

A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO E O SERVIÇO SOCIAL: ELEMENTOS PARA O DEBATE

Francielle Lopes Alves¹

Regina Célia Tamaso Miotto²

Luiza Maria Lorenzini Gerber³

RESUMO

O presente artigo tem como objetivo discutir a temática da humanização em saúde a partir da constituição da Política Nacional de Humanização (PNH) e de suas relações com o Serviço Social, com base no seu projeto ético político. Considera que o processo de consolidação da PNH acontece num contexto de disputas teóricas, ideológicas e políticas e por isso exige dos assistentes sociais clareza quanto ao encaminhamento de seu trabalho. Nesse contexto, enfatiza-se o diálogo com as correntes contemporâneas de Saúde Coletiva e pontua-se algumas questões em relação ao Serviço Social.

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

INTRODUÇÃO

O evidente avanço das discussões realizadas no âmbito da política em saúde no Brasil desde a implantação do Sistema Único de Saúde, conforme disposição da Constituição Federal de 1988, tem sido objeto das mais diferenciadas discussões no campo do Serviço Social, tanto no que se refere aos lineamentos políticos, na perspectiva de definir e defender um posicionamento em torno do projeto da reforma

¹ Assistente Social do HU-UFSC e Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UFSC.

² Professora do Departamento de Serviço Social da UFSC e do Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família/Modalidade Residência.

³ Professora CDT do Departamento de Serviço Social da UFSC e Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UFSC.

sanitária, bem como as inquietações que envolvem a constituição e alteração de modelos assistenciais, o trabalho do assistente social e os diferentes temas que derivam de sua inserção na saúde.

Nesse contexto, ganhou presença nos debates a necessidade de se qualificarem as relações entre usuários, trabalhadores e gestores na saúde, especialmente quando cada vez mais estas relações são reificadas e destituídas do potencial político. Assim, o tema da humanização foi se consolidando no âmbito da política de saúde e vem ganhando destaque na agenda de debates do Serviço Social. A sua atualidade no campo da saúde exige da profissão reflexões sobre o posicionamento dos assistentes sociais no debate por implicar interpretações divergentes, questões complicadas e delicadas, particularmente porque evocam a temática da subjetividade.

Como contribuição ao debate apresenta-se esse artigo que tem como objetivo a discussão da humanização a partir da constituição de uma política nacional e de seu entrelaçamento com o Serviço Social, se considerando o projeto ético-político profissional. Para tanto está composto de quatro tópicos, a saber: a política de humanização, os desafios à intervenção humanizada em saúde, a humanização no contexto do debate da Saúde Coletiva e, por fim, a sua interface com o Serviço Social.

A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

A discussão da humanização como tema vinculado à condução política da saúde, sua gestão, ao trabalho e as mais diversas práticas cotidianas próprias do processo de atenção à saúde iniciou-se nos programas de humanização do pré-natal e nascimento, ampliou-se para os programas de acreditação, de qualidade e assistência hospitalar e consolidou-se com o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar

(PNHAH), proposto pelo Ministério da Saúde em 2001 e que em 2003 deu lugar à Política Nacional de Humanização (PNH).

O Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar proposto pelo Ministério da Saúde buscou promover um processo de mudança no padrão de assistência ao usuário dos hospitais públicos tendo em vista as freqüentes denúncias de maus tratos nestas instituições. A valorização da dimensão humana e subjetiva tornou-se a tônica da proposta, tendo como objetivo o aprimoramento das relações entre profissionais e usuários, dos profissionais entre si e melhoria da imagem dos hospitais na comunidade. Voltou-se o PNHAH à constituição de Grupos de Capacitadores, distribuídos por todas as regiões do Brasil com a função a de criar grupos de trabalho de humanização em hospitais. Estes grupos eram formados por lideranças representativas do coletivo de profissionais, cujas tarefas eram: “difundir os benefícios da assistência humanizada; pesquisar e levantar os pontos críticos do funcionamento da instituição; propor uma agenda de mudanças que possam beneficiar os usuários e os profissionais de saúde; divulgar e fortalecer as iniciativas humanizadoras já existentes; melhorar a comunicação e a integração do hospital com a comunidade de usuários”. Foi evocada a melhoria da qualidade e da eficácia dos serviços prestados e a concessão do título de “Hospital Humanizado” àquela instituição que atendesse aos indicadores de humanização e aos princípios e diretrizes propostos pelo Programa (BRASIL, 2001).

De acordo com Bravo (2006), a retomada da concepção de Reforma Sanitária na direção política do Ministério da Saúde, proporcionada pelo governo Lula, através da escolha de profissionais comprometidos com a proposta constitucional de 1988, possibilitou alterações importantes no quadro da política de saúde. Dentre essas alterações destacam-se as mudanças realizadas na estrutura organizativa do Ministério, com a criação de quatro secretarias, entre elas a Secretaria de Atenção à Saúde, que

dirigiu a unificação das ações de atenção básica, ambulatorial e hospitalar promovendo a integração das secretarias de Política de Saúde e de Assistência à Saúde. Nessa nova lógica emergiu em 2003 a Política Nacional de Humanização (PNH).

Atualmente a PNH está vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde e foi vislumbrada neste cenário a partir da ambigüidade presente nas propostas em torno das referências sobre humanização. Benevides e Passos (2005, p. 562), importantes interlocutores no processo de implantação da PNH, apontam que a humanização era reivindicada por usuários e alguns trabalhadores, porém, secundarizada e banalizada por gestores e profissionais. A fragmentação das práticas se evidenciava em sua ligação a diferentes programas e projetos de humanização: “havia projetos, atividades, propostas, mas em todos era evidente o caráter fragmentado e separado dessas iniciativas não só na relação de baixa horizontalidade que se verificava entre elas, mas também no modo vertical como elas se organizavam dentro do MS e do SUS”.

No documento de implementação da PNH destinado aos gestores e trabalhadores do SUS pode-se apreender que o despreparo dos trabalhadores para lidar com os aspectos subjetivos da intervenção em saúde e a gestão verticalizada e centralizada como fator de “desapropriação” do trabalhador de seu processo de trabalho são elementos centrais que justificam a condução da humanização como política, não mais como programa. A necessidade de traduzir os princípios do SUS em “modos de operar”, a produção de saúde como produção de sujeitos, o aspecto subjetivo como eixo articulador das práticas e a disseminação de ações humanizadoras pela rede assistencial balizam a transversalidade da humanização como política.

A humanização é entendida como valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, incluídos, portanto, usuários, trabalhadores e gestores. Ainda contempla direcionamentos em torno da autonomia e protagonismo dos

sujeitos, co-responsabilidade destes na produção da saúde, estabelecimento de vínculos e gestão participativa, identificação das necessidades sociais e coletivas, valorização dos trabalhadores, das relações sociais estabelecidas no seu espaço e a melhoria das condições de trabalho.

É nesta direção que a PNH apresenta como prioridade a consolidação dos seguintes resultados: reduzir as filas e o tempo de espera, com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo, baseados em critérios de risco; os usuários do SUS saberão quem são os profissionais que cuidam de sua saúde e a rede de serviços se responsabilizará por sua referência territorial e atenção integral; as unidades de saúde garantirão os direitos dos usuários, orientando-se pelas conquistas já asseguradas em lei e ampliando os mecanismos de sua participação ativa, e de sua rede sócio-familiar, nas propostas de intervenção, acompanhamento e cuidados em geral; as unidades de saúde garantirão gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários, com investimento na educação permanente dos trabalhadores, na adequação de ambiência e espaços saudáveis e acolhedores de trabalho, propiciando maior integração de trabalhadores e usuários em diferentes momentos (diferentes rodas e encontros); serão também implementadas atividades de valorização e cuidado aos trabalhadores da saúde (BRASIL, 2006, p. 19–20).

OS DESAFIOS À INTERVENÇÃO HUMANIZADA

Para alcançar os impactos desejados com PNH, Benevides e Passos (2005) afirmam que é necessário superar as propostas que se constituíram antes de sua implantação. Tais propostas deslocaram o sentido da humanização para uma perspectiva de assistencialismo, de voluntarismo, de paternalismo e de um tecnicismo que se volta à gestão racional e projetos de qualidade total.

Sob o rótulo de humanização verificam-se um claro vínculo à adoção de padrões de gestão da qualidade, eficiência e marketing com busca de reconhecimento de entidades de acreditação. Outra preocupação a ser considerada é a adesão às concepções do *managed care* como pertencentes à proposta de humanização em saúde. Oriunda da Teoria da Administração, estas concepções estão diretamente associadas a notoriedade da dimensão econômica da saúde, já que passa a responder de 7% a 15% do PIB dos países desenvolvidos. Esta análise do *managed care* é feita por Elias (1999) e, segundo o autor, seu avanço acaba por fortalecer do primado da contenção dos custos da saúde o estímulo à economia nos gastos através de procedimentos, como: o melhor conhecimento do paciente pelo médico como fator de diminuição de gastos e introdução de mecanismos alternativos à hospitalização, como o *home care* ou o atendimento médico à distância. São procedimentos que tem forte absorção no meio e ocorre, preocupantemente, de forma acrítica quando se requer pensar sua adaptação à realidade brasileira e do caráter público dos serviços.

A humanização também é apresentada como um novo conceito a ser disseminado entre “empresas” do setor de serviços que buscam a liderança ou “saúde financeira” em um ambiente de negócios cada vez mais disputado: “Na década de 90, a palavra de ordem era qualidade, que incentivava a busca do aumento da produtividade por meio de programas que normatizavam processos produtivos e administrativos. Essa também é a finalidade da humanização, só que agora o novo modelo tem como foco principal o cliente – no caso dos hospitais e serviços voltados à saúde, os pacientes” (GESTÃO MÉDICA, 2005, p. 24).

A humanização é também entendida e praticada nos serviços de saúde a partir do senso comum, à medida que se vincula a idéia do “tratar bem”, o que concorre para a banalização da relação entre os sujeitos, perdendo então a perspectiva dos Direitos e

reiterando relações clientelistas entre profissionais e usuários. Um agravante desta perspectiva apresenta-se nas relações entre gestores e profissionais, já que não se avança no questionamento do autoritarismo burocrático e decisório das instituições de saúde (GERBER, ALVES E CHUPEL, 2006).

Para a superação destas perspectivas, Benevides e Passos (2005) afirmam a necessidade de realizar o enfrentamento de dois desafios:

- a) Conceitual: voltado à redefinição do conceito de humanização, tomando-o como estratégia de interferência nas práticas de re-posicionamento dos sujeitos implicados nas práticas de saúde (usuários, trabalhadores e gestores). O objetivo é de qualificar as formas de interação desses sujeitos que constituem o sistema de saúde, que dele usufruem e se transformam;
- b) Metodológico: trata de sintonizar “o que fazer” e o “como fazer”, caminhar da abstração à mudança das práticas concretas de saúde, da indivisibilidade entre atenção, gestão e transversalidade. Assim, o “como fazer” se expressa nas tecnologias relacionais ou, como aponta Deslandes (2005), no emprego das tecnologias de escuta, acolhimento, diálogo e negociação para produção e gestão do cuidado.

A SAÚDE COLETIVA E A POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO

Ao abordar esta temática não é possível desconsiderar a questão da subjetividade alardeada no conjunto das proposições que institui a PNH a partir da crítica que vem sendo feita sobre a constituição da Saúde Coletiva no Brasil entre as décadas de 1970 e 1980. Carvalho (2005), dentre outras questões, aponta para o fato desta corrente privilegiar as esferas macrossociais na construção das respostas aos desafios da saúde na fase “pré-1988”. Certamente, segundo o autor, a influência do arcabouço teórico

marxista estruturalista no debate da Saúde Coletiva, em que predominam concepções como historicidade do processo saúde-doença, articulação entre política a organização dos serviços de saúde, “patogenicidade” do capitalismo, e necessidade de enfrentar as causas da iniquidade social, levou a Saúde Coletiva a preconizar a libertação do ser humano das estruturas que o oprimem, que produzem doenças e que impedem a equidade na distribuição de bens e serviços sanitários. Esta é uma estratégia-chave para a produção da saúde. Neste sentido, considera o autor que as produções da área relegaram os temas do sujeito (reduzido ao fruto de determinações e forças situadas na superestrutura social), do individual e coletivo (da subjetividade que surge da necessidade coletiva e que se organiza em sujeitos coletivos portadores de projetos políticos de intervenção): “No afã de contrapor-se ao modelo biomédico, a Saúde Coletiva, em suas primeiras décadas de existência, declara a primazia dos fatores macrossociais à custa das demais variáveis que influenciam e determinam o sujeito arriscando, em nome da luta contra ‘tirania do indivíduo’, presente no modelo biomédico hegemônico, propor a ‘tirania do coletivo’. No citado modelo explicativo o processo saúde/doença passa a ser concebido como uma relação de exterioridade, pressupondo que a obtenção da saúde por um povo só será possível com a transformação da totalidade socioeconômica” (CARVALHO, 2005, p. 108).

Segundo o autor o debate, no âmbito da Saúde Coletiva, continua se desenrolando através de suas correntes contemporâneas que discutem novas formulações sobre o pensar e o fazer sanitários a partir dos paradigmas da Saúde Coletiva e Promoção da Saúde. Para ele, a Saúde Coletiva até o final da década de 1980 está comprometida com a mudança, principalmente enquanto modelo teórico. No entanto, “seu arcabouço dificulta delinear estratégias que logrem incorporar a complexidade do social”.

Carvalho (2005), a partir de seu questionamento sobre a dificuldade do modelo teórico presente na Saúde Coletiva nos anos 1980 responder a complexidade do social, produz uma análise da Saúde Coletiva considerando duas correntes contemporâneas: a da “Vigilância da Saúde” e a “Em Defesa da Vida”. Esta análise, precedida por uma descrição, é realizada a partir da idéia de projeto de transformação sócio sanitária e de produção de sujeitos autônomos e socialmente responsáveis inerentes a cada corrente.

A corrente de Vigilância da Saúde, conforme Carvalho (2005) surge no final da década de 1980 e tem como premissas teóricas que a saúde resulta de um processo de acumulação social; o autor realiza sua investigação principalmente a partir da produção de Eugênio Vilaça Mendes.

Mendes (1996, p. 240) propõe a adoção do paradigma da produção social da saúde, cujos fundamentos estão na teoria da produção social, que partem do pressuposto de que “tudo que existe é produto da ação humana na sociedade, abrangendo desta forma a produção de bens e serviços econômicos e não-econômicos”. Toda criação do ser humano, a partir de suas capacidades políticas, ideológicas, cognitivas, econômicas, organizativas e culturais, é um processo de produção social que, por sua vez, altera essas próprias capacidades.

Neste sentido, o autor (1996, p. 245) destaca a construção social de uma nova prática sanitária, que denomina de Vigilância da Saúde, entendida como “resposta social organizada aos problemas de saúde em todas as suas dimensões, organiza os processos de trabalho em saúde mediante operações intersetoriais, articuladas por diferentes estratégias de intervenção”. Visa à integralidade, à intersetorialidade, à efetividade e à equidade.

As estratégias de intervenção da Vigilância da Saúde resultam da combinação de três grandes tipos de ações: promoção da saúde, prevenção das enfermidades e acidentes

e a atenção curativa, que tratará de combinar em eficácia e eficiência sociais os três tipos de ação (MENDES, 1996).

Para Carvalho (2005), a Vigilância da Saúde pressupõe que o saber clínico informa um modelo de saúde curativo e hospitalocêntrico. Centraliza as bases da Vigilância da Saúde em saberes e instrumentais da Epidemiologia, da Sociologia e do Planejamento Estratégico Situacional. Sob o enfoque do sujeito e da mudança, para Carvalho (2005) há uma leitura equivocada sobre o saber clínico, que acaba por valorizar a dicotomia saúde pública *versus* clínica. Além disso, segundo ele, a Vigilância da Saúde promove, em certa medida, a subordinação do universo do sofrimento presente no conjunto das necessidades dos usuários às condições de risco, próprias da visão epidemiológica.

Já a corrente Em Defesa da Vida foi organizada e desenvolvida pelo Laboratório de Planejamento e Administração (LAPA), da UNICAMP, e também surge no final da década de 1980. Este projeto representou a tentativa de reorganização de serviços com base em três princípios fundamentais: gestão democrática; saúde como direito de cidadania; serviço público de saúde voltado para a defesa da vida individual e coletiva (SILVA JÚNIOR, 1998).

A partir de entrevista com Gastão Wagner Sousa Campos, um dos importantes membros na formulação e implementação da proposta, Silva Júnior (1998) verifica que a corrente Em Defesa da Vida surgiu da necessidade de teorizar e concretizar experiências inovadoras num cenário de busca por alternativa ao projeto neoliberal, também por considerar insuficiente a resposta do Planejamento Estratégico Situacional: refere que os modelos de atenção sugeridos não continham propostas para o trabalho médico (para redefinição da clínica) e o atendimento ao indivíduo doente.

Nesse sentido, a saúde deve ser assumida como resultado de um processo de produção, um objetivo a ser alcançado por tecnologias e saberes. Produzir saúde significa “contribuir para aumento do coeficiente de autonomia de indivíduos e coletivos para viver a vida, possibilitando-lhes lidar com as limitações decorrentes da doença” (CARVALHO, 2005, p. 125).

Assim, baseando-se nos princípios e diretrizes do SUS, desenvolve conceitos, estratégias e tecnologias de gestão com o intuito de implementar as diretrizes que viabilize a “gestão democrática dos estabelecimentos de saúde, o acolhimento humanizado da clientela, o acesso de serviços resolutivos e o fortalecimento de vínculos entre profissionais e usuários com a clara definição de responsabilidades”. Neste contexto, a práxis sanitária deve cada vez mais privilegiar tecnologias e saberes como a educação, a psicanálise, as ciências políticas e a assistência social (CARVALHO, 2005, p. 123).

Campos (2005) problematiza a exigência de se reconhecer o significado do indivíduo em sua singularidade e subjetividade na relação com os outros e com o mundo como requisito para a renovação do pensamento sanitário. É neste sentido que também propõe a corrente Em Defesa da Vida a Humanização, no sentido de garantir acesso aos serviços e à recursos tecnológicos que exige a defesa da vida, de forma imediata; à informação individual e coletiva, e à equidade no atendimento a todos os cidadãos (SILVA JÚNIOR, 1998, p. 101).

Além da considerável produção intelectual, as propostas do LAPA vem sendo postas em prática em projetos de governo, especialmente no governo Lula. Desta forma, decorre a inclusão na agenda política governamental a humanização da atenção e da gestão em saúde no SUS por meio da PNH.

A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO E A SUA INTERFACE COM O SERVIÇO SOCIAL

Os cenários postos ao Serviço Social e à Saúde Coletiva no Brasil evidenciam diferenças. No que tange ao referencial teórico, Matos (2003, p. 91) afirma que a hegemonia do marxismo no debate da Saúde Coletiva perdeu significativo espaço ao recorrer às “teorias não totalizantes”, enquanto isso não se identifica para o Serviço Social, “pelo menos ainda”. Contudo, um desafio atual para o Serviço Social tem sido o de responder a dificuldade de articular o fazer profissional com o projeto ético-político profissional e com o projeto da reforma sanitária (MATOS, 2003). Esta dificuldade está associada a ausência do debate no Serviço Social sobre o “como fazer”. Iamamoto (2005, p. 258) considera temas que o Serviço Social precisa retomar: “a relação indivíduo/sociedade; as relações entre as macro-análises e as micro-situações enfrentadas no cotidiano profissional; as relações entre o universal, o particular e o singular; as relações entre objetividade e subjetividade, questão da cultura” etc. A autora aponta também como debilidade o fato da profissão “não ter enfrentado com a mesma profundidade e intensidade as questões referentes às estratégias técnico-políticas da ação profissional”.

Na órbita desse debate se fundem questões relativas às atribuições privativas e as competências do assistente social na contemporaneidade, o respaldo do projeto ético-político oferecido no desenvolvimento das ações com estas características, as tendências teórico-analíticas que o assunto envolve e sua repercussão na prática profissional.

A materialização desse projeto está ancorada na proposição e planejamento das ações profissionais. Mito e Nogueira (2006) procuram definir as ações profissionais do Serviço Social vinculadas a evidência dos fatores sócio-econômicos, culturais e ambientais na determinação das condições de vida e saúde da população. Estes fatores

expressam, por sua vez, necessidades sociais em saúde que são caracterizadas por Cecílio (2001) e organizadas em quatro conjuntos: O primeiro diz respeito às boas condições de vida: a maneira como se vive se traduz em diferentes necessidades de saúde; o segundo conjunto refere-se a necessidade de se acessar e consumir tecnologias de saúde capazes de melhorar ou prolongar a vida; o terceiro abrange a criação de vínculos (a)efetivos entre usuário e profissional/equipe – estabelecimento de uma relação contínua, calorosa, que imprima o encontro de subjetividades; e o quarto conjunto aborda a necessidade das pessoas desenvolverem autonomia no seu modo de conduzir a vida, com ampla satisfação de necessidades.

O trabalho dos assistentes sociais na perspectiva de seu projeto e processos de intervenção envolve a reprodução da vida material e das formas de consciência social através das quais os usuários pensam e se posicionam perante os serviços de saúde e a própria vida em sociedade. Por isso, a necessidade de compromisso com a intervenção competente e fundamentada em concepções teórico-metodológicas sólidas. Estas se revertem em condições de trabalho e qualifica a relação com o usuário, interferem no processamento da ação e nos resultados individual e coletivamente projetados (MIOTO e NOGUEIRA, 2006).

A preocupação dos assistentes sociais com a resolutividade do sistema de saúde, de apurar no dia-a-dia seus princípios e diretrizes, deve vir acompanhada por uma visão analítica sobre o processo saúde-doença e de adensamentos conceituais que dão conta de responder ao modelo de atenção vigente. Por isso, a implantação de uma nova política, a PNH, num cenário de diferentes necessidades em saúde a serem superadas, do envolvimento de diferentes atores e profissionais com distintas formações, traz consigo a exigência de se pensar de que forma a categoria profissional vem assumindo

e/ou assimilando novas perspectivas e as relações que estabelecem com seu fazer cotidiano.

O Serviço Social há alguns anos começa a incorporar em seu cotidiano de trabalho a proposta da humanização. Embora ainda permeado por uma imprecisão conceitual e que é referenciada em ações que traduzem diferentes perspectivas que oscilam entre o senso comum e o fortalecimento da saúde como direito e espaço de cidadania para criação/reprodução de sujeitos, há que se evidenciar que o assistente social necessita estar atento para afirmação dos paradigmas que fundamentam seu projeto profissional e questionar idéias de humanização presentes no imaginário dos usuários e dos profissionais, que implicam em processos de aprisionamento, cooptação e capitalização do sujeito por um poder instituído (GERBER, ALVES E CHUPEL, 2006).

No contexto das disputas teóricas, ideológicas e políticas que atualmente se assentam nos espaços de discussão da saúde e das quais o Serviço Social também incorpora, é importante situar o diálogo com as correntes contemporâneas de Saúde Coletiva e levantar alguns questionamentos quanto a assimilação do Serviço Social de suas propostas. Exemplo disto são as dificuldades de inclusão na agenda político-científica de temas como “indivíduo e subjetividade”. Como equacionar essa discussão sem perder de vista a perspectiva crítico dialética na qual se apóia projeto profissional? No cotidiano da intervenção profissional do assistente social na política de saúde, não há como a profissão ficar à margem da PNH visto que, por um lado, um dos dispositivos apresentados para sua implementação é a criação de grupos de trabalho em que o assistente social é um dos profissionais que geralmente integra essas equipes, que são espaços privilegiados para definir orientações e propostas de humanização nas instituições de saúde. Por outro, a ausência dessa discussão tem levado muitos

assistentes sociais a aderirem acriticamente propostas alheias tanto ao projeto ético-político do Serviço Social como à afirmação da saúde como direito de todos e dever do Estado.

Importa ainda na relação entre o projeto profissional dos assistentes sociais com a proposta da PNH o fato de priorizarem uma “nova relação” com os usuários dos serviços oferecidos pelos profissionais. A partir do seu projeto profissional, na relação com o usuário cabe ao assistente social a busca por reiterar elementos como: “o compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população, aí incluída a publicidade dos recursos institucionais, instrumento indispensável para a sua democratização e universalização e, sobretudo, para abrir as decisões institucionais à participação dos usuários”, (NETTO, 2006, p. 15-16). Destaca-se finalmente que a efetivação dessa tarefa depende também de sua articulação com outros profissionais que compartilham de propostas similares pois, como Minayo (2006) aponta, é imprescindível incluir no universo em que se produzem os cuidados de saúde, os produtores em interação, suas representações e seus atos constatando o sofisticado desafio de realizar uma humanização verdadeira e abrangente.

ABSTRACT

The following article aims to discuss the thematic of humanization in health starting from the Humanization National Politics (HNP) constitution and its relations to Social Service, based on its ethic political project. The article considers that the consolidation process of the HNP occurs on a context of theoretical, ideological and political argumentation, demanding clarity of the social assistants when leading their work. On this context, the dialog with contemporaneous chains on Collective Health is emphasized and exposes some questions related to Social Service.

KEYWORDS: Health; Humanization; Humanization National Politics; Social Service.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/dsra/apresent-hum.htm>>. Acesso em: 12 jul. 2006.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 881/2001 GM. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/dsra/apresent-hum.htm>>. Acesso em: 12 jul. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**: Documento Base. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 12 jul. 2006.

BRAVO, M. I. Política de Saúde no Brasil. *In*: MOTA, A. E., *et al* (Orgs). **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. ABEPSS/OPAS, julho de 2006. CD ROM.

BRAVO, M. I.; MATOS, M. C. Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. *In*: BRAVO, M. I. *et al* (Orgs.). **Saúde e Serviço Social**. São Paulo/Rio de Janeiro: Cortez/UERJ, 2004.

CAMPOS, G. W. S. Prefácio. *In*: CARVALHO, S. R. **Saúde coletiva e promoção da saúde**: sujeito e mudança. São Paulo: HUCITEC, 2005.

CARVALHO, S. R. **Saúde coletiva e promoção da saúde**: sujeito e mudança. São Paulo: HUCITEC, 2005.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. *In*: PINHEIRO, R. e MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO/UERJ, 2001, p. 113–26.

DESLANDES, S. F. O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. **Interface**. São Paulo, n. 17, v. 9, p. 401-403, mar/ago. 2005.

ELIAS, P. E.. Pós-fácio II. *In*: COHN, A.; NUNES, E.; JACOBI, P.; KARSCH, U. S. **A saúde como direito e como serviço**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1999, p. 125–33.

GERBER, L. M. L.; ALVES, F. L.; CHUPEL, C. P. O projeto ético-político do Serviço Social e a intervenção profissional no âmbito da saúde: a sua interface com a Política

- Nacional de Humanização. **Anais do II Congresso Paranaense de Assistentes Sociais**. CRESS-PR/CFESS, outubro de 2006. CD ROM.
- GESTÃO MÉDICA. Qualidade: A vez do paciente. **Gestão médica**, n.4, jul/ago 2005, p. 24–6.
- IAMAMOTO, M. V. El debate contemporáneo del Servicio Social y la ética profesional. BORGIANNI, E.; GUERRA, Y.; MONTAÑO, C. (Org.). **Servicio Social Crítico - hacia la construcción del nuevo proyecto ético-político profesional**. São Paulo: Cortez/ Biblioteca Latinoamericana de Servicio Social, 2005. p. 249–70.
- MATOS, M. C. O debate do Serviço Social na saúde dos anos 90. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 74, p.85-117, 2003.
- MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. *In*: MENDES, E. V. (Org.). **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 3. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1995, p. 19–92.
- MENDES, E. V. (Org). **Uma Agenda para a Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.
- MINAYO, M. C. S. Sobre o humanismo e a humanização. *In*: DESLANDES, S. F. (org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006, p. 23–30.
- MIOTO, R. C. T.; NOGUEIRA, V. M. R. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os assistentes sociais. *In*: MOTA, A. E., et al (Orgs). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. ABEPSS/OPAS, julho de 2006. CD ROM.
- NETTO, J. P. A construção do projeto ético-político do Serviço Social. *In*: MOTA, A. E., et al (Orgs). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. ABEPSS/OPAS, julho de 2006. CD ROM.
- SILVA JÚNIOR, A.G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1998.

