



Eixo: Política Social e Serviço Social
Sub-eixo: Seguridade social no Brasil

POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO E GESTÃO DA SAÚDE: REFLEXÕES PARA A ATUAÇÃO DOS/AS ASSISTENTES SOCIAIS

GABRIELA DE ARAUJO SPOTORNO¹
MARA ROSANGE ACOSTA DE MEDEIROS²

Resumo: Neste trabalho serão encontrados elementos e concepções da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão da Saúde (PNH), que se fazem necessários para refletir e subsidiar a atuação de assistentes sociais junto as políticas da saúde. Os elementos que serão apresentados e problematizados fazem parte do referencial teórico-metodológico construídos e elaborados para o projeto de pesquisa de um Programa de Pós-graduação de uma Universidade.

Palavras-chave: Humanização; Assistente social; Capitalismo.

Abstract: In this work, we will find elements and conceptions of the National Policy of Humanization of Attention and Health Management (PNH), which are necessary to reflect and subsidize the work of social workers with health policies. The elements that will be presented and problematized are part of the theoretical and methodological framework built and elaborated for the research project of a University Postgraduate Program.

Keywords: Humanization; Social worker; Capitalism.

I INTRODUÇÃO

Este presente trabalho tem por objetivo apresentar alguns elementos da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão da Saúde (PNH), conhecida como HumanizaSUS, que se fazem necessários para refletir e subsidiar a atuação de assistentes sociais junto as políticas da saúde. Os elementos que serão apresentados e problematizados fazem parte do referencial teórico-metodológico construídos e elaborados para o projeto de pesquisa, nível de mestrado, que tem como objetivo: “Analisar o processo de efetivação da Política Nacional de Humanização em um Hospital Universitário localizado no Estado do Rio Grande do Sul, a partir de sua adesão à EBSERH”. Vinculado a linha de pesquisa: Estado, Direitos Sociais e Política

¹ Estudante de Pós-Graduação. Universidade Católica de Pelotas. E-mail: <gabrielaspotorno@furg.br>

² Professor com formação em Serviço Social. Universidade Católica de Pelotas.

Social de um Programa de Pós-graduação de uma Universidade, este projeto foi devidamente qualificado e aprovado em Comitê de Ética da instituição, no semestre 2018/1.

Algumas questões apontam para a pertinência da discussão e reflexão da PNH para nossa categoria. A primeira aqui a ser contextualizada refere-se a discussão que o documento publicado pelo Conselho Federal do Serviço Social –CFESS, intitulado “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde”, faz sobre a PNH. Este documento, aponta que os/as assistentes sociais têm sido chamados para viabilizar, junto com outros profissionais da saúde, a PNH, e refere que a clareza sobre as diversas concepções de humanização é uma questão fundamental.

O assistente social precisa debater o significado da humanização com a equipe a fim de evitar compreensões distorcidas que levem a uma percepção romântica e/ou residual da atuação, focalizando as ações somente na escuta e redução de tensão. (CFESS, 2010, p. 51 e 52)

O documento também aponta a concepção de humanização a ser considerada, seus desafios e referencial de forma a orientar os/as assistentes sociais em sua atuação no contexto da política:

A concepção de humanização, na perspectiva ampliada, permite aos profissionais analisarem os determinantes sociais do processo saúde-doença, as condições de trabalho e os modelos assistencial e de gestão. [...] O desafio da humanização é a criação de uma nova cultura de atendimento, pautada na centralidade dos sujeitos na construção coletiva do SUS.[...] A Política Nacional de humanização não pode estar dissociada dos fundamentos centrais da política de saúde e a garantia dos princípios do SUS, e deve ter como referencial o Projeto de Reforma Sanitária. (CFESS, 2010, p.52)

A segunda questão a ser contextualizada refere-se as considerações de Maurílio Castro de Matos (2013, p.63) quando ao se referir as particularidades do trabalho do assistente social na saúde, alude que estas necessitam ser desveladas e que torna-se fundamental “compreender os determinantes da política de saúde e seus rebatimentos no trabalho desenvolvido na instituição e na vida dos usuários”. Portanto, pensar em um projeto de pesquisa que viabilize as reflexões sobre a PNH em um determinado contexto em que o serviço social é chamado para atuar, estimula a produção de conhecimento a respeito do objeto a ser construído.

A pesquisa que está sendo desenvolvida parte do método materialista dialético-crítico de abordagem qualitativa dos sujeitos (gestores, trabalhadores e usuários) envolvidos na efetivação da PNH de um Hospital Universitário do Rio Grande do Sul que aderiu a EBSEH, e buscou elementos e referenciais teóricos que viabilizassem a problematização do tema “Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão da Saúde (PNH)”.

A dialética marxista, abarca não somente o sistema de relações que constrói o modo de conhecimento exterior ao sujeito, mas também as representações sociais que constituem a vivência das relações objetivas pelos atores sociais, que lhe atribuem significados. (MINAYO, 2004, p. 11)

Assim, será apresentado na seção seguinte a problematização do tema, seus estudos, concepções encontradas, que viabilizam reflexões pertinentes para a atuação do assistente social na saúde.

II “HumanizaSUS”

Foram encontrados no banco de teses e dissertações da CAPES³, 96 trabalhos científicos que versam sobre “a política nacional de humanização”. Destes, sessenta (60) são dissertações de mestrado acadêmico, vinte e quatro (24) dissertações do mestrado profissional e doze (12) são teses, elaborados entre 2006 e 2017, nos diversos programas de pós-graduação. Contudo constatou-se que destes 96, apenas 26 tem como tema central “a política nacional de humanização”. Os outros focalizaram nas diversas profissões de saúde, em alguns dispositivos da PNH, bem como a referem enquanto prática de cuidado e até mesmo programas de humanização. Abaixo, apresentamos um quadro (I) onde consta os programas de pós-graduação, e os anos de publicação destes 26 trabalhos sobre a Política Nacional de Humanização.

³Pesquisa realizada na primeira quinzena de setembro de 2017 no sítio eletrônico: <http://bancodeteses.capes.gov.br/banco-teses/#/>

Quadro I: Programas de Pós-Graduação e os anos de publicação dos trabalhos sobre PNH.

DOUTORADOS		MESTRADOS ACADÊMICOS	
Serviço Social	2009	Engenharia e Gestão do Conhecimento	2009
Saúde Pública	2014	Saúde da Criança e da Mulher	2009
Psicologia	2015	Psicologia	2010; 2011
Psicologia Social	2015	Saúde Coletiva	(2)2012; (2)2014; 2016
		Ciências Sociais	2013
MESTRADOS PROFISSIONALIZANTES		Sociologia Política	2014
Saúde Coletiva	2010	Gestão Pública	2015
Gestão Social, Educação e desenvolvimento local	2011	Ciência e Saúde	2015
Ensino em ciências da Saúde	2013	Enfermagem	2015;2016
Educação Profissional em Saúde	2017	Gestão Pública e Sociedade	2015
		Políticas Públicas	2016
		Desenvolvimento Regional	2016

Quadro elaborado a partir das informações subtraídas da Plataforma Sucupira.

Destacou-se nas leituras flutuantes destes trabalhos, que de forma predominante, há uma abordagem da humanização a partir de Foucault e gestão social com enfoque na mudança a partir da linguagem, tendo como metodologias de pesquisa abordagem epistemológica, a metassíntese. Apenas duas teses debatem de fato sobre a PNH enquanto política, sendo utilizado os métodos da cartografia e da teoria das representações sociais, do campo da Psicologia e Psicologia Social. Observou-se que não há nenhuma publicação na área de Política Social, sendo o mais aproximado da temática aqui proposta o trabalho publicado em 2016, na área de Políticas Públicas⁴ que analisa a Política Nacional de Humanização da Saúde no âmbito do SUS, a partir do método materialista histórico dialético, sendo uma pesquisa documental e bibliográfica que buscou um conceito crítico sobre a Política Nacional de Humanização em Saúde. Nela, Talita Fernandes Neulls, (2016, p. 155) refere

⁴ NEULLS, Talita Fernandes. Análise acerca da Política Nacional de Humanização da Saúde no âmbito do SUS'. Mestrado em POLÍTICAS PÚBLICAS. Instituição de Ensino: Universidade Federal do Maranhão, São Luís: 2016.

a humanização “ao processo da construção social do homem e da ação social dos seres humanos, através do trabalho. Um trabalho que só pode ser compreendido pela relação dialética intrínseca com a natureza”.

A referida autora conclui em seu trabalho a incompatibilidade da mesma com as transformações com a qual se propõe “por não conseguir resolver o problema da desumanização, visto o crescente processo de terceirização e flexibilização laboral” (NEULLS, 2016, p.07).

Em oposição, mas não menos relevante e crucial para este debate, Letícia Batista Silva e Alessandra Gomes Mendes (2013) afirmam que a PNH opera nas rachaduras de um SUS que não se consolidou plenamente e que, não tendo um sentido isolado, inscreve-se no campo das disputas políticas de saúde no Brasil, e afirmam “o caráter estratégico que essa política *pode ter*, mas de forma alguma essa condição está dada”.

Desta forma evidencia-se a relevância e necessidade de aprofundar a discussão da dissertação baseada em estudo documental e bibliográfico de Neulls, da PNH, pois, como Michael Howlett (2013, p 9) afirma, “Embora estes documentos sejam fonte vital de informação, as políticas públicas vão além do registro da investigação formal e das decisões oficiais, para englobar o rumo das decisões potenciais ou daquelas que não foram tomadas”.

Ainda, considerando Howlett (2013, p. 04 e 55), a “teoria da política pública sempre colocou o foco nessas três dimensões, “atores, instituições e ideias” e que estes “formam a base comum para onde todas as teorias políticas convergem, a partir de diferentes rumos e com distintos pontos de vista”.

O debate sobre o tema da humanização das práticas de saúde antecede a XI CNS, e tem como referência a luta do movimento feminista, a partir de 1960, relacionados a saúde da mulher, bem como o movimento da luta antimanicomial e da reforma sanitária. Também em 1990, acrescenta-se a este debate “o direito à privacidade, confidencialidade da informação, consentimento frente a procedimentos médicos praticados com o usuário e o atendimento respeitoso por parte dos profissionais de saúde” (BENEVIDES; PASSOS, 2006, s/p).

Em meados do ano 2000, o termo “humanização” insere-se de forma expressiva no debate político a partir da XI Conferência Nacional de Saúde

(CNS), que teve como título “Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”, sendo apresentado, neste cenário, a reivindicação da humanização pelos usuários dos serviços de saúde e alguns trabalhadores. A partir deste debate, foi instituído em 2001, pelo Ministério da Saúde (MS), representado por José Serra, o Programa de Humanização de Atenção Hospitalar (PNHAH), com o objetivo de construir uma nova cultura de atendimento da saúde no Brasil, tendo em vista as diversas queixas de usuários relacionadas a situações de maus tratos no atendimento na área hospitalar (BRASIL, 2001). A humanização enquanto política pública foi regulamentada em 2003 a partir do governo do partido dos trabalhadores (PT) do então Presidente Luis Inácio Lula da Silva (Lula).

No ano de 2003, o ministério da Saúde “defendeu a priorização do tema da humanização como aspecto fundamental a ser contemplado nas políticas públicas de saúde”(BENEVIDES; PASSOS, 2005a, p.562), onde Regina Benevides integrante da secretaria executiva e responsável pela coordenação da Política Nacional de Humanização (PNH) e Eduardo Passos integrante, enquanto consultor, revelam que a criação da referida política foi permeada por tensões entre diferentes concepções e debates intensos.

O programa de humanização ao se transformar em política pretendeu romper com o entendimento de humanização enquanto ação voluntária e assistencialista, apresentando uma perspectiva crítica de transformação das formas de atenção e de gerir a saúde ao investir nos sujeitos⁵, nas suas subjetividades e na capacidade de comunicação entre eles, a possibilidade de consolidar um Sistema Único de Saúde Humanizado.

A PNH emerge como movimento de mudança de modelo de atenção e gestão do Sistema Único de Saúde e,

Por humanização entendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão. (BRASIL, 2008, p. 4)

⁵Para a PNH, os sujeitos são os usuários, gestores e profissionais de saúde.

A referida política se estrutura a partir de princípios, método, diretrizes e dispositivos, em que a “humanização” se apresenta como transversal no âmbito do Sistema Único de Saúde, devendo atuar na horizontalidade e

ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhorias dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais. [...] aumentar o grau de corresponsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS, na produção de saúde, implica mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho (BRASIL,2004, p.7).

Assim, observa-se que a categoria “trabalho” ganha destaque na referida política, tanto no que envolve a formação daqueles que fornecem o cuidado aos usuários, como das condições de trabalho (ou melhor expressado, sua precarização) e gestão dos processos de trabalho (recursos/capital).

São apontados pela PNH, os avanços e os desafios do SUS, sendo que, a política emerge como resposta a estes desafios. Mas que desafios são estes apontados? A PNH refere que além da necessidade de ampliação do acesso com qualidade aos serviços e aos bens de saúde há necessidade de ampliação do processo de co-responsabilização entre trabalhadores gestores e usuários nos processos de gerir e de cuidar; há uma crescente desvalorização dos trabalhadores de saúde; precarização das relações de trabalho; baixo investimento em processos de educação permanente em saúde desses trabalhadores; e pouca participação na gestão dos serviços e um frágil vínculo com os usuários (BRASIL, 2008, p. 7).

É uma política que se define como transversal a toda rede SUS e que pretende qualifica-la, pois, a PNH não tem como finalidade mudar a estrutura do sistema capitalista, mas caracteriza-se como estratégica no sentido de mudar as formas de pensar, gerir e cuidar a saúde.

Se podemos, por um lado, apontar avanços na descentralização e na regionalização da atenção e da gestão da saúde, com ampliação dos níveis de universalidade, equidade, integralidade e controle social, por outro, a fragmentação e a verticalização dos processos de trabalho esgarçam as relações entre os diferentes profissionais da saúde e entre estes e os usuários; o trabalho em equipe, assim como o preparo para lidar com as dimensões sociais e subjetivas presentes nas práticas de atenção, fica fragilizado. (BRASIL, 2004, p.5)

A qualificação refere-se a compreensão de que o SUS, apesar das dificuldades, conseguiu incorporar os conceitos de descentralização e regionalização da atenção e da gestão da saúde baseada nos princípios da

universalidade, equidade, integralidade, bem como medidas de controle social – conselhos de saúde. Contudo, a PNH (BRASIL, 2004) aponta que o modelo de formação dos profissionais de saúde mantém-se distante do debate e da formulação das políticas públicas de saúde, limite que o SUS encontra ao não garantir a horizontalidade nos processos de trabalho em saúde, perspectivas das quais a PNH se propõe a alcançar.

Observa-se que o embasamento da necessidade de se criar a referida política é: a fragmentação e a verticalização dos processos de trabalho, bem como o apontamento de que não há investimento na qualificação dos profissionais nos quesitos: gestão participativa, trabalho em equipe e formulação das políticas públicas de saúde.

Ao reconhecer o conceito ampliado de saúde proposto pela organização mundial da saúde de um lado e as fragilidades das práticas de atenção, de outro, entende-se que o processo da horizontalidade se constitui como complexo, considerando que as ações de saúde, para ocorrerem integralmente e de forma interdisciplinar, devem permear os diferentes profissionais da área da saúde, que são revestidos de pluralidade de ideias e conceitos que direcionam a produção de saúde dos sujeitos.

A partir disso a PNH destaca como necessário e urgente uma aproximação entre gestão e atenção à saúde aliados a formação dos profissionais de saúde.

Para Rogério Miranda Gomes (2012) a “humanização-desumanização” passou a ser estudada por autores do campo da saúde coletiva a partir da década de 1990, possuindo diversas compreensões acerca da temática, devido as distintas áreas e abordagens teórico-metodológico envolvidas em sua problematização.

Em seu artigo que versa sobre a Humanização, Rogério Miranda Gomes (2012) identificou que a riqueza e a complexidade das produções encontradas podem ser reunidas em dois eixos de análise (Quadro II):

Quadro II – Eixos de análise

EIXO DE ANÁLISE	AUTORES CORRESPONDENTES
O eixo que discute as transformações dos processos de trabalho em saúde com a produção de práticas relacionais e intersubjetivas ‘tensionadoras’ ou ‘constituidoras’ de	AYRES, J.R. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In Deslandes, S (Org). Humanização dos cuidados em saúde: Conceitos, dilemas e práticas.

<p>solidariedade e cooperação entre os sujeitos, além de propiciadoras de um viver mais autônomo; fazem parte dessa dimensão as discussões, por exemplo, a respeito da integralidade, da centralidade do cuidado, do acolhimento na produção da assistência, do combate à medicalização social, das determinações e limites da biomedicina na abordagem do sofrimento humano, entre outros</p>	<p>Rio de Janeiro. Fiocruz, 2006; MERHY, E, E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In MERHY, E, E; ONOCKO, R (Org). Agir em Saúde: Um desafio para o público. São Paulo, 1997; NOGUEIRA, R, P. A saúde pelo avesso. Natal, 2003; PINHEIRO R; MATTOS, R, A. Cuidado: as fronteiras da integralidade, 2004.</p>
<p>O eixo que envolve a discussão das políticas de saúde, dos arranjos organizacionais e dos modelos tecnoassistenciais e suas implicações para a produção de serviços e práticas de saúde alicerçadas na garantia do exercício da cidadania e na responsabilização dos diferentes atores envolvidos; compõem esse eixo as discussões a respeito da avaliação da consolidação do SUS segundo seus princípios fundadores, as possibilidades e limites na produção de políticas de gestão alicerçadas na universalidade, equidade e na participação popular, além da discussão da democratização na gestão dos serviços e seu impacto sobre os sujeitos envolvidos nos processos assistenciais.</p>	<p>BENEVIDES, R; PASSOS, E. Humanização como dimensão pública das políticas de saúde. Ciência e Saúde Coletiva. RJ. V10, n.3, p.561-71, julho/setembro, 2005; CAMPOS, G, W. Reforma da Reforma. SP: Huciter, 1992; DESLANDES, S, F (Org). Humnaizaçai do cuidado em saúde: conceitos, dilemas e práticas, 2006; FLEURY, S. Reforma do Estado, Seguridade social e saúde no Brasil. In MATTA, G, C. Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS, 2008; PAIM, J. S. Reforma Sanitária Brasileira: Contribuição para a compreensão e crítica. Fiocruz, 2008; PUCCINI, P, T; CECÍLIO, L, C, O. A humanização dos Serviços e o direito à saúde. Cadernos de Saúde Pública, RJ, V20, n.5. p 1342-53, 2004.</p>

Quadro elaborado a partir do artigo de Rogério Miranda Gomes (2012)

Rogério Miranda Gomes (2012) refere ainda que para problematizar a humanização/desumanização em seu caráter multideterminado e complexo, os autores do campo da saúde coletiva recorreram a algumas influências teóricas, conforme descrito no quadro (III) abaixo:

Quadro III – Influências teóricas

Influências teóricas	Autores correspondentes
<p>crítica histórico-social à medicina, à organização social da prática médica e à medicalização social.</p>	<p>FOUCAULT, M. O nascimento da clínica. 4ª ed. RJ. Forense Universitária, 1994; POLACK, J. C. La medicina del capital. Madrid: fundamentos, 1971; ROSEN, G. Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica. RJ. Graal, 1979.</p>
<p>A crítica histórico-social à medicina, à organização social da prática médica e à medicalização social e sua influência sobre a produção latino-americana e brasileira no princípio da constituição do campo</p>	<p>AROUCA, S. O dilema preventista: Contribuição para compreensão e crítica da medicina preventiva, 2003; DONNANGELO, M.C.F. Medicina e sociedade: O médico e seu mercado de trabalho. SP. Pioneira, 1976; MENDES-GONÇALVES, R.B. Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico, 1979. Dissertação.</p>
<p>Diálogo com tradição marxiana, especificamente em seu substrato filosófico expresso na relação 'Humanização-Alienação', cujas elaborações em muito podem contribuir, a compreensão de processos e fenômenos hodiernamente caracterizados como desumanizadores.</p>	<p>HELLER, A. O cotidiano e a história. 7ª ed.SP. Paz e Terra, 2004; LUKÁCS, G. A ontologia do Ser social, 1981ª; MARX, K. Manuscritos econômicos filosóficos. SP. Boitempo, 2004; MÉSZÁROS, I. A teoria da alienação em Marx. SP. Boitempo, 2006.</p>

Quadro elaborado a partir das informações contidas no artigo de Rogério Miranda Gomes (2012, p. 75 e 76).

O próprio artigo de Rogério Miranda Gomes (2012) que dialoga com a tradição marxiana pode ser considerado referencial teórico para análises críticas referentes a “Humanização”.

Assim, a partir da leitura da dissertação de Neulls (2016) e do artigo de Rogério Miranda Gomes⁶ (2012) identificou-se alguns conceitos/entendimento e/ou interpretações da categoria “humanização”, expressos de quatro formas, assim exposto no quadro (IV) abaixo.

Quadro IV – Conceitos/interpretações sobre o que é Humanização

Humanização a partir da relação queixa/conduita (anterior a política)	Humanização a partir da linguagem e comunicação (PNH)	Humanização a partir da superação do modo de produção capitalista	Humanização a partir da dialética humanização-alienação
Visão assistencialista, paternalista, em que impera ações focalizadas e verticalizadas, sem interação entre os sujeitos.	Visão da própria PNH, onde direciona exclusivamente aos sujeitos as transformações das formas de atenção e gerir a saúde.	Parte da ideia da ontologia do ser social, do processo de humanização do homem em gênero humano e do modo de produção capitalista enquanto produtor e reproduzidor das relações sociais coisificadas.	Parte da ideia de que “Nunca humanização ou alienação, mas sempre “humanização-alienação” - unidos pelas relações sociais. Constituição de sujeitos permeados pela “autoconsciência”, “autodeterminação” e “omnilateralidade”.

Quadro elaborado a partir da discussão acerca dos conceitos de humanização debatidos na dissertação de Talita Fernandes Neulls e leitura crítica do artigo de Rogério Miranda Gomes.

Importa destacar aqui, que ambos autores, Neulls (2016) e Rogério Miranda Gomes (2012) partem da contribuição marxista da constituição do ser social, contudo observou-se que enquanto Neulls, (2016) dedica-se e limita-se a problematizar o homem enquanto sujeito e a natureza como objeto, Rogério Miranda Gomes (2012) avança na relação dialética da humanização-alienação e inclui no debate a questão da práxis, das relações sujeito-sujeito.

Embora a “generecidade para-si” apresenta-se apenas como possibilidade, dada a predominância restritiva das relações sociais hegemônicas, não significa que ela não possa se apresentar em movimentos embrionários, latentes, através de tentativas dos sujeitos e grupos em superar suas alienações. (GOMES, 2012, p. 85).

Contudo, entende-se pertinente a abordagem de Neulls (2016, p.11) onde critica a forma como a PNH excluiu, “o questionamento da estrutura social, ou o modo desigual que se configuram as relações sociais no modo de produção capitalista”.

Assim, analisar e refletir sobre a PNH, nos confronta com a categoria polêmica e recorrente no debate da área da saúde, da “humanização”, pois

⁶ Artigo intitulado como: Humanização e Desumanização no Trabalho em Saúde: algumas contribuições conceituais para uma análise crítica.

esta evidencia de imediato o reconhecimento de relações (des) humanas que ocorre nos espaços institucionais de saúde.

Como já supracitado, transparece na PNH as categorias de análise “trabalho” e “humanização”. Em vista disso, será problematizado o significado atribuído a esta pesquisa do que significa ambas categorias. Desta forma, deixa-se claro que as categorias supracitadas se relacionam dialeticamente e, portanto, serão refletidas em seu movimento. Nos alerta Karl Marx (2017) que:

O trabalho, como criador de valores de uso, como trabalho útil, é indispensável à existência do homem – quaisquer que sejam as formas de sociedade - é necessidade natural e eterna de efetivar o intercâmbio material entre o homem e a natureza e, portanto, de manter a vida humana. (MARX, 2017, p.64-65).

Assim entende-se que foi a partir do trabalho que a espécie humana se constituiu, como um novo tipo de ser, o ser social⁷. A história de como o ser social se desenvolve, pode ser descrito como o processo de humanização dos homens. Assim, José Paulo Netto (2012) nos revela que

O processo de constituição do ser social tem seu ponto de arranque nas peculiaridades e exigências colocadas pelo trabalho; a partir dessas exigências ([...]: atividade teologicamente orientada, a tendência à universalização e a linguagem articulada), os sujeitos do trabalho experimentam um multimilênar processo que acaba por distingui-los da natureza: o processo de humanização.(NETTO; BRAZ, 2012, p.51)

Ou seja, Netto (2012), pontua que o homem ao transformar a natureza passou a transformar a si mesmo, sendo pertinente neste processo a questão do conhecimento sobre a natureza, **referindo que a comunicação e a linguagem articulada** são formas em que “o sujeito do trabalho expressa as suas representações sobre o mundo que o cerca”. A linguagem articulada a partir de sua comunicação exterioriza e viabiliza a escolha entre alternativas pensadas e refletidas, e isso é, humanização.

O avanço do processo de humanização pode ser compreendido, pois, como a diferenciação e complexificação das objetivações⁸ do ser social. O trabalho aparece como a objetivação primária e ineliminável do ser social, a partir da qual surgem, através de mediações cada vez mais complexas, as necessidades e as possibilidades de novas objetivações. (NETTO; BRAZ, 2012, p. 52-53)

⁷ Para Netto (2012) o ser social significa um novo tipo de ser, distinto do ser natural, que através do trabalho dos grupos primatas surgiram os primeiros grupos humanos, em que o trabalho, é sempre, atividade coletiva.

⁸ Para Netto (2012) sobre objetivação: transformação material da natureza, a partir da idealização (mentalmente em seu cérebro), antes de efetivar a atividade do trabalho.

Neste sentido entende-se que apesar do trabalho ser constitutivo do ser social, este não se reduz ao trabalho. Para Netto (2012, p. 55) “o desenvolvimento do ser social implica o surgimento de uma racionalidade, de uma sensibilidade e de uma atividade que, sobre a base necessária do trabalho, criam objetivações próprias”. Assim, apresenta-se a categoria da práxis,

[...], no trato dessas objetivações, dois pontos devem ser salientados: deve-se distinguir entre formas de práxis voltadas *para o controle e a exploração da natureza* e formas voltadas *para influir no comportamento e na ação dos homens*. No primeiro caso, que é o do trabalho, o homem é o sujeito e a natureza é o objeto; no segundo caso, trata-se de relações de sujeito a sujeito, daquelas formas de práxis em que o homem atua sobre si mesmo - como na práxis educativa e na práxis política. (NETTO; BRAZ, 2012, p.55-56)

A análise da categoria da práxis é que permite, considerando o autor, apreender o ser social desenvolvido, que revela sua criatividade, e que projeta e realiza nas objetivações materiais e ideais um mundo de produtos, obras e valores.

Nas relações sociais da sociedade capitalista em que impera a exploração do trabalho, exploração do homem pelo homem, em suas diversas apresentações (liberalismo, social-democracia, desenvolvimentista, neoliberalismo) o que ocorre é que as objetivações produzidas não se apresentam como criatividade produzida pelo próprio homem, e sim como algo exterior, em que cria vida e valor próprio. Neste sentido caracteriza-se o processo histórico da alienação e que para Netto e Braz (2012, p. 57) “[...] a alienação é própria de sociedades onde têm vigência a divisão social e técnica do trabalho e a propriedade privada dos meios de produção fundamentais”.

Neste sentido, estas relações materializam-se a partir do conceito marxista de reificação⁹ em que ocorre a personificação da mercadoria e coisificação de sujeitos, esses se alienam e não se reconhecem no que produzem (LUKÁCS, 2003). Nessa relação está a exploração da produção de mais valia¹⁰ e a luta de classe, e se estabelece a constituição de um processo de precarização e resistência. (SPOTORNO; WÜNSH, 2014, p. 88).

⁹Reificação, termo elaborado por Lukács (2003) na análise do fenômeno da alienação e fetichismo da mercadoria.

¹⁰ O lucro apropriado pelo empregador a partir do que o trabalhador cria como excedente. (MARX, 1980).

Ao pensar “Serviços de Saúde”, para Karl Marx (2017, livro I, V.I, p.216) o “serviço nada mais é que o efeito útil de um valor de uso, mercadoria ou trabalho”. Logo, no que se refere a saúde como mercadoria, importante destacar que nesta proposta de pesquisa,

[...] estará limitado às empresas capitalistas de serviços de saúde porque entendemos que estas, além de suas particularidades, ligadas aos objetivos lucrativos, reproduzem todas as propriedades econômicas essenciais de outros tipos de empresas (beneficentes, estatais, etc.) (NOGUEIRA, 2012, p.10)

Contudo, nos adverte Roberto Passos Nogueira (2012, p.10), “que à época de Marx, as empresas deste gênero tinham pouca importância econômica”. Assim para a problematização deste projeto de pesquisa trazemos as contribuições de Nogueira (2012) que afirma que devemos distinguir a análise do trabalho em serviços (neste projeto, o de saúde) e trabalho industrial.

Atualmente, essa observação já não se justifica. Os serviços se transformaram num setor relativamente importante de investimento de capital e, ademais, sua articulação com a indústria passou a ser uma das molas propulsoras da acumulação na fase monopolista do capitalismo. (NOGUEIRA, 2012, p.11)

Assim, o autor nos apresenta o “serviço” a partir de duas determinações: a genérica e a específica. A forma genérica parte da ideia de que o conceito de “serviço” é uma extensão do conceito de valor de uso, e a específica:

Denomina-se serviço, nessa sociedade, não o trabalho em geral, mas uma atividade específica organizada sob distintas formas de relações sociais, cujas características econômicas opõem-se às do processo de produção de mercadorias. É assim que poderemos compreender a assistência de saúde como parte da divisão social do trabalho, na qualidade de integrante do setor de serviços. (NOGUEIRA, 2012, p.16)

Mas o que importa destacar, neste momento é que “os serviços de saúde, qualquer que seja sua natureza econômica, estão subordinados às relações capitalistas de produção e de troca impostas pelas indústrias de insumos”. (NOGUEIRA, 2012, p.66)

III Considerações finais

A Política Nacional de Humanização (PNH) refere que no percurso da construção do SUS para além dos avanços na área da saúde, alguns problemas persistem, “impondo a urgência, seja de aperfeiçoamento do sistema, seja de mudança de rumos [...]”, e aparece como o motivo dos desafios que permanecem, “as profundas desigualdades socioeconômicas” (BRASIL, 2008, p.4).

Em um aspecto amplo e geral, concorda-se com Zenaide Neto Aguiar (2015, p. 17) quando refere que “A evolução da política de saúde deu-se em estreita relação com a evolução da política econômica e social da sociedade brasileira, obedecendo a ótica do capitalismo nacional, por sua vez, influenciado pelo capitalismo internacional”.

Assim, apesar da VIII CNS ter alicerçado a proposta racionalizadora, alimentada pelo “movimento sanitário”, até chegar a ser o reconhecido na CF de 1988, esta foi permeada de interesses antagônicos ou dois projetos em conflitos, como Bravo (1996; 2013) refere, o projeto da Reforma Sanitária e o projeto de saúde articulada ao mercado ou privatista (Federação Brasileira de Hospitais e Associação de Indústrias farmacêuticas), que estão em curso até hoje.

O ideário neoliberal no Brasil expressou-se de forma tímida no governo Collor (1990 a 1992), com evidência e clareza no governo de Fernando Henrique Cardoso -FHC, (1995 a 2003), de continuidade e contradição permeadas por avanços em algumas áreas e retrocessos em outras, a partir de investimentos sociais dos governos Lula (2003 a 2011) e Dilma (2011 a 2016), e de adesão total as tendências neoliberais e neoconservadoras pelo questionável e autoritário governo de Temer, a partir do impedimento de Dilma em 2016. Destacam-se neste cenário o plano real, a privatização, mudança ideológica no campo da saúde e educação que passam a ser vistas como mercadoria, através das iniciativas destes governos e, por último, as parcerias público-privadas dos serviços da área da saúde (UPAS E EBSEH)¹¹ que são

¹¹ As UPAS –Unidades de Pronto atendimento, exercem o início ideológico onde haverá mudança dos investimentos da atenção básica e estratégia saúde da família e conceito ampliado de saúde, para atendimentos centrados na doença e fazer médico. A EBSEH, empresa brasileira de serviços hospitalares, vem com uma promessa mágica de que uma gestão empresarial venha a resolver os problemas da “má gestão pública”, que não se concretizará e abrirá o caminho ideológico da privatização da saúde.

consideradas neste estudo como uma ponte para um processo de centralização e privatização na área da saúde.

Apesar das investidas de cunho autoritário do governo com a criação da EBSEH, há de se observar e registrar que, segundo o art. 3º § 1º da referida lei “As atividades de prestação de serviços de assistência à saúde de que trata o caput estarão inseridas **integral e exclusivamente** no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS”.

Meireles (2010 apud SODRÉ, et.al., 2013) evidencia que a empresa pública é uma figura ambivalente, pertencendo, ao mesmo tempo, ao domínio do público e do privado. Embora a EBSEH não seja considerada um mecanismo de privatização propriamente dito, implica a ampliação do espectro de entronização da lógica de mercado na gestão dos serviços do SUS. (ZIGATO, 2015, p.55).

Neste sentido entende-se que o processo de privatização ou a supremacia do modelo privatista não foi consolidado, mas está em vias de. Porque, como aponta Machado (2013), a EBSEH segue o modelo do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – HCPA, e este, além de receber arrecadação da iniciativa privada (convênios com Dixtal Biomédica, Instituto Avon, Vale do Rio Doce, Fundação Ford) possui leitos reservados para atendimento de planos de saúde, não se caracterizando por atendimento exclusivamente via SUS. Assim, Jhony Oliveira Zigato (2015), aponta em sua dissertação os estudos de Gabriela de Abreu Oliveira (2014) sobre as contradições das diretrizes da EBSEH em relação aos princípios do SUS:

A busca por lucro é uma das principais características da EBSEH e fica claro através do seu ordenamento jurídico. Essa característica também afronta o princípio da universalidade- que expressa a ideia de que a assistência deve ser igual a todos, incluindo o seu acesso – e da equidade – onde a assistência à saúde deve ser oferecida, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie – quando a empresa passa a priorizar os indivíduos que possuem planos privados de saúde em detrimento dos usuários SUS. Conforme já foi discutido, todos os planos de saúde devem ressarcir ao SUS, um valor estipulado em tabela, toda a vez que um de seus clientes utilizar a rede de serviços públicos. Porém se esta instituição hospitalar que o cliente utilizou estiver vinculada à EBSEH o valor do ressarcimento fica para a própria empresa e não vai para o fundo público de saúde, ou seja, não há garantias que a EBSEH dê preferência aos atendimentos SUS, pois como a empresa busca o lucro, provavelmente ela preferirá atender os clientes do plano de saúde para receber o valor do ressarcimento. Além disso, a busca pelo lucro também afronta o princípio da descentralização, que leva em consideração o estado de saúde da população local, tentando diminuir os principais agravos e oferecer a melhor política pública de saúde. Há uma quebra neste princípio porque a instituição que estiver vinculada a EBSEH irá desconsiderar a população local, pois o foco passará a ser outro, como por exemplo atender a pesquisas

encomendadas de instituições privadas, perdendo essa relação hospital-comunidade tão cara ao sistema público (OLIVEIRA, 2014, p. 134-135 apud ZIGATO, 2015, p. 57 e 58).

Portanto, ao apresentar concepções de humanização identificadas, inseridas em um contexto de golpe parlamentar e incentivo a lógica privatista dos serviços de saúde, pretendeu-se apontar alguns elementos para reflexões, a serem apreendidas como ponto de partida para a atuação de assistentes sociais inseridos na condução da PNH de seu local de trabalho.

Não podemos perder de vista que a PNH, se insere como política social, e como tal, podem “Contribuir para melhorar as condições de vida e trabalho das classes que vivem do seu trabalho, ainda que não possam alterar estruturalmente o capitalismo”. (CFESS, 2010, p. 18). Além disso, o projeto de Reforma Sanitária, construído a partir de meados dos anos de 1970, “está perdendo a disputa para o projeto voltado para o mercado ou privatista, hegemônico a partir da década de 1990” (CFESS, 2010, p. 22). Para tanto, sugere-se que os/as assistentes sociais sem apropriem das dimensões e do potencial estratégico que esta política possui, e unindo-se com trabalhadores e trabalhadoras de áreas que defendem o SUS constitucional, busque estratégias de resistências, a partir do HumanizaSUS.

REFERENCIAS

AGUIAR, Zenaide Neto. **SUS: Sistema único de Saúde** – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2015.

BENEVIDES, Regina de Barros; PASSOS, Eduardo. A humanização como dimensão pública das políticas públicas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.561 - 571, 2005a.

BENEVIDES, Regina de Barros; PASSOS, Eduardo. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface**. Botucatu-São Paulo: v.9, n.17, 2005b.

_____. Verbete Humanização- Dicionário da Educação Profissional em Saúde. **Observatório dos Técnicos em Saúde da FIOCRUZ**. Apoio: MS e OPAS, Rio de Janeiro: EPSJV, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, 20)

_____. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: A humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004..

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. (**Série B. Textos Básicos de Saúde**).

BRAVO, Maria Inês de Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas Sociais e Práticas Profissionais**. São Paulo: Cortez, 1996.

BRAVO, Maria Inês de Souza; MARQUES, Morena Gomes. Saúde e luta sindical: entre a reforma sanitária e o projeto de saúde privatista. In BRAVO, Maria Inês de Souza; CFESS. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília, 2010. (Série trabalho e projeto profissional nas políticas sociais).

EBSERH. Conheça nossas filiais. Disponível em <<http://www.ebserh.gov.br/>>. Acesso em: 04 mar. 2018.

NOGUEIRA, Roberto Passos. A organização capitalista dos serviços de saúde. **Capitalismo e Saúde**, 2012.

GOMES, Rogério Miranda. Humanização e Desumanização no Trabalho em Saúde: algumas contribuições conceituais para uma análise crítica. **Capitalismo e Saúde**. CEBES, 2012.

HOWLETT, Michael; RAMESH, M; PERL, Anthony. **Política Pública: seus ciclos e subsistemas: uma abordagem integradora**. Tradução técnica Francisco G. Heidemann. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

MACHADO, Vânia. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. 2013. Disponível em: <<http://www.contraprivatizacao.com.br/p/materiais.html>> Acesso em, 29, mar. 2018

MARX, Karl. **O Capital: Crítica da Economia Política**: livro 1. 35. ed. Tradução de Reginaldo Sant'Anna. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2017. 1 v.

MATOS, Maurílio Castro de. **Serviço social, ética e saúde**: reflexões para o exercício profissional. São Paulo: Cortez, 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: editora Hucitec, 8. Ed, 2004.

NEULLS, TALITA FERNANDES. **Análise acerca da Política Nacional de Humanização da Saúde no âmbito do SUS**. Tese (Mestrado em Políticas Públicas) – Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2016.

NETTO, José Paulo. **Introdução ao estudo do método de Marx**. São Paulo: Expressão popular, 2011.

NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. **Economia Política: uma introdução crítica**. São Paulo: Cortez, 2012. (Coleção Biblioteca Básica do Serviço Social, 1).

SILVA, Leticia Batista; MENDES, Alessandra Gomes. Serviço Social, saúde e a interdisciplinaridade: algumas questões para o debate. In: SILVA, L.; RAMOS, A. (Org.) **Serviço Social, saúde e questões contemporâneas**: reflexões críticas sobre a prática profissional. São Paulo: Papel Social, 2013.

SPOTORNO, Gabriela de Araujo; WÜNSH, Dolores Sanches. Trabalho, Direitos e (des)proteção social: a realidade do familiar que exerce o cuidado da criança com câncer. **Revista Sociedade em Debate**, Pelotas, 2014. Disponível em: <<http://revistas.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/view/922>>. Acesso em 29 mar. 2018.

ZIGATO, Jhony Oliveira. **A implantação da empresa brasileira de serviços hospitalares (ebserh) no hospital universitário da universidade federal de juiz de fora (hu-ufjf)**: dilemas presentes e perspectivas futuras. Tese (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Juiz de Fora, 2015.