (2020), as AIS originaram o novo modelo assistencial integrando o setor público que passou a incorporar ações curativas educativas e preventivas.

Outrossim, em todas essas ações e planos, existia a ideia de integração da saúde pública com a assistência médica individual. Segundo Acurcio (apud CEFOR, 2005), constituía-se uma aspiração antiga que encontrava interesses contrários à sua concretização nos grupos médicos privados e na própria burocracia do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social –INAMPS.

Em 1986, foi realizada em Brasília a VIII Conferência Nacional de Saúde – CNS, com participação do governo, dos trabalhadores e prestadores de serviços de saúde. Para Santos e Guimarães (2014), esse foi o marco que se efetivou a política de Saúde Brasileira. Já para Cunha & Cunha (1998), a VIII CNS representou um marco na formulação das propostas de mudanças no setor da saúde, fortalecida na reforma sanitária brasileira.

Ademais, a VIII CNS ocorreu dentro de um contexto em que o Brasil estava passando por uma transição democrática, era um período de abertura política no país³ e já existia o debate público em torno do sistema de saúde brasileiro. Rosário, Baptista e Matta (2020), justifica como marco para a saúde por simbolizar o processo de construção da plataforma e estratégias do movimento de democratização no setor da saúde. Ressalta-se ainda, o ineditismo do processo por abrir vagas de participação para a sociedade civil em tais decisões, viabilizando a discussão de forma ampliada.

³ Após anos de Regime Militar.

A conferência ocorreu com o objetivo principal de definir princípios para a criação do SUS, com isso foram debatidos temáticas fundamentais como atendimento médico, saúde pública, acesso universal à saúde e financiamento do sistema de saúde. De acordo com Arouca (1986), democracia é saúde, porém quando o autor supramencionado fala nesses termos, questiona sobre a conceituação de saúde e afirma que, saúde deve ser entendida como bem-estar físico, mental e social, não apenas como ausência de doença.

Segundo Gomes (2020), em 1987 foi implantado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde –SUDS, essa iniciativa se responsabilizava pelos recursos financeiros da área da saúde. Para Cunha& Cunha (1998) o SUDS foi idealizado enquanto estratégia de transição em direção ao Sistema Único de Saúde – SUS, sendo percebido como a estadualização de serviços. Porém, essa estadualização mencionada pelos autores, levou a retração de recursos estaduais para a saúde, apenas em alguns casos.

Rodriguez Neto (1998), sintetiza que em 1988 a Assembleia Nacional Constituinte aprovou a nova Constituição Brasileira, incluindo uma seção sobre saúde. Desse modo, a política de saúde passou a ser inserida no âmbito da Seguridade Social⁴, a partir desse marco houve avanços relacionados à civilidade social no Brasil. Para Boschetti (2009), as políticas de previdência, saúde e assistência social foram reorganizadas e reestruturadas com novos princípios e diretrizes, passando a fazer parte do sistema de seguridade social brasileiro.

Para compreensão, a Seguridade Social é organizada com alguns objetivos fundamentais para a sua aplicação, entre eles destaca-se a diversidade da base de financiamento, assim os recursos necessários para garantir as ações da Seguridade são derivados de várias receitas e despesas. Logo, a Seguridade Social possui um orçamento próprio para cada área⁵, com a finalidade de garantir o funcionamento dos programas e benefícios.

Em conformidade com Boschetti (2009), a Seguridade Social brasileira⁶ não obteve progressos em relação ao fortalecimento da lógica social. A autora supracitada levanta argumentos relevantes para a temática da seguridade e da “questão social”⁷, visto que

⁴Seguridade Social é o conjunto das ações destinados a assegurar o direito relativo à saúde, Previdência e Assistência Social.

⁵ Saúde, previdência social e assistência social.

⁶ A Seguridade Social brasileira caracterizou-se como um sistema híbrido, ou seja, que abrange direitos derivados e dependentes da previdência (trabalho), da saúde (direito universal) e assistência social (direitos seletivos).

⁷ Por muito tempo a expressão "questão social" caiu em uso indevido, passando de uma análise sócio-histórica, associada a uma perspectiva de totalidade, para progressivamente cair numa relação que favoreceu o modo burguês, de forma a legitimar a reprodução da propriedade privada dos meios de produção, o que lhe conferiu uma análise naturalizada, deslocada das relações espaço-temporais. Por esse motivo, seguindo as indicações de Netto, utiliza-se sempre o termo entre aspas, sinalizando que na concepção dos assistentes sociais a "questão

reconhece o acontecimento de avanços, porém com a existência de retrocessos, esses vinculados aos limites estruturais na ordem capitalista. No caso do Brasil, as condições de salários baixos, desigualdades sociais e frágil assalariamento intensificam esse limite estrutural. De acordo com Boschetti (2009, p.11):

A situação do mercado de trabalho brasileiro, em que metade da população economicamente ativa possui relações informais de trabalho, faz com que a seguridade social, além de contribuir para a produção e reprodução da força de trabalho, deixe fora do acesso à previdência a população não contribuinte e, ainda, exclui do acesso aos direitos assistenciais aqueles que podem trabalhar.

A afirmação mencionada acima, discute a situação de mercado de trabalho e o funcionamento da seguridade, ou seja, trata-se da exclusão da população não contribuinte da previdência e da exclusão dos direitos assistenciais para a população considerada capaz de trabalhar. Por conseguinte, identifica-se que a seguridade social e a produção e reprodução da força de trabalho se relacionam no contexto do sistema econômico capitalista, bem como é nítido o vínculo da assistência com a previdência.

Esse vínculo entre as áreas da assistência e da previdência são evidenciados no contexto do trabalho, assistência médica e acesso a medicamentos, pois são parte de um conjunto amplo de políticas e programas. Na conjuntura dessa temática, esses vínculos que estão abarcados na garantia de direitos e proteção social dos indivíduos, objetivando a saúde e o bem-estar.

Tendo em vista que as áreas da previdência e da assistência social não são projetadas de maneira a restringir e limitar a lógica da produção e reprodução do sistema capitalista, esses programas não buscam substituir ou desafiar a busca por lucro e acumulação de capital que são características essenciais do sistema capitalista. Podemos concluir que operam dentro dos parâmetros do capitalismo, fornecendo proteção social sem alterar os princípios básicos de produção e acumulação de capital.

No que se refere à temática da saúde, a autora Conceição (2009) aborda a humanização em torno do debate da saúde pública do Brasil. No entanto, essa abordagem não tem um marco inicial sobre essa temática e conceituação. Alguns traços por volta da década de 1950 começam a se delinear, porém, o termo só consegue obter uma visibilidade mais ampla no fim da década de 1990.

Além disso, é no segundo semestre de 1990 que a Lei Orgânica da Saúde é aprovada, resultando em um atraso para o início da implantação do SUS. Rodriguez Neto (1998) reflete sobre esse atraso quando menciona a posição que o Governo transparece, apesar de adotar o

social" emerge como um leque de expressões contraditórias das relações provenientes do conflito entre capital e trabalho, sendo, pois, eliminável enquanto perdurar esta sociabilidade.

SUS, existia a resistência à descentralização, não havia reestruturação do Ministério da Saúde e os convênios continuavam a acontecer.

Tratando da implementação do SUS, a extinção do INAMPS⁸ foi fundamental nesse processo tornando-se um marco na transformação do SUS no Brasil. O SUS visava o acesso igualitário a serviços de saúde, enquanto o INAMPS mesmo incorporado ao Ministério da Saúde, atuava com métodos de clientelismo, autoritarismo e centralidade⁹. Logo, com a extinção do INAMPS, a criação e implementação do SUS direcionou o sistema para uma inclusão populacional maior no cenário da saúde.

O SUS, criado pela Constituição de 1988 e regulamentado pelas Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, conhecidas como Lei Orgânica da Saúde¹⁰ (LOS), é constituído por um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. (Brasil, 1990).

Segundo Polignano (2001, p.22):

[...] a concepção do SUS estava baseado na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do estado para com o bem-estar social, especialmente no que refere a saúde coletiva, consolidando-o como um dos direitos da CIDADANIA.

O autor acima refere-se ao contexto em que se deu a criação do SUS, visto que o momento político que a sociedade brasileira se encontrava era um período pós saída do regime militar¹¹ e de transição democrática. Outrossim, a afirmação reforça a ideia que o SUS seja um sistema de saúde público e democrático promovendo o direito saúde, faz-se mister mencionar que população antes da regulamentação do sistema era excluída de qualquer sistema de saúde.

Segundo Moraes (2016), o SUS tem como finalidade a assistência integral à saúde de todos os cidadãos de maneira universal e restrita. Rodriguez Neto (1998), também parte desse ponto de vista quando relata que o SUS, por ser único, tem a mesma filosofia de atuação em

⁸ Extinto em 1993 por meio da Lei nº 8.689, de 27 de Julho de 1993.

⁹ O termo da centralidade se aplica neste contexto, pois o INAMPS estava incorporado no Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social - SINPAS. O SINPAS foi criado com o objetivo de integrar as ações, programas, projetos, serviços e benefícios de sete órgãos. Além do INAMPS, estavam incluídos o INPS - Instituto Nacional de Previdência Social, IAPAS - Instituto de Administração Financeira da Previdência Social, LBA - Fundação Legião Brasileira de Assistência Social, FUNABEM - Fundação Nacional de Bem-Estar do Menor, DATAPREV - Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social, por fim, o CEME - Central de medicamentos.

¹⁰ A Lei nº 8.080/1990 foi criada com a intenção de organizar e estruturar o funcionamento dos serviços de saúde, tratando dos objetivos e atribuições do SUS. Enquanto a Lei nº 8.142/1990 assegura a participação dos usuários do sistema na gestão do SUS e na transferência de recursos financeiros.

¹¹ Visto que a cidadania nunca foi princípio de governo no período da Ditadura Militar. (Polignano, 2001)

todo o território nacional, ou seja, possui a mesma regularização. As afirmações supracitadas se confirmam quando analisamos os princípios do SUS, principalmente quando versa sobre a igualdade da assistência à saúde.

De acordo com a análise de Rodriguez Neto (1998), o SUS não pode ser implantado de forma repentina, como diz o próprio autor: *do dia para a noite*, devido as mudanças propostas pelo sistema. De fato, ao analisar a trajetória do SUS, vemos dificuldade na implantação da mesma forma que notamos os avanços. Uma das dificuldades, foi o ataque que o SUS sofreu durante o período de 1990 a 1992, quando a política neoliberal foi implantando pelo então presidente Fernando Collor de Melo, essa contava com redução de gastos inclusive no setor da saúde, resultando mais tarde no desmonte e sucateamento do sistema de saúde (Polignano, 2001).

Além disso, Bravo (2009), salienta que no período de 1990 o projeto da reforma sanitária começa a ser questionado construindo assim o projeto privatista, que emerge como alternativa. Enquanto um projeto está centrado na concepção de Estado democrático e de direito, o outro focaliza a privatização e a redução de gastos, evidenciando o processo de mercantilização da saúde. Observa-se a existência do contexto de dualidade de projetos, e o embate de posicionamentos de ambo, logo mais, intensificando o debate político e a disputa ideológica.

A privatização na saúde está articulada com o mercado e com o modelo médico assistencial privatista, que não apenas reformula a prestação de cuidados de saúde, mas também redefine o papel do Estado. Dentro desse projeto, o Estado apoia a ampliação do livre mercado no setor da Saúde, além de abranger fatores como terceirização e concessão de serviços estatais a empresas privadas¹² e fortalecimento do capital vinculado a empresas de seguro de saúde.

Nesse contexto, o projeto privatista no âmbito da Saúde está pautado na Política de Ajuste, inclinando-se para a contenção de gastos com racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central (CFESS, 2010). O debate em torno desse projeto é multifacetado e controverso, ao passo que possui vantagens possui também desafios e preocupações. Existe a competição entre os serviços privados que podem acarretar a melhora na qualidade dos cuidados, mas a privatização pode ocasionar a exclusão da população baixa renda e principalmente intensificar as desigualdades na saúde.

¹² Nesse contexto, inclui-se tanto a empresa lucrativa, quanto a não lucrativa.

Ao identificar os antecedentes históricos da humanização, Conceição (2009) destaca que o termo recebe influência com a Declaração Universal dos Direitos Humanos, com a defesa em prol da assistência ao parto humanizado e com contribuições da luta antimanicomial. Esse último acontecimento contribuiu significativamente com a política de humanização construída posterior ao movimento, devido a discussão criada em torno da saúde mental no Brasil.

Observamos aqui o contraste com a humanização, pois a luta antimanicomial buscava romper com algumas técnicas como o eletrochoque, lobotomia¹³ e o uso abusivo de medicamentos. Vinculada com a luta antimanicomial está o movimento de reforma psiquiátrica, que atuava pelo mesmo viés, buscando a mudança no atendimento em Saúde Mental. Ambos foram fundamentais no cenário do atendimento humanizado, como também na construção e efetivação na PNH.

Ademais, a humanização recebe mais ênfase a partir de 1990, inclusive por estar presente no debate dentro das unidades de saúde, para Campos (2005) esse debate supramencionado surge como mudança das estruturas, tanto no modo de empregar o trabalho, quanto nas pessoas. Durante o período de 1990 a 2000, os debates gerados no cenário da saúde trouxeram experiências que permeiam a construção do significado do termo e do surgimento da Política de humanização. Entram nessas experiências a Iniciativa Hospital Amigo da Criança¹⁴- IHAC e o método canguru¹⁵.

Em síntese, ao analisar as abordagens do projeto privatista na saúde, vemos que a humanização enfrenta obstáculos e não há espaço para a aplicação do termo dentro dessa privatização. Esse contraste é nítido quando se trata do lucro, o objetivo dentro da privatização é maximizar os lucros, e esse fator se sobrepõe aos interesses dos pacientes, pois a prioridade não é o bem-estar do paciente, mas sim aumentar a receita de maneira prioritária.

Além disso, o projeto sanitário e privatista está em disputa pelo fundo público (modelo de financiamento), bem como pelo controle público e de mercado, equidade e lucro, e acesso universal e segmentado. A complexidade dessa disputa é intensificada pela interseção de ideologias políticas, interesses econômicos e pela demanda populacional. Essa

¹³Lobotomia era procedimento utilizado nos manicômios, que era feito por meio de intervenções que consistia em desligar os lobos frontais direito e esquerdo do encéfalo, com o objetivo de modificar o comportamento do paciente e/ou curar doenças mentais. (Masiero, 2003)

¹⁴A IHAC é uma estratégia lançada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e UNICEF em 1991, com o intuito de promover, proteger e apoiar o aleitamento materno no âmbito hospitalar.

¹⁵É um modelo de assistência humanizada, com o público alvo das mães de prematuros e de baixo peso. Objetivando a qualidade do cuidado e o ganho de peso do bebê.

contenda entre os projetos no âmbito da saúde influencia decisões políticas, reformas de saúde e principalmente os recursos no sistema de saúde.

Todavia, com relação a PNH pode -se afirmar que essa política também se encontra em disputa, se aproximando e fortalecendo um projeto com contornos mais atuais, ampliando alguns aspectos e conceitos já trabalhados na reforma sanitária. Não obstante, a PNH está mais alinhada com o projeto sanitário, pois está centrada na equidade, prevenção e promoção da saúde e descentralização dos serviços de saúde. Por fim, como sobredito referente a mudanças, a relação da PNH e os projetos sanitários e privatistas podem se modificar evoluindo ou regredindo em conformidade com o cenário político e de saúde.

1.2 Conceito de Humanização na Política Nacional de Humanização

A humanização faz parte do processo sócio-histórico, é um produto desse meio que modifica se conforme as mudanças societárias. Debater esse conceito envolve a prestação de cuidados de saúde e as relações interpessoais. Falar de humanização é estudar os laços sociais existentes, a rede de apoio do indivíduo, a construção da sociedade, entre outros aspectos relevantes. Porém, especificamente na saúde, tratar de humanização é ir além do processo saúde-doença, e para entender essa construção é necessário revisitar a história do termo.

O vocábulo humanização está em constante mudança, não é um conceito estático, como sobredito se modifica conforme as mudanças se instauram no meio em que vivemos. Logo, varia dentro de cada costume e sociedade, á exemplo, o modo que os grupos marginalizados eram tratados no passado, é o caso dos manicômios no Brasil e a forma que tratavam os pacientes ou os clientes – como eram tratados pela psiquiatra brasileira Nise da Silveira¹⁶.

Historicamente, o termo humanização tem sido utilizado a décadas e diversas vezes pronunciado de forma vazia, com ausência de efetividade, segundo Deslandes (2006) esse termo é associado a categorias distintas e complexas relacionadas à produção e gestão de cuidados em saúde. Para Benevides e Passos (2005) a interpretação acerca do termo humanização é um desafio conceitual, metodológico, ético e político. Segundo Heckert, Passos e Barros (2009) o conceito de humanização é polissêmico, devido a abrangência dos diversos enunciados e por ser permeado por imprecisões.

¹⁶ Nise da Silveira foi uma psiquiatra e psicanalista brasileira conhecida pelo seu trabalho no âmbito da saúde mental. Nise utilizava uma abordagem mais humanizada e inclusiva das pessoas, principalmente ao usar os termos de "clientes" e/ou "internos".

Os autores supracitados abordam o termo dentro da produção acadêmica, afirmando que ao analisar dentro desse contexto, a polissemia permanece, no entanto, a humanização é discutida dentro de uma pluralidade de sentidos. A palavra humanização provém do humanismo, conforme a IHEU – *Minimum Statement on Humanism* (1996), essa filosofia moral defende a construção de uma sociedade humana baseada na ética e nos valores humanos.

Segundo Rios (2009) o termo humanização se encontra com o Humanismo quando reconhece o valor e a dignidade do homem, ou seja, sua natureza humana, buscando compreender uns aos outros pautando sempre seus limites e possibilidades. Morais (2016) sintetiza que a humanização é representada moralmente ao associar-se com valores humanitários pensados como juízo sobre as ações humanas. De acordo com o Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS (2010), entende-se por humanização a valorização dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde.

Para Minayo (2006) ambos os termos entraram para a pauta de prioridade como política, proposta, debate e tema de pesquisa. No âmbito da saúde, a humanização representa cuidado e valorização da intersubjetividade das relações. De acordo com o dicionário Aurélio, humanização significa ação ou efeito de humanizar, tornando-se mais sociável e gentil, em outras palavras, alinhado à saúde esse conceito propõe uma série de mudanças das relações entre equipes, profissionais, gestores e usuários dos serviços de saúde.

Quando observamos os acontecimentos que compõem a trajetória da Política Nacional de Humanização – PNH no contexto brasileiro, os autores Alcântara e Vieira (2013) identificam quatro eventos de destaque. Entre esses eventos, merecem ênfase a Revolução Psiquiátrica¹⁷, a Reforma Sanitária, a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS)¹⁸, e por último, mas não menos importante, a promulgação da Constituição Federal de 1988, como marco fundamental na consolidação dos direitos sociais no país.

Ainda na década de 1990, pode-se citar uma maior valorização da participação social e principalmente dos movimentos sociais existentes. Essa valorização entra em cena, em razão da participação das pessoas na formulação de políticas e na gestão dos serviços, influenciando a abordagem mais humanizada. Com o movimento de reforma psiquiátrica, o

¹⁷ A Revolução Psiquiátrica transformou os paradigmas no que tange o cuidado à saúde mental.

¹⁸ Pode-se mencionar, de forma breve, que a VIII CNS destacou-se como espaço de participação cidadã na definição de políticas de saúde.

Brasil começa a realizar uma mudança nos paradigmas e amadurecimento dos conceitos e procedimentos referentes a saúde mental¹⁹.

Benevides e Passos (2005), destacam que entre os anos de 1999 e 2002 foram apontados ações e programas concernentes a temática da humanização no cenário da saúde, propostos pelo Ministério da Saúde. Um exemplo notável é o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, bem como a introdução da Norma de Atenção Humanizada de Recém-Nascido de Baixo Peso, amplamente reconhecida como Método Canguru, ambos implementados em 2000.

Esses planejamentos resultaram na elaboração da Política Nacional de Humanização (PNH) lançada em 2003, durante o governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, agregando as experiências com as ações e programas supramencionados e principalmente ampliando a atenção e gestão na saúde, com a tarefa de estimular a transversalidade. A PNH, se destacou por abordar a humanização como um valor essencial, para a melhoria na qualidade dos serviços de saúde.

Segundo Santos-Filho (2019), a PNH condiz com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e focaliza a necessidade de assegurar acesso e atenção integral à população e estratégias de ampliar as condições de direitos e cidadania. De fato, a PNH se instaura com propostas de mudanças nas formas de gerir e cuidar, objetivando colocar em prática esses princípios que regem o SUS no âmbito dos serviços de saúde (Brasil, 2013) e mantém sua estrutura através de princípios, método, diretrizes e dispositivos.

Quanto aos princípios da PNH estão atribuídos a essa política:

- Transversalidade: no sentido de reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem dialogar com a experiência daquele que é assistido, ou seja, o usuário. No contexto dessa política os saberes podem produzir saúde de forma mais corresponsável;
- Indissociabilidade entre atenção e gestão: Trabalhadores e usuários devem buscar conhecer como funciona a gestão dos serviços e da rede de saúde. Ademais, esse princípio está diretamente ligado com o próximo princípio e com as diretrizes no que tange a valorização do usuário;
- Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos: Segundo a própria PNH (2003), os usuários não são só pacientes e os trabalhadores não só cumprem ordens, é necessário e primordial o

¹⁹ É o caso das clínicas psiquiátricas, e o surgimento de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

reconhecimento de cada um em seu devido papel. Afinal, um SUS humanizado reconhece seus cidadãos como pessoas de direito e incentiva sua participação nos espaços deliberativos e construtivos.

O Ministério da Saúde define a humanização como inclusão das diferenças nos processos de gestão e cuidado, formadas e construídas de modo coletivo e compartilhado, organizando assim o trabalho (Brasil, 2013). Para os autores Heckert, Passos e Barros (2009), a humanização está associada à atitude ética e humanitária, essa construção é feita mediante a escuta sensível e compreensiva. Além disso, soma-se a esse conjunto a valorização dos trabalhadores e principalmente o reconhecimento dos direitos dos usuários, onde nota-se o apontamento sobre o coletivo.

A humanização é decorrente das questões humanas, atravessando a relação com a dor e o sofrimento, em outras palavras, o atendimento humanizado vai além da assistência à saúde relacionando-se com o cuidado digno e valorização do usuário (MORAIS, 2016). Em suma, os autores apresentam algo em comum na sua visão sobre a humanização: o conjunto de elementos, as atitudes e o reconhecimento do papel de cada indivíduo, compreende-se que os usuários não são apenas pacientes e os trabalhadores não só cumprem ordens.

Nos termos dos autores Benevides e Passos (2005, p. 390):

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.

No contexto acima, Benevides e Passos criticam a falta de clareza e a fragmentação na definição do conceito de humanização, fator esse que ocasiona uma compreensão e implementação inadequada. A temática atinge legitimidade a partir da XI CNS realizada em 2000, denominada “Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”. Casate e Corrêa (2005) afirma que a humanização envolve a operacionalização de um processo político de saúde sustentado na cidadania, no compromisso social e na revisão de práticas de gestão.

Faz-se mister que nesse mesmo ano da XI CNS, o ministro da saúde – José Serra – cria o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) como solução para cessar as queixas referente ao mau atendimento nos hospitais, em contrapartida algumas questões tornam-se lateralizadas, é o caso dos recursos humanos e materiais. Essas queixas davam-se em razão dos baixos investimentos em saúde pública, antes da conferência esse investimento era insuficiente para suprir a demanda da população, visto o crescimento das áreas rurais, urbanas e principalmente periféricas.

Além disso, as desigualdades sociais e regionais relacionadas ao acesso a saúde só aumentavam, tendo em vista as três áreas regionais citadas, a área urbana se destacava por dispor de uma maior atenção e melhor infraestrutura no cenário da saúde. Outro fator referente aos questionamentos do mau atendimento nos hospitais, é o modelo adotado pelos profissionais: médico-centrado²⁰. Esse modelo de cuidados, focalizava o profissional que estava realizando o atendimento, em conjunto com uma abordagem interdisciplinar.

Referente a criação da PNHAH, o programa visava não apenas aprimorar as relações entre os profissionais de saúde e os usuários, assim como entre os hospitais e as comunidades, mas também almejava uma transformação cultural gradativa no panorama dos atendimentos de saúde no Brasil (Brasil, 2001). Tendo em vista, que o modelo de atendimento utilizado não condizia com essa perspectiva.

Dessa forma, o trabalho efetuado com o PNHAH foi socializado na Oficina Nacional HumanizaSUS (2003) expandindo seu alcance e configurando-se em política. Ao assumir esse status de política, a PNH coloca-se transversalmente aos diferentes setores e programas do Ministério da Saúde frisando a valorização da dimensão humana nas práticas de saúde como proposta para a produção de um plano comum no SUS. Á vista disso, é destacado como estratégia a viabilização do “SUS que dá certo”, partindo da orientação da PNH traduzida em métodos, princípios, diretrizes e dispositivos.

Para esse SUS dar certo é necessário a participação do usuário como sujeito submetido no processo de produção de saúde além das definições estruturais, afinal a saúde é direito de todos, mas, não é somente dever do Estado. Além do “SUS que dá certo”, a PNH reconhece os desafios do Sistema de Saúde, por isso a humanização desse sistema é caracterizada como um experimento, pois vivenciam os serviços, equipes, trabalhadores e usuários cotidianamente, se constituindo como um instrumento do reencantamento do concreto.

O SUS no Brasil existe desde a Constituição de 1988, pouco depois de sua instituição surgiram barreiras no cenário das políticas de saúde que impactaram na formulação das mesmas, foram agravantes a desigualdade social e econômica, a precarização do trabalho e a dificuldade de acesso aos bens e serviços de saúde. Conforme Moraes (2016) a intenção do SUS é a assistência integral saúde de todos os cidadãos de maneira universal e restrita, se expressando como sistema único, integralizado e hierarquizado, abarcando ações e serviços de saúde pública no país.

²⁰ O modelo médico-centrado coloca o médico no centro do processo de cuidados de saúde.

Na concepção de Viana e Elias (2007), a desmercantilização do acesso à saúde gerou a mercantilização da oferta. Os autores supracitados, enfatizam que essa desmercantilização foi o resultado da saúde como direito, o que implicou para um direcionamento público e estatal para assegurar uma cobertura igualitária. No entanto, essa abertura cedeu espaço para as pressões e interesses da lógica do mercado na prestação de serviços, originando aquilo que os autores chamam de mercantilização da oferta de saúde.

Conforme Moraes (2016, p. 58):

As estratégias gerais para implementação do HumanizaSUS, se dá em articulação entre as três esferas do governo, implica no processo de troca, interferência, contato necessário para o fortalecimento do SUS e o enfrentamento dessas situações.

A autora citada acima, faz um recorte para a estratégia do método HumanizaSUS, afirmando que as três esferas do governo²¹ envolvendo as autoridades e instituições de saúde, precisam trabalhar juntas. O método supracitado abre caminho para o protagonismo dos indivíduos e compartilhamento das vivências, desafios e atualidade, visando o conhecimento e ampliação acerca da temática da humanização (Brasil, 2013)

Desse modo, a humanização deve se estabelecer como uma vertente orgânica do SUS reunindo trocas solidárias e comprometidas no cenário da saúde através de planejamento, confronto de ideias e estratégias de implementação e avaliação (Conceição, 2009). Além disso, a PNH prevê uma transformação mais ampla baseada na observação do processo de constituição dos avanços, desafios e limites relacionados ao SUS (Moraes, 2006) e nas estratégias construídas entre os trabalhadores, usuários e gestores do campo da saúde.

Outrossim, segundo Deslandes (2005) a PNH almeja atingir um atendimento acolhedor respeitando a privacidade de cada indivíduo garantindo a instituição de seu direito e a participação dos profissionais nos modos de gestão. De fato, alcançando o objetivo supracitado as diretrizes²² da PNH estarão sendo efetivadas. Podemos citar como diretrizes da PNH:

- ✓ Acolhimento: diz respeito a reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde.
- ✓ Gestão participativa e cogestão: inclusão de sujeitos principalmente nos processos decisórios e ampliação das tarefas da gestão.
- ✓ Ambiência: criação de espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, com o objetivo de propiciar privacidade tanto ao usuário, quanto o trabalhador, além de ser um espaço para encontro entre as pessoas.

²¹ Governo Estadual, Federal e Municipal.

²² Refere-se as orientações gerais.

- ✓ Defesa dos direitos dos usuários: refere-se ao reconhecimento dos direitos garantidos por lei e abrange os serviços de saúde como canal para incentivar o conhecimento desses direitos e assegurá-los;
- ✓ Valorização do trabalhador: Incluir na tomada de decisão dando visibilidade aos trabalhadores.²³
- ✓ Clínica ampliada e compartilhada: Em conformidade com a PNH (2003), a clínica ampliada é uma ferramenta teórica e prática cuja finalidade é contribuir para uma abordagem mais clínica do adoecimento e do sofrimento, logo, essa diretriz considera a complexidade do processo saúde/doença.

Em conformidade com o HumanizaSUS (2010), somam-se a essas diretrizes a construção da memória do SUS que dá certo e o fomento das grupalidades, coletivos e redes. Conforme Passos, Pachse e Hennington (2011, p.6):

A PNH é, antes de tudo, uma oferta metodológica e informa sobre um modo de fazer que se realiza pelo Método da Tríplice Inclusão: dos diferentes sujeitos envolvidos nos processos de produção de saúde (trabalhadores da ponta, trabalhadores em cargo de gestão e usuários); da perturbação que esta inclusão produz na gestão e nos processos de cuidar; e por fim, a inclusão dos coletivos que se formam.

Em outros termos, a PNH busca a inclusão e é por esse método que se efetiva. A inclusão dos diferentes sujeitos envolvidos no processo, se relaciona com a autonomia, protagonismo e co-responsabilidade. Em seguida a inclusão dos analisadores sociais desempenhando a desestabilização dos modelos "tradicionais" de atenção e gestão, como consequência, impulsionando o processo de mudança. Por fim, para compor o Método de Tríplice Inclusão forma-se a inclusão do coletivo tanto como movimento social organizado, quanto experiência singular sensível.

Para os autores mencionados acima, as diretrizes da PNH se apoiam em três princípios: ampliação da transversalidade, no sentido de aumentar o grau de comunicação intra e intergrupos; inseparabilidade entre gestão e atenção, modificando os modos de cuidar, gerir e apropriar-se do trabalho, além de propiciar a indissociabilidade entre clínica e política, produção de saúde e produção de sujeitos; e o protagonismo dos sujeitos em coletivo. De acordo com o Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS (2010), trabalhar implica na produção de si e na produção de mundo das diferentes realidades sociais, é necessário ser protagonista e ter autonomia seja individual, seja coletivo.

²³ Essa valorização dentro da PNH valoriza tanto o trabalhador quanto o usuário, dando recorte para o protagonismo de ambos.

Em relação aos princípios da PNH, compreende-se por uma causa primária que impulsiona um determinado movimento na esfera das políticas públicas. A PNH enquadra-se nos princípios supracitados por ser movimento de mudança no cenário da atenção e gestão. Outrossim, a sustentação teórico-metodológica estão no arcabouço dos primeiros anos da PNH em que se consolidava como política pública.

Refere-se aos dispositivos da PNH uma composição de elementos potencializados em um processo de trabalho, de forma breve, é a atualização das diretrizes. No âmbito da PNH, esses dispositivos são efetivados nas práticas de produção de saúde, em concordância com o Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS (2010), envolve coletivos. São dispositivos da PNH:

-Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) e Câmara Técnica de Humanização (CTH); -Colegiado Gestor; -Contrato de Gestão; -Sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde: gerência de "porta aberta"; ouvidorias; grupos focais; e pesquisas de satisfação, etc.; -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 Co-Geridos de Ambiência; -Acolhimento com Classificação de Riscos; -Projeto Terapêutico Singular e Projeto de Saúde Coletiva; -Projeto Memória do SUS que dá certo.(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, p.26)

Segundo Barbosa (2013), o encontro físico dentro de um espaço da saúde caracteriza-se e deve ser entendido como um encontro de culturas, em outras palavras, a cultura do paciente não deve ser ignorada muito menos rejeitada, mesmo que divergente da cultura do trabalhador, mas sim, acolhida. Um atendimento humanizado seguindo as diretrizes e princípios da PNH vai além dos questionamentos referente a queixas-sintomas-tratamento.

Em suma, para além da subjetividade e da institucionalidade, humanizar é informar e defender direitos, fornecendo acolhimento, informação qualificada e considerando a singularidade do sujeito, por meio da construção da relação que afirma os valores e orienta nossa política pública de saúde (BRASIL, 2013). Conforme Heckert, Passos e Barros (2009) uma política pública não se constrói muito menos se fortalece sem inclusão dos sujeitos (sujeito no plural e no singular), é primordial inclui-los e travar diálogos.

Portanto, a humanização não é apenas uma ideia abstrata, mas uma realidade construída ao longo das interações sociais, das lutas por justiça e igualdade e das mudanças nas percepções e valores coletivos ao longo da história. Essa construção dentro da sociedade implica em um processo constante de adaptação e principalmente de mudanças. A humanização, consegue unir a prestação de cuidados no setor da saúde com a diversidade de culturas e costumes na sociedade.

2 SERVIÇO SOCIAL E HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE

Nesta seção, apresenta-se o contexto de surgimento da profissão do assistente social no Brasil, a partir do movimento de reconceituação, mediante uma breve linha do tempo: percorrendo o cenário em que surge a profissão no Brasil e seguindo para uma síntese dos documentos essenciais para a perspectiva modernizadora. Além disso, trata-se do chamado Congresso da Virada, bem como a intenção de ruptura e o projeto ético político. É importante ressaltar que esse movimento de reconceituação marcou uma "virada de chave" na profissão e na sua relação com a sociedade.

Ademais, analisando a profissão no campo da saúde, identifica-se como o Serviço Social se insere nesse espaço sócio ocupacional, em outras palavras, a categoria contribui de forma significativa no processo de humanização e na aplicação da Política Nacional de Humanização, considerando inclusive os princípios reforma sanitária. Por fim, verifica-se alguns determinantes sociais²⁴ e as dificuldades envolvidas no processo de *desumanização* na saúde. Destacando a importância do Serviço Social na efetivação do atendimento humanizado na saúde

2.1 Breves considerações da trajetória sócio-histórica do Serviço Social no Brasil

O contexto de surgimento do Serviço Social no Brasil intercorre no processo de industrialização e urbanização com aprofundamento a partir da década de 1930, quando sua atuação aspirava as atividades em torno da caridade e do assistencialismo, ou seja, ações filantrópicas vinculadas a influência da igreja católica.

O serviço social deixa de ser um mecanismo da distribuição da caridade privada das classes dominantes - rompendo com a tradicional filantropia - para transformar-se em uma das engrenagens da execução das políticas públicas e de setores empresariais, seus maiores empregadores. (IAMAMOTO, 2006, p.172)

As particularidades desse processo no Brasil, denotam que o Serviço Social se institucionaliza e se legitima profissionalmente como um dos recursos mobilizados pelo Estado e pelo empresariado, com o suporte da Igreja católica na perspectiva de enfrentamento

²⁴ Refere-se a um conjunto de acontecimentos, fatos, situações e comportamentos da vida econômica, social, ambiental, política, etc. A Organização Mundial de Saúde – OMS, define os determinantes sociais como as circunstâncias nas quais as pessoas nascem, crescem, trabalham, vivem e envelhecem, além do conjunto de forças e sistemas que moldam as condições da vida cotidiana. Logo, nessa gama de forças e sistemas estão inclusos sistemas e políticas econômicas, agendas de desenvolvimento, normas sociais, políticas sociais e sistemas políticos.

e regulação da “questão social”. Este processo foi engendrado na mudança de padrão de acumulação de agro-exportação para o padrão urbano-industrial.

Soma-se a isso, a emergência da classe trabalhadora assalariada, em substituição ao modelo escravista, transforma-se em classe operária como protagonista principal do processo de lutas sociais tensionado pela agudização da “questão social”²⁵ no Brasil. Nesse cenário, a classe operária desempenhou um papel fundamental, contribuindo para a construção de movimentos sindicais e o desenvolvimento de uma consciência de classe que molda – aos poucos - o cenário político e social brasileiro.

Em 1932 é criado o Centro de Estudos e Ação Social (CEAS), entidade que seria edificadora e mantenedora da primeira Escola de Serviço Social do país, objetivava difundir a doutrina e a ação social da igreja. Essa movimentação vai ocorrer em um cenário que a igreja, com força social, mobiliza o laicato e parte das diretrizes da *Rerum Novarum* (1891) e do *Quadragesimo Anno*, que são encíclicas papais.

Ademais, essas encíclicas supracitadas assumiam um posicionamento antiliberal e antissocialista, estimulava as pessoas a não questionar o pauperismo e as desigualdades sociais do período, mas a se conformar com tal situação. As encíclicas papais representam uma resposta dos grupos dominantes diante das lutas sociais da classe trabalhadora, conseqüente do processo supracitado de urbanização e industrialização. A relevância da “questão social”, que a igreja focaliza é fundamentalmente como questão moral, em outras palavras, a preocupação da igreja era legitimar sua doutrina mediante o projeto de recristianização da sociedade (Iamamoto, 2004).

Desta forma, as exigências da reprodução social da vida dos trabalhadores dentro do pauperismo vão se transformar e explicitar demandas por bens e serviços, pressionando assim o estado por uma ação assistencial. Conforme Yamamoto (2004, p.92):

Para garantir esta fonte de legitimação, o Estado tem necessariamente de incorporar parte das reivindicações populares, ampliando as bases de reconhecimento da cidadania social do proletariado, através de uma legislação social e sindical abundante no período. Emergem, nesta fase, novas instituições, como o salário mínimo, a justiça do trabalho e uma nova legislação sindical etc.

Particularmente, na década de 1940 o Estado brasileiro passa a intervir nos processos de reprodução das relações sociais assumindo o papel de regulador dessas relações. Segundo Yamamoto (2006), o serviço social se desenvolve dentro de um padrão de desenvolvimento do

²⁵ Conforme estabelecido nas diretrizes curriculares da ABEPSS (1996), o reconhecimento da “questão social” como objeto de intervenção designa a atuação profissional dentro de uma perspectiva totalizante, respaldada na identificação dos determinantes sociais, econômicos e culturais das desigualdades sociais.

pós-guerra, nos "trinta anos gloriosos"²⁶, ao assumir esse papel, o Estado brasileiro amplia o mercado de trabalho do serviço social inserindo a profissão em instituições assistenciais. Nos termos da autora supracitada (2004), essa inserção das instituições assistenciais ocorre dentro de um cenário que o Serviço Social se caracteriza como embrionário de intervenção social.

Além disso, para Iamamoto (2004) o processo de institucionalização do Serviço Social está vinculado com a “questão social”, á exemplo, o processo de formação e desenvolvimento da classe operária e a participação dessa camada no contexto político, reivindicando o reconhecimento como classe, bem como a luta na defesa dos interesses do proletariado.

Surge o movimento de reconceituação do serviço social nas sociedades latino americanas a partir da década de 60 como manifestação de denúncia e contestação do serviço social tradicional. Nesse sentido, o movimento de reconceituação pode ser considerado um marco decisivo do processo de revisão de serviço social do continente e evidencia uma preocupação por parte dos profissionais em repensar a estrutura excludente do capitalismo.

Outrossim, o movimento em questão caracterizou-se por sua crítica à tradição conservadora e assistencialista, com o objetivo de redefinir tanto a identidade quanto o papel desempenhado pelos assistentes sociais. Essa crítica, por sua vez, estava voltada para o conservadorismo que permeava a abordagem da profissão, a qual se concentrava na manutenção da ordem social e na prestação de assistência. O movimento buscava uma abordagem voltada para o campo da "questão social" dentro de um cenário amplo.²⁷

O movimento de reconceituação é tratado por Netto (1991) no livro *Ditadura e Serviço Social* como um processo de construção de propostas de ação profissional configurando três direções distintas: Perspectiva modernizadora (conservadora), Atualização do conservadorismo (perspectiva fenomenológica) e a Intenção de ruptura (perspectiva marxista).

A perspectiva modernizadora representa o primeiro enfoque na renovação do Serviço social brasileiro, emergindo em meio à crise do tradicionalismo da profissão. Segundo Netto (2005), essa perspectiva teve como ponto de partida a adaptação do serviço social às demandas geradas pelo contexto sociopolítico resultante do período pós-64, marcado pela influência do regime militar.

Além disso, a perspectiva modernizadora tem seu apogeu mediante documentos essenciais organizadas pelos CBCISS - Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio de

²⁶ Esse período marcou uma ampla expansão da economia capitalista sob a hegemonia do capital industrial.

²⁷ Econômico, político e cultural.

Serviço Social, são os seminários de Araxá (1967) e Teresópolis (1970). O desfecho dessa perspectiva culmina nos seminários de Sumaré (1978) e Alto da Boa Vista²⁸ (1984), marcando um período de evolução contínua das discussões no campo do serviço social brasileiro e de reatualização do conservadorismo.

O objetivo teórico que traça o seminário de Araxá é reduzido a abordagem técnico-operacional em prol do desenvolvimento (realidade), já o objetivo prático refere-se à integração ao processo de desenvolvimento. Em suma, tratou da teorização e integração ao processo de desenvolvimento da profissão, além de promover reflexões sobre a relação entre teoria e prática no Serviço Social, ou seja, em Araxá ficou marcado o aspecto sócio-técnico.

Entretanto, no seminário de Teresópolis é realizado o estudo sobre a metodologia do serviço social frente a realidade brasileira, isto é, situações sociais-problema relacionadas ao quadro de subdesenvolvimento do país. Assim como acreditavam que o subdesenvolvimento do país seria superado, também se pensava nos problemas como superáveis, dentro de uma lógica de conserto dos mesmos²⁹.

Os seminários de Sumaré (1978) e Alto da Boa Vista (1984) representaram o deslocamento da perspectiva modernizadora da arena central dos debates da profissão. A perspectiva mencionada acima e seus referenciais eram bastantes fortes na prática, porém o fato de outras correntes teóricas surgirem nas discussões da categoria não significa que houve a total supressão no cenário da prática.

Em seguida, frente ao processo de formação profissional, ocorreu a experiência do Método BH, realizado na Escola de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Nessa experiência, a preocupação estava voltada em proporcionar uma nova visão à profissão, diante da perspectiva de superar o serviço social tradicional.

Abramides e Cabral (2009) pontuam que, no contexto acima iniciam os debates referentes à formação profissional no interior da Associação Brasileira de Escolas de Serviço Social (ABESS)³⁰. Em suma, o método BH tratou-se um projeto que articulou a reestruturação do currículo, a relação com os movimentos operários e urbanos e as discussões sobre as mudanças curriculares.

Retomando as direções citadas acima, Netto (1991) trata da atualização do conservadorismo, aqui os assistentes sociais buscam atualizar esse conservadorismo por meio

²⁸ Embora representassem o deslocamento da perspectiva modernizadora da arena central, não alcançaram a mesma repercussão que os seminários de Araxá e Teresópolis. Por conseguinte, o deslocamento não significou sua extensão efetiva aos referenciais que pautaram as práticas dos profissionais.

²⁹ Essa percepção não fazia crítica ao sistema e assim não ensejava sua eversão.

³⁰ Atual ABEPSS desde 1991.

de uma perspectiva fenomenológica³¹. A terceira direção que o autor aborda, é a de intenção de ruptura com o conservadorismo da profissão, ou seja, rompendo com o serviço social tradicional.

É mediante essa conjuntura, que se realizou o III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS), denominado de “Congresso da Virada”, em setembro de 1979 no estado de São Paulo. Recapitulando o cenário nos termos de Faleiros (2009), a sociedade brasileira passava por uma crise de decomposição da ditadura e de rearticulação das forças sociais democráticas, ou seja, o III CBAS se colocou entre a transição da ditadura e a democracia, conforme expressa Netto (2009, p. 31):

Aqui a novidade e a ruptura com a tradição conservadora, a "virada", enfim: através do III Congresso o Serviço Social que ingressa na cena política, o faz contra a ordem ditatorial e, no interior da vanguarda profissional que implementa este ingresso, não há somente segmentos democráticos- há também núcleos que articulam a luta pela democracia com a luta anticapitalista.

Elucidando Abramides e Cabral (2009), a realização do III CBAS representou um divisor de águas na trajetória histórica dos congressos e da própria profissão. Soma-se a isso, que o congresso ocorreu em um período de efervescência da luta de classes no Brasil, delineando também uma inflexão do projeto de intenção de ruptura do congresso da Virada, é nesse fórum que as primeiras aproximações com a Teoria Social Crítica começam a surgir.

O III CBAS é o marco da trajetória da categoria brasileira de Assistentes Sociais, de acordo com Sposati (2009) o congresso da Virada foi (e é) uma construção histórica que o movimento da categoria, estrategicamente, construiu pela sua força de luta. Além disso, é durante a realização do congresso que se questiona o modelo de conselho federal e regional da profissão, tendo em vista que o conselho vigente estava aliado com a nova perspectiva do Serviço Social latino-americano.

Diante o exposto, o congresso da Virada representou um momento de reflexão para a categoria, tendo em vista a mobilização social e política para consolidar a identidade da profissão. A partir da realização do congresso, o serviço social enfrentou amplas reformas, para Martinelli (2009) foram lançadas as raízes de um projeto ético-político profissional comprometido com a classe trabalhadora e com a construção de uma nova ordem societária.

De acordo com Netto (2009), na entrada dos anos 1980, na antiga ABESS foi possível desalojar o conservadorismo e promover à elaboração de consistentes projetos de

³¹ A fenomenologia é uma abordagem filosófica que se concentra na compreensão da experiência humana, desenvolvida inicialmente por Edmund Husserl. Em suma, a abordagem fenomenológica se concentra na vivência subjetiva e na interpretação que os indivíduos fazem da realidade.

formação profissional. Ademais, é na transição da década de 80 para os anos 90 do século XX, que o Projeto Ético-Político do Serviço Social no Brasil começa a tomar forma em uma estrutura básica. Nos termos de Matos (2017, p. 97):

O Projeto Ético-Político do Serviço Social possui suas raízes na ruptura com o histórico conservadorismo da profissão. Esta ruptura tem seu marco no processo de renovação do Serviço Social Brasileiro, sendo sua expressão paradigmática o Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais de 1979, conhecido como o Congresso da Virada.

Em análise, o autor argumenta que o Projeto Ético-Político tem suas raízes na ruptura das abordagens tradicionais e conservadoras, e destaca a importância dessa transição para o serviço social brasileiro. Esse momento denota uma "virada de chave" para a trajetória da profissão, visto que intensifica o caminho para uma atuação prática relacionada as questões sociais e políticas.

A década de 1990 foi marcada pela hegemonia da tendência de intenção de ruptura, esse processo se divide em três: gênese, desenvolvimento e consolidação. Além de que, a intenção supracitada baseou-se no Método BH, buscava romper com o tradicionalismo da categoria no âmbito teórico-metodológico, de intervenção e formação. Em conformidade com Abramides e Cabral (2009, p.60):

A gênese da concepção do projeto de profissão de intenção de ruptura com o conservadorismo tem raízes na reconceitualização latino-americana, com experiências profissionais no Chile e na Argentina, que se espriam por outros países da América Latina e do Caribe; com forte oposição às ditaduras militares do continente, e formulação de novas bases conceituais para uma ação profissional.

O processo de ruptura com o conservadorismo no debate da ética encontrava-se presente no código de 1986, porém com limites, pois sua redação não se adequava à de fato um código de ética. Faz-se mister mencionar que, a contribuição da Associação Nacional dos Assistentes Sociais - ANAS se manifesta na articulação com as outras entidades da categoria, incidindo no debate e definição do Código de Ética Profissional de 1986, que rompeu com neotomismo.³²

Com isso, corroboramos com a afirmação de Abramides e Cabral (2009, p. 70):

Naquele momento a categoria não possuía o acúmulo teórico e filosófico para a definição do Código de Ética, que só foi possível em 1993. O código de 1986, porém, em que pese suas lacunas e incorreções, significou um ganho político na direção do projeto profissional de ruptura com conservadorismo, instrumento de luta no processo de amadurecimento dos anos 80, possibilitando a referência desse projeto no interior do trabalho profissional no Serviço Público.

³² O neotomismo é uma corrente filosófica baseada no pensamento tomista, ou seja, derivado das obras de São Tomás de Aquino. A filosofia neotomista salienta a busca pela verdade, a moralidade e a ética, aborda ainda, questões sociais a partir de uma perspectiva moral e religiosa.

Assim, em 1993 foi aprovado o código de ética profissional dos assistentes sociais, considerado um marco para a profissão devido a definição das diretrizes e princípios éticos e políticos que dão norte a atuação do assistente social. De acordo com Matos (2017), o coroamento do Projeto Ético-Político do Serviço Social é o código de ética de 1993, estando também expresso na lei de regulamentação da profissão de 1993 e nas diretrizes curriculares para o Serviço Social de 1996.

Logo, o código de ética, bem como as diretrizes curriculares e a lei de regulamentação da profissão podem ser compreendidos como o tripé de fundamentação desse projeto³³. Consequentemente, Netto (2006) afirma que esse projeto profissional se vincula a um projeto societário que propõe a construção de uma nova ordem social, sem exploração/dominação de classe, etnia e gênero. Em conformidade com Netto (2006, p. 142-143):

Os projetos societários são projetos coletivos; mas seu traço peculiar reside no fato de se constituírem como projetos microscópicos, como propostas para o conjunto da sociedade. [...] nos projetos societários (como, aliás, em qualquer projeto coletivo) há necessariamente uma dimensão política, que envolve relações de poder.

O Projeto Ético-Político, fundamentado teórica e metodologicamente, alcançou a hegemonia no serviço social no Brasil, na década de 90. De acordo com Iamamoto (2000, p.67):

O Serviço Social contribui para a produção e reprodução desta sociedade, ele participa deste processo enquanto trabalhador coletivo que, por meio de seu trabalho, garante a sobrevivência e a reprodução da força de trabalho. É desta forma, uma profissão socialmente necessária.

Logo, o Serviço Social se constitui como uma profissão socialmente necessária devido as grandes tensões e crises sociais decorrentes da “questão social”. Segundo Iamamoto (2000), a profissão supramencionada configura-se como uma especialização do trabalho, em outras palavras, uma profissão inscrita na divisão social e técnica do trabalho.

Segundo Alcantara e Veira (2013) um dos maiores desafios estabelecido ao assistente social é o desenvolvimento de sua capacidade em decifrar a realidade e produzir propostas voltadas à efetivação de direitos. Como já mencionado, a “questão social” é o objeto da atuação profissional, desse modo, entende-se que é a base de fundação do Serviço Social na sociedade capitalista, vinculado a questões estruturais, conjunturais e históricas. Soma-se a isso, a:

[...] importância do estatuto do trabalho fundado em uma visão societária que atribui prioridade ontológica à produção e reprodução da vida social e às relações sociais historicamente particulares que a sustentam. São as relações sociais que fundam a sociedade do capital que também são as geradoras da “questão social” (ALCANTARA; VIEIRA, 2013, p. 341 apud ABEPSS/CEDEPSS, 1996, p.5)

³³ Refere ao Projeto Ético-Político.

Na atualidade, a "questão social", se refere à um conjunto complexo de desigualdades sociais que emergem na sociedade capitalista avançada e são intrinsicamente ligadas à intervenção do Estado. As propostas imediatas para o enfrentamento da "questão social", no Brasil, renovam a articulação assistência focalizada/repressão, com o reforço coercitivo do Estado em detrimento da construção do consenso necessário ao regime democrático. (IAMAMOTO, 2006, p.178)

No campo da saúde, a "questão social" está intimamente atrelada as condições de vida das pessoas, pois conforme estabelecido nas Diretrizes Curriculares da ABEPSS, 1996, o reconhecimento desse termo demanda uma leitura crítica da realidade. Para Bravo e Matos (2006), o trabalho do assistente social na saúde deve ter como eixo central a busca criativa e incessante da incorporação dos conhecimentos e das novas requisições à profissão, articulados aos princípios dos projetos da reforma sanitária e ético-político do Serviço Social.

Para análise do serviço social na saúde, é necessário relembrarmos os projetos citados no capítulo anterior: reforma sanitária e reforma privatista. Em ambos projetos o assistente social vai ter demandas diferentes, focalizando a reforma sanitária, vemos que existe um elo com o projeto ético político profissional. Além disso, nesse contexto a atuação do assistente social vai abranger uma busca mais integradora, devido a demanda da garantia do acesso universal à saúde.

2.2 Serviço Social e sua interface com a humanização

A Constituição Federal (BRASIL, 1988) define a saúde como dever do Estado e direito da população, bem como afirma que os profissionais da área devem ser orientados de acordo com as diretrizes constitucionais da saúde. Essa abordagem expõe que a saúde deve ser assegurada como acessível e igual para todos os cidadãos. Segundo Uchôa (2007, p. 186):

Estas conquistas foram frutos das demandas dos movimentos de redemocratização política do Brasil e, particularmente, de reforma sanitária brasileira, que apontaram para a construção de um sistema de seguridade social - saúde, previdência social e assistência social - cuja saúde estaria baseada nos princípios da universalidade, equidade, integralidade da atenção, descentralização da gestão e controle social do Sistema único de saúde- SUS.

Partindo da redemocratização política do Brasil, destaca-se que existe de fato uma relação entre o Projeto Ético-Político e o projeto de reforma sanitária, ambos foram construídos nesse cenário de redemocratização, além de possuir relação entre seus eixos³⁴. Em

³⁴ Para Bravo (2007), essa relação entre os projetos se encontram nos eixos que compartilham, são eles: aportes e referências teóricas e formação profissional e princípios.

conformidade com Matos (2017), os projetos supracitados possuem pontos em comuns, são eles: defesa dos direitos inalienáveis do homem, defesa do público do estado laico e democrático, dentre outros.

Para Matos (2017), inserção do serviço social nos serviços de saúde³⁵ se deu por meio de uma busca de construção do exercício profissional a partir do modelo médico clínico. Em 2004 ocorreu o X CBAS, nesse evento foi debatido sobre a pertinência da participação da categoria profissional no Fórum Nacional de Educação das Profissões da Área de Saúde - FNEPAS.

Segundo Uchôa (2007), que a categoria deliberou pela participação da ABEPSS no FNEPAS assim como pela apresentação de projeto para obtenção de recursos junto ao MS, três principais objetivos. Dentre esses objetivos, dá-se ênfase a contribuir para a formação de sujeitos críticos e reflexivos para uma construção efetiva do SUS, sob a ótica da reforma sanitária brasileira.

No âmbito da saúde, conforme os Parâmetros para Atuação dos Assistentes Sociais na Saúde (Versão Preliminar- 2009), o código de ética do serviço social apresenta ferramentas em três dimensões: prestação de serviços direto à população, no planejamento e na assessoria. Segundo Costa (2000), a inserção do assistente social nos serviços de saúde é mediatizada pelo reconhecimento social da profissão e por um conjunto de necessidades que se definem e redefinem por meio das condições sócio-históricas do desenvolvimento da saúde pública no Brasil.

Bravo (2007, p. 144) elucida:

Pensar uma atuação comprometida do serviço social na área da saúde deve ter como pressuposto: estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS; facilitar o acesso do usuário aos serviços de saúde da Instituição e não submeter a operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta SUS; tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas instituições que garantam a participação popular nas decisões a serem tomadas; buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como estar atento sobre a possibilidade de investigações sobre temáticas relacionadas à saúde e sua relação com o serviço social.

Nesse cenário, o assistente social é um dos principais elos de ligação entre paciente, família e instituição de saúde, seja de baixa, média ou alta complexidade. Analisando o profissional atuando em uma equipe multiprofissional, a importância se dá na prática educativa e acolhedora no processo saúde/doença, acarretando em um melhor e amplo relacionamento entre acompanhante e equipe de saúde.

³⁵ O Serviço Social está situado na Resolução do CNS nº. 287, de 08 de outubro de 1998, como uma categoria profissional de nível superior considerada no âmbito da saúde.

Além disso, Costa (2000) sintetiza que é nas lacunas propiciadas pela não implantação efetiva do SUS que a categoria profissional vem sendo demandado a intervir. Em suma, por meio de sua atuação profissional, o assistente social tem sido o profissional que vem constituindo, aquilo que o autor supracitado chama de elo invisível³⁶ do SUS.

Para Matos (2017), é necessário que a categoria profissional articule suas raízes com o SUS, reconhecendo dois aspectos: desnudar a relação que há entre política econômica e política social, e compreender os determinantes da formação social e econômica³⁷. O autor enfatiza a importância de a categoria profissional estabelecer uma conexão sólida com o SUS no contexto do Brasil.

É necessário reconhecer a interconexão entre políticas econômicas e sociais e compreender os fatores que moldam a sociedade brasileira. Além disso, é fundamental entender os desafios enfrentados pela população que utiliza o SUS, bem como as barreiras que podem limitar o acesso para os serviços ofertados, a fim de promover uma atuação mais eficaz e sensível as necessidades dos usuários.

Consoante a isso, Casati e Correia (2005) faz um recorte dos assistentes sociais na humanização, ambos abordam que os profissionais devem ter clareza no que se refere a amplitude das concepções de humanização, pois quando relacionado serviço social com PNH, é envolvido uma série de aspectos de extrema relevância, é o caso da operacionalização de um processo político de saúde e a garantia dos direitos sociais.

Conforme os Parâmetros para Atuação dos Assistentes Sociais na Saúde (Versão Preliminar- 2009)³⁸, os profissionais de Serviço Social têm sido designados a viabilizar a PNH contribuindo com o processo de implementação. O desafio da humanização é a efetividade de uma nova cultura de atendimento para além do modelo doença.

Dado o exposto, em 2010 foi publicado a versão final do documento citado acima³⁹. Nesta versão estão elencados os seguintes Parâmetros: Atendimento Direto aos Usuários; ações socioassistenciais; ações de articulação com a equipe de saúde; ações socioeducativas; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; e por fim assessoria, qualificação e formação profissional.

³⁶ Segundo Costa (2000, p. 35), o elo invisível se constitui quando o assistente social “cumpre um papel fundamental como instrumento viabilizador de condições objetivas para a realização do processo de trabalho em saúde e, principalmente, para tornar possível o acesso dos segmentos excluídos do próprio serviço existente.”

³⁷ Tanto desse país quanto das instituições.

³⁸ Esse documento é uma série de diretrizes e critérios que os assistentes sociais devem seguir para atuar na área da saúde, visando a efetividade do exercício conforme os princípios éticos da profissão.

³⁹ Parâmetros para Atuação dos Assistentes Sociais na Saúde (2010)

Nesse contexto, em conformidade com o documento supramencionado⁴⁰ o assistente social permeia o debate do significado desse termo, para que não sejam propagadas percepções românticas/residual de visões errôneas. No que se refere a PNH os assistentes sociais se inserem como atores principais na implementação das ações de humanização. Para o CFESS (2009, p. 21):

Nessa perspectiva, a atuação profissional deve estar pautada em uma proposta que vive o enfrentamento das expressões da questão social que repercutem nos diversos níveis de complexidade da saúde, desde a atenção básica até os serviços que se organizam a partir de ações de média e alta densidade tecnológica.

Ademais, a concepção de humanização, na perspectiva ampliada, permite aos profissionais analisarem os determinantes sociais do processo saúde-doença, as condições de trabalho e os modelos assistencial e de gestão. Além disso, a defesa dessa concepção de humanização encontra-se respaldada no projeto ético-político do Serviço Social, devendo ser compromisso e preocupação profissional.

A ação profissional do assistente social é moldada pelos fundamentos teórico-metodológicos e ético-políticos, construídos ao longo do exercício da profissão em um determinado contexto histórico. Soma-se a isso, que a utilização dos instrumentos técnico-operativos proporciona as ferramentas necessárias para essa atuação se efetivar cotidianamente.

Outrossim, o Serviço Social é uma profissão de caráter interventivo, logo muitas das demandas trazidas dentro do serviço de saúde têm relação com a abordagem na intervenção⁴¹ cotidiana, devido a relação com a reprodução da vida material e das formas de consciências social. Em conformidade com a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (BRASIL, 2011):

Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação; o direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos; a responsabilidade do cidadão para que seu tratamento aconteça de forma adequada; e o direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos (p.3-4).

No entanto, mesmo que exista essa legislação referente ao direito ao atendimento humanizado ao usuário não assegura a efetivação desse direito. Segundo Alcantara e Vieira (2013), o assistente social contribui na PNH na constituição dos Grupos de Trabalho de Humanização (GTHs) atuando na identificação e intervenção dos determinantes sociais que afetam a qualidade de vida e saúde dos usuários. Além de relacionar-se com a população usuária, o assistente social remete-se a viabilização da construção do direito à saúde.

⁴⁰ Parâmetros para Atuação dos Assistentes Sociais na Saúde (Versão Preliminar- 2009).

⁴¹ Por isso, a necessidade de compromisso com a intervenção competente e fundamentada em concepções teórico-metodológicas sólidas. (Alves, Miotto e Gerber, 2007)

Tendo em vista a particularidade da profissão e as dificuldades para efetivação da humanização como um conjunto de participações – incluindo o usuário-, destaca-se três ações pertencentes ao assistente social na equipe multidisciplinar de saúde: composição na equipe interdisciplinar de saúde, defesa da concepção ampliada de humanização e incentivo à participação nos processos decisórios (ALCANTARA; VIEIRA, 2013).

A primeira ação que corresponde a composição na equipe interdisciplinar de saúde, está diretamente associada com a identificação dos determinantes sociais apresentados pelos usuários. Quanto a ação referente a defesa da concepção ampliada de humanização, essa remete-se aos fundamentos centrais do projeto de reforma sanitária e dos princípios do SUS.

Por fim, a terceira ação supracitada é o incentivo à participação nos processos decisórios, essa concerne na ruptura do modelo conservador centrado na doença, incentivando o controle social. Esse papel ativo dos usuários, fortalece a qualidade e a eficácia das políticas de saúde, uma vez que as decisões são tomadas de forma mais abrangente, humanizada e sensível às realidades das pessoas atendidas.

Assim, esse incentivo à participação nos processos decisórios fortalecer os espaços deliberativos e construtivos, promovendo um ambiente no qual os usuários e profissionais de saúde podem dialogar e colaborar de maneira mais eficaz. Conforme a PNH (2013), a gestão participativa e cogestão fazem parte das diretrizes da política:

Cogestão expressa tanto a inclusão de novos sujeitos nos processos de análise e decisão quanto a ampliação das tarefas da gestão- que se transforma também em espaço de realização de análise dos contextos, da política em geral e da saúde em particular, em lugar de formulação e de pactuação de tarefas e de aprendizado coletivo.

Os processos decisórios se vinculam com a valorização do usuário na comunicação, afirmado pelo sistema de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde. Nesse contexto, destacam-se as ouvidorias que funcionam como canais de comunicação direta entre os usuários e as instituições de saúde. Para Motta e Ribeiro (2023) a Ouvidoria representa o acesso inicial de demandas individuais e coletivas dos cidadãos. Na concepção dos autores existe uma evolução na integração com os processos decisórios, refletindo na institucionalização progressiva.

Além da Ouvidoria, outro exemplo importante é a Gerência de "porta aberta", essa objetiva facilitar o acesso dos usuários aos serviços de saúde criando um ambiente acolhedor e contribuindo para a humanização do atendimento. Em suma, são práticas como essa que resultam na valorização do usuário no cenário da comunicação, na participação ativa e contribui para a melhoria dos serviços prestados na saúde.

Recuperemos a atuação do profissional de serviço social segundo a análise de Bravo e Matos (2006, p. 214):

Ou seja, pensar hoje uma atuação competente e crítica do Serviço Social na área da saúde, ao nosso ver, é:

- Estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;
- Facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da Instituição, bem como de forma compromissada e criativa não submeter a operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária;
- Tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos funcionários nas decisões a serem tomadas;
- Elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como estar atento sobre a possibilidade de investigações sobre temáticas relacionadas á saúde.

Ademais, quando se trata de uma equipe multidisciplinar, o assistente social tem dificuldades de dialogar com a equipe de saúde sobre suas atribuições privativas e competências profissionais. Segundo o CFESS (2009), esse cenário se torna atribulado devido às precárias condições de trabalho a que estão submetidos todos os profissionais de saúde. Além disso, as demandas e fragmentações do trabalho tornam-se um agravante.

Ainda nesse cenário, um determinante social que impacta na realização do atendimento humanizado são as condições concretas de trabalho em que se encontra o profissional, ou seja, refere-se a condições estruturais tais como baixa remuneração, ambiente de trabalho inadequado, instrumentos para realização do trabalho em falta, carga horária excessiva, por essas – e outras - razões um atendimento tende a ser desumanizado.

Em conformidade com o Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS (2010), a valorização do trabalho e do trabalhador deve ser garantida, bem como a qualificação da ambiência, melhorando as condições de trabalho e atendimento. Para Neulls (2016) essa valorização dos trabalhadores e das relações sociais no trabalho merece mais atenção, a autora analisa:

[...] se faz urgente políticas públicas que se pautem na valorização do trabalho e do trabalhador da saúde, a fim de melhorar e garantir que os profissionais possam realizar assistência à saúde de maneira qualificada, através de um vínculo sólido no Sistema Único de Saúde. (NEULLS, 2016, p. 152)

Afinal, como valorizar o trabalho no cenário da saúde com o sucateamento do SUS sem financiamento adequado? Além da falta de leitos e infraestrutura? Fatores como esses acarretam na precarização das condições de trabalho. Diante da realidade exposta, é imperativo que as políticas públicas se voltem para a valorização dos profissionais da saúde e, ao mesmo tempo, para o fortalecimento do SUS.

Ainda em conformidade com Neulls (2016), uma política que pretenda humanizar as práticas de saúde deveria trazer com uma das diretrizes a defesa do financiamento público que consiga atender as demandas sociais, o que não ocorre na PNH. A autora analisa que a PNH na saúde deveria incluir a defesa de um financiamento público que seja capaz de atender às demandas sociais, logo, para conseguir seguir as diretrizes da PNH, é primordial contar com recursos financeiros adequados e bem direcionados.

O financiamento é uma peça fundamental na capacidade de um sistema de saúde de proporcionar serviços de qualidade e acessíveis à população. Quando o financiamento público é insuficiente ou mal distribuído, isso pode resultar em falta de recursos, longas filas de espera, falta de profissionais de saúde e uma qualidade de atendimento deficiente⁴². Em um sistema de saúde sobrecarregado e subfinanciado, é difícil implementar práticas de humanização de maneira eficaz.

No entanto, a crítica levantada na afirmação da autora aponta para a necessidade de considerar o financiamento adequado como parte integral dessa política. Para alcançar o atendimento humanizado na saúde, é preciso garantir que haja recursos suficientes para formar uma equipe de profissionais de saúde, melhorar a infraestrutura hospitalar, oferecer atendimento personalizado, e investir em programas que atendam às necessidades específicas das diferentes comunidades e dos usuários do SUS.

Com relação ao usuário, o CFESS (2009) retrata que os determinantes sociais que se encontram em torno das condições de vida da população que utiliza o SUS, se mostram na forma de desemprego, acidentes de trabalho, abandono do usuário, desumanização da classe trabalhadora, criminalização da pobreza, entre outros. Segundo Deslandes (2004), humanizar a assistência é humanizar a produção dessa assistência, do mesmo modo é no cenário da saúde. Se a atenção necessária não é dada, logo o profissional se desmotiva e o usuário gera demandas insatisfatórias⁴³, acarretando em conflitos entre usuário-profissional.

Em suma, Costa (2000, p. 332) define o desafio do serviço social no setor da humanização da seguinte forma:

[...]o grande desafio do serviço social é fazer uma discussão crítica acerca das práticas de humanização no sentido de romper com as práticas individualizantes, de favor, de ajustamento e disciplinamento dos usuários, bem como de alívio das sessões e amenização de conflitos e avançar no sentido de construir e fortalecer práticas voltadas para potencializar a capacidade de participação enquanto deliberação de sujeitos individuais e coletivos (usuários e trabalhadores) na efetiva

⁴² Por essa razão, são constantes as reclamações sobre o SUS e a continuidade de experiências ruins com mau atendimento na baixa, alta e média complexidade, escassez de profissionais de saúde, necessidades de reformas e melhorias, entre outros fatores que desencadeiam e prejudicam a qualidade do atendimento no cenário da saúde.

⁴³ Enquadram-se “reclamações com relação a qualidade do atendimento e/ou não atendimento (relações com a equipe, falta de medicamento, entre outros) e não entendimento do tratamento indicado.” (CFESS, 2009, p.22)

construção de condições objetivas dignas de trabalho e atendimento no SUS, dentre as quais incluem não só a defesa dos direitos existentes, mas a luta pela ampliação e incorporação de novos direitos[...].

Elucidando a autora supracitada, a mesma expressa a importância das práticas de assistência à saúde e principalmente os desafios que perpassam o serviço social e sua interface com a humanização. Neste contexto, é fundamental considerar que cabe aos assistentes sociais e ao serviço social qualificar sua participação na implementação da PNH mediante o método do Humaniza SUS.

Dessa forma, é possível resgatar os valores do atual código de ética da profissão, do próprio SUS, e do diálogo entre o projeto ético-político e o projeto sanitário. Essa contribuição se dará na construção de um sistema de saúde mais abrangente, centrado no bem-estar dos indivíduos, e principalmente humanizado, alinhado aos princípios que orientam o SUS e a PNH.

Em um cenário de reestruturação política, a crise de saúde global e as mudanças na política de saúde tiveram impacto significativo no SUS⁴⁴. Na conjuntura desses impactos está o financiamento do SUS, cortes orçamentários e realocações de recursos limitam o sistema, principalmente no viés de atendimento às necessidades de saúde da população usuária. Bem como, agrava a disponibilidade de tratamentos, medicamentos e procedimentos médicos.

Quanto à crise global, relaciona-se o SUS com a pandemia de Covid-19⁴⁵, aqui o impacto se deu por questões de infraestrutura, financiamento e políticas de saúde em vigor. No mais, essa ligação entre a profissão e a humanização estabelece um compromisso que permite resgatar os valores do código de ética da profissão, do SUS e promove um diálogo entre o Projeto ético-político e o projeto sanitário. Isso é fundamental para garantir que a saúde pública no Brasil seja uma força inclusiva e solidária, oferecendo cuidados de qualidade e respeito.

⁴⁴ Por ser um sistema público de saúde, o SUS desempenha um papel fundamental na prestação de cuidados de saúde à população brasileira. Portanto, qualquer mudança na política de saúde e crises globais podem afetar o funcionamento e a eficácia do SUS.

⁴⁵ A pandemia de Covid-19 é uma pandemia global causada pelo vírus SARS-CoV-2, um novo Coronavírus identificado pela primeira vez na China em 2019. A pandemia de Covid-19 se espalhou pelo mundo, acarretando uma crise de saúde pública global sem precedentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É evidente ao leitor desta monografia, que nosso objetivo central ao longo deste trabalho foi analisar a relação do Serviço Social com a Política Nacional de Humanização no âmbito da saúde, discutindo aspectos desde a contextualização da implantação do SUS até o diálogo estabelecido entre a profissão e o atendimento humanizado. Nesse sentido, as transformações mais importantes no sistema público de saúde brasileiro, sucederam da emergência e da produção teórico-metodológica da saúde coletiva.

Desse modo, salientamos que o SUS é uma conquista nascida das lutas pela democracia no país, ganhando força em 1988 com a Constituição Federal. Logo, A PNH emerge no cenário da reforma sanitária brasileira, segundo Pasche e Passos (2008), o Ministério da Saúde decidiu fazer uma aposta na humanização como re-encantamento do SUS, reconhecendo a importância de tornar o sistema mais acessível, empático e eficaz para a população.

Confirmamos totalmente a hipótese que a humanização na saúde é a busca de uma nova cultura de atendimento, que envolve a política de saúde como política de estado e aspectos da subjetividade do usuário e do trabalhador. Sendo assim, podemos afirmar que, a PNH assume status de política em virtude de colocar-se transversalmente aos diferentes setores e programas do Ministério da Saúde, focando a valorização da dimensão humana nas práticas de saúde como proposta para a produção de um plano comum no SUS.

Além disso, conseguimos sintetizar com êxito a atuação do assistente social com a PNH e identificar que além do usuário, os trabalhadores da área da saúde também estão sendo desumanizados no que diz respeito a precarização das condições de trabalho, o que acarreta em consequências no cenário do atendimento com o usuário.

A humanização diz respeito a um processo que surge a partir da colaboração interdisciplinar, implicando em uma abordagem abrangente que busca atender as necessidades e enfrentar os desafios para aprimorar as diversas áreas de intervenção dentro do cenário da saúde, independentemente de ser alta, média ou baixa complexidade. Assim como é o caso das Unidades de Terapia Intensiva - UTI, que são possíveis de produzir um atendimento humanizado, desde que seja feito uma colaboração interdisciplinar entre a família, o núcleo do poder médico e os funcionários responsáveis pelo setor.

Ademais, a humanização faz parte do processo sócio-histórico, é um produto que se modifica conforme as mudanças societárias. Nesse contexto, perpassamos por uma crise global, que mostrou a importância de os países terem um sistema público de saúde universal.

A pandemia do Covid-19 trouxe desafios e oportunidades para a humanização na saúde, a conscientização sobre a importância da humanização aumentou, mas também houve pressões adicionais sobre o sistema de saúde e o financiamento do mesmo.

A profissão que aqui também foi tratada atravessou diferentes fases. O serviço social é fundamentado na realidade histórica social com traços de caráter interventivo, e trata a “Questão Social” como principal instrumento de trabalho. Desse modo, fazendo uma análise do que foi apresentado, é evidente que a profissão e o conhecimento acerca dos determinantes sociais no contexto do SUS estejam imbricados entre suas raízes.

Nesse sentido, o Projeto Ético-Político do Serviço Social brasileiro tem suas raízes na ruptura das abordagens tradicionais e conservadoras, e destaca a importância dessa transição para a profissão. Bem como, possui ligação com as proposições da reforma sanitária, destacando sua relevância na construção de um serviço de saúde justo, equitativo e humanizado.

Os assistentes sociais, têm sido chamados para viabilizar, junto com outros trabalhadores da saúde a PNH. Uma das questões fundamentais é ter clareza das diversas concepções de humanização, pois a mesma envolve aspectos amplos que vão desde a operacionalização de um processo político de saúde calçado em valores como a garantia dos direitos sociais, o compromisso social e a saúde, passando pela revista das práticas de assistência e gestão.

Desse modo, o assistente social une forças com a PNH na produção de conhecimento e valorização dos sujeitos – dado as diversas singularidades de cada um-, ou seja, o profissional deve reconhecer os usuários do serviço público de saúde como sujeito capaz de conhecer e intervir na sua própria realidade com autonomia e protagonismo. Resgatando Costa (2000), nas instituições de saúde, os assistentes sociais são demandados para serem o elo invisível do SUS.

Em suma, compreendemos que há uma escassez de trabalhos abordando a humanização na área da saúde e no contexto do serviço social brasileiro. Ao investigar a humanização no âmbito do SUS em relação à atuação do Serviço social, tornou-se evidente que, embora existam produções relacionadas ao serviço social e saúde, são escassas aquelas que exploram especificamente o tema da humanização diretamente com a profissão.

Por fim, a pesquisa cumpriu seu propósito especificado nos objetivos específicos, primeiro de contextualizar a implantação do SUS em linhas gerais, considerando as bases históricas que contribuíram para a construção da PNH. Em seguida, conseguimos analisar o conceito de humanização na área da saúde a luz dos princípios estabelecidos pelo SUS. Por

fim, trouxemos para o diálogo os principais elementos entre a PNH e o Serviço Social brasileiro, além de possibilitar o debate com o Projeto Ético-Político e o projeto de reforma sanitária.

REFERÊNCIAS

- ACURCIO, F. de A. Evolução histórica das políticas de saúde no Brasil. **Projeto MultiplicaSUS**, p. 23-40, 2005.
- ALCANTARA, L. da S.; VIEIRA, J. M. W. **Serviço Social e Humanização na Saúde: limites e possibilidades**. Textos & Contextos (Porto Alegre), vol. 12, núm. 2, julio-diciembre, 2013, pp. 334-348. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil. Disponível em: <https://ninho.inca.gov.br/jspui/handle/123456789/7155>. Acesso em: 14 de out de 2022.
- ALVES, F. L.; MIOTO, R. C. T.; GERBER, L. M. L. **A Política Nacional de Humanização e o Serviço Social: elementos para o debate**. Serviço Social e Saúde, v. 6, n. 1, p. 35-52, 2007. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8634944>. Acesso em 02 maio 2023.
- AROUCA, A. S. da S. Conferência: Democracia é saúde. In: **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. 17-21 mar. 1986, Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da saúde. 1987. pag. 35-44. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/cns/pdfs/8conferencia/8conf_nac_anais.pdf. Acesso em: 15 ago. 2023.
- BARBOSA, G. C. et al. **Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa**. Revista brasileira de enfermagem, v. 66, p. 123-127, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/Xft5GGxBgzdgDWtHthCS5GQ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 abr. 2023.
- BATISTA, D. **Acolhimento e Humanização para acompanhantes: A inserção do Serviço Social e da enfermagem de uma Instituição Federal**. Rede humaniza SUS. 2009. Disponível em: <https://redehumanizasus.net/7120-acolhimento-e-humanizacao-para-acompanhantes-a-insercao-do-servico-social-e-da-enfermagem-de-uma-instituicao-federal/>. Acesso em: 02 maio 2023.
- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. **Humanização na saúde: um novo modismo?**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, São Paulo, v. 9, n.17, 2005. p. 389-394. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/qgwhN4TZKY5K3LkPfVRbRQK/?lang=pt>. Acesso em: 16 mar. 2023.
- BOSCHETTI, I. Seguridade social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação. CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. (Org.). **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CEAD/Ed. UnB, p. 19, 2009. Disponível em: https://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/seguridade_social_no_brasil_conquistas_e_limites_a_sua_efetivacao_-_boschetti.pdf. Acesso em: 14 ago. 2023.
- BRASIL, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde. Brasília, 3. ed, 2011. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_direitos_usuarios_saude_3ed.pdf. Acesso em: 13 mar. 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização: PNH. Brasília, 1 ed, 2013.

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. 4.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em:

https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf. Acesso em: 20 abr. 2023.

BRAVO, M. I. S. Política de saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. IN: XIX Seminário Latino americano das Escolas de Serviço Social. **El Trabajo Social**

enlacoyunturalatinoamericana: desafíos para su formación y acción profesional. Equador: Universidade católica de Santiago de Guayaquil, 2009. Disponível em:

<https://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-019-187.pdf>. Acesso em: 07 ago 2023.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **30 anos do Congresso da Virada**. Brasília, 2009.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Grupo de trabalho "Serviço Social na Saúde". Brasília, 2010. Disponível em:

https://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atualizacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf. Acesso em: 07 ago 2023.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (Versão Preliminar)**. Grupo de trabalho "Serviço Social na Saúde". Brasília, 2009. Disponível em:

https://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_Assistentes_Sociais_na_Saude_-_versao_preliminar.pdf. Acesso em 20 abr. 2023.

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

https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/12732. Acesso em: 14 mar. 2023.

CUNHA, J.P.P.; CUNHA, R. E. Sistema Único de Saúde - SUS: princípios. In: CAMPOS, F. E., OLIVEIRA JÚNIOR, M., TONON, L.M. **Cadernos de Saúde. Planejamento e Gestão em Saúde**. Belo Horizonte: COOPMED, 1998. Cap.2, p.11-26.

DA COSTA, Maria Dalva Horácio. **O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais**. Revista Serviço Social & Sociedade, São Paulo, nº62, Cortez, 2000.

Disponível em:

https://www.academia.edu/download/57256838/O_Trabalho_nos_Servicos_de_Saude_e_a_Insercao_dos_Assistentes.pdf. Acesso em 23 mar 2023.

DESLANDES, S. F. **Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar.** Ciência e Saúde coletiva, Vol. 9, nº1, 2004, pag. 7-14. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/7jS34hDzJbQtCHMjYFHKf4L/> . Acesso em: 23 mar 2023.

DESLANDES, S.F. **Humanização: revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica.** In: Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006, p. 33-47. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/sq6d8/pdf/deslandes-9788575413296-03.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2023.

FRANÇA, S. B. A presença do Estado no setor saúde no Brasil. **Revista do Serviço Público.** Vol. 49, Nº 3. 1998. Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/handle/1/1497>. Acesso em: 01 maio 2023.

GOMES, N. P. **O trabalho do assistente social na maternidade Dona Íris no contexto da política nacional de humanização.** 2020. Disponível em: <https://repositorio.pucgoias.edu.br/jspui/handle/123456789/1281>. Acesso em: 01 maio 2023.

HECKERT, A. L. C.; PASSOS, E.; BARROS, M. E. B. de. Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, p. 493-502, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/54MvZWnFjYrw7k3M6xr3XXM/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 abr. 2023.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** São Paulo: Cortez, 2000.

IAMAMOTO, M. V. **Renovação e Conservadorismo no Serviço Social: ensaios críticos.** Capítulo II: Divisão do Trabalho e Serviço Social. São Paulo: Cortez, 7. ed., p. 87-112. 2004.

MATOS, M. C. de. **Serviço Social, ética e saúde: reflexões para o exercício profissional.** 2 ed. São Paulo: Cortez, 2017.

MORAIS, A. M. S. **A humanização na área da saúde: uma proposta reflexiva para o serviço social.** Dissertação (Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Goiás. 2016. Disponível em: <https://tede2.pucgoias.edu.br/handle/tede/3552>. Acesso em: 01 maio 2023.

MOTA, A. E. et al.. **Serviço Social e saúde: Formação e trabalho profissional.** São Paulo: Editora Cortez, 2006.

MOTTA, J. I. J., RIBEIRO, J. M. **A participação da sociedade e o impulso das Ouvidorias do SUS.** Saúde em Debate, v. 46, p. 4-6, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2022.v46nspe4/4-6/pt/>. Acesso em 23 out 2023.

NEULLS, T. F. **Humanização em saúde frente ao processo de precarização do trabalho: Análise acerca da Política Nacional de Humanização da Saúde no âmbito do SUS.** Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Maranhão. Maranhão. 2016. Disponível em: <https://tede2.ufma.br/jspui/handle/tede/813>. Acesso em 23 out 2023.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E.; HENNINGTON, É. A. **Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 16, p. 4541-

4548, 2011. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/hcgHbs6rBMNdsSww7PFbfhz/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 abr. 2023.

PASCHE, Dário Frederico; PASSOS, Eduardo. **A importância da humanização a partir do Sistema Único de Saúde**. 2008. Disponível em: <https://livroaberto.ibict.br/handle/1/546>. Acesso em 23 out 2023.

POLIGNANO, M. V. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. **Cadernos do Internato Rural-Faculdade de Medicina/UFMG**, v. 35, p. 01-35, 2001. Disponível em: <http://www.nesbuc.ufc.br/downloads/historiapoliticassaudebrasil.pdf>. Acesso em: 01 maio 2023.

RIOS, I. C. **Caminhos da humanização na saúde: prática e reflexão**. Capítulo I: Humanização: A essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. São Paulo: Áurea Editora, 2009, p. 7-26. Disponível em: <https://docplayer.com.br/10705087-Izabel-cristina-rios-caminhos-da-humanizacao-na-saude-pratica-e-reflexao.html>. Acesso em: 14 mar. 2023.

RODRIGUEZ NETO, E. A reforma sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas. In: Ministério da Saúde. **Incentivo à participação popular e controle social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde/NESP**; UnB. 2 ed. Brasília, 1998. P 7-17. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/incentivo_sus.pdf. Acesso em: 01 maio 2023.

ROSÁRIO, C. A.; BAPTISTA, T. W. de F.; MATTA, G. C. Sentidos da universalidade na VIII Conferência Nacional de Saúde: entre o conceito ampliado de saúde e a ampliação do acesso a serviços de saúde. **Saúde em debate**, v. 44, p. 17-31, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/xmZCCHhzYYd7CwZfnsVnTQp/?lang=pt>. Acesso em: 14 ago 2023.

SANTOS, C. M. M. dos; GUIMARÃES, S. de J. O campo da saúde e inserção do assistente social na saúde mental brasileira. **Revista FSA**, Teresina, v. 11, n. 1, art.20, p.365-388, jan./mar. 2014. Disponível em: <https://silo.tips/download/o-campo-da-saude-e-a-insercao-do-assistente-social-na-saude-mental-brasileira>. Acesso em: 01 maio 2023.

SILVA, M. L. L. da. **(Des) estruturação do trabalho e condições para universalização da Previdência Social no Brasil**. 2011. Disponível em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/8716/1/2011_MariaLuciaLopesDaSilva.pdf. Acesso em: 21 ago. 2023.

TEMPORALIS. Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social - **ABEPSS / Política de Saúde e Serviço Social: Impasses e Desafios**. Ano I, n. 1, (jan./jun.2000). São Luiz: ABEPSS, 2007.

VIANA, A. L. D.'Ávila; ELIAS, P. E. M. Saúde e desenvolvimento. **Ciência & saúde coletiva**, v. 12, p. 1765-1777, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/G8ZYFSNm9z8SQ8bDzY8F5ZF/?lang=pt>. Acesso em: 30 ago. 2023.

VIANA, B. B., CARNEIRO, K. K. C., GONÇALVES, C. F. **O movimento de reconceituação do serviço social e seu reflexo no exercício profissional na contemporaneidade**. Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Política Social.

Florianópolis - SC, 2015. Disponível em:
https://seminarioservicosocial2017.ufsc.br/files/2017/05/Eixo_2_139.pdf. Acesso em: 27 set.
2023.