



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

ALLINE EMMANUELLE DE MACÊDO SOUZA

**SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: UM DEBATE SOBRE A INSERÇÃO DO
ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO**

CAMPINA GRANDE - PB

2014

ALLINE EMMANUELLE DE MACEDO SOUZA

**SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: UM DEBATE SOBRE A INSERÇÃO DO
ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC),
apresentado ao Departamento de Serviço
Social da Universidade Estadual da
Paraíba, em cumprimento às exigências
para obtenção de título de Bacharel em
Serviço Social.

Orientadora: Dra. Cleomar Campos da
Fonsêca

CAMPINA GRANDE - PB

2014

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

S729s Souza, Aline Emmanuelle de Macêdo
Serviço social e saúde [manuscrito] : um debate sobre a
inserção do assistente social na política de humanização / Aline
Emmanuelle de Macedo Souza. - 2014.
29 p.

Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço
Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências
Sociais Aplicadas, 2014.
"Orientação: Profa. Dra. Cleomar Campos da Fonsêca,
Departamento de Serviço Social".

1. Política de saúde. 2. Política nacional de humanização. 3.
Serviço social. I. Título.

21. ed. CDD 362.1

ALLINE EMMANUELLE DE MACEDO SOUZA

SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: UM DEBATE SOBRE A INSERÇÃO DO
ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC),
apresentado ao Departamento de Serviço
Social da Universidade Estadual da
Paraíba, em cumprimento às exigências
para obtenção de título de Bacharel em
Serviço Social.

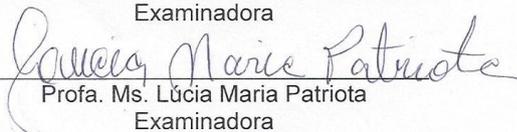
Aprovado em 18/09/2014
Nota 8,0

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dra. Cleomar Campos da Fonsêca
Orientadora

Prof. Dra. Kathleen Elane Leal Vasconcelos
Examinadora



Prof. Ms. Lúcia Maria Patriota
Examinadora

Dedico este trabalho a Arlinda, por ser a
melhor mãe do mundo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente ao meu Deus, este que me deu o dom da vida e me enche a cada dia de bênçãos, saúde, discernimento e sabedoria.

À Universidade Estadual da Paraíba, responsável pelos melhores momentos que vivi, pessoas que conheci e pelo meu crescimento pessoal e profissional.

Ao corpo docente, direção e administração, pelos ensinamentos e dedicação.

A minha orientadora Cleomar, pelo suporte, correções e incentivo.

A minha mãezinha Arlinda, que soube me educar e conduzir a minha vida sempre pelos melhores caminhos. Por ti mãe, é que fiz e faço as escolhas de minha vida.

Ao meu pai João, que mesmo separados por quilômetros, sempre esteve tão presente em minha vida.

Aos meus irmãos, Jean Lucas, João Vitor e Paulo André.

Aos meus avós maternos Amâncio e Rosa. Agradeço pelo carinho, pelos ensinamentos e pelo exemplo que são em minha vida.

Aos meus avós paternos Josuel (em memória) e “Nenê”, pela admiração que sempre tiveram por mim e sempre fizeram questão de demonstrar.

Aos meus demais familiares, tios, primos que me mostram, a cada instante, o valor da união de nossa família.

Ao meu esposo Wagner, que acompanha minha trajetória estudantil desde o ensino médio, este que me compreende, que me apoia, que demonstra seu amor nos mínimos detalhes e que, mesmo que eu não acredite em mim, está sempre me mostrando que sou capaz, do seu jeito, mas mostra.

A minha sogra Flávia, por ser minha segunda mãe e me apoiar, de todas as formas.

A Rafaela, Monnalina e Raíssa, minhas amigas desde sempre e para sempre.

Às minhas supervisoras de estágio, Ana Lúcia e Glaucineth, as quais contribuíram para a minha formação profissional, com seus exemplos e ensinamentos.

A Turma 2008.2, por ser, sem dúvida, a melhor do Curso de Serviço Social, e porque não dizer da UEPB.

Aos amigos da Universidade, Karliane, Adália, Monique, Carol, mas em especial àquela que tornava minhas noites mais agradáveis, a que suportava minhas histórias e lamentações, que estava sempre comigo nos bons e maus momentos acadêmicos, a minha amiga Karlla Lizandra.

Por fim, agradeço a uma pessoa muito especial que a vida me apresentou, Darciele Clíssia, seu apoio foi muito importante para mim.

*“Foi o tempo que perdeste com tua rosa que
a fez tão importante.”*

(Antoine de Saint-Exupéry)

SUMÁRIO

RESUMO	8
1. INTRODUÇÃO	10
2. POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL	122
2.1 O SUS e a perspectiva da humanização na saúde	177
3. SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: ASPECTOS SÓCIO-HISTÓRICOS	199
3.1 Serviço Social e a Humanização na saúde: questões para reflexão	222
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	234
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	266

SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: UM DEBATE SOBRE A INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO

RESUMO

O presente trabalho tem por objeto de análise a relação entre o Serviço Social e o processo de humanização no Sistema Único de Saúde (SUS). A escolha da temática decorre da experiência do estágio supervisionado em Serviço Social junto ao Serviço Municipal de Fisioterapia (SMF) de Campina Grande, composto pela Unidade Municipal de Fisioterapia (UMF) e pelo Centro de Referência em Atenção aos portadores de Necessidades Especiais (CRANESP). Esta experiência despertou o interesse pelo aprofundamento teórico em torno da relação entre a realidade da política de saúde, demarcada predominantemente, pela desumanização dos serviços e as possibilidades de intervenção do assistente social neste contexto adverso. Norteou-se pelos seguintes objetivos: identificar e analisar a inserção do assistente social no processo de humanização da saúde no contexto de contrarreforma do Estado brasileiro; refletir sobre o atual contexto de reforma conservadora do Estado; debater acerca da perspectiva do atendimento humanizado em saúde, neste contexto, e analisar a relação entre o Serviço Social e o processo de humanização do atendimento. A metodologia proposta envolveu uma revisão de literatura e a análise do tema indica que em meio à desconstrução de direitos, o Estado recompõe seu discurso oficial, agora em torno da humanização dos serviços de saúde. A retórica assumida enfatiza uma dimensão eminentemente psicologizante e despolitizada dos problemas sociais, centrada ora na responsabilidade do usuário, ora na responsabilidade do profissional e/ou da equipe de trabalho. Uma humanização abstrata, que retraduz os valores da autoajuda, da ajuda mútua e da solidariedade local.

PALAVRAS-CHAVE: Política de Saúde. Política Nacional de Humanização. Serviço Social.

ABSTRACT

The present work has by object of analysis the relationship between Social Work and the process of humanization in the Unified Health System (SUS). The choice theme comes from experience of supervised internship in Social Work from the Municipal Department of Physiotherapy Unit (FMU) and the Center for Excellence in care to people with Special Needs (CRANESP). This experience sparked an interest in the theoretical study on the relationship between the reality of health policy, marked predominantly by the dehumanization of care and the possibilities of intervention of social workers in this difficult environment. Be guided by the following objectives: to identify and analyze the insertion of the social worker in the process of humanization

of health in the context of counter reform of the Brazilian state; Reflect on the current context of conservative reform of the state; To discuss about the prospect of humanized health care in this context and examine the relationship between social work and the process of humanization of care. The proposed methodology involved literature search and analysis of the topic indicates that thorough the deconstruction of rights, the rule reassembles his official speech, now around the humanization of health services. The rhetoric accentuates assumed an eminently psychologizing and depoliticized dimension of social problems, sometimes focus on the responsibility of the user, either in the profession liability and/or teamwork. An abstract humanization retranslates the importance of self-help, mutual aid and local solidarity.

KEYWORDS: Health Policy. National Humanization Policy. Social Service.

1. INTRODUÇÃO

O Serviço Social enquanto profissão vem, ao longo da sua trajetória, ganhando espaço na sociedade brasileira, através de uma formação profissional qualificada, da produção de conhecimento e da ocupação de espaços sócio ocupacionais, no âmbito das políticas sociais, a exemplo da política de saúde. A partir da Resolução nº 218, de 06/03/1997 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a categoria dos assistentes sociais passou a ser reconhecida como parte integrante da área de saúde. Tal reconhecimento foi ratificado pela Resolução do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), nº 383, de 29/03/1999.

Este reconhecimento se ampara na concepção de que, nesta sociedade, a saúde é uma das expressões da chamada “questão social” e, portanto, não pode ser concebida como mera ausência de doença, num enfoque exclusivamente biologicista, mas sim como resultante do conjunto de problemas sociais manifestados pelo agravamento das desigualdades sociais. Assim, a inserção do assistente social na política de saúde apresenta possibilidades de efetivação de uma intervenção atenta à história, ao contexto social e às necessidades de saúde dos usuários dos serviços, ou seja, trata-se de uma abordagem que deve se voltar para o conhecimento do conjunto de variáveis que interferem no processo saúde/doença, no diagnóstico e tratamento, com o objetivo de construir respostas às demandas que lhe são postas (MOURÃO et al, 2006).

Nesta perspectiva de apreensão da saúde como um processo articulado às reais condições de vida dos indivíduos, se insere o debate sobre a humanização da saúde, que segundo o Ministério da Saúde do Brasil, (BRASIL, 2004, p. 62) corresponde à:

[...] uma aposta ético-estético-política: ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e co-responsáveis. Estética porque acarreta um processo criativo e sensível de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas. Política porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS. O compromisso ético-estético-político da humanização do SUS se assenta nos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de co-responsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão.

Apesar do significado anteriormente expresso, o princípio da humanização, entretanto, não vem se efetivando. O Sistema Único de Saúde (SUS) tem se caracterizado muito mais pela desumanização – longas filas para consultas e exames especializados; atendimento de urgência em corredores hospitalares; falta de medicamentos, de leitos; pessoas sendo socorridas nas ruas, por falta de vagas em unidades de saúde etc., situação que compromete seriamente a filosofia da política de saúde inscrita na Constituição Federal de 1988. Neste sentido, localiza-se a nossa preocupação em estudar a relação entre o Serviço Social e o processo de humanização no SUS. Nosso objetivo principal foi o de identificar e analisar a inserção do assistente social no processo de humanização da saúde no contexto de contrarreforma do Estado brasileiro. Como objetivos específicos, tem-se: refletir sobre o atual contexto de reforma conservadora do Estado; debater acerca da perspectiva do atendimento humanizado em saúde, neste contexto, e analisar a relação entre o Serviço Social e o processo de humanização do atendimento.

O interesse pela temática decorre da experiência do estágio supervisionado em Serviço Social junto ao Serviço Municipal de Fisioterapia (SMF) de Campina Grande, composto pela Unidade Municipal de Fisioterapia (UMF) e pelo Centro de Referência em Atenção aos portadores de Necessidades Especiais (CRANESP). Esta experiência despertou o interesse pelo aprofundamento teórico em torno da relação entre a realidade da política de saúde, demarcada predominantemente, pela desumanização dos serviços e as possibilidades de intervenção do assistente social neste contexto adverso.

Acredita-se que o presente trabalho apresenta sua relevância teórico-metodológica à medida que, traz para a discussão a perspectiva da humanização, ideologicamente utilizada pelo discurso dominante para mascarar os conflitos existentes na política de saúde. Refletir a questão numa abordagem histórico-crítica contribuirá com a sua desmistificação teórico-metodológica e ético-política, caminho que permitirá o estabelecimento de relações entre a intervenção do assistente social e a efetivação dos serviços de saúde no atual contexto.

Para se atingir os objetivos propostos foi utilizada a revisão de literatura, apoiando-se em textos e artigos de autores com estudos relevantes na área, além

de manuais e documentos do Ministério da Saúde que refletem a visão governamental acerca da política de saúde brasileira.

O artigo está estruturado da seguinte forma: inicialmente, apresenta uma caracterização da política de saúde no Brasil, contextualizando-a e pontuando a perspectiva da humanização. Em seguida, aborda a relação entre Serviço Social e saúde, destacando nesta, a proposta de humanização dos serviços.

2. POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

Vargas (2008) afirma que o processo de industrialização dos países centrais, que se desenvolve desde o início do século XIX, constituiu-se em um fator importante para que o Estado capitalista passasse a assumir a assistência à saúde dos trabalhadores. No Brasil, até o final do século mencionado, o Estado não dispunha de uma forma de atuação efetiva no campo da saúde, atuando apenas, de forma pontual, em situações de epidemia.

Situações desta natureza se fazem presentes no início do século XX, com a proliferação da epidemia de febre amarela, momento em que o país desenvolve sua política agroexportadora e vivencia uma crise socioeconômica com forte rebatimento no plano sanitário, o que move o governo brasileiro a focar suas ações nas áreas de circulação de mercadorias, para proteger as exportações e o desenvolvimento capitalista. Neste sentido, o combate à epidemia se dá caracterizado pela predominância de estratégias militaristas – invasão de casas, queima de colchões etc., o que causou forte indignação popular, resultando na Revolta da Vacina, movimento que reflete a questão da saúde, enquanto expressão coletiva dos problemas sociais.

Apesar do conflito estabelecido, houve, nesse período, alguns avanços no controle das doenças e a possibilidade do levantamento de informações que ajudaram na elaboração de uma política educativa. Além disso, foram colocadas em pauta questões de higiene e saúde do trabalhador e conquistados alguns direitos, como a Lei Elói Chaves, de 1923, que proporcionou a criação das Caixas de

Aposentadorias e Pensões (CAPs) para os assalariados urbanos, financiadas pela União, pelas grandes empresas empregadoras e pelos empregados.

De acordo com Bravo (2001, p. 2) “a saúde pública, na década de 1920, adquire novo relevo no discurso do poder. Há tentativas de extensão dos seus serviços por todo país.” Essas tentativas correspondem à ampliação no atendimento por parte do poder central, e são propostas pela Reforma Carlos Chagas, de 1921.

A década de 1930 apresenta a marca do modelo sanitarista-campanhista no campo da saúde pública. Foram criados o Serviço Nacional de Febre Amarela, o Serviço de Malária do Nordeste e o da Baixada Fluminense. Em 1942 é criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), responsável por ações sanitárias em regiões afastadas do País, mas com interesse estratégico para a economia, como a região de produção da borracha na Amazônia (RONCALLI, 2003).

Soares (2010, p.29) destaca a relação entre o desenvolvimento da política de saúde e o avanço da organização dos trabalhadores brasileiros e afirma: “a estruturação da política de saúde no Brasil está diretamente relacionada à forte pressão da classe trabalhadora em pleno processo de industrialização e surgimento da classe operária”.

Na década de 1950, a influência dos países desenvolvidos na área da saúde, refletiu-se na construção de um modelo de atenção semelhante aos padrões americanos, onde grandes hospitais e equipamentos concentram o atendimento médico de toda uma região, colocando em segundo plano a rede de postos de saúde, consultórios e ambulatórios, cujos custos são bem menores. Havia uma tendência de construção de hospitais cada vez maiores em quantidade e extensão. Nessa época surgiu a medicina de grupo, os chamados convênios (VARGAS, 2008).

Consolida-se, então, um modelo pautado no atendimento hospitalar de natureza privada, com fins lucrativos, direcionado à formação de empresas médicas. Segundo Bravo (2001, p.5-6), “a corporação médica ligada aos interesses capitalistas do setor era, no momento, a mais organizada e pressionava o financiamento através do Estado, da produção privada, defendendo claramente a privatização.”

No final dessa década, a política de saúde pública era questionada acerca do alcance de suas ações, como também o Estado era questionado em relação ao seu

investimento na resolução dos problemas sanitários. O contexto desenhava um padrão de atendimento à saúde mais hospitalar e curativo.

Na década de 1960, com a ditadura civil-militar e o modelo de privilegiamento do setor privado, os grandes problemas estruturais brasileiros não foram resolvidos, e sim agravados, tornando-se mais complexos e com dimensões maiores e mais preocupantes. Nessa década os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), caracterizando uma maior intervenção do Estado sobre a sociedade e a eliminação do trabalhador do jogo político. A saúde pública entrou em declínio nesse período, enquanto que a medicina de grupo cresceu e ainda contou com a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que facilitou a intermediação de repasses para a iniciativa privada (BRAVO, 2001).

A partir da década de 1970, a sociedade brasileira vivencia um processo de reorganização das forças democráticas que lutam pela superação do regime autocrático e pelo reconhecimento e garantia dos direitos de cidadania. Na área da saúde, movimentos sociais, marcados pela presença de trabalhadores e usuários desta política e com o apoio de parlamentares de oposição, se colocam em defesa de uma política de saúde mais abrangente, de caráter universal e que considerasse as condições objetivas de vida como fator determinante no processo saúde-doença. Estava posta, então, a reivindicação de uma Reforma Sanitária. Acerca deste assunto, Bravo (2006, p. 8) afirma que:

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. A saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia.

O debate que envolveu o movimento em defesa da saúde pública foi permeado pelas seguintes questões: a universalização do acesso às ações de saúde; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Único de 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 através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde. Sérgio Arouca – um dos integrantes do Movimento pela Reforma Sanitária, assim se pronunciou acerca do conceito de saúde:

Saúde não é simplesmente não estar doente, é mais: é um bem estar social, é o direito ao trabalho, a um salário condigno; é o direito a ter água, à vestimenta, à educação, e até, a informação sobre como se pode dominar o mundo e transformá-lo. É ter direito a um meio ambiente que não seja agressivo, mas que, pelo contrário, permita a existência de uma vida digna e decente; a um sistema, político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e de autodeterminação de um povo. É não estar todo tempo submetido ao medo da violência, tanto daquela violência resultante da miséria, que é o roubo, o ataque, como a violência de um governo contra o seu próprio povo, para que sejam mantidos os interesses que não sejam os do povo. (AROUCA *apud* KRÜGER, 2010, p. 128).

Um dos momentos marcantes desse processo de reforma sanitária ocorreu em março de 1986, com a 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS), um marco na luta por uma saúde pública, gratuita, universal e de qualidade. Este evento contribuiu para a publicização desta discussão.

Resultado da organização e da pressão exercida pelo conjunto dos trabalhadores, a Assembleia Nacional Constituinte, cuja função era a de elaborar a nova Carta Magna do país, incorporou parte das propostas formuladas durante a 8ª CNS, dando-lhes o caráter jurídico-institucional. Neste sentido, a Constituição Federal de 1988, incluiu no capítulo da Seguridade Social, a saúde como direito de todos e dever do Estado, delineando as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), cujos princípios são a universalidade, a igualdade e a integralidade das ações (RONCALLI, 2003).

O texto constitucional indica que a concepção do SUS propõe um modelo de saúde voltado para as necessidades da população e para a definição do compromisso do Estado frente à garantia dos direitos sociais, especialmente no que refere à saúde coletiva, parte constitutiva da cidadania.

No entanto, as conquistas no plano jurídico-formal, não corresponderam às ações e programas efetivados. Na década de 1990 o SUS, assim como as demais políticas sociais, são alvos privilegiados de uma investida antissocial, ou seja, o Estado, em meio à crise estrutural do capital, se compromete ainda mais, com o repasse de recursos públicos para salvaguardar a lógica da lucratividade em

detrimento do investimento em políticas públicas. Sob os argumentos da instabilidade institucional, da desarticulação organizacional na arena decisória federal e da escassez de financiamento, o Estado apresenta como saída, a privatização de bens e serviços, com o discurso da redução dos gastos públicos e da responsabilidade da sociedade civil frente à resolução dos problemas sociais. O poder público deve ter uma intervenção mínima na área social, incluindo a da saúde. Os fundamentos desta lógica são encontrados na política neoliberal-privatizante, adotada e imposta pelos organismos internacionais (Fundo Monetário Internacional – FMI e Banco Mundial – BM), como saídas para a crise capitalista mundial.

Assiste-se assim, a uma repactuação entre representantes do capital internacional, setores da burguesia local e o Estado nacional que, de acordo com Bravo (2001), se mostra na reforma constitucional em curso, particularmente nos campos da previdência social e das relações entre capital e trabalho. O ataque aos direitos já conquistados pelos trabalhadores configura-se num processo de contrarreforma ou reforma conservadora do Estado, na qual este deve assumir o papel de promotor e regulador do desenvolvimento econômico e social, transferindo para o setor privado a responsabilidade direta pelas atividades que antes eram suas. Nessa conjuntura, há uma desconstrução da proposta de Política de Saúde da década de 1980.

Em 2002, a eleição de Luís Inácio Lula da Silva, trouxe consigo a esperança da construção de um novo Brasil, com diminuição das desigualdades sociais através de uma política econômica com redistribuição de renda e geração de empregos. Havia a expectativa de que as políticas sociais adquirissem um caráter universalista. Especificamente na saúde, a pretensão era de retorno do Projeto da Reforma Sanitária. Todavia, essa expectativa não foi concretizada e a política de saúde permaneceu focalizada e sem um efetivo financiamento. Bravo (2006, p. 14) afirma:

[...] a Saúde fica vinculada ao mercado, enfatizando-se as parcerias com a sociedade civil, responsabilizando a mesma para assumir os custos da crise. A refilantropização é uma de suas manifestações com a utilização de agentes comunitários e cuidadores para realizarem atividades profissionais, com o objetivo de reduzir os custos.

A crise na saúde agrava a operacionalização do SUS, atingindo a atenção básica e a assistência hospitalar. Precárias condições de trabalho para os

profissionais da área, associadas a péssimas condições estruturais das instituições de saúde, assumem maiores proporções quando adicionadas à falta de medicamentos, de leitos hospitalares e da existência de longas filas para ter acesso a consultas e exames especializados. Configura-se claramente, uma grande divergência entre a proposta do movimento sanitário e a prática social do sistema de saúde, ou seja, a idealização do SUS não se consolidou, o que vem contribuindo para o agravamento das precárias condições de vida da população pobre. É possível afirmar, diante do contexto, que o projeto original de reforma sanitária está perdendo espaço para o projeto de saúde privatista, voltado para o mercado, o que indica a necessidade de fortalecimento da luta em defesa do SUS.

2.1 O SUS e a perspectiva da humanização na saúde

De acordo com o Ministério da Saúde, entende-se por Humanização a valorização dos diferentes sujeitos envolvidos 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 a participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2010).

Ao se discutir o tema da humanização em saúde, percebe-se que não há uma unanimidade quanto ao seu conceito, por esse motivo ele é considerado polissêmico. Vários estudos foram e continuam sendo realizados buscando compreender a complexa teia de significados e propostas, tanto no nível teórico-conceitual quanto no das práticas que daí decorrem. No entanto, cabe aqui ressaltar que não é objetivo deste trabalho conceituar *Humanização*, mas, sim, sinalizar algumas questões conceituais a fim de contribuir para os debates que são feitos a esse respeito.

Esta discussão é recente, haja vista que a saúde passou a ser entendida como resultante da qualidade de vida da população e não apenas como sinônimo de ausência de doença, basicamente a partir de 1978, com a Conferência Internacional

sobre Cuidados Primários em Saúde, ocorrida em Alma-Ata no Cazaquistão. No Brasil, é com a realização da 8ª CNS (1986) que o conceito ampliado de saúde é publicizado e passa a ser vinculado aos condicionantes econômicos, políticos e sociais. Esta compreensão de saúde pressiona o Estado a oferecer serviços que envolvam novas formas de acolhimento dos usuários, prestem uma assistência mais humanizada, melhorando assim, a qualidade destes serviços prestados à população.

Dentre as respostas implementadas verificam-se iniciativas isoladas na década de 1990, tais como o “Hospital Amigo da Criança, Humanização nas UTI’s Neonatais, Norma de atenção humanizada de recém-nascido de baixo peso - Método Canguru, Parto Humanizado e outras” (CONCEIÇÃO, 2009, p.195). A partir daí, no ano de 2000, o Ministério da Saúde, implantou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), cuja proposta consiste em um conjunto de ações integradas visando mudar o padrão de assistência aos usuários. Para tanto, o governo convida vários profissionais da área de saúde para elaborar uma proposta de trabalho com vistas à humanização. Porém, observou-se que, embora a importância de fatores como recursos humanos, materiais e espaciais para o sistema de saúde tenham sido ressaltadas nesse documento, houve uma lateralização dessas questões. Sendo assim, na realidade o que se pretendeu foi a promoção de uma humanização voltada à convocação dos profissionais de saúde e, neste sentido, Conceição (2009, p. 200) ressalta: “colocando em grande parte, senão toda, a responsabilidade deste projeto nos ombros dos trabalhadores da saúde”.

Em 2003, o citado Ministério realiza em Brasília, a *Oficina Nacional HumanizaSUS: construindo a Política Nacional de Humanização*, na qual se dá a socialização do trabalho efetuado no decorrer do ano, pela equipe do Ministério, que acompanhou as políticas, programas e ações que se desenvolviam no âmbito da saúde. Além disso, o citado evento indica a necessidade de alteração do caráter de “programa” de humanização, para o de política, instituindo-se assim, em 2004, a Política Nacional de Humanização (PNH), com o objetivo principal de aprimorar as relações entre os profissionais, entre profissionais e usuários e entre instituição e comunidade, através do estímulo a trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários para a produção de saúde e para a produção de sujeitos, em direção aos princípios do SUS (BRASIL, 2010).

Conceição (2009, p.196), ao tratar desta política de humanização afirma que:

[...] o tema da humanização está inscrito nas principais pautas de debates da política de saúde no Brasil no contexto atual, sendo incorporado pelo Ministério da Saúde como uma política transversal dentro do sistema, e tendo como uma de suas estratégias a visibilização do 'SUS que dá certo', ou seja, de experiências concretas consideradas exitosas no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Apesar das ações do Ministério da Saúde, a discussão acerca da humanização dos serviços, necessita de melhor qualificação e aprofundamento, principalmente, no que diz respeito a sua contextualização. É possível humanizar serviços, diante do nível de aprofundamento das desigualdades sociais? Os serviços poderão ser "humanizados" enquanto os usuários permanecerão com fome, morando nas ruas, sem emprego, ou seja, tratados de forma desumana? Humanizar serviços com uma equipe profissional submetida a baixos salários, a precárias condições e contratos de trabalho?

A humanização implica o enfrentamento das questões que determinam o tipo de política social viabilizada pelo Estado. Implica, portanto, uma dimensão política.

3. SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: ASPECTOS SÓCIO-HISTÓRICOS

A área da saúde tem sido uma das maiores a empregar assistentes sociais. Segundo (KRÜGER, 2010), até o final dos anos de 1980, a atuação desses profissionais nesta área, se deu na perspectiva curativista e por meio de abordagens individualizadas.

A partir de 1945, concomitante à institucionalização da profissão no Brasil, decorrente das exigências e necessidades de aprofundamento do capitalismo e das transformações que ocorreram no cenário internacional, em função do término da 2ª Guerra Mundial, observa-se também uma ampliação da ação profissional na saúde, que segue, mesmo a partir dos anos 1960, com o desenvolvimento do processo de renovação profissional, mantendo-se, no campo da saúde, com uma atuação psicologizante, centrada nos usuários e seus familiares. A Reforma Sanitária, bem

como os avanços políticos e o aprofundamento e amadurecimento teórico-metodológico da profissão, não influenciaram significativamente o Serviço Social na saúde, quer no nível do discurso, quer no nível da intervenção direta dos profissionais.

A década de 1980 e suas tendências democráticas impulsionaram a vertente de intenção de ruptura dentro do Serviço Social (ruptura com o tradicionalismo e conservadorismo profissionais e societal). Os profissionais atuantes na área de saúde, que viviam submetidos ao privilegiamento do saber médico em detrimento do conhecimento coletivo em saúde, começaram aos poucos a participar de eventos, entre eles a 8ª Conferência Nacional de Saúde, os Congressos de Saúde Coletiva e a apresentar trabalhos nos Congressos internos da categoria, cujo foco estava voltado para o aprofundamento de discussões relacionadas aos direitos, à cidadania e à saúde pública. Mais do que nunca, a saúde passou a ser discutida como um problema político e, conseqüentemente, democrático. De acordo com Krüger (2010, p.127), “as soluções para os problemas de saúde do Brasil não se colocavam apenas como soluções técnicas, mas se afirmava que qualquer solução técnica é também política, e qualquer solução política passa pelo debate democrático”.

No final da década de 1990 e início dos anos 2000, possivelmente impulsionada pelo debate do projeto ético-político, observa-se uma ascendente participação dos assistentes sociais nas discussões da saúde coletiva. As publicações desta última década encorparam o debate sobre o Serviço Social na saúde, sobretudo no âmbito do SUS.

Entre junho de 2008 e março de 2009, como resultado do Grupo de Trabalho “Serviço Social na Saúde”, instituído pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), que incorporou nas suas discussões e sistematizações as deliberações do 36º e 37º Encontro Nacional CFESS/CRESS, é lançado o documento intitulado “*Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde*”, que referencia as atribuições e competências dos profissionais do Serviço Social nesta área. O documento considera que o Código de Ética do Serviço Social apresenta ferramentas importantes para o trabalho dos assistentes sociais na saúde em todas as suas extensões: “na prestação de serviços diretos à população, no planejamento,

na assessoria, na gestão e na mobilização e participação social.” (CFESS, 2010, p. 30).

Nesta perspectiva, o segmento dos assistentes sociais mais antenado com a ruptura profissional passa a articular esta ruptura com o projeto de reforma sanitária e, neste sentido, buscam fortalecimento no coletivo, junto aos demais profissionais da saúde e movimentos sociais defensores dos princípios do SUS. O Serviço Social avança em todos os níveis: formação, prática e organização política. No entanto, os avanços enfrentam dificuldades de se manterem e se aprofundarem, tendo em vista as ameaças da ofensiva neoliberal sobre o alcance e o formato das políticas sociais, com as quais trabalham os assistentes sociais. As investidas da contrarreforma do estado atingem negativamente as condições de vida dos trabalhadores – usuários das políticas sociais, bem como as próprias condições de trabalho dos profissionais, que cada vez mais, são demandados por uma atuação imediatista, pragmática, focalizada e individualizada no trato dos problemas sociais, o que se choca frontalmente com o projeto da reforma sanitária e com o próprio projeto profissional do Serviço Social, construído a partir dos avanços da intenção de ruptura.

Tem-se assim, a coexistência de dois tipos de demanda aos assistentes sociais. Do ponto de vista do projeto da Reforma Sanitária, os requisitos apresentados vinculam-se à defesa da democratização do acesso aos serviços de saúde, à implementação de estratégias de aproximação das unidades de saúde com a realidade, ao desenvolvimento de um trabalho interdisciplinar, à ênfase nas abordagens grupais, ao acesso às informações e ao estímulo à participação popular. Já em relação ao projeto privatista, este requisitou e vem requisitando do profissional de Serviço Social, que proceda à seleção socioeconômica dos usuários, que atue na perspectiva psicossocial, por meio do aconselhamento e do predomínio de práticas individuais, que trate o direito de cidadania de forma assistencialista, através da ideologia do favor.

Os desafios ao fortalecimento do projeto democrático de Reforma Sanitária, conseqüentemente, ao fortalecimento do projeto ético-político do Serviço Social são inúmeros e o seu enfrentamento é um processo histórico que requer, permanentemente, formação teórico-filosófica, postura ético-política e competência técnico-operativa dos assistentes sociais.

3.1 Serviço Social e a Humanização na saúde: questões para reflexão

Ao tratar do nível de abstração presente nas portarias e normativas da Política Nacional de Humanização do SUS, Benevides e Passos (2005, p. 392) afirmam que “o projeto [...] do SUS não pode suportar uma existência descolada do plano das experiências concretas no qual o movimento instituinte da Reforma Sanitária fez valer a aposta em mudanças nas práticas de saúde”. Assim, o conceito de *único* do SUS só sairá do campo da abstração na medida em que, essencialmente, implique a presença efetiva do Estado na formulação e execução de programas, ações e serviços que atendam às demandas originais dos usuários da saúde. Em associação a este comprometimento do Estado, Benevides; Passos (2005), destacam a conexão entre diferentes sujeitos no processo de produção de saúde, considerando a transversalidade e a indissociação entre atenção e gestão, formando coletivos, a fim de efetivar uma mudança das práticas concretas de saúde.

Neste sentido, Silva e Arizono (2008) ao tratarem especificamente da contribuição do Serviço Social ao projeto de humanização, afirmam que há uma relação entre tal contribuição e o projeto ético-político da profissão, que, por sua vez, está alicerçado nas competências teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa, sob a direção social que se articula aos interesses da classe trabalhadora, estando assim, necessariamente articulado ao projeto da Reforma Sanitária.

De acordo com as autoras supracitadas (SILVA; ARIZONO, 2008), ao ser capacitado para identificar os determinantes sociais e apreender os aspectos conjunturais que rebatem sobre a qualidade de vida e saúde dos usuários, o assistente social colabora, de modo fundamental, para que o sujeito seja visto não apenas como um corpo doente, mas como um indivíduo inserido em um contexto real, cujas expressões se apresentam de forma objetiva e subjetiva, individual e coletivamente. A partir daí o profissional tem possibilidades de pensar em estratégias para o enfrentamento dos problemas sociais.

Para tanto, é necessário que este profissional busque uma formação continuada permanente a fim de não se limitar a uma prática rotineira burocrática. Formação que seja capaz de permitir a consideração da totalidade da realidade dos usuários dos seus serviços, a própria realidade institucional na qual está inserido,

bem como permita a clareza da necessidade de articulação profissional coletiva, enquanto caminho para a construção de respostas qualificadas e referenciadas socialmente nos interesses dos usuários trabalhadores.

Por outro lado, Silva e Arizono (2008) afirmam também que, compete ao poder público alterar, qualitativamente, as condições de vida da população pobre e garantir uma qualidade de saúde de forma universal, igualitária e gratuita a todos os usuários.

Tal afirmação contrasta com a contrarreforma do Estado, atualmente em curso no país. As forças conservadoras vêm avançando no seu projeto privatista e, para tanto, tem a seu favor a institucionalização jurídica de mecanismos de mercantilização dos serviços, a exemplo das Organizações Sociais (OSs), das Fundações Públicas de Direito Privado e, mais recentemente, no campo da saúde, da criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), resguardada pela Lei nº 12.550/2011, assinada pela atual presidenta, Dilma Rousseff. O que se revela por trás deste movimento, é a oficialização do repasse da administração de instituições públicas às mãos da iniciativa privada, sob a alegação de que estas, ao “contrário do poder público”, são eficientes e eficazes (ALCANTARA; VIEIRA, 2013).

Há que se questionar, então, como efetivar os princípios originais do SUS e nestes a humanização da saúde, tendo o capital privado como orientador e condutor de planos, programas, ações e serviços de saúde?

É, portanto, nesta conjuntura que profissionais da saúde, dentre estes os assistentes sociais, têm sido convidados a viabilizar a PNH, ao passo em que o contexto favorece exatamente o contrário: o desenvolvimento de valores individualistas e o fortalecimento da estabilização do projeto privatista dos serviços, com finalidade meramente lucrativa.

Reafirma-se, pois, a necessária apropriação, por parte dos profissionais, dos fundamentos da política de saúde em sua clara e histórica articulação com o desenvolvimento da economia capitalista, sob pena de sucumbirem aos “encantos” de uma humanização abstrata, que retraduz os valores da auto-ajuda, da ajuda mútua e da solidariedade local.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O SUS, assim como as demais políticas sociais, vem sendo alvos privilegiados de uma investida antissocial, ou seja, o Estado, em meio à crise estrutural do capital, aprofunda o seu vínculo de classe e a sua funcionalidade à manutenção da lógica da lucratividade em detrimento do investimento em políticas públicas, cujo papel deveria ser o de atender às necessidades da população pobre, alvo central dos problemas que resultam das desigualdades sociais.

O ataque aos direitos já conquistados pelos trabalhadores configura-se num processo de contrarreforma ou reforma conservadora do Estado. Nessa conjuntura, há uma desconstrução da proposta de Política de Saúde da década de 1980.

Em meio a esta desconstrução de direitos, o Ministério da Saúde, recompõe seu discurso, agora em torno da humanização dos serviços. A retórica assumida, por parte do poder público, enfatiza uma dimensão eminentemente psicologizante e despolitizada, centrada ora na responsabilidade do usuário, ora na responsabilidade do profissional e/ou da equipe de trabalho. Neste sentido, destacam-se como objetivos últimos da “humanização”, a possibilidade da escuta, a realização do acolhimento; a mudança de gestão, de comportamento e de cultura dos profissionais etc.

O estudo em torno da questão conduz aos seguintes questionamentos: é possível humanizar serviços, diante do nível de aprofundamento das desigualdades sociais? Os serviços poderão ser “humanizados” enquanto os usuários permanecerão com fome, morando nas ruas, sem emprego, ou seja, tratados de forma desumana? Humanizar serviços com uma equipe profissional submetida a baixos salários, a precárias condições e contratos de trabalho?

Deste modo, a humanização implica o enfrentamento das questões que determinam o tipo de política social viabilizada pelo Estado. Neste sentido, implica em uma dimensão política.

Do discurso oficial é possível concluir que o seu foco aponta para a retomada de um tipo de atuação profissional imediatista, pragmática, focalizada e individualizada no trato dos problemas sociais, o que se choca frontalmente com o projeto da reforma sanitária e com o próprio projeto profissional do Serviço Social, construído a partir dos avanços da intenção de ruptura.

Diante do exposto, conclui-se que o enfrentamento deste antagonismo entre o projeto profissional crítico do Serviço Social e o processo conservador de reforma do Estado, passa necessariamente, pela apropriação, por parte dos profissionais, dos fundamentos das políticas sociais, dentre elas a de saúde, em sua clara e histórica articulação com o desenvolvimento da economia capitalista, sob pena dos assistentes sociais sucumbirem aos “encantos” de uma humanização abstrata, que retraduz os valores da autoajuda, da ajuda mútua e da solidariedade local.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

ALVES, F. L.; MIOTO, R. C. T.; GERBER, L. M. L. A política nacional de humanização e o serviço social: Elementos para o debate. In: **Serviço Social & Saúde**. Campinas, v. 6, n. 6, Mai. 2007.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. Humanização na saúde: um novo modismo? In: **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, Niterói, v.9, n.17, mar/ago 2005.

BRASIL. Ministério da saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização, documentos para discussão**. Brasília, Editora do Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Práticas de produção de saúde**. 2º ed. Brasília, 2006.

_____. Constituição de 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. 48.ed. Rio de Janeiro: Escala, 2006.

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

_____. **A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica**. In: Capacitação para Conselheiros de Saúde - textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

BRAVO, Maria Inês Souza. Capacitação para Conselheiros de Saúde. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil**. In: MOTA, Ana Elizabete et. al. (Org.) Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. 2. Ed. São Paulo: Cortez, OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006, p. 1-24.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. **Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o**

debate. In: MOTA, Ana Elizabete et. al. (Org.) Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. 2. Ed. São Paulo: Cortez, OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006, p. 1-22.

CONCEIÇÃO, Tainá Souza. A Política Nacional de Humanização e suas implicações para a mudança do modelo de atenção e gestão na saúde: notas preliminares. In: **SER Social**, Brasília, v. 11, n. 25, Jul./Dez. 2009.

CONSELHO FEDERAL DO SERVIÇO SOCIAL - CFESS, **Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Brasília: CFESS, 2010.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. **O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos(as) Assistentes Sociais**. Dissertação (Mestrado) – Mestrado em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, 1998.

KRÜGER, T. R. Serviço social e saúde: espaços de atuação a partir do SUS. **Revista Serviço Social & Saúde**. Campinas, V. IX, n. 10, Dez. 2010.

MOURÃO, A. M. A. *et al.* A formação dos trabalhadores sociais no contexto neoliberal: o projeto das residências em Saúde da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora. In: MOTA, A. E. *et al.* (Org.). *Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Cortez, 2006, p. 352-380.

REGIS, Maria Figuerêdo de Araújo. O Serviço Social e a área de gestão de pessoas: mediações sintonizadas com a Política Nacional de Humanização no Hospital Giselda Trigueiro. In: **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 107, jul/set 2011.

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

RODRIGUES, A. C.; SILVA, I. A. V. da.; AGUIAR, K. C.; FARINELLI, M. R.; REZENDE, R. M.; MARTINS, R. A. de S.; MELO, S. A. A.; CONTI, V.; SANTOS, Z. C. dos.; Serviço Social e Humanização: experiência da residência em saúde. **Revista Serviço Social & Saúde**. Campinas, v. X, n. 12, Dez. 2011.

RONCALLI, Angelo Giuseppe. **O desenvolvimento das políticas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde**. In: Pereira, A. C. (Org.) *Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2003.

SILVA, R. C. P. da; ARIZONO, A. D. A política nacional de humanização do SUS e o Serviço Social. **Revista Ciências Humanas**. São Paulo: UNITAU Vol. 1, n. 2., 2008.

SOARES, Raquel Cavalcante. **A contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje: impactos e demandas ao Serviço Social.** 209 f. Tese (Doutorado) - Programa de pós-graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, 2010.

VARGAS, Jeferson Dutra de. **História das Políticas Públicas de Saúde no Brasil: revisão da Literatura.** 32 f. TCC (especialização) - Departamento de Formação de Oficiais do Serviço de Saúde, Escola de Saúde do Exército, 2008.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde.** In: MOTA, Ana Elizabete et. al. (Org.) Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. 2. Ed. São Paulo: Cortez, OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006, p. 1-32.

Sítios eletrônicos

CONSELHO FEDERAL DO SERVIÇO SOCIAL. **Resolução CFESS N.º 383/99 de 29/03/1999.** Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao_383_99.pdf> Acesso em: 09 Jul. 2014.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução N.º 218, de 06/03/1997.** Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1997/Reso218.doc>> Acesso em: 09 Jul. 2014.