



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

**DANIELA DE MELO BRANDÃO**

**A HUMANIZAÇÃO DO SUS: CONCEPÇÃO X PRÁTICA**

Campina Grande  
2011

**DANIELA DE MELO BRANDÃO**

**A HUMANIZAÇÃO DO SUS: CONCEPÇÃO X PRÁTICA**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) em cumprimento aos requisitos necessários para obtenção do título de Bacharela em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Ma. Sandra Amélia Sampaio Silveira

Campina Grande  
2011

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial Luiza Erundina – Serviço Social – UEPB

B817h Brandão, Daniela de Melo.  
A humanização do SUS [manuscrito] : concepção x  
prática / Daniela de Melo Brandão. – 2011.  
26 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço  
Social) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de  
Ciências Sociais Aplicadas, 2011.

“Orientação: Profa. Ma. Sandra Amélia Sampaio Silveira,  
Departamento de Serviço Social”.

1. Saúde Pública. 2. Política Nacional de Humanização.  
3. Neoliberalismo. 4. Serviço Social. I. Título.

21. ed. CDD 362.1

**DANIELA DE MELO BRANDÃO**

**A HUMANIZAÇÃO DO SUS: CONCEPÇÃO X PRÁTICA**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado a Coordenação de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) em cumprimento aos requisitos necessários para obtenção do título de Bacharela em Serviço Social.

Aprovação em 01 de Dezembro de 2011.

**BANCA EXAMINADORA**

Sandra Amélia Sampaio Silveira  
Profa. Ma. Sandra Amélia Sampaio Silveira – CCSA/UEPB  
Orientadora

Patrícia Crispim Moreira  
Profa. Ma. Patrícia Crispim Moreira – CCSA/UEPB  
Membro da Banca

Mariana Calixta de Assis Dantas e Sales  
Assist. Social Mariana Calixta de Assis Dantas e Sales - ISEA  
Membro da Banca

## **AGRADECIMENTOS**

***A Deus - Senhor da minha vida e consumidor de minha fé, à Ele toda Honra, Glória e Louvor.***

***A meu esposo e filho - motivo maior dessa conquista. Obrigada pela dedicação, incentivo, paciência, compreensão e amor, durante todo este tempo.***

***Aos meus avós, irmãos e demais familiares – por acreditarem em minha capacidade, pelo incentivo e conforto nos momentos difíceis.***

***A Minha amiga e orientadora Sandra Amélia – pela dedicação, competência e paciência, nos ensinamentos valiosos contidos neste trabalho.***

***Aos professores – pelos ensinamentos que contribuirão para o meu exercício profissional.***

***A Assistente Social e amiga Mariana – pelo acolhimento no campo de estágio, pelos ensinamentos ali repassados, pela paciência e compreensão.***

***Aos meus amigos (as) – que de diversas maneiras contribuíram para a concretização deste momento.***

***O Meu agradecimento a todos vocês.***

## SUMÁRIO

<b>RESUMO .....</b>	<b>5</b>
<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>5</b>
<b>2 BREVE HISTÓRICO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL .....</b>	<b>7</b>
<b>3 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE: DISCUTINDO OS SEUS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES .....</b>	<b>10</b>
<b>4 A POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO NO SUS: BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE ALGUMAS DAS DIFICULDADES PARA SUA IMPLEMENTAÇÃO .....</b>	<b>14</b>
4.1 ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE: POSSÍVEIS CONTRIBUIÇÕES PARA EFETIVAR A HUMANIZAÇÃO .....	19
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>21</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>22</b>

## A HUMANIZAÇÃO DO SUS: CONCEPÇÃO X PRÁTICA

Daniela de Melo Brandão

### RESUMO

O presente artigo tem por objetivo fazer uma breve discussão da Política Nacional de Humanização (PNH), com ênfase na dicotomia existente entre a teoria e a prática no contexto de avanços das ideias neoliberais. Referenciada na revisão bibliográfica e documental realizada, discorre acerca das dificuldades para implementação da citada política e para a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS. Destaca a importância dos movimentos sociais na luta pela garantia dos direitos assegurados na Constituição Federal de 1988 e a contribuição do Assistente Social para a efetivação da PNH.

**Palavras-Chave:** Política Nacional de Humanização. Neoliberalismo. Serviço Social.

### ABSTRACT

This article aims to make a brief discussion of the National Humanization Policy (NHP), with emphasis on the dichotomy between theory and practice in the context of advances in neo-liberal ideas. Referenced in the literature review and documental study, talks about the difficulties in implementing the said policy and for the realization of the principles and guidelines of the SUS. Stresses the importance of social movements in the struggle to guarantee the rights guaranteed in the Constitution of 1988 and the contribution of the social worker for the effectiveness of HNP.

**Keywords:** National Humanization Policy. Neoliberalism. Social Service.

## 1 INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Humanização (PNH) criada no ano de 2003 pelo Ministério da Saúde tem como objetivo efetivar os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com a cartilha HumanizaSUS, produzida pelo Ministério da Saúde, entende-se por humanização “a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores” (BRASIL, 2004, p.13).

Através da PNH, o Ministério da Saúde busca tornar o SUS mais fortalecido e democrático, através da transformação das relações entre atenção e gestão. Isto implica numa mudança de postura entre gestores, trabalhadores e usuários.

O presente artigo tem como objetivo analisar a Política Nacional de Humanização e os desafios para a sua efetivação, frente à política sócio-econômica do neoliberalismo.

A motivação para discutir essa temática surgiu a partir de inquietações advindas da experiência de estágio, na qual pudemos observar a real condição da saúde no Brasil. Levando em consideração a importância da Política Nacional de Humanização na efetivação dos princípios do SUS de universalidade, integralidade e equidade, buscamos com esse artigo fazer uma análise da dicotomia existente entre a sua concepção e a prática, no contexto neoliberal.

Nesse sentido, partimos de uma pesquisa bibliográfica e documental, com abordagem qualitativa, na qual utilizamos documentos do Ministério da Saúde, com destaque para a Política Nacional de Humanização de Saúde (BRASIL, 2004), e publicações científicas relacionadas ao tema e sobre a Política de Saúde em geral, lançando mão de autores, tais como: Bravo (2009); Santos (2009); Escorel e Teixeira (2008); Silva e Arizono (2008), dentre outros.

A partir do estudo realizado, o presente artigo está subdividido em três partes: na primeira faremos um breve histórico da Política de Saúde no Brasil, a partir do século XVIII até a criação do Sistema Único de Saúde, destacando algumas transformações ocorridas durante este período, bem como os avanços relevantes para a sociedade brasileira como, por exemplo, a ampliação do conceito de saúde que, com a Constituição de 1988, passou a ser relacionado com as condições de vida e trabalho.

Na segunda parte, apresentamos uma discussão acerca dos princípios e diretrizes que norteiam a Política Nacional de Humanização da Saúde, evidenciando seu significado e como o termo humanização ganhou visibilidade na agenda de debates da saúde, até transformar-se numa política pública.

Já na terceira e última parte analisamos as dificuldades para a implementação da PNH no contexto neoliberal, e a atuação do assistente social na saúde brasileira, especialmente no que tange as contribuições possíveis em torno da humanização e, por fim, fazemos as nossas considerações finais.



## 2 BREVE HISTÓRICO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

A Política de Saúde no Brasil apresenta, em sua trajetória, avanços significativos que redundaram em várias conquistas para os brasileiros, especialmente nos últimos vinte anos. Numa breve incursão histórica, verifica-se que no século XVIII, a assistência médica era exercida por meio da filantropia e da prática liberal (BRAVO, 2009). No século XIX, devido às transformações ocorridas no âmbito econômico, social e político, observa-se o desenvolvimento de ações de saúde pública, como campanhas sanitárias destinadas ao combate de epidemias urbanas e rurais (PATRIOTA; AMORIM, 2003).

Já no século XX, a saúde vai ganhando cada vez mais visibilidade, pois passa a ser considerada como “questão social”. A partir da década de 1930 foram criadas Políticas Sociais como estratégia para dar respostas à “questão social”. A população, em especial a classe trabalhadora, vivia em condições precárias, insalubres e desprovida de direitos, o que fomentava o seu processo de organização e luta por melhores condições de vida e trabalho. Diante de tal cenário, o Estado passou, cada vez mais, a intervir como mediador entre as classes, com o intuito de manter a ordem social capitalista vigente (BRAVO, 2009).

Ainda segundo Bravo (2009), a política de saúde, com caráter nacional, foi constituída nesse período em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. O setor de saúde pública, que predominou até meados dos anos de 1960, foi marcado pelas campanhas sanitárias — criação de serviços de combate as endemias, dentre outros, ínfimos para a população urbana e, de forma ainda mais limitada, para a população rural.

Na década de 1920 foram criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), através da Lei Elói Chaves, de 1923. Caracterizavam-se como fundos, de caráter civil, com gestão privada e financiada pelas empresas empregadoras e pelos empregados. As CAPs eram destinadas aos segurados (ferroviários, portuários e marítimos) e seus recursos eram designados às aposentadorias por idade, invalidez, dentre outros, e disponibilizavam um leque amplo de serviços e acesso aos mesmos.

Com a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), temos um marco para a medicina previdenciária, ao possibilitar o atendimento de base

curativa, individualizada. Tais institutos assumem, porém uma orientação contencionista, reduzindo assim a oferta de serviços prestados, visando uma maior racionalidade institucional e a diminuição dos gastos, se comparado às CAPs (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Assim, no período que antecede a criação do SUS, o modelo de saúde que existia no Brasil dividia os brasileiros em três classes: os que podiam pagar pelos serviços de saúde de ordem privada; os que tinham acesso a saúde por serem assegurados pela previdência — trabalhadores assalariados, com carteira assinada; e os que eram destituídos de qualquer direito e dependiam da ação filantrópica para atender a algumas das suas necessidades de saúde (BRASIL, 2004).

Durante a ditadura militar (1964-1980), observou-se um agravamento na situação da saúde pública no país. Os problemas relacionados a estrutura do sistema de saúde, não foram solucionados, e sim agravados. O Estado, no combate a questão social, fez uso do binômio repressão – assistência, ampliando a política assistencial com o fim de amenizar os conflitos e legitimar o regime vigente, servindo de instrumento de acumulação do capital. No período que compreende os anos de 1964 a 1974, houve um crescimento significativo da medicina previdenciária, enquanto que a situação da saúde pública declinou. Não havia uma política preventiva coletiva, mais sim uma estratégia de medicalização dos problemas sociais de caráter imediatista e curativo individual (BRAVO, 2009).

Nesse contexto econômico, político e social, onde a classe trabalhadora, agora em maior número, devido ao processo de industrialização, reivindicava melhores condições de vida, incluindo o direito a saúde, surgem novos sujeitos sociais — os partidos políticos de oposição, os profissionais de saúde, os movimentos sociais urbanos dentre outros. A questão da saúde agora transcendia a classe política e profissional especializada, alcançando a sociedade civil, assumindo então um caráter democrático e uma dimensão política (BRAVO, 2009). É diante desse quadro de crise — onde a população urbana vivia em extrema miséria, em condições insalubres, com a taxa de morbidade e de mortalidade alta, que surgem movimentos organizados denunciando as más condições de saúde, a exemplo do movimento de reforma sanitária, iniciado ainda nos anos 1970 (BRAVO, 2009).

A partir desse momento, tendo como protagonista o movimento de reforma sanitária, surgem propostas com relação à política de saúde, dentre as quais,

podemos citar: a saúde como direito social e dever do Estado; a universalização do acesso; o Sistema Unificado de Saúde (SUS); a descentralização das decisões para as esferas Estaduais e Municipais; o financiamento efetivo e a participação popular através dos Conselhos de Saúde (BRAVO, 2009).

Como pudemos observar, ao longo do tempo, as questões relacionadas à saúde e a outras que envolvem o social, foram ganhando destaque no cenário nacional, impulsionadas pelo agravamento da questão social e da intensificação das lutas sociais. Em 1988 a Constituição Federal foi promulgada, e com ela a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS é composto por agências (instituições e empresas públicas ou privadas) e agentes (todas as pessoas que trabalham com a saúde), cuja finalidade é promover a saúde de todos os indivíduos (PAIM, 2009). A Política de saúde, que orienta o SUS está fundamentada nos princípios e diretrizes a seguir que, em linhas gerais, significam:

- a) Universalidade: acesso à saúde como direito de todo cidadão, sem distinções;
- b) Integralidade: as pessoas devem ser tratadas como um todo, sendo reconhecidas como seres de direito, devendo ser atendidas em suas necessidades de saúde, com base na promoção, na proteção e na recuperação da saúde, além de priorizar as atividades preventivas;
- c) Equidade: assegurar o atendimento de acordo com as necessidades de saúde de cada um;
- d) Descentralização: Significa que a gestão do SUS passa para os municípios, em co-responsabilidade com o estado, Distrito Federal e União, com base num comando único fundado nos princípios e diretrizes que orientam o sistema de saúde como um todo, ora mencionado;
- e) Participação: significa a democratização dos serviços e das decisões no âmbito da saúde (PAIM, 2009).

A concepção de saúde, que antes se caracterizava pela ausência de doença, a partir da Constituição de 1988, ganha um significado mais abrangente. A questão da saúde agora passa a ser considerada como qualidade de vida, direito de todos e dever do Estado (BRAVO, 2009).

Em contraposição aos direitos alcançados nos anos 1980, remetendo à Constituição Federal, presencia-se na década de 1990 a ofensiva neoliberal, com

um redirecionamento do papel do Estado, que deve intervir o mínimo na área social, na qual está incluída a saúde. Sob esta orientação, o que se observa é o fortalecimento do modelo médico-assistencial privatista, de cunho curativo individual direcionado para o mercado. “Assim, cabe ao Estado garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento aos que podem ter acesso ao mercado” (CFESS, 2009, p. 13).

O SUS, no corrente ano (2011), completa 23 anos de sua existência. Este representa uma conquista para a população brasileira, advinda de muitas lutas dos movimentos sociais em especial o do movimento de reforma sanitária. Contudo, vale ressaltar que numa sociedade como a nossa, que apresenta tantas desigualdades sociais, ainda resta um longo caminho a se percorrer.

O SUS ao longo de sua trajetória tem alcançado importantes resultados, porém há muitos desafios<sup>1</sup> a serem enfrentados, como a necessidade de uma reestruturação do modelo de atenção, considerando os problemas de infra-estrutura, organização e gestão, dentre outros. Diante deste contexto, o Ministério da Saúde, em 2003, criou a Política Nacional de Humanização e Gestão do SUS (Humaniza SUS), que tem como objetivo, efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, como também fomentar a solidariedade entre gestores, trabalhadores e usuários na produção de saúde (BRASIL, 2003). Desta forma, a referida política se compromete, através de seus princípios e diretrizes, a possibilitar atenção integral à população e a propor estratégias que permitam ampliar as condições de direitos e de cidadania.

### **3 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE: DISCUTINDO OS SEUS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES**

O termo humanização, que na atualidade vem ganhando destaque na agenda de debate sobre a saúde, na verdade vem sendo discutido desde meados do século XX. Ainda que, naquele momento, não apresentasse o enfoque que tem hoje, podemos observar que já havia a preocupação com o termo. No final do século XX e

---

<sup>1</sup> Acerca dos desafios do SUS, não irei me deter mais detalhadamente, por não ser esta a temática central do presente artigo. Para uma maior compreensão, sugerimos a leitura do volume 33, n. 81, da Revista Saúde em Debate.

início do século XXI a temática ganha visibilidade, a partir de discussões em torno do parto humanizado, humanização em UTI's neonatais, dentre outros (CONCEIÇÃO, 2009).

No início da década de 2000 o debate em torno da humanização passa a ter uma conotação mais ampla. Os problemas apresentados na saúde brasileira, sinalizados por usuários, funcionários e gestores no campo da saúde, através de reclamações acerca das grandes filas, má atendimento, dificuldade no acesso aos serviços oferecidos pelo SUS, falta de estrutura para se trabalhar etc, fizeram com que o Ministério da Saúde atentasse para estes problemas e que, a partir daí, formulasse estratégias para solucioná-los buscando a efetivação e a qualificação do SUS. A humanização alcança sua legitimidade desde a 11ª Conferência em Saúde, realizada em Brasília no ano de 2000, que tratou sobre a efetivação do SUS – Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social (CFESS, 2009).

Como resultado desse processo, o Ministério da Saúde instituiu em 2001 o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) que, juntamente com outros programas de humanização já existentes (humanização do atendimento; humanização do acolhimento; humanização do parto; humanização da gestão etc.) foram transformados na Política Nacional de Humanização (PNH) o Humaniza SUS, em 2003, que amplia o foco dessa abordagem ao enfatizar a qualidade dos serviços de saúde na busca de superar a fragmentação estabelecida até então (BRASIL, 2003).

O conceito humanizar significa suavizar, civilizar, compadecer-se, tornar-se humano (FERREIRA, 2005). Assim, a humanização implica em reconhecer o paciente como um ser que necessita ser cuidado em sua totalidade, integralmente.

Quando se discute acerca do conceito de humanização em saúde, observa-se um grande leque de definições. Devido à forte ênfase que existe no voluntarismo, assistencialismo, paternalismo e até mesmo no tecnicismo, o conceito de humanização, associado a estes termos, passa a transmitir uma imprecisão e fragilidade conceitual. Contudo, o termo tem uma significação mais abrangente, até mesmo pelo fato da humanização se tratar de uma política e não de um programa.

No campo da Política Pública de Saúde, humanização remete à transformação dos modelos de atenção e gestão, assim como, da garantia do acesso e da qualidade dos serviços de saúde, com isso sinaliza a necessidade de

construção de novas relações entre os profissionais da área de saúde e os usuários (BRASIL, 2004).

No Documento Base para gestores e trabalhadores do SUS, a humanização é descrita como:

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 (BRASIL, 2006, p. 44).

De acordo com o Ministério da Saúde, humanização é o aumento do grau de co-responsabilidade dos sujeitos na produção de saúde; como também uma mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho (BRASIL, 2003).

Para Puccini e Cecilio (2004), a humanização assume diferentes sentidos e conceituações, segundo as intenções e motivações que orientam as propostas e práticas em torno da mesma. Nesse sentido, os referidos autores enfatizam que:

[...] o que importa sobre o movimento humanizador, como contribuição para o provimento de necessidades, não é julgar seu *status* moral ou seu grau de compromisso com uma eficiência operacional [...]; o que está em jogo é a finalidade, o potencial e a direção desse movimento para o enriquecimento humano capaz de colocar socialmente em questão as amarras culturais, sociais, políticas e econômicas que travam a conquista de novos padrões universais e solidários de qualidade de vida (PUCCINI; CECÍLIO, 2004, p. 1348).

Segundo Casate e Correa (2005), a humanização abrange desde a operacionalização do processo político de saúde, que contem em si a garantia de direitos sociais, o compromisso com a saúde, até a revisão das práticas de gestão e da assistência. O que significa que “humanizar” refere-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.

Permeada pelas tensões que o debate e a amplitude do termo humanização suscitam, a PNH é regida pelos seguintes princípios (BRASIL, 2011):

- a) a transversalidade — deve perpassar todas as políticas e programas do SUS, na busca por transformar as relações de trabalho a partir da ampliação da comunicação e também do contato entre todos os sujeitos envolvidos (gestores, trabalhadores e usuários) com a saúde, e com isso, na junção de vários saberes, se produz saúde de forma mais corresponsável. Para isso, é necessário valorizar a dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão;
- b) a indissociabilidade — a atenção não deve estar separada da gestão, isso porque a tomada de decisões por parte dos gestores interfere diretamente na atenção à saúde, por isso é importante que usuários e trabalhadores conheçam como funciona a gestão dos serviços e da rede de saúde, como também sejam participantes das decisões da administração na promoção de uma gestão participativa;
- c) o protagonismo — refere-se a presença de corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos. As transformações feitas na gestão e na atenção são mais concretas se em sua construção, estiverem presentes a autonomia e vontade dos sujeitos envolvidos.

Para a implementação da PNH, presume-se a atuação em vários eixos, tais como: do financiamento, da gestão do trabalho, da educação, dentre outros, cujos objetivos são: a institucionalização, a difusão desta estratégia e principalmente a apropriação de seus resultados pela sociedade (BRASIL, 2004).

Na área da educação permanente, recomenda-se que a PNH componha o conteúdo profissionalizante da graduação, da especialização e nos demais cursos, difundindo-as através dos pólos de educação permanente e das instituições formadoras (BRASIL, 2004).

Na área da informação/comunicação, recomenda-se a difusão por meio da atuação da mídia e de uma exposição social ampliada da temática, a inclusão no debate orgânico da saúde, objetivando a ampliação do domínio social sobre a PNH (BRASIL, 2004).

Na área da atenção, é proposto que a PNH seja uma política incentivadora da interação dos sujeitos, da democratização da administração dos serviços e da ampliação da atenção integral à saúde, o que requer intersectorialidade (BRASIL, 2004).

Na área do financiamento, propõe-se a integração de recursos atrelados a programas específicos de humanização, entre outros subsídios à atenção, unindo-os e repassando-os fundo a fundo por meio da adesão, tendo o compromisso por parte dos gestores para com a PNH (BRASIL, 2004).

Na área da gestão da política, faz-se necessário que a PNH mobilize esforços em torno de uma sistemática de acompanhamento e avaliação, estimulando a pesquisa relacionada ao tema da humanização (BRASIL, 2004).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003), almeja-se que a PNH esteja inserida nos Planos Estaduais e Municipais de Saúde dos vários governos, sendo aprovados pelos gestores e pelo Conselho de Saúde correspondente.

Vale salientar que a proposta da PNH tem como objetivo efetuar e qualificar os serviços de saúde no Brasil, direito assegurado pela Constituição Federal de 1988. Mas diante de um cenário desfavorável de ofensiva neoliberal, ela encontra entraves significativos para sua implementação, como discutiremos a seguir.

#### **4 A POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO NO SUS: BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE ALGUMAS DAS DIFICULDADES PARA SUA IMPLEMENTAÇÃO**

A Política de Humanização foi criada com o objetivo de efetivar os princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2003), a partir da percepção da necessidade de reestruturação do modelo de atenção e gestão da saúde.

Como mencionado anteriormente, o SUS ao longo de sua trajetória apresentou avanços significativos na saúde brasileira. Contudo, ainda existem problemas que comprometem o cumprimento dos princípios e diretrizes do mesmo.

São visíveis as más condições do sistema de saúde brasileiro, constantemente a mídia tem mostrado a dificuldade do acesso aos serviços, assim como a falta de qualidade no atendimento público de saúde. Muitas são as causas, dentre elas o financiamento da saúde no Brasil.



O financiamento da saúde brasileira sempre foi tema de discussão entre as partes envolvidas, tanto entre os níveis de governo, quanto destes com os representantes da sociedade, gerando conflitos entre as mesmas. O sistema de saúde brasileiro, embora constitucionalmente se caracterize pelos princípios de universalidade, integralidade e equidade, se depara na atual conjuntura política, econômica e social, com ideias neoliberal, contraditórias com os princípios assegurados pela Constituição Federal de 1988.

Segundo Ugá e Porto (2008) é insuficiente o gasto em saúde pública por parte do governo, o que é evidenciado pela participação do setor público no gasto nacional em saúde, de apenas 44%, enquanto que o setor privado entra com 56%. A saúde está inserida no Sistema de Seguridade Social, juntamente com a Previdência e a Assistência Social. Seu financiamento deveria estar incluído no Orçamento da Seguridade Social, mas que nunca se concretizou de fato. Além disso:

Houve a opção governamental em não considerar a indicação constitucional de 30% do Orçamento da Seguridade Social para o SUS, pela retirada, em 1993, da participação da contribuição previdenciária à saúde (SANTOS, 2009, p. 14).

Com a desvinculação da saúde da previdência social, houve um corte no seu orçamento, o que ocasionou um déficit ainda maior no financiamento da saúde brasileira.

Em 1997 criou-se o Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira (IPMF), depois chamado de Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF), que seria arrecadada unicamente para o financiamento da saúde, mas, posteriormente, passou a ser vinculado também à previdência (UGÁ; PORTO, 2008). Segundo Santos (2009), houve um desvio de mais da metade da CPMF para uso em outras áreas de atuação do governo.

Como forma de assegurar os recursos financeiros necessários ao funcionamento da saúde, foi instituída no ano de 2000 a Emenda Constitucional 29 (BRASIL, 2000) com o propósito de vincular recursos das diferentes esferas de governo a serem obrigatoriamente gastos em saúde. Só que esta Emenda ainda não foi regulamentada devido às tensões políticas impulsionadas pela lógica de desfinanciamento das políticas sociais e desresponsabilização do Estado com as mesmas.

Como vimos, o investimento em saúde no Brasil, fica muito aquém de atender as reais necessidades. Desta forma, não há como garantir um acesso de qualidade e insumos necessários se não temos a destinação de recursos financeiros que os assegurem. Para isto, o SUS precisa de financiamento estável com as responsabilidades definidas entre as três esferas de governo.

Outro ponto a ser destacado, é que na Política de Humanização, o Ministério da Saúde atribui a co-responsabilidade da mudança no processo de produção de saúde aos sujeitos sociais, quando afirma a necessidade da construção de novas relações entre os profissionais da saúde e usuários, e a participação da sociedade na gestão (BRASIL, 2003).

Este é mais um desafio, tendo em vista que para favorecer novas relações entre os sujeitos é preciso oferecer condições dignas de trabalho e acesso o que, infelizmente, não acontece na realidade. O que se presencia é o baixo investimento na qualificação dos trabalhadores e nas condições de trabalho dos mesmos. Assim, antes de responsabilizar esses trabalhadores pela melhoria do SUS,

[...] é necessário interrogar se os trabalhadores de saúde estão em condições de garantir um atendimento, um cuidado orientado pela perspectiva política crítica da humanização. Tal preocupação se concretiza no fato de que, quase sempre, tais trabalhadores se encontram inseridos em processos de trabalho muito precários em decorrência de baixos salários, realização de dupla e, até mesmo, tripla jornada, sobrecarga de trabalho devido ao *déficit* ou insuficiência de pessoal e de recursos materiais em qualidade e quantidade, alta carga de estresse, em função da tensão provocada, seja pelas chefias superiores como pelos próprios usuários, sobre quem está na *ponta* do sistema (SOUZA; MOREIRA, 2008, p. 333 apud CONCEIÇÃO, 2009).

Outro aspecto que é preciso levar em conta é a qualificação profissional. O Ministério da Saúde reconhece a fragilidade neste setor, tanto que, no eixo da educação permanente, recomenda que a PNH componha o conteúdo profissionalizante na graduação, pós-graduação e extensão em saúde (BRASIL, 2004), contudo,

[...] a formação dos profissionais não deve ser só técnica, tem que compreender cultura, sistema e relação já que a atenção integral não se dará desqualificando a cultura das populações [...] a mudança na graduação deve envolver também domínio técnico,

compreensão dos processos de organização da vida e compreensão de que os eventos de adoecimento não são apenas biológicos, são eventos de uma história de vida (CECCIM apud SILVA; ARIZONO, 2008, p. 7).

É difícil atribuir aos sujeitos sociais a responsabilidade pela mudança no processo de produção de saúde, já que os problemas que o envolvem estão muito além das relações humanas ou da vontade dos indivíduos em particular, pois remetem à produção social da saúde, à prioridades políticas na agenda da gestão das políticas públicas, que primem pela universalização da proteção social. Por outro lado, a co-responsabilidade dos sujeitos sociais no processo de produção da saúde encontra respaldo no princípio da descentralização, a partir do qual os conselhos exercem papel importante, pois instituem parâmetros de interesse público para o governo, exigindo a democratização das informações e a transparência do uso dos recursos e demais ações desenvolvidas pelos governos (CARVALHO, 1997 apud BRAVO; MATOS, 2001). Contudo, os órgãos de representação popular, na maioria das vezes estão sendo compostos por representantes do governo local, que tendem a defender os interesses governamentais em detrimento dos interesses da população.

Outra dificuldade que o SUS enfrenta é referente ao preenchimento dos postos de gestão, ocupados muitas vezes por pessoas “partidárias” e “amigas”, que na maioria das vezes apresentam-se despreparada para assumir tais cargos, como conseqüência presenciamos o agravamento da má qualidade dos serviços públicos nas instituições de saúde.

Vimos anteriormente, nos princípios e diretrizes da PNH, orientações que regulam ações destinadas à construção de uma sociedade democrática e solidária a partir das práticas desenvolvidas no âmbito da saúde. Contudo, estamos vivenciando desde a década de 1990 uma contra-reforma do Estado, difundidos pelo neoliberalismo<sup>2</sup>, cujo projeto para a saúde, defende a descentralização com isenção de responsabilidade do Estado, a focalização e a contenção de gastos, com o argumento de que o mesmo não possui condições de se auto-sustentar a longo prazo, evidenciado pela crise do Welfare State. O objetivo desta contra-reforma é

---

<sup>2</sup> Expressão que designa as políticas econômicas com ênfase no livre mercado, adotadas pela maioria dos países. No neoliberalismo, o papel do Estado restringe-se a disciplinar o mercado com o objetivo de combater os excessos da livre concorrência e, dessa forma, garantir sua sobrevivência (UNIFAE, 2011).

pretensamente um Estado fortalecido, de economia forte e com uma administração eficiente (BRAVO; MATOS, 2001).

De outro modo, os defensores do Estado de Bem-Estar contra argumentam frente ao discurso dos neoliberais, afirmando que o mercado não é capaz de arbitrar de forma igualitária, de modo que possibilite a equidade de condições para todos os membros da sociedade, uma vez que privilegia os detentores do capital.

Na reforma do Estado, a responsabilidade do mesmo com o social, incluindo a saúde, é repassada para a sociedade civil, que não possui estrutura nem recursos de assumir tamanho encargo. A contra-reforma fere os princípios constitucionais, que asseguram a saúde como um direito de todos e dever do Estado, ao propor que o atendimento na saúde pública assuma um caráter focalizado, garantindo o mínimo aos que não podem pagar, através do pacote básico para a saúde. Já o atendimento aos demais, que possuem condições de pagar por um plano de saúde, fica a cargo do setor privado (BRAVO; MATOS, 2001).

Diante do exposto, consideramos que o Estado tenta amenizar a precariedade da saúde brasileira por meio da PNH, no entanto não assegura condições financeiras nem estruturais para se efetivar tal política. Frente à contradição existente entre a reforma do Estado e a política Nacional de Humanização, o papel dos movimentos sociais, dentre estes o de reforma sanitária é preponderante, no que concerne à luta pela garantia de direitos.

Atualmente podemos observar certa passividade da sociedade brasileira ante a falta de compromisso do Estado para com a mesma. Esta realidade pode ser resultado da falta de informação acerca da garantia dos direitos e também de uma análise crítica por parte da sociedade, em relação à atual conjuntura política, econômica e social do país. Este fato foi percebido em minha experiência de estágio, ocorrido na Maternidade Elpídio de Almeida em Campina Grande, onde foi constatado que a maioria dos usuários ali atendidos não tinha conhecimento acerca de seus direitos, nem tão pouco da PNH, estendendo-se esta realidade a alguns dos profissionais de saúde, evidenciando a importância do Serviço Social nesse contexto.

#### 4.1 ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE: POSSÍVEIS CONTRIBUIÇÕES PARA EFETIVAR A HUMANIZAÇÃO

Como vimos discutindo, a proposta de reestruturação da saúde brasileira através da PNH tem como principal foco transformações nos modelos de atenção e gestão para a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS. Diante disto fazem-se necessárias novas práticas de atenção e gestão, que levem em consideração tanto a subjetividade dos indivíduos quanto a sua afirmação como sujeito de direitos. A atenção deve estar pautada em ações que visem à integralidade do sujeito, a universalidade e o aumento da equidade, enquanto que na área de gestão deve-se promover a participação coletiva dos sujeitos nas decisões da administração nas instituições de saúde (BRASIL, 2004).

É nesse contexto que o profissional de Serviço Social é chamado a atuar na PNH, como profissional capacitado a intervir nos diferentes processos relacionados à saúde.

A prática profissional do Serviço Social está fundamentada em seu código de ética, tendo como alguns de seus princípios:

a defesa do aprofundamento da democracia; a ampliação e consolidação da cidadania visando a garantia dos direitos civis, sociais e políticos das classes trabalhadoras; o posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure a universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática com as políticas sociais, na busca pela efetivação dos direitos assegurados pela Constituição; compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional (CFESS, 2009, p. 21).

Esses princípios estão em consonância com os propósitos da PNH, que é a busca pela efetivação dos direitos na saúde assegurados na Constituição Federal de 1988, sob os princípios de universalidade, integralidade e equidade.

No seu exercício profissional, o assistente social está capacitado para identificar os determinantes sociais e apreender as vulnerabilidades sociais que interferem na qualidade de vida e saúde dos usuários e trabalhadores, contribuindo para que os mesmos sejam vistos em sua integralidade, e a partir do conhecimento dos problemas sociais que envolvem aqueles sujeitos, possa colaborar na

viabilização de estratégias para o enfrentamento destes problemas (SILVA; ARIZONO, 2008).

O Serviço Social domina procedimentos metodológicos e instrumentais técnicos adequados, como a abordagem da Educação em Saúde, que engloba as dimensões psicológica, cultural, socioeconômica, fundamentada em uma ótica reflexiva, e usa como referência as técnicas participativas, em oposição às práticas que medicalizam as questões sociais, como o modelo biomédico faz (TEIXEIRA, 2001, p. 244).

No cotidiano do trabalho do assistente social na saúde, a educação em Saúde apresenta-se como uma importante estratégia para a formação de uma consciência crítica na busca por transformações profundas na saúde, tanto na vida dos usuários como nas dos trabalhadores.

Segundo Regis (2011), o assistente social é requerido em suas competências para atuar na intermediação e gerenciamento de conflitos, viabilizar estratégias que facilitem a educação permanente como forma de melhorar a qualidade de vida no ambiente de trabalho, dentre outros.

As ações desenvolvidas pelos assistentes sociais ocorrem, geralmente, no contexto dos eixos indicados nos Parâmetros para Atuação (CFESS, 2009, p. 23) deste profissional no campo da saúde, que são: “atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional”. A partir destes, são várias as possibilidades do assistente social contribuir para a produção de saúde de forma humanizada, a depender das condições de trabalho disponíveis, dos interesses políticos em disputa, da articulação e envolvimento dos demais profissionais e usuários, bem como das competências teórico-metodológicas, técnico-operativas e ético-políticas do profissional de Serviço Social.

Vale ressaltar a importância da interação entre todos os profissionais da saúde, possibilitando a troca de saberes no atendimento integral aos sujeitos que resultem num melhor acolhimento das necessidades dos mesmos, contribuindo, assim, para a melhoria da saúde, entendida como melhores condições de vida e trabalho.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Constituição de 1988 foi um marco no que diz respeito a garantia de direitos. A saúde passou a ser definida como um direito de todos, sendo um dever do Estado assegurá-la. Sob essa orientação, o Ministério da Saúde lança a PNH cujo objetivo é efetivar os princípios e diretrizes do SUS assegurados na Constituição Federal de 1988.

Com essa Política, o Governo intenciona mudar tanto a “atenção” como a gestão, na busca de garantir o acesso e a qualidade dos serviços de saúde. Para tanto, é preciso construir novas relações entre os profissionais da área, a gestão e os usuários, assim como fornecer condições estruturais para tal.

Observa-se, entretanto, que o lugar designado para a PNH, ao contrário do que se quer fazer parecer, não remete a ações que se articulem entre si, nem mesmo aponta saídas para o que pretende chamar de uma nova institucionalização de modelos de atenção e gestão da saúde, já que suas proposições estão mais ligadas ao campo do subjetivismo do que a ações concretas que procurem dar conta dos problemas existentes na saúde

Quando analisamos os princípios e diretrizes do SUS e a Política Nacional de Humanização percebemos um paradoxo entre a teoria e prática. No tocante ao financiamento, observa-se que os recursos destinados à saúde não são proporcionais ao crescimento populacional, desta forma, não suprem as reais necessidades do sistema de saúde brasileiro.

Outro paradoxo é: se a Constituição Federal afirma ser dever do Estado assegurar os direitos no tocante a qualidade de serviços e do acesso à saúde, como o Ministério da Saúde cria uma política que, em larga medida, transfere sua responsabilidade para a população? Como favorecer novas relações entre profissionais e usuários sem proporcionar condições dignas de trabalho? Como desejar profissionais motivados, sem investir em sua qualificação e remuneração? Estes são problemas diagnosticados na saúde brasileira e que a PNH na realidade não parece resolver.

No cotidiano da saúde no Brasil, presencia-se: a falta de leito em hospitais; falta de profissionais devidamente qualificados tanto no atendimento quanto na gestão; falta de medicamentos; dificuldade no acesso; falta de fiscalização eficiente

por parte dos órgãos públicos responsáveis etc. Tais fatos evidenciam a negação da universalidade, da integralidade e da equidade garantidos pela Constituição Federal.

Esses paradoxos são consequências principalmente da interferência da política neoliberal de desresponsabilização do Estado com a questão social, pautada na crença de que o mesmo não possui capacidade de se auto-sustentar.

No entanto, concluímos que só o Estado tem as condições de assegurar e prover os direitos em favor da sociedade mas, para isto, sua postura política deve ser em favor das necessidades da população e não do capital internacional. O contexto de contra reforma na saúde torna urgente uma articulação dos movimentos sociais, em torno da garantia das conquistas históricas da reforma sanitária, fortalecendo a organização e resistência dos profissionais da saúde, que lutam pela efetivação dos direitos contidos na Constituição no tocante a saúde. Torna-se necessário também o engajamento de toda a sociedade civil em torno de um financiamento da saúde estável e que atenda as reais necessidades da população; o investimento na qualificação dos profissionais em saúde; uma maior participação da população na tomada de decisões juntamente com a gestão, dentre outros aspectos.

Nesse contexto, o Assistente Social assume um papel relevante por se tratar de um profissional capacitado para lidar com as mais diferentes expressões da questão social e, através do estudo da realidade, busca desenvolver ações que viabilizem o acesso dos usuários a programas e políticas sociais, contribuindo para a ampliação da cidadania.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Emenda constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, de 14 set. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização, documentos para discussão. Brasília, 2003.

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



BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Princípios do HumanizaSUS**. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=28289](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=28289)> Acesso em: 20 out. 2011.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. In: BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara Amazoneide Pereira (Orgs.). **Política social e democracia**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

BRAVO, Maria Inez Souza. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete et al. (Orgs.). **Serviço social e saúde**. 4.ed. São Paulo: Cortez, 2009.

CASATE, J. C.; CORREA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, p. 105-111, jan./fev. 2005.

CFESS, Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde**. Brasília: CFESS, 2009.

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

ESCOREL, Sarah; TEIXEIRA, Luiz Antonio. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimento populista. In: GIOVANELLA, Lúgia et al (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário Aurélio básico da língua portuguesa**. São Paulo: Nova Fronteira, 2005.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PATRIOTA, Lúcia Maria; AMORIM, Joaquina de Araujo de. As políticas de saúde no Brasil. **Revista do UNIPÊ**, João Pessoa, v. 7, n. 3, p. 22-27, 2003.

PUCCINI, P. T.; CECILIO, L. C. O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1.342-1.353, set./out. 2004.

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

REVISTA SAÚDE EM DEBATE, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, jan./abr. 2009.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. A reforma sanitária e o Sistema Único de Saúde: tendências e desafios após 20 anos. **Saúde em debate (CEBES)**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, jan./abr. 2009.

SILVA, Regina Célia Pinheiro; ARIZONO, Adriana Davole. A política nacional de humanização do SUS e o serviço social. **Revistas Ciências Humanas**, v. 1, n. 2, 2008.

TEIXEIRA, Mary Jane de O. O programa saúde da família, o Serviço Social e o canto do Rouxinol. In: BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara Amazoneide Pereira (Orgs.). **Política social e democracia**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

UGÁ, Maria Alicia D; PORTO, Silvia Marta. Financiamento e alocação de recursos em saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, Lígia et al (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

UNIFAE, **Dicionário de economia**. Disponível em:  
<<http://www.fae.edu/intelligentia/dicionario/index.asp>> Acesso em: 19 nov. 2011.