



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

ANA MARIA SANTANA MORAIS

**A HUMANIZAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE: UMA PROPOSTA  
REFLEXIVA PARA O SERVIÇO SOCIAL**

GOIÂNIA-GOIÁS

2016

ANA MARIA SANTANA MORAIS

**A HUMANIZAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE: UMA PROPOSTA  
REFLEXIVA PARA O SERVIÇO SOCIAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação Stricto Sensu em Serviço Social da PUC Goiás, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria José Pereira Rocha.

GOIÂNIA-GOIÁS

2016

M828h           Morais, Ana Maria Santana

A humanização na área da saúde [manuscrito]: uma proposta reflexiva para o Serviço Social/ Ana Maria Moraes Santana.-- 2016.

92 f.; 30 cm

Texto em português com resumo em inglês

Dissertação (mestrado) -- Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Serviço Social, Goiânia, 2016

Inclui referências f. 93-102

1. Sistema Único de Saúde (Brasil). 2. Brasil - Secretaria de Atenção à Saúde - Política Nacional de Humanização. 3. Serviço social. 4. Saúde pública. 5. Humanização dos serviços de saúde. I.Rocha, Maria José Pereira. II.Pontifícia Universidade Católica de Goiás. III. Título.

CDU: 364:614(043)

ANA MARIA SANTANA MORAIS

**A HUMANIZAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE: UMA PROPOSTA REFLEXIVA  
PARA O SERVIÇO SOCIAL**

Dissertação apresentada à Pontifícia Universidade Católica de Goiás, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação – Mestrado em Serviço Social, para do título de Mestre em Serviço Social.

---

Profa.Dra. Maria José Pereira Rocha – PUC Goiás  
(Presidente)

---

Profa.Dra. Maria Conceição Sarmiento Padial  
PUC Goiás

---

Profa.Dra. Alciane Barbosa Macedo Pereira  
IFG

APROVADA: Goiânia, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**Aos meus pais, Vanilda e Ademar,** que muitas vezes se doaram e renunciaram aos seus sonhos, para que eu pudesse realizar os meus. Quero dizer que essa conquista não é só minha, mas nossa.

Agradeço pela paciência, compreensão e também apoio financeiro para que eu pudesse continuar meus estudos. Mesmo diante das inúmeras dificuldades que enfrentei ao longo deste período e principalmente no momento de gestação vocês me incentivaram e acreditaram que eu as superaria.

Tudo que consegui só foi possível graças ao amor, apoio e dedicação que vocês sempre tiveram por mim. E graças a vocês os obstáculos foram ultrapassados, vitórias foram conquistadas e alegrias divididas.

Muitíssimo obrigada.

**A minha vizinha, Maria Jacira,** que sempre me fortaleceu com suas palavras de ânimo, exemplo de simplicidade, dignidade, honestidade e amor ao próximo, mulher guerreira, sinônimo de garra e determinação.

**Ao meu filhinho Guilherme,** por ser o combustível do meu viver, ser meu incentivo maior e força pra prosseguir na caminhada.

## AGRADECIMENTOS

Terminar uma dissertação é uma alegria tão grande que, quando ouvi há pouco a clássica pergunta “e aí”, quando você termina? Fiquei sem resposta. Respondi tantas vezes essa pergunta à família, aos amigos e aos colegas de trabalho, cada vez explicando o prazo, a questão da substituição da orientadora e como andava meu trabalho.

Mas desta vez foi diferente. Utilizei pela primeira vez o verbo no passado: “Terminei!”

Devo confessar que encontrei muitas dificuldades no percurso deste mestrado: mudança de cidade, mudança de tema, barreiras para o desenvolvimento da pesquisa, falta de tempo, desânimo, desestímulo e principalmente dificuldade financeira.

Senti-me insegura, pois com a aposentadoria da então orientadora tudo me parecia incerto.

Com a surpresa da gravidez vivi um período árduo, cansativo, pois conciliar a gravidez, o mestrado, os papéis de dona de casa não foi tarefa fácil. Porém foi uma caminhada muito mais gratificante.

Esta dissertação é resultado de um profundo desejo de aprimoramento intelectual e produto de um grande esforço empregado em sua construção. Durante o percurso de construção deste projeto pessoal e profissional, sobretudo por ter sido realizado em um momento bastante agitado em minha vida agradeço a todos que contribuíram para o desfecho desta batalha:

Obrigada Senhor, pois me permitiu que mais esse sonho pudesse se concretizar em minha vida, e que, além disso, me fez superar medos, me concedeu saúde, me deu mais força e disposição para concluir esta pesquisa. A Ele seja dada toda a honra e glória!

Agradeço ao meu pai, por ter acreditado e investido nesse sonho. Sem você querido pai, nada disso seria possível.

À minha mãe, que sempre presente, acompanha, apoia e incentiva os meus estudos desde a minha infância. Sem você mamãe, jamais teria chegado até aqui.

Ao meu companheiro amado, que soube estar ao meu lado, mesmo diante das dificuldades, das minhas “loucuras” e estresses sempre demonstrou paciência e amor. Meu lindo, essa vitória também é sua.

Aos meus irmãos, por me convencer de que sonhos são possíveis e de que faz parte do pensamento racional acreditar em si mesmo.

Agradeço aos amigos que conheci na PUC-GO, no percurso do Mestrado. Vocês me auxiliaram nas discussões e na construção da trajetória da dissertação. Em especial à Ludymilla, Priscila, Erenice, muito obrigada!

Aos amigos e colegas por compartilharem de todos os momentos vividos durante a caminhada.

À minha orientadora professora Maria José Pereira Rocha pelo apoio e dedicação dispensados a meu trabalho, obrigada pela atenta leitura e pelas construtivas e pertinentes contribuições.

À minha professora que também foi orientadora Constantina Ana Guerreiro, que contribuiu de forma inigualável para o acontecimento desta. Sem suas lições e correções, essa pesquisa jamais teria chegado aonde chegou.

E, agradeço também àqueles que desacreditaram em mim, pois estes me fizeram acreditar que o caminho de conquistas pra mim é maior que cada palavra de desmotivação. Com vocês também aprendi a ser mais forte ainda e mais perseverante.

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

*Carl Jung*



## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1.</b> Quadro Comparativo do Estudo Sobre o Conceito de Humanização .....	28
<b>Quadro 2.</b> Eixos componentes das estratégias para implementação da PNH e seus modos de operacionalizar .....	54

## LISTA DE SIGLAS

CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CNS	Conferência Nacional de Saúde
HC	Hospital das Clínicas
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social.
IAPs	Institutos de Aposentadoria e Pensões.
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PNH	Política Nacional de Humanização
PUC-GO	Pontifícia Universidade Católica de Goiás
SUS	Sistema Único de Saúde
UFG	Universidade Federal de Goiás

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>CAPÍTULO I. HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE: UM CONCEITO EM CONSTRUÇÃO..18</b>	
1.1 A corrente filosófica do humanismo e a origem do termo humanização .....	18
1.2 Principais conceitos de Humanização na Saúde .....	26
<b>CAPÍTULO II. POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E A HUMANIZAÇÃO .....</b>	<b>39</b>
2.1 O Sistema Único de Saúde (SUS) .....	39
2.2 O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) ..	49
2.3 A Política Nacional de Humanização-HumanizaSUS.....	52
<b>CAPÍTULO III. A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DO SUS E O SERVIÇO SOCIAL.....</b>	<b>59</b>
3.1 O SUS e a Participação do Serviço Social.....	59
3.2 O projeto de Humanização na Saúde e o Serviço Social.....	67
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>81</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>84</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>93</b>

## RESUMO

A presente pesquisa de mestrado teve por objetivo discutir a humanização na área da saúde como uma proposta reflexiva para o serviço social. Objetivou-se investigar a Humanização na área da saúde relacionada ao Serviço Social e assinalar a importância do Serviço Social na Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS. A metodologia utilizada para tal estudo englobou pesquisa bibliográfica e documental. Para a análise dos dados obtidos foi adotada a técnica de análise de conteúdo. Os conceitos referenciais eleitos foram Saúde, Humanização e Cultura do Atendimento. Esta pesquisa encontra-se elaborada em três capítulos. O primeiro de forma sucinta expõe a origem do termo Humanização e a corrente filosófica do humanismo e, procura abordar o conceito de humanização através de referências conceitual sobre a humanização na saúde. O segundo trata sobre a Política de Saúde no Brasil e a Humanização, apresenta o SUS, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar e posteriormente a Política Nacional de Humanização. O terceiro capítulo aborda o Serviço social na Política de saúde com enfoque nas práticas dos assistentes sociais voltadas à efetivação da Política Nacional de Humanização. Os resultados obtidos evidenciaram que a implementação da Política Nacional de Humanização é recente, passando por diferentes limites e desafios institucionais cotidianos, diante disso o profissional de Serviço Social é requisitado a contribuir com a reflexão sobre a sua prática social cotidiana no interior do que o Sistema Único de Saúde propõe.

**Palavras-Chave:** Humanização. Política Nacional de Humanização-Humaniza-SUS, Serviço Social.

## ABSTRACT

The master's research this aimed to discuss the humanization in health as a reflective proposal for social service. This study aimed to investigate the Humanization in health-related social service and noted the importance of social service in the National Humanization Policy -HumanizaSUS. The methodology used for this study included bibliographical and documentary research. For the analysis of the data it was adopted the technique of content analysis. Elected reference concepts were Health, Humanization and Service Culture. This research is developed in three chapters. The first briefly explains the origin of the term Humanization and philosophical humanism current and seeks to address the concept of humanization through conceptual references on humanization in health. The second deals with the Health Policy in Brazil and Humanization, presents the SUS, the National Humanization of Hospital Care Program and later the National Humanization Policy. The third chapter deals with the social service in health policy focusing on the practices of social workers aimed at realization of the National Humanization Policy. The results showed that the implementation of the National Humanization Policy is recent, going through different limits and daily institutional challenges before it the professional social work is required to contribute to the reflection on their everyday social practice inside the system National Health proposes.

**Keywords:** Humanization. National Policy of Humanization-Humaniza-SUS. Social Service.

## INTRODUÇÃO

A presente pesquisa de mestrado cuja temática trata da relação entre o Serviço Social e a humanização na área da saúde busca refletir sobre o trabalho do Assistente Social e considera que tal profissional está vinculado às questões relativas à humanização do atendimento.

A humanização na saúde tem sido associada a diferentes e complexas categorias relacionadas à produção e gestão de cuidados em saúde, tais como: integralidade; satisfação do usuário; necessidades de saúde; qualidade da assistência; gestão participativa; protagonismo dos sujeitos; além de uma assistência capaz de prover acolhimento, resolutividade, bem como visar à melhoria da qualidade de vida dos sujeitos. Desse modo, este trabalho busca constituir-se também em instrumento dessa prática, contribuindo com a luta cotidiana no campo de tensões da política de saúde brasileira.

O interesse por esta temática está na experiência de estágio na graduação em um hospital público universitário, em Goiânia-Goiás. No cotidiano da unidade de saúde, se observou o quanto a política de saúde e, em particular, a Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde (SUS), se materializa de forma contraditória e conflituosa, defrontando-se diariamente com a afirmação e a negação do direito à saúde.

Surgiram, então, diversas inquietações sobre a prática profissional do Serviço Social no enfrentamento dos tensionamentos e conflitos desse espaço sociocupacional. Frente à realidade observada, os questionamentos em relação ao Serviço Social e o direito à saúde eram frequentes.

Constantemente refletia-se sobre a humanização na saúde, e indagava-se: Por que pensar em humanização na saúde? O que leva a essa necessidade? Como o Assistente Social contribui de maneira efetiva nesse processo de humanização com vista à efetivação do direito à saúde dos usuários do SUS?

Constata-se que a humanização na área da saúde é um tema que vem sendo muito discutido após a formulação do SUS como uma forma de garantia não só das diretrizes que este programa de saúde apresenta, mas também para assegurar o acesso ao serviço à informação e a todos os recursos tecnológicos necessários para a defesa da vida.

O desafio da humanização é a criação de uma nova cultura de atendimento, pela restituição da centralidade dos sujeitos na construção coletiva do SUS. Igualmente, se ressalta, a partir das reflexões acadêmicas aqui construídas, a importância de um debruçar sobre a particularidade das ações do Serviço Social, no projeto de humanização na área da saúde, inclusive como a ampliação da valorização do trabalho profissional neste campo.

A temática apresentada para tal estudo configura-se como relevante e de grande interesse no âmbito da pesquisa em Serviço Social por duas razões fundamentais: Primeiro por que a política de saúde pública constitui-se num dos maiores espaços sócio-ocupacionais do Serviço Social brasileiro. Sendo assim, a análise e compreensão da inserção do assistente social na Política Humanização do SUS torna-se imprescindível para um exercício profissional crítico e qualificado. Segundo, por que mesmo com os limites da política social na sociedade burguesa, a política de saúde possui um potencial estratégico para os interesses da classe trabalhadora.

Do mesmo modo o desvelamento das contradições e conflitos de projetos é condição necessária para a luta em defesa dos seus princípios públicos, universais e democráticos. Além do mais, representa a possibilidade dialética de organização dos trabalhadores em torno de um projeto societário alternativo.

Nessa perspectiva, ao analisar a Política de Humanização do SUS e relacioná-la com a inserção profissional dos assistentes sociais na saúde, este estudo apresenta possibilidades de servir de subsídio acadêmico. Do mesmo modo, inseri-lo no cotidiano profissional objetivando a construção de estratégias para a efetivação dos direitos à saúde e cidadania dos usuários.

De acordo com Netto (2005, p. 80-81) os assistentes sociais são requisitados para atuar primordialmente em funções executivas no âmbito das políticas sociais setoriais “numa operação em que combinam dimensões prático-empíricas e simbólicas, determinadas por uma perspectiva macroscópica que ultrapassa e subordina a intencionalidade das agências a que se vinculam os atores”.

É neste sentido, que a presente pesquisa objetiva discutir a humanização na área da saúde como uma proposta reflexiva para o Serviço Social. Da mesma forma, ela procura alcançar os seguintes objetivos específicos: relacionar a Humanização na área da saúde com o Serviço Social; investigar a Humanização na área da saúde relacionada ao Serviço Social e assinalar a importância do Serviço Social na Política Nacional de Humanização (PNH).

Por esses motivos, este trabalho coloca-se no interior do que lamamoto (2009) denominou de “empreendimento coletivo” que traz

[...] para o centro do debate, o exercício e/ou trabalho cotidiano do assistente social, como uma questão central da agenda da pesquisa e da produção acadêmica dessa área. O esforço é atribuir transparência aos processos e formas pelos quais o trabalho do assistente social é impregnado pela sociabilidade da sociedade do capital, elucidando sua funcionalidade e, simultaneamente, o potencial que dispõe para impulsionar a luta por direitos e a democracia em todos os poros da vida social [...] (2009, p. 349).

Segundo o que essa autora evidenciou nesta citação, entende-se que o trabalho do assistente social na saúde pública realiza-se em meio às diversas contradições e conflitos do sistema que, dialeticamente, afirma e nega os princípios e direitos constitucionais em sua execução.

Estes argumentos se referem às contradições do SUS, por meio das quais surgem as demandas que determinam a atuação do Assistente Social na Política de Humanização. Daí faz-se necessário empreender que as ações do Assistente Social na saúde são mediadas pelas demandas dos usuários dos serviços, que se referem diretamente ou indiretamente à garantia do acesso aos serviços de saúde, bem como a outros serviços e políticas sociais que interferem no processo saúde-doença.

O trabalho do Assistente Social na área da saúde, com enfoque na Política de Humanização, remete a algumas características que desvendam a particularidade desse complexo processo de trabalho, no qual o Serviço Social é historicamente e culturalmente identificado como uma das profissões da saúde que tem se dedicado às questões relativas à humanização do atendimento.

A fim de relacionar a Humanização na área da saúde com o serviço social, foi delimitado como objeto desta dissertação o estudo da humanização do Sistema Único de Saúde e o Serviço Social. Este objeto requereu como abordagem metodológica a perspectiva dialética, tendo em vista a compreensão sócio-crítica do movimento da realidade. Percebe-se esse movimento como contraditório em constante alteração, fruto da dinamicidade da vida – influenciando e sendo influenciado pelas relações históricas. Como enfatiza Minayo:

A postura interpretativa dialética reconhece os fenômenos sociais sempre como resultados e efeitos da atividade criadora tanto imediata quanto institucionalizada.(...) toma como centro da análise a prática social, a ação humana e a considera como resultado de condições anteriores, exteriores, mas também como práxis (MINAYO, 2004, p. 232).



Nessa perspectiva de desvelamento dos fenômenos sociais, a reconstrução teórico-metodológica do objeto de estudo, incluiu levantamento e análise de bibliografias que tratam da temática central de pesquisa, na busca de um aprofundamento teórico sobre conceitos e categorias que orientaram todo o processo de pesquisa, como: saúde, humanização, serviço social, cuidado em saúde, política pública, humanização da assistência, entre outras.

As pesquisas bibliográficas, que fundamentam teoricamente as análises do material empírico coletado, foram realizadas durante todo período do mestrado por meio da busca em livros, artigos e teses/dissertações, monografias da Universidade Federal de Goiás-UFG e Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC/GO, além de consultas em sites da Internet dentre eles: *www.bvsmms.saude.gov.br*, *www.saude.gov.br*.

O tema Humanização na área da saúde é recente, portanto não existe um grande número de publicações, principalmente no que se refere à Política Nacional de Humanização, a maioria destas tratam de artigos publicados em revistas especializadas na área da saúde.

Embora a produção bibliográfica consultada, às quais a pesquisadora teve acesso, seja limitada, não significa que não houve preocupação por parte da mesma nesse sentido.

Foi realizado o levantamento e análise de leis (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990/ Constituição Federal de 1988 artigos 196 a 200, Lei nº 8.662 / 1993), Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. (Ministério da Saúde Brasília, 2000), Política Nacional de Humanização (PNH): Humaniza SUS – (documento-base. 3. ed. Brasília, 2006), além de outros programas, cartilhas, jornais referente ao campo de pesquisa que estavam disponíveis na Biblioteca da PUC/GO.

Frente a esse caminho metodológico adotado a apresentação do conjunto desta pesquisa está estruturada em três capítulos e considerações finais.

No Capítulo I, expõe-se a origem do termo Humanização e a corrente filosófica do humanismo, bem como procura abordar o conceito de Humanização por meio de Referências Conceitual sobre a Humanização na Saúde.

O Capítulo II discorre sobre a Política de Saúde no Brasil e a Humanização; apresenta o SUS; o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar e, posteriormente, a Política Nacional de Humanização.

No Capítulo III, aborda o Serviço Social na Política de saúde com enfoque nas práticas dos assistentes sociais voltadas à efetivação da Política Nacional de Humanização.

Por fim, nas considerações finais exhibe a importância da inserção do Assistente Social na Política de Humanização do Sistema de Saúde no Brasil.

# CAPÍTULO I

## HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE: UM CONCEITO EM CONSTRUÇÃO

Neste capítulo apresenta-se conceitos e reflexões sobre o termo humanização, embora esse termo aconteça em outras áreas, será tratado a humanização na área da saúde para melhor compreender a política pública que ora analisa-se nesta pesquisa.

Posteriormente, busca-se por meio da concepção de diversos autores, a reflexões que podem ser consideradas fundamentais no entendimento de humanização, especialmente, no que se refere ao atendimento na área da saúde.

### 1.1 A corrente filosófica do humanismo e a origem do termo humanização

O termo Humanização é utilizado há muitas décadas. Não se sabe ao certo o período em que começou a ser utilizado, contudo sabe-se que se até os dias atuais se apresenta com sentidos diversos.

No sentido filosófico a Humanização é um termo que encontra suas raízes no Humanismo.

Reale (2004) afirma em seus pressupostos que o "Humanismo" significa, em geral, uma tendência originada, essencialmente, no seio da cultura italiana, pelo fim do ano 400 a.C e se difundiu em muitos outros países europeus.

Mello (2008, p.15) esclarece que Humanismo “é a corrente filosófica que centraliza seu interesse no tema da natureza ou condição humana e coloca o homem e seus valores acima de todas as outras coisas”.

Segundo essa autora os humanistas acreditavam na liberdade religiosa e que todas as religiões e crenças da humanidade tinham o potencial comum de conduzir à paz religiosa.

Mello (2008) explicita que a esta palavra vem do latim *humanitas*, que na antiguidade romana tinha sentido pedagógico, ou seja, a educação do homem como tal (em grego, Paidéia). Portanto, dentro da visão do humanismo clássico, o homem podia ser preparado por disciplinas como poética, retórica, história, ética e política para o exercício da autonomia.

De tal maneira os humanistas cristãos acreditavam que deviam investir no aprimoramento das pessoas e pautaram-se em um conjunto de crenças, nas quais o

ser humano é bom e capaz de realizações a favor da humanidade. Além disso, acreditavam que a existência de uma sociedade mais consciente, harmônica e feliz é possível.

Ao analisar a corrente filosófica do humanismo, Nogare (1977) esclarece que esta reconhece o valor e a dignidade do homem. Dessa maneira, o autor entende que o humanismo é a medida de todas as coisas, considerando sua natureza, limites, interesses e potenciais, bem como busca entender o homem e criar meios de se compreenderem uns aos outros.

Minayo (2004), ao refletir sobre a questão da humanização da saúde a partir das análises feitas por Deslandes (2004), faz um breve apanhado do humanismo como doutrina referente aos interesses e valores humanos e que se sobrepõe aos valores religiosos e transcendentais. A autora afirma que o humanismo aponta, dentre demais questões, para a centralidade do sujeito em intersubjetividade.

Do mesmo modo, Minayo (2004) analisou que esse sujeito não é apenas o profissional com boa vontade e delicado no trato com os pacientes, ou que cria um ambiente favorável, mas que, principalmente, reconhece a humanidade do outro, que por sua vez pensa, interage, tem lógica e expressa a sua intencionalidade.

Segundo Rios (2009), o termo Humanização se encontra com o Humanismo quando coloca no centro de seu campo de investigação, compreensão e intervenção, o homem e sua natureza humana; enquanto tornar humano, significa admitir todas as dimensões humanas – históricas, sociais, artísticas, subjetivas, sagradas ou nefastas – e possibilitar escolhas conscientes e responsáveis.

Diante dessas considerações, compreende-se que o termo humanização, implica em cumplicidade, universalidade e solidariedade com todos os envolvidos. A humanização propõe a construção coletiva de valores que busquem a dignidade humana na área da saúde.

Assim sendo, a humanização é representada na vertente moral ao evocar valores humanitários, como respeito, solidariedade, compaixão, empatia e bondade. Tais valores morais pensados como juízos sobre as ações humanas que as definem como boas ou más, representa uma visão de mundo que pode ser modificada de acordo com as transformações da sociedade.

Ao buscar a etimologia da palavra humanização, percebe-se que em seu significado: “ato ou efeito de humanizar (se); humanizar: dar condição humana a;

civilizar; tornar-se humano, humanar-se” (FERREIRA, 2001, p.369). Desse modo, a humanização deve ser entendida como um aspecto da realidade humana que se transforma com o passar do tempo, assim como o próprio homem.

A esse respeito notou-se que a origem do termo humanização se configurou como algo inato ao ser humano, um sentimento instintivo no qual emerge atos e ações a guiar as relações em sociedade. Entretanto, o conceito de humanização torna-se muito mais amplo quando adentramos em diversas instâncias.

Casate, J. C.; Corrêa, A. K. (2005) acresce que historicamente, a descrição do conjunto de fatores que permitem a humanização ou a desumanização do cuidado em saúde está presente desde meados de 1950. E os primeiros esforços em conceituar estes termos datam da década de 1970 e são contribuições da sociologia médica norte-americana.

O primeiro trabalho que apresentou a intenção de conceituar os termos humanização e desumanização foi publicado, segundo Howard (1975), por uma socióloga norte-americana.

Howard (1975) esclarece que essa socióloga, abrange as necessidades psicológicas que deveriam ser reconhecidas assim como as necessidades biológicas e fisiológicas já que contemplam a expressão e o respeito consigo mesmo, o afeto, a simpatia e o relacionamento social. Igualmente, relacionado ao termo humanização, a aproximação inicial baseou-se na premissa de que os seres humanos têm necessidades biológicas e fisiológicas. Logo, as atitudes orientadas a satisfazê-las seriam consideradas humanizadas.

Com isso, a referida socióloga acrescenta que humanizar a assistência provavelmente seria atender completamente as necessidades de um ser humano, o que pressupõe ser possível acessá-lo completamente.

Conforme as abordagens aqui apresentadas sobre a Humanização, nota-se este termo tem sido associado a categorias relacionadas à produção e gestão de cuidados em saúde, tais como: integralidade, satisfação do usuário.

No Brasil, conforme Conceição (2009) a humanização está presente no debate da saúde pública, com mais ênfase, no fim da década de 1990. No entanto, segundo a autora, começou a delinear seus traços desde a década de 1950, recebendo influências e contribuições da Declaração Universal dos Direitos Humanos; da defesa em prol da assistência ao parto humanizado – defesa na qual se identifica o movimento feminista como sujeito desse processo.

Referências sistematizadas relacionadas ao termo humanização podem ser identificadas na literatura brasileira de saúde desde meados do século XX, apesar de, neste momento, figurar como uma preocupação secundária, mas que, em maior ou menor grau, já se fazia sentida. É a partir do fim do século referido e início do século XXI que esta temática tomará maiores proporções, fruto de iniciativas isoladas no decorrer da década de 1990, 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).

Em consonância com essas concepções Diniz (2005) informa que, na assistência ao parto, o termo humanização já é utilizado desde o início do século XX. Este autor acrescenta que em várias partes do mundo, principalmente nos países capitalistas centrais, a humanização se difundia pelo assim considerado “pai da obstetrícia”, Fernando Magalhães, que defendia a utilização de narcóticos e do fórceps por entender que seu uso contribuía para humanizar a assistência ao parto.

Para Diniz (2005, p.197) a utilização de drogas para o alívio das dores decorrentes do parto passou a ser utilizado durante várias décadas em pacientes da elite e logo se tornou um tipo de parto “idealizado”.

A partir da década de 1950 a utilização de narcóticos e do fórceps considerado até então uma forma humanizada de realizar o parto, começou a ser questionado, por obstetras. Diniz (2005) cita em sua obra Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento, segundo Magalhães (1916) que a obstetrícia médica passou a reivindicar seu papel de resgatadora das mulheres, trazendo: “uma preocupação humanitária de resolver o problema da parturição sem dor, revogando assim a sentença do Paraíso, iníqua e inverídica, com que há longos séculos a tradição vem atribulando a hora bendita da maternidade”.

Por volta de 1970, a partir de uma grande mobilização de setores da sociedade civil organizada em um momento de luta pela redemocratização do país, o termo humanização ganhou força, com a realização de experiências isoladas, que resultaram posteriormente na criação da Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (Rehuna)<sup>1</sup>.

É importante ressaltar que, nesse mesmo período, o movimento de luta antimanicomial, fundamentado na Declaração Universal dos Direitos Humanos iniciou uma discussão a respeito da Saúde Mental no Brasil.

---

<sup>1</sup> Para maiores informações sobre o processo de criação do Rehuna e sobre o movimento de humanização na assistência ao parto, ver Diniz (2005), Tornquist (2002; 2003).

Esse movimento foi importante para a construção do que posteriormente seria a política de humanização, pois pressupunha, entre outras questões, a extinção do uso abusivo de medicamentos e castigos corporais, mentais, psicológicos, considerados como tratamentos.

Nas demais áreas da saúde a temática da humanização também ganhou espaço sendo a área hospitalar o lócus principal deste debate. Casate e Corrêa (2005) assinalam que essa discussão iniciou-se de forma residual nas décadas de 1950 a 1970, quando as referências giravam em torno do confronto tecnologia x humanização, enxergando-se na humanização uma possibilidade de desvelar “valores caritativos/religiosos”. Conforme essas autoras,

Nos textos do final da década de 50, décadas de 60, 70 e 80, a humanização é enfocada, predominantemente, de modo circunscrito às relações interpessoais estabelecidas com o doente, bem como às questões administrativas de dada instituição (predominantemente hospitalar), mostrando-se desarticulada das dimensões político-sociais do sistema de saúde (CASATE; CORREA, 2005, p.109).

Nesse sentido, a população, diante da realidade sanitária da época, se queixava das longas e demoradas filas; a falta de orçamento para a saúde, entre outros problemas. De acordo com Conceição (2009) tais queixas que eram comumente expostas no fim da década de 1970 se transformaram em reivindicações do movimento de Reforma Sanitária e mostravam a necessidade da construção de um sistema de saúde que não apenas garantisse acesso a todos, mas acesso de qualidade.

Diante de tais considerações torna-se importante destacar que, apesar de a humanização hospitalar ter alcançado maior espaço nos debates e nas agendas políticas recentemente, os primeiros trabalhos, propostas e discussões iniciaram-se no fim da década de 1970.

Segundo Mezomo (2001) no ano de 1976 organizou-se, em Fortaleza, o VI Simpósio de Humanização Hospitalar. Na ocasião foi discutido o tema humanização hospitalar publicamente por profissionais de saúde pela primeira vez e, as reflexões e debates ocorridos no evento, obtiveram repercussão nacional.

Naquele momento os profissionais de saúde, ao vivenciar a busca do equilíbrio entre o alcance das exigências técnico-administrativas e a defesa dos direitos do paciente, entendiam que a discussão sobre a humanização se fazia necessária. Certamente porque os hospitais, por serem prestadores de serviços, deveriam estar atentos a estas questões em torno do ser humano.

No fim da década de 1990 e início dos anos 2000, os debates realizados pelos profissionais de saúde sobre a Humanização aparecem com mais ênfase. Benevides e Passos (2005) identificam que a humanização conquistou legitimidade a partir da XI Conferência Nacional de Saúde (CNS) realizada em 2000, intitulada Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde como controle social.

A partir de então, os termos humanização, humanização da assistência hospitalar ou humanização em saúde se tornaram de domínio público e se apresentam como algo inerente à prática de quem cuida de seres humanos.

Diversos autores trazem discussões sobre a humanização e apresentam variados significados e propostas, em termos de mudanças e novas condutas nos modos de operar saúde. Para Lima (2007),

a humanização na saúde pode ter vários significados, mas em geral é entendida como melhora na qualidade do atendimento frente aos avanços tecnológicos e como a valorização das relações entre sujeitos envolvidos no processo de saúde, ou seja, usuários, profissionais e gestores, visando a mudança de cultura nos valores que permeiam estas relações. Além disso, a humanização prioriza os direitos do usuário e reconhecimento profissional, englobando mudanças no ambiente e organizacional das instituições de saúde (LIMA, 2007, p.44).

Embora existam algumas instituições de saúde, cujas práticas são tidas como ações de humanização como as brinquedotecas e ouvidorias, existem também iniciativas que são tidas como ações de humanização. Conforme Deslandes (2004) as ações de humanização no parto<sup>2</sup> vem ganhando destaque assim como as ações de humanização voltadas para crianças principalmente para bebês de baixo peso.

Desse modo, ainda que este termo não apareça em todos os programas e ações e que haja diferentes intenções e focos entre eles, pode-se acompanhar uma tênue relação que começa a se estabelecer entre humanização-qualidade na atenção-satisfação do usuário.

Além do mais, a humanização pressupõe uma construção ampliada, no sentido aprimorar as inúmeras frentes de atuação - na porta de entrada, na recepção, na sala de espera, no atendimento, além da sinalização e orientações básicas.

---

<sup>2</sup> O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento foi instituído pelo Ministério da Saúde através da Portaria/GM n.º 569, de 1/6/2000, subsidiado nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mãe no período pós-parto. Programa Humanização do parto Humanização no Pré-natal e nascimento. Ministério da Saúde 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>. Acesso em: 17 Out. 2015.



Conforme aponta a proposta do SUS, a humanização na saúde veio alicerçada na concepção ampliada de saúde e apesar de ter se tornado referência para toda a rede pública, não se percebeu uma definição única acerca do termo fundamentado em uma teoria ou filosofia, dificultando a discussão desta temática em nível científico.

A humanização, expressa em ações fragmentadas e numa imprecisão e fragilidade do conceito, vê seus sentidos ligados ao voluntarismo, ao assistencialismo, ao paternalismo, ou mesmo ao tecnicismo de um gerenciamento sustentado na racionalidade administrativa e na qualidade total. Para ganhar força necessária que dê direção a um processo de mudança que possa responder a justos anseios dos usuários e trabalhadores da saúde, a humanização impõe o enfrentamento de dois desafios: conceitual e metodológico (BENEVIDES e PASSOS, 2005, p.390).

Puccini e Cecilio (2004) esclarecem que a humanização apareceu, à primeira vista, como a busca de um ideal, pois, surgindo em distintas frentes de atividades e com significados variados, segundo os seus proponentes, tem representado uma síntese de aspirações genéricas por uma perfeição moral das ações e relações entre os sujeitos humanos envolvidos.

Deslandes (2004) destaca também a dificuldade de lidar com o termo humanização pelo fato de este resultar na condição de humanizar o humano. E, realmente, isto se torna um problema que só pode ser equacionado quando se apreende que só se é humano quando se expressa determinadas condutas.

Como afirmam Heckert, Passos e Barros (2009) os modos de abordar/compreender a humanização não se dissociam das propostas/práticas de humanização. Desse modo, as diversas enunciações constituem distintas práticas de gestão e de modelos de atenção que nem sempre coincidem. Nesse sentido, este termo comporta diversos anunciados e é permeado por imprecisões.

A primeira reflexão a ser feita com relação à proposta de humanização é que, se ela torna-se necessária, fica claro que havia, pelo menos em parte expressiva das práticas de saúde, uma “desumanização” revelando as lacunas do SUS como os “[...] poucos dispositivos de fomento à cogestão e à valorização e inclusão dos gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde; (...) modelo de atenção centrado na relação queixa-conduta” (BRASIL, 2006a, p. 15-16).

Historicamente, os diversos órgãos que lidam com a saúde pública, têm desenvolvido suas ações com os usuários de forma burocrática, impessoal e

automatizada e as necessidades subjetivas dos usuários quase nunca são consideradas.

Na maioria das vezes, a atenção e o acolhimento ficam limitados às situações em que a abordagem rotineira não se mostra adequada, tanto na perspectiva do doente quanto do profissional. Como afirma Campos (2005, p.1), existe até um “[...] embrutecimento das relações interpessoais no SUS, quer sejam relações entre profissionais, quer seja destes com os usuários.” São inúmeros os exemplos de casos em que aparece a completa inadequação desse atendimento.

Para Pessini et al. (2004), com a profissionalização e avanços mecânicos e tecnológicos ocorridos dentro do hospital, se compreende melhor a despersonalização que aconteceu em muitos hospitais e a necessidade da busca de uma renovada humanização hospitalar.

A humanização vem sendo algo essencial nas atividades dos profissionais de saúde, nos programas e projetos que envolvem ações de educação, promoção e prevenção em saúde, sendo necessário realçar a necessidade da dimensão humana no cuidado da dor e do sofrimento, principalmente no âmbito hospitalar.

Nesse sentido Leo Pessini (2004) afirma que:

Numa primeira aproximação à questão da humanização da dor e do sofrimento humano no contexto hospitalar, constatamos que passamos por uma profunda crise de humanismo. Falamos insistentemente de ambientes desumanizados, tecnicamente perfeitos, mas sem alma e ternura humanas. A pessoa humana vulnerabilizada pela doença deixou de ser o centro das atenções e passou a ser industrializada em função de um determinado fim, que pode variar: transformá-la em objeto de aprendizado, usá-la em benefício do status do pesquisador, tratá-la como cobaia de pesquisa (PESSINI, 2004, p.12).

Diante dessas reflexões observa-se que o autor percebe que o ser humano pode constituir ações voltadas para a humanização que considera o outro em seus direitos, em sua dignidade, e ao mesmo tempo também é capaz de constituir ações "desumanizantes", que não reconhecem o doente como pessoa e sujeito, destituídas de poder e de sentimentos. Percebe-se ainda que a desumanização relacionada à tecnologia torna a interação entre o doente e o cuidador um momento eventual, suplementar, dispensável ou mesmo ausente.

Desse modo, embora haja certo estranhamento e resistência por parte de muitos profissionais da saúde em aceitar ações relacionadas à humanização ou

desumanização, é inegável que são ações inerentes à prática de quem cuida de seres humanos.

De maneira geral, fica claro por meio da concepção dos teóricos utilizados nesta pesquisa em relação ao termo humanização, que toda ação, boa ou má, praticada pelo homem é humana. Evidentemente, o Ministério da Saúde, ao propor a política de humanização está estimulando a prática das boas ações na área da saúde, respaldado que a população tem direito: atendimento de qualidade.

O conceito humanização amplia-se na medida em que a sociedade passa por uma revisão de valores e atitudes. A esse respeito, a humanização da saúde, no mundo contemporâneo, atravessa por várias sondagens conceituais, manifestações ideológicas, construções teóricas e técnicas e programas temáticos que fazem da humanização um instigante campo de inovação da produção teórica e prática na área da saúde.

Sendo assim, a humanização se traduz no respeito e valorização da pessoa humana, constituindo-se, atualmente, num processo que visa à transformação da cultura institucional. Torna-se também uma resposta à iniciativa que parte dos próprios trabalhadores da saúde, que sentem e reconhecem em seu ambiente de trabalho a necessidade de mudança.

De acordo com o que foi apresentado neste estudo, a humanização pode ser considerada como princípio de conduta de base humanista e ética assim como Política pública para a atenção e gestão no SUS. Na área da saúde, ela assinala para a melhor compreensão dos problemas e para a busca de soluções compartilhadas. Aponta também para participação, autonomia, responsabilidade e atitude solidária.

Em síntese, a humanização tem se fundamentado no respeito e valorização da pessoa humana, e constitui-se como um processo que visa à transformação da cultura institucional por meio da construção coletiva de compromissos éticos e de métodos para as ações de atenção à saúde e de gestão dos serviços.

## **1.2 Principais conceitos de Humanização na Saúde**

No estudo realizado ao longo dessa dissertação, verificou-se que diversos autores têm promovido eventos para discutir a humanização e também realizaram dissertações, teses, artigos a respeito dessa temática.

Cabe aqui lembrar que por meio da metodologia utilizada buscou-se identificar informações factuais nos documentos a partir de questões e hipóteses de interesse relacionadas à humanização na saúde.

Ao empregar os princípios da pesquisa bibliográfica, tendo como material de apoio investigativo leis, livros e artigos que enfocam o campo da pesquisa documental, objetivou-se conceituar e caracterizar a humanização na saúde, bem como refletir sobre o conceito deste termo a partir dos documentos selecionados; demonstrando a relação ou divergência entre eles.

Ressalta-se, portanto, que, reconhecendo as limitações em abordar a totalidade do objeto de estudo devido aos diversos tipos de documentos, priorizou-se a discussão da análise dos conceitos apresentados em revistas online e impressas.

Desse modo, para buscar responder ao problema apresentado neste estudo foi realizado um estudo exploratório por meio de produções científicas relacionadas ao campo da humanização da saúde. Tal pesquisa bibliográfica ocorreu no período de Março de 2014 a Setembro de 2015 com levantamento e consulta de artigos, publicados nos últimos 15 anos.

Tais produções científicas foram localizadas no Scientific Electronic Library Online (SCIELO); no portal de periódicos da UNB- Revista Ser Social; bem como em revistas online como Interface, Saúde e Sociedade, Ciência e Saúde Coletiva, Revista Bioética e Revista Cereus.

Dessa maneira, para que se pudesse discutir a Política Nacional de Humanização relacionada à Política de Saúde brasileira este trabalho de investigação tomou como referência os autores: Ayres (2004); Benevides e Passos (2005); Deslandes (2004); Fortes (2004), Heckert, Passos e Barros (2009); Mezomo (1995), Nogueira-Martins e Bógus (2004); Pessini (2002); Santos Filho, Barros e Gomes (2009); Vaitsman e Andrade (2005).

A ênfase na pesquisa bibliográfica e documental permitiu articular o objeto de estudo com as aproximações conceituais a respeito da humanização. O processo de investigação implicou também levantar os cinco principais conceitos usados por cada autor.

Após as aproximações conceituais foi realizada, por parte da pesquisadora, a elaboração, de uma lista com os temas de que cada autor trata, sendo uma possibilidade para verificar se os mesmos estão condizentes com o que se pretende comparar. Trata-se assim de um instrumento para melhor avaliar os autores selecionados.

Assim, com objetivo de buscar uma maior compreensão sobre a humanização na área da saúde, neste item é apresentada uma reflexão em relação ao tema anunciado a partir dos conceitos trabalhados pelos autores pesquisados.

O que se espera, no decorrer do processo desta investigação, é uma maior compreensão da humanização do SUS. No entanto, cabe mencionar que Vaitsman e Andrade (2005), advertem que o conceito de humanização no campo da saúde pode ser objeto de várias interpretações e de difícil compreensão, além disso, estes autores alegam que o tema é recente e não existe ainda grande quantidade de pesquisas a respeito.

O Ministério da Saúde define a humanização como o aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos. Diz respeito à mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho (Ministério da Saúde, Política Nacional de Humanização Hospitalar, 2003).

Partindo desta perspectiva, a humanização então, é percebida como política pública estruturando-se na valorização dos diferentes sujeitos envolvidos na atenção à saúde. Tal valorização baseia-se na busca pelas mudanças nos modelos de atenção e gestão a partir da identificação das necessidades sociais.

Além da definição de humanização exposta acima há outros conceitos e tentativas de definição encontradas nas literaturas. Desta forma, o quadro 1 apresenta tais conceitos.

**Quadro 1.** Quadro Comparativo do Estudo Sobre o Conceito de Humanização:

<b>Autor/Obra/Periódico</b>	<b>Síntese sobre o conceito de humanização</b>	<b>Conceitos correlatos</b>
AYRES; José Ricardo; O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde - Saúde e Sociedade v.13, n.3, p.16-29, set-dez 2004.	A humanização significa ampliar as práticas de Saúde, para além dos instrumentos, atingindo a relação entre sujeitos envolvidos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interações interpessoais;</li> <li>• Produção do cuidado;</li> <li>• Políticas Públicas;</li> <li>• Validação democrática de valores;</li> <li>• Felicidade humana</li> </ul>
DESLANDES (2004), Análise Do Discurso Oficial Sobre A Humanização Da Assistência Hospitalar. - Ciência & Saúde Coletiva.	O significado de Humanização está relacionado à qualidade do atendimento em termos técnicos e à subjetividade, agregando também a valorização do profissional de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualidade da assistência em saúde;</li> <li>• Qualidade dos serviços prestados;</li> <li>• Interações sociais;</li> <li>• Capacidade comunicativa;</li> <li>• Cuidado em saúde.</li> </ul>

Cont.

<b>Autor/Obra/Periódico</b>	<b>Síntese sobre o conceito de humanização</b>	<b>Conceitos correlatos</b>
FORTES (2004); Ética, Direito dos usuários e Políticas e Humanização da Atenção à Saúde. - Saúde e Sociedade.	Refere-se à possibilidade de uma transformação cultural da gestão e das práticas desenvolvidas nas instituições de saúde, assumindo uma postura ética de respeito ao usuário, entendido como cidadão e não apenas como um consumidor dos serviços de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autonomia do usuário;</li> <li>• Direitos dos usuários;</li> <li>• Assistência à saúde;</li> <li>• Transformação cultural;</li> <li>• Direito à informação</li> </ul>
HECKERT, A.L.C.; PASSOS, e.; BARROS, M.E.B. (2009). Um Seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. – Interface, Comunicação Saúde Educação.	A humanização é associada à qualidade do cuidado, que inclui a valorização dos trabalhadores e o reconhecimento dos direitos dos usuários. É atitude ética e humanitária, que se constituem a partir da escuta sensível e compreensiva que circunscreve prioritariamente nas relações interpessoais, as ações de humanização dizem respeito às varias melhorias no sistema de saúde em geral.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Humanização da Assistência;</li> <li>• Autonomia;</li> <li>• Corresponsabilidade;</li> <li>• Potência do coletivo;</li> <li>• Democratização das práticas de produção de saúde;</li> </ul>
MEZONO (1995), Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos. São Paulo: Projeto Editorial UnG.	Para o autor, humanização não se trata de imposição de valores morais e de princípios, mas sim de respeito à dignidade própria da pessoa e a garantia de seu direito fundamental à vida e à saúde.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Filosofia de vida</li> <li>• Ação solidária</li> <li>• Respeito à dignidade da pessoa humana</li> <li>• Direito</li> <li>• Confiança</li> </ul>
NOGUEIRA-MARTINS & BÓGUS (2004); Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde - Saúde e Sociedade.	A humanização enquanto Política, incentiva às práticas promocionais de saúde. Humanização em saúde é uma das políticas prioritárias do setor da saúde, atualmente em implementação em nosso país. As autoras relacionam a humanização com a promoção em saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atenção à saúde;</li> <li>• Promoção da Saúde;</li> <li>• Valorização da vida humana;</li> <li>• Cidadania;</li> <li>• Interações sociais</li> </ul>
PESSINI (2002); Humanização da dor e do Sofrimento Humanos na Área da Saúde. – Revista Bioética.	A humanização perpassa pelas questões da dimensão humana, relacionadas à dor e ao sofrimento, com as quais os profissionais de saúde lidam no ambiente hospitalar.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado digno;</li> <li>• Valorização;</li> <li>• Assistência à saúde;</li> <li>• Realidade hospitalar;</li> <li>• Cuidado</li> </ul>

Cont.

Autor/Obra/Periódico	Síntese sobre o conceito de humanização	Conceitos correlatos
SANTOS FILHO, S.B; BARROS, M.E.B.(2009); GOMES,RS. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. Interface - Comunicação, Saúde, Educação.	A humanização se constrói no encontro dos sujeitos concretos, efetiva-se nas práticas em saúde a partir delas e está voltada para homens e mulheres comuns que compõe o SUS, em suas experiências, com os trabalhadores e usuários que habitam e produzem o dia-a-dia dos serviços de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Humanização da Assistência;</li> <li>• Cogestão;</li> <li>• Adversidade;</li> <li>• Políticas Públicas;</li> <li>• Gestão coletiva.</li> </ul>
VAISTMAN e ANDRADE (2005); Satisfação e Responsabilidade: Formas de Medir a Qualidade e a Humanização da Assistência a Saúde.	O núcleo do conceito de humanização é a ideia de dignidade e respeito à vida humana enfatizando-se a dimensão ética na relação entre pacientes e profissionais de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Satisfação do usuário;</li> <li>• Direitos do paciente;</li> <li>• Adversidade;</li> <li>• Dignidade;</li> <li>• Valorização humana no cuidado.</li> </ul>

**Fonte:** Quadro elaborado pela pesquisadora a partir de pesquisa bibliográfica: (2014-2015)

Este quadro foi construído após a pesquisa bibliográfica e apresenta uma síntese de cada autor sobre o conceito da humanização e conceitos correlato em suas obras. Dessa forma, a partir da análise dos mesmos se propõe fazer uma discussão da humanização do SUS.

A reflexão construída a partir deste quadro é análise de conteúdo, uma vez que os conceitos apresentados por cada autor são os elementos que representam a fundamentação para a discussão e construção do conhecimento analítico.

Para tanto, os conceitos foram agrupados atendendo a relação de significância e definição dos mesmos na elaboração do conhecimento sobre a humanização.

Com relação aos conceitos correlatos, estes foram elaborados com base nos conceitos apresentados pelos autores escolhidos.

É necessário ressaltar que os autores discutem conceitos semelhantes para analisar a rede HumanizaSUS. Conceitos como interações interpessoais, interações sociais, capacidade comunicativa, transformação cultural, cuidado, gestão coletiva e potência do coletivo são mencionados em suas obras.

Um conceito correlato fundamental a ser mencionado são as interações interpessoais. Para Ayres (2004) as interações interpessoais devem ser consideradas na compreensão das relações entre profissionais de saúde e pacientes. Por isso,

para a construção do Cuidado, tão importante quanto investir na reflexão e transformação relativas às características das interações interpessoais nos atos assistenciais e a partir deles, é debruçar-se, uma vez mais e cada vez mais, sobre as raízes e significados sociais dos adoecimentos em sua condição de obstáculos coletivamente postos a projetos de felicidade humana e, de forma articulada, da disposição socialmente dada das tecnologias e serviços disponíveis para sua superação (AYRES; 2004, p.27).

De acordo com as considerações deste autor, a humanização pode ser entendida como valor, apontando para uma dimensão em que o cuidar em saúde sugere encontros reiterados entre subjetividades socialmente conformadas que simultaneamente esclarece e (re)constrói não apenas as necessidades da saúde, mas aquilo mesmo que atende ser a boa vida.

Dessa forma, Ayres (2004) acredita na possibilidade de reorganização das práticas de saúde orientadas por valores éticos, tais como, a emancipação solidária dos sujeitos em sua diversidade, a singularidade e interdependência.

O autor também reflete sobre a importância de elevar a dignidade da tecnologia leve, no arsenal de conhecimentos, aperfeiçoar a já bastante valorizada tecnologia dura, criando condições de otimizar o exercício da sabedoria prática nos espaços de assistência.

Em relação à comunicação e interação, ressalta-se a importância de um espaço para elaborar e compartilhar os juízos de como e o que somos, Mello (2008:9) cita a síntese do pensamento de vários filósofos contemporâneos que diz: “Seremos tão mais indivíduos e legítimos quanto mais livremente nos comunicarmos.”

Para Deslandes (2004), apesar da polissemia do conceito de humanização da assistência e da amplitude possível das práticas que se auto-intitulam como humanizadoras, esse projeto/ processo pode propiciar uma contribuição para a melhoria da qualidade da atenção prestada.

Outro aspecto importante enfatizado pela autora acima é que as ideias de humanização são como uma antítese da violência e da incomunicabilidade. Sendo



assim, reforça a posição estratégica das ações centradas na ética, no diálogo e na negociação dos sentidos e rumos da produção de cuidados em saúde.

A esse respeito pode-se relacionar também os conceitos como interações sociais e capacidade comunicativa em que a autora esclarece que;

Se o ser humano é potencialmente capaz de compreender outro ser humano, porque ambos são dotados de linguagem, o jogo das interações sociais, as relações de saber-poder, de trabalho, de gênero e de status podem constituir fortes impeditivos para o diálogo (DESLANDES; 2004,p. 11).

Sobre a proposta de humanização, Deslandes (2004) destaca que este termo, da forma como tem sido empregado, carece de uma definição mais clara e tem significado um amplo conjunto de iniciativas que abrangem a assistência valorizando a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico; o reconhecimento dos direitos, da subjetividade e da cultura do paciente e o valor do profissional da saúde.

Além disso, a autora considera importante a articulação dos avanços tecnológicos com acolhimento, melhorias nas condições de trabalho do profissional e ampliação do processo de comunicação. Segundo Deslandes (2004), as ideias centrais de humanização do atendimento na saúde são de oposição à violência e tem a necessidade de oferta de atendimento de qualidade.

Para Nogueira & Bógus (2004, p. 46), as interações sociais se relacionam com a estratégia da promoção da saúde aproxima-se do tema da humanização na atenção e gestão no Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente ao se considerar que um dos campos de atuação preconizados para a promoção da saúde é a reorientação dos sistemas e serviços de saúde.

Mediante essas afirmativas, a humanização se constituiu sob um caráter singular, haja vista que sua finalidade tem sido alterar a maneira de trabalhar e de interferir nos processos de trabalho no campo da Saúde.

No que diz respeito às ações de humanização Fortes (2004), pressupõe que:

[...] humanizar refere-se à possibilidade de uma transformação cultural da gestão e das práticas desenvolvidas nas instituições de saúde, assumindo uma postura ética de respeito ao outro, de acolhimento do desconhecido, de respeito ao usuário entendido como um cidadão e não apenas como um consumidor de serviços de saúde (FORTES; 2004, p.31).

As ações de humanização significam compreender ao mesmo tempo a singularidade de cada indivíduo, e, dessa forma é possível que se crie possibilidades

para que este indivíduo exerça a sua autonomia. Este traz o conceito da transformação cultural ao abordar o ato de humanizar.

Este autor, assim como Deslandes (2004), aborda questões subjetivas que permeiam as relações entre profissionais de saúde e usuários. De tal modo, ressalta a necessidade de mudanças de atitudes que possam melhorar substantivamente este contato, e a partir de então se promoverá a autonomia dos sujeitos envolvidos.

Outro conceito correlato apontado pelos autores relacionado à humanização e para mudança no sistema de saúde é a potência do coletivo. Quanto a esta questão, os autores esclarecem que:

[...]a discussão da PNH nos vários espaços do SUS tem revelado sua força, traduzida em diferentes dimensões: de reposicionamento dos sujeitos na perspectiva de seu protagonismo, autonomia e corresponsabilidade; da *potência do coletivo*; da importância da construção de redes de cuidados compartilhados, em contraste com o mundo contemporâneo caracterizado pelo individualismo e pela competição que transforma a agonística do campo social em antagonismos. A força da PNH vem, então, apontar para o compromisso com uma posição ético-estético-política no campo da Saúde (HECKERT; PASSOS; BARROS; 2009, p. 495).

Ao se referirem à potência do coletivo entende-se que os autores defendem a possibilidade da humanização como parte também ligada à gestão coletiva. Desta forma, verificou-se uma aproximação com o que Santos e Gomes (2009) abordam dentro das análises sobre a humanização na saúde.

Nas referências sobre a gestão coletiva foi entendido que:

a indissociabilidade entre a produção de serviços e a produção de sujeitos leva a afirmar: a aposta na inclusão dos diferentes sujeitos e na análise e *gestão coletiva* dos processos de trabalho é uma estratégia importante para a produção de desestabilizações produtivas e práticas de humanização dos serviços de Saúde que tomam os processos de trabalho como foco (SANTOS e GOMES, 2009, p. 611).

Diante dessa reflexão percebe-se que estes autores compreendem também a finalidade da humanização como política, para alterar a maneira de trabalhar e de interferir nos processos de trabalho no campo da saúde. Portanto, essa concepção busca definir um modelo geral para humanização.

Para análise da HumanizaSUS na literatura selecionada também foi verificado o conceito de atenção à saúde. Dessa forma, Benevides e Passos (2005) salientam que, na saúde, a qualidade da atenção ao usuário e o processo de produção de saúde são necessários para que exista a humanização da mesma.

Um Sistema de saúde para ser único precisa implantar-se como um plano comum que conecta diferentes atores no processo de produção de saúde. É neste sentido que os princípios do SUS não se sustentam numa mera abstração, só se efetivando por meio da mudança das práticas concretas de saúde (BENEVIDES e PASSOS, 2005, p.392).

As considerações dos autores apontam para a questão de que as práticas de humanização em saúde implicam uma mudança no SUS como um todo, fazendo-se necessária uma reforma da tradição clínica e epidemiológica, nos quais devem estar presentes novos modos de trabalhar, incorporando o sujeito e sua história desde o momento do diagnóstico até o da intervenção.

Ainda em relação à atenção à saúde foi mencionado que para,

melhorar a qualidade e a eficácia da atenção dispensada aos usuários da rede hospitalar; recuperar a imagem dos hospitais junto à comunidade; capacitar os profissionais dos hospitais para um conceito de atenção à saúde baseado na valorização da vida humana e da cidadania; conceber e implantar novas iniciativas de humanização beneficiando tanto os usuários como os profissionais de saúde; estimular a realização de parcerias e trocas de conhecimentos; desenvolver um conjunto de indicadores/ parâmetros de resultados e sistemas de incentivo ao tratamento humanizado. (NOGUEIRA-MARTINS e BÓGUS, 2004, p. 45).

Nessa percepção, o trabalho em saúde, para ser eficaz, deve manter permanente a busca de novas iniciativas, assim há que almejar a participação ativa do usuário para que ocorra melhoria da rede hospitalar.

Sobre a corresponsabilidade o autor a relaciona da seguinte maneira;

como função de quem está produzindo e conduzindo seu próprio fazer. Aqui se coloca um método: conduzir análises e intervenções com/nos espaços de trabalho, de forma a traçar um caminho no sentido da inclusão dos diferentes agentes implicados nos processos de trabalho-gestão. Um método que inclui gerência e trabalhadores no sentido da produção de autonomia, protagonismo e corresponsabilidade (HECKERT e PASSOS, 2009, p. 495).

Sob esta perspectiva, os sentidos da humanização estão ligados à qualidade do cuidado. Segundo estes, a humanização é compreendida como atitude esfera subjetiva das relações entre os sujeitos que integram os espaços de saúde.

Estes autores também consideram que a humanização na saúde implica a produção de outras formas de relação entre os sujeitos que constroem o cotidiano dos estabelecimentos de saúde. Sob esse ponto de vista, esses sujeitos são capazes de transformar os processos de trabalho e também se transformarem nesse processo.

A respeito de política pública, Ayres (2005, p. 24) esclarece que “a responsabilidade assume relevância para o cuidado em saúde em diversos níveis, já desde aquele de construção de vínculos serviço-usuário, de garantia do controle social das políticas públicas e da gestão dos serviços.”

Para Benevides e Passos

[...] a redefinição do conceito de humanização deve ganhar outra amplitude quando estamos implicados na construção de políticas públicas de saúde. Afinal, de que nos serve este esforço conceitual se isso não resultar em alteração nas práticas concretas dos serviços de saúde, na melhoria da qualidade de vida dos usuários e na melhora das condições de trabalho dos profissionais de saúde? Neste sentido, impõe-se um outro desafio, o da alteração dos modos de fazer, de trabalhar, de produzir no campo da saúde ( BENEVIDES e PASSOS,2005,p. 391).

A perspectiva apresentada por esses autores apontam para a humanização como uma estratégia de interferência nas práticas de saúde levando em conta que sujeitos sociais, atores concretos e engajados em práticas locais, quando mobilizados, são capazes de, coletivamente, transformar realidades transformando-se a si próprios neste mesmo processo.

É necessário destacar aqui que tal política visa, dentre outros aspectos, possibilitar um acolhimento adequado e escuta dos sujeitos. Assim a intimidade com os objetivos impressos no código de ética dos Assistentes Sociais.

Nesse sentido, pode-se constatar que a contribuição do Serviço Social ao projeto de humanização é fundante no projeto ético-político da profissão, que tem nos direitos sociais seu alicerce. Além disso, o tema que se tem tratado permite uma revisão por parte dos profissionais quanto às suas práticas que se configura na intervenção, no cotidiano.

Verifica-se também que a humanização acontece a partir da experiência dos profissionais com o trabalho interdisciplinar e com a abordagem socioeducativa. Sob esse ponto de vista, o desafio da humanização passa pela criação de uma nova cultura de atendimento, inclusive a compreensão sobre a restituição da centralidade dos sujeitos na construção coletiva do Sistema Único de Saúde brasileira.

Em tal perspectiva Vaistman e Andrade (2005), entendem que o termo humanização pode ter interpretações distintas e pode ser relacionada ao direito. Sobre isso os autores destacam que a fonte mais recente dos princípios da humanização pode ser encontrada na Declaração Universal dos Direitos do Homem

(ONU, 1948), que se funda nas noções de dignidade e igualdade de todos os seres humanos.

O núcleo do conceito de humanização para estes autores é a ideia de dignidade e respeito à vida humana, enfatizando-se a dimensão ética na relação entre pacientes e profissionais de saúde.

Quanto à transformação e criação da realidade pode-se observar que para Benevides e Passos (2005), a Política de Humanização só se efetiva uma vez que consiga sintonizar “o que fazer” com o “como fazer”, o conceito com a prática, o conhecimento com a transformação da realidade.

Cumprir destacar que, ao analisar essas concepções e compreensões a respeito da humanização, há vários pontos de vista e considerações sobre a construção de uma política mais humanitária. No entanto, não se podem esquecer os desafios maiores que são a construção de estratégias e formas de trabalho que envolva tanto os usuários como os profissionais de saúde.

Referente aos conceitos qualidade da assistência em saúde, qualidade dos serviços prestados e cuidado em saúde expressos na obra de Deslandes (2004), percebeu-se que assim como a maioria dos autores, de maneira geral, este entende a humanização como melhoria de contato na relação profissional-usuário.

Deslandes (2004) considera que a comunicação e o respeito às singularidades dos sujeitos envolvidos são peças chaves neste processo que envolve também a mudança de cultura.

Acreditamos que apesar da polissemia do conceito de humanização da assistência e da amplitude possível das práticas que se auto-intitulam como “humanizadoras”, esse projeto/processo pode propiciar uma contribuição para a melhoria da qualidade da atenção prestada. Pode significar um novo modelo de comunicação entre profissionais e pacientes e quiçá novas práticas cuidadoras (DESLANDES; 2004, p. 13).

Dessa maneira, é preciso uma compreensão de como tornar a Política de Humanização acessível a todos os usuários. Portanto, é primordial, além da concepção de que cada um traz sobre o que é humanização na saúde, pensar em ações de humanização que são realmente voltadas para a promoção da saúde assim como a consolidação da autonomia do sujeito, da família e também de toda comunidade.

Fortes (2004) aborda a autonomia do usuário; os direitos dos usuários; a assistência à saúde e o direito a informação. Para este autor existe,

[...] um forte diferencial sentido em relação às propostas de “direitos dos usuários” é que o Programa incorporou a preocupação com a valorização, a capacitação e o desenvolvimento dos trabalhadores do setor saúde, dos encarregados da tarefa do cuidar. As políticas de saúde devem proporcionar as condições necessárias para o exercício das tarefas cotidianas e devem criar condições para que os que cuidam possam também ter suas necessidades satisfeitas (FORTES; 2004, p.33).

Alinhados a esses conceitos, Nogueira, Martins e Bógus (2004), discutem em sua obra, a valorização da vida humana e cidadania. Além disso, este conceito também está presente na PNH como sendo um dos princípios da política citada.

O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) foi criado em 1999, pela Secretaria da Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, com os objetivos de: melhorar a qualidade e a eficácia da atenção dispensada aos usuários da rede hospitalar; recuperar a imagem dos hospitais junto à comunidade; capacitar os profissionais dos hospitais para um conceito de atenção à saúde baseado na valorização da vida humana e da cidadania; conceber e implantar novas iniciativas de humanização beneficiando tanto os usuários como os profissionais de saúde; estimular a realização de parcerias e trocas de conhecimentos; desenvolver um conjunto de indicadores/ parâmetros de resultados e sistemas de incentivo ao tratamento humanizado (NOGUEIRA-MARTINS e BÓGUS, 2004, p. 45).

Sob esta perspectiva, Pessini (2002), enfatiza que a humanização perpassa pelas questões da dimensão humana, relacionadas à dor e ao sofrimento, com as quais os profissionais de saúde lidam no ambiente hospitalar. O autor aborda em sua obra o cuidado digno; a valorização, e assistência à saúde.

No tocante ao cuidado digno da dor e sofrimento humanos, o sistema de saúde brasileiro ainda está numa fase rudimentar. Há muito o que se fazer em termos de operacionalização de políticas públicas relacionadas com a questão, bem como intervir no aparelho formador de profissionais para criar uma nova cultura (PESSINI, 2002, p. 51).

Quanto ao que foi apresentado sob diferentes perspectivas e compreensões sobre a humanização do SUS, pode-se dizer que é um movimento com crescente e disseminada presença, assumindo diferentes sentidos segundo a proposta de intervenção.

Conclui-se que, diante dos conceitos apresentados por diferentes autores, a humanização se traduz em um conjunto de elementos e atitudes.

Tais elementos e atitudes podem ser mencionados, como por exemplo: respeito, dignidade no tratamento, estabelecimento de boa comunicação e respeito ao direito de informação aos usuários; o reconhecimento dos direitos, da subjetividade e da cultura do paciente; o valor do profissional da saúde.

Entende-se que à primeira vista a humanização do SUS se apresenta como a busca de um ideal, pois, surgiu em distintas frentes de atividades e com significados variados, segundo os seus proponentes. Além disso, esta foi pensada e tem sido apresentada como uma aspiração de melhoria nas ações de saúde e relações dos trabalhadores e usuários, ou seja, entre os sujeitos humanos envolvidos.

Sob esse ponto de vista, se faz necessário, mesmo diante das tantas limitações e dificuldades nos serviços de saúde, a realização das propostas de humanização para que assim ocorra uma valorização das inter-relações humanas.

Como foi ressaltada ao longo deste estudo, a PNH veio com uma proposta de mudança e precisa ser compreendida para ser efetivada. O conceito de humanização, como foi observado, conta com um acúmulo considerável de representações no campo de saúde.

Tais concepções, porém não trazem uma real aproximação do que seja a humanização. Diante disso, pensar na “humanização como um conceito-experiência que, ao mesmo tempo, descreve, intervém e produz a realidade” (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p.393), nos convoca a mantermos vivo o movimento a partir do qual o SUS se constitui enquanto política pública.

A esse respeito destaca-se que acima de tudo a humanização do SUS se configura como política que visa possibilitar a reflexão e participação dos usuários no que diz respeito ao exercício da cidadania.

Portanto, há muito que compreender, pois além de simplesmente conhecer a PNH com as devidas contextualizações, é necessário perceber que a efetivação dos dispositivos desta política pública depende de articulação entre a teoria e a prática em saúde.

## **CAPÍTULO II**

### **POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E A HUMANIZAÇÃO**

Neste capítulo apresenta-se reflexões sobre a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), na busca de compreender melhor a atuação dos processos relacionados à humanização do atendimento, bem como a ação do Serviço Social no que se refere a esse atendimento.

Desse modo, há também um esclarecimento a respeito da criação e funcionamento da Política Nacional de Humanização, buscando suas implicações na prática do assistente social.

#### **2.1 O Sistema Único de Saúde (SUS)**

O Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil, existe desde a Constituição de 1988. Sua finalidade é a assistência integral à saúde de todos os cidadãos de maneira universal e restrita. O SUS, em sua previsão constitucional se expressa como um sistema único, integralizado e hierarquizado que engloba as ações e serviços de saúde pública do país.

Nesse sentido, a Constituição Federal de 1988, ao criar o SUS, estabeleceu uma transformação radical no sistema de saúde, e, ao afirmar que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, “garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”<sup>3</sup>, o país inaugurou um novo capítulo na história dos direitos sociais (Constituição Federal do Brasil, 1988. Art. 196).

Com o objetivo de criar e viabilizar a garantia e o cumprimento do direito à saúde no Brasil, além da Constituição Federal de 1988, leis infraconstitucionais foram sendo promulgadas. Ressalta-se a Lei Federal n.º 8.080; criada com a

---

<sup>3</sup> É considerado como Práticas em Saúde a Promoção: São as ações que buscam eliminar ou controlar as causas das doenças e agravos, geralmente intervindo em esferas ligadas à vida da população. Ex: ações em meio ambiente, habitação e educação. A proteção - São as ações que procuram prevenir riscos e exposições das doenças atuando mais diretamente na vida das pessoas com o objetivo de manter o estado de saúde. Ex: ações de imunização, vigilância à saúde e sanitária. E a recuperação - São as ações que evitam mortes e seqüelas das pessoas quando já estão com quadro patológico instalado. Ex: atendimento médico, tratamento e reabilitação para portadores das diversas patologias.



intenção de organizar e estruturar o funcionamento dos serviços de saúde e a Lei Federal n.º 8.142 para assegurar a participação dos usuários do sistema na gestão desses serviços e também a transferência de recursos financeiros. Foi por meio da aprovação dessas duas leis que, juntas, formaram a Lei Orgânica da Saúde (LOS), a partir da qual foi instituído o Sistema Único de Saúde.

A Lei nº 8080, de 19 de Setembro de 1990, dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento, ou seja, regula as ações e serviços de saúde. Em seu art. 2º, assim como na Constituição Federal de 1988, a saúde é reconhecida como um direito do cidadão e dever do Estado.

Conforme Carvalho e Santos (2001), o direito à saúde deve ser garantido por ações governamentais, não ficando somente em promessas constitucionais. Sendo assim:

A assistência à saúde não pode ficar à mercê de programas governamentais, que podem não acontecer, esvaziando o artigo 196 da Constituição de seu conteúdo, que é a eficácia e a eficiência do Estado no pronto atendimento às necessidades do cidadão (CARVALHO; SANTOS, 2001, p.40).

O art. 1º da referida lei regula em todo território nacional, “as ações e serviços de saúde, executadas isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado” (BRASIL, 1990<sup>a</sup>, p. 1).

Cumprido destacar que tal lei também determina que os municípios sejam responsáveis pela execução das ações e serviços de saúde relacionados à saúde, os estados e a União cooperariam com o suporte técnico e financeiro.

Esta lei ainda determina que o campo de atuação do SUS contemple as ações de vigilância sanitária epidemiologia, saúde do trabalhador e assistência integral terapêutica e farmacêutica (BRASIL, 1990<sup>a</sup>, p.1).

Vale ressaltar que a Lei 8080/90 trata dos objetivos e atribuições do SUS. No seu art. 5º esses objetivos e atribuições não deixam de ser aperfeiçoados por uma série de ações e serviços por meio de políticas sociais e econômicas, sempre com o intuito de alcançar a efetivação da saúde como meio para uma boa qualidade de vida, acatando o princípio da dignidade da pessoa humana imposta constitucionalmente.

Dentre os objetivos do SUS está a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; formulação de políticas de saúde que visem o risco de agravo da saúde e a assistência à população por meio da promoção, proteção e recuperação da saúde; e ainda, ações preventivas.

Assim, tal lei expõe os objetivos para mudanças no sistema de saúde, e o SUS se apresenta como um projeto idealizado com a Reforma Sanitária, tornando-se um dos principais eixos de busca de concretização de direitos para os sujeitos políticos coletivos.

A lei 8.142 trata especificamente da gestão do SUS, da transferência dos recursos para a saúde entre as esferas do governo. Desta forma, define como devem ser investidos estes recursos.

Convém ressaltar que a referida lei dispõe sobre o Fundo Nacional de Saúde e diz como e onde os recursos desse fundo serão aplicados. Assim, esclarece que tais recursos só podem ser utilizados para financiar os custos próprios do Ministério da Saúde; os valores com ações previstas e, principalmente, os custos das transferências de recursos para os estados, o Distrito Federal e os municípios destinados à implementação de ações e serviços de saúde.

Além disso, a Lei 8.142 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e também estabelece as fontes financiadoras do Fundo Nacional de Saúde (FNS). Esta lei diz como e onde os recursos do Fundo Nacional de saúde serão aplicados.

Ainda sobre esta lei, de acordo com a Emenda Constitucional nº 29/00, compete a cada ente governamental assegurar o aporte regular de recursos ao respectivo fundo de saúde. Assim sendo, a responsabilidade pelo financiamento do SUS pertence à União, estados e municípios. E a Lei Orgânica da Saúde que prevê as fontes de financiamento, os percentuais a serem gastos em saúde, bem como, a forma de divisão e repasse dos recursos financeiros entre as esferas de governo.

Dessa maneira, criou a forma de repasse fundo a fundo, estabelecendo como critérios para seu recebimento, a existência do fundo municipal de saúde, do Conselho municipal, do plano de saúde, de relatórios de gestão, da contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento e da Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS).

É importante enfatizar que o financiamento público na área da saúde, atualmente é insuficiente em relação à abrangência da enorme demanda do SUS.

Conforme dados que o Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS), em auditoria em todos os Estados do país, realizou em 2009, cerca de 70% da população brasileira depende única e exclusivamente deste para ter acesso ao direito à saúde. Em consequência disso, toda estrutura e desenvolvimento do SUS são afetados, pois a gestão e atenção à saúde são colocadas em risco.

Ao se tornar insuficiente, o financiamento público na área da saúde em relação a abrangente demanda social do SUS, coloca-se em risco a efetivação das políticas públicas de gestão e atenção à saúde, afetando todo o desenvolvimento e estrutura do SUS, decorrendo, assim, em prejuízo para a sociedade.

A fim de evitar o tratamento desigual da coletividade, e, para a aplicação necessária na distribuição dos recursos de maneira a atender os anseios da sociedade, o Estado deve atuar instituindo políticas públicas que deverão ser organizadas e planejadas previstas no orçamento.

Ainda em relação à lei 8.142, esta estabelece que em cada esfera de governo se realizará a cada quatro anos as Conferências de Saúde, contando com a participação da população. E o objetivo das Conferências é avaliar a política de saúde propondo diretrizes para sua formulação.

Sobre as duas leis, que aqui são utilizadas para compreender as perspectivas de funcionamento do SUS, pode-se dizer que formaram a legislação básica para dar início ao processo de mudança no campo da saúde. Essas leis garantiram certa organização do SUS, porém a normatização se deu somente com as Normas Operacionais Básicas (NOB's).

As Normas Operacionais Básicas surgiram para criar as condições de operacionalidade da LOS e passaram a representar instrumentos fundamentais para a concretização da diretriz de descentralização, estabelecida na Constituição e na legislação do SUS.

Ressalta-se que as NOBs representam aparelhos de regulação do processo de descentralização, que tratam, eminentemente, dos aspectos de divisão de responsabilidades, relações entre gestores e critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios.

É relevante mencionar nessa reflexão a importância da NOB 1993, uma vez que esta possibilitou o fortalecimento da crença na viabilidade e na importância do SUS para a saúde de cada um e de todos os brasileiros. Esta NOB se tornou um instrumento de regulação do SUS, além de incluir as orientações operacionais

propriamente ditas, explícita e dá consequência prática, em sua totalidade, aos princípios e às diretrizes do Sistema, consubstanciados na Constituição Federal e nas Leis No. 8.080/90 e No. 8.142/90, favorecendo, ainda, mudanças essenciais no modelo de atenção à saúde no Brasil.

Em síntese, as NOBs foram sendo constituídas como os principais instrumentos normalizadores do processo de descentralização das ações e serviços de saúde no Brasil. Tal constatação aproxima-se a um dos pilares de sustentação do Sistema Único de Saúde.

A partir dessas constatações, apreende-se que o processo de criação do SUS foi o resultado da conjunção de forças políticas e sociais identificadas, naquele momento histórico, com uma proposta democratizante para o setor, consideramos que essas forças continuaram presentes na área da saúde.

Assim sendo, a ação política organizada de profissionais da área de saúde, intelectuais e movimentos sociais rearticularam uma nova conjuntura favorável ao processo de redemocratização, trazendo nova concepção de saúde sob novos padrões.

Para Conceição (2009, p.207), esses padrões perseguiram um sistema de saúde não perdulário, uma sociedade mais justa, além da garantia de direitos políticos, civis e sociais; e, por conseguinte, contrários a uma saúde de caráter individual, assistencialista, e a uma medicina que privilegiava a prática curativa em detrimento de ações preventivas.

Além disso, segundo a mesma autora tais padrões buscavam um sistema de saúde que abrangesse toda sociedade e não apenas parcela desta. Diante disso, o projeto de reforma sanitária pressupunha uma sociedade efetivamente democrática, vinculada a uma ampla reforma do Estado que garantisse direitos de cidadania, contribuindo, assim, para que ocorressem mudanças estruturais no modelo de atenção à saúde, com a construção do SUS, mas não se limitando a isso.

De fato, com a construção do SUS havia possibilidade de avançar também na construção de um novo acordo societário que buscasse a ampliação da esfera pública e o combate às desigualdades.

O SUS em seu arcabouço de leis, normas, resoluções e diretrizes, é um marco definitivo na garantia do direito à saúde do cidadão brasileiro, por determinar um caráter universal às ações e aos serviços de saúde no país (BRASIL, 2006, p.5).

Assim, ao buscar um conjunto de ações para amenizar as necessidades que são consideradas como básicas em uma sociedade, a partir da Constituição

Federal de 1988, a Política de Saúde e de assistência passam a ser inseridas no âmbito da seguridade social. A partir de então, a Seguridade Social passa a oferecer proteção à sociedade brasileira, não como caridade ou filantropia, mas como um direito de cada indivíduo, voltado para a sua garantia e condições dignas de vida.

É importante ressaltar que a Constituição de 1988 concretiza propostas advindas das discussões iniciadas no Movimento de Reforma Sanitária, deste modo viabiliza e expande os direitos garantidos à população.

os direitos políticos adquiriram amplitude nunca antes atingida. No entanto, a estabilidade democrática não pode ainda se considerada fora de perigo. A democracia política não resolveu os problemas econômicos mais sérios, como a desigualdade e o desemprego (CARVALHO, 2008, p. 199).

Partindo desta perspectiva, o SUS revela-se importante cenário de acesso dos direitos universais, apresentando instâncias de deliberação democrática, de caráter de negociação e participativo, no qual a concretização desses direitos torna-se viável por meio dos conselhos e conferência de saúde, espaço aberto legitimamente para essas ações democráticas. Também traz a exigência de um modelo mais eficaz, democrático e universal por meio da participação popular nas discussões das condições de vida da população brasileira.

Desta forma, o SUS trouxe nova concepção de saúde e atenção no aspecto da prevenção, proteção e recuperação da saúde. A partir de então, é possível pensar outro cenário para a saúde pública brasileira e como pontua Bravo (1976), o modelo de atuação no campo da saúde desenvolvido neste período era o de,

Desenvolvimento e de mudança social (...) que visava levar a população a participar do processo de transformação da sociedade, visando a promoção da saúde, seja informado pela perspectiva estruturalista, ou pela perspectiva dialética (BRAVO, 1976, p. 37).

Embora o SUS seja considerado hoje a maior estrutura de política pública voltada para área da saúde e direito à saúde funciona precariamente e a parceria com o setor privado não é eficiente O Estado não investe o necessário, os trabalhadores não são remunerados satisfatoriamente, os gestores não contam com os recursos e equipamentos que deveriam, e a população não participa do controle dos seus direitos.

Assim, a atenção à população, foi mantida sob uma abordagem reducionista e em decorrência de tal enfoque, a atenção é prioritariamente focada na doença em detrimento da pessoa doente.

Mesmo diante de algumas evoluções na política de saúde brasileira,

Atualmente, as políticas focalistas do Estado neoliberal, não só excluem a maioria do acesso aos benefícios, mas rompem com o que está garantido na Constituição Federal, principalmente no que se refere à saúde, assistência e previdência, constantes em lei como direito do cidadão e dever do Estado, dificultando a universalização dos direitos e, principalmente, o controle social (VASCONCELOS, 2002, p. 58).

Diante disso, apesar do valor e da importância das regulamentações do SUS em lei, não se pode afirmar que este sistema de saúde seja, em sua totalidade, garantido com eficiência. Isso por que há à redefinição da relação entre Estado e sociedade, ou seja, com a constituição do projeto neoliberal.

Sobre a constituição do projeto neoliberal Harvey (2008), esclarece que,

[...] As intervenções do Estado nos mercados (uma vez criados) devem ser mantidas num nível mínimo, porque, de acordo com a teoria, o Estado possivelmente não possui informações suficientes para entender devidamente os sinais do mercado (preços) e porque poderosos grupos de interesse vão inevitavelmente distorcer e viciar as intervenções do Estado (particularmente nas democracias) em seu próprio benefício (HARVEY, 2008, p.12).

O neoliberalismo segundo este autor se consistiu na redução do papel do Estado e ampliação da esfera do mercado. Desse modo, defende a não participação do Estado na economia, dando total liberdade de comércio (livre mercado), para garantir crescimento econômico e desenvolvimento social.

A esse respeito, destaca-se que a política de saúde no cenário atual encara o subfinanciamento, a precarização das relações de trabalho, a má remuneração, as péssimas condições de trabalho. Nessa concepção, os modelos deficitários de atenção à saúde e de gestão do sistema são aspectos que interferem diretamente nas formas de se pensar a saúde como um direito de todos.

É válido ressaltar que as políticas econômicas neoliberais implicam na redução do papel Estado e nos investimentos, nas políticas públicas, e conseqüentemente, na da área da saúde. Os avanços na questão econômica, ao camuflar as problemáticas sociais com políticas paliativas e focalizadas, se tornam obstáculo para a implementação do preceito constitucional da Seguridade Social.

Desde a conjuntura pós-constituente do SUS, e até mesmo no atual contexto brasileiro, permanece o processo de reestruturação global contínuo no cenário da economia nacional. Em função disso, é preciso maior vigilância nos processos de concretização das políticas públicas para que estas abarquem questões centrais como os direitos sociais e, especificamente, os direitos de saúde, como elementos fundantes da cidadania.

Tais questões remetem aos desafios na construção de um SUS, que de fato tenha como idealização a busca pelo atendimento com dignidade e igualitário e também a busca dos valores humanos que integrem a melhoria das condições de vida dos usuários, bem como a melhora das condições de trabalho dos profissionais de saúde.

A esse respeito, destaca-se que para a efetivação SUS, houve a necessidade de novos arranjos e organizações nos serviços, necessitando de uma mudança não apenas organizacional, mas na forma como se apresentavam as relações entre os usuários do serviço e os gestores, visando uma qualidade nas ações prestadas à população de forma democrática e universal, enquanto um direito do cidadão e dever do Estado.

Ainda com relação ao direito a saúde, vale ressaltar o Título VII, Capítulo II, relativo à Seguridade Social, segundo redação apresentada pelo art. 194 da Constituição Federal:

Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. Parágrafo único. Compete ao Poder Público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos: I - universalidade da cobertura e do atendimento [...].

Observa-se, portanto, que quanto ao direito à saúde e demais direitos sociais, estes permanecem como grande desafio do Estado, uma vez que cabe ao Estado garantir a democracia e exercer o papel mediador de interesses e demandas, e, atuando de forma equilibrada e não simplesmente atendendo aos interesses de grupos específicos.

Nesse sentido, no Estado Democrático de direito, o direito à existência digna reflete-se, entre outros aspectos, pela obrigação atribuída ao Estado e a sociedade de realizar ações integradas para a implementação da seguridade social (art.194) destinada a assegurar direitos inerentes à saúde à previdência e assistência social.

Em tal perspectiva, frente às emergentes exigências por qualidade do serviço e atendimento ao usuário e aos profissionais da saúde, a política de humanização foi considerada como foco para a mudança nas ações das organizações de saúde pública no país.

De tal maneira, a Política de Humanização da Saúde faz parte dos princípios gerais do SUS. É a partir da compreensão dos princípios e diretrizes do SUS que se pode avançar no sentido da qualidade do atendimento e serviços em saúde para a população.

Então, como consta no ABC do SUS - Doutrinas e Princípios: Ministério da Saúde - Secretaria Nacional de Assistência à Saúde (1990) o Sistema Único de Saúde pode ser entendido a partir dos princípios doutrinários, e uma forma de organização e operacionalização, os princípios organizativos.

Dentre os seus princípios, podem ser destacados a universalidade; a integralidade da assistência; a autonomia; a igualdade; a participação da comunidade; descentralização político-administrativa; com direção única nas esferas do governo; com ênfase na descentralização dos serviços municipais e regionalização e hierarquização dos serviços de saúde.

Neste estudo, optou-se por apresentar reflexões apenas sobre os princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde.

A universalidade pode ser entendida como a garantia de atenção à saúde, por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão. “A saúde é direito de todos e dever do Estado” (Art. 196 da Constituição Federal de 1988).

De acordo com Nascimento (2006), a universalidade do atendimento tem por finalidade modificar as desigualdades na assistência à saúde de toda a população, e este atendimento público torna-se obrigatório a qualquer pessoa, sem nenhuma discriminação, proibindo a cobrança em dinheiro seja qual for a hipótese.

Desse modo, a universalidade do atendimento presente no ordenamento jurídico brasileiro está relacionada à gratuidade no acesso aos serviços, independentemente de racionalidade, classe social ou contribuição para o Fundo Nacional de Saúde para aqueles que precisarem de um serviço de atendimento a saúde.

No que se refere ao princípio da equidade, trata-se de assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, more o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras. Todo cidadão é igual



perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema puder oferecer para todos.

Quanto à integralidade da assistência, as ações de promoção, proteção e reabilitação da saúde não podem ser fracionadas. Sendo assim, os serviços de saúde devem reconhecer na prática que: se cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade, as ações de promoção, proteção e reabilitação da saúde também não podem ser compartimentalizadas, assim como as unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, configuram um sistema capaz de prestar assistência integral.

Ao mesmo tempo, o princípio da integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, como forma de assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

Assim sendo, ao assumir e consagrar os princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde da população brasileira, o SUS concebe um processo de reforma do sistema de saúde capaz de garantir o acesso universal da população a bens e serviços que garantam sua saúde e bem-estar, de forma equitativa e integral.

Embora o SUS apresente como princípios a universalidade, equidade e a integralidade, a política de saúde, em diferentes estágios configura-se de forma desigual e desvia-se de sua natureza social, ou seja, como direito dos cidadãos.

Mesmo com reforma sanitária, a partir da qual vários movimentos populares articularam-se para levar ao cenário político reivindicações das classes sociais carentes de garantias de direitos e a conquista constitucional da saúde como direito social universal, ela não se efetiva como tal.

O SUS permeado por contradições revela uma realidade caótica perpassada pela burocracia. Em virtude disso, a lentidão dos atendimentos e uma precária qualidade em todos os níveis, deixam a população a que necessita dos seus serviços à mercê do acaso.

Igualmente, as demais políticas públicas brasileiras, a política da saúde se organiza de forma focalizada, negando seus princípios básicos que são a universalização e o financiamento eficaz das ações; o que compromete o processo de gestão em todos os níveis, e, conseqüentemente, os serviços prestados à população.

A partir de reivindicações e luta da sociedade civil foi pensada em ações que pudessem garantir a qualidade dos serviços de saúde. Diante dessa necessidade de melhoria também no atendimento, foi lançado em 2001 o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar com a finalidade de garantir aos usuários um tratamento adequado, com qualidade e efetivo para suas necessidades.

## **2.2 O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH)**

O PNHAH nasceu de uma iniciativa do Ministério da Saúde de buscar estratégias que possibilitassem a melhoria do contato humano entre os profissionais da saúde e usuário, dos profissionais entre si, e do hospital com a comunidade, visando o bom relacionamento do SUS (BRASIL, 2000).

No PNHAH está descrito que os dilemas e desafios atuais do SUS estão relacionados, tendo em vista que:

A baixa qualidade dos serviços acaba sobrecarregando o sistema.[...] Se o profissional tem dificuldades na realização de seu trabalho, o usuário fica insatisfeito com o atendimento e o gestor não consegue ter uma boa comunicação e interação com outras instâncias, os encaminhamentos são desorganizados e geram um número considerável de consultas, exames complementares e internações adicionais. Boa parte dos problemas poderia ser resolvido em um primeiro atendimento, se houvesse um bom sistema de comunicação e um bom relacionamento profissional-usuário (BRASIL, 2000, p.07).

Diante disso, o PNHAH surge como a busca pelo redimensionamento da atenção em direção às balizes que engendraram o atual modelo de assistência pública à saúde.

Conforme os princípios doutrinários do SUS são garantidos aos cidadãos: universalidade, equidade e integralidade das ações, porém a viabilização destes vem se constituindo um desafio enorme, tanto para o governo quanto para a sociedade.

Desse modo questiona-se a noção de “dever do Estado e direito do cidadão”

O Ministro da Saúde, José Serra, ao identificar o número significativo de queixas dos usuários referentes aos maus tratos nos hospitais, tomou a iniciativa de convidar profissionais da área de saúde mental para elaborar uma proposta de trabalho voltada à humanização dos serviços hospitalares públicos de saúde. Estes profissionais constituíram um Comitê Técnico que

elaborou um Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, com o objetivo de promover uma mudança de cultura no atendimento de saúde no Brasil (BRASIL, 2001, p. 9).

No dia 24 de maio de 2000, foi apresentado, em Brasília, o Projeto-Piloto do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Na ocasião, encontravam-se presentes convidados representativos das várias instâncias da área da saúde, tais como secretarias estaduais e municipais de saúde, dirigentes de hospitais e universidades, representantes dos usuários, conselhos de Saúde e conselhos de Classe. Com a aprovação do Programa pelo Ministro da Saúde, o comitê escolheu um grupo de profissionais de reconhecida capacidade técnica para desenvolver o Projeto-Piloto.

Conforme o Ministério da Saúde (2001), os principais objetivos do Projeto-Piloto foram: a) deflagrar um processo de humanização dos serviços de forma vigorosa e profunda, processo esse destinado a provocar mudanças progressivas, sólidas e permanentes na cultura de atendimento à saúde, em benefício tanto dos usuários-clientes quanto dos profissionais; b) produzir um conhecimento específico acerca destas instituições, sob a ótica da humanização do atendimento, de forma a colher subsídios que favoreçam a disseminação da experiência para os demais hospitais que integram o serviço de saúde pública no Brasil.

Dessa forma, na perspectiva da implantação de uma nova visão de atenção à saúde, no mês de maio do ano de 2001, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH, pelo Decreto 881 de 19 de junho de 2001.

O programa oferecia uma orientação global para os projetos de caráter humanizado desenvolvidos nas diversas áreas de atendimento hospitalar, estimulava a criação e sustentação permanente de espaços de comunicação, bem como procurou mudar conceitos e práticas nos ambientes de trabalho acerca da relação gestor/trabalhador, na perspectiva da qualidade e resolutividade, na relação serviço/usuário, definido como um processo de responsabilidade coletiva.

O PNHAH iniciou ações em hospitais com o intuito de criar comitês de humanização voltados para a melhoria na qualidade da atenção ao usuário e, mais tarde, ao trabalhador, e, de 2000 a 2002, constituiu-se enquanto um conjunto de “ações integradas que visava mudar substancialmente o padrão de assistência ao usuário nos hospitais públicos do Brasil, melhorando a qualidade e a eficácia dos serviços” (BRASIL, 2001, p.7).

No que se refere a este programa, ao menos em seu conteúdo formal, preconizava o aprimoramento das relações entre profissionais de saúde e usuários e a valorização da dimensão humana e subjetiva de todo ato de assistência à saúde.

É importante ressaltar que o PNHAH ainda carecia da contextualização necessária à compreensão da saúde sob a perspectiva da totalidade, presente na concepção de Reforma Sanitária e nos princípios do SUS, permanecendo restrita a ações pontuais.

Desse modo, o PNHAH apresentava a busca por melhorias do atendimento aos usuários dos serviços de saúde e, ao mesmo tempo, a valorização dos profissionais desta área. Tinha como objetivo, segundo Mello (2008):

promover uma nova cultura de atendimento na saúde que apoiasse a melhoria da qualidade e eficácia dos serviços prestados através do aprimoramento das relações entre: Trabalhadores da saúde;- Usuários e profissionais;- Hospitais e comunidade (MELLO, 2008, p.38).

Nesta perspectiva, o Programa enfatizava a importância da valorização dos profissionais de saúde pela instituição como garantia do atendimento humanizado, por meio de ações pautadas em condições adequadas de trabalho e capacitação.

Diante desses aspectos ligados ao atendimento à saúde, o PNHAH propôs:

[...] o resgate do respeito à vida humana, envolvendo-se aos aspectos sociais, éticos no relacionamento humano. Nesse sentido, o ponto principal da humanização perpassa o fortalecimento do comportamento ético articulado ao cuidado técnico-científico (PNHAH, 2001, p. 12)

Conforme as informações apresentadas no Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, este sinalizava que o processo de humanização também considerava dimensões subjetivas como a angústia, a raiva, medo, compaixão, dentre outros sentimentos presentes na relação entre o usuário e o profissional de saúde<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde. 2001. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>. Acesso em 12 Nov. 2015.

O ponto chave do trabalho de humanização está em fortalecer este comportamento ético de articular o cuidado técnico-científico, já construído, conhecido e dominado, com o cuidado que incorpora a necessidade de explorar e acolher o imprevisível, o incontrolável, o diferente e singular. Trata-se de um agir inspirado em uma disposição de acolher e de respeitar o outro como um ser autônomo e digno. É necessário repensar as práticas das instituições de saúde, buscando opções de diferentes formas de atendimento e de trabalho que preservem este posicionamento ético no contato pessoal e no desenvolvimento de competências relacionais (PNHAH, 2001, p. 52).

Assim sendo, os gestores de saúde deveriam compreender a importância da humanização para melhoria dos espaços hospitalares. Era necessário o entendimento de que essa nova cultura (humanização na saúde) estava sendo pautada no respeito na solidariedade e autonomia não só dos profissionais, mas também dos usuários.

Diante de todo esse processo desencadeado ao longo das últimas décadas, em relação à humanização, pôde-se observar que muitas iniciativas realizadas nos anos anteriores desenvolviam-se isoladamente e tinham um caráter fragmentário, apesar de suas contribuições para a “sensibilização dos gestores, trabalhadores e usuários sobre as questões relacionadas à humanização do atendimento” (BRASIL, 2004, p.2).

Nessa busca que objetivava promover uma nova cultura no atendimento fundamentada, principalmente, em um melhor relacionamento entre todos os atores envolvidos que o PNHAH se desenvolveu. Portanto a relação histórica do programa é marcada por mudanças, estas significativas à vida da sociedade, porém estas construídas sob a óptica da desumanização, da exclusão.

E, apesar das propostas de humanização do PNHAH terem sido exclusivamente referidas ao ambiente hospitalar, é importante ressaltar o quanto esse programa foi importante em termos de propostas de humanização, sendo parâmetro para a construção da Política Nacional de Humanização na saúde a qual trataremos logo a seguir.

### **2.3 A Política Nacional de Humanização-HumanizaSUS**

Como foi apresentado neste estudo, a década de 1980 trouxe grandes avanços que culminaram com a construção de um novo modelo de saúde, e com o Capítulo Constitucional dedicado à saúde, regulamentado na década de 1990 pelas Leis Federais nº 8.080 e 8.142 – o Sistema de Saúde tornou-se unificado com distinção do setor estatal do setor privado.

Esse novo sistema (SUS) estabeleceria novos paradigmas baseados na universalidade, na igualdade e na integralidade da atenção. A partir de então se criou novas bases institucionais, gerenciais e assistenciais para a implantação das ações e serviços de saúde no Brasil.

A saúde passou a ser entendida como um direito universal de cidadania e dever do Estado e como um conjunto de fatores determinantes e condicionantes para a promoção de bem-estar físico, mental e social e não como a simples ausência de doença.

Pouco depois da instituição do SUS, vários desafios e obstáculos foram surgindo no âmbito da formulação das políticas de saúde. A desigualdade socioeconômica do país associada a um processo de precarização de trabalho dos profissionais de saúde acumulou no SUS dificuldades de acesso aos bens e serviços de saúde. Diante disso, foi preciso pensar em estratégias e em novas práticas pra superar tais dificuldades.

No ano de 1999, as discussões sobre a necessidade de humanização na saúde, durante a 11ª Conferência Nacional de Saúde- CNS<sup>5</sup> abordou o tema “O Brasil falando como quer ser tratado-Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social.” Dentre o que foi proposto na 11ª CNS, foram apresentados nas discussões que o modelo assistencial e de gestão deveria garantir acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social.

Segundo o relatório final desta Conferência, os participantes enfatizaram a necessidade de se priorizar a humanização nos cuidados destinados aos usuários com máxima ampliação da qualidade dos serviços prestados e do acolhimento, propondo assim a educação continuada para que essas mudanças fossem de fato concretizadas.

Nesse cenário, o Ministério da Saúde implantou em 2001 o PNHAH e o transformou no ano de 2003 em política, com o nome de Política Nacional de Humanização (PNH), que deve estar presente em todas as ações da saúde como diretriz transversal; favorecendo, entre outras questões, a troca e construção de saberes, o diálogo entre profissionais, o trabalho em equipe e a consideração às necessidades, desejos e interesses dos diferentes atores do campo da saúde.

---

<sup>5</sup> A 11ª Conferência Nacional de Saúde-CNS ocorreu entre os dias 15 e 18 de Dezembro de 1999 em Brasília-DF.

A PNH também foi denominada HumanizaSUS, que considerou a humanização como política, possibilitando o envolvimento de todas as instâncias do SUS inclusive nas unidades básicas de saúde. Dessa forma, a humanização foi entendida como:

(...) a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam esta política são autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão (HumanizaSUS, 2004, p. 8 e 9)

Partindo desta perspectiva, a PNH surgiu com o propósito de promover alterações no modelo assistencial aos usuários do SUS no eixo das instituições, gestão do trabalho, financiamento, atenção, educação permanente, informação e comunicação e gestão desta política. Entre estes, destacamos o eixo da atenção, na proposta de “uma política incentivadora do protagonismo dos sujeitos e da ampliação da atenção integral da saúde, promovendo a intersetorialidade” (BRASIL, 2004:19).

Para implementação da Política Nacional de Humanização (PNH) entende-se que existe a necessidade de estratégias gerais, composta por eixos, que possibilitem a apropriação dos resultados pela sociedade como apresenta o quadro a seguir.

**Quadro 2.** Eixos componentes das estratégias para implementação da PNH e seus modos de operacionalizar

<b>Eixos</b>	<b>MODOS DE OPERACIONALIZAR O PNH</b>
<b>Financiamento</b>	- Por meio da integração de recursos vinculados aos programas específicos de humanização e outros subsídios (adesão com compromisso dos gestores)
<b>Instituições do SUS</b>	- Por meio dos Planos Estaduais e Municipais dos vários governos Educação Permanente.
<b>Educação Permanente</b>	- Por meio do conteúdo profissionalizante na graduação, especialização e outros cursos de Mídia – promovendo o debate orgânico da saúde: discurso social amplo.
<b>Mídia</b>	- Por meio do debate orgânico da saúde: discurso social amplo.
<b>Atenção</b>	- Por meio da ampliação da atenção integral à saúde.
<b>Gestão da política</b>	- Por meio de sistemática de acompanhamento e avaliação estimulando pesquisa relacionada ao tema humanização.

**FONTE:** Ministério da Saúde (On-Line). Política Nacional De Humanização Hospitalar. BRASÍLIA, Ministério da Saúde; 2003. Disponível em: [www.saude.gov.br/](http://www.saude.gov.br/)

Para esta finalidade, a humanização do SUS em sua operacionalização, propõe a troca e a construção de saberes; o trabalho em rede com equipes multiprofissionais; a identificação das necessidades, desejos e interesses dos diferentes sujeitos do campo da saúde; o pacto entre os diferentes níveis de gestão do SUS (federal, estadual e municipal), entre as diferentes instâncias de efetivação das políticas públicas de saúde.

Com isso, iniciou-se um novo processo de mudança com o objetivo maior de efetivar os princípios do SUS. A humanização passou, então, a ser vista como política pública de saúde que atravessa as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS.

A esse respeito a PNH procura traduzir os princípios do SUS em modos de operar os diferentes equipamentos e sujeitos da rede de saúde: construir trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos; oferecer um eixo articulador das práticas em saúde, destacando o aspecto subjetivo nelas presente e ampliar por atitudes e ações humanizadoras a rede do SUS, incluindo gestores, trabalhadores da saúde e usuários.

A priori, a PNH aponta para o compromisso com uma posição que implica mudança de atitudes dos usuários, dos gestores e trabalhadores de saúde, de forma a comprometê-los como corresponsáveis pela qualidade das ações e serviços gerados.

Assim, conforme destacam Heckert, Passos e Barros (2009), gerir um serviço, na direção definida pela PNH, implica considerar que se faz gestão de processos mais do que de coisas, se acompanha os movimentos de institucionalização da organização. Diante disso, a PNH procura fomentar, nos atores que constroem os processos de trabalho o exercício de suas condições como protagonistas de análises compartilhadas e intervenções nos espaços de trabalho.

Partindo destas reflexões, a PNH afirma seus princípios e diretrizes apontando para um SUS que dá certo. Tal aposta retoma a afirmação da saúde como direito e dever, como valor universal e distribuído, como sentido integral.

Nesse panorama, a Política Nacional de Humanização, com enfoque nos avanços do sistema de saúde no Brasil se caracteriza pela reforma dos modelos de atenção à saúde e sua gestão, tendo como base a inclusão dos usuários e profissionais de saúde em todos os processos de ação política institucional do SUS.

Dessa forma a PNH também procura



considerar as necessidades sociais subjetivas, a partir da constituição de novos sentidos para a produção de saúde e de seus sujeitos. Assim, se comparada ao Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, vê-se que a PNH dá um salto qualitativo ao considerar a situação na qual estão inseridos os trabalhadores, gestores e usuários, e ao sinalizar para a mudança no modelo de atenção e gestão na saúde, a fim de avançar em direção à qualificação do SUS (CONCEIÇÃO, 2009, p. 202).

A Política Nacional de Humanização tem uma Coordenadoria vinculada à Secretária de Atenção à Saúde – SAS e conta com um Núcleo Técnico e um quadro de consultores, que trabalham integradamente com as demais Secretarias e Órgãos do Ministério da Saúde, apoiando as atividades de cooperação para o desenvolvimento dos projetos e inovações no modelo de atenção e de gestão no SUS nos Estados, Municípios e Instituições de Saúde.

Tal política foi formulada a partir da sistematização de experiências do “*SUS que dá certo*” e reconheceu que Estados, Municípios e Serviços de Saúde implantam práticas de humanização nas ações de atenção e gestão com bons resultados.

Uma vez que a PNH visa promover atendimento de qualidade aliado às novas tecnologias, bem como o acolhimento, a melhoria dos ambientes de cuidado e as condições de trabalho dos profissionais (BRASIL, 2004); é indispensável que haja também mudanças de modelos de gestão dos processos de trabalho, ou seja, mudanças que tenham como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde.

É conveniente lembrar que o conceito de humanização se alinha ao acompanhamento de idosos, crianças pessoas com deficiência no espaço hospitalar e também é uma proposta de revisão e de mudança das relações entre equipes, profissionais, gestores e usuários dos serviços. Desse modo, essa política traz a corresponsabilidade dos diferentes atores que compõem os serviços de saúde, afeta na mudança de cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho, apostando na indissociabilidade entre a atenção e gestão.

Na PNH, os seus diferentes dispositivos foram consolidados nas práticas concretas de saúde a partir de ferramentas que vêm sendo aprimoradas e ampliadas. Por exemplo, com a diretriz da Clínica Ampliada, o dispositivo da Equipe Transdisciplinar de Referência se consolida por meio da ferramenta Prontuário Transdisciplinar.

A PNH disponibiliza aos gestores esses diversos dispositivos entendidos como tecnologias ou modos de implementar a humanização. Esses instrumentos

devem ser usados conforme as necessidades e possibilidades da Unidade de Saúde<sup>6</sup>.

O Ministério da Saúde em 2004 apresenta uma reflexão sobre a importância da Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em todas as instâncias do SUS e também define os Princípios norteadores da Política de Humanização.

Destaca-se como princípio da PNH de grande importância para o alcance de práticas comprometidas com a atenção e gestão na saúde, o que diz respeito à valorização da dimensão subjetiva, com integração da co-responsabilização e estímulo aos processos de grupalidade. E, para que isso ocorra, é preciso amplo diálogo entre todos os sujeitos implicados na mudança, promovendo assim a gestão participativa nos espaços de saúde.

Atingir esses princípios é um grande desafio dessa política, tendo em vista que as mudanças preconizadas pela PNH não podem ser pensadas fora de um contexto de mudanças socioculturais, de mudanças nos processos de formação e de gestão.

Desse modo, a PNH enquanto proposta de mudança dos modelos de atenção e gestão no campo da prática de saúde pressupõe uma transformação mais ampla por isso é necessário observar em todo o processo de constituição os avanços e desafios que estão agregados a essa política.

Acredita-se que é primordial que se busque fomentar o envolvimento dos trabalhadores na construção de projetos, incentivando a multiplicação de diferentes movimentos, fortalecendo as redes, colocando em análise o sucateamento e a precarização do processo de trabalho em saúde, o quadro atual do financiamento da Saúde Pública no Brasil.

Nos processos de trabalho deve-se buscar também superar e alterar as práticas com aspecto que, tradicionalmente, a associa ao autoritarismo, hierarquia e imposição de regras, que se destinam a normatizar previamente, ao máximo possível.

A humanização das práticas de atenção e gestão do SUS é uma das frentes que aposta no fortalecimento e consolidação da democratização das práticas de produção de saúde.

---

<sup>6</sup> Essas afirmações se referem à PNH conforme o material de apoio da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS - **material de apoio** - Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/hijg/gth/Cartilha%20da%20PNH.pdf>. Acesso em 07 Fev. 2015.

Nessa perspectiva, deve-se fazer valer o sentido comum da mudança nas práticas de produção de saúde, fazer referência explícita aos direitos dos usuários e dos trabalhadores de saúde, potencializando a capacidade de criação que constitui o humano, valorizando sua autonomia numa configuração coletiva dos processos de atenção e gestão.

Portanto, para a construção de uma Política de Qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS), a Humanização deve ser vista como uma das dimensões fundamentais, não podendo ser entendida como apenas um “programa” a mais a ser aplicado aos diversos serviços de saúde, mas como uma política que opere transversalmente em toda a rede SUS (BRASIL, 2004, p.1).

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

A humanização também está presente no Pacto pela Saúde, nas contratualizações do SUS e no trabalho integrado no Ministério da Saúde. O pacto aponta como responsabilidade de gestão, dois pressupostos básicos da PNH: a promoção da humanização no atendimento e nas relações de trabalho.

Observando-se esta perspectiva, a PNH deve ser entendida como uma política que deve atravessar as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS, ou seja, precisa provocar inovações nas práticas gerenciais e nas práticas de produção de saúde.

Além disso, propor, para as diferentes equipes implicadas nestas práticas, o desafio de superar limites e experimentar novas formas de organização dos serviços e novos modos de produção e circulação de saber e de poder, pois é uma política transversal que indica a inseparabilidade entre gestão e atenção (BRASIL, 2008).

Sendo assim, no próximo capítulo, contextualizaremos o objeto da pesquisa por meio de um esboço que o relaciona ao serviço social na política nacional de saúde.

## **CAPÍTULO III**

### **A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DO SUS E O SERVIÇO SOCIAL.**

Esse capítulo reúne o resultado da pesquisa bibliográfica e documental. Como aporte de fundamentação teórica para a análise, a pesquisa bibliográfica foi realizada durante todo o processo da dissertação, com os levantamentos da produção acadêmico-científica através de teses, dissertações nas áreas do Serviço Social, do Direito e da Saúde (principalmente na PUC-GO), bem como outras fontes bibliográficas como livros e sites existentes sobre a temática.

Tem-se a consciência de que não se teve acesso a muitos referenciais bibliográficos, mas em hipótese alguma este fato revela menosprezo para com essas obras e, sim, à própria limitação do pesquisador.

A pesquisa documental se deu, dentre outros documentos, através de Leis, material obtido através de congressos e palestras freqüentadas pela pesquisadora, etc.

A ênfase na pesquisa bibliográfica e documental permitiu articular o objeto de estudo com as aproximações conceituais a respeito da humanização. O processo de investigação implicou também a construção de um quadro que tornou um instrumento para melhor avaliar os autores selecionados e conceitos sobre a humanização na saúde.

Após as aproximações conceituais que foram realizadas ao longo do estudo, esse capítulo apresenta reflexões sobre o Serviço Social e sua relação com a saúde principalmente quanto a PNH, trata dos desafios impostos à prática do profissional tendo em vista a realidade social na qual a profissão está inserida, sobretudo a partir da efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Desse modo, assinala a importância do debate sobre a relação entre a proposta de humanização nos processos de trabalho e na geração de qualidade da saúde e o projeto ético-político do Serviço Social, que está vinculado a um projeto de sociedade, fundamentado na democracia, justiça social.

#### **3.1 O SUS e a Participação do Serviço Social.**

Após as reflexões acerca da trajetória da criação do SUS, bem como a implantação da política de humanização do sistema de saúde no Brasil; percebe-se

que a área da saúde passou por sucessivos movimentos com alterações em suas políticas em decorrência das diferentes articulações entre o Estado e a sociedade civil.

Tais articulações entre a sociedade Civil e o Estado surgiram, conforme cada conjuntura, a necessidade de respostas sociais para os problemas de saúde da população no Brasil.

Segundo Behring e Boschetti (2008), a questão da saúde é confrontada com uma conjuntura socioeconômica marcada pela reestruturação do capitalismo e por propostas de ajustamento assentadas em bases neoliberais, o que determina uma redução das responsabilidades assumidas pelo Estado.

As considerações dos autores permitem a compreensão de que este quadro acarreta graves perdas para a classe trabalhadora, que repercutem de maneira significativa no processo saúde-doença da população brasileira.

É importante destacar que estas questões mostraram novas possibilidades frente à insatisfação popular, como apresentado anteriormente, principalmente em relação às condições de vida da população.

Ao assinalar a realidade da saúde no contexto brasileiro, pode-se afirmar que a concepção da medicina preventiva rompe com a tradição higienista e curativa dominante, como foi mencionado anteriormente. Desse modo, a perspectiva social no diagnóstico reconhecia que devia se pensar também nos determinantes sociais que causavam as doenças.

Estes determinantes sociais, conforme ressalta Lopes (2006), se constituem por elementos econômicos e sociais que interferem na situação de saúde e se expressam em desigualdades como: má distribuição de renda; falta ou dificuldades de saneamento básico; baixa escolaridade; condições precárias de habitação, trabalho, meio ambiente. Segundo o autor, tais questões levam à dificuldade no que se refere à universalização dos bens e serviços em saúde.

Desse modo, se verifica que as políticas econômicas são articuladas para “[...] produzir crescimento ou estabilidade monetária e não necessariamente de melhorar as condições de vida das pessoas” (CAMPOS, 2005, p. 2).

Neste contexto social e político, no qual percebe-se os problemas gerados pelas desigualdades, é que se insere o assistente social. Este profissional, ao atuar na área da Saúde deve ter esclarecimento de tais questões que se apresentou com fortes indícios para a mobilização popular e a participação de diversos setores da sociedade civil, e, conseqüentemente as reivindicações por direitos sociais, materializados por meio das políticas sociais.

A esse respeito, cabe a ressalva de que para se estabelecer uma relação do Serviço Social com a área da saúde é preciso conhecer as relações históricas, influências e como essas questões repercutiram para a profissão, refletindo em suas práticas cotidianas.

Ressalta-se ainda, que não se tem a pretensão de realizar aqui um estudo minucioso acerca do contexto histórico sobre toda trajetória do serviço social no Brasil, tendo em vista que não faz parte desta proposta estudo.

Considerando que um dos objetivos deste estudo é a apreensão do Serviço Social na Política de saúde, é conveniente contextualizar, portanto alguns apontamentos significativos, no que se refere à atuação do Serviço Social a partir da efetivação do SUS.

Vale assinalar que o Serviço Social não esteve presente no debate e nas lutas pela Reforma Sanitária como instituição, no entanto, continuou a realizar suas práticas e estudos na área da saúde (BRAVO & MATOS, 2004; BRAVO, 2007).

Nas décadas de 1970 e 1980, o Serviço Social obteve acúmulo de conhecimento<sup>7</sup> e isso possibilitou a contribuição voltada à cidadania dentre elas a Constituinte de 1986 e a Constituição Federal de 1988.

Na década de 1980, esta profissão obteve avanços significantes que influenciaram para a elaboração do novo projeto curricular de 1982. Nesta ocasião, a introdução da perspectiva marxista apresentou-se como fundamental para o debate e a análise histórica das práticas e produções teórico-metodológicas da profissão.

Na década de 1990 o Serviço Social participou ativamente na implantação da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS/1993)<sup>8</sup>. No entanto, segundo Vasconcelos (2003), os avanços conquistados no exercício profissional na área da saúde foram considerados insuficientes, pois o Serviço Social chega à década de 1990 ainda com uma incipiente alteração do trabalho institucional. Isso porque continuou, enquanto categoria, desarticulada do Movimento da Reforma Sanitária, sem nenhuma explícita e organizada ocupação na máquina do Estado pelos setores progressistas da profissão.

---

<sup>7</sup> Conhecimentos obtidos devido a construção do conhecimento científico com a criação da Pós-graduação no Serviço Social em 1970. Além disso, em 1979 com o Congresso da Virada a profissão buscou uma redefinição em suas bases teóricas, e em 1982 houve o debate e análise histórico, crítica das práticas e produções teórico-mitológicas da profissão que influenciaram para elaboração do novo projeto curricular de 1982.

<sup>8</sup> Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências, e legislação correlata. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/documentos-e-pesquisa/publicacoes/edicoes/arquivos-mobi/loas-2a-edicao>. Acesso em 08 Jun 2015.

Nesse mesmo período, em decorrência da profissão se sintonizar com os novos tempos, reafirma a direção social vinculada ao projeto da classe trabalhadora, expresso tanto na revisão curricular quanto no código de ética, pautado no referencial marxista.

Cardoso (2008, p. 16) esclarece que a sociedade organizada reivindicou uma nova Constituição, mais democrática, eleições diretas e participação popular nas decisões do País. Desse modo, a autora assegura que, neste período, o Serviço Social reformulou suas práticas, ainda engajadas nas frentes religiosas, aliando-se aos setores da classe trabalhadora e aos movimentos organizados da sociedade civil. Em alguns casos, até como representantes e lideranças, revendo seus compromissos, refletidos no Código de Ética Profissional da época.

Além da implementação do novo Código de Ética do Assistente Social em 1993, ocorreu também a regulamentação da profissão pela Lei 8662 de 07 de junho de 1993.

Em 1996, ocorreu a aprovação das Diretrizes Curriculares dos Cursos de Serviço Social. Posteriormente, se proclamaram inúmeros avanços, de acordo com a ABESS (Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social). Dentre tais avanços se destacaram o amadurecimento da compreensão do significado social da profissão, a tradição teórica que permite a leitura da realidade em uma perspectiva sócio-histórica, as respostas da profissão à conjuntura e apontam para a consolidação de um projeto profissional vinculado às demandas da classe trabalhadora.

Segundo Yamamoto (2002, p.13) a Lei de Regulamentação Profissional representa “[...] uma defesa da profissão na sociedade e um guia para a formação acadêmico-profissional”. A autora também ressalta que este novo projeto traz para o Serviço Social valores e princípios éticos, totalmente voltados para as particularidades da história do país. Ainda, de acordo com a autora, esta nova configuração do projeto profissional provoca o Assistente Social a ter um olhar crítico com desejo de inovação para sua atuação.

Tendo por base principal a história da profissão e suas muitas conquistas teórico-metodológicas, Vasconcelos (2003), esclarece sobre os aspectos significativos da referida Lei:

[...] elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos de administração pública direta ou indireta (...); elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com a participação da sociedade civil; encaminhar providências e prestar orientação social a indivíduos, grupos e

à população; orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos; planejar, organizar e administrar benefícios e serviços sociais; planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade (...); realizar estudos socioeconômicos com os usuários para fim de benefícios e serviços sociais (VASCONCELOS, 2003, p. 08).

Deve-se ter sempre presente a natureza histórica do Serviço Social que se configura e se recria no âmbito das relações entre o Estado e a sociedade, frutos de determinantes macro-sociais que estabelecem limites e possibilidades ao exercício profissional (IAMAMOTO, 2002, p. 9).

Partindo de tais perspectivas, se intensificou no Serviço Social o debate sobre o projeto ético-político, que foi vinculado a um projeto da sociedade e, desse modo, foi fundamentado na democracia, liberdade e justiça social.

Portanto, trata-se de um projeto norteador da prática cotidiana do Serviço Social, isso porque fornece aos assistentes sociais parâmetros que os possibilitam a construção de alternativas que envolva a participação popular.

Vale esclarecer que o projeto profissional do Serviço Social posiciona-se a favor de uma nova ordem que tenha como um dos princípios a defesa dos direitos; exigindo do profissional uma postura crítica frente às condições adversas postas na realidade, possibilitando o reconhecimento e a clareza dos limites advindos dos condicionantes internos e externos.

O projeto ético-político do Serviço Social, em tal perspectiva, supõe uma visão de mundo diferenciada, a qual se volta para a vida do cidadão em um contexto de relações sociais. Esse profissional se torna um sujeito, que em uma coletividade, luta junto à classe trabalhadora.

Assim, a inserção dos assistentes sociais no serviço de saúde é:

mediatizada pelo conhecimento social da profissão e por um conjunto de necessidades que definem e redefinem a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil. (COSTA, 2000, p. 41).

Nos princípios fundamentais do Código de Ética do Serviço Social, são mencionados como deve ser a atitude ética do profissional frente ao atendimento com o usuário. São esses:

o reconhecimento da liberdade como valor ético central, defesa intransigente dos direitos humanos, ampliação e consolidação da cidadania, defesa do aprofundamento da democracia, posicionamento em favor da equidade e da justiça social, empenho na eliminação de todas as formas de



preconceito, garantia do pluralismo, opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste Código e com a luta geral dos/as trabalhadores/as, compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, exercício do Serviço Social sem ser discriminado/a nem discriminar (CFESS, 2012, p. 23-24).

Desta forma, o assistente social que trabalha na área da saúde como salienta Bravo (2004), vai buscar, por meio de sua intervenção, a compreensão dos aspectos econômicos, sociais e culturais que interferem no processo saúde-doença, buscando estratégias para o enfrentamento destas questões.

Com relação a essa atuação, Bravo (2006, p. 43) ressalta que “o trabalho deve ter como eixo central a busca criativa e incessante da incorporação destes conhecimentos, articulados aos princípios do projeto da Reforma Sanitária e do projeto ético-político do Serviço Social”.

Com isso, há que se avançar muito para que o assistente social, por meio de políticas sociais, da criação e reformulação de estratégias que garantam a real efetivação do SUS, procure garantir o direito à saúde como direito fundamental do ser humano e dever do Estado.

É importante a ressalva de que os assistentes sociais deverão ter sempre como referência o Código de Ética do Assistente Social e o projeto ético-político do Serviço Social para dar respostas qualificadas às necessidades apresentadas pelos usuários dos serviços de saúde.

Desse modo, o Serviço Social marca sua trajetória na área da saúde com esse compromisso ético-político, na intenção de oferecer aos usuários a defesa de seus direitos e buscando superar os desafios e as dificuldades impostas ao cotidiano profissional. Baseando-se na análise de conjuntura da realidade, os profissionais devem construir estratégias que potencialize o usuário.

Nesse sentido, Bravo e Matos (2004), propõem a formulação de estratégias profissionais que reforcem e efetivem o direito social à saúde articuladas à reforma sanitária e ao projeto ético-político do Serviço Social. Segundo tais autores,

o trabalho do assistente social na saúde deve ter como eixo central a busca criativa e incessante da incorporação destes conhecimentos, articulados aos princípios do projeto da reforma sanitária e pelo projeto ético-político do Serviço Social. É sempre na referência a esses dois projetos que se poderá ter a compreensão se o profissional está de fato dando respostas qualificadas às necessidades apresentadas pelos usuários do Serviço Social (BRAVO e MATOS 2004, p. 43)

As considerações dos autores mostram que há uma exigência que se coloca ao profissional da área da saúde que se refere à necessidade de se conhecer a essência da proposta do SUS, principalmente quanto aos princípios e diretrizes, pois podem indicar o caminho para uma prática direcionada aos interesses dos trabalhadores.

No período de 2000 a 2012, os projetos profissionais estabeleceram os valores que a legitimaram socialmente, priorizaram objetivos e funções, formularam requisitos teóricos, práticos e institucionais para o exercício profissional, prescreveram normas de comportamento e balizaram as relações.

Porém, ainda permanece um intenso processo de despolitização da questão social; intensa desregulamentação dos direitos; bem como a atuação do Estado que, por sua vez, lança mão da estratégia da responsabilidade social e com isso prejudica a classe trabalhadora.

Na perspectiva de lamamoto (2009), este é o momento desafiador do assistente social, momento este, marcado por crises, pelo crescente desemprego e pela luta por sobrevivência daquelas pessoas que necessitam do trabalho para sobreviver. Assim sendo, o cenário que desafia o assistente social em sua atuação profissional é o cenário de tantas contradições e desigualdades.

Dentro desta perspectiva, ainda conforme lamamoto (2009), um dos grandes desafios do assistente social na atualidade, refere-se a sua capacidade de decifrar a realidade e construir proposta de trabalho criativo e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano, ou seja, não ser um mero “executor institucional”.

Ressalta-se ainda, como desafio do assistente social, desenvolver as competências teórico-metodológico, técnico-operativo e ético-político de modo articulado, bem como a inserção aos novos espaços sócio-ocupacionais, sob uma postura investigativa e propositiva, evidenciando a necessidade constante de aprofundamento teórico e realização de pesquisa para o conhecimento da realidade e inserindo-se como articulador de movimentos sociais.

Deste modo, conforme lamamoto (2000, p. 48) há que se pensar em “possibilidades novas de trabalho se apresentam e necessitam ser apropriadas, decifradas e desenvolvidas”.

Além disso, lamamoto (2004) revela novas possibilidades de trabalho ao Serviço Social, e que, necessitam ser apropriados, decifrados e desenvolvidos.

Estas novas possibilidades de ação profissional permeavam a reestruturação das políticas sociais em torno dos direitos dos usuários e não mais a critérios e condições pré-estabelecidos.

Sendo assim, nesta perspectiva interventiva da profissão, para compreender a realidade e as suas determinações é necessário entender a conjuntura, as condições de vida, as relações sociais e os aspectos contraditórios que estão presentes na vida dos usuários, com estratégias de intervenção, capazes de atender as demandas que são colocadas à profissão.

Portanto, isso significa que,

[...] exige uma ruptura com a atividade burocrática e rotineira, que reduz o trabalho do assistente social a mero *emprego*, como se esse se limitasse ao cumprimento burocrático de horário, à realização de um leque de tarefas as mais diversas, ao cumprimento de atividades preestabelecidas. Já o exercício da *profissão* é mais do que isso. É uma ação de um sujeito profissional que tem competência para propor, para negociar com a instituição os seus projetos, para defender o seu campo de trabalho, suas qualificações e funções profissionais. Requer, pois, ir além das rotinas institucionais e buscar apreender o movimento da realidade para detectar tendências e possibilidades nela presentes passíveis de serem impulsionadas pelo profissional (IAMAMOTO, 2009, p. 21).

A autora esclarece que em meio a tantos entraves, os assistentes sociais, na compreensão sobre o que é a política nacional de saúde e do projeto apresentado pela Reforma Sanitária, atuam nas seguintes questões: democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde; estratégia de aproximação das unidades de saúde com a realidade; trabalho interdisciplinar; ênfase nas abordagens grupais; acesso democrático às informações e estímulo à participação popular.

Segundo Bravo (1996), a atuação do Serviço Social na saúde se deu, como preocupação com a saúde e como uma questão política, explicitada somente na virada da década de 1980 para 1990, quando houve a mudança do conceito “saúde” e a ascensão do Movimento da Reforma Sanitária.

Diante de tais questões, é importante lembrar que na área da saúde o trabalho realizado com comunidades pelos assistentes sociais tinha por objetivo o desenvolvimento social, possibilitando ao usuário a consciência de sua problemática de saúde, articulada à comunidade.

Nesse sentido, entende-se que o assistente social, ao aliar o seu conhecimento sobre o contexto social com o trabalho interdisciplinar, cria estratégias para um melhor atendimento aos usuários dos serviços de saúde.

Assim, a inserção do Serviço Social no SUS envolve além de várias atividades relacionadas ao planejamento e assessoria, levantamentos de informações, orientações aos usuários e familiares sobre procedimentos para exames, orientações previdenciárias, direitos assistenciais.

A atuação do assistente social na área da saúde vem crescendo gradativamente e é a área que mais absorve a categoria profissional. Conforme Vasconcelos (2003), a maior parte dos assistentes sociais, neste caso, atuam no nível de atenção terciário.

Desse modo, o assistente social constrói sua trajetória na área da saúde, e, diante das dificuldades encontradas na gestão em saúde, mesmo posterior a Constituição Federal de 1988, procurando fortalecer o compromisso com as classes populares para modificar as configurações de saúde no Brasil.

Sendo assim, diante da luta cotidiana pela ampliação dos direitos, esses profissionais precisam avançar no sentido de construir e fortalecer práticas voltadas para a saúde dos usuários, ainda hoje, por meio da teoria e da prática, construir uma realidade diferente do que se vê em relação ao direito à saúde.

Nessa perspectiva, o profissional de Serviço Social, ao analisar todo o quadro da saúde pública brasileiro, deve compreender a importância do aprimoramento das práticas na saúde que vise à garantia dos princípios do SUS. E, respaldado pelo conhecimento fiel da realidade, mantenha compromisso com as classes populares e pelo princípio ético que fundamenta toda a sua atuação.

Por fim, cabe a afirmação de que foi percorrendo essa trajetória histórica do Serviço Social na área da saúde que compreende-se o sentido dos atuais debates e posicionamentos assumidos por aqueles profissionais da saúde que participaram diretamente da ampliação dos direitos sociais.

### **3.2 O projeto de Humanização na Saúde e o Serviço Social**

Para a reconstrução das práticas de saúde com maior integralidade, efetividade e acesso dos usuários, o tema humanização vem sendo divulgado e debatido no campo da saúde e, principalmente, no âmbito hospitalar.

Desse modo, é imprescindível o atendimento profissional de qualidade que compreenda o sofrimento provocado pelo processo de saúde-doença, uma vez que os fatores condicionantes para que a democratização e a qualidade nos

serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde sejam efetivadas está no respaldo aos usuários e sua família.

Como percebemos anteriormente, ao analisar as ações de humanização afirmadas pelo Ministério Federal a partir da construção histórica dos serviços de saúde pública brasileira, percebe-se que há uma modificação dos serviços de saúde.

No entanto, acredita-se que ainda é necessário alavancar com iniciativas mais eficazes para a garantia e a ampliação do acesso com equidade, proporcionando aos usuários do serviço de saúde, ações mais adequadas quando se refere ao atendimento.

Um dos maiores desafios postos ao assistente social é o desenvolvimento de sua capacidade em decifrar a realidade e construir propostas voltadas à efetivação de direitos. É por meio da compreensão da realidade social na qual a profissão está inserida que é possível compreender o “como” e o “em quê” consiste a atuação do assistente social. Desse modo, entende-se que a questão social, objeto da atuação profissional, é a base de fundação do Serviço Social na sociedade capitalista, estando ela vinculada a questões estruturais e conjunturais, bem como às formas históricas de seu enfrentamento, que envolvem a ação do capital, do Estado e dos trabalhadores (ALCANTARA, VIEIRA 2013, p. 339).

Dessa forma, partindo da perspectiva de que o conceito de saúde vê o usuário em um aspecto geral, levando em consideração o respeito à situação de doença em que se encontra esse usuário, bem como as fragilidades emocionais que o envolvem. Assim sendo, o atendimento voltado ao cidadão de direito, as ações direcionadas, a humanização do atendimento no “acolhimento” devem ser repensadas.

Compreender o Serviço Social enquanto trabalho significa reconhecer que os assistentes sociais também são trabalhadores que, em geral, vivem no contexto urbano e sofrem todas as consequências impostas pelas metamorfoses do mundo do trabalho, expressas através do desemprego estrutural, da redução dos postos de trabalho, da precarização das relações de trabalho, da redução dos direitos, da exigência de um trabalhador polivalente, etc. Tais fatores terminam por interferir no próprio exercício profissional, que, a partir da lógica do mercado, é redimensionado, em decorrência de alterações tanto nas demandas quanto nos serviços sociais (ALCANTARA, VIEIRA 2013, p. 340).

Pessini (2002) avalia que além das políticas relacionadas à humanização em termos de operacionalização, é necessário para que se crie uma nova cultura, que se pense também em sua relação na formação profissional. Sendo assim, este autor esclarece sobre a visão do ato do cuidar como algo importante, uma vez que, assim, leva-se em consideração o ser humano em suas dimensões emocional, espiritual, social, física e psíquica.

Articulando-se tais questões ao que foi analisado nas obras dos autores em relação à humanização, observa-se uma semelhança entre o entendimento da humanização e a construção do processo de trabalho do assistente social.

A humanização tem como uma estratégia de interferência nas práticas de saúde levando em conta que sujeitos sociais, atores concretos e engajados em práticas locais, quando mobilizados, são capazes de, coletivamente, transformar realidades modificando-se a si mesmos neste processo.

Para o Serviço Social a humanização não é estranha ao projeto profissional. Ao contrário disso, acredita-se que a competência teórico-crítica dos profissionais possibilita a reflexão sobre o contexto histórico e a conjuntura das transformações do mundo contemporâneo e que causam impactos na vida social refletindo na economia, saúde, família, deveres e direitos de cidadania dos indivíduos.

Os assistentes sociais que atuam nos hospitais devem contribuir na construção coletiva de relações solidárias e humanizadas que buscam perceber o outro e sua realidade no conjunto das demandas tanto individuais como coletivas dos usuários.

Segundo Alcantara e Vieira (2013):

As situações cotidianas e as demandas trazidas ao conhecimento do assistente social pelos usuários dos serviços de saúde têm relação direta com os seguintes aspectos: (1) os enfrentamentos com a equipe de saúde, que necessitam de abordagem na intervenção cotidiana; (2) a natureza do trabalho em saúde, que exige do profissional sucessivas aproximações para o alcance da demanda reprimida pelo usuário e que pode vir a repercutir no curso do tratamento; (3) a necessária articulação com a rede e com profissionais de outras instituições, o que exige uma qualificação profissional permanente; (4) o compromisso com o usuário, que se reflete na qualidade da orientação prestada; (5) as exigências institucionais, que repercutem tanto nas relações entre os profissionais, como também nas estabelecidas com os usuários dos serviços (ALCANTARA, VIEIRA 2013, p.340).

Desse modo, observa-se que o assistente social ao demonstrar as manifestações concretas do fazer Serviço Social, numa determinada realidade, também se remete à construção de si próprio, enquanto 'ser humano', ser social, que interage transformando e sendo transformado.

Este profissional, ao atuar na identificação dos determinantes sociais que interferem nas condições de vida e de saúde dos usuários, tem como premissa a integralidade das ações na elaboração de estratégias para o enfrentamento das

demandas apresentadas. Com isso, a sua inserção em equipes interdisciplinares é recorrente, uma vez que contribui para o seu chamamento à participação na humanização do atendimento.

Nesse sentido, diante do que foi pesquisado a respeito da humanização na saúde observou-se que os trabalhadores são cada vez mais convocados a repensar os elementos que balizam o trabalho e, desse modo, é necessário pensar ainda na formação profissional e qualificação do assistente social.

Logo, o assistente social, junto aos demais profissionais da saúde, tem muito a contribuir para a necessária reflexão sobre as formas de acesso aos direitos, proporcionando entendimento acerca dos mesmos na sociedade contemporânea e seus reflexos na vida dos sujeitos.

Conforme a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (BRASIL, 2007), o atendimento, em sua essência, deve ser assegurada ao usuário e, para isso, é necessária uma interlocução com toda equipe de saúde no sentido de disseminar a quebra da discriminação e da conseqüente culpabilização das famílias pelas situações em que se encontram, considerando-as num contexto social mais amplo.

Nesse sentido, segundo a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde pensar no direito à saúde é também pensar no:

direito a atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação; o direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos; a responsabilidade do cidadão para que seu tratamento aconteça de forma adequada; e o direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos<sup>9</sup>.

É necessário, pois, esclarecer que o fato de existirem legislações e documentos que defendam o direito do usuário ao atendimento humanizado não assegura que tal princípio se efetive na rotina dos serviços de saúde.

Cunha (2010) sinaliza que o assistente social que atua na saúde lida cotidianamente como a

[...] realidade do hospital, que precisa desocupar o leito, possibilitando novas internações, tão logo usuário tenha condições de alta; o direito do usuário que está na fila de espera do hospital para ser atendido e que, muitas vezes, precisa se sujeitar a ficar vários dias na emergência até conseguir um leito e, por outro lado, o direito deste usuário internado, que necessita conhecer a rede e seus direitos para poder se reorganizar em função do adoecimento e de suas implicações (CUNHA, 2010, p. 45).

---

<sup>9</sup> Brasil. Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde / Ministério da Saúde. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

Os princípios básicos da política de humanização dentro do hospital tais como: a garantia à visita aberta tanto por meio da presença dos acompanhantes bem como da sua rede social, acolhimento dos usuários, dentre outros, vão de encontro às premissas do projeto ético-político do Serviço Social. Desse modo, acredita-se que o assistente social é um profissional apto a implementar projetos e ações de humanização, assim como sua gestão democrática no âmbito do hospital e articula-los à rede SUS.

Os profissionais devem pautar-se em seus conhecimentos teórico-metodológicos e técnico-operativos valorizando o potencial das equipes hospitalares estabelecendo prioridades, recriando relações de trabalho e de autonomia.

Assim sendo, o assistente social pode atuar na valorização de todos os sujeitos envolvidos neste processo, e não apenas do usuário, por meio, de ações de co-responsabilidade na produção de saúde, bem como em ações de valorização dos trabalhadores e nos vínculos participativos de gestão dentre outros fatores.

Nesta dimensão, o assistente social, por meio do seu conhecimento socialmente acumulado da realidade pauta-se na amplitude e nos princípios que norteiam a profissão, prevalecendo a defesa intransigente dos direitos humanos, aprofundamento da democracia, posicionamento em favor da equidade e justiça social, empenho na eliminação de todas as formas de preconceito e garantia do pluralismo.

Por meio também da ação interdisciplinar articulação, ou seja, ações com outras categorias e profissionais do Serviço Social inseridos em outros campos de atuação, pode-se pensar em qualidade dos serviços prestados à população e a construção de uma nova ordem societária mais humanizada, sem discriminar e sem ser discriminado.

Embora o horizonte para a humanização na prática do assistente social na saúde da rede hospitalar seja ainda um campo a ser construído na perspectiva do paciente, das relações internas de co-responsabilização nos hospitais, na articulação com a rede SUS, pode-se dizer que na direção do projeto de humanização, o assistente social traz a âncora necessária para articular a competência teórico-crítica e técnico-operativa.

Não por acaso, o assistente social é chamado a atuar na identificação e intervenção dos determinantes sociais que afetam a qualidade de vida e saúde dos usuários do SUS. A natureza da atuação do assistente social na saúde tem relação direta com o acesso da população usuária às informações e, conseqüentemente, diante do cenário para a construção do direito à saúde.



Relacionados aos princípios da PNH, os espaços de acolhimento - enquanto instâncias do atendimento da Política de Saúde têm de estabelecer uma relação de confiança e compromisso entre usuários, equipes e serviços.

Os profissionais de saúde precisam atender as suas demandas imediatas, cuja prática se processa na dinâmica entre necessidades. Sendo assim, para que haja a atuação de uma política de saúde eficaz, estes profissionais devem estar articulados com meios que possibilitem o acesso da população às informações e ações educativas e prestação de serviços com maior poder de resolutividade.

Diante do exposto, destaca-se que:

A PNH tem sido reconhecida como uma política que afirma sua dimensão pública, identificada com ideais ético-políticos do campo da saúde, como a universalidade e a equidade no acesso e o direito ao cuidado, considerando-se o sentido integral para o conceito de saúde. Tem servido como uma referência para se problematizar processos de trabalho em saúde e interrogar determinados fenômenos presentes no cotidiano da atenção como as filas desnecessárias, a descontinuidade dos tratamentos, a indiferença frente à dor e ao sofrimento, a falta de recursos, o descaso diante de situações dramáticas da vida, que passam cada vez mais a serem confrontados com pressupostos éticos como o direito à saúde, o direito à informação, o direito à inclusão de redes sociais nos processos terapêuticos, o direito a ter tratamento respeitoso e digno (PASCHE *et al*, 2011, p.47).

As considerações supracitadas, ao observar os desafios da política de saúde atual, destacam que é necessário apontar na direção da valorização e problematização da experiência no cotidiano do trabalho em saúde, que tem potência de transformação, portanto, de reinvenção dos serviços e práticas. Nessa perspectiva, a PNH se pautará na construção de espaços que promovam não somente a promoção da aproximação entre as pessoas, mas também o compartilhamento das tensões sofridas no cotidiano.

Assim sendo, a Política Nacional de Humanização requer o aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos (BRASIL, MS, 2003). De tal modo, a humanização diz respeito à mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho (MS, 2003).

O acolhimento pode contribuir nesse sentido, promovendo, nos espaços hospitalares, um processo de transformação da realidade de vida dos usuários. Na medida em que a prática profissional incorpora os estudos, pesquisas, análises e reflexões sobre o cotidiano das práticas de atenção aos usuários; percebe-se a necessidade cada vez maior em,

implementar tais princípios, bem como diretrizes e dispositivos presentes na PNH, não se apresenta como uma ação simples, ao considerarmos os problemas enfrentados pelo paradigma sanitário que origina o SUS, visto que esse sistema “rema contra a maré, já que vem sendo implantado em um contexto cultural e político que dificulta a estruturação de políticas públicas (CAMPOS, 2006, p.137).

Do mesmo modo, a humanização se refere a um processo engendrado pelo trabalho coletivo e interdisciplinar que pressupõe uma construção ampliada, ao tratar das demandas e desafios no sentido de aprimorar as inúmeras frentes de atuação: na porta de entrada, na recepção, na sala de espera, no atendimento, além da sinalização e orientações básicas.

Os elementos centrais de humanização do atendimento na saúde são as de oposição à violência psicológica, apreendida como a negação do outro, em sua humanidade; necessidade de oferta de atendimento de qualidade; articulação dos avanços tecnológicos; melhorias nas condições de trabalho do profissional e ampliação e democratização do processo de comunicação (PNH, 2003).

Em relação a este assunto, acredita-se que seja pertinente apresentar reflexões e observações advindas do período de estágio<sup>10</sup> vivenciado pela pesquisadora. Na ocasião, foi possível observar quanto ao acesso do usuário ao SUS, certa contradição que fere os princípios da universalidade e equidade. Essa contradição pode ser vista pela dificuldade dos usuários, a oferta de vagas nos serviços básicos, de exames complementares, as triagens, o sistema de regulação, os critérios de atendimentos entre outros.

É importante ressaltar, ainda, que, quanto às condições de trabalho dos assistentes sociais e demais profissionais, como enfermeiras e técnicos de enfermagem, os salários são defasados. Há um número significativo de profissionais que buscam de dois ou mais vínculos empregatícios, e, estavam desinformados, quanto ao que se propõe por Humaniza-SUS.

Diante disso, foi observado que aqueles profissionais, diante da realidade em que estão submetidos, tornam reproduzir uma prática inadequada quanto ao atendimento ao usuário.

Assim sendo, acredita-se na necessidade de discussão nos espaços hospitalares não apenas no que se refere ao esclarecimento sobre o que é a PNH,

---

<sup>10</sup> Uma participação efetiva no campo de estágio, realizado no Hospital das Clínicas (HC), vinculado à Universidade Federal de Goiás (UFG), na frente de atuação nominada de “acolhimento” no período 2011-2013.

mas é preciso também trazer para reflexões cotidianas a questão da terceirização, a privatização que vem se agravando e gerando condições de adoecimento também na equipe de trabalho nos serviços de saúde.

Neste sentido, pode-se salientar que enquanto a política de saúde não for reconhecida como uma das expressões da questão social e, portanto, como uma primazia do Estado, os usuários não terão acesso ao atendimento de qualidade nem os profissionais de saúde quanto a suas práticas não serão respeitados em suas particularidades.

Assim, diante da insegurança em que os usuários e trabalhadores se encontram, não serão tratados como cidadãos de direitos e nem terão as necessidades básicas atendidas.

Diante dos impasses que se apresentam para que haja efetivação das políticas de saúde, é importante compreender que o ser humano, necessita se aperfeiçoar para poder relacionar-se com o outro. Ao tratar da humanização, pressupõe-se ampliar o debate sobre a atuação profissional no campo da saúde; pois os desafios são inúmeros quando pensamos em garantir o respeito e a cidadania a esses indivíduos que ali se encontram.

No que se refere à prática profissional torna-se indispensável ressaltar a importância dos Parâmetros para Atuação de assistentes sociais na Política de Saúde, elaborados a partir de ampla participação da categoria profissional e promulgados pelo CFESS, com o objetivo de “referenciar a intervenção dos profissionais na área da saúde” (CFESS, 2010, p.11).

Tais parâmetros reforçam a importância de reconhecer os usuários da saúde como sujeitos de direitos, em um contexto de cidadania e de democracia. Entre alguns parâmetros de atuação do assistente social na política de saúde se destacam:

a) Atendimento com o usuário, integrante a um processo de trabalho com a equipe de saúde;

b) Ações socioassistenciais, voltadas às atividades que envolvam momentos de reflexões sobre as condições sócio-históricas que são submetidos os usuários, estabelecendo prioridades de estratégias junto ao atendimento com o usuário, com trabalhos de mobilização social;

c) Ações de articulação com a equipe de saúde, em um trabalho multiprofissional o assistente social deve deixar claro suas atribuições e competências, junto à equipe e demonstrar a importância de sua atuação;

d) Ações socioeducativas, orientando os usuários sobre a política de saúde, o atendimento na instituição e sobre demais políticas sociais, tendo como foco, não apenas a veiculação de informação, mas uma ação que busque a libertação para uma cultura de emancipação e participação dos usuários no reconhecimento crítico de sua realidade;

e) Mobilização, participação e controle social; mobilizando os usuários sobre a importância de participarem do controle social, por meio dos conselhos de saúde e ouvidorias, para que se componha uma política que atenda a necessidade de todos;

f) Investigação, planejamento e gestão; fortalecendo a gestão democrática e participativa; realizar estudos e pesquisas sobre a atuação profissional e o meio de trabalho; criar estratégias de atuação junto às demais equipes de saúde;

g) Assessoria, qualificação e formação profissional, participando de atividades de capacitação de profissionais; incentivar a formação de estudantes, assessorando políticas sociais ou disciplinas específicas do Serviço social, visando sempre à qualificação profissional e o atendimento ao usuário (CFESS, 2010: 37- 63).

Conforme o informativo Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (CFESS, 2010), acredita-se que o assistente social necessita debater com a equipe de saúde o significado da humanização, com o propósito de evitar compreensões distorcidas, baseadas na escuta e na redução de tensões.

Os assistentes sociais devem buscar ter o domínio das informações referentes às Políticas Sociais para que possam ser socializadas e apropriadas democraticamente pelos usuários. Além disso, requer habilidades técnico-operacionais que permitam um diálogo profícuo com os diferentes segmentos sociais.

Pensar na “humanização como um conceito-experiência que, ao mesmo tempo, descreve, intervém e produz a realidade” (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p. 393), contribui para se possa manter vivo o movimento a partir do qual o SUS se constitui enquanto política pública.

Nesse sentido, a filosofia da PNH se configura como política que visa possibilitar a reflexão e participação dos usuários no que diz respeito ao exercício da cidadania. Com as devidas contextualizações, entende-se que a efetivação dos dispositivos da PNH depende de articulação entre a teoria e a prática em saúde.

É importante compreender, nesse sentido, as possibilidades concretas de atuação dos profissionais da área da saúde, em específico a do Serviço Social.

O exercício profissional do Serviço Social tem por horizonte os direitos sociais. Esses foram garantidos pela Seguridade Social quando da elaboração da atual Constituição brasileira, que afirma em seu artigo 194: “A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.” (BRASIL, 1988:36).

Cabe ao assistente social informar e discutir com os usuários acerca dos direitos sociais, mobilizando-o ao exercício da cidadania, conforme consta no inciso I, do Art. 4º, da Lei de Regulamentação da profissão de 1993. Por meio desta lei, observa-se que é competência do assistente social “elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública, direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares”. É neste sentido, que a responsabilidade dos profissionais de saúde, deve ser com o cidadão, portador de direitos reconhecidos constitucionalmente.

É importante evidenciar que as ações de promoção de saúde devem direcionar o fazer profissional. Desta forma, acredita-se que para direcionar os assistentes sociais a conhecerem a PNH, é preciso maior divulgação, e estudo que enfatize a importância do entendimento das políticas de saúde para um melhor atendimento.

Diante desse quadro,

os assistentes sociais, nas suas diversas inserções na realidade e na efetivação das suas atribuições e competências, precisam ter como preocupação as diversas armadilhas que são colocadas pela organização social capitalista e pelas teorias não críticas e pós-modernas no que se refere à análise das expressões da questão social evidenciadas no cotidiano profissional (CEFESS, 2010, p 67).

Essas indicações pontuadas pelo CEFESS são de grande importância para que os assistentes sociais contribuam para o fortalecimento dos sujeitos, através da assessoria às instâncias públicas de controle democrático articulada aos movimentos sociais os assistentes sociais podem promover a análise crítica e elaboração de proposições na perspectiva da garantia e/ou ampliação dos direitos sociais, tendo no horizonte a emancipação humana

Contudo, é sabido que inúmeros desafios são apontados no processo de efetivação da PNH como a indisponibilidade de senha ou vaga; falta de médico para o atendimento das pessoas que têm necessidade; muitas pessoas não procuram o serviço de saúde mais próximo por falta de recursos financeiros para se dirigir ao local de atendimento, distância ou acesso/transporte consideraram o atendimento demorado; incompatibilidade entre horário de atendimento e horário de chegar no local de trabalho.

Diante desta série de dificuldades para o acesso do usuário ao sistema de saúde, cabe aos assistentes sociais o cuidado de não limitarem suas ações. Nesse sentido, a ação deste profissional deve ser no sentido de diminuir as dificuldades enfrentadas pelos usuários.

Com a expansão das expressões da questão social, como: o grande número de desemprego; mais pobreza; violência; doenças, gerando a superlotação em hospitais públicos; filas na sala de espera em busca de leitos; bem como o atendimento cada vez mais precarizado, os assistentes sociais devem fazer com que o usuário entenda que ele é um sujeito de direitos, garantido na Constituição Federal. Por isso, são merecedores de um atendimento de qualidade, no qual devem ter participação ativa.

Os usuários devem ser esclarecidos que eles não têm acesso a essas redes de saúde como “favor do Estado”, mas, por direito. A população deve ser informada e mobilizada a reivindicar o atendimento em saúde enquanto direito. Para isso, é necessário, não na relação de favor, construindo-se um referencial e uma ação prática, capazes de intervir na garantia do atendimento em saúde, que respalde a política de saúde enquanto política pública.

Portanto, acredita-se que é possível fazer uma reflexão acerca da dimensão técnico-operativa da atuação do assistente social, entendendo ser necessário para a intervenção destes profissionais, um conjunto de conhecimentos, inclusive da realidade, na qual estão inseridos.

No entanto, deve-se acatar o fato de que a humanização/acolhimento se efetiva mediante a apreensão para além do imediato, portanto, exige uma reflexão/ação e um trabalho coletivo.

Considera-se que é neste “terreno de disputas” que o assistente social desenvolve sua prática profissional, por meio de um

processo denso de conformismos e rebeldias, forjados ante as desigualdades sociais, expressando a consciência e a luta pelo reconhecimento dos direitos sociais e políticos de todos os indivíduos sociais (IAMAMOTO, 2002, p. 26).

Para que se consolide o projeto ético-político profissional é necessário que os assistentes sociais reconheçam, além da instituição, quem são os cidadãos usuários desse serviço, quais são suas características, quais refrações da questão social que estão sendo objeto do atendimento. É necessário, ainda, que o profissional tenha conhecimento sobre a realidade do espaço onde se desenvolve o trabalho. Desse modo, ele busca a resposta mais adequada aos usuários.

A ação cotidiana dos assistentes sociais tem papel fundamental na construção da integralidade em saúde; uma vez que, nessa perspectiva, os assistentes sociais tem de viabilizar e concretizar os princípios da universalidade de acesso e equidade em relação aos direitos sociais.

Diante dessa realidade, o profissional tem que superar o cotidiano pois este também deve constituir-se como um elemento que facilita e permita a acessibilidade a um serviço de qualidade e resolutividade.

É necessário ressaltar diante disso que, as incidências do trabalho profissional na sociedade não dependem apenas da atuação isolada do assistente social, mas do conjunto das reações e condições sociais por meio das quais ela se realiza.

Considerando os aspectos até agora levantados, e, com base no estágio vivenciado no curso de graduação no setor de Triagem do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, compreende-se a necessidade de registrar propostas e recomendações no sentido de garantir a ampliação do acesso e humanização do atendimento em saúde.

De tal modo, percebe-se que a atuação profissional deve ser reconstruída a partir da prática que busca um conhecimento para qualificar a intervenção. Assim, deve-se conhecer em primeiro lugar a proposta de humanização para que se promova qualidade do atendimento e isso deve repercutir diretamente no resultado da ação.

As práticas em saúde devem ser contextualizadas enquanto alternativas reais em construção. No entanto, para transformar a atuação na saúde se torna necessário o desvelamento de um todo fragmentado, marcado pela lógica da especificidade das categorias profissionais.

Um importante desafio observado para a efetivação da PNH é a implementação do trabalho interdisciplinar. É também necessário, o respeito aos demais profissionais da equipe, como também o reconhecimento de que o trabalho de cada um depende do outro.

Para que as ações propostas da PNH sejam disseminadas e provoquem mudanças, não basta apenas o conhecimento do que seja a ação. Esta implica numa revisão de valores, conceitos e posturas por parte de todos os sujeitos envolvidos no processo da saúde.

Ao poder público cabe melhorar as condições de vida e garantir a qualidade de saúde da coletividade. Considera-se que a humanização passa, pela necessidade de que cada pessoa assuma a responsabilidade que lhe cabe na promoção de sua saúde. No entanto, entende-se que a cultura política de grande parcela da população acostumada e, às vezes, condicionada a aceitar tudo pronto, levou-a a, passivamente, receber a ação/intervenção dos profissionais que cuidam da sua saúde que, por sua vez, historicamente, sempre colocou como paciente, aquele que sofre (BRASIL, 2006a).

Enquanto tal cultura se perpetua não se reivindica, não se reconhecem direitos; ao contrário, se instala uma naturalização na forma de olhar o cotidiano em suas implicações na saúde. Isto é, tanto por parte dos profissionais de saúde como pelos usuários e gestores, há, quase sempre, uma desconsideração com os determinantes sociais e emocionais na ocorrência de doenças, o que se reflete na atenção dispensada no cotidiano dos serviços de saúde (SILVA e ARIZONO, 2008, p. 9).

O Serviço Social tem a contribuir no processo de revalorização dos agentes envolvidos com a saúde, por meio do caráter interventivo da profissão, na criação de condições para a releitura e análise crítica do que se entende por saúde-doença, propiciando a revisão do papel dos atores sociais, em todas as suas possibilidades políticas.

Conforme Alcântara e Vieira (2013), o assistente social, junto aos demais profissionais da saúde, tem muito a contribuir para a necessária reflexão sobre as formas de acesso aos direitos, proporcionando entendimento acerca dos mesmos na sociedade contemporânea e seus reflexos na vida dos sujeitos.

Intensificar a participação e o compromisso com a saúde coletiva por meio de atividades sócio-educativas com usuários, trabalhadores, ou gestores em todos os níveis de atenção à saúde, são contribuições possíveis para o assistente



social. Acrescenta-se a isso o fato de que mobilização dos sujeitos é essencial na humanização, pois esta só será viabilizada com a participação deles.

Como afirmam Nogueira-Martins e Bógus (2004), a promoção e humanização da saúde são processos longos, dinâmicos e relacionados a cada contexto. A resistência às mudanças sejam elas pessoais sociais e/ou institucionais são, de certa forma, naturais uma vez que, no ambiente conhecido, as pessoas se sentem seguras.

É preciso tempo para que as dificuldades possam ser superadas, para que os sujeitos possam olhar a realidade de forma diferente. Para isso há necessidade de um processo reflexivo continuado, que possibilite aos sujeitos perceberem suas ações.

Partindo desta perspectiva se tornarão possíveis a convivência ética, a solidariedade, o fortalecimento dos sujeitos e a construção de relações positivas, de maneira que seja incorporada pelo ser humano, uma nova cultura.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização desta pesquisa possibilitou maior aproximação com a Política de Humanização do SUS. Ao estudar a questão da humanização na área da saúde, percebeu-se que não há ainda um número expressivo de produção acadêmica sobre a PNH por tratar-se de uma política instituída em 2003.

Talvez esta tenha sido uma pretensão, ter encontrado mais material que relacionasse o serviço social e a PNH, mas o desejo não conhece os limites. Entretanto, é preciso e possível reinventar o desejo para que possamos alcançar alguma satisfação, tornando o desejo reinventado tão importante quanto o anterior.

Contudo, uma dissertação tem seus limites sempre, dados pelo contexto, pelo pesquisador e seus colaboradores e pelo prazo. Assim a maioria das produções encontradas, relativas à humanização do SUS, são reflexões contidas em artigos sobre os diversos significados a ela atribuídos e também é mencionada a necessidade de uma melhor conceituação.

Ao estudar a humanização do SUS e relacioná-la com o Serviço Social, foi possível perceber que, em termos de produção de conhecimento em Serviço Social (monografias, artigos e teses encontrados pela pesquisadora) há poucas produções que contemplou o tema.

Observou-se, por meio de leituras de dissertações sobre o Serviço Social e a humanização na área da saúde, que a atuação profissional sofre influências pela falta de recursos destinados ao setor da saúde. Isso tem dificultado as formas de se efetivar a humanização, pois em detrimento da falta de recursos materiais e financeiros é visível nos espaços hospitalares a superlotação, filas na sala de espera em busca de leitos, e o atendimento cada vez mais precarizado.

Esta pesquisa, ao oportunizar a reflexão sobre os processos de saúde, refletindo sobre a relação entre a humanização e o Serviço Social, considera que, mais do que estudos e investigação sobre a temática apresentada, necessita de esforço simultâneo entre a instituição de saúde e os profissionais e destes com os usuários.

Assim, a prática do assistente social tem de se atentar tanto nas expressões da desigualdade social e na insuficiência da política social para seu enfrentamento, quanto nas tendências particulares da Política Nacional de Humanização, que se insere no modelo de desenvolvimento cujas implicações

seguem em um distanciamento do que tal política deva oferecer realmente aos usuários do SUS.

Diante dessa realidade, a responsabilidade dos assistentes sociais relacionados à humanização deve constituir-se como um elemento que facilita e permita o acesso a um serviço de qualidade e resolutividade. É necessário ressaltar diante disso que, as incidências do trabalho profissional na sociedade não dependem apenas da atuação isolada do assistente social, mas do conjunto das reações e condições sociais por meio das quais ela se realiza.

Sendo assim, o assistente social, ao compreender as condições determinadas para o Serviço Social na PNH, pode desenvolver sua prática social com mais consciência e capacidade de escolha potencializando a sua capacidade teleológica. Ao fazer isso, esses profissionais estarão ampliando estrategicamente as suas possibilidades de mudança na área da saúde.

As principais questões relacionadas à PNH, observados nesta pesquisa a partir dos autores trabalhados, são voltados para valorização da vida humana e da cidadania. Estes ressaltaram que a humanização do SUS apresenta elementos para alteração e mudança das práticas em saúde, sendo essas práticas voltadas aos usuários gestores e trabalhadores de saúde.

Percebeu-se que essa política procura ao longo de sua trajetória se solidificar em relação à melhoria do atendimento, mudança de cultura, e, principalmente quanto aos seus aspectos voltados para a resolutividade, humanização e solidariedade.

No entanto, ao analisar o percurso pelo qual a proposta de humanização passou até chegar ao patamar de política, muito ainda necessita ser realizado, além da mudança de cultura, são necessárias mudanças estruturais. Nesse sentido, acredita-se que isso implica na mudança de modelos e gestão dos processos de trabalho e deve ter como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde.

Outra constatação é que a PNH, atualmente, apresenta inúmeros desafios a serem enfrentados, dentre os quais se referem à demanda reprimida, área física precária e a falta de esclarecimento e participação tanto por parte dos profissionais quanto dos usuários.

Na tentativa de recuperar as ideias da Reforma sanitária, se torna necessário a busca por mudança estrutural do Estado e da sociedade, pois no que a PNH se apresenta, além de responsabilizar trabalhadores e usuários da saúde pelo

sucesso ou insucesso da política, demonstra apenas preocupação com mudanças de postura dos profissionais e usuários.

Desse modo, esta dissertação se destina a estudantes, a profissionais e gestores de saúde bem como aos usuários do SUS. Aos profissionais de saúde e gestores para que estes compreendam o significado e importância da humanização do SUS e reflitam suas práticas cotidianas no sentido de transformar não só os ambientes hospitalares, mas também transformar a si mesmos.

Quanto aos estudantes que buscam uma transformação da realidade e usuários do SUS; que lutam por melhorias nos contextos hospitalares; este estudo se apresenta como um instrumento que pretende contribuir para fortalecer a cidadania, de modo com que estes em diferentes cenários exijam o direito à saúde.

Conseqüentemente, a construção do conhecimento que esta pesquisa possibilitou refletirá no processo de construção da cidadania das pessoas atendidas nos hospitais públicos que buscam a efetivação de seus direitos a saúde.

Entende-se ao analisar a humanização na saúde se torna pertinente compreender que a mudança de cultura é um processo amplo e demorado que pode trazer benefícios para muitos, mas que não acontece sem uma construção coletiva com formas de gestão participativa, com o trabalho em grupo e principalmente, com o desejo de cada um em mudar sua vida e a do outro em benefício individual e do coletivo, só assim poderemos ser passagens para novos caminhos.

Durante o desenvolvimento deste trabalho algumas verificações relacionadas ao tema em questão foram vistas como importantes recomendações para futuras pesquisas. Este estudo sugere a avaliação e observações dos usuários do SUS sobre a PNH.

Este trabalho demonstra que, teoricamente, há sim uma crescente preocupação do Serviço Social em estabelecer espaços e relações mais humanizadas nos ambientes hospitalares. Na prática, porém, nem sempre essa preocupação se traduz em elementos concretos. Desta forma, o grande desafio do Serviço Social é fazer uma discussão crítica acerca das práticas de humanização no sentido de romper com as práticas individualizantes.

## REFERÊNCIAS

ABESS/CEDEPSS. *Caderno ABESS n. 07. Caderno Especial: Formação Profissional: trajetórias e desafios*. Cortez, São Paulo: 1996.

ALMEIDA, Ney. L. T de, **Retomando a Temática da “Sistematização da Prática” em Serviço Social**. In: Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional, 2009.

ALCANTARA, Luciana da Silva; VIEIRA, João Marcos Weguelin. Serviço Social e Humanização na Saúde: limites e possibilidades. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 12, n. 2, p. 334 - 348 jul./dez. 2013. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/14332/10744>. Acesso em: 07 Ago.2015.

AYRES, J.R. de C.M. **O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde**. In Saúde e Sociedade-Integralidade, Humanização e Cuidado em Saúde.v.13[3]. Fculdade de Saúde Pública e Associação de Saúde Pública,2004.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. **A humanização como dimensão pública das políticas de saúde**. Cadernos de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005a.

\_\_\_\_\_. **Humanização na saúde: um novo modismo?** Interface - Comunicação, Saúde, Educação, São Paulo, v. 9, n.17, p. 389-394, 2005.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política social no Brasil contemporâneo: entre a inovação e o conservadorismo**. In: BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. (Org.). *Política social: fundamentos e história*. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2008. p. 147-191.

BOSCHETTI, I.S. Et Al. **Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2009.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 5.10.1988

\_\_\_\_\_. Lei nº 8142 de 28 de dezembro de 1990.**Dispõe sobre a participação comunitária da gestão do SUS e sobre as transformações governamentais**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília 29.dez.1990

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas./ Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS, 2009. 100 p. (CONASS Documenta; 18).

\_\_\_\_\_. Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal. Hospital Regional da Asa Sul. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAI: relatório do Grupo de Trabalho de Humanização**. Brasília: 2002.

BRASIL. **Cartilha da PNH: acolhimento com classificação de risco**. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 2ª ed. São Paulo: Esplanada 2000.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas**. / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2009.100 p. (CONASS Documenta; 18)

\_\_\_\_\_. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. **Lei Nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990a.

\_\_\_\_\_. **Lei Nº 8.142** de 28 de setembro de 1990b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. [Internet, 2007]. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta\\_direito\\_usuarios\\_2ed2007.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_direito_usuarios_2ed2007.pdf). Acesso em: 05 abr. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema único de Saúde (SUS): princípios e conquistas** / Ministério da Saúde. Secretaria Executiva,- Brasília: Ministério Saúde, 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política de Humanização. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. **Cartilha da PNH: acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. **Cartilha da PNH: clínica ampliada**. Brasília, 2008c. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. **Cartilha da PNH: gestão participativa e co-gestão**. Brasília, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. **Cartilha da PNH: grupo de trabalho de humanização**. Brasília, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. **Cartilha da PNH: visita aberta e direito à acompanhante**. Brasília, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. **Cartilha da PNH: Trabalho e redes de saúde: valorização dos trabalhadores de saúde**. Brasília, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. **Cartilha da PNH: Ambiência**, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde. 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf> Acesso em 12 Nov. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH: pesquisa de satisfação do usuário e dos profissionais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. (mimeo)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. – Brasília:Ministério da Saúde.2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão da Saúde. **Projeto do curso de formação de apoiadores para a PNH**. Brasília, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Ambiência: **Humanização dos “Territórios” de encontros do SUS**: Formação de apoiadores para a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde. Brasília: Fiocruz: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS - **material de apoio** - Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/hijg/gth/Cartilha%20da%20PNH.pdf>. Acesso em 07 Fev. 2015.

\_\_\_\_\_. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96** - Brasília, 1997.

\_\_\_\_\_. **Relatório Final da 8ª Conferencia Nacional de Saúde**. Brasília, 1986.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária – lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo e Rio de Janeiro: Cortez e Editora da UFRJ, 1996.

\_\_\_\_\_. **Modelos de atuação do Serviço Social no Campo da Saúde**. (Dissertação de Mestrado). Rio de Janeiro: PUC-RJ, 1976. (mimeo.).

\_\_\_\_\_. Maria Inês Souza. **Saúde e Serviço Social**. 2. ed. São Paulo: Rio de Janeiro: UERJ, 2006.

\_\_\_\_\_. Maria Inês Souza. **Reforma Sanitária e Projeto ético-político do Serviço Social: elementos para debate**. In: BRAVO, M. I. S. (orgs). Saúde e Serviço Social. São Paulo; Cortez; Rio de janeiro: UFRJ, 2004.

\_\_\_\_\_. Maria Inês Souza discute essa questão em: **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. 2. Ed. São Paulo: Cortez, 2007.

\_\_\_\_\_. Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil**. In: serviço social e saúde: formação e trabalho profissional. "as políticas de seguridade social saúde". In: CFESS/CEAD. capacitação em serviço social e política social. Módulo III: Política Social. Brasília: UnB-CEAD/ CFESS, 2000. Disponível em: <[http://www.fnepas.org.br/pdf/serviço\\_sócial\\_saude/texto1-5.pdf](http://www.fnepas.org.br/pdf/serviço_sócial_saude/texto1-5.pdf)>. Acesso em: 07 dez. 2014.

BULLA, Leonia C. **Relações sociais e a questão social na trajetória do serviço Social Brasileiro**. Revista Virtual Textos e Contextos, Porto Alegre, v.2, n. 2, dez. 2003.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda**. São Paulo: Hucitec, 2000. <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a14.pdf>. Acesso em: 07 dez. 2014.

\_\_\_\_\_. **Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida?** Interface: comunicação, saúde, educação, v. 9, n. 17, p. 389-406, mar./ago. 2005. Disponível em: Acesso em: 30 mar. 2015.

\_\_\_\_\_. **Reflexões sobre a construção do Sistema Único de Saúde (SUS): um modo singular de produzir política pública**. Serviço Social & Sociedade, São Paulo, n. 87, 2006.

\_\_\_\_\_. "Modelos Assistenciais e Unidades Básicas de Saúde". In: **Planejamento Sem Normas**. São Paulo: Hucitec, s/d. 2006.

CEFESS. **Código de ética profissional do assistente social**. CFESS, 1986.

\_\_\_\_\_. **Código de ética do assistente social: Lei 8662/1993 de regulamentação da profissão**. CFESS, 1997.

CARDOSO, Maria de Fátima Matos. **Reflexões sobre instrumentais em serviço social: observação sensível, entrevista, relatório, visitas e teorias de base no processo de intervenção social**. São Paulo: LCTE Editora, 2008.

CARVALHO, José Murilo de. **Cidadania no Brasil. O longo Caminho**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.

CARVALHO, G. I.; SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde: Comentários à Lei Orgânica da Saúde** (Leis nº 8080/90 e 8142/90). 3ª ed. revista e atualizada. Campinas. SP: Editora da Unicamp, 2001.

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. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-1692005000100017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-1692005000100017)>. Acesso em: 24 maio 2006.

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, p. 194-220, jul./dez. 2009.



CONSELHO Federal de Serviço Social. **Código de ética do assistente social**. Brasília: CFESS, 2011.

\_\_\_\_\_. **Parâmetros para atuação dos assistentes sociais na política de saúde**. Brasília: CFESS, 2010

COSTA, M. D. H. **O Trabalho nos Serviços de Saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais**. Revista Serviço Social e Sociedade. n° 62. São Paulo: Cortez Editora, 2000.

CUNHA, C. L. N. **Serviço Social na saúde: os desafios para a garantia do acesso aos direitos sociais dos usuários**. Trabalho de Conclusão de Curso. Revista da Graduação, v. 3, n. 2, 2010. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/graduacao/article/viewFile/7910/5594>. Acesso em: 04 mar. 2013.

DESLANDES, S. F. **Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar**. Revista Ciência e Saúde Coletiva, 9(1):7-14, 2004-<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n1/19819.pdf>- Acesso em 18 de Setembro de 2014.

DINIZ, C. S. G. **Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, jul./set. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a19v10n3.pdf>>. Acesso em: 11 fev. 2009.

FERREIRA, A. B. H. Minidicionário século XXI escolar. **O minidicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001.

FINKELMAN, J., org. **Caminhos da saúde no Brasil** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 328 p. ISBN 85-7541-017-2. Available from SciELO Books <http://books.scielo.org>>. Acesso em 08 de Novembro 2014.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. Humanização. [Internet, 2009a]. **Dicionário da educação profissional em saúde**. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/hum.html>. Acesso em: 04 mar. 2013.

FORTES, Paulo Antônio de Carvalho. **Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde**, In: Saúde e Sociedade v.13, n.3, p.30-35, set-dez 2004.

FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA. **SUS PRA VALER: universal, humanizado e de qualidade**. Revista RADIS: comunicação em saúde, n° 49 (FIOCRUZ), 2006.

GAIO, R.; CARVALHO, R.B.; SIMÕES, R. **Métodos e técnicas de pesquisa: a metodologia em questão**. In: GAIO, R. (org.). Metodologia de pesquisa e produção de conhecimento. Petrópolis, Vozes, 2008.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4ª ed. São Paulo: Editora Atlas, 2002.

GUERRA, Yolanda. **Instrumentalidade do processo de trabalho e serviço social**. Serviço Social & Sociedade, São Paulo, Cortez Editora, n. 62, mar. 2000.

HARVEY, D. **Neoliberalismo: história e implicações**. São Paulo: Edições Loyola, 2008.

HECKERT, A.L.C.; PASSOS, E.; BARROS, M.E.B. **Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate**. In: Artigos Comunicação Saúde Educação v.13, supl.1, p.493-502, 2009. <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a02v13s1.pdf> Acesso em 27 de Janeiro de 2015.

HOWARD J. **Humanization and desumanization of health care: a concept view**. In: Howard J, Strauss A, editores. Humanizing health care. New York: John Wiley & Sons; 1975: 57-102.

IAMAMOTO, M; CARVALHO, R. **Relações sociais e serviço social no Brasil**. 5. ed. São Paulo: Cortez Editora, 1986.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 2000.

\_\_\_\_\_. **Os Espaços sócio-ocupacionais do assistente social**. In: Serviço social: direitos e competências profissionais. CFESS-ABEPSS. Brasília-DF. 2009.

\_\_\_\_\_. **Renovação e conservadorismo no serviço social**. 6 ed. São Paulo, Cortez Editora, 2002.

\_\_\_\_\_. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil**. 9. ed. São Paulo: Cortez Editora, 1993.

\_\_\_\_\_. **O Serviço Social na contemporaneidade**. São Paulo: Cortez, 1998.

LIMA, Edna Fernandes Da Rocha. **O atendimento humanizado no pronto socorro do Instituto Central do Hospital das Clínicas da FMUSP: um processo em construção**. (Dissertação de Mestrado). São Paulo:PUC-SP,2007. (mimeo.).

LOPES, Claudia Rabelo. **Movimento contra as iniquidades**. Radis, Rio de Janeiro, n. 45, p. 11, maio 2006.

MAGALHÃES F. **Lições de clínica obstétrica**. 2a ed. Livraria Castilho, Rio de Janeiro. 1916

MARSIGLIA, R. M. G. Orientações Básicas para a Pesquisa. In: Serviço Social e Saúde – Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Cortez Editora, 2006.

MATOS, M. C. **“O debate do Serviço Social na saúde nos anos 90”**. In: Serviço Social & Sociedade (74). São Paulo: Cortez, 2003.

MELLO, Inaiá Monteiro. **Humanização da Assistência Hospitalar no Brasil: conhecimentos básicos para estudantes e profissionais**. 2008 (mimeo).

MEZOMO, J. C. Hospital Humanizado. Fortaleza: Premius Editora, 2001

\_\_\_\_\_. **Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos**. São Paulo: Projeto Editorial UnG, 1995.

MENDES SOBRINHO, Leila; LIMA, Thiago Firmino de. **O papel da educação na humanização do sistema de saúde**. [2007 ou 2008]. Disponível em: Revista Ciências Humanas, UNITAU. Volume 1, número 2, 2008. Disponível em: <http://www.unitau.br/revistahumanas>. Acesso em 27 de Janeiro de 2015.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8ª ed. São Paulo: Hucitec, 2004. (Saúde em Debate).

\_\_\_\_\_. Dilemas do setor saúde diante de suas propostas humanistas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n.1, p. 4-6, 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232004000100003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232004000100003)> Acesso em: 18 fev. 2014.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11a ed. São Paulo, HUCITEC, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (on-line). **Sistema Único de Saúde**. Brasília, Ministério da saúde, 2006. Disponível em: [pt.wikipedia.org/wiki/Sistema\\_Único\\_de\\_Saúde](http://pt.wikipedia.org/wiki/Sistema_Único_de_Saúde)

NASCIMENTO, Paulo Roberto do. **Espaços de deliberação democrática no SUS e discussão sobre a universalidade de direitos**. 2006.174 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública)-Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. São Paulo, 2006. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/cys/id:442262>>. Acesso em 23 nov.2014.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2005.

NOGARE PD. **Humanismo e anti-humanismo: introdução à antropologia filosófica**. Rio de Janeiro: Vozes; 1977.

NOGUEIRA-MARTINS, M.C.F e BOGUS, C.M. **Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde**. In: Revista Saúde e Sociedade v.13, n.3, p.44-57, set-dez 2004.

NUNES, Everardo Duarte. **Sobre a história da saúde pública: idéias e autores**-Ciência & Saúde Coletiva, 5(2):251-264, Campinas, SP, 2000. <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n2/7095.pdf> Acesso em 11 de Julho de 2015.

PASCHE DF et al. **Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública**. In: Ciências & Saúde Coletiva, 16(11):4541-4548, 2011..

PESSINÍ, L. **Humanização da dor e sofrimento humanos na área da saúde**. In: Revista Bioética, v.10[2], 2000.

PUCCHINI, Paulo de Tarso & CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira: **A Humanização dos Serviços e o Direito à Saúde**. In: Revista. Cereus, v. 4, n. 2, p. 85-97, agosto/2012, UnirG, Gurupi, TO, Brasil.

REALE, Giovanni. **Historia da filosofia: do humanismo a Descartes**, v. 3 1 , Dario Antiseri; [tradução Ivo Storniolo- São Paulo: Paulus, 2004.

RIOS, Izabel Cristina. **Caminhos da humanização na saúde: prática e reflexão --** São Paulo: Áurea Editora, 2009. Disponível em: [http://www.hcnet.usp.br/humaniza/pdf/livro/livro\\_dra\\_izabel\\_rios\\_caminhos\\_da\\_humanizacao\\_saude.pdf](http://www.hcnet.usp.br/humaniza/pdf/livro/livro_dra_izabel_rios_caminhos_da_humanizacao_saude.pdf). Acesso em: 12 Out. 2015.

SANTOS FILHO, S.B.; BARROS, M.E.B.; GOMES, R.S. **A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde.** Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.13, supl.1, p.603-13, 2009.

SERVIÇO Social & Sociedade. In: **O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais.** Revista Quadrimestral de Serviço Social, ANO XX – nº 62 – março 2000, São Paulo: Cortez.

SERVIÇO Social e Saúde: **formação e trabalho profissional.** 2. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2007.

SILVA, Regina Célia Pinheiro da; ARIZONO, Adriana Davoli. **A política nacional de humanização do SUS e o Serviço Social.** Departamento de Serviço Social da UNITAU Revista Ciências Humanas, UNITAU. Volume 1, número 2, 2008. Disponível em :<http://www.unitau.br/revistahumanas> . Acesso em: 03 Jul.2015.

SOUZA, L.A.P.; MENDES, V.L.F. **O conceito de humanização na Política Nacional de Humanização (PNH).** In: Comunicação Saúde Educação v.13, supl.1, p.681-8, 2009.

SOUZA, R. M. S. **“Controle social em saúde e cidadania”.** In: Serviço Social & Sociedade (74). São Paulo: Cortez, 2003.

VASCONCELOS, A. M. de. A prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. 2.<sup>a</sup> Ed. São Paulo: Cortez, 2003.

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

VAISTSMAN, J. e ANDRADE, G. R. B. de. **Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à Saúde.** Revista Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 10 n. 3, 2005. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/edicoes/index.php>. Acesso em 19mjun 2007.

## **Legislação**

Lei 8080 de 19 de setembro de 1990.

Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990.

Lei 6229 de 17 de julho de 1975.

**Sites**

[www.abrasco.org.br](http://www.abrasco.org.br)

[www.bvsms.saude.gov.br](http://www.bvsms.saude.gov.br)

[www.hcnet.usp.br](http://www.hcnet.usp.br)

[www.portalhumaniza.org.br](http://www.portalhumaniza.org.br)

[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)

## **ANEXOS**

### **I. Roteiro da pesquisa bibliográfica**

Acesso a Bibliografia

Pesquisa Bibliográfica na Prática

Revisão Crítica de Literatura com um histórico sobre o tema.

Atualização sobre o tema escolhido.

Encontrar respostas aos problemas formulados.

Levantar contradições sobre o tema.

Evitar repetição de trabalhos já realizados.

Acesso a Bibliografia

Citação de Referências Bibliográficas

### **II. Roteiro da pesquisa documental**

Análise documental

Verificar a importância do documento e sua relação com o objeto de estudo

Verificar a autenticidade e a confiabilidade do documento

Verificar a relação do documento com os conceitos-chave e a lógica interna do texto.

Utilidade dos documentos para se constituir o quadro comparativo do estudo sobre a Política Nacional de Humanização.

Verificação de dados