



# 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

Tema: "40 anos da "Virada" do Serviço Social"

Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019

---

Eixo: Política social e Serviço Social.

Sub-eixo: Ênfase em gestão.

## A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL E A CONSTRUÇÃO ESTRATÉGICA DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: O SERVIÇO SOCIAL BALIZANDO O DEBATE SOBRE O PERCURSO INSTITUCIONAL DE SUA IMPLEMENTAÇÃO

Flávia Kallyne da Sila Amorim<sup>1</sup>  
Adriana Martins Pantoja<sup>2</sup>  
Tatiane da Silva Costa<sup>3</sup>

**Resumo:** O estudo aborda a saúde pública no Brasil e a construção estratégica da Política Nacional de Humanização (PNH), dialogado pelo Serviço Social como profissão que atua na área da saúde, defende o projeto da reforma sanitária e legitima o SUS constitucional. A PNH em meio ao contexto neoliberal é estratégica na garantia de direitos dos/as usuários/as e fortalece o projeto ético-político da profissão.

**Palavras-chaves:** Saúde pública. Política Nacional de Humanização. Serviço Social. Projeto Ético-político.

**Abstract:** The study addresses public health in Brazil and the strategic construction of the National Humanization Policy (PNH), dialogued by the Social Service as a profession that works in the health area, defends the sanitary reform project and legitimizes the constitutional SUS. The HNP in the midst of the neoliberal context is strategic in guaranteeing the rights of the users and strengthens the ethical-political project of the profession.

**Keywords:** Public health. National Policy of Humanization. Social service. Ethical-political project.

### INTRODUÇÃO

O presente estudo é balizado pela leitura da realidade a partir do processo de formação em Serviço Social, construído pela virada histórica em direção ao projeto hegemônico da profissão no Brasil. O caminho constata a importância de implementar a Política Nacional de Humanização (PNH) no cotidiano institucional da saúde.

O processo formativo em Serviço Social possibilitou o recorte do objeto, coadunando com os aprendizados, trocas, diálogos, registros em diários de campo, instigados pelas experiências de estágio supervisionado em Serviço Social na saúde entre estagiárias, supervisora de campo e supervisora acadêmica.

---

<sup>1</sup> Estudante de Graduação. Centro Universitário Metropolitano da Amazônia. E-mail: <tatiane\_cost@yahoo.com.br>.

<sup>2</sup> Estudante de Graduação. Centro Universitário Metropolitano da Amazônia. E-mail: <tatiane\_cost@yahoo.com.br>.

<sup>3</sup> Estudante de Graduação. Centro Universitário Metropolitano da Amazônia. E-mail: <tatiane\_cost@yahoo.com.br>.

Estudar a PNH através do percurso histórico, princípios e diretrizes do SUS constitucional, fruto da conquista, de lutas e movimentos como a pauta feminista na humanização do parto, a reforma psiquiátrica na luta contra os manicômios e a reforma sanitária que amplia o olhar para a integralidade, equidade e universalidade da saúde pública, foi o caminho mais árduo, pois estamos diante da leitura do Estado neoliberal, que conduz para uma saúde pública desmontada e sucateada, para viabilizar a lógica de privatização.

O texto remete ao registro das reflexões de assistentes sociais<sup>4</sup> em seu cotidiano de trabalho na área da saúde, em um hospital de referência materno-infantil do Estado do Pará. Com o objetivo de compreender de que forma a PNH está presente no cotidiano de atuação do Serviço Social, uma vez que é uma temática pouco abordada no interior profissional.

Deste modo, utilizamos como eixo desta pesquisa a PNH, tendo como subsídio teórico: Bravo (2001, 2009, 2011 e 2018) que discorre a cerca do percurso da política de Saúde no Brasil e as condicionalidades envolvidas nessa trajetória; Benevides e Passos (2005) que trazem o debate da humanização na saúde e o início da institucionalização da PNH; Guerra (2018) discutindo fundamentos da profissão de Serviço Social e a instrumentalidade no processo de trabalho das/dos assistentes sociais enquanto processo de busca e efetivação da PNH no exercício profissional do Serviço Social no âmbito da saúde.

Ao colocar o Serviço Social como centro do registro das falas sobre o SUS constitucional, a lógica de desmonte neoliberal, a PNH e a sua institucionalização, recorreremos à direção ética e política da profissão, ao projeto que hoje marca uma hegemonia através das entidades representativas da categoria, mas é preciso reavivar a chama de que a história prova que nada está dado, tudo pode ser construído ou desconstruído, portanto o presente estudo aponta para a PNH como estratégia de enfrentamento e luta em defesa do SUS que queremos ao construir a participação ativa dos usuários/as dos serviços.

## **1. A HISTÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL, A BASE DA REFORMA SANITÁRIA CONSTRUINDO OS CAMINHOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS**

Estudar a saúde pública no Brasil requer uma análise histórica dos avanços e retrocessos dos processos de instituição do Sistema Único de Saúde-SUS nos marcos

---

<sup>4</sup> Neste estudo as assistentes sociais serão chamadas por nomes fictícios.

do campo legal, institucional, político e social da saúde como direito de todos e dever do Estado.

A saúde pública no Brasil a partir do século XX com início da industrialização de acordo com Bravo (2009) passa a ser assumida pelo Estado associada à chamada medicina social, uma forma de exercer ações sanitárias como a desinfecção urbana, dessa forma buscava construir uma qualidade de saúde que levaria a uma higienização urbana e uma população mais saudável.

Este período foi marcado por contribuir para acentuar ainda mais o quadro das diversas precarizações das condições de trabalho, para a classe trabalhadora, contexto que estimulou os/as trabalhadores/as a lutarem por melhores condições de trabalho e saúde o pressionar o Estado a criar uma previdência e fundo de aposentaria e pensão. Assim, em 1923 é instituída a Lei Eloy Chaves que conforme Carvalho (2013) atrela a saúde dos trabalhadores ao que seria o início da previdência social.

Na década de 40, no período do segundo mandato de Getúlio Vargas, no âmbito da saúde inicia-se o debate do modelo “sanitarista desenvolvimentista”, consolidado na década de 50 e 60 no governo de Juscelino Kubitschek, para repelir as investidas comunistas, dando a classe trabalhadora um nível de acesso à saúde, sendo este período o início da assistência médica privada e também da eclosão do movimento da reforma sanitária liderada por profissionais da área da saúde e intelectuais, que entre outras pautas sociais reivindicava a forma como a saúde era administrada, e lutando por uma saúde pública e universal. O movimento da reforma sanitária, segundo Bravo e Matos (2004, p. 203), “conseguiu avançar na elaboração de propostas de fortalecimento do setor público em oposição ao modelo de privilegiamento do produtor privado, tendo como marco a 8ª conferência de saúde, realizado em 1986 em Brasília”.

A assistente social Rubi corrobora com Bravo e Matos quando cita a importância da reforma sanitária para o fortalecimento do modelo público:

“Acho que a maior contribuição da reforma é que ela vê a saúde como direito. Esse é um princípio que dispara para todos os lados. O que nós tínhamos de saúde, não era para todos, uma saúde que não respeita a diversidade, uma saúde que não se universaliza, porque saúde tem quem contribui, a gente vem dessa história de como consumir saúde no país e aí veio todo esse debate, todo esse movimento da reforma sanitária e começa a discutir o que a Europa discutia sobre saúde vem e traz esse elemento fantástico que é a gente entender a saúde dos povos como direito e não como mercadoria”.

A visão do Serviço Social como profissional da saúde, com formação voltada para o entendimento das políticas sociais, é um ganho para as equipes de saúde, que muitas vezes não tem em seu horizonte a reforma sanitária como marco de instituição histórica de luta em favor da ampliação de acesso a essa política social. Essa visão

quando incorporada no cotidiano institucional passa a compor elementos essenciais de efetivação do SUS constitucional, e essa visão ético-político é determinante para o exercício profissional.

Nesse contexto, o país vive o período de redemocratização e passa a discutir um novo sistema de proteção social brasileira, resgatando os modelos Inglês Beveridge e o modelo Alemão Bismarckiano para a formulação da então seguridade social brasileira, onde a saúde também adota esta tendência.

Os direitos da seguridade social sejam aqueles baseados no modelo alemão Bismarckiano, como aqueles influenciados pelo modelo Beveridge Inglês, têm como parâmetro os direitos do trabalho, visto que desde sua origem, esses assumem a função de garantir benefícios derivados do exercício do trabalho para os trabalhadores que perderam, momentânea ou permanentemente, sua capacidade laborativa. Historicamente, o acesso ao trabalho sempre foi condição para garantir o acesso à seguridade social. (BOSCHETTI, 2009, p. 01).

A assistente social Esmeralda em consonância com Boschetti (2009) diz:

“A Reforma sanitária tem todo um papel fundamental na efetivação do SUS, porque foi a partir da reforma sanitária que vieram os princípios estabelecidos na CF/88 que é um pacto pela Seguridade Social, é a constituição cidadã que vai delimitar esse pacto da Seguridade Social, daí vai derivar o SUS, vai derivar a própria política de assistência social do pacto da Seguridade. É o que a gente tem hoje que está ameaçado, a reforma sanitária foi fundamental e a participação dos profissionais que se empenharam para que se estabelecesse “um novo olhar”, um novo modelo de saúde pública no Brasil, então é de importância fundamental, é de lá que se deriva o SUS”.

O Serviço Social demarca a importância das lutas de trabalhadores, dos movimentos sociais para habilitar o projeto da reforma sanitária na sociedade, processo gestado no campo da seguridade social, incessantemente ameaçada pela ideologia e políticas de cunho neoliberal. O que precisa ser pensado e articulado é o próprio campo da seguridade social que dialoga constantemente no cotidiano do/a profissional de serviço social.

A partir da constituição federal de 1988, a saúde é reconhecida como política pública, passando a ser dever do Estado e direito do cidadão, junto à assistência social e à previdência que formam o tripé da seguridade social. Mas em meio a mudanças no contexto político de contrarreforma neoliberal, o projeto de reforma sanitária é questionado e está em disputa com o modelo privatista, da construção do lucro para o grande capital.

## **2. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS NO CONTEXTO DAS POLÍTICAS NEOLIBERAIS**

O SUS, conquista implementada na constituinte de 88 e regulamentada na lei 8080/90, vem passando por inúmeros ataques desde a década de 90 com a consolidação do neoliberalismo no Brasil que na era Fernando Henrique Cardoso (1995

– 2002), constituiu-se a fase de efetivação mais acentuada do projeto econômico neoliberal na sociedade brasileira, com o início da contrarreforma do Estado o arcabouço ideológico da reforma sanitária é rejeitado e a Seguridade Social sofrendo desmontes habilitados pela perspectiva neoliberal, no âmbito da saúde uma série de retrocessos e sucateamento da máquina pública vem beneficiar o modelo de saúde privatista. Segundo Matos (2014) a presença do setor privado é naturalizada além do processo de contrarreforma se configura como uma estratégia que visa o controle da ordem econômica e diminuição da participação do Estado para abrir mais espaço a esse setor.

A partir do ideário neoliberal, a contrarreforma do Estado comprometida em atender as exigências do capital através das pautas econômicas e do desmonte da seguridade social, passou a limitar as intervenções no âmbito da saúde, rompendo com o princípio da universalidade do SUS, reforçando concepção das privatizações, terceirizações e das publicizações, ou seja, o Estado precariza e racionaliza os serviços com a finalidade de regular o acesso e criação de políticas, respondendo às expectativas do mercado privado, estimulando a mercantilização da saúde e mantendo o mínimo de gastos com a saúde pública possível. (CORREIA, 2009).

A fala da assistente social Rubi sobre os processos implementados na saúde pela ótica neoliberal congrega o traço da pobreza crescente em contraste com o enriquecimento de setores do capital no campo da saúde:

“(...) o traço neoliberal é o traço do acúmulo de riquezas, do lucro, então entende saúde a partir da reforma sanitária e ver todos esses governos, em que pese um ou outro tenham estabelecido um olhar com algum ‘quê’ diferenciado, não foi o suficiente para fazer realmente alavancar a efetividade do acesso, o recorte neoliberal é o recorte que deixa as pessoas mais pobres, mais sem acesso, com o mínimo de direitos, porque o Estado é mínimo, o Estado precisa se intrometer minimamente nas relações (...)”

E a assistente social Pérola complementa dizendo:

“Atualmente e até mesmo em relação à gestão acho que tudo é reflexo, se tem uma política governamental que é voltada para o mercado, isso acaba influenciando também nos serviços de saúde pública (...)”

Na fala das assistentes sociais, a compreensão empírica do aspecto privatista neoliberal, do Estado mínimo, é marcada no cotidiano institucional em sua relação com os/as trabalhadores/as atendidos/as nos serviços de saúde.

No período de governo Lula (2003 – 2010) e Dilma (2011 - 2016), ocorrem alguns avanços que beneficiam a classe trabalhadora explorada também no âmbito da saúde, porém, ainda que esses governos tenham deixando nítido o interesse de resgatar o ideário da reforma, esquecida no governo anterior, era notório pelas ações e polarização

não ter ocorrido um rompimento com as concepções neoliberais e com a onda reformista da década de 90. (BRAVO, 2009)

A fala da assistente social Esmeralda segue a mesma linha do pensamento de Bravo (2009) apontando que:

"[...] todos os governos que vieram depois da CF/88 fizeram uma contrarreforma e não fizeram nenhuma transformação, governos considerados reformistas vieram para reformar o que já estava estabelecido. Então, na saúde, eu já peguei o governo Lula e Dilma, o que a gente sentiu é que houve uma expansão nessa questão dos concursos públicos, melhoria dos recursos humanos dentro do SUS. [...]"

Fazendo a leitura do período do governo PT, a assistente social não pontua a diferença de gestão nos moldes do neoliberalismo que tem influenciado nas relações e implicado os espaços de saúde pública, mas pontua os avanços no aspecto da intenção de estabilidade dos/das trabalhadoras a partir do investimento em concursos públicos.

Diante do exposto e pós-impeachment, o desgoverno de Michel Temer (2016 – 2018), potencializa a agenda neoliberal que traz ainda mais rebatimentos a área da saúde. No curto períodos de desgoverno, foram orquestrados vários ataques à política de saúde, principalmente ao SUS, que configura a barbárie sofrida pela população brasileira. (VIEIRA; BENEVIDES, 2016).

Sobre os ataques e retrocessos vividos nos tempos atuais a assistente social Esmeralda corrobora com Vieira e Benevides (2016):

"É um refluxo, uma retraída de todos os investimentos [...], é também uma priorização de contratos precários de trabalho, a gente já não tem mais essa oferta, fico até preocupada com vocês que estão entrando agora, porque este horizonte está muito sombrio. Acho que foi uma retratação mesmo, o que a gente observa aqui é o sucateamento, nesses cinco anos para cá é o sucateamento mesmo."

Considerando a consolidação e crescimento da onda neoliberal no país, no atual governo bolsonarista o campo da saúde é impactado por um aprofundamento de desmontes, retrocessos e conseqüentemente sucateamento da saúde em grande escala impulsionados pelo projeto privatista que mercantiliza a saúde. (OLIVEIRA, 2019).

A assistente social Pérola corrobora com as ideias de Oliveira (2019) quando afirma que a política de saúde desde sempre é voltada ao mercado:

"O SUS tem seus princípios e dentro deles o que vai impactar mais, na minha visão, também é o financiamento que cada governo dispõe para que o SUS continue, para que não sofra com baixo investimento, mas se a gente for levar para o governo atual eu não tenho uma perspectiva de futuro muito boa para o sistema único de saúde, porque a política dele (Bolsonaro) é voltada para o mercado financeiro, as políticas públicas vão a reboque disso, também acaba sofrendo, e aí a consequência é que não há investimento em saúde (...)."

Nesse sentido, o movimento de contrarreforma do SUS vem reajustando a política de saúde ao contexto neoliberal, desarticulando tudo o que foi construído em lei, nos princípios da 8080/90 (universalização, integralidade e igualdade), trazendo o

caráter de refilantropização e, retomando a parceria com a sociedade civil (ONGs, cooperativas e associações) para redução de gastos na área social. O Estado neoliberal assume cada vez mais um caráter de ofertar as políticas sociais de forma compensatória, focalizada e reduzida, assumindo uma postura mediadora entre público e privado. (BRAVO, 2009).

A assistente social Rubi concorda com Bravo (2009) ao falar acerca dos interesses do projeto neoliberal sobre a saúde pública:

“A gente vê o projeto neoliberal olhando para saúde também entendendo que ela é uma “fatia bem gordinha” e que precisa também lançar as sementes do capital para que elas possam dar frutos e mais frutos, mas nunca com viés de que a população ganha, mas sim de quem detém o meio e o modo de produzir saúde a esse acumulador, a outros que estarão submetidos a esse sistema, a exploração. Inclusive exploração do trabalhador, inclusive exploração daqueles que procuram os serviços de saúde, que também são trabalhadores mesmo na condição de desempregados, então o sistema neoliberal, a política neoliberal ela atravessa realmente esses governos deixando as suas marcas e não só isso, vai deixando as suas cascatas de excluídos”.

A percepção que se tem é que a assistente social antecipa uma leitura crítica a ser vivida no cenário de desmonte, demonstrando não saber o que fazer para deter, um olhar histórico enquanto trabalhadora da saúde vinculada ao presente de desmonte e um futuro de desconstrução dos processos instituídos.

A contrarreforma apresenta-se na contradição dos interesses da classe trabalhadora, por décadas lutou-se para a construção e efetivação de um modelo de saúde pública para todos/as, com qualidade, equidade e dialogada entre o corpo de trabalhadores/as, e o público atendido nos serviços em diferentes níveis de complexidade, será preciso formas de organização e construção de lutas por dentro do próprio sistema para deter o desmonte. Uma das construções estratégica é o papel da humanização como política instituída e não legitimada nas instituições.

### **3. A HUMANIZAÇÃO NOS MARCOS HISTÓRICOS E INSTITUCIONAIS DO SUS**

A partir de 1970, a reforma sanitária reconceituando os marcos da abrangência da saúde pública no Brasil, inclui a classe trabalhadora como portadora do benefício de ser assistido pela saúde pública. Essas mudanças envolveram todos os setores de saúde, introduzindo uma nova ideia na qual o resultado final era entendido como a melhoria das condições de vida da população. (AROUCA, 1998).

A ideia de uma saúde pública pela lógica do cuidado integral constrói o debate da humanização como elemento fundante do atendimento na saúde. O conceito de humanização passa a ser discutido a partir dos movimentos sociais como movimento

feminista, que questionava o processo dos partos<sup>5</sup>, questionava a lógica da ausência da autonomia da mulher sobre seu corpo e/ou os instrumentos técnicos utilizados para realização dos partos.

Outro movimento expressivo que traz avanços para a discussão da humanização foi o movimento da reforma psiquiátrica, que toma a frente nos cuidados dispensados aos enfermos. Gonçalves e Sena (2001) comentam que no Brasil, o movimento da reforma psiquiátrica ganhou força somente a partir de meados da década de 70. Esse processo ocorreu em paralelo ao movimento sanitário e tinha como objetivo a mudança nos modelos de gestão e atenção nas práticas de saúde psiquiátrica com a garantia de equidade nos serviços oferecidos, para então tentar quebrar os paradigmas clássico da psiquiatria, deixando de lado a exclusão, hospitalização e a marginalização das pessoas acometidas por algum tipo de transtorno mental, apresentando uma forma mais humanizada de tratamento à saúde.

O movimento feminista na luta pela humanização dos partos e o da reforma psiquiátrica pela extinção dos manicômios construiu o contorno do debate da humanização no campo da saúde pública no Brasil.

O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), e posteriormente a Política Nacional de Humanização, são frutos deste percurso. Sobre a discussão de humanização no contexto da saúde Benevides e Passos (2005, p. 389) afirmam:

Ainda que timidamente, este tema se anuncia desde a XI Conferência Nacional de Saúde, CNS (2000), que tinha como título "Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social", procurando interferir nas agendas das políticas públicas de saúde. De 2000 a 2002, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (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.

Houve então a necessidade de discutir o conceito de humano, que não se restringiria a grupos, e sim uma noção ampla respeitando a particularidade de cada um, garantindo autonomia aos sujeitos envolvidos. No âmbito hospitalar, o debate acerca da humanização começa a ficar mais acentuado ao contexto de contrarreforma vivenciado no período FHC. É nesse cenário de valorização da lógica privatista neoliberal em detrimento da política de saúde que é formulado o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) que vem atender às inúmeras reclamações de

---

<sup>5</sup> A visão que era discutida pela igreja católica era que o parto deveria ser doloroso por conta do pecado original e, está dor era para remissão dos pecados e designo divino. Com o avançar das décadas e da ciência biomédica, estas concepções ganham um novo sentido e a gestação passa a ser considerada biológica. (LOPES, 2016).



usuários que relatavam os maus-tratos sofridos nas unidades de saúde do SUS. (CONCEIÇÃO, 2009).

O PNHAH no período de 2000 a 2002 – ainda no contexto neoliberal de FHC, buscava amenizar os rebatimentos da contrarreforma do Estado no âmbito da saúde. No que corresponde a alguns objetivos do PNHAH (2001, p. 14) está: Ampliar a humanização nas relações e nos atendimentos; Atenção qualificada para os/as usuários/as; Aprimorar as relações entre trabalhadores/as e usuários/as.

Em 2003, é instituído pelo Ministério da Saúde a Política Nacional de Humanização (PNH) - também vinculada à secretaria de saúde - propõe que a humanização passe a conduzir as práticas exercidas no âmbito da saúde, e em consonância com os princípios estabelecidos do SUS, valorizando e respeitando os sujeitos aos quais fazem parte da rotina nos serviços de saúde, gestores, trabalhadores e usuários/as. (CFESS, 2010).

A assistente social Esmeralda concorda com PNH quando fala da importância do princípio da transversalidade:

"(...) A gente participou de um momento interessante que foi o início da política de humanização, lembro-me dos primeiros encontros que tivemos em Belém para discutir essa política, quando trouxeram o assessor nacional da política de humanização para disseminar a política. O que eles queriam era exatamente transversalizar a política que houvesse uma estrutura de política transversal a todas as ações da saúde. Então nesse sentido a ideia era trabalhar o funcionários, o gestor e os usuários, são os três do tripé da política de humanização, a ideia era dentro dos princípios da ambiência, da cogestão, da clínica ampliada, formar pequenos comitês nas unidades básicas, com participação de usuário, gestor e funcionários discutindo as melhorias para aquelas unidades (...)"

Essa forma discutida pela PNH traz benefícios que implicam diretamente na qualidade de como gerir saúde, propondo ações democráticas, inclusivas, compartilhada e condições de trabalho para os sujeitos envolvidos garantido acesso acolhedor efetivo e integral a saúde.

"A Política Nacional de Humanização do SUS define a humanização como uma valorização dos processos de mudança dos sujeitos na produção de saúde. Há, portanto, uma inseparabilidade entre estes processos, o que faz a humanização um catalisador dos movimentos instituintes que insistem no SUS" (BENEVIDES e PASSOS, 2005 p.392)

Em consonância com as ideias de Benevides e Passos (2005) a assistente social Pérola fala que:

"(...) a humanização vem trazer essa visão de interação entre o trabalhador, o usuário e o gestor, para que os três possam estar envolvidos nesse processo de saúde, de cuidado, de forma coletiva para que os princípios do SUS sejam realmente efetivados (...)"

Nesse sentido, compreendemos que a assistente social aponta o conhecimento do princípio da indissociabilidade da PNH, e de sua importância para a intervenção

profissional juntamente com o usuário. A PNH como política de saúde estabelece três princípios que são: 1-Transversalidade, que propõe modificar as relações de trabalho a partir da ampliação, do contato e comunicação entre indivíduos e grupos, diminuindo a segregação e possíveis relações de poder; 2-Indissociabilidade entre atenção e gestão, a gestão é responsável por intervir nas decisões interferindo na atenção à saúde, deste modo, trabalhadores/as e usuários/as devem interagir e buscar compreender os serviços e rede de saúde, participando nas tomadas de decisões; 3-Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos, mudanças na gestão e atenção é efetiva quando há a legitimação dos sujeitos envolvidos, construindo e ampliando a autonomia das pessoas envolvidas, que coparticipam das responsabilidades.

Sobre a PNH (Política Nacional de Humanização, 2013), as diretrizes são: a) Acolhimento, postura singular na escuta para cada usuário/a, estabelecendo uma relação de confiança e compromisso ético; b) Gestão participativa e Cogestão, incluir sujeitos e ampliar o processo de gerir, resultando em tomadas de decisões que exprimem lugar de pactuação e aprendizado coletivo; c) Ambiência, viabilizar espaços acolhedores e confortáveis que transmitam o respeito e a privacidade, proporcionando mudança no ambiente de trabalho e no espaço coletivo; d) Clínica Ampliada e compartilhada, ferramenta teórica que visa contribuir na abordagem clínica do adoecimento, bem mais do que isso, considerar as particularidades dos sujeitos e seu processo de saúde, e relações aos quais participa; e) Valorização do trabalhador, favorecer experiências aos trabalhadores/as, dando-lhes autonomia para contribuírem com decisões, análises e qualificações do modo de trabalho; f) Defesa dos direitos dos usuários, os os/as usuários/as são detentores de direitos por lei e os serviços de saúde devem incluir propostas que incluam esses sujeitos ao acesso durante todo seu processo desde a recepção até a alta.

Há uma necessidade de delimitar dentro da PNH a importância de cada sujeito envolvido dentro da política. Isto traz benefícios que implicam na qualidade de serviços e condições de trabalho para os sujeitos envolvidos garantindo acesso acolhedor, efetivo e integral a saúde, sem negar a estrutura física, os repasses financeiros, o sucateamento entre outras ações nocivas já engendradas pela lógica neoliberal.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A política de saúde no Brasil inscrita a partir da reforma sanitária pauta a universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais na saúde, como idealização de uma concepção de saúde ampliada pelo setor Estatal, considerando as

condições de vida e de trabalho para a democratização e materialidade dos princípios estabelecidos pelo SUS.

O SUS, como uma conquista da reforma sanitária a partir dos movimentos sociais, tem sido atingido pelos atuais governos neoliberais, por ser um sistema que envolve uma grande necessidade de financiamento público Estatal; estes ataques são percebidos com o grande crescimento de planos de saúde privados, clínicas médicas e laboratórios; esses crescimentos exorbitantes do setor privado na saúde é um reflexo direto da falta de interesse Estatal na manutenção da saúde pública.

Os significativos avanços na área da saúde com o SUS integrante do campo da Seguridade Social, como projeto da reforma sanitária e psiquiátrica que tem como base o Estado democrático de direito, se contrapõe aos conflitos inscritos na lógica de precarização dos espaços, cortes e custo reduzido no financiamento, a ausência da participação dos movimentos sociais, usuários/as que no bojo do processo são considerados/as como meros/as receptores/as dos serviços, reproduzindo a alienação dos processos, confusão no entendimento e fluxos institucionais.

O cotidiano dos/as profissionais de saúde refletem os desgastes cotidianos, endurecimento das relações, dos laços sociais, ocasionando em atendimentos que, deslocados da lógica do acolhimento, da resolutividade da clínica ampliada, pontos fundamentais da PNH.

O Serviço Social apresenta dificuldades em materializar a PNH no âmbito institucional, fragilidade de leitura da estratégia ética - política que representa a PNH. As críticas dirigidas para a gestão da PNH no interior institucional não se contrapõem como processo de interlocução e mudança, não há interesse do Serviço Social em ocupar a gestão da PNH no interior institucional, mesmo estabelecendo o discurso que reafirma a importância da mesma.

Neste contexto, o Serviço Social, como profissão que articula princípios tão caros em seu código de ética vigente, deve se apropriar e se aprofundar cada vez mais no debate da humanização como um elemento que dialoga com o projeto ético-político da profissão, referendando a PNH como possível processo de construção da práxis.

## REFERÊNCIAS

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. Humanização na saúde: um novo modismo? **Revista Interface** – Comunicação, Saúde e Educação, Botucatu, Fundação UNI/UNESP, v. 9, n. 17, mar./ago. 2005. p. 389-394. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> Acesso em: 22 fev. 2019.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 05 de outubro de 1988. 4.ed. São Paulo: Saraiva, 1990.

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

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Senado, 2005.

BRAVO, M. I.; PELAEZ, E.; PINHEIRO, W. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 1, p. 9-23, jan./abr.2018.

BOSCHETTI, Ivanete Salete. “Impactos da Crise Contemporânea na Seguridade Social: desafios postos ao/as assistentes sociais na saúde”. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE. Brasília: CFESS, 2017. p.17-27.

BRAVO, Maria Inês Souza; PELAEZ, Elaine Junger; PINHEIRO, Wladimir Nunes. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 1, p. 9-23, jan./abr. 2018.

CARVALHO, Gilson. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> Acesso em: 05 fev. 2019.

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

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Série trabalho e projeto profissional nas políticas sociais. Brasília,2009.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Serviço Social**: Direitos sociais e competências profissionais. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2009.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Controle Social na Saúde. In: SERVIÇO Social, Saúde, Formação e Trabalho Profissional, 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

GONÇALVES, Alda Martins; SENA, Roseni Rosângela de. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Revista latinoamericana- enfermagem**, v.2,p.48-55. Mar/ 2001.

LOPES, Vanuza Floriani. **As ações do Serviço Social em relação à política nacional de humanização em hospitais**. Florianopolis, 2016. p. 12-30.

MATOS, M. C. de. **Serviço Social, ética e saúde**: reflexões para o exercício profissional. São Paulo: Cortez, 2013.

OLIVEIRA, Paola. **O serviço social na saúde: trajetória, demandas e enfrentamentos no âmbito hospitalar**. Santa Catarina, 2009. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/120117>> Acesso em: 15 de fev. 2019.

OLIVEIRA, Thais Reis. Em 100 dias, Bolsonaro não cumpriu metas para metade dos ministérios. **Revista Carta Capital**, São Paulo, 14 abr. 2019. Disponível em: <<https://www.cartacapital.com.br/>> Acesso em: 19 abr. 2019.

PNHAH. **Programa nacional de humanização da assistência hospitalar**. Brasília: Ministério da saúde, 2002.

PORTALMS.SAUDE.GOV.BR. **Política Nacional de Humanização: HumanizaSUS**. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/politica-nacional-de-saude-bucal/legislacao/693-acoes-e-programas/40038-humanizasus>> Acesso em: 16 jan. 2018.

\_\_\_\_\_. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2001.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá. Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil. Ipea. Brasília, v. 28, set, 2016.