

## A política nacional de humanização do SUS e o Serviço Social

**Regina Célia Pinheiro da Silva**

Prof. Ms. do Departamento de Serviço Social da UNITAU

**Adriana Davoli Arizono**

Prof. Ms. do Departamento de Serviço Social da UNITAU

### Resumo

O movimento da Reforma Sanitária representou uma mudança de paradigma na saúde pela abrangência dos determinantes sociais no processo saúde e doença. O SUS foi instituído visando à atenção integral e à participação comunitária, na gestão e no controle social. No entanto, os entraves históricos oriundos de um modelo tecnicista e com grande enfoque biologizante no atendimento, acrescidos de determinantes sociais, têm contribuído para um atraso em sua efetivação. Historicamente, relações burocráticas e impessoais, convergiram para a valorização da doença e não da pessoa doente. Desde a 9ª Conferência Nacional de Saúde o tema humanização vem sendo discutido, e em 2004, foi instituída a Política Nacional de Humanização do SUS. Tal política visa, entre outros aspectos, possibilitar um adequado acolhimento e escuta dos sujeitos. A contribuição do Serviço Social ao projeto de humanização é fundante no projeto ético-político da profissão, que tem nos direitos sociais seu alicerce e se configura no *ethos* interventivo da profissão pela experiência dos profissionais com o trabalho interdisciplinar e com a abordagem sócio-educativa. Nesta perspectiva, o desafio da humanização é a criação de uma nova cultura de atendimento, pela restituição da centralidade dos sujeitos na construção coletiva do SUS.

**Palavras-chave:** Sistema Único de Saúde; Humanização; Serviço Social; Direito à saúde.

### The health unified system's (SUS) national humanist politics and Social Work

#### Abstract

The Sanitary System Reform movement represents a paradigm change in Public Health by social determination span in the Health-sickness process. The Health Unified System (SUS), was created in order to achieve integral attention and community participation in social management and control. However, historical impediments arising from a technological model with a large biological approach in service, added to social elements, have contributed to a delay in its implementation. Historically, bureaucratic and impersonal relationships have converged to raise the value of illness and not of the sick person. The humanist theme has been discussed since the 9th National Health Conference and the SUS National Humanist Politics was created in the year 2.004. Such politics aims at making it possible to welcome and listen to people, among other aspects. The social work contribution to the humanist project is based on the professional ethical-politician project that is based on social rights and has its configuration in the intervention of the profession's *ethos* through the professional's experience on interdisciplinary work and with a social educational approach. According to this point of view, humanistic challenge is to create a new culture of service by restoring people's centralization in the collective building of SUS.

**Key-words:** Health Unified System (SUS); Humanism; Social Work; Health Rights

## Os antecedentes

A Reforma Sanitária iniciada na década de 70 “[...] tendo a saúde como eixo de transformação e a solidariedade como valor estruturante [...]” (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA, 2003, p. 21), se deu na construção do paradigma denominado medicina social ou saúde coletiva, organizado a partir das noções de determinação social do processo saúde-doença. Segundo Gerschman (1989, p. 126) ocorreu o [...] abandono da noção de causalidade e sua substituição pelo conceito de determinação. São características deste modelo “(...) a construção de um arco de alianças políticas na luta pelo direito à saúde; a criação de instrumentos de gestão democrática e controle social sobre o sistema de saúde” (TEIXEIRA, 1995, p. 40).

O processo da Reforma Sanitária brasileira acabou por desembocar na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), e permitiu que a afirmativa contida em seu relatório final assegurando a saúde como direito de todos e dever do Estado fosse incorporada pela constituinte na Constituição Federal Brasileira de 1988. O acesso à saúde como direito de cidadania foi regulamentado pela Lei n. 8080 de 1990 e pela Lei n. 8142, do mesmo ano, que determinou a participação e o controle da comunidade, e o repasse de recursos. Desde então, a saúde teve vários avanços. Em que pese os avanços no sentido de superação da centralização excessiva presente nas políticas de saúde anteriores a 1988, considera-se que o projeto de seguridade social no Brasil, bem como outros modelos de proteção social latino-americanos, sofre com a “(...) fragmentação institucional, frágil capacidade regulatória e fraca tradição participativa da sociedade.” (DRAIBE, apud NORONHA; LIMA; MACHADO, 2006, p. 47). Persistem problemas de gestão e de capacitação de recursos humanos que têm ensejado um processo mais lento do que o desejado na consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde.

Arouca (apud DÂMASO 1995, p. 80), ao assinalar a constituição da saúde coletiva afirma que, inicialmente, “[...] a concepção da medicina preventiva rompe com a tradição higienista e curativa dominante [...]” reconhecendo a perspectiva social no diagnóstico, mas sem conseguir superar os obstáculos práticos da atuação, pela impossibilidade de superação dos determinantes sociais na causação de doenças.

Estes determinantes sociais se constituem por elementos econômicos e sociais que interferem na situação de saúde e se expressam em desigualdades como: má distribuição de renda, falta ou dificuldades de saneamento básico, baixa escolaridade, condições precárias de habitação, trabalho, meio ambiente (LOPES, 2006), dificultando a universalização dos bens e serviços em saúde. Isto se verifica, uma vez que as políticas econômicas são articuladas para “[...] produzir crescimento ou estabilidade monetária e não necessariamente de melhorar as condições de vida das pessoas.” (CAMPOS, 2005, p. 2).

A construção do Sistema Único de Saúde tem se processado, apesar das políticas econômicas neoliberais que implicam na redução do papel Estado e nos investimentos, nas políticas públicas, conseqüentemente, nas da área da saúde. Se já encontrávamos vários problemas nesta área, com a opção neoliberal estes se agravam. O direito à saúde está longe de

ser uma realidade. O Estado não investe o necessário, os trabalhadores não são remunerados satisfatoriamente, os gestores não contam com os recursos e equipamentos que deveriam, e a população não participa do controle dos seus direitos.

Na atenção à população, foi mantida uma abordagem reducionista. O deslocamento paradigmático na saúde não correspondeu à superação da abordagem organicista (DÂMASO, 1989). Em decorrência de tal enfoque, a atenção é prioritariamente focada na doença em detrimento da pessoa doente. O amplo entendimento dos aspectos que se relacionam ao adoecimento humano não tem tido correspondência na atenção dispensada. As relações em todos os níveis, como entre gestores e profissionais e entre estes e os usuários, são marcadas por posturas hierárquicas e burocratizadas, ficando a desejar, especialmente, para o usuário de saúde. Além disso, o acirramento da competição entre as pessoas tem gerado cada vez menos cooperação, sentimento do coletivo e solidariedade, distanciando o alcance do SUS que queremos.

Carlos Drummond de Andrade em seu poema *O homem; as viagens*, datado de 1969, após relato em que o homem “chateado na Terra” vai de um planeta a outro, colonizando-os e humanizando-os, termina afirmando:

Restam outros sistemas fora  
do solar a colonizar.  
Ao acabarem todos  
só resta o homem  
(estará equipado?)  
a difícilíssima e dantesíssima viagem  
de si a si mesmo:  
por o pé no chão  
do seu coração  
experimentar  
colonizar  
civilizar  
humanizar  
o homem  
descobrir em suas próprias inexploradas entranhas  
a perene, insuspeitada alegria  
de CONVIVER.

É essa convivência humanizada que o SUS procura resgatar.

### **A humanização como política nacional na área da saúde**

As Conferências de Saúde, como instâncias de representação da sociedade civil reafirmam e atualizam as discussões na construção permanente do Sistema Único de Saúde. Segundo Viana (2004), as reflexões sobre humanização tornam-se presentes, a partir da 9ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1992, sendo parte do tema da 11ª CNS (2000). Em 2003 o Ministério da Saúde define, como uma de suas prioridades, a humanização do SUS.

A primeira reflexão a ser feita com relação à proposta de humanização é que, se ela torna-se necessária, fica claro que havia, pelo menos em parte significativa das práticas de saúde, uma “desumanização” revelando as lacunas do SUS como os “[...] poucos dispositivos de fomento à co-gestão e à valorização e inclusão dos gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde; [...] modelo de atenção centrado na relação queixa-conduta.” (BRASIL, 2006a, p. 15-16). Historicamente, os diversos órgãos que lidam com a saúde, em especial a saúde pública, têm desenvolvido suas ações com os usuários de forma burocrática, impessoal e automatizada. As necessidades subjetivas dos usuários quase nunca são consideradas. Na maioria das vezes, a atenção e o acolhimento ficam circunscritos às situações em que a abordagem rotineira não se mostra adequada, isto é, quando a atenção à subjetividade do usuário se torna imperativa, tanto na perspectiva do doente quanto do profissional. Como afirma Campos (2005, p. 1), existe até um “[...] embrutecimento das relações interpessoais no SUS, quer sejam relações entre profissionais, quer seja destes com os usuários.” São inúmeros os exemplos, por todos presenciados, de casos em que aparece a completa inadequação desse atendimento.

Kunkel (apud MENDES SOBRINHO; LIMA, [2007 ou 2008], p. 4) questiona:

“Como se pode falar de humanização se a pessoa é dividida em inúmeras partes, se ela é toda fragmentada em órgãos e sistemas? Como se pode falar de humanização se, para tratar de um problema de saúde, a pessoa é encaminhada de um especialista para outro, sem soluções adequadas e, muitas vezes, sem sequer ser ouvida? Se cada profissional olha para um pedaço do seu corpo como se pedaços isolados tivessem vida autônoma? ”

A partir do exposto, a política de humanização surge como a busca pelo redimensionamento da atenção em direção às balizes que engendraram o atual modelo de assistência pública à saúde. Viana (2004, p. 7) afirma que o Ministério da Saúde, buscando a “[...] construção de uma cultura de atendimento humanizada [...]”, implementou programas como o Parto Humanizado, Mãe Canguru, Hospital Amigo da Criança e o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), esse em 2001.

Assim, quando o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Atenção à Saúde e do Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, apresenta em 2004 o *Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS*, uma nova possibilidade de atendimento se anuncia. O documento afirma que “Por humanização entendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores.” (BRASIL, 2006a,

p. 8), e que ela é uma política e não um programa. Por isso mesmo, deve perpassar todas as ações, em todos os níveis de atenção à saúde com vistas à autonomia dos sujeitos de maneira a torná-los protagonistas e comprometidos com a obtenção de sua saúde, com o aumento da corresponsabilidade e da participação coletiva, a criação de vínculos solidários, a melhoria das condições de trabalho e do atendimento, e o compromisso com a ambiência que se caracteriza por um: “Ambiente físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar relacionado a um projeto de saúde [...] voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana.” (BRASIL, 2006a, p. 35).

O mesmo documento aponta os problemas do SUS em relação aos trabalhadores de saúde, que incidem diretamente na relação destes com os usuários.

“[...] a desvalorização dos trabalhadores de saúde, a expressiva precarização das relações de trabalho, o baixo investimento num processo de educação permanente desses trabalhadores, a pouca participação na gestão dos serviços e o frágil vínculo com os usuários.” (BRASIL, 2006a, p. 8)

Na efetivação da Política Nacional de Humanização (PNH) como política pública de saúde, o Ministério da Saúde estabeleceu alguns princípios norteadores como: valorização da dimensão subjetiva, coletiva e social garantindo os direitos dos cidadãos; realização de trabalho em equipe multiprofissional; construção de redes cooperativas; fortalecimento do controle social; valorização da ambiência possibilitando um saudável ambiente de trabalho (BRASIL, 2006a).

A humanização como proposta de intervenção nos processos de trabalho e na geração de qualidade da saúde, “[...] coincide com os próprios princípios do SUS, enfatizando a necessidade de assegurar atenção integral à população e estratégias de ampliar a condição de direitos e de cidadania das pessoas.” (SANTOS FILHO, 2007, p. 1001). Segundo o Ministério da Saúde,

“Humanizar a atenção à saúde é valorizar a dimensão subjetiva e social, em todas as práticas de atenção e de gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados, etc.). É também garantir o acesso dos usuários às informações sobre saúde, inclusive sobre os profissionais que cuidam de sua saúde, respeitando o direito a acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha). É ainda estabelecer vínculos solidários e de participação coletiva, por meio da gestão participativa, com os trabalhadores e os usuários, garantindo educação permanente aos trabalhadores do SUS de seu município.” (BRASIL, 2008)

Segundo o documento da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (2006), a humanização deve colocar como centro de suas ações o cidadão. Isto implica também, em que seja resgatado o conceito de promoção em saúde contido na Carta de Otawa resultante da I Conferência Internacional de Promoção da Saúde realizada no Canadá em 1986, que “[...] incorporou a importância e o impacto das dimensões sócio-econômicas, políticas e culturais sobre as condições

de saúde.” (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2000, p. 13): “Promoção da Saúde é o processo que confere ao povo os meios para identificar os determinantes da saúde e exercer controle sobre eles, de modo a assegurar a qualidade de vida da população.” (XAVIER, 2000, p.6). Assim como, estar atento à integralidade de ações, que é a organização das ações de saúde, com a visão do indivíduo como um todo, como ser biopsicossocial, histórico e cultural, atuando em todas as fases do processo saúde-doença.

No desafio da promoção à saúde é necessária a superação, anteriormente comentada, da perspectiva biologizante. Tal perspectiva tem definido a relação profissionais de saúde-usuários. Para os profissionais, o imperativo da determinação biológica das doenças se confirma no crescente aumento dos recursos diagnósticos, possíveis pela sofisticação dos aparelhos e exames. Tal incremento não tem redundado no bem-estar da população, que espera a remissão de sintomas e desconfortos físicos e emocionais como sinônimo de recuperação de saúde. Ainda que ela possa ocorrer no âmbito individual, a manutenção de condições de vida desfavoráveis implica na deterioração constante da saúde da população. Portanto, a promoção da saúde encerra uma dimensão política.

O controle por parte da população dos determinantes em saúde proposto por Xavier (2000) é, em nosso entendimento, um mote para o empoderamento por parte da população em direção à condução social, na atenção e promoção da saúde. Portanto, a promoção da saúde encerra uma complexidade: redimensionar o humano, para além do corpo doente e a efetivação da saúde como bem e direito coletivos. Implica no reposicionamento dos usuários na centralidade das ações em saúde.

Martinelli (1999), citando Thompson, afirma que, na pesquisa qualitativa a colocação da centralidade no sujeito se dá através do conhecimento de seu modo de vida. O conceito de modo de vida abarca a experiência e a consciência, como atributos da cultura. Isto é, implica tanto nas condições materiais objetivas de existência, como no significado atribuído a elas pelos indivíduos em seu viver histórico: “A experiência como a mais rica das possibilidades humanas, como a exploração aberta do mundo e de nós mesmos, como o fazer-se histórico dos sujeitos. Consciência: modo como os sujeitos elaboram a sua vivência, a sua experiência social cotidiana.” (THOMPSON, apud MARTINELLI, 2005, p.119). A centralidade no sujeito, proposta por Martinelli, se aplica na reflexão sobre a Política de Humanização. A informação e o diálogo, em todos os níveis de relações, se tornam meios para que os usuários possam participar, não somente da prevenção, do tratamento e da recuperação/reabilitação de sua saúde, mas, principalmente, como agentes coletivos na construção do SUS.

A PNH vem contribuir para que as ações de saúde aconteçam, de forma a garantir que os cidadãos, nesse processo, sejam acolhidos em seus direitos e necessidades de saúde. O acolhimento implica num acesso adequado à rede de serviços, a ouvir o usuário com atenção, ao modo como é recebido e incluído em todas as unidades da rede pública de saúde. Historicamente, o acolhimento aparecia, algumas vezes, em atitudes voluntárias, em profissionais reconhecidos

como bondosos e, em outras, imbuído de conotações de favor (BRASIL, 2006b). Com isso, o usuário não percebia aquela “atenção” como direito.

“O acolhimento no campo da saúde deve ser entendido, ao mesmo tempo, como diretriz ética/estética/política constitutiva dos modos de se produzir saúde e ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia de acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços.” (BRASIL, 2006b, p. 18)

Segundo o Ministério da Saúde, o acolhimento implica que cada profissional envolvido no processo de saúde assuma seu protagonismo, esteja aberto e valorize o encontro com o outro, com uma postura de escuta e compromisso. O trabalho deve ser desenvolvido através de equipe, composta por diversos profissionais, de maneira a facilitar a construção coletiva de propostas e a elaboração de projetos terapêuticos. Os serviços devem ser reorganizados, para possibilitar essa mudança e garantir que os profissionais também sejam acolhidos em suas necessidades profissionais, entre elas, a de biossegurança (BRASIL, 2006b).

Na efetivação dessa política o documento indica que o acolhimento das pessoas que, espontaneamente, procuram o serviço de saúde deve ser realizado por profissional da equipe técnica, composta esta, na área da saúde, pelos profissionais de nível universitário como assistentes sociais, enfermeiras, psicólogos etc. Apesar de o acolhimento ser pertinente a todos os profissionais da unidade, os que fazem parte da equipe técnica se encontram mais preparados para o ato da escuta qualificada, a identificação de vulnerabilidades, a construção de vínculos como ação terapêutica, a organização de grupos, a elaboração e utilização de dados com informações sobre os usuários, o conhecimento da rede de apoio e proteção social (BRASIL, 2006b).

O exposto nos leva a pensar que os desafios na construção de uma política de humanização se voltam, necessariamente, à revisão permanente do processo formativo dos cursos de graduação que demandam profissionais para atuação na área da saúde. Este processo deve garantir uma formação que contemple a saúde humana em toda sua complexidade. Para Campos (2005), deve-se buscar resgatar os valores que defendem a vida, que desalienem e possibilitem a execução do trabalho de maneira criativa e prazerosa.

“[...] a formação dos profissionais não deve ser só técnica, tem que compreender cultura, sistema e relação já que a atenção integral não se dará desqualificando a cultura das populações [...] a mudança na graduação deve envolver também domínio técnico, compreensão dos processos de organização da vida e compreensão de que os eventos de adoecimento não são apenas biológicos, são eventos de uma história de vida.” (CECCIM, apud MACHADO, 2004, p. 16)

É necessário que o modelo pedagógico de educação se pautem na problematização da realidade, de forma a garantir que, tanto na formação inicial (seja referente à graduação ou aos cursos técnicos), quanto na formação continuada (capacitação permanente dos trabalhadores), o

sentido do humano seja resgatado como enfrentamento da prevalência do capital. Através de um ensino crítico em que “[...] além da técnica outros valores são integrados ao ensino, e a técnica não se torna uma prática isolada de toda a discussão [...]” (MENDES SOBRINHO; LIMA, [2007 ou 2008], p. 7) pode ser obtido, inclusive, que os diversos profissionais que trabalham na área da saúde reconheçam e experienciem a contribuição de cada área do conhecimento para o alcance da saúde de toda a coletividade.

Neste sentido, o trabalho em equipe interdisciplinar que se caracteriza por uma coesão entre os profissionais, atitudes mais cooperativas visando alcançar objetivos comuns, clareza de linguagem e comunicação, horizontalidade nas relações e, não apenas por um sistema de referência e contra-referência próprio dos trabalhos multiprofissionais, em muito contribui para a troca de saberes e complementaridade de olhares. Historicamente, os saberes que se colocaram distantes de uma abordagem biologizante se tornaram menores, enquanto contribuição na abordagem da saúde. Em busca de reverter essa cultura, o trabalho em equipe deve se iniciar já na graduação, em atividades de extensão e em ações que possibilitem o trabalho conjunto e o crescimento humanizado de todos, uma vez que “[...] os processos educativos e formativos [...] são constituídos e constituintes das relações sociais [...]” (CATANI; OLIVEIRA; DOURADO, apud MENDES SOBRINHO; LIMA, [2007 ou 2008], p. 6). Uma melhor relação entre os profissionais irá facilitar a realização de um trabalho integrado.

### **Serviço Social, cultura política e humanização**

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

Na saúde, nos anos 80, o movimento de Reforma Sanitária contribuiu na implantação do Sistema Único de Saúde, que visava assegurar, através de seus princípios, os direitos sociais. Entretanto, a agenda da contra-reforma neoliberal tem dificultado a garantia dos direitos legalmente constituídos. Os aspectos históricos deste processo são complexos e não é nosso propósito aprofundá-los. Interessa-nos assinalar que a relação entre saúde, enquanto política pública, e Serviço Social, tem em comum a pauta dos direitos sociais como mencionam Paiva et al (1983, p. 168): “O campo de atuação privilegiado do Serviço Social circunscreve-se em torno da viabilização de direitos sociais, expressos principalmente nas políticas sociais, programas institucionais e benefícios [...]”. Concordamos, portanto, com a afirmativa de Matos (2003, apud BRAVO; MATOS, 2006, p. 213) de que “[...] o trabalho do assistente social na saúde que queira ter como norte o projeto ético-político profissional tem que, necessariamente, estar articulado ao projeto da reforma sanitária.”

Em sua formação, entre outros aspectos, o assistente social é preparado para a humanização das relações, a escuta, o diálogo, o reconhecimento dos direitos de cidadania, o

perceber e apreender o outro, em sua alteridade. O cotidiano com sua rotina, condicionamentos, robotizações e competitividades tão comuns, especialmente no contexto neoliberal, faz com que as relações sejam coisificadas e o outro visto como objeto de nossas ações. É necessário por parte dos profissionais que atuam na área da saúde, o preparo para uma transformação das suas práticas.

A prática do assistente social mostra que ele pode contribuir em várias demandas e não somente intervindo nas situações vividas pelos usuários (BRAVO; MATOS, 2006). Apesar da nossa intenção com essas reflexões ser a de abordar a relação da prática profissional com a humanização no âmbito das relações profissional-usuário, não podemos deixar de nomear a participação e assessoria dos assistentes sociais aos Conselhos de Saúde, o trabalho em ouvidorias, na capacitação de gestores, bem como reafirmar a relevância e a necessidade de que o assistente social seja incluído nas equipes mínimas do Programa de Saúde da Família (PSF).

Como o assistente social encontra-se capacitado para a identificação dos determinantes sociais e na apreensão das vulnerabilidades sociais que interferem na qualidade de vida e saúde dos usuários, sua colaboração é fundamental para garantir que a pessoa seja vista em sua integralidade e não apenas como um corpo doente, e na viabilização de estratégias para o enfrentamento destes problemas. Neste sentido, sua colaboração e integração em equipes interdisciplinares são fundamentais no processo de ampliação da abordagem aos usuários, de modo que a multidimensionalidade do humano, reconhecida nos princípios da saúde coletiva, fundante da Reforma Sanitária e do SUS, se traduza em alterações nas práticas de saúde e na humanização do atendimento.

Ao poder público cabe melhorar as condições de vida e garantir a qualidade de saúde da coletividade. Consideramos que a humanização passa, também, pela necessidade de que cada pessoa assuma a responsabilidade que lhe cabe na promoção de sua saúde. No entanto, sabemos que a cultura política de grande parcela da população, acostumada e, mesmo, às vezes, condicionada a aceitar tudo pronto, levou-a a, passivamente, receber a ação/intervenção dos profissionais que cuidam da sua saúde que, por sua vez, historicamente, sempre colocou como paciente, aquele que sofre (BRASIL, 2006a). Enquanto tal cultura se perpetua não se reivindica, não se reconhecem direitos; ao contrário, se instala uma naturalização na forma de olhar o cotidiano em suas implicações na saúde. Isto é, tanto por parte dos profissionais de saúde como pelos usuários e gestores, há, quase sempre, uma desconsideração com os determinantes sociais e emocionais na ocorrência de doenças, o que se reflete na atenção dispensada no cotidiano dos serviços de saúde.

A subjetivação e a humanização na promoção da saúde passam por todos. O Serviço Social tem a contribuir no processo de revalorização dos agentes envolvidos com a saúde, acima referidos pelo caráter interventivo da profissão, na criação de condições para a releitura e análise crítica do que se entende por saúde-doença, propiciando a revisão do papel dos atores sociais, em todas as suas possibilidades políticas. Intensificar a participação e o compromisso com a saúde coletiva através de atividades sócio-educativas com usuários, trabalhadores, ou gestores em todos

os níveis de atenção à saúde são contribuições possíveis para o profissional assistente social. A mobilização dos sujeitos é essencial na humanização, pois esta só será viabilizada com a participação deles. Ao assistente social cabe propiciar condições para que a consciência da população passe, através de um processo sócio-educativo que privilegie a abordagem grupal, de uma perspectiva ingênua e alienada, para a crítica, sem a qual ele não será capaz de refletir sobre a causa de seus problemas, assumir responsabilidades, dialogar e argumentar deixando de lado posições quietistas (FREIRE, 1971). Na relação do homem com a realidade, pela reflexão sobre seu contexto de vida e suas condições de saúde, ele poderá resgatar sua centralidade.

Como afirmam Nogueira-Martins e Bógus (2004), a promoção e humanização da saúde são processos longos, dinâmicos e relacionados a cada contexto. A resistência às mudanças sejam elas pessoais, sociais e/ou institucionais são, de certa forma, naturais uma vez que, no antigo e conhecido, as pessoas se sentem seguras. É preciso tempo para que as dificuldades possam ser superadas, para que os sujeitos possam olhar a realidade de forma diferente. Para isso há necessidade de um processo reflexivo continuado, que possibilite aos sujeitos perceberem suas ações e a que elas induzem: ao autoritarismo, individualismo, violência e distanciamento do outro, ou à convivência ética, solidariedade, fortalecimento dos sujeitos e construção de relações positivas, de maneira que sejam incorporadas culturalmente como novas respostas do ser humano.

Apenas o conhecimento sobre a PNH não é suficiente para provocar mudanças. Essa implica numa revisão de valores, conceitos e posturas por parte de todos os sujeitos envolvidos no processo da saúde. Cabe a cada um, empenho para transformar a Política Nacional de Humanização, de utopia em uma realidade alcançável.

**Referências bibliográficas**

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA et al. O SUS pra valer: *universal, humanizado e de qualidade*. *Radis*, Rio de Janeiro, n. 49, p. 20-27, set. 2006.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. São Paulo: IMESP, 1988.
- \_\_\_\_\_. 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*. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Humanização e ampliação (PNH). Disponível em: <[http://portalsaude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=27147](http://portalsaude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=27147)>. Acesso em: 29 jan. 2008.
- BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, Ana Elizabete et al (Orgs.) *Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Cortez, 2006.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? *Interface: comunicação, saúde, educação*, v. 9, n. 17, p. 389-406, mar./ago. 2005. Disponível em: <<http://64.233.169.104/search?q=cache:1iQ1mLDMkgj:www.scielo.br/pdf/icse/v9n17....>>. Acesso em: 30 mar. 2008.
- DÂMASO, Romualdo. Saber e prática na Reforma Sanitária: avaliação da prática científica no Movimento Sanitário. In: TEIXEIRA, Sonia Fleury. *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. 2. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 1995. p. 61-90.
- FREIRE, Paulo. *Educação como prática da liberdade*. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1971.
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Saúde pública, promoção da saúde, qualidade de vida. *Tema*, Rio de Janeiro, n. 19, maio 2000.
- GERSCHMAN, Sílvia. Sobre a formulação de políticas sociais. In: TEIXEIRA, Sonia Fleury. *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. 2. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 1995. p. 119-138.
- LOPES, Claudia Rabelo. Movimento contra as iniquidades. *Radis*, Rio de Janeiro, n. 45, p. 11, maio 2006.
- MACHADO, Kátia. Integralidade, a cidadania do cuidado. *Radis*, Rio de Janeiro, n. 27, p. 15-16, nov. 2004.
- MARTINELLI, Maria Lúcia. O uso de abordagens qualitativas em Serviço Social. In: MARTINELLI, Maria Lúcia (Org.). *Pesquisa qualitativa: um instigante desafio*. São Paulo: Veras, 1999. p. 19-30.
- \_\_\_\_\_. Os métodos na pesquisa. A pesquisa qualitativa. In: *Temporalis: revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social*, ano V, n. 9, p. 117-127, jan./jun., 2005.
- MENDES SOBRINHO, Leila; LIMA, Thiago Firmino de. *O papel da educação na humanização do sistema de saúde*. [2007 ou 2008]. Disponível em:

<<http://64.233.169.104/search?q=cache:pES0jVzppBIJ:www.portaleducacao.com.br/ar....>>. Acesso em: 30 mar. 2008.

NOGUEIRA-MARTINS, Maria Cezira Fantini; BÓGUS, Cláudia Maria. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 13, n. 3, p. 44-57, set./dez. 2004.

NORONHA, José Carvalho de; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. A gestão no Sistema Único de Saúde: características e tendências. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde no Brasil: contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, p 45-82 (série Textos Básicos de Saúde).

PAIVA, Beatriz Augusto de et al. O Código de Ética de 1983: signo da renovação do Serviço Social no Brasil. In: BONETTI, Dilséa Adeodata et al (Org.). *Serviço Social e Ética: convite a uma nova práxis*. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2001. p. 159-173.

SANTOS FILHO, Serafim Barbosa. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 999-1010, 2007.

TEIXEIRA, Sonia Fleury. Reflexões teóricas sobre democracia e Reforma Sanitária. In: TEIXEIRA, Sonia Fleury. *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. 2. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 1995. p. 17-46.

VIANA, Rejane Vieira. *A humanização no atendimento: construindo uma nova cultura*. 2004. 122 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública – Gestão de Sistemas de serviços de Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro 2004.

XAVIER, Caco. Cidade saudável: uma filosofia e uma idéia. *Temas*, Rio de Janeiro, n. 19, maio 2000.