



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE ARTES, HUMANIDADES E LETRAS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

LÍLIAN KARINE CONCEIÇÃO PAOLILO MATOS

**POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO DO SUS E REFLEXÕES ACERCA DO SERVIÇO
SOCIAL NA SAÚDE**

CACHOEIRA

2016

LÍLIAN KARINE CONCEIÇÃO PAOLILO MATOS

**POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO DO SUS E REFLEXÕES ACERCA DO SERVIÇO
SOCIAL NA SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Colegiado de Serviço Social, do Centro da Artes, Humanidades e Letras (CAHL), da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), como requisito parcial para a conclusão do Curso em Serviço Social.

Orientadora: Prof. Ms. Sílvia Cristina Arantes de Souza

CACHOEIRA

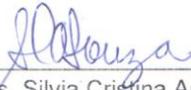
2016

LILIAN KARINE CONCEIÇÃO PAOLILO MATOS

POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO DO SUS E REFLEXÕES ACERCA DO SERVIÇO
SOCIAL NA SAÚDE.

Cachoeira – BA, aprovada em 16/08/2016.

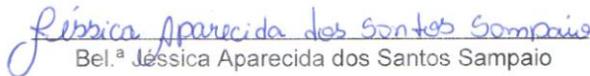
BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Ms. Silvia Cristina Arantes de Souza
(Orientadora – UFRB)



Prof.^a Dr.^a Silvia de Oliveira Pereira
(Membro Interno – UFRB)



Bel.^a Jéssica Aparecida dos Santos Sampaio
(Membro Externo)

*À Deus, minha mãe, minha avó, meus irmãos,
meu esposo e meu filho amado, por serem o
incentivo constante em toda esta caminhada e a
minha orientadora Sílvia Arantes escolhida
no coração desde o primeiro semestre da
graduação, por me proporcionar o conhecimento
e me ensinar a fazer sempre o melhor.*

AGRADECIMENTOS

Gratidão !! É a palavra que me acompanha desde a minha entrada neste mundo acadêmico. Foi muito difícil chegar até aqui. Ao adentrar este espaço acadêmico, busquei apenas qualificação profissional, mas aqui encontrei muito mais... Enriqueci valores, fiz amizades, sorri, chorei, aprendi a ser mais forte, cheguei onde jamais pensei que poderia. Poucos sabem quantas lágrimas, quanta renúncia, mas desistir nunca passou pela minha cabeça, jamais deixaria algo pela metade, principalmente quando se trata de um sonho. Faz parte da minha natureza enfrentar os desafios sorrindo, e hoje gostaria de agradecer a todos que, cada um à sua maneira, tornaram este sonho possível. A cada um de vocês só posso agradecer e pedir a Deus que os abençoe, pois não tem preço tudo o que fizeram por mim !! Obrigada !

Em primeiro lugar gostaria de agradecer a **Deus**, pois sem Ele nada disto seria possível ! Não estou aqui por merecimento, e sim por causa da misericórdia e amor dEle para com a minha vida.

A minha **mãe** e minha **avó** pelo apoio, por tudo o que me ensinaram e por tudo que fizeram e fazem por mim, amo vocês !!

Ao meu **pai** (in memoriam) você mora no meu coração !

Ao meu esposo, amigo e companheiro **César**, com certeza sem a sua ajuda esse sonho não seria possível !! Te amo !

Ao meu filho **Samuel**, meu tesouro, meu grande amor !! Obrigada por entender lindamente todas as minhas faltas e me incentivar a continuar a caminhada !! Dedico a você esta vitória.

Ao meu irmão **Kito**, grande incentivador e amigo, obrigada por muitas vezes ser o meu chão !! Te amo !

À minha “grande família”, meus irmãos amados: **Ingridy, Lenon, Jeferson e Vicente**, tesouros da minha vida, sei que sempre torceram por mim, amo muito vocês !!

Aos meus cunhados-irmãos: **Robson, Rose, Roberto e Rita**, vocês são muito importantes na minha vida !! Amo cada um de todo coração !!

À minha querida sogra, **Alda**, sempre na retaguarda e pronta para ajudar todas as (muitas) vezes em que precisei. Obrigada !

Aos professores e a aqueles que souberam ser verdadeiros mestres ! Obrigada por cada incentivo em direção ao conhecimento

A minha orientadora **Sílvia Arantes**, obrigada por aceitar trilhar esta caminhada comigo. Sei o quanto foi difícil, em tão pouco tempo e conciliar com outros compromissos. Os seus conselhos, correções e incentivos tornaram o percurso mais doce.

A minha querida professora **Silvia Pereira**, a senhora, em tão pouco tempo, fez a diferença na minha formação. Que Deus abençoe a senhora.

A **Jéssica**, minha querida supervisora de estágio e também um dos anjos que Deus colocou no meu caminho. Pessoa muito importante na minha formação profissional. Não tenho palavras para te agradecer.

A **Wagner** meu irmão querido, eu não saberia descrever tudo o que você fez por mim. Obrigada !!

A **Dr. Pina, Cyntia, D. Lica e Meissa**, obrigada pela força, incentivo e confiança. Vocês fazem a diferença na minha vida.

Aos meus pastores: **Jair e Grazy, Júnior e Fernanda**, obrigada pelo apoio espiritual.

À minha querida **Maria**, irmã em Cristo a quem tenho muito carinho e apreço. Obrigada por sempre se fazer presente. Suas orações e sua preocupação comigo fizeram toda a diferença.

Às minhas amigas da Clinvida: **Laís, Tate e Elaine**, vocês foram muito importantes nesta caminhada. Cada incentivo, cada gesto de carinho e de apoio fizeram toda a diferença neste espaço de tempo tão difícil. Obrigada

À minha querida **Simone**, sempre preocupada comigo, obrigada pela sua amizade.

Às minhas companheiras queridas **B1 (Neuza) e B3 (Rafaela)**, a B2 sou eu, e os nossos trabalhos não seriam os mesmos se não fizessemos juntas. Vou levar vocês para sempre no meu coração.

Às amigas que fiz neste centro acadêmico e guardarei comigo em especial **Rafaela, Neuza, Mille e Rosângela**, tchucas lindas, obrigada por tudo.

A todos os colegas que também trilharam seus caminhos ao meu lado, desejo que seja felizes, todos vocês foram importantes na minha formação.

À todos que participaram direta ou indiretamente desta jornada, que caminharam junto comigo, torceram, incentivaram, apoiaram e agora vibram ao ver se concretizar o que um dia foi um sonho.

A todos vocês a minha eterna **GRATIDÃO !!**

“A nobreza de nosso ato profissional está em acolher aquela pessoa por inteiro, em conhecer sua história, em saber como chegou a esta situação e como é possível construir com ela formas de superação deste quadro. Se reduzirmos a nossa prática a uma resposta urgente a uma questão premente, retiramos dela toda sua grandeza, pois deixamos de considerar, neste sujeito, a sua dignidade humana.”

Maria Lúcia Martinelli

RESUMO

O presente trabalho é fruto de inquietações acerca da temática Humanização na Saúde. Por ser um tema pertinente ao trabalho do Serviço Social nas instituições de saúde, buscou-se refletir acerca de suas possíveis relações com o Projeto Ético-Político do Serviço Social, assim como contribuir com o debate acerca de um tema de literatura ainda em construção, porém de grande importância para a efetivação do direito/acesso à saúde de qualidade. Considerando o perfil histórico de luta pela consolidação da saúde, buscou-se através deste trabalho, elucidar a trajetória da sua conquista como direito, através da construção de uma política que busca universalizar os serviços de saúde. Nesta mesma perspectiva, o Serviço Social busca ao longo dos anos suprimir a visão caritativa que historicamente impregnou a profissão e assumir o seu papel como agente interventivo, legitimado e regido por um código de ética que proporciona base política para interferir na sociedade capitalista, na perspectiva do direito e de combate às desigualdades sociais. Por fim, procurou-se através deste trabalho reafirmar a importância do percurso feito pela saúde enquanto política pública, assim como relacionar a sua proposta de Humanização, ao Projeto Ético-Político do Serviço Social procurando verificar possíveis convergências e desafios.

Palavras-chave: Serviço Social na saúde; Política de Humanização do SUS; Reforma Sanitária; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

This work is concerned with the Humanization theme in health. As a relevant theme to the work of social services in health institutions, we sought to reflect on its possible relations with the ethical-political project of social service, as well as contribute to the debate about a literature theme still under construction, but of great importance for the realization of the right / access to quality health care. Considering the historical profile of the struggle for health consolidation, we sought through this work, elucidate the trajectory of his achievement as a right, by building a policy that seeks to universalize health services. In this same perspective, the social service is placed in the context, searching over the years to suppress the charitable view that historically pervaded the profession and assume its role as intervening agent, legitimized and governed by a code of ethics that provides political basis to interfere with the capitalist society, from the perspective of law and fight against social inequalities. Finally, he tried to work through this reaffirm the importance of the route taken by the health as a public policy and relate its proposal Humanization, the ethical-political project of social service looking check for possible convergences and challenges.

LISTA DE SIGLAS

PNH – Política Nacional de Humanização do SUS

PNHAH – Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar

SUS – Sistema Único de Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

IAPs – Instituto de Aposentadorias e Pensões

INPS – Instituto Nacional da Previdência Social

MOPS – Movimento Popular de Saúde

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CNRS – Comissão Nacional de Reforma Sanitária

MS – Ministério da Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ABEPSS - Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social

CFESS - Conselho Federal de Serviço Social

SUMÁRIO

Introdução	12
Capítulo 01 – A política de saúde no Brasil na perspectiva do direito social: elementos conceituais e históricos	16
1.1 A saúde no Brasil: conceito e história	16
1.2 A conquista da saúde como direito social: luta e persistência	16
Capítulo 02 – O SUS e sua Política de Humanização	30
2.1. O Sistema Único de Saúde e a universalização dos direitos	30
2.2. Política Nacional de Humanização do SUS: apontamentos analíticos	37
Capítulo 03 – Os desafios postos ao Serviço Social frente à Política de Humanização do SUS	47
3.1. O Serviço Social na saúde: breve análise	47
3.2. A atuação do Serviço Social a partir do Projeto Ético-Político frente à Política de Humanização do SUS – relevâncias e desafios	53
Considerações Finais	60
Referências	63

INTRODUÇÃO

As temáticas referentes às ações voltadas à saúde sempre foram temas de discussões relevantes no cenário nacional, passando por processos de adaptações a projetos e políticas públicas, que ora atendem a classe dominante, com projetos privatistas, e ora a classe trabalhadora, tendo como ápice o movimento pela Reforma Sanitária. Neste caminho a política de saúde, numa visão mais abrangente do requisito “saúde”, incorporou diferentes profissionais em sua área de atuação. Dentre eles o profissional do Serviço Social, que inicialmente atuava na saúde realizando ações educativas voltadas a “práticas curativas, principalmente na assistência médica previdenciária, que na época era o maior empregador desses profissionais” (BRAVO, 2009, p. 31). Mas participando do movimento da saúde, as competências e atribuições do Serviço Social também se modificaram, segundo Iamamoto (2012, p. 21), esta atuação “requer, pois ir além das rotinas institucionais e buscar aprender o movimento da realidade pra detectar tendências e possibilidades nela presentes passíveis de serem impulsionadas pelo profissional”, voltando-se para práticas de democratização e proteção aos direitos dos usuários da saúde.

A democratização e humanização no acesso à saúde, possibilitadas a partir das leis 8.080/90; 8.142/90 e da Política Nacional de Humanização do SUS (PNH, 2003) desafiam, ao mesmo tempo em que respaldam o serviço social a intervir, em meio a uma conjuntura política e social que se reinventa e se transforma constantemente. Segundo Iamamoto (2012, p. 19) “pensar o Serviço Social na contemporaneidade requer os olhos abertos para o mundo contemporâneo para decifrá-lo e participar da sua recriação”, e nesta perspectiva a necessidade de uma atuação crítica e competente deve acompanhar as constantes evoluções das políticas que reforçam a universalização dos serviços públicos de saúde, tendo em vista os mais variados nuances que a prática profissional criativa pode galgar, desde a orientação e esclarecimento ao fomento de práticas e/ou ações que busquem ou estejam pautadas na humanização.

Destarte, por humanização entende-se enquanto “estratégia de interferência no processo de produção de saúde levando em conta que sujeitos sociais quando mobilizados são capazes de transformar realidades, transformando-se a si próprio neste mesmo processo.” (Humaniza SUS, p. 03); ou ainda “[...] um conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem em ações nas diversas práticas de saúde e esferas do sistema caracterizando uma construção

coletiva.” (Humaniza SUS, p. 02). A PNH reforça os princípios da Lei 8.080/90 (Brasil,1990) e traz como marco, que direciona sua operacionalização, a forma igualitária com que trata todos os sujeitos envolvidos no processo. O tema humanização muitas vezes reporta a interpretações com vistas apenas aos usuários dos serviços de saúde, no entanto suas ações são direcionadas muito além desses, pois no intuito de valorizar a dimensão humana no geral, abrange os gestores, trabalhadores, lideranças e o próprio ambiente de atendimento, evidenciando a necessidade de se intercalar os princípios do SUS à criação e fortalecimento de vínculos, resultando no fortalecimento de relações sociais, que por sua vez, reflete em melhores condições de trabalho, criando uma cadeia de benefícios, já que o trabalhador ao ser beneficiado pela política de humanização sente-se acolhido no seu ambiente de trabalho e conseqüentemente se empenhará em desenvolver suas atividades de forma mais eficiente.

Assim, este trabalho se propõe a analisar a Política Nacional de Humanização do SUS, buscando o entendimento sobre o que está posto sobre tal política, e estabelecer as suas possíveis relações com a atuação do Serviço Social na Política de Saúde. Ainda cabe salientar, que o propósito da pesquisa também é de trazer uma reflexão acerca do projeto ético-político profissional do Serviço Social, extinguindo por sua vez uma visão de caridade ou voluntarismo em suas ações pertinentes à sua atuação no Humaniza SUS.

Buscando uma análise mais complexa acerca das temáticas envolvidas nesta pesquisa, o trabalho foi dividido em três capítulos seguidos das considerações finais. O primeiro capítulo apresenta uma breve contextualização da história da saúde no Brasil, perpassando o período ditatorial de 1964 a 1984, a Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde, elucidando a compreensão dos tópicos seguintes e demarcando a construção de um processo histórico que resultou na ampliação de espaços sócio-ocupacionais no âmbito da saúde.

O segundo capítulo traz uma explanação conceitual acerca do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Política Nacional de Humanização, verificando a literatura existente acerca do tema.

O terceiro capítulo traz uma breve análise sobre o Serviço Social na saúde; seu surgimento; as atribuições do assistente social; as condições e trabalho e dificuldades enfrentadas na relação multiprofissional e, enfim o fazer profissional do Assistente Social no âmbito da saúde. Esta análise é relevante para o presente trabalho uma vez que possibilita a

reflexão acerca da consolidação do Serviço Social pautado em um Projeto Ético-Político que foi construído ao longo dos anos permeando grandes transformações e que tem na defesa da garantia de direitos, uma trajetória de lutas e constantes desafios.

Por conseguinte, relacionou-se a atuação do Serviço Social frente à Política Nacional de Humanização (PNH), buscando assim identificar convergências e contradições entre o Serviço Social na saúde e a PNH, assim como o que tem feito o Serviço Social na efetivação da garantia de direitos dentro desta política, a partir do que está posto no projeto ético-político.

A motivação pela escolha dessa temática é acadêmica e profissional, por entender que este tema é bastante pertinente à categoria profissional do Serviço Social ao possibilitar uma reflexão sobre a atuação do profissional na PNH pautada no Projeto Ético-Político profissional com o propósito de desassociar a atuação no HumanizaSus da visão de assistencialismo, caridade e benemerência, reforçando a saúde enquanto direito.

Esta temática passou a fazer parte dos anseios de pesquisa da graduanda, logo ao adentrar o campo de Estágio Obrigatório (I e II) na área da saúde, em que questões foram afloradas a respeito do fazer profissional do Serviço Social e sua possível relação com a Política Nacional de Humanização do SUS, como mediador, defensor de direitos e de um atendimento humanizado, porém livre de assistencialismos, promovendo a valorização e a qualificação das relações entre profissionais e usuários.

Assim, os objetivos deste trabalho estão direcionados a um sucinto apanhado histórico da política de saúde no Brasil, além de identificar os desafios enfrentados pelo Serviço Social na Política de Humanização do SUS e discutir a atuação do Serviço Social na Política de Humanização do SUS, relacionando suas atribuições com o que está posto no Projeto Ético Político e nos parâmetros de sua atuação na saúde.

Na empreitada de realização da pesquisa em questão e para êxito dos objetivos traçados o método de abordagem utilizado foi o crítico dialético que é primordial na tradição da teoria marxiana, a qual o Serviço Social é embasado. Este método crítico dialético “considera a historicidade dos processos sociais e dos conceitos, as condições sócio-econômicas de produção dos fenômenos e as contradições sociais [...]” (MINAYO, 2008, p. 24), fazendo-se indispensável neste sistema de construção de conhecimento da realidade,

através de suas dimensões históricas, trazendo uma reflexão acerca do que está posto no projeto ético-político do serviço social, bem como nos parâmetros de sua atuação na saúde.

A abordagem de pesquisa escolhida foi de natureza qualitativa. Segundo o conceito de Minayo, p. 21:

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se ocupa nas Ciências Sociais com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado. Ou seja ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças dos valores e das atitudes.

Assim, serão levadas em conta as relações sociais e construções históricas, bem como as convergências e contradições relacionadas ao objeto de pesquisa.

Com a utilização fontes secundárias, para o alcance dos objetivos, foi realizada uma revisão de literatura sistematizada acerca dos temas norteadores iniciando o processo de construção de conhecimento.

Os trabalhos de revisão de literatura são definidos por Noronha e Ferreira (2000, p.91, apud Moreira, 2004, p. 22) como:

Estudos que analisam a produção bibliográfica em determinada área temática, dentro de um recorte de tempo, fornecendo uma visão geral ou um relatório do estado-da-arte, sobre um tópico específico, evidenciando novas idéias, métodos, subtemas que têm recebido maior ou menor ênfase na literatura selecionada.

Logo, as novas especificidades trazidas à saúde através da Política Nacional de Humanização refletem uma configuração que leva em conta não somente o atendimento ao sujeito; sendo fundamental o fortalecimento de vínculos e das relações sociais envolvidas em todo o processo.

Por fim, este trabalho deseja contribuir com a discussão a respeito do Serviço Social nesta nova fase da saúde no Brasil, com a implantação da Política Nacional de Humanização (PNH), bem como as convergências e contradições percebidas neste âmbito, levando em consideração sua trajetória histórica de luta pela cidadania e igualdade de direitos.

1. A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL NA PERSPECTIVA DO DIREITO SOCIAL: PANORAMA HISTÓRICO

No sentido de refletir acerca da construção da política de saúde o Brasil, este capítulo foi subdividido em tópicos que irão permitir uma breve análise acerca de períodos que se apresentaram como marco na história da saúde no Brasil e sua perspectiva como direito social.

Propõe-se inicialmente a dissertar brevemente acerca da saúde no Brasil antes da ação estatal, a partir da década de 20 do século XX. Neste período, o país foi acometido por diversas epidemias que além de pôr em risco a saúde coletiva afetou outras áreas como a economia e o comércio exterior. Dando prosseguimento, busca refletir sobre fatores político-sociais que incidem sobre a questão saúde, mais efetivamente a partir da década de 30 do século XX, quando o Estado passa a intervir no setor. Em seguida, para se qualificar o debate, propõe-se discorrer acerca da reforma sanitária, um marco na construção da política de saúde no Brasil. Além disso, faz-se por necessidade um debate acerca da relevância da Constituição Federal de 1988 no que diz respeito aos direitos sociais, em especial à saúde, bem como sobre a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), assunto que será aprofundado no segundo capítulo.

1.1 A SAÚDE NO BRASIL: CONCEITO E HISTÓRIA.

Iniciar um debate sobre o tema saúde requer uma compreensão acerca do que seria a conceituação do termo saúde. Com certeza, tem-se interpretações diversas e uma vasta lista de significados, porém:

A partir do século XX com o surgimento da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1946, a saúde foi definida como completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de doenças ou agravos, bem como, reconhecida como um dos direitos fundamentais de todo ser humano, seja qual sua condição social ou econômica e sua crença religiosa ou política. Diante disto, pode-se dizer que a saúde é uma incessante busca pelo equilíbrio entre influências ambientais, modos de vida e vários componentes. (HUMENHUK, 2009 apud MATOS, 2009, p.3)

Assim, pode-se rapidamente compreender a amplitude de conceitos relacionados ao tema, assim como a sua importância na vida dos indivíduos, já que outros fatores implicam diretamente na relação entre saúde e cidadania.

Na década de 50, em resposta às críticas referentes ao conceito de saúde estabelecida pela OMS, surge o conceito de saúde trazido por Christopher Boorse, que tem dividido opiniões entre filósofos e cientistas sociais. Segundo Boorse (1977, apud Sciliar, 2007, p. 37), “saúde é ausência de doença considerando a dispensabilidade de um juízo de valor, já que uma conceituação significativa do termo saúde remete a uma interpretação favorável à sociedade ou ao indivíduo, dependendo de quem for o interessado naquele momento”. Porém, cerca de duas décadas após esta publicação, Boorse expõe uma nova reafirmação do seu conceito de saúde, como resposta a seus críticos, incorporando elementos que tratam a saúde como objeto teórico, e exprimindo sua aceitação acerca da equivalência entre doença e enfermidade (não aceito em suas obras anteriores) e conjugando as idéias referentes à saúde construídas no decorrer da sua obra:

Saúde [...] é a ausência de doença [...], então a classificação de estados humanos como saudáveis ou doentes é uma questão objetiva a ser extraída dos fatos biológicos da natureza sem necessidades de juízo de valor. Designemos esta posição geral como naturalismo – o oposto do normativismo, a visão de que juízos de saúde são ou incluem julgamentos de valor. (Boorse, 1997 apud Almeida Filho e Jucá, p. 883)

Mesmo assim, Boorse ainda permaneceu exposto a muitas críticas devido ao seu modo proposital de interpretar a saúde de maneira negativa, mesmo reconhecendo os avanços na efetividade da promoção à saúde.

No campo científico, a saúde pode ser compreendida como “[...] uma normalidade, tanto quanto a doença. O aspecto comum a essas diferentes manifestações normais da vida é a presença de uma lógica, de uma organização própria, de uma norma.” (Coelho e Almeida Filho, 2002, p.323), porém vale ressaltar que os conceitos relacionados à saúde compreendem toda uma trajetória histórica, englobando processos culturais e políticos que reafirmam a necessidade deste um debate no sentido de refletir acerca das ações e serviços que incidem na definição de saúde para além dos fatores biológicos.

Partindo desta reflexão, observa-se na dimensão histórica do quesito saúde o eminente desenvolvimento desta questão quando no decorrer do século XIX a concepção de saúde

restringia-se ao processo saúde-doença, ou seja, as dimensões histórico-sociais não eram levadas em conta na construção das ações de saúde voltadas à população. Por conseguinte, a partir do final deste mesmo século as condições epidemiológicas e sanitárias foram incorporadas a noção de saúde, assim como as condições socioeconômicas, sendo assim, vertentes para as iniciativas de organização e profilaxia dos territórios humanos. Já a partir do século XX foram incorporadas à questão saúde as campanhas sanitárias no sentido de combater as epidemias da época, como a febre amarela, a varíola e a peste bubônica. Para tanto, foram implementadas desde a vacinação obrigatória até a descontaminação de espaços, não só públicos, mas também os domiciliares, principalmente nas áreas que concentravam uma população pobre.

No período antecessor à década de 30 do século XX, a assistência à saúde no Brasil era fundamentada pelo exercício da filantropia e da caridade. Em poucas palavras, pode-se descrever o cenário que representava o Brasil nas três primeiras décadas do século XX:

País predominantemente rural, com um contingente de analfabetos estimado em 70% no censo de 1920 – analfabetos e doentes, como apregoaram os que se engajaram no movimento sanitário da época [...]. Naquele contexto, emergia a questão social associada às primeiras manifestações operárias urbanas, com intensos conflitos entre capital e trabalho [...]. No plano político, havia baixa competição, pouca credibilidade dos processos eleitorais e forte resistência das oligarquias regionais às propostas que fortalecessem o governo federal (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005, p. 31).

A inexistência de um modelo sanitário determinava uma realidade em que a população foi acometida por várias epidemias como a malária, a varíola, a febre amarela, entre outras. A gravidade destas infestações se refletiu, não só no quadro da saúde do Brasil, como acabaram afetando outras áreas como, por exemplo, a economia e o comércio exterior.¹ Assim, conforme BRAVO (2009, p.90),

A saúde pública na década de 20 adquire novo relevo no discurso do poder. Há tentativas de extensão dos seus serviços por todo o país. A reforma Carlos Chagas, de 1923, tenta ampliar o atendimento à saúde por parte do poder central, constituindo uma das estratégias da União de ampliação do poder nacional [...]

¹ Segundo Marcos Vinícius Polignano (2001, p.04), na cidade do Rio de Janeiro, por exemplo, “[...] os navios estrangeiros não mais queriam atracar, em função da situação sanitária existente na cidade”, configurando assim uma barreira para o comércio exterior e consequentemente uma grande perda para a economia do país.

Sendo assim, com o avanço do capitalismo, eclodiram algumas ações no campo da saúde pública e posteriormente a classe trabalhadora reivindica a questão saúde como prioridade.

A partir da década de 30, com uma nova conjuntura a respeito do papel do Estado na sociedade e com a necessidade do enfrentamento das manifestações da questão social², em particular aquelas relacionadas à saúde, foi formulada uma política de caráter nacional, subdividida em saúde pública e medicina previdenciária.

Com relação à saúde pública, a preocupação era, essencialmente, trazer para a população urbana as mínimas condições sanitárias e, de forma restrita para a população do campo, predominando até meados da década de 60. As populações urbanas naquela época significavam atores importantes na construção do processo de acumulação do capital, por isso se prezava por uma assistência mais abrangente, ou seja, o capital industrial que regia o processo econômico pretendeu contemplar a população urbana, tendo em vista a expansão da massa trabalhadora que iria favorecer o desenvolvimento do processo de acumulação do capital. Em decorrência disto, o processo de urbanização ocorreu de forma acelerada e precária, visando o crescimento da força de trabalho em favor do capital.

Já a medicina previdenciária, que apesar de ter sido criada na década de 30 com a edificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs)³, só veio ultrapassar o setor de saúde pública a partir de 1966, procurava “estender para um número maior de categorias de assalariados urbanos os seus benefícios como forma de antecipar as reivindicações destas categorias e não proceder uma cobertura mais ampla.” (Bravo 2009, p. 92). Logo, a medicina previdenciária representa o aumento da regulação estabelecida pelo Estado sobre a sociedade e, além disso, pretende-se com ela amenizar as ansiedades e angústias sociais vividas pela classe trabalhadora, não deixando de lado a preocupação com o acúmulo do capital,

²Entende-se por questão social, segundo Yamamoto (1999, p. 27), como “o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se amplamente social, enquanto a apropriação os seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade”.

³ Os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS) instituídos a partir da década de 30 foram fruto das reivindicações das classes assalariadas urbanas por melhores condições de vida. A partir daí, o Estado tentando minimizar as tensões decorrentes da relação capital x trabalho reiterou o seu papel na proteção social dos trabalhadores, tornando-se responsável pela gestão previdenciária, conglomerando diversas categorias profissionais, como por exemplo os bancários, comerciários, etc., de todo o território nacional, sendo assim o Estado passou a ser responsável pelos “recursos necessários para desempenhar as novas tarefas tornando necessária e legítima sua intervenção sobre os mecanismos de arrecadação e gestão das entidades previdenciárias.” (BATICH 2004, p. 34)

primordial na época. Assim, a modernização do aparelho estatal através da criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS)⁴, que foi resultado da integração dos IAPs, trouxe para a medicina previdenciária a incorporação dos anseios capitalistas assim como a redução de trabalhadores no cenário político da época.

Assim, a eclosão do processo de industrialização e conseqüentemente a resignificação do papel do Estado possibilitam a formação de uma nova conjuntura em que às reivindicações da classe trabalhadora obtenham respostas através da elaboração de políticas sociais⁵, que transformadas em questão política, seria estendida a uma maior parte dos trabalhadores, os quais, naquele momento seriam importantes atores sociais na construção do processo de acumulação capitalista. Ainda assim, estes trabalhadores estavam acometidos por precárias condições de saúde, higiene e habitação.

Já a partir da década de 50 com o aumento do atendimento hospitalar de estrutura privada e com o crescimento de empresas médicas, houve uma pressão capitalista em defesa da privatização do atendimento à saúde. Neste período grandes iniciativas foram percebidas no setor público da saúde, como por exemplo, as célebres campanhas sanitárias proporcionadas por Oswaldo Cruz contra a peste e a febre amarela que assolaram o Brasil entre os séculos XIX e início do século XX.

Ainda nesta mesma década, as políticas públicas de saúde no Brasil passaram por um importante processo evolutivo favorecendo a criação do Ministério da Saúde de forma independente; considerado um marco institucional daquela época (1953), já que outrora se apresentava associado a outros ministérios. O crescimento institucional da época e sua gênese voltada para o controle de doenças moldaram-se ao novo arcabouço e deu lugar, simultaneamente, à atenção ao indivíduo, passando assim, os institutos proporcionarem assistência hospitalar e ambulatorial. Conforme COHN, et AL (1991, p. 16):

Agora transformados em autarquias, os institutos passam a ser geridos pelo Estado, continuando a contar com recursos financeiros de origem tripartite, com a diferença marcante de a contribuição patronal ser agora calculada, como a dos empregados, sobre o salário pago.

⁴ “Em 1966, consolidou-se a unificação do sistema previdenciário, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, agregando todos os IAPs e deixando definitivamente de existir diferenças entre os segurados do setor privado da economia quanto à instituição previdenciária que os assistia.” (BATICH 2004, p.35)

⁵ Política Social a partir do conceito trazido por Potyara Pereira (2011, p.23) constitui-se como “[...] resposta a conflitos sociais adensados pelo avanço da industrialização e por uma progressiva conquista popular de direitos.”

Logo, com o advento da Ditadura Civil-Militar, a partir de 1964, uma nova modelagem de expansão econômico-social e político trouxeram para o país complexas tendências voltadas à mercantilização da saúde fortalecida pela dominância financeira das instituições previdenciárias e conseqüentemente levando à acumulação do capital, afetando diretamente a saúde pública que foi deixada em segundo plano, restringindo-se apenas a campanhas de baixo êxito. Sendo assim:

O setor saúde precisava assumir as características capitalistas, com a incorporação das modificações tecnológicas ocorridas no exterior. A saúde pública teve no período um declínio e a medicina previdenciária cresceu, principalmente após a reestruturação do setor, em 1966. (BRAVO, 2009, p.93-94)

O fortalecimento deste novo paradigma propiciou o avanço da questão social entre os anos 1964-1974, “[...] a acumulação e a expansão capitalista, eram acompanhadas de novas formas de controle social e político. Houve repressão das classes trabalhadoras e contenção de salários.” (BULLA, 2003, p. 10), contudo a intervenção estatal, através da burocratização de serviços modernizou e ampliou os serviços assistenciais no setor saúde, adicionando assim maior poder de regulação por parte do Estado.

Por conseguinte, com a criação do INPS (Instituto Nacional da Previdência Social) em 1967, grande volume de recursos financeiros foi acumulado através das contribuições dos trabalhadores urbanos registrados em carteira e, conseqüentemente contribuintes ao sistema de ampliação de capital por parte do Estado. A década de 70, embora com resultados visíveis acerca da expansão na oferta da assistência médica, acarretou significativas formas de deturpação dentro da esfera previdenciária.

Na década de 1970, a assistência médica financiada pela Previdência Social conheceu seu período de maior expansão em número de leitos disponíveis, em cobertura e em volume de recursos arrecadados, além de dispor do maior orçamento de sua história. Entretanto, prestados pelas empresas privadas aos previdenciários, os serviços médicos eram pagos por Unidade de Serviço (US) e essa forma de pagamento tornou-se uma fonte incontrolável de corrupção. [...] O INPS financiou, a fundo perdido, as empresas privadas que desejassem construir seus hospitais(ESCOREL e EDLER, 2005, p. 61).

Neste contexto, os movimentos sociais galgaram significativa participação na construção da história da saúde no Brasil, através de denúncias e articulações que reuniam sindicatos eminentes das diversas áreas de profissionais da saúde, até cientistas e acadêmicos

que reivindicavam uma melhoria no quesito saúde e conseqüentemente, um avanço na qualidade de vida da população e na efetivação da saúde como direito social. O Movimento Popular de Saúde (MOPS), nascido em 1978, reivindicava a saúde como conquista popular e defendia um modelo de saúde centrado na atenção básica e que contribuísse para que a população tivesse voz perante a criação das políticas de saúde, através, inclusive da eleição de conselhos populares⁶.

Edificado sobre a noção de saúde como um direito a ser provido pelo Estado[...] o MOPS tem como referente originário aqueles movimentos reivindicativos urbanos por melhoras de equipamentos médicos e de saneamento básico, que priorizam formas de organização, mobilização e pressão de confronto ao Estado. [...] os movimentos (populares) de saúde foram adquirindo um perfil expressivo-mobilizador de contestação ao regime militar e da reivindicação da saúde como um direito social (DOILMO E RODRIGUES, 2003, p. 97,98)

Assim, em meio a uma conjuntura de eminentes transformações no setor saúde no Brasil, percebe-se um avanço na luta pela obtenção da saúde como direito social e pode-se ainda apreciar cada vez mais a evolução da participação popular, simetricamente com outros atores, com relevância equivalente, permeando esta conjuntura e se firmando de forma ativa na construção de uma política que fortaleça a conquista do direito e o exercício da cidadania.

A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada entre 17 a 21 de março de 1986, entendendo a necessidade de uma mudança não só na vertente financeira ou administrativa, mas, sobretudo na concepção que norteia os serviços na área, traz em seu relatório final a ampliação do conceito de saúde, englobando aspectos que vão nortear os ideais da Reforma Sanitária e a reformulação do direito à saúde. Dada à complexidade do entendimento do termo, o relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde apresenta uma conceituação mais abrangente e democrática, que define a saúde como: “[...] resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde”, assim as ações voltadas à saúde ampliam seus espaços para uma atuação interdisciplinar, levando em conta a extensão e a multiplicidade afirmada neste conceito e que requer especial atenção de todos os setores da sociedade brasileira.

⁶ “Espaços de participação e controle social dos segmentos populares na perspectiva de ampliação da democracia e da construção de uma nova hegemonia” (CORREIA, 2009, p. 125). Este formato de participação social, por meio de conselhos, foi o precursor dos mecanismos de controle social aprovado na Constituição de 1988, os conselhos gestores.

A saúde passou a ser vista pelas lentes dos determinantes sociais e históricos que a constituem, sendo subsidiada pelas lutas diárias de cada cidadão. Desta feita, com o passar dos anos, a saúde como questão política presente em todas as reestruturações governamentais brasileiras sofre determinações sócio-históricas e a concepção vai se modificando, atrelando valores, concepções, adquirindo novos conceitos que estendem o entendimento do termo saúde para além do que se chama de ausência de doença.

1.2 A CONQUISTA DA SAÚDE COMO DIREITO SOCIAL: LUTA E PERSISTÊNCIA

A criação do Ministério da Educação e Saúde Pública em 14 de novembro de 1930 (que mais tarde em 25 de julho de 1953, através da Lei 1.920 tornou-se Ministério da Saúde), foi considerada um divisor de águas na construção da história do direito à saúde no Brasil, por permitir a concentração dos serviços, ampliando a responsabilidade do Estado na oferta e gerenciamento de políticas relativas à saúde, buscando assim a garantia e proteção da saúde da população.

A saúde como um direito social, nos remete a um conjunto de perspectivas que norteiam a construção diária da cidadania como reflexo de luta pela igualdade de direitos e pelo reconhecimento da autenticidade do exercício deste direito. No Brasil, a partir da Constituição de 1988, a saúde, juntamente com a previdência e a assistência social, configura as políticas de proteção social que se remetem ao cidadão através da conquista de garantia de direitos. Logo, a noção de saúde na composição da democracia efetivou-se como direito social e apresentou a sua importância na relação entre Estado e sociedade civil, implicando na construção de características e demandas voltadas à inclusão social.

Contrapondo a opressão do regime ditatorial ocorrido em 1964 o movimento sanitário articulou-se na composição de uma força política opositora ao autoritarismo. Importantes veículos de comunicação, como a revista Saúde em Debate⁷, tiveram sua gênese marcada neste

⁷ A revista Saúde em Debate é uma publicação periódica do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES). Ambos foram criados no ano de 1976. A importância deste canal de comunicação se dá pelo fato de poder “aliar conhecimento científico e político aplicado à gestão das políticas de saúde por meio de um visão crítica e alternativa ao sistema de saúde vigente.” (SOPHIA 2013, p. 1404)

movimento, tendo grande importância na divulgação das lutas e debates pertinentes ao movimento sanitário, além de delatar as atrocidades do sistema privatizado de saúde, caracterizando-se como mecanismo de luta pela democratização do país. Por concentrar em sua corporação grande número de médicos e intelectuais, este movimento adentrou facilmente o mundo acadêmico, incentivando um pensamento crítico acerca da implementação especificamente biológica da medicina, defendendo uma análise que conjugasse as relações entre saúde e sociedade, enfatizando uma concepção histórico-estrutural, efetivando medidas de cunho alternativo às executadas pelo regime autoritário.

Desta forma, o movimento pela Reforma Sanitária brasileira, iniciada no fim da década de 70 do século XX foi um movimento que permeou os ares da ditadura militar e desafiou o legado privatista do Estado brasileiro. Além de incentivar a produção de conhecimento no campo da saúde, destacava a necessidade de uma organização política, voltada a articular idéias e princípios no sentido de promover a saúde de maneira igualitária, ou seja, para além de uma reforma política, a reforma sanitária foi um movimento social articulado e integrado na busca pela democratização da saúde. Priorizando o acesso à saúde de qualidade pelas diversas camadas da população, este movimento trazia consigo algo além de uma simples reforma setorial, assim:

As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram à universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado e Saúde, visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local [...] (Bravo, 2009, p.96)

Assim, este movimento significou a construção de uma reforma social, onde a configuração de uma nova política de saúde atendessem as demandas da população de forma digna e participativa. Tendo como sujeitos os trabalhadores da área da saúde, os movimentos sindicais e sociais de múltiplas categorias, e mesmo envolvimento de partidos políticos, a Reforma Sanitária possibilitou reformulações no campo da saúde e ainda possibilitou a formação de um debate coletivo que culminou com a reavaliação normativa da política de saúde.

A década de 1980, apesar de evidenciar uma profunda crise econômica no país, que repercutiu financeiramente no setor da previdência social, trazia consigo o princípio do que se

almejava em relação à democracia e à promoção da cidadania. A saúde passou a ser encarada como questão política e a sua promoção passou a ter estreita ligação com a noção de democracia. Conforme Bravo, 2009, p.95:

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

A não exclusão de cidadãos à esfera da saúde era uma das principais proposições deste movimento que evidenciou a busca por garantia do direito de forma integralizada. Além disso, conforme Escorel, Nascimento e Edler (2005, p. 73):

As propostas alternativas ao modelo oficial de atenção à saúde caracterizam-se pelo apelo à democratização do sistema, como participação popular, a universalização dos serviços, a defesa do caráter público do sistema de saúde e a descentralização.

Esta reformulação perpassa não somente a permanência do cidadão à unidade de saúde, mas a sua entrada, pois além de prezar pela inclusão dos cidadãos independentemente de ser contribuinte ou não, este movimento busca atender o direito à saúde de maneira integrada, onde as intervenções não sejam limitadas ao atendimento restrito ao corpo do doente, mas também levando em conta as condições sanitárias em que se encontravam, estendendo esta atenção a todo e qualquer cidadão brasileiro. Assim, a grave crise financeira que atingiu o Brasil naquele período, levou à contenção de gastos com a saúde. Como alternativa, estabeleceu-se a criação de outras configurações direcionadas ao revigoramento do setor público de saúde. Assim, programas como o *Prev-Saúde*, o *Conasp* e as *AIS*⁸ configuraram respostas institucionais ao movimento brasileiro de reforma sanitária na

⁸“O Prev-Saúde apresentava como característica principal uma estratégia de integração de maior abrangência, envolvendo o Ministério da Saúde (MS), o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), o Ministério do Interior (MI) e a Secretaria de Planejamento da Presidência da República (SEPLAN), possuindo objetivos bastante ambiciosos, como o de estender a cobertura dos serviços básicos de saúde a toda população, de reorganizar o setor público de saúde articulando as várias instituições, e de reordenar a oferta de serviços [...]. [...] em 1981 foi criado o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) com o objetivo de estudar e propor normas mais adequadas à prestação de assistência à saúde da população previdenciária, assim como indicar a necessária alocação de recursos financeiros ou de qualquer outra natureza, indispensáveis à operação da rede de serviços. Dentre as 17 propostas de intervenção do Plano CONASP destacava-se o programa das Ações Integradas da Saúde (PAIS) que preconizava a regionalização progressiva do sistema de saúde [...]. O Programa de Ações Integradas de Saúde logo foi transformado em estratégia AIS [...]. As AIS tinham como objetivo integrar e racionalizar o atendimento médico tornando os serviços de diferentes níveis de complexidade mais acessíveis à população”. (TANAKA, et al, 1992, p. 187-187)

tentativa de oferecer ao cidadão o acesso ao direito à saúde por meio da consolidação do setor público.

Descrever a reforma sanitária brasileira consiste em entendê-la como um processo político gradativo que acarretou grandes modificações no sistema institucional, passando a ser de responsabilidade do Estado a garantia de assistência à saúde aos cidadãos, buscando a efetivação do direito universal à saúde, direcionando a jurisdição política às camadas mais necessitadas. A criação de um sistema único, regido sob responsabilidade estatal corresponde a um dos principais objetivos no desencadear deste processo. Contando com uma diversidade de atores que perpassam os movimentos sociais, sindicais, até a própria categoria médica, assegurou em forma de militância o percurso que trouxe a saúde para o centro do debate norteando a construção de uma prática democrática nos serviços de saúde.

A saúde como direito social, além de elencar um debate acerca de melhorias na sua promoção, ampliou a participação da sociedade civil nas discussões como força representativa na tomada de decisões. Na empreitada pela busca de novos horizontes no quesito saúde, a busca pelo conhecimento se tornou imprescindível para a militância voltada a buscar novas perspectivas direcionada a universalização do direito à saúde. A produção de conhecimento⁹ efetivada dentro das universidades, mesmo em meio à conjuntura impositiva de então, significou um marco na formação e expansão do saber relacionado ao quesito saúde. Porém, o cunho político e clientelista, que ainda permeava os espaços institucionais, contrariava os ideais relacionados à composição do Sistema Único de Saúde, como era o intuito primordial da Reforma Sanitária.

Com o fim da ditadura militar em 1985 e a instauração da Nova República¹⁰, lideranças do movimento sanitário assumem posições estratégicas na configuração da política de saúde do Brasil. Como marco nesta nova ordenação salienta-se a instituição da 8ª Conferência de Saúde, ocorrida entre 17 e 21 de março de 1986, a qual significou um grande avanço na conquista da saúde como direito social estendido a toda a população. Propondo

⁹ “A produção desse conhecimento realizada no âmbito das universidades é pulverizada pelas diferentes unidades, associam-se profissionais médicos militantes da rede pública de serviços na criação, em 76, do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde [...]” (COHN, 1989, p. 125).

¹⁰ Período da história do Brasil que se inicia com o final do Regime Militar, quando “[...] o parlamentar civil Tancredo Neves é eleito presidente, mas falece antes de tomar posse. Quem conduzirá o país nessa nova fase de redemocratização [...] é o vice-presidente José Sarney.” (ESCOREL, NASCIMENTO e EDLER, 2005, p. 77). Esta denominação refere-se a emergência de uma nova era de cunho democrático, sucessor de um período marcado pela repressão e pela ausência da democracia.

reformas que se ampliassem para além dos setores, administrativo e financeiro, a conferência propôs uma reformulação no conceito de saúde, além de recomendar que a extensão dos serviços fossem oferecidos no setor público, desvinculando a saúde da previdência social, culminando com a aprovação da criação de um sistema único de saúde, assim:

[...] em julho de 1987 criou-se o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que tinha também como princípios básicos: a universalização, a equidade, a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação comunitária. (Escorel, Nascimento e Edler, 2005, p. 79)

Pouco antes, em 22 de agosto de 1986, fora criada a Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS), que embora criticada por algumas áreas afins, sendo considerada insuficiente para uns, e radical demais para outros, “ [...] foi capaz de elaborar uma proposta de conteúdo de saúde que subsidiou a constituinte, além de um projeto para a nova lei do SUS.” (Escorel, Nascimento e Edler, 2005, p. 80), conseguindo assim reafirmar os princípios do movimento sanitário, apresentando sua proposta debatida e legitimada, contrariando os ideais da iniciativa privada e estendendo o direito à saúde às diferentes esferas da população.

Por sua vez, a Constituição Federal (BRASIL, 1988), referência no que diz respeito a garantia de direitos sociais¹¹, traz consigo um conjunto de direitos e deveres que regem a vida dos cidadãos. Em seu Título VIII – Da Ordem Social, especificamente na Seção II – Da Saúde, dispõe de artigos que tratam e regulamentam o acesso à saúde de qualidade. Em seu artigo 196, intitula a saúde como:

[...] direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução o risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Deste modo, no plano jurídico, a promulgação da Constituição de 1988 representou, “(...) a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais em nosso país frente à grave crise e às demandas de enfrentamento dos enormes índices de desigualdade social” (MOTA, 2009, p.96). Vale ressaltar que até a promulgação da Constituição Federal de 1988, o sistema público de saúde do Brasil contemplava apenas aos cidadãos contribuintes com Previdência

¹¹ É importante frisar que a Constituição Federal (Brasil, 1988) reflete garantia de direitos sociais em outras áreas diversas além da saúde. A saúde foi citada por fazer parte do caminho de pesquisa do trabalho em questão.

Social, através da carteira de trabalho assinada. Sendo assim, as pessoas que não tivessem vínculo formal empregatício, não tinham a saúde como direito do cidadão e dever do Estado.

Pautada em atender as necessidades básicas da população, a Constituição de 1988 no que diz respeito à saúde, reitera o compromisso do Estado com promoção igualitária pertinente à saúde coletiva, garantindo a universalização do acesso à saúde de forma democrática e integral, priorizando o bem estar social a todo e qualquer cidadão.

Na década de 90, a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Lei 8080/90 traz um novo conceito à promoção e o acesso à saúde e a ressignificação da cidadania e da democracia. Ora, uma sociedade que recentemente era regida por uma ditadura militar, onde imperava o conceito de tirania, percebe-se após a consolidação do SUS voltada a atender a população de forma a reintegrar e promover o bem-estar social. Realmente percebe-se aqui um avanço no que diz respeito à promoção da saúde e a efetivação da saúde como direito social. Mas este assunto será aprofundado no capítulo seguinte deste trabalho.

Também nesta década, as Conferências Nacionais de Saúde, as quais foram instituídas a partir da Lei nº 378, datada de 13 de janeiro de 1937, mantiveram-se obrigatórias, a partir da Lei nº 8.142 do ano de 1990, tornando-se um veículo imprescindível na avaliação e comprometimento em formular propostas para a concepção das políticas de saúde nos âmbitos municipal, estadual e federal. Fica explícito também na Lei nº 8.142/90 a definição da periodicidade de realização das CNS, estabelecendo-se um ciclo de quatro em quatro anos, tendo representantes políticos, sociais e também da sociedade civil, no intuito de avaliar e propor alternativas que venham configurar a construção de políticas de saúde que tragam para a população a democratização e a dignidade no acesso aos serviços públicos de saúde. É importante ressaltar o crescimento da participação dos movimentos sociais e da sociedade civil em geral nesta empreitada assegurando um espaço democrático de discussões no que tange às formulações do direito à saúde.

Em contraponto a esta história de luta pela cidadania e pela garantia da saúde como direito social, vivemos nos dias atuais uma ameaça de retrocesso e a perda de direitos conquistados, devido à conjuntura política que se constrói no país na atualidade¹².No

¹²A reflexão contida neste parágrafo foram baseadas em informações obtidas no seguintes endereços eletrônicos: <https://blogdaboitempo.com.br/2016/05/17/michael-lowy-o-golpe-de-estado-de-2016-no-brasil/> e <http://www.politize.com.br/historia/nao-vai-ter-golpe-entenda-o-que-e-golpe-de-estado/>

momento em que a Presidenta da República é destituída do seu cargo de chefe de Estado, através de um golpe dito “constitucional”, com alegação de ter cometido crime de executar “pedaladas fiscais” ou desvios contábeis no intuito de pagar despesas relacionadas às contas públicas (e, diga-se de passagem, tem sido uma prática comum de governos anteriores), regressa-se a um passado não muito distante, quando a partir do ano de 1964 o Brasil viveu anos de angústia e dor, mas também de muitas lutas propiciados pela consolidação do golpe civil-militar. Na atualidade o golpe reveste-se de legalidade, por meio de sutilezas, demagogias e em nome da “democracia”. Como? Democrática foi a eleição da Presidenta Dilma Rousseff, por duas vezes consecutivas e por vontade do povo. Um golpe no qual vice-presidente Michel Temer antes mesmo do afastamento da presidenta eleita, já afirmava sobre a necessidade fiscal de acabar com as vinculações constitucionais estabelecidas, como no caso dos gastos com saúde e educação. Esta conjuntura política sinaliza um retrocesso no cenário brasileiro com perda de direitos até aqui conquistados com muita luta. Um golpe onde as perspectivas de governo do presidente em exercício Michel Temer ameaçam a permanência do Sistema Único de Saúde como gratuito, integral e universal a todos os brasileiros. Um golpe no qual saúde, educação, cultura e assistência social deixam de ser prioridade. Só resta perguntar: “que país é esse?” Após relembrar um passado que foi desenvolvido e fortalecido pela necessidade da implementação de uma política que garantisse à população condições ao acesso aos serviços de saúde de forma digna e igualitária, percebe-se uma sociedade forte, que tem nos seus movimentos sociais atores participativos e fundamentais na trajetória histórica não só da saúde, mas de todos os setores sociais e que não pode deixar de levar em conta tudo o que já foi feito até aqui e esperar de braços cruzados os direitos sociais serem renegados: **avante !**

2. O SUS E SUA POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO

Este capítulo está subdividido em dois tópicos. Em um primeiro momento será abordado o Sistema Único de Saúde (SUS) apresentando um sucinto apanhado histórico que discorre acerca de sua gênese como política social de garantia e efetivação da democracia, assim como os princípios de universalidade, integralidade e equidade que regem a proposta do SUS. Retrata-se também a sua regulamentação e implementação no cenário brasileiro, assim como os reflexos da consolidação deste ideário enquanto sistema de saúde.

Em um segundo momento retrata-se a Política Nacional de Humanização, como uma vertente do SUS, prezando pela qualidade na busca/oferta do direito à saúde. Trazendo uma reflexão acerca da real necessidade de uma política que tenha como foco principal humanizar os serviços, através de apontamentos analíticos que irão abarcar questões relativas à compreensão da implementação da PNH.

2.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A UNIVERSALIZAÇÃO DOS DIREITOS

A articulação de normas e leis que integram juridicamente a política de saúde e a organização processual do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, expressa no artigo 196 da Constituição Federal (Brasil, 1988) que a saúde é “direito de todos e dever do Estado” e traz consigo muito além da ideia de saúde como direito à cidadania, mas agrega ao Estado o dever e obrigação não só de proteger a população nos riscos inerentes à vida, mas assegurar o amparo em caso de doença ou qualquer outro detrimento à saúde. Assim, cabe ao Estado no intuito de cumprir sua responsabilidade política e social, a elaboração e implementação das políticas sociais de saúde que tenham por finalidade atender às necessidades da população de forma que venha melhorar suas condições de vida reforçando e assegurando a universalização no acesso a saúde e à integralidade de sua execução.

A conquista da saúde como direito no Brasil reflete determinações sociais e históricas que culminaram na implantação de um modelo sistemático, onde a população tem acesso aos serviços e ações e que derivam de um legado de luta pela construção de uma organização com

princípios igualitários e universais na promoção da saúde, extinguindo por sua vez a meritocracia¹³ em favor da democracia. Num cenário em que a participação de atores coletivos como movimentos sociais – populares; sindicais; de profissionais da saúde; dentre outros, buscavam um acesso digno no campo da saúde, de forma mais universal e igualitária de atenção, emerge o Sistema Único de Saúde Brasileiro (SUS) desencadeando uma referência para o processo de redemocratização do país. Refletir acerca da trajetória do SUS retrata a criação de uma concepção do direito à saúde jamais vista em outros países, configurando uma referência na área das políticas públicas e mais especificamente no campo das políticas sociais.

O Sistema Único de Saúde brasileiro, que apesar de ter sido aprovado na Assembléia Nacional Constituinte de 1988, foi construído institucionalmente ao longo da década de 90, tendo como marco principal o movimento da Reforma Sanitária, traz consigo além de um modelo particular de descentralização, a noção de igualdade de direitos na promoção de ações e serviços, permitindo à população o acesso à saúde de forma democrática, portanto:

[...] a descentralização não era apenas um mecanismo para aumentar a eficiência da política. Era também, e principalmente, uma estratégia para enfraquecer a influência dos provedores privados sobre o processo decisório da política de saúde. (ARRETICHE 2005, p.291)

Portanto, a conjuntura vigente na década de 70¹⁴, em que os gastos exorbitantes com pagamento de provedores privados fomentaram o déficit da previdência, proporcionou a empreitada dos reformistas em reformular o padrão de prestação de serviços. E logo mais, na Constituição de 1988 (BRASIL, 1988) a saúde foi constituída como gratuita e universal provida pelo Estado, em qualquer situação que necessite de assistência.

¹³ Meritocracia aqui refere-se à saúde como mérito daqueles que possuíam vínculos empregatícios, excluindo por sua vez grande parcela da população que ficava alheia ao direito à saúde e a mercê da filantropia.

¹⁴ Na década de 70 o INAMPS (Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social) era responsável pela promoção da saúde no Brasil, assistindo apenas os trabalhadores que possuísem vínculo empregatício formal, excluindo assim uma grande parcela da população. Foi um período marcado por uma “[...] maior expansão em número de leitos disponíveis, em cobertura e em volume de recursos arrecadados, além de dispor do maior orçamento da sua história. Entretanto, prestados pelas empresas privadas aos previdenciários, os serviços médicos eram pagos por Unidade de Serviço (US) e essa forma de pagamento tornou-se uma fonte incontrolável de corrupção.”

Com uma estratégia que agrega os poderes federal, estadual e municipal¹⁵ na gestão de serviços, respeitando as particularidades e limitações de cada um, e regido pelos princípios de universalidade, integralidade e equidade, o SUS emerge enquanto sistema de saúde num dado momento em que as desigualdades presentes no sistema capitalista são percebidas também através dos conflitos de classes e regiões e por uma perspectiva liberalista que entende que o Estado deve interferir de forma mínima nas condições de vida e de saúde das pessoas, principalmente àquelas em situação de pobreza e sem vínculos empregatícios e, conseqüentemente sem condições de requerer um serviço de saúde de forma privada.

A regulamentação do SUS veio através da Lei Orgânica da Saúde Brasileira (1989), aprovada durante o governo do presidente Fernando Collor de Melo, que usou de seus poderes presidenciais para vetar 25 artigos presentes na Lei 8.080/90¹⁶, principalmente os que eram relativos aos recursos associados ao custeio do SUS e à dissolução do INAMPS¹⁷, assim como às transferências de recursos automáticos para os municípios. Assim, as Leis 8.080/90 e 8.142/90¹⁸, complementares entre si na construção e promoção da saúde significaram mais um marco de conquistas para os reformistas, na medida em que conseguiram estipular as transferências regulares para os municípios por parte do ministério da saúde, assim como a determinação de uma data para a erradicação do INAMPS. Logo, a Lei 8.080/90 trouxe consigo a determinação da descentralização do SUS, assim como sua perspectiva relativa à sua organização, proteção, promoção e funcionamento. Já a Lei 8.142/90 garante a participação popular nas decisões, bem como a aprovação de orçamentos.

Assim, de forma contraditória, a formalização da Constituição de 1988 e da Lei Orgânicas da Saúde possibilitou que:

¹⁵ “[...] na estrutura institucional do SUS o governo federal ficou encarregado das funções de financiamento e coordenação intergovernamental, enquanto os municípios se responsabilizaram pela gestão dos programas locais. A função dos governos estaduais passou a ser de dar suporte aos sistemas municipais.” (ARRETCHE 2005, p. 294)

¹⁶ A Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990: dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

¹⁷ Criado em 1977, através da Lei nº 6.439, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) representou um segmento institucional do sistema previdenciário marcado pela provisão de serviço médico-hospitalar baseado no seguro social, para uma parcela da população que possuísse vínculo empregatício e contribuísse com a previdência social. No ano de 1993, através da Lei nº 8.689 o INAMPS foi extinto, e suas competências foram deslocadas para o âmbito federal, estadual e municipal, configurando a prática do Sistema Único de Saúde (SUS) de uma gestão descentralizada dos serviços de saúde.

¹⁸ “Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990: dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.” (Brasil, 1990)

[...] o setor privado lucrativo conservou seu papel na provisão dos serviços sem garantir exclusividade ao SUS; os médicos mantiveram a possibilidade de prestar simultaneamente serviços as SUS e ao exercício liberal da medicina; e prefeitos e governadores poderiam agradar seu eleitorado com o aumento da provisão de serviços gratuitos e ganharam, finalmente, os cidadãos, pela promessa de que receberiam a integralidade dos serviços de saúde de modo universal e gratuito. (ARRETCHE 2005, p. 294)

Desta forma, constituiu-se a aliança estrutural do SUS, permitindo ganhos não só para a população, mas alcançando também as classes médica, política e privada, consolidando assim as características do sistema público de saúde, bem como estabelecendo, a partir da década de 90, a consolidação do Ministério da Saúde como “a principal arena decisória de formulação da política nacional e o ator mais poderoso desta mesma arena” (ARRETCHE 2005, p. 294).¹⁹

Assim, a implementação do SUS consolidou-se de forma parcial ao ideário do movimento pela reforma sanitária. A retomada das eleições diretas que elegeram um governo com forte presença de aspirações neoliberais, que prezam pela atuação mínima do Estado, inclusive na saúde, contraria os objetivos da reforma sanitária e os princípios que regem o SUS, que prezam pela integralidade e universalidade das ações, ou seja, norteiam as ações estatais na busca pela oferta da saúde de forma absoluta.

O princípio da universalidade do SUS prevê o acesso aos serviços de saúde em todo e qualquer grau de assistência, sem nenhum tipo de discriminação, ou seja, para que o SUS seja universal é preciso expandir a cobertura de serviços, de forma que todo e qualquer cidadão seja contemplado pela cobertura do SUS em qualquer momento da vida que seja necessário. Porém, este princípio presente nos fundamentos do SUS porta-se como indispensável, porém inalcançado, ou seja, se constrói diariamente na perspectiva do SUS, na medida em que caracteriza um sistema ainda acometido por dificuldades sociais, culturais e econômicas que permeiam a relação entre a população e o serviço. De acordo com TEIXEIRA 2011, p. 3:

Para que o SUS venha a ser universal é preciso desencadear um processo de universalização, isto é, um processo de extensão de cobertura de serviços, de modo que venham, paulatinamente, a se tornar acessíveis a toda a população.

¹⁹ Na fase de implementação do SUS o status de principal arena foi transferido para o Poder Executivo. Por conseguinte, instituição das Normas Operacionais Básicas (NOBs) que eram expedidas pelo Ministério da Saúde, tornou-se objeto primordial na construção dos princípios decisórios e de descentralização da saúde. (ARRETCHE 2005)

De fato, muitas barreiras já foram ultrapassadas, como por exemplo, os vínculos empregatícios como condicionantes para que o cidadão pudesse acessar os serviços públicos, excluindo uma parcela da população, que sem alternativa recorria à filantropia. Porém, ainda percebe-se a necessidade de avanços na extensão do acesso aos serviços oferecidos à população. As barreiras que se interpõem entre o público e o privado ainda caracterizam uma parcela da população, que mesmo tendo um sistema inclusivo e igualitário, não se sentem seguros perante esta universalização da saúde. Outrora, outra parcela da população eminentemente a parte dos anseios capitalistas, sem alternativas, recorrem a este sistema e muitas vezes encontram-se em situação desfavorável perante a efetivação do direito à saúde.

A equidade presente como princípio do SUS remete ao reconhecimento da existência das desigualdades e da urgência em superá-las, ou mais que isso é ter ciência de que não se pode tratar de forma igual pessoas ou grupos sociais acometidos por desigualdades sejam elas locais, culturais ou econômicas. É pensar na democratização da oferta de serviços levando em consideração as condições de vida e de saúde específicas a determinados grupos da população que expressem situações de risco ou demandas sociais diferenciadas. Logo, deve-se levar em consideração toda representação das formas de desigualdade, as quais a população usuária dos serviços de saúde está submetida.

O princípio da equidade articula-se com outro de semelhante relevância que é o princípio da integralidade. Este é determinado pelo conjunto de ações que conjugadas prezam pela efetivação do direito à saúde:

Um modelo “integral”, portanto, é aquele que dispõe de estabelecimentos, unidades de prestação de serviços, pessoal capacitado e recursos necessários, à produção de ações de saúde em que vão desde as ações inespecíficas de promoção de saúde em grupos populacionais definidos, às ações específicas de vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica dirigidas ao controle de riscos e danos, até ações de assistência e recuperação de indivíduos enfermos, sejam ações para a detecção precoce de doenças, sejam ações de diagnóstico, tratamento e reabilitação. (TEIXEIRA, 2011, p. 6)

Para tanto, a criação de estratégias que permitam a promoção da integralidade nos serviços de saúde vinculados ao SUS deve perceber o indivíduo como um ser que compõe uma comunidade, levando em conta aspectos biológicos, sociais, econômicos e culturais, estendendo suas ações desde a prevenção até a assistência, perpassando barreiras individuais e coletivas, na promoção integral à saúde. O alcance da integralidade promove uma mediação

mais abrangente e contempla a associação de programas e políticas intersetoriais, resultando em uma maior efetividade e suas ações.

Na busca pela integralidade da saúde, estratégias foram desencadeadas mediante a implantação de algumas diretrizes que, incorporadas à legislação, efetivaram uma melhor organização do SUS. Uma delas é a descentralização das ações de saúde caracterizada pela transferência da responsabilidade da gestão política para as três esferas nacionais (federal, estadual e municipal) e pela transferência de recursos através do Fundo Nacional de Saúde para cada esfera. Desta forma, se estabelece uma maior garantia na eficácia do cumprimento dos princípios do SUS e permite a participação da sociedade na fiscalização dos investimentos de recursos em saúde, assim como na definição de prioridades adaptadas a realidade de cada município.

Outra estratégia é a regionalização e a hierarquização das ações e dos serviços de saúde que prevê uma interlocução entre estados e municípios na promoção eficiente dos serviços oferecidos pelo SUS, levando em conta uma organização destes serviços segundo o grau de complexidade e facilitando o fortalecimento de vínculos entre unidades de determinada natureza. (TEIXEIRA, 2011).

Dessa forma, o SUS brasileiro, como política social, contempla através da combinação destes princípios um dos maiores e mais completos sistemas públicos de saúde existentes no mundo. Não obstante, as perspectivas de transformação propostas pelo movimento da reforma sanitária percorrem sendo desenhadas, ao longo dos anos, perpassando dificuldades e oscilações decorrentes da conjuntura apresentada como determinantes ou obstáculos políticos, econômicos e sociais, reafirmando o ideário de luta pela conquista da saúde integral e universalizada, ao alcance de todos os brasileiros, de forma digna e gratuita, como merece todo e qualquer cidadão.

É impossível não afirmar que o SUS, como política pública e elemento de inclusão social, obteve significativos avanços operados pelo exercício da descentralização e do reconhecimento da municipalização²⁰ como elemento singular na promoção da saúde, possibilitando uma visão mais aproximada dos problemas oriundos da população usuária. No

²⁰ Os municípios após a consolidação das Leis 8.080 e 8.142, ambas do ano de 1990, apresentam-se como “[...] principal executor das ações de saúde, caracterizando ampliação do processo de descentralização que já vinha sido exposto desde a 8ª Conferência de Saúde[...].”

desenvolvimento de programas e políticas que têm permitido à diversas camadas da população brasileira, especificamente às mais pobres, o acesso a atendimentos diversos no setor saúde, pode-se incluir :

[...] a evolução das equipes do Programa Saúde da Família, do Programa Nacional de Imunizações, do Sistema Nacional de Transplantes, sendo o segundo país do mundo em número de transplantes, do programa do controle do HIV/AIDS, reconhecido internacionalmente pelo seu progresso no atendimento às doenças sexualmente transmissíveis, AIDS, entre outros (BRASIL, 2006b apud SOUZA e COSTA 2010, p.510)

Desta forma a possibilidade do exercício da cidadania e da dignidade tem sido alcançada de forma singular, ou seja, as pessoas que muitas vezes pereciam pela impossibilidade de pagar por estes serviços e conseqüentemente ficavam a parte do atendimento, hoje podem contar com várias possibilidades permitidas através dos avanços do SUS.

Porém, o SUS que se constrói ao longo dos anos ainda requer a superação de obstáculos políticos, sociais e econômicos para se concretizar. Quase três décadas após a sua implantação o que se percebe é um sistema ainda cercado pelo clientelismo onde quem não pode pagar por uma assistência médica privada ainda perece a mercê da desigualdade no acesso aos serviços.

Dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013, feita pelo IBGE e divulgada em 2015, revelam que 27,9% da população brasileira possuem algum tipo de plano de saúde (médico ou odontológico). Em relação à internação em hospitais com atendimento por meio do Sistema Único de Saúde, 65,7% (cerca de 8 milhões de pessoas) utilizaram o serviço público, sendo que destas 75,8 % declaram ser de cor preta e 80,6% declaram-se sem instrução ou com nível fundamental incompleto contrapondo com 19,7% que declaram-se com nível superior (PNS, 2015). A partir destes dados pode-se perceber a diferença gritante em meio aos atendimentos prestados pelo SUS. Um sistema que tem cor e grau de instrução revelando a parcela da população que concorre com a disponibilidade de serviços ofertados e a pequena parcela da população que dispende de comodidade acessa de forma privada os serviços de saúde. Uma sociedade regida por contradições e ainda carente em se tratando do quesito saúde, acaba negligenciando o direito à saúde como uma conquista histórica dos cidadãos brasileiros.

2.2 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DO SUS: Apontamentos analíticos

A dimensão das conquistas do SUS no decorrer da sua existência é realmente de caráter singular e de grande valor. Porém o relacionamento entre usuários dos serviços e os profissionais da área da saúde muitas vezes dificultam ou impedem o acesso aos serviços.

O ser humano que busca o atendimento em uma unidade do SUS muitas vezes traz consigo uma infinidade de incertezas, preocupações, impotências, desânimos, frustrações; o seu sistema emocional normalmente está visivelmente abalado devido à conjuntura relativa à doença e à falta de assistência e se depara com o profissional da saúde muitas vezes insensível, despreparado, que também traz consigo as frustrações do dia a dia agitado, da falta de estrutura, de material, e isso se reflete em não conseguir ofertar um atendimento de qualidade, que facilite a comunicação entre a instituição e o usuário e que dignifique o cidadão num momento crítico e de grande fragilidade.

Esta percepção acerca das relações de discrepância entre a chegada e permanência das pessoas em uma unidade de saúde do SUS e conseqüentemente do relacionamento e comunicação destas pessoas com toda a equipe que compõe este ciclo de atendimento, engloba um processo delicado e que precisa ser discutido no intuito de oferecer à população o acesso à saúde de forma digna, e ao profissional da saúde uma estrutura que o proporcione ser um intermediário que facilite este processo. É preciso levar em consideração todo um contexto de atendimento aos usuários, especialmente o acolhimento destes ao adentrar o serviço de saúde, todavia as relações e limitações do trabalho dos profissionais da saúde são fatores que não podem passar despercebidos perante esta perspectiva.

Talvez aqui se perceba a necessidade de um termo que englobe toda essa configuração do que se espera da assistência hospitalar: humanizar. Um conceito não tão recente²¹, mas que ganha espaço nas políticas públicas, em decorrência da urgência da situação. Para além do verbo, humanizar a assistência é pôr em prática uma “mudança de atitude em direção a cultura da excelência e da gestão dos processos de trabalho” (RIOS, 2009, p. 5), é construir um

²¹ “Na área da saúde surgiram várias iniciativas com nome de humanização. É bem provável que esse termo tenha sido forjado há umas duas décadas, quando os acordos da luta anti-manicomial, na área da saúde mental, e do movimento feminista pela humanização do parto e nascimento, na área da saúde da mulher, começaram a ganhar volume e produzir ruído suficiente para registrar marca histórica.” (RIOS, 2009, p. 9)

conceito baseado nas relações entre seres humanos, cada um no seu espaço, num determinado momento da vida, porém todos participantes de um processo onde a compreensão de que soluções compartilhadas geram valores humanos incalculáveis, onde o resgate da dignidade humana seja feito de forma ética e antecipando-se à decorrência de violências institucionais²².

Partindo deste princípio o Ministério da Saúde, no ano de 2003 institui a Política Nacional de Humanização (PNH), oriunda do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH)²³, com o intuito de proporcionar um novo conceito nas relações de atendimento que norteiam a saúde, colaborando para uma maior efetividade na qualidade dos serviços prestados, norteado pelo fortalecimento de vínculos nas relações. Devido a um contexto que apresentava inúmeros agravos relacionados aos princípios que norteiam o SUS, o Ministério da Saúde estende a Humanização para a proporção de “Política” entendendo que este conceito:

[...] deve estar presente em todas as ações de saúde como diretriz transversal e favorecer, entre outros, a troca e construção de saberes, o diálogo entre profissionais, o trabalho em equipe e a consideração às necessidades, desejos e interesses dos diferentes atores no campo da saúde. (MELLO 2008, p. 38/39)

O Documento Base para gestores e trabalhadores do SUS (BRASIL, 2008) traz um entendimento acerca da humanização que corresponde:

[...] a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e participação coletiva no processo de gestão. (BRASIL 2008, P. 8/9).

²² “Na área da saúde, a violência institucional decorre de relações sociais marcadas pela sujeição dos indivíduos.” (RIOS, 2009, p. 13) “O Ministério da Saúde define violência institucional como aquela exercida nos/pelos próprios serviços públicos por ação ou omissão. Neste aspecto encontra-se envolvido desde a dimensão mais ampla da falta de acesso à saúde até a má qualidade dos serviços compreendendo os abusos cometidos em virtude das relações de poder desiguais entre usuários e profissionais dentro das instituições.” (BOTTI, 2013, p. 649)

²³ O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar foi criado em 2000 pelo Ministério da Saúde (MS), com o intuito de proporcionar uma “[...] melhoria da qualidade do atendimento público à saúde e de valorização do trabalho dos profissionais desta área” e se compromete a “criar as condições para que as demandas da população se imponham como determinante maior do direcionamento e da qualidade dos serviços.” (PNHAS 2001, p. 06) O PHNAH apresenta ainda como objetivo fundamental “[...] aprimorar as relações entre profissional da saúde e usuário, dos profissionais entre si e do hospital com a comunidade.” (PNHAS 2001, p. 07) “Inovador e bem construído por um grupo de psicanalistas, o programa tinha forte acento na transformação das relações interpessoais pelo aprofundamento da compreensão dos fenômenos no campo da subjetividade.” (RIOS, 2009, p. 15)

A produção da saúde expressa na PNH tem como eixo norteador a articulação entre profissionais e usuários dos serviços de saúde, ressaltando a necessidade de um entendimento acerca da necessidade dos usuários em ter os seus direitos garantidos, bem como a necessidade dos profissionais de ter condições técnico-estruturais para garantir a efetivação destes direitos. Assim, o comprometimento com a saúde envolve não só a efetivação do direito à saúde como um direito social, mas engloba uma reavaliação nos parâmetros de gestão e implementação na dualidade saúde/assistência, reiterando o processo político de relações entre profissionais e usuários da prática da saúde. Na prática da PNH a coletividade nas ações tende a incitar novas maneiras de refletir o sentido do cuidado, assim como administrar novas maneiras de sistematizar o trabalho.

A PNH tem como princípios a transversalidade; a indissociabilidade entre atenção e gestão; bem como o protagonismo associado a co-responsabilidade e autonomia dos sujeitos coletivos. Através da transversalidade a PNH busca de forma constante, participar de todos os programas e políticas oferecidos pelo SUS, favorecendo a transformação das relações de trabalho através da expansão da comunicação entre os envolvidos neste processo, desfazendo a imagem hierarquizada, geralmente construída à base de ligações de poder. Assim, “transversalizar é reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido. Juntos, esses saberes podem produzir saúde de forma co-responsável.” (PNH, 2013).

Partindo do princípio da indissociabilidade entre atenção e gestão, a PNH chama a atenção para os reflexos das decisões que são tomadas na gestão que recaem sobre a atenção à saúde. Logo, resalta-se a importância da participação de usuários e trabalhadores na gestão dos serviços. E no que diz respeito ao protagonismo, co-responsabilidade e autonomia dos sujeitos, a PNH estabelece a valorização do papel de cada um dos atores envolvidos nos processos de saúde, sejam eles, gestores, trabalhadores ou usuários, ou seja, “um SUS humanizado reconhece cada pessoa como legítima cidadã de direitos e valoriza e incentiva sua atuação na produção de saúde” (PNH, 2013).

As diretrizes da PNH estão voltadas a ações e conceitos que facilitem a promoção da saúde de modo a reconhecer os fatores individuais e coletivos presentes nas relações de saúde, não se dissociando dos princípios éticos que permeiam estas relações. Estas diretrizes são o acolhimento, a gestão participativa e co-gestão, a ambiência, a clínica ampliada e

compartilhada, a valorização do trabalhador e a defesa dos direitos dos usuários. O acolhimento, por exemplo, bastante presente nas discussões acerca da PNH, é o ato de “reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde” (PNH, 2013), é entender o momento em que o cidadão está em um processo de vulnerabilidade e precisa se sentir acolhido pela equipe. Este acolhimento deve se cercar de relações de escuta de forma qualificada, administrando prioridades e estendendo assim a eficiência dos serviços ofertados. A gestão participativa e co-gestão estão ligadas a participação de novos atores nos processos de investigação e decisão, possibilitando a troca de informações que favorecerá um conhecimento de forma coletiva. Neste caso a PNH ressalta a existência das “rodas” como mecanismo que possibilite, através da exteriorização das diferenças, as alterações nas rotinas da gestão e da atenção. Por conseguinte a ambiência retrata a preocupação em “criar espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, proporcionem mudanças no processo de trabalho e sejam lugares e encontro entre as pessoas” (PNH, 2013), ou seja, o aproveitamento dos espaços de forma a harmonizar e acolher usuários e trabalhadores dos serviços de saúde. A clínica ampliada e compartilhada traz uma percepção acerca de um diálogo entre os profissionais e os usuários dos serviços estabelecendo a formação de relações de confiança, favorecendo a transmissão de todas as variáveis das ações implementadas em cada tratamento, considerando “a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença” (PNH, 2013). A valorização do trabalhador nos processos de tomada de decisões, levando em conta seu conhecimento adquirido no dia a dia das unidades de saúde, assim como a defesa dos direitos dos usuários através do incentivo a conhecer e assegurar que esses direitos sejam respeitados “em todas as fases do cuidado, desde a recepção até a alta” (PNH, 2013).

A necessidade de humanizar a saúde configura aprimorar a qualificação dos serviços oferecidos à população, bem como assegurar que a qualidade da gestão venha contribuir de maneira positiva no aperfeiçoamento das relações. Destarte, por humanizar os serviços de saúde compreende-se:

[...] tanto a considerar o usuário de saúde como um sujeito detentor de direitos, observando-o em sua individualidade, considerando suas necessidades específicas visando atendê-las, como também o termo humanizar está associado à organização do serviço de saúde, seu financiamento e métodos administrativos (BRANDÃO 2011, p. 12)

Assim, o processo de humanização da saúde engloba diversas especificidades condizentes com estratégias que favoreçam o decrescimento das contradições provenientes do SUS. Segundo MELLO 2008, p. 39, alguns são princípios norteadores da política da humanização:

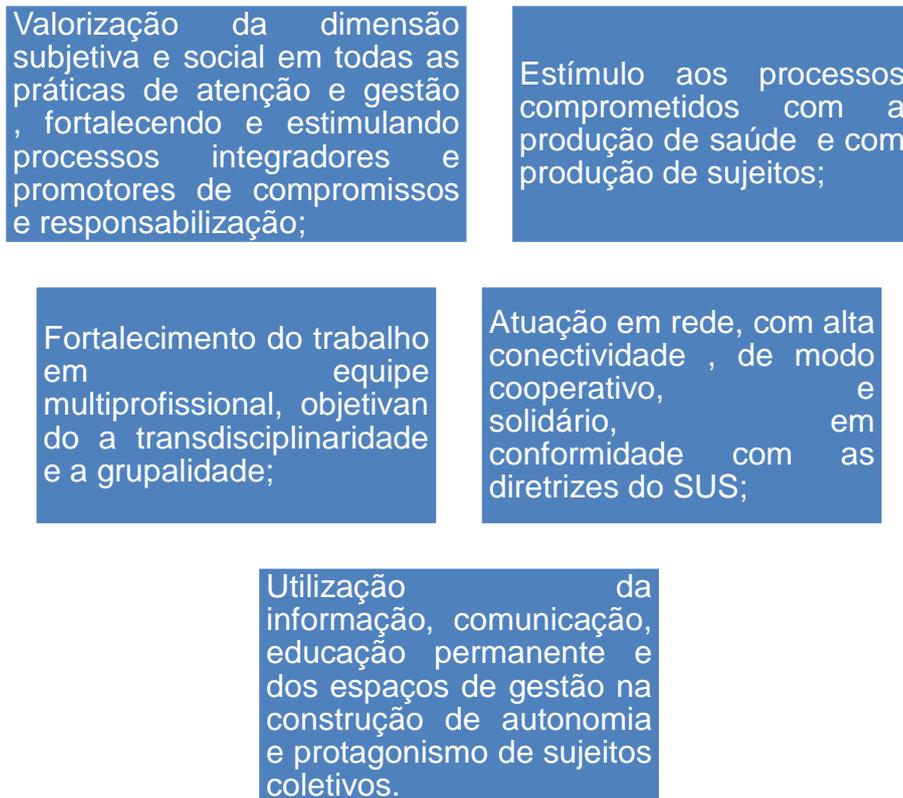


Figura 1: a autora
Fonte: MELLO 2008, p. 39

Ainda, segundo MELLO 2008, p. 39, as metas a serem alcançadas pela PNH são:

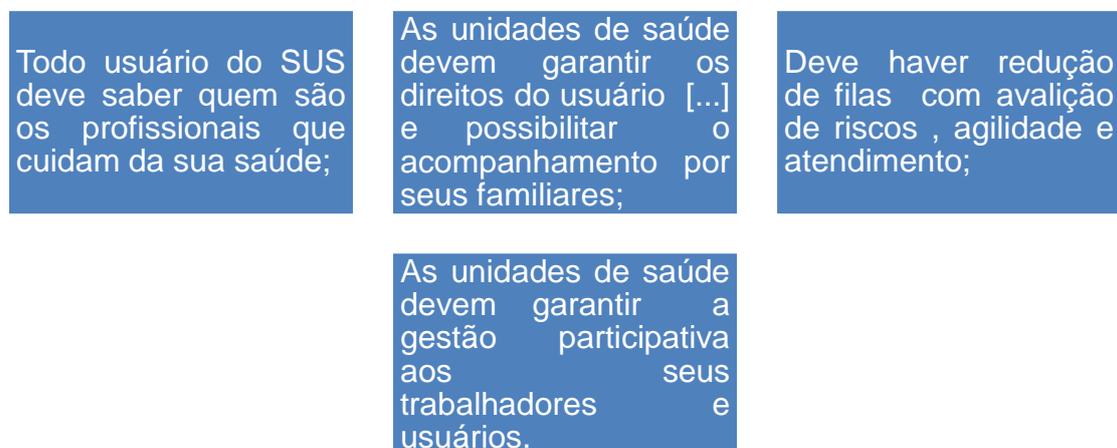


Figura 2: a autora
 Fonte: MELLO 2008, p. 39

Portanto, a valorização da pessoa humana, bem como a construção de um processo que permita a modificação dos hábitos institucionais, levando em conta as especificidades individuais e coletiva, contribuem significativamente para a qualificação das ações voltadas à saúde e também para a gestão destes serviços. Trazer para a realidade a concepção de que a necessidade da emergência da humanização como “processo de construção da ética relacional que recuperava valores humanísticos esmaecidos pelo cotidiano institucional ora aflito, ora desvitalizado” (RIOS 2009, p. 10) é o reconhecimento da existência de toda uma subjetividade envolvida neste processo que perpassa desde a rigidez presente dentro das hierarquias institucionais até a indiferença à própria postura humanística.

Assim, a PNH estende-se não só para os hospitais, mas de forma transversal²⁴ em toda a concepção do SUS, ampliando sistematicamente as estratégias de caráter institucional no intuito de promover ações voltadas ao cuidado e ao fortalecimento de vínculos abrangendo todos os atores envolvidos neste processo, ou seja:

Invoca-se a idéia de modelo assistencial que, a partir de amplo e cotidiano investimento comunicacional entre gestores, profissionais e usuários, seja capaz de valorizar como sujeitos os diferentes atores envolvidos no processo de produção de cuidados. (Deslandes 2008, p. 16)

Portanto, a valorização de um modelo que aponte a comunicabilidade e a valorização do ser humano, em qualquer que seja a sua posição no decorrer dos processos relativos à promoção da saúde, constitui uma compreensão de uma diversidade em que o coletivo e o individual fazem parte de um mesmo processo representando valores e ideais relativos, porém orientados por determinações sociais específicas.

Ao se perceber a relevância do termo “humanização” nos serviços de saúde, e a militância com que estratégias são desenvolvidas no intuito de expandir este conceito, pressupõe-se a uma idéia de existência de outro termo, a “desumanização” nos serviços de saúde. Este, por sua vez, pode ser compreendido como “[...] a persistente ação de não reconhecer o doente como pessoa e sujeito, mas como objeto da intervenção clínica.”

²⁴ “[...] das rotinas nos serviços às instâncias e estratégias de gestão, criando operações capazes de fomentar trocas solidárias, em redes multiprofissionais e interdisciplinares; implicando gestores profissionais e usuários em processos humanizados de produção de serviços, a partir de novas formas de pensar e cuidar da saúde, e de enfrentar seus agravos.” (SOUZA e MENDES 2009, p. 682)

(Deslandes, 2008, p. 37), onde relações de subordinação e desigualdades são vivenciadas e reproduzidas no decorrer dos processos relativos à procura/oferta dos serviços de saúde. Assim a dimensão do que propõe a PNH ultrapassa as barreiras estruturais e permeia as relações sociais existentes.

Diante disto, a existência da violência, da violação de direitos dentro das instituições, caracterizam a necessidade de uma política que, a cada dia que passa, ganha espaços importantes na construção de um debate acerca da efetivação do direito à saúde de qualidade. Pressupõe-se aqui que a inexistência de um quadro de precarização do direito à saúde excluiria a necessidade de uma política que preza não só pelo direito, mas pela qualidade das relações no âmbito da saúde.

A prática do cotidiano dentro da PNH envolve, para além do saber científico, o sentimento, a dedicação e o reconhecimento da necessidade de uma mudança nas relações que permeiam os serviços de saúde. É interagir com a figura humana para além da doença, abarcando uma relação onde sejam levadas em conta as especificidades que estão acima da análise da causa/sintoma/diagnóstico patológico, considerando assim as implicações sociais e culturais trazidas individualmente por cada pessoa que adentra os serviços de saúde. Desta forma, caminhos como o diálogo, a escuta e o acolhimento²⁵, dentre outras, técnicas ou instrumentais, são imprescindíveis na construção de laços que permeiam relações de confiança e efetividade de garantia de direitos, e conseqüentemente relações sociais humanizadas.

Diferentemente do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) que se restringia ao hospital como campo de atuação, sendo um “lugar de relações verticalizadas orientadas por instrumentos normativos que deveriam ser operacionalizados na busca de realização de metas e índices, independentemente de sua resolutividade e qualidade” (SOUZA e MOREIRA 2008, p. 332), a PNH “caracteriza-se por sua proposta transversal e abrangente, configurando-se como um conjunto de princípios e diretrizes traduzidas em ações nas diversas práticas da saúde e esferas do sistema, não apenas na assistência hospitalar” (SOUZA e MOREIRA 2008, p. 332), ampliando assim a configuração do direito às demais

²⁵ “Processo constitutivo das práticas de produção e promoção da saúde que implica responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde a sua chegada até a sua saída. Ouvindo sua queixa, considerando suas preocupações e angústias, fazendo uso de uma escuta qualificada que possibilite analisar a demanda e, colocando os limites necessários, garantir atenção íntegra, resolutiva e responsável [...]” (Brasil 2008, p.51).

instituições voltadas à promoção da saúde. Deste modo, a humanização também pode ser entendida como o conhecimento técnico aliado à ação em favor da dificuldade do outro naquele dado momento.

No âmbito hospitalar, o SUS tem buscado novas perspectivas de expansão dos serviços, assim como a propagação de meios que permitam a relação entre eles, facilitando a oferta e favorecendo a humanização na saúde. De acordo com o HumanizaSUS 2011, p. 14:

[...] são mais de 1.327 hospitais contratualizados por intermédio de ações específicas do Ministério da Saúde, sendo 432 hospitais de pequeno porte, 756 hospitais filantrópicos e 139 hospitais de ensino. Essa nova lógica de relacionamento entre gestores e prestadores tem contribuído para a discussão do novo papel dos hospitais na rede de serviços do SUS integrados e participantes dentro do seu espaço na linha de atenção integral aos usuários do SUS.

Já a atenção básica é vista pela PNH como “espaço significativo para a qualificação do SUS como política pública” (HUMANIZASUS 2010, p. 07), pois favorece, além do fortalecimento de vínculos, o exercício da cidadania, expressos através de uma atuação com limites territoriais e ações voltadas à população daquele território, compreendendo suas especificidades, seus desafios e seus limites.

Como processo inclusivo no âmbito da saúde, a PNH ressalta a importância da participação coletiva para a sua efetivação. Portanto, o estímulo às práticas que viabilizem o compromisso institucional com o individual e o coletivo, através do desenvolvimento do diálogo entre a população, trabalhadores e gestores, facilitam este processo além de promover o não favorecimento de manifestações de toda e qualquer forma de violência institucional. O respeito à privacidade e às expressões culturais locais também são indissociáveis e devem ser levadas em conta.

Por fim, a humanização nos serviços de saúde deve ser entendida como uma política que tem como prioridade “ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais” (Brasil 2004, p. 06), ressaltando necessidade de uma integração coletiva, na construção de uma vertente transversal que possibilite uma análise crítica e questionadora acerca da operacionalidade do SUS, garantindo através do diálogo e da troca de experiências, o fortalecimento da cidadania e a consolidação do direito à saúde de forma integral, digna e participativa.

Em uma perspectiva crítica acerca da PNH, a valorização das subjetividades como expressa em documentos base da PNH, muitas vezes, porém relativo a isto percebe-se, muitas vezes, um discurso:

[...] mistificador da subjetividade, que esconde em si muito mais uma individualização das queixas e dos encaminhamentos do que a identificação coletiva das problemáticas vivenciadas cotidianamente e que tenham como horizonte a luta os direitos já assegurados. (CONCEIÇÃO 2009, p.212)

Relativo a isto, ainda cabe salientar a falta de estrutura física e organizacionais a que muitos trabalhadores estão inseridos, prejudicando substancialmente a promoção da saúde humanizada. Colocar o acolhimento como principal meio de resolver as desigualdades presentes no setor saúde, soa muitas vezes como retirar do Estado a responsabilidade pelo investimento na promoção democrática da saúde.

Outro caso em que a humanização pode se tornar uma cilada é na proposta com a qual idealiza uma representação da realidade sem levar em conta os processos subjetivos impregnados em cada situação. Muitas vezes a proposta da humanização acaba no seu decorrer, culpabilizando e frustrando os usuários que não se encaixam de maneira totalitária ao que se espera de uma proposta biomecânica²⁶ de determinada situação. Concorda-se com Conceição no momento em que retrata:

Como é o caso da amamentação, que hoje é vista como um direito da criança e da mãe; direito este que, muitas vezes, pode ser inviabilizado, gerando frustração na mãe ao ser pressionada pela família e equipe de saúde. (2009, p. 214)

Em outro aspecto, no ponto de vista da desumanização, as lacunas deixadas pela gestão das unidades de saúde, favorecem este processo no momento em que não se percebe um incentivo da parte institucional em investir no preparo constante dos profissionais atuantes na área da saúde, colocando-os muitas vezes como o centro do problema. As jornadas excessivas, os recursos escassos e muitas vezes a própria precarização do ambiente de trabalho, contribuem para o atendimento desumanizado, não se podendo culpabilizar os

²⁶ Por exemplo: “Desde o século XIX, a amamentação foi vista como um ponto crucial no processo de constituição da figura higiênica da mãe, e não foram poupados esforços de autoridades para viabilizar o aprendizado e o exercício deste dever cívico da mulher. No entanto, em que pese os argumentos em contrário, não é um instinto nem um ato puramente biológico, é também, e sempre, um processo social. As situações de dificuldade e conflito na amamentação remetem a uma reflexão importante: se tomado como uma norma rígida, o incentivo à amamentação deixa de ser um direito da mulher, tornando-se um dever normativo e disciplinador.” (TORNQUIST, 2003, p. 426 apud CONCEIÇÃO, 2009, p. 314)

profissionais pela ineficácia do atendimento. Não se quer aqui justificar um erro a partir de outro, mas é preciso evidenciar os eixos da questão para que injustiças não sejam cometidas no decorrer do processo.

Poderiam ser citados aqui outros casos nessas circunstâncias, mas fica clara a compreensão de acordo com o que já foi exposto. O que se quer aqui é chamar atenção acerca dos propósitos da humanização não confundirem direito com imposição. De certo que esta não é a proposta de uma política que preza pela vertente humanizadora nas ações, mas de certo é preciso refletir acerca destas questões para que não se perca o sentido e finalidade de tal.

3. OS DESAFIOS POSTOS AO SERVIÇO SOCIAL FRENTE À POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO DO SUS

Este capítulo foi dividido em dois tópicos para uma melhor compreensão acerca da dimensão e relevância do tema. Primeiramente será abordada sobre a inserção e atuação do serviço social na saúde, no momento em que a saúde é um dos campos mais amplos de atuação da profissão, demonstrando as especificidades políticas e técnico-operativas do serviço social, bem como a sua afinidade com os objetivos apresentados pela reforma sanitária. Em um segundo momento, será abordado o projeto ético-político profissional do serviço social frente as relevâncias e desafios propostos pela Política de Humanização do SUS, importante marco de expansão de direitos sociais inerentes à vida humana.

3.1 O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: Breve análise

O serviço social no Brasil surge num momento em que fica evidente a questão social no processo de industrialização. A desigualdade que emerge em decorrência deste processo, requer a intervenção do Estado para administrar as manifestações da questão social e, com isso a atuação profissional é significativa na regulação do desenvolvimento desta sociedade. Assim, emerge o serviço social para executar as políticas sociais públicas²⁷, juntamente com outros profissionais.

Na área da saúde, o serviço social é atuante desde os primórdios da profissão, primeiramente de acordo com o contexto profissional da época, por meio de ações individualistas e caritativas, numa visão assistencialista que prestava serviços aos indivíduos visando o atendimento imediatista sem outras objetivações políticas ou sociais. Os atendimentos prestados à comunidade eram especificamente educativos no sentido de incitar a contenção da natalidade e da proliferação de doenças, assim como promover processos didáticos de conhecimento acerca da higiene individual.

²⁷ “Não existe uma única, nem melhor, definição sobre o que seja política pública. Mead (1995) a define como um campo dentro do estudo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas e Lynn (1980), como um conjunto de ações do governo que irão produzir efeitos específicos. Peters (1986) segue o mesmo veio: política pública é a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegações, e que influenciam na vida dos cidadãos. Dye (1984) sintetiza a definição de política pública como ‘o que o governo escolhe fazer ou não fazer’”. (SOUZA 2006, p. 24)

A década de 70 do século XX, marcada pelas mudanças na área política, social e econômica, traz para o serviço social uma nova configuração, rompendo com o conservadorismo da época e buscando arquitetar um projeto profissional fundamentado em compreensão teórico-metodológica e parecer ético-político. Nesta perspectiva, se estabeleceu uma roupagem crítica a postura do serviço social, ampliando seus espaços de atuação, porém confrontando com limites e possibilidades decorrentes das expressões da questão social²⁸.

Com o passar do tempo, o setor saúde absorveu grande parcela destes profissionais, tornando-se o Estado o seu maior empregador, porém segundo sua regulamentação, poderá ser também atuante em instituições privadas de saúde²⁹. Conforme foi discutido neste trabalho, o setor saúde passou por diversas modificações no decorrer dos processos políticos e sociais que permearam a construção da conjuntura atual. E o serviço social como profissão atuante e pioneira na discussão acerca dos determinantes sociais, na lógica da luta por direitos e na garantia de efetivação nas políticas sociais está inserido neste contexto simultaneamente por necessidade dos usuários dos serviços, e requisitado pelas instituições no sentido de responder às demandas sociais que permeiam os sistemas de saúde.

O direito à saúde, reconhecido e normatizado através da Constituição (BRASIL, 1988), já traz consigo um quadro de especificidades com pressupostos que envolvem desde a luta pela cidadania até a construção de direitos sociais e políticos. E o serviço social com sua postura interventiva aparece de forma significativa na construção deste processo e na busca pela efetivação dos direitos sociais. Porém, as práticas conservadoras que ainda permeiam os serviços de saúde interferem diretamente na atuação do serviço social na saúde, de forma que, muitas vezes o trabalho profissional reproduza práticas burocráticas e mecânicas, submetido às normas político-institucionais autoritárias. Acerca da prática profissional burocrática, VASCONCELOS afirma que:

”Uma prática profissional burocrática que segue mecanicamente normas impostas pelo regulamento da administração, autoridade ou seu representante, e que ao priorizar um atendimento de escuta, acolhimento, encaminhamento e/ou preenchimento moroso e mecânico de formulários, questionários, cadastros - que viabilizem acesso a benefícios ou inscrição em programas da instituição – referenda a complicação e morosidade da coisa pública burocratizada, que objetiva dificultar

²⁸O livro *Ditadura e Serviço Social* de José Paulo Netto traz maiores especificações acerca do tema, para um maior aprofundamento recomenda-se a leitura deste.

²⁹ Não é objetivo do presente trabalho aprofundar-se de forma detalhada acerca do exercício profissional no âmbito privado, detendo-se a pautar o serviço social na saúde pública.

ou inviabilizar o acesso dos usuários a serviços e recursos enquanto direito social.” (2009, p. 250-251)

A luta pela implantação do SUS em sua plenitude é incessante, ainda busca-se diariamente concretizar suas ações e serviços de forma a amparar os cidadãos na garantia do direito à saúde pública. A postura neoliberal que vê no setor privado maior eficiência para a cobertura do direito à saúde negligencia aos cidadãos uma oferta/cobertura de qualidade. O serviço social se interpõe nesta relação, lidando com as contradições decorrentes do crescimento do capitalismo e como ator social, crítico e interventivo procura executar as práticas interventivas pautadas com o que está expresso no código de ética em consonância com o projeto político profissional. Assim, segundo VASCONCELOS:

[...] aos assistentes sociais que objetivam romper com práticas conservadoras, não cabe reproduzir o processo de trabalho capitalista, alienante. Há que, historicamente buscarmos romper – através do trabalho e das relações sociais - , com as formas capitalistas de pensar e agir para empreender ações que, além de possibilitar acesso a bens e serviços, resulte num processo educativo; resulte num bem e não num produto a ser consumido. Uma ação consciente, que exige a capacidade de antecipar, de projetar; capacidade que não está dada, mas é algo a construir, a alcançar. (2009, p. 243)

A atuação do serviço social no contexto da saúde abre caminhos para o desenvolvimento de ações voltadas não somente aos processos de saúde-doença, mas aprofunda sua intervenção em meio aos determinantes sociais que permeiam a saúde, assim como interage com as condições culturais articuladas a estes processos. O serviço social atuante no setor saúde requer muito além do reconhecimento das complexidades que adentram a rotina das instituições; exige-se amplo discernimento acerca da realidade social e das manifestações da questão social, além de domínio teórico-metodológico para entender toda a realidade implícita no discurso de cada usuário, e para desenvolver estratégias que permitam adentrar nesta realidade.

Os serviços públicos de saúde como materialização de uma política social manifestam um conjunto de direitos que são reflexo de lutas históricas e os processos de trabalho que se desenvolvem em meio a esta configuração, trazem para o serviço social desafios constantes na busca pela democratização e qualificação deste direito. Assim, é importante salientar a relação direta e participativa do serviço social no setor saúde em meio a atividades que buscam a consolidação dos direitos sociais de forma hegemônica e imparcial. Logo, as especificidades

da profissão, regulamentada através da Lei 8.662/93³⁰, articulada aos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (CFESS, 2010) fundamentam, juntamente com outros impressos, a relevância do exercício da profissão em meio à complexidade que permeia o setor saúde.

A Lei 8.662/93 regulamenta que somente assistentes sociais poderão exercer cargos referentes ao serviço social. Em seu artigo 4 institui ao assistente social, desígnios referentes a “elaborar, implementar, executar, e avaliar políticas sociais [...], encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população [...]” (BRASIL, 1993). Ao adentrar a área da saúde o assistente social deve dispor de entendimento acerca de alguns conceitos que são primordiais para o reflexo de suas ações, ou seja é necessário que haja uma compreensão acerca dos conceitos referentes à “[...] concepção de saúde, a integralidade, a intersectorialidade, a participação social e a interdisciplinaridade” (CFESS, 2010, p. 39). Partindo desse pressuposto, o conhecimento acerca dos determinantes sociais que permeiam a saúde torna-se fundamental para uma atuação de maior precisão, a qual permita através da leitura da realidade social dos usuários, maior eficácia na sua intervenção, excluindo assim ações imediatistas.

Segundo o documento intitulado Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (CFESS, 2010), os “assistentes sociais na saúde atuam em quatro grandes eixos: atendimento direto aos usuários; mobilização; participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional” (CFESS 2010, p. 41).

O atendimento direto aos usuários tende a ser um canal para o aperfeiçoamento dos serviços prestados ao usuário, tendo como base a investigação e o planejamento como fatores imprescindíveis para uma melhor leitura da realidade. São de suma importância as ações assistenciais, na operacionalização de novas composições relativas à reorganização do exercício da saúde, após a implementação do SUS; bem como as de cunho educativo, visando a emancipação do usuário, através do entendimento crítico da realidade, reforçando a consciência individual e coletiva acerca do direito à saúde. O eixo da mobilização, participação e controle social refere-se diretamente à fomentação pela formação do perfil político dos usuários, através de sua participação em espaços de embate para fortalecimento

³⁰ A Lei 8.662 de 07 de junho de 1993 “dispõe sobre a profissão de assistente social” (BRASIL, 1993).

da preservação do direito à saúde. O eixo da investigação, planejamento e gestão refere-se ao “fortalecimento da gestão democrática” através de práticas que viabilizem a concretude dos direitos sociais. Este eixo requer do serviço social uma atuação voltada a pesquisa investigativa que aponte às reais causas sociais das demandas trazidas pelos usuários a fim de favorecer a superação das dificuldades vivenciadas na política de saúde. Finalmente, o eixo da assessoria, qualificação e formação profissional, busca através do aperfeiçoamento da atuação profissional, qualificar o acesso aos serviços de saúde (CFESS, 2010).

Sendo assim, os espaços de atuação profissional do serviço social se multiplicam dentro da área da saúde, enfatizando a responsabilidade social da profissão em relação às especificidades das demandas trazidas pelos usuários. Nesse sentido, muitas são as demandas que percorrem o campo operacional do serviço social na saúde. Encaminhamentos, orientações, relatórios, visitas domiciliares, orientações diversas, dentre outras, fazem parte da rotina institucional do serviço social no campo da saúde, porém:

As ações a serem desenvolvidas pelos assistentes sociais devem transpor o caráter emergencial e burocrático, bem como ter uma direção socioeducativa por meio da reflexão com relação às condições sócio-históricas a que são submetidos os usuários e mobilização para a participação nas lutas em defesa da garantia do direito à saúde. (CFESS 2010, p. 43)

Logo, as ações propostas pelo serviço social no setor saúde no exercício de suas atribuições e competências, buscam da melhor forma possível, promover o acesso democratizado aos serviços, direcionando-se também a despertar e incentivar o interesse político dos cidadãos sobre cada ação ofertada pelos serviços de saúde.

O fortalecimento de vínculos na perspectiva do trabalho do serviço social na saúde reflete a perspectiva do cuidado. A escuta, que favorece a construção de laços, interpõe o serviço social numa construção que rodeia o entendimento a respeito das implicações sociais das demandas, bem como constrói relações de confiança que se refletem na proximidade do profissional com o seu público alvo. Nesse sentido, o atendimento profissional no campo da saúde, que já traz consigo várias implicações de vulnerabilidade permeando as situações intercorrentes do dia a dia, requer um cuidado e uma compreensão mais apurada, sem deixar de lado seu posicionamento ético e competente. Ou seja, as ações profissionais, dentre outras especificidades, buscam fomentar a formação de sujeitos sociais capazes de interagir e se

envolver nas deliberações institucionais de forma empoderada, e não apenas serem sujeitos passivos, inconscientes e expectadores, coerentes com políticas de domínio social. Por conseguinte, procura-se uma interação social com as outras especialidades atuantes nas instituições de saúde, voltando-se a evitar o “fordismo”³¹ que se instalou na área da saúde traduzindo um modelo burocrático de atendimento que não leva em conta as especificações do ser social.

Ainda nesta perspectiva, percebe-se o quanto o serviço social tem sido requisitado no setor saúde, muito além dos encaminhamentos e plantões, o assistente social insere-se em meio a complexas especificidades, demonstrando seu cunho interventivo. Porém a sua preocupação com a pessoa humana e com um atendimento voltado ao fortalecimento de vínculos e relações deve ser embasada por um posicionamento ético-político³² e teórico metodológico que defina suas ações de forma consciente e não voltada à imediaticidade da demanda, mas na dimensão social que a mesma apresenta.

Porém, esta reflexão chama atenção para a postura do serviço social frente a essa conduta. Ora, uma profissão que se constrói tendo o ser social e a priorização pela garantia de direitos como determinantes para o exercício profissional requer “[...] a apropriação de uma perspectiva teórico-metodológica que, colocando referências concretas para a ação profissional, possibilite a reconstrução permanente do movimento da realidade, objeto da ação profissional [...]” (VASCONCELOS 2009, p.253), ou seja, a necessidade de uma postura crítica, que tenha consciência da dimensão metodológica que une teoria e prática na operacionalização do exercício da profissão.

Por conseguinte, o modelo de saúde proposto pelo SUS desafia ao mesmo tempo em que fundamenta a atuação do serviço social, ao reafirmar a oferta da saúde na promoção do bem estar social e englobar as especificidades da profissão na conquista e preservação da concepção da saúde não apenas no ponto de vista biológico, mas como direito social. Contrapondo à bandeira da democracia, aparece às desigualdades de acesso e oferta aos serviços de saúde em detrimento dos direitos sociais. Nesta conjuntura o serviço social se

³¹ O artigo “Serviço Social e o campo da saúde: para além dos plantões e encaminhamentos” de Francis Sodré(2010), retrata o fordismo na saúde como a forma mecânica com que os diversos setores da área da saúde tratam os seus usuários; sem interação entre os diversos setores, assemelham-se aos interiores das fábricas “fordistas” aonde cada um tem o seu papel mecânico dentro da linha de produção.

³² O projeto ético-político profissional do serviço social será abordado com mais aprofundamento no item 3.2 deste capítulo.

impõe ganhando cada vez mais espaço, interagindo com as manifestações da questão social e se movimentando dialeticamente junto às modificações societárias que decorreram nos séculos XX e XXI, já especificados ao longo deste trabalho. Nesta concepção percebe-se o crescimento da necessidade de atuação do serviço social no exercício da promoção da saúde de qualidade, bem como na formação do caráter político dos usuários.

3.2 A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL A PARTIR DO PROJETO ÉTICO-POLÍTICO FRENTE A POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO DO SUS: relevâncias e desafios

O percurso entre os anos 70 a 80 do século XX atravessou períodos marcados pelo regime militar, porém contou com a inserção da massa trabalhadora no cenário político da época que corroborou para o desmoronamento da ditadura civil-militar:

A mobilização dos trabalhadores urbanos, com o nascimento combativo da sua organização sindical; a tomada de consciência dos trabalhadores rurais [...]; o ingresso, também na cena política, de movimentos de cunho popular [...]; a dinâmica da vida cultural [...]; a consolidação do papel progressista desempenhado por instituições como a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e a Associação Brasileira de Imprensa (ABI) – tudo isso pôs na agenda da sociedade brasileira a exigência de profundas transformações políticas e sociais. (NETTO 2009, p. 149)

No que se refere ao serviço social, em 1979, o denominado Congresso da Virada³³ reafirmou o processo em curso de renovação da proposta do serviço social brasileiro numa perspectiva mais crítica, redimensionando e rearticulando seu posicionamento político em prol das demandas oriundas da população, provocando, inclusive a reestruturação de

³³Este foi o III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, realizado de 23 a 28 de setembro de 1979 na cidade de São Paulo, um acontecimento histórico para a profissão. De acordo com NETTO, 2009, p. 150, neste congresso “os segmentos mais dinâmicos do corpo profissional vincularam-se ao movimento dos trabalhadores e, rompendo com a dominância do conservadorismo, conseguiram instaurar na profissão o pluralismo político, que acabou por redirecionar amplamente não só a organização profissional [...] como, sobretudo, conseguiram inseri-la, de modo inédito, no marco do movimento dos trabalhadores brasileiros [...]” “A ‘Virada’ teve o sabor de descortinar novas possibilidades de análise da vida social, da profissão e dos indivíduos com os quais o Serviço Social trabalha. Dali em diante, a realidade em sua dinamicidade e dimensão contraditória torna-se o chão histórico preñado de lições cotidianas por meio do protagonismo das lutas da classe trabalhadora e dos sujeitos profissionais que passaram a aprender as necessidades reais vivenciadas pela população como demandas postas ao Serviço Social.” (CFESS 2009, p. 1)

instituições como a Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) e o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), tal a sua importância.

Os instrumentos legais que regem a dinâmica de regulamentação do serviço social tais como o Código de Ética, a Política Nacional de Fiscalização e a Lei de Regulamentação da profissão foram refletindo estas mudanças, em um processo de aperfeiçoamento condizente com a necessidade de articular-se com os interesses de um novo posicionamento acerca da prática política/profissional que o serviço social assumiu desde então. Em 1986 tem-se a aprovação de um novo Código de Ética Profissional, fruto de um processo coletivo, desencadeado por profissionais da área a partir de 1983 e pautado na negação de uma perspectiva conservadora, que reconhece uma nova identidade no desempenho profissional com vertentes técnico e político de maior abrangência e competência, ou seja, afirmando o posicionamento político da profissão em favor da classe trabalhadora, buscando na tradição marxista uma renovação ética, que levasse em conta os processos históricos que permeiam as relações dentro da profissão. Em 1993 o código de ética passa por nova reformulação³⁴; com um alicerce teórico mais consistente, também ancorado na tradição marxista, leva em conta a importância do ser social dentro das relações sociais parametradas pelo capitalismo, reconhecendo neste o gerador de desigualdades sociais, afirmando “uma ação prática e social mediada por valores e projetos derivados de escolha de valor que visam interferir conscientemente na vida social, na direção de sua objetivação” (BARROCO, 2010b, apud BARROCO, 2012, p. 54).

O projeto profissional do serviço social atravessou estas dimensões políticas que refletiram na construção de novos valores, conhecimentos e objetivos. Segundo Netto,

Os projetos profissionais também são estruturas dinâmicas, respondendo às alterações no sistema de necessidades sociais sobre o qual a profissão opera, às transformações econômicas, históricas e culturais, ao desenvolvimento teórico e prático da própria profissão e, ademais, às mudanças na composição social do corpo profissional.” (2009, p. 144)

A ruptura com o conservadorismo³⁵ abriu a discussão acerca da construção de um projeto com dimensões ético-políticas para o exercício da profissão. Simultaneamente a este processo, com bases na luta pela democracia, é perceptível a construção do posicionamento

³⁴ O Código de Ética de 1993 é o que rege o serviço social até os dias atuais.

³⁵ Vide a análise de NETTO, 2011, no livro Ditadura e Serviço Social – uma análise do serviço social no Brasil pós 64.

do serviço social que abandona a influência da Igreja Católica, caridosa, imediatista e defensora dos bons costumes, para assumir uma postura ética, com bases políticas e teórico-metodológicas na valorização da construção do direito, e firmando, através da luta pela democracia, o compromisso com a defesa dos direitos humanos e contra as desigualdades sociais, assim:

A dimensão política do projeto é claramente enunciada: ela se posiciona a favor da equidade e da justiça social, na perspectiva da universalização de acesso a bens e a serviços relativos às políticas e programas sociais; a ampliação e a consolidação da cidadania são explicitamente postas como garantia dos direitos civis, políticos e sociais das classes trabalhadoras. Correspondentemente, o projeto se declara radicalmente democrático – considerada a democratização como socialização da participação política e socialização da riqueza socialmente produzida.. (NETTO, 2009, p.155)

Logo, entende-se por projeto ético-político profissional do serviço social uma concepção de caráter coletivo, construído dentro de uma perspectiva histórica, na qual o conservadorismo tornou-se incompatível com as dimensões de transformação societária em busca da redemocratização, visando legitimar valores éticos, democráticos e políticos, assim como estabelecer a ressignificação das práticas profissionais, abrindo espaço para novos campos de atuação.

Relacionando-se os ideais da reforma sanitária ao projeto ético-político do serviço social verificam-se convergências que vão desde a perspectiva política às próprias relações com os usuários. Os princípios que regem o SUS como a universalização de direitos, a equidade e até a busca pela consolidação da cidadania são comuns à dimensão ético-política do serviço social. Como mediador na busca pela efetivação do direito, o serviço social tem nos ideais da reforma sanitária, base para garantir ao cidadão o direito universal à saúde. Assim como o incentivo à participação popular nas decisões de caráter coletivo demonstrada nos ideais da reforma sanitária, e no exercício profissional do serviço social. Ao interagir frente à execução de políticas públicas, ou simplesmente como agente medidor entre usuário e serviços públicos de saúde, o serviço social reporta-se como condizente com os ideais de universalização de direitos advindos da reforma sanitária.

As transformações societárias e modificações políticas exigem do profissional do serviço social constante interação com outros profissionais, principalmente na área da saúde, é o que se chama de interdisciplinaridade, mais uma vez condizente com os ideais da reforma sanitária. Desta forma, o profissional do serviço social atuante no campo da saúde pública ao

adentrar este novo paradigma deve apropriar-se de ações que abram espaço para discussões no âmbito da saúde. Com perspectivas que busquem a concretude do projeto ético-político profissional e conseqüentemente que levem a uma maior visibilidade à importância do percurso histórico da profissão, direcionando as práticas profissionais para uma maior efetivação e garantia de direitos sociais aos cidadãos, transformando intenção em atitude, desvinculando da profissão o caráter assistencialista e prestador de favores. Logo:

Nessa perspectiva é que se envidam esforços para responder de forma ética e competente às novas demandas que são colocadas, considerando os projetos profissionais coexistentes no Serviço Social e no campo da Saúde. (MIOTO e NOGUEIRA p. 275)

Assim, as ações do serviço social na saúde respondem politicamente às demandas, portando-se de forma crítica, respaldando-se no código de ética e levando em conta as implicações sociais e as particularidades de cada cidadão. Neste contexto, o serviço social atuante na saúde, busca reiterar os ideais do projeto da Reforma Sanitária, já que estes convergem com os fundamentos do projeto ético-político profissional desta categoria. Assim, cabe salientar que:

[...] compreende-se que cabe ao Serviço Social – numa ação necessariamente articulada com outros segmentos que defendem o aprofundamento do Sistema Único de Saúde (SUS) – formularestratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde, atentando que o trabalho do assistente social que queira ter como norte o projeto ético-político profissional tem de, necessariamente estar articulado ao projeto de reforma sanitária. (MATOS, 2003; BRAVO; MATOS, 2004 apud CFESS 2010, p. 29/30)

Ou seja, as relações sociais construídas na evolução do processo histórico e político que viabilizou a construção de um sistema de saúde que tem por prioridade universalizar direitos, respaldam a atuação do serviço social em meio a transformações que implicaram no desencadeamento do seu projeto profissional. Ainda, segundo SODRÉ:

Do conhecimento acumulado nas lutas sociais, o assistente social contribuiu para a politização do campo da saúde. Inserindo o debate sobre os determinantes sociais de forma definitiva e ainda hoje se insere nas frentes de trabalho para demarcar um posicionamento macropolítico que luta por um SUS menos biomédico nas suas mais diversas redes de serviços e especialidades. (2010, p. 454)

Assim, percebe-se a complexidade histórica na dinâmica da inserção do serviço social na saúde, e a notável contribuição política e social, nos processos que ocorreram na renovação

do serviço social brasileiro a partir da década de 70, fomentado pela multiplicidade das manifestações da questão social. Diante disto, cabe salientar que a política de saúde inaugurada a partir do SUS favorece uma prática do assistente social que consolida os pressupostos ético-políticos que permeiam a profissão.

Como salientado no capítulo anterior, no início do ano 2000 surge um novo conceito no campo da saúde pública: a humanização, tendo sido tema central na 11ª Conferência Nacional de Saúde, acontecida em Brasília neste mesmo ano. E o serviço social se vê frente a um novo desafio: proporcionar, juntamente com outros profissionais da área, que os objetivos desta política (que vem oriunda de um programa e ganha bases nacionais) se materializem na vida da população que procura os serviços de saúde. Assim, o conhecimento acerca das propostas implementadas pela humanização na saúde é imprescindível para esta interação. A compreensão de que a humanização da saúde vai muito além de uma visão distorcida que remete à cultura das moças caridosas e prestadoras de favores é a primeira coisa a ser superada. Logo,

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. Nessa direção, cabe aos profissionais desencadear um processo de discussão, com a participação dos usuários, para a revisão do projeto da unidade de saúde, das rotinas dos serviços e ruptura com o modelo centrado na doença. O desafio da humanização é a criação de uma nova cultura de atendimento, putada na centralidade dos sujeitos na construção coletiva do SUS. (CFESS 2010 p.52)

Assim, os ideais da PNH convergem com os princípios do projeto ético político do serviço social, na medida em que priorizam a valorização da vida humana incluindo o seu bem estar. Logo, “a PNH vem contribuir para que as ações de saúde aconteçam, de forma a garantir que os cidadãos, nesse processo, sejam acolhidos em seus direitos e necessidades de saúde” (SILVA e ARIZONO 2008, p.6). Não deixando de levar em consideração que a PNH reflete também os ideais da Reforma Sanitária que requer a garantia/oferta de saúde de qualidade para os cidadãos, objetivo também do serviço social.

Porém, os desafios postos ao serviço social perante PNH voltam-se especialmente para as condições de trabalho nos serviços de saúde, posto que muitas vezes a equipe encontra-se desmotivada em decorrência de salários defasados ou atrasados, rotinas excessivas, e até a própria política institucional que muitas vezes apresenta-se dissociada dos princípios da PNH.

Cabe assim ao serviço social contribuir para a reorganização da rotina institucional no sentido de identificar os problemas para a implantação da PNH e de forma dinâmica e pedagógica problematizar juntamente com a equipe os obstáculos que se interpõe na dinâmica do trabalho em saúde, reiterando o compromisso com o cidadão e, por conseguinte enfrentar essas problemáticas levando em conta o projeto ético-político profissional.

Como profissão interventiva no âmbito das ciências sociais aplicadas, o serviço social tem muito a contribuir com a PNH. Não deixando de ser um desafio diário, sua capacidade de interagir com a realidade social, tanto institucional como da população usuária dos serviços, harmonizando-se com o entendimento acerca dos princípios que norteiam a PNH. Estes, que são condizentes com a já decorrente prática profissional do serviço social, favorecem uma melhor leitura da realidade, através de técnicas de escuta e acolhimento.

Não se pode deixar de levar em conta a condição de trabalhador que também está posta aos profissionais do serviço social. A precarização dos vínculos empregatícios, as péssimas condições de infra-estrutura (falta de salas para atendimento, precário acesso à tecnologias de informação, reduzido número de profissionais e outras implicações institucionais dificultam o trabalho do serviço social. Nesse sentido,

Compreender o Serviço Social enquanto trabalho significa reconhecer que os assistentes sociais também são trabalhadores que, em geral, vivem no contexto urbano e sofrem todas as consequências impostas pelas metamorfoses do mundo do trabalho, expressas através do desemprego estrutural, da redução dos postos de trabalho, da precarização das relações de trabalho, da redução dos direitos, da exigência de um trabalho polivalente. (ALCANTARA e VIEIRA 2013, p. 340)

Em decorrência disto, o exercício profissional acaba sendo comprometido, dificultando uma atuação competente devido aos fatores impostos, muitas vezes, pela forma como o sistema público de saúde é absorvido pela lógica capitalista. Desta forma, a legislação que rege o direito à humanização, não dá conta de garantir que este serviço será prestado e, em decorrência destas interferências, também o serviço social então se depara com uma rotina que não é condizente com a proposta da PNH, as próprias lacunas deixadas pelo SUS em sua proposta de universalização e garantia do direito à saúde de qualidade se deparam com falta de leitos, hospitais lotados, filas intermináveis, etc. acarretando implicações para a efetivação do direito humanizado à saúde.

Ainda assim, cabe ao serviço social, como profissão crítica e interventiva, destacada por exercer um papel significativo no enfrentamento das tensões causadas pelas manifestações da questão social, dentro dos seus limites e possibilidades ético-políticas, propiciar e assegurar ao cidadão, a oferta de um atendimento humanizado, qualitativo e diferenciado a todos que adentrem os serviços de saúde, levando em consideração os determinantes sociais implícitos nesta relação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizar este trabalho vendo a trajetória percorrida, percebe-se o quanto a saúde foi e ainda hoje é presente nas agendas de discussão. Seus reflexos sobre a vida humana interpõem dinamicamente implicações sociais e culturais inegavelmente essenciais à transformação de uma cultura que renega direitos sociais primordiais à sobrevivência.

As dimensões sócio-históricas que antecederam a trajetória da saúde como direito e a regulamentação profissional do serviço social, desvinculando seus princípios de atuação dos ideais impregnados voltados à caridade, refletiram a construção de um projeto ético-político com fundamentações teórico-metodológicas que vão muito além das práticas pertinentemente educativas.

Percebe-se ao longo deste trabalho que a trajetória percorrida pela saúde até a criação de um Sistema Único que reitera o conceito de saúde, tornando-a suscetível a determinantes sociais que acometem a população e enaltece a universalização do direito a saúde, assim como a equidade e a integralidade na promoção da saúde reflete uma conquista histórica mediante uma trajetória de lutas pela democratização no acesso aos serviços, onde a população esteja amparada. Concorde-se com IAMAMOTO quando diz que:

O fundamento da prática social é, pois, o trabalho social: atividade criadora, produtiva por excelência, condição da existência do homem e das formas da sociedade, mediatizando o intercâmbio entre homem e natureza e os outros homens, por meio da qual realiza seus próprios fins, [...]. Sob o ângulo subjetivo, é processo de criação e acumulação de novas capacidades e qualidades humanas e de necessidades. (2012, p. 227)

Neste contexto o serviço social é, cada vez mais, convocado a fazer parte da operacionalização das unidades de saúde, favorecendo uma configuração que prioriza as relações sociais e individuais, voltadas ao fortalecimento de vínculos, através da consolidação de laços entre a instituição de saúde e o usuário que a procura.

Entendendo a vulnerabilidade destes usuários, o serviço social atuante nos serviços de saúde, buscam reintegrar os princípios de seguridade social inerentes a todo e qualquer cidadão e pautando-se no código de ética profissional e no projeto ético-político da profissão empenham-se em trazer para o espaço físico institucional soluções para as demandas recebidas diariamente.

Com o advento da Política de Humanização do SUS o serviço social se vê mais uma vez frente a um novo desafio no percurso do seu desenvolvimento profissional. Percebeu-se com este trabalho o quanto a PNH respalda a atuação do serviço social, porém as condições de trabalho e as próprias regras institucionais ainda são empecilhos na busca pelo atendimento humanizado. Observou-se a inserção do serviço social frente a profissionais desmotivados e instituições ainda sem condições institucionais e oferecer à população o acolhimento humanizado que se faz necessário. Porém as convergências desta política com o serviço social instigam o profissional a exercer suas atribuições e competências respaldadas no projeto ético-político profissional e, diariamente, desafiam o profissional priorizar o bem estar dos usuários dos serviços, bem como definir estratégias para assegurar à equipe de trabalho melhor ambiência na configuração deste processo.

Ainda neste contexto, é um desafio diário para o serviço social que está em sintonia com a PNH estabelecer uma atuação desvinculada da bondade e caridade e pautada nos valores de justiça social, a partir da ótica do direito. Os princípios que regem esta política voltada a estabelecer laços onde a figura “humana” seja levada em consideração, muitas vezes remetem a uma prática caritativa, cabendo assim ao profissional do serviço social intervir estabelecendo relações entre esta política e o código de ética da profissão.

Percebeu-se ainda no desenvolver deste trabalho, as convergências que relacionam a PNH ao projeto ético-político do serviço social, no que tange à inquietação em priorizar a efetivação dos princípios do SUS nas instituições públicas de saúde, bem como na parte organizacional onde o serviço social se insere nos trâmites dessa política como agente interlocutor na percepção de problemas e dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores, gestores e usuários dos serviços de saúde.

Assim, a construção do projeto ético-político do serviço social, que recusa o conservadorismo no exercício da profissão, possibilita ao assistente social interagir com os princípios da PNH enfrentando coletivamente com outros profissionais, no atendimento das demandas que venham surgir, através de estratégias concebidas de acordo com a necessidade, sem estabelecimento prévio e com autonomia reconhecendo a importância da atuação de cada um, inclusive a importância do usuário nos processos de produção da saúde. Logo, os princípios da PNH reafirmam o compromisso do serviço social em proporcionar ao usuário relações de laços mais estreitos, considerando o perfil vulnerável com que muitas vezes

adentram as instituições. O acolhimento, a preocupação com a ambiência, a intervenção em favor dos direitos do usuário, são reflexos de convergências entre a atuação do serviço social frente à política de humanização do SUS.

Fica aqui nossa contribuição para a discussão acerca do tema na expectativa de que contribuam para o desenvolvimento do trabalho em serviço social nas instituições de saúde, na perspectiva de práticas humanizadoras e democráticas.

REFERÊNCIAS

ALCANTARA, Luciana da Silva. VIEIRA, João Marcos Weguelin. **Serviço Social e Humanização na Saúde: limites e possibilidades.** Textos & Contextos, v.12, n.2. p. 334-348, Porto Alegre, jul./dez. 2013.

ALMEIDA FILHO, Naomar de. JUCÁ, Vlândia. **Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse.** Ciência e saúde coletiva, v. 7, p. 879 – 889, 2002.

ARRETCHE, Marta. **A política da política de saúde no Brasil.** In Saúde e Democracia – História e Perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

BARRETO JUNIOR, Irineu Francisco; PAVANI, Miriam. **O direito à saúde na ordem constitucional brasileira.** Direitos e Garantias, Vitória, v.14, n.2, p. 71-100, jul/dez 2013. Disponível em <http://www.fdv.br/sisbib/index.php/direitosegarantias/article/viewFile/263/182> Acesso em 26 de maio de 2016.

BATICH, Mariana. **Previdência do trabalhador: uma trajetória inesperada.** São Paulo em Perspectiva, 18 (3), p. 33-40, 2004.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. **Humanização na saúde: um novo modismo?.** Disponível em <http://www.scielosp.org/pdf/icse/v9n17/v9n17a14.pdf>. Acesso em 13 de abril de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização: Documento Base.** Disponível em www.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza_sus_marco_teorico.pdf. Acesso em 15 de abril de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização.** Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus.pdf>. Acesso em 14 de fevereiro de 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH 2001)**. Disponível em <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>> Acesso em 01 de julho de 2016.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1988.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil**. In Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. 4 ed. São Paulo: Cortez; OPAS: OMS: Ministério da Saúde, 2009

BULLA, LeoniaCapaverde. **Relações sociais e questão social na trajetória histórica do serviço social brasileiro**. Textos e contextos, n 02, dez. 2003. Disponível em <http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/8020/2/Relacoes_Sociais_e_Questao_Social_na_Trajectoria_Historica_do_Servico_Social.pdf> Acesso em 09 de junho de 2016.

_____. **Código de Ética Profissional do Assistente Social**. Brasília: CFESS, 1993.

COHN, Amélia. **Caminhos da Reforma Sanitária**. São Paulo: Lua nova, nº 19, Nov. 89. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ln/n19/a09n19.pdf>> Acesso em 25 de maio de 2016.

COHN, Amélia; NUNES, Edisn; JACOBI, Pedro R.; KARSCH, Ursula S. A saúde como direito e como serviço. São Paulo: Cortez, V. 7, 1991.

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

DOIMO, Ana Maria; RODRIGUES, Marta M. Assumpção. **A formulação da nova política de saúde no Brasil em tempos de democratização: entre uma conduta estatista e uma concepção societal de atuação política**. Política e sociedade, n. 03, outubro de 2003.

ESCOREL, Sarah. NASCIMENTO, Dilene Raimundo do. EDLER, Flavio Coelho. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, Nilsia Trindade. GERSCHMAN, Silvia.

EDLER, Flávio Coelho. SUÁREZ, Julio Manuel. Saúde e Democracia: história e perspectiva do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. P. 59-81.

ESCOREL, Sarah. BLOCH, Renata Arruda de. As conferências nacionais de saúde na construção do SUS. In: LIMA, Nilsia Trindade. GERSCHMAN, Silvia. EDLER, Flávio Coelho. SUÁREZ, Julio Manuel. Saúde e Democracia: história e perspectiva do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 83-119.

GIL, A.C. **Como elaborar Projetos de Pesquisa**. 4ed. São Paulo: Atlas, 2007

HUMENHUK, Hewerstton. **O direito à saúde no Brasil e a teoria dos direitos fundamentais**. Jus Navigandi, Teresina, ano 8, n. 227, 20 fev. 2004. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=4839>>. Acesso em 30 de maio de 2016.

IAMAMOTO, M.V. e CARVALHO, R. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil**. São Paulo: Celats/Cortez, 1998.

IAMAMOTO, Marilda. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 23ed. São Paulo: Cortez, 2012.

_____. Lei No 8.080, de 19 de Setembro de 1990.

_____. Lei No 8.142, de 28 de Dezembro de 1990.

MATOS, Bruno Florentino de. **O direito à saúde a luz da Constituição Federal. 24/07/2009**. Disponível em <http://www.webartigos.com>. Acesso em 02.06.2016.

MATOS, Maurílio Castro de; BRAVO, Maria Inês Souza. **Projeto ético-político do serviço social e sua relação com a reforma sanitária: elementos para o debate**. Serviço Social e

Saúde: formação e trabalho profissional. 4 ed. São Paulo: Cortez; OPAS: OMS: Ministério da Saúde, 2009

MELLO, Inaiá Monteiro. **Humanização da Assistência Hospitalar no Brasil: conhecimento básicos para estudantes e profissionais**. Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina da USP. Março, 2008. Disponível em <http://hc.fm.usp.br/humaniza/pdf/livro/livro_dra_inaia_Humanizacao_nos_Hospitais_do_Brasil.pdf> Acesso em 01 de julho de 2016.

MINAYO, M. C. S. **Sobre o humanismo e a humanização**. In: DESLANDES, S. F. (org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

MINAYO, M.C.S. (org.), **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 27 ed. Petrópolis, RJ: Vorazes, 2008.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde. . In **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. 4 ed. São Paulo: Cortez; OPAS: OMS: Ministério da Saúde, 2009, p. 273 – 303..

MOREIRA, Walter. **Revisão de literatura e desenvolvimento científico: conceitos e estratégias para confecção**. Ano 1, n.1, 2º semestre de 2004. Disponível em <https://portais.ufg.br/up/19/o/Revisao_de_Literatura_e_desenvolvimento_cientifico.pdf> Acesso em 05 de Junho de 2016.

MOTA, A.E. et al. (Orgs.). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. 4 ed. São Paulo: Cortez; OPAS: OMS: Ministério da Saúde, 2009.

NETTO, J.P. Ditadura e Serviço Social. 4ed. São Paulo: Cortez, 1998

NETTO, J.P. A construção do projeto ético político do serviço social. In **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. 4 ed. São Paulo: Cortez; OPAS: OMS: Ministério da Saúde, 2009, (p. 141 – 160).

OLIVEIRA, Maria dos Remédios Mendes; DELDUQUE, Maria Célia; SOUSA, Maria Fátima de; MENDONÇA, Ana Valéria Machado. **Judicialização da Saúde: para onde caminham as produções científicas ?** Saúde e Debate, Rio de Janeiro, v 39, n 105, p 525-535, Abr-Jun. 2015. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00525.pdf>> Acesso em 18 de Maio de 2016

_____. **PARÂMETROS PARA ATUAÇÃO DE ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE**. Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais. Brasília: CFESS, 2010. Disponível em <[http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros para a Atuacao de Assistentes Sociais na Saude.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf)>. Acesso em 30 de julho de 2016.

PASCHE, Dário Frederico; PASSOS, Eduardo; HENNINGTON, Élide Azevedo. **Cinco Anos da Política Nacional de Humanização: Trajetória de uma política pública**. Ciência da Saúde Coletiva, v16, n 11, p. 4541-4548, Nov. 2011. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a27v16n11.pdf>>. Acesso em 14 fev.2016.

PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben Araújo de (org.). **Construção Social da Demanda: direito á saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: Abrasco, 2005.

POLIGNANO, M.V. **História da Políticas de Saúde no Brasil: uma pequena revisão**. Cadernos do Internato Rural-Faculdade de Medicina/UFMG, v.35, 2001. Disponível em <www.saude.mt.gov.br/arquivo/2226> Acesso em 16 de maio de 2016

_____. **Projeto ético político do serviço social: 30 anos na luta em defesa da humanidade**. CFESS Manifesta, São Paulo, 16 de novembro de 2009. Disponível em <www.cfess.org.br/arquivos/congresso.pdf> acesso em 30 de julho de 2016.

RIOS, Izabel Cristina. **Caminhos da humanização na saúde: prática e reflexão**. Áurea Editora, São Paulo, 2009.

SILVA, Keila Brito; BEZERRA, Adriana Falangola Benjamin; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. **Direito à saúde e integralidade: uma discussão sobre os desafios e caminhos para a sua efetivação**. Interface Comunicação, Saúde e Educação, v 16, n 40, p 249-59, Jan-Mar. 2012. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n40/aop1812.pdf>> Acesso em 25 de maio de 2016

SILVA, Regina Célia Pinheiro da. ARIZONO, Adriana Davoli. **A Política Nacional de Humanização do SUS e o Serviço Social**. Revista Ciências Humanas – Universidade de Taubaté, vol. 1, n. 2, 2008.

SOPHIA, Daniela Carvalho. **A revista Saúde em Debate como fonte e objeto de estudo**. História, Ciências e Saúde, Manguinhos, Rio de Janeiro, v.20, supl., nov. 2013, p.1403 – 141

SOUZA, Celina. **Políticas públicas: uma revisão de literatura**. Sociologia, Porto Alegre, ano 8, n. 16, jul./dez. 2006, p. 20-45.

SOUZA, Georgia Costa de Araújo. COSTA, Iris do Céu Clara. **O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças**. Saúde Soc. n. 03 v. 19, p. 509-517. São Paulo, 2010.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; ESCOBAR, Eulália Maria A.; GIMENEZ, Aparecida Silvia M.; CAMARGO, Kátia G.;LELLI, Carmen, L.S.; YOSHIDA, Tania M. **Gerenciamento do setor saúde na década de 80, no Estado de São Paulo,Brasil**. Revista Saúde Pública, São Paulo, 26(3): p. 185-94, 1992. Disponível em <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v26n3/10.pdf>> Acesso em 24 de maio de 2016

TEIXEIRA, Carmen. **Os princípios do Sistema único de saúde**. Salvador, Bahia. Junho, 2011. Disponível em <http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf> Acesso em 25 de junho de 2016.

VASCONCELOS, A. M. de. **A prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. São Paulo: Cortez, 2002.

VASCONCELOS, A. M. de. **Serviço social e práticas democráticas na saúde**. In **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. 4 ed. São Paulo: Cortez; OPAS: OMS: Ministério da Saúde, 2009, p. 242 – 272.