

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO – UFMA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS
MESTRADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

SUENE DA SILVA RODRIGUES

**A IDEOLOGIA DA HUMANIZAÇÃO E O PROJETO ÉTICO-POLÍTICO DO
SERVIÇO SOCIAL:** tendências e perspectivas no trabalho do assistente social no
Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA)

SÃO LUÍS- MA

2023

SUENE DA SILVA RODRIGUES

**A IDEOLOGIA DA HUMANIZAÇÃO E O PROJETO ÉTICO-POLÍTICO DO
SERVIÇO SOCIAL: tendências e perspectivas no trabalho do assistente social no
Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Cristiana Costa Lima.

SÃO LUÍS- MA

2023

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Rodrigues, Suene da Silva.

A IDEOLOGIA DA HUMANIZAÇÃO E O PROJETO ÉTICO-POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL : tendências e perspectivas no trabalho do assistente social no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão HUUFMA / Suene da Silva Rodrigues. - 2023.

196 f.

Orientador(a): Cristiana Costa Lima.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas/ccso, Universidade Federal do Maranhão, Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas, 2023.

1. Ideologia da humanização. 2. Política Nacional de Humanização. 3. Projeto Ético-Político do Serviço Social. 4. Serviço Social. I. Costa Lima, Cristiana. II. Título.

SUENE DA SILVA RODRIGUES

**A IDEOLOGIA DA HUMANIZAÇÃO E O PROJETO ÉTICO-POLÍTICO DO
SERVIÇO SOCIAL: tendências e perspectivas no trabalho do assistente social no
Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Cristiana Costa Lima.

Aprovada em: 06 de setembro de 2023

BANCA EXAMINADORA

Cristiana Costa Lima (orientadora)

Doutora em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Maranhão

Cleonice Correia Araújo

Doutora em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Maranhão

Mariana Cavalcanti Braz Berger

Doutora em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Maranhão

Para todas/os as/os assistentes sociais que trabalham no campo da saúde. Principalmente aquelas que eu tive o prazer de conhecer ao escrever essa dissertação.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, por sempre renovar minhas energias para continuar com minhas tarefas sem desanimar.

A conclusão da minha jornada que foi o mestrado não teria ocorrido sem a presença de algumas pessoas que tenho minha eterna gratidão.

Agradeço ao meu pai e melhor amigo Selmo, que sempre me apoiou e deu o suporte necessário para que eu escrevesse e estudasse sem preocupações. Ao meu irmão Selmo Jr, mesmo distante sempre presente na minha vida me ajudando no que precisasse. Agradeço àqueles sempre presentes no meu dia a dia. Minha avó Conceição, Minha tia Dudu e minha prima Gleice. Sempre compressivas comigo e dispostas a ajudar no que fosse possível.

Um agradecimento especial à minha orientadora professora Cristiana, que desde a graduação me acompanha sempre me motivando e me ensinando com paciência e compreensão. Todo esse tempo tem sido de muito aprendizado. Espelho-me em você como profissional.

Agradeço as professoras do GSERMS, foram muito enriquecedores os debates e as exposições que tive junto ao grupo de pesquisa, contribuindo para o meu amadurecimento teórico. A todos os professores do Programa de Políticas Públicas por essa oportunidade de crescimento tanto profissional quanto pessoal. A coordenação, em especial a Ana, sempre disposta a atender-me no que fosse necessário. Sou grata também pela banca maravilhosa composta pelas professoras Cleonice e Mariana. Ambas sempre dispostas a colaborar com o trabalho fazendo observações perspicazes. Agradeço também por ter encontrado pessoas incríveis durante essa etapa da minha vida acadêmica, em especial a Virgínia e Gleisa. Amizades que desejo levar para a vida.

Agradeço às entrevistadas que se disponibilizaram e me ajudaram durante o processo de pesquisa de campo, essa dissertação não seria possível sem a colaboração de todas vocês, serei sempre grata.

Sou grata a Leila e a Paloma que me ajudaram no processo de submissão do trabalho ao comitê de Ética do HUUFMA e a Plataforma Brasil. Orientando-me com toda paciência e sanando todas as minhas dúvidas.

Desconfiai do mais trivial, na aparência
singelo.

E examinai, sobretudo, o que parece
habitual.

Suplicamos expressamente: não aceiteis
o que é de hábito como coisa natural,
pois em tempo de desordem sangrenta,
de confusão organizada,
de arbitrariedade consciente,
de humanidade desumanizada,
nada deve parecer natural,
nada deve parecer impossível de mudar.

Nada é Impossível de Mudar (Bertold
Brecht)

RESUMO

A Política Nacional de Humanização (PNH) foi aprovada no primeiro governo de Luís Inácio Lula da Silva, em 2003, após uma revisão do antigo Programa Nacional de Humanização e Assistência Hospitalar (PNHAH) e tem como um dos objetivos a mudança de cultura dos atendimentos nos serviços de saúde. A implantação da PNH, política transversal ao Sistema Único de Saúde (SUS), teria como objetivo trazer maior qualidade na saúde e melhoria nos atendimentos que passariam a ser mais humanizados. Buscando-se analisar a política de humanização para além de sua aparência pode-se identificar que uma ideologia da humanização se faz presente na mesma destacando-se características como o a-historicismo, destaque para as questões subjetivas, foco na comunicação e a superficialidade ao tratar das problemáticas enfrentadas pela saúde pública. Em seus documentos nota-se a falta de articulação com os aspectos político, econômico e social do país. Há a presença de um “romantismo arraigado” com a proposta de humanização das relações estabelecidas no sistema capitalista, que em seu cerne carrega a desumanização. A PNH se alinha às propostas do Projeto Neoliberal para a Saúde de privatização, terceirização, subfinanciamento do setor além de propor a desresponsabilização do Estado. Existe também a sua articulação com a institucionalização dos novos modelos de gestão no SUS. O Serviço Social, profissão que compõe a equipe técnica da saúde, também faz parte do quadro de profissionais que trabalham diretamente com as propostas de humanização tanto por meio do Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) quanto em seus atendimentos diários. O Projeto Ético-Político (PEP) do Serviço Social tem como base o pensamento marxista e possui entre seus princípios a liberdade e a emancipação humana além da superação do atual projeto societário. Além disso, o Projeto Ético-Político também se alinha às propostas do Projeto da Reforma Sanitária na afirmação da saúde como direito e dever do Estado. A concepção de humanização presente no marxismo tem o trabalho como categoria central no processo de transformação do ser humano em ser social. Porém, o capitalismo altera a natureza do trabalho o tornando elemento de desumanização através da alienação. Tendo como método o materialismo histórico-dialético buscou-se compreender através da articulação entre a pesquisa de campo, documental e bibliográfica como os/as assistentes sociais apreendem a PNH. As bases teórico-ideológicas no qual foram construídos a PNH (alinhado ao projeto neoliberal e

pensamento pós-moderno) e o PEP (alinhada ao marxismo) são diferenciadas o que reflete na definição de humanização presente em ambos. Percebeu-se que as questões que permeiam a humanização acabam sendo dissolvidas em meio ao cotidiano alienante e os atendimentos imediatistas das profissionais. Apesar de existirem críticas à PNH as mesmas não chegam a apontar para a essência de questões pertinentes e problematizar as suas intencionalidades. Há o afastamento da perspectiva de humanização como proposto pelo marxismo, base do PEP. Apesar de ser reconhecida a necessidade da apropriação do Projeto Ético-Político não há a internalização dos seus princípios o que deixa frestas para que outras concepções tenham espaço e passem a ser reproduzidas, como a ideologia da humanização.

Palavras-chave: Serviço Social, Projeto Ético-Político do Serviço Social, Política Nacional de Humanização, Ideologia da humanização.

ABSTRACT

The National Humanization Policy (PNH) was approved in the first government of Luís Inácio Lula da Silva, in 2003, after a review of the former National Program for Humanization and Hospital Care (PNHAH) and has as one of its objectives the change of culture of care in health services. The implementation of the PNH, a cross-cutting policy to the Unified Health System (SUS), would aim to bring greater quality in health and improvement in care that would become more humanized. By analyzing the humanization policy beyond its appearance, it can be identified that an ideology of humanization is present in it, highlighting characteristics such as a-historicism, emphasis on subjective issues, focus on communication and superficiality when dealing with the problems faced by public health. Its documents lack articulation with the political, economic and social aspects of the country. There is the presence of an "ingrained romanticism" with the proposal of humanizing the relationships established in the capitalist system, which at its core carries dehumanization. The PNH is aligned with the proposals of the Neoliberal Project for Health of privatization, outsourcing, underfunding of the sector in addition to proposing the de-responsibility of the State. There is also its articulation with the institutionalization of new management models in the SUS. The Social Service, a profession that makes up the technical health team, is also part of the professional staff that works directly with the humanization proposals both through the Humanization Working Group (GTH) and in their daily care. The Ethical-Political Project (PEP) of Social Work is based on Marxist thought and has among its principles freedom and human emancipation in addition to overcoming the current societal project. In addition, the Ethical-Political Project also aligns with the proposals of the Health Reform Project in affirming health as a right and duty of the State. The conception of humanization present in Marxism has work as a central category in the process of transformation of the human being into a social being. However, capitalism changes the nature of work making it an element of dehumanization through alienation. Using the method of dialectical historical materialism, we sought to understand through the articulation between field, documentary and bibliographic research how social workers apprehend the PNH. The theoretical-ideological bases on which the PNH (aligned with the neoliberal project and postmodern thought) and the PEP (aligned with Marxism) were built are differentiated, which reflects the definition of humanization present in both. It was noticed that the

issues that permeate humanization end up being dissolved amid the alienating daily life and the immediate care of the professionals. Although there are criticisms of the PNH, they do not point to the essence of relevant issues and problematize its intentions. There is a departure from the perspective of humanization as proposed by Marxism, the basis of the PEP. Although the need for appropriation of the Ethical-Political Project is recognized, there is no internalization of its principles, which leaves gaps for other conceptions to have space and to be reproduced, such as the ideology of humanization.

Keywords: Social Work, Ethical-Political Project of Social Work, National Humanization Policy, Ideology of humanization.

LISTA DE SIGLAS

BM - Banco Mundial.

CC - Cadernos do Cárcere.

CAPs - Caixas de Aposentadorias e Pensões.

CBAS - Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais.

CEBs - Comunidades Eclesiais de Base.

CENEAS - Cadastro Nacional de Entidades de Assistência Social

CEP - comitê de ética em pesquisa

CFESS - Conselho Federal de Serviço Social.

CNBB - Conferência Nacional dos Bispos do Brasil.

EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares.

FHC - Fernando Henrique Cardoso

HUUFMA - Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão.

HU's - Hospitais Universitários.

IAPs - Institutos de Aposentadoria e Pensões.

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social.

LOS - Lei Orgânica de Saúde.

MEC - Ministério da Educação e Cultura.

OMS - Organização Mundial da Saúde.

PEP - Projeto Ético-Político.

PNH - Política Nacional de Humanização.

PNHAH - Programa Nacional de Humanização e Assistência Hospitalar.

PUC/SP - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

PUC/RJ - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

SCIELO - Biblioteca Eletrônica Científica Online.

SESP - Serviço Especial de Saúde Pública.

SUAS - Sistema Único de Assistência Social.

SUS - Sistema Único de Saúde.

UFMA - Universidade Federal do Maranhão.

UNICAMP - Universidade Estadual de Campinas

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: uma estratégia neoliberal	30
2.1	O conceito de humanização na perspectiva marxista: a centralidade do trabalho para a formação do homem enquanto ser social	31
2.2	Resgate histórico da Política Nacional de Humanização no Brasil	42
2.3	A ideologia da humanização: os significados do termo humanização na PNH e suas implicações na política de saúde	63
3	DO HUMANISMO-CRISTÃO À CONSTRUÇÃO DO PROJETO ÉTICO-POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL: os processos de trabalho do/da assistente social na saúde.....	84
3.1	Breves apontamentos sobre a história da profissão nas manifestações da questão social no Brasil	86
3.2	Avanços e retrocessos da inserção do Serviço Social no campo da saúde.....	98
3.3.	Os Processos de Trabalho do Serviço Social e o Projeto Ético-Político: humanização e emancipação humana	112
4	A HUMANIZAÇÃO NO COTIDIANO DA AÇÃO PROFISSIONAL DOS/DAS ASSISTENTES SOCIAIS NO HUUFMA: desafios e perspectivas para o Projeto Ético Político do Serviço Social.....	122
4.1	O Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão: breve histórico da instituição e a implantação da EBSEH	123
4.2	A humanização no cotidiano da prática profissional dos/as assistentes sociais no HU-UMI: desafios e possibilidades	135
5	CONCLUSÃO.....	171
	REFERÊNCIAS.....	177
	APÊNDICES	189
	APENDICE 1 – QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO	190
	APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	193

1 INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Humanização (PNH) surgiu em 2003 após uma revisão do antigo Programa Nacional de Humanização e Assistência Hospitalar (PNHAH) vigente nos anos 2000. A política foi aprovada durante o primeiro governo de Luís Inácio Lula da Silva e traz em seus documentos a proposta de melhora e avanço relacionado à saúde pública do Brasil. Com modificações ocorridas na eleição do governo petista juntamente com o apoio e a participação de defensores da Reforma Sanitária no Ministério da Saúde, previu-se grandes ganhos nesta área.

A PNH visa “Traduzir os princípios do SUS em modos de operar dos diferentes equipamentos e sujeitos da rede de saúde” (Brasil, 2010) trazendo como objetivos: ampliar o diálogo entre os trabalhadores, entre os trabalhadores e a população e entre os trabalhadores e a administração, promovendo a gestão participativa, colegiada e a gestão compartilhada dos cuidados/atenção; implantar, estimular e fortalecer os Grupos de Trabalho e Câmaras Técnicas de Humanização com plano de trabalho definido; reforçar o conceito de clínica ampliada: compromisso com o sujeito e seu coletivo, estímulo a diferentes práticas terapêuticas e corresponsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde; sensibilizar as equipes de saúde para o problema da violência em todos os seus âmbitos de manifestação; adequar os serviços ao ambiente e à cultura dos usuários promovendo a ambiência acolhedora e confortável; viabilizar a participação ativa dos trabalhadores nas unidades de saúde, por meio de colegiados gestores e processos interativos de planejamento e de tomada de decisão e implementar sistemas e mecanismos de comunicação e informação que promovam o desenvolvimento, a autonomia e o protagonismo das equipes e da população, ampliando o compromisso social e a corresponsabilização de todos os envolvidos no processo de produção da saúde (Brasil, 2010).

A humanização na saúde já se manifesta nas Leis Orgânicas de Saúde (LOS) 8.080 de 1990 e 8.142 de 1990, estando presente em seus princípios. A humanização se formalizou como uma política pública transversal ao Sistema Único de Saúde (SUS), adquirindo mecanismos legais e documentos específicos, o que resultou em sua institucionalização. Um dos principais objetivos dessa abordagem é garantir o cumprimento dos objetivos do SUS.

A Política Nacional de Humanização traz como metodologia a comunicação e a gestão participativa com enfoque em elementos subjetivos como a criatividade, a iniciativa dos “colaboradores” e a corresponsabilidade. Esses elementos são tratados como chaves para trazer qualidade para o Sistema Único de Saúde ocorrendo uma responsabilização dos trabalhadores/as e dos usuários.

A ideologia¹ da humanização (Guerra, 2018) presente na política tem seu discurso direcionado para uma suposta preocupação com as relações entre os sujeitos envolvidos nos processos de trabalho e para combater a hierarquização, a violência e a falta de comunicação, que seriam responsáveis pelas dificuldades enfrentadas no SUS. Ela traz como metodologia a comunicação e a gestão participativa, com enfoque em elementos subjetivos como a criatividade, a iniciativa dos “colaboradores” e a corresponsabilidade.

Esses elementos são tratados como chaves para um bom desempenho por parte dos/das trabalhadores/as. Não há um aprofundamento crítico da discussão sobre as problemáticas vivenciadas no setor. Esse discurso não leva em consideração questões mais amplas que influenciam diretamente no sucateamento do setor da saúde, como as pressões sofridas pela privatização, o desfinanciamento, a desresponsabilização do Estado e a promoção da terceirização das relações trabalhistas.

A Política Nacional de Humanização (PNH) trouxe à tona elementos de discussão pertinentes para o campo da saúde como a violência, a hierarquização, a utilização das tecnologias do setor, as problemáticas na relação de poder entre médico e paciente. No entanto, há uma valorização excessiva das questões subjetivas e comunicacionais em detrimento de outros aspectos igualmente relevantes e objetivos para a saúde pública.

A questão está no destaque dado aos elementos subjetivos e a-historicidade das análises presentes nos documentos da política. Não são desenvolvidas abordagens sobre as raízes das dificuldades vivenciadas no SUS não chegando a desvelar a sua essência. Deve-se buscar, desta maneira, compreender o significado da humanização trazida pela política e entender as suas bases ideológicas.

¹ Se alinhando à perspectiva gramsciana, o presente trabalho defende a ideia de que a ideologia está ligada à estabilidade da sociedade vigente e a hegemonia de uma classe e de um modo de vida; têm relação com a função das ideias na vida social e dá sustentação às forças materiais em determinado bloco histórico.

As políticas públicas carregam em si a contradição do sistema vigente, pois ao mesmo tempo em que contribuem para a garantia de direitos visando melhorias na vida da classe trabalhadora, se coloca também como instrumento para a manutenção do capital, utilizada de maneira a amenizar e pacificar as expressões da questão social com a tendência ligada ao conservadorismo do modelo de sociedade vigente em vez de sua superação.

O presente trabalho entende a humanização como uma categoria complexa. É defendida a premissa que o capitalismo e humanização se excluem devido à natureza contraditória do capital e de seu modelo de socialização, que nega a essência do que seria humano e sua existência em uma postura anuladora de direitos. Assim, como cita Castro (2018), é impossível pensar em humanização na área da saúde sem resgatar um projeto de sociedade e de saúde que ultrapasse o marco estabelecido de uma humanização possível ou da humanização como mercadoria.

A temática da humanização ganha espaço em meio a um quadro de aparente avanço da perspectiva da saúde como direito. Porém, o que ocorre é a continuação do projeto neoliberal implantado desde o Governo Collor e avanço do pensamento pós-moderno, ambos influenciaram na construção do PNHAH e na PNH. No período de redemocratização vivenciado pelo país após o período de Ditadura Militar, há avanços na área social com grandes conquistas que resultaram na promulgação da Constituição Federal de 1988 e na criação do SUS, porém, no período seguinte ocorre o avanço do neoliberalismo e sua implementação no Brasil.

Embora só recentemente tenha passado a ocupar espaço na agenda pública da saúde, a humanização não é um debate recente. Nos anos de 1960 a temática já se fazia presente no movimento feminista e na luta antimanicomial que traziam questionamentos acerca da centralidade da técnica, das questões ligadas à subjetividade, da violência e das relações de poder.

A XI Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano de 2000, contribuiu para seu ressurgimento ao trazer como título central "Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social". Nessa perspectiva, em que pese a positividade de sua intencionalidade de buscar o aperfeiçoamento da qualidade e eficácia do atendimento, a PNH traz para cena pública dificuldades enfrentadas pelo SUS, sobretudo no que se refere à atenção aos usuários, gestão e processos de trabalho (visto que a implementação de uma política não é algo simples). O que, por sua vez, sugere desafios para sua efetivação,

sobretudo na conjuntura neoliberal, caracterizada por sucessivos ataques à Seguridade Social e, conseqüentemente, corrosão da proteção social.

A natureza e as características da PNH são necessariamente complexas e por vezes contraditórias. Devido a esses fatores deve ser cuidadosamente analisada e estudada para que não se deixe cair no “canto da sereia da humanização” presente na mesma, tal como cita Guerra (2018).

Conforme destacado nos estudos de Rodrigues (2019), e reforçando o que foi afirmado anteriormente sobre o processo de construção da política e seus documentos oficiais, a humanização é apresentada como uma possível solução para as problemáticas vivenciadas no Sistema Único de Saúde, como a escassez de recursos, insumos, leitos e profissionais. Essa abordagem assume um papel estratégico na efetivação dos princípios doutrinários e organizacionais do SUS.

Essa perspectiva deixa de lado questões importantes para uma análise abrangente da Política de Saúde, não enfatizando possíveis críticas aos problemas enfrentados por esses profissionais nem suas potenciais soluções. É necessário ter cautela quanto à cultura que materializa o discurso da PNH, a fim de evitar a ratificação de que sua operacionalização esteja restrita à adoção de medidas pontuais e individuais por parte dos trabalhadores da área.

Na pesquisa de campo, constatou-se a aproximação entre a humanização e a qualidade. A noção de qualidade carrega uma série de prerrogativas que devem ser levadas em consideração. Um autor que contribui para aprofundar a compreensão dessa categoria é Ricardo Antunes (1999). O autor afirma que a noção de “Qualidade Total”² e a implantação dos chamados programas de qualidade estão relacionadas ao processo de reestruturação capitalista e à flexibilização presente no mercado de trabalho desde então. Isso resulta em um aumento das contratações de natureza terceirizada e precarizada em diversos ambientes de trabalho, incluindo o setor da saúde.

A visão trazida por essa perspectiva, como observado nos documentos da PNH, não aborda questões que vão além do imediato deixando de realizar análises frequentes sobre as dificuldades enfrentadas na saúde pública e as causas subjacentes da falta de “qualificação” no setor. Questões como problemas

² Segundo Ricardo Antunes (1999), na “Qualidade Total”, difundida no mundo empresarial moderno, se defende a ideia da empresa enxuta da era da reestruturação produtiva. É compatível com a lógica da produção destrutiva capitalista.

relacionados ao financiamento, a falta de insumos, superlotação e sobrecarga dos profissionais da área da saúde são negligenciadas. Estas problemáticas são reflexos do próprio projeto societário vigente devendo ser abordadas em articulação com a compreensão do capitalismo como um sistema que propõe a anulação de direitos, os cortes orçamentários, a privatização e o desmonte da política pública de saúde.

Em estudos preliminares, cujo objetivo foi analisar as intenções da PNH (Rodrigues, 2019), foram identificados diversos elementos que colaboraram para compreender a presente política como uma ferramenta que mascara as problemáticas presentes no SUS, dificultando seu funcionamento em todos os níveis de atenção e resultando na falta de qualidade.

De fato, observa-se o a-historicismo e a superficialidade nas discussões o que pode ser explicado, em parte, pela predominância do embasamento teórico pós-moderno da política de humanização. Essa corrente teórica ganhou força principalmente após a crise do socialismo real e o declínio do Estado de Bem-Estar Social, bem como com a ascensão do neoliberalismo.

Corroborando com a perspectiva apresentada por Neulls (2013), o discurso ideológico aparentemente transformador presente na PNH atende às necessidades de reprodução do capital, não contribuindo para o processo de emancipação humana ou para uma humanização nos moldes do pensamento marxista. Nesse sentido, o presente trabalho adota uma concepção de humanização que problematiza as relações sociais na sociedade capitalista e os processos de alienação e estranhamento.

Na perspectiva marxista, a humanização é entendida, principalmente, por meio da categoria trabalho, que desempenha um papel central no processo de constituição do ser social. Segundo essa visão, o trabalho é inerente ao ser humano e possui uma teleologia, ou seja, uma finalidade intrínseca. Como afirmou Marx (2011, p. 328), o que “diferencia o pior arquiteto da melhor abelha é o fato de que o primeiro tem a colmeia em sua mente antes de construí-la com cera”. Demonstra-se, assim, a capacidade humana de conceber idealmente um resultado antes de concretizá-lo por meio do trabalho.

[...] um processo entre o homem e a natureza, processo este em que o homem, por sua própria ação, medeia, regula e controla seu metabolismo com a natureza. Ele se confronta com a matéria natural [...] A fim de se apropriar da matéria natural de uma forma útil para sua própria vida [...].

Agindo sobre a natureza externa e modificando-a por meio desse movimento, ele modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza [...] (Marx, 2011, p.328).

No processo de transformação da natureza, o ser humano também passa por uma transformação, tornando-se um ser social. Durante esse processo, embora se afaste da condição imediata de ser natural, ele não deixa de ser, ao mesmo tempo, um ser natural vivo e dotado de forças naturais. Como observou Marx (2004), o ser humano está munido de forças naturais mesmo nesse contexto de distanciamento da natureza.

O afastamento do "estado natural" ocorre devido ao processo de complexificação do ser social, que resulta no surgimento de práticas secundárias decorrentes de seu processo de socialização. Essas complexificações constituem o próprio "agir humano" e uma nova objetividade.

Porém, o capitalismo tem como uma de suas principais características a alienação e estranhamento nos processos de trabalho, a coisificação. Há uma separação do trabalhador dos meios de produção fazendo com que o trabalhador não se reconheça no objeto de seu trabalho. O trabalho de elemento humanizador passou a ter uma natureza desumanizadora.

Portanto, ao abordar a temática da humanização na saúde, é necessário resgatar essas questões que são relevantes para compreender a PNH como uma ferramenta de manutenção do *status quo* do capitalismo, buscando reproduzir as relações estabelecidas no sistema. O presente trabalho propõe a diferenciação entre a perspectiva de humanização trazida pela política e aquela presente no Projeto Ético-Político do Serviço Social, que adota uma abordagem emancipatória de viés marxista.

O Serviço Social tem como objeto de trabalho a questão social e suas expressões, que são resultantes das relações entre capital e trabalho e das contradições presentes no modo de produção capitalista. Portanto, a profissão está imersa, desde o seu surgimento, em questões conflitantes.

Inicialmente, as/os assistentes sociais tiveram seu perfil associado à doutrina da Igreja Católica, adotando um humanismo alinhado ao neotomismo, que estava ligado ao controle e à "adaptação" dos sujeitos.

Porém, depois de uma série de acontecimentos externos e internos à profissão o Serviço Social passa por um momento de reflexão que resultou em uma série de mudanças em sua postura. Há a busca pela construção dos "sentidos" da profissão, uma reflexão de seus aspectos teóricos e metodológicos. Há a busca, por

parte da categoria, pela “ruptura” com o conservadorismo presente na profissão e a aproximação do pensamento marxista hegemônico no Serviço Social atualmente.

Durante o Congresso da Virada realizado em 1979, houve um avanço significativo na perspectiva de construção de um projeto que rompesse com o Serviço Social tradicional e o conservadorismo presente na profissão. Esse projeto posicionou-se a favor da defesa dos interesses da classe trabalhadora e dos direitos sociais abrangendo as dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa. Além disso, estava vinculado a um projeto societário que propunha a construção de uma nova ordem social livre de exploração e dominação de classe, etnia e gênero. Esse projeto também defendia de forma intransigente os direitos humanos, repudiava o arbítrio e os preconceitos, e valorizava o pluralismo tanto na sociedade em geral quanto no exercício profissional (Netto, 1999).

Apesar dos avanços na profissão após o Movimento de Reconceitualização permanece uma discussão em relação a prática e a teoria no Serviço Social, ponto de embate no interior da profissão até os dias de hoje. No livro de Yolanda Guerra “*A instrumentalidade do Serviço Social*”, é citado que é defendida, por alguns assistentes sociais, a necessidade de revisões quanto aos instrumentais havendo a perspectiva de que a categoria se desenvolveu “apenas em questões teóricas” não sendo essa “evolução” acompanhada pela prática interventiva. Tal fato é confirmado na pesquisa de campo.

Segundo Guerra (1999), à medida que os profissionais se aproximaram de teorias macroscópicas como o marxismo, suas preocupações ultrapassaram o campo da prática profissional e passaram a se concentrar na análise da estrutura, da conjuntura e dos contextos nos quais a intervenção profissional se concretiza. Essa mudança tem sido apontada por alguns profissionais como responsável pela defasagem entre as formulações teórico-metodológicas e a prática interventiva. Outro elemento destacado pela autora é a instrumentalidade do Serviço Social na divisão social do trabalho, sendo essa instrumentalidade atribuída às racionalidades da ordem monopolista (Guerra, 1999).

A função delegada ao Serviço Social em sua gênese está atrelada a sua utilização como uma ferramenta de controle e manutenção da ordem em sua relação com o Estado, seu principal contratador. Apesar dos avanços na profissão este perfil ainda se faz bastante presente nas instituições. Fica bastante explícito nas entrevistas semiestruturadas realizadas no Materno Infantil a noção do assistente social como um

profissional que visa a resolução dos conflitos e a manutenção do pleno funcionamento do hospital, aquele que tem como função resolver os problemas que possam impactar na rotina institucional.

Segundo Bravo e Matos (2007), a saúde não foi, inicialmente, uma área de concentração do Serviço Social, apesar de na formação profissional, desde o seu início, estarem presentes disciplinas relacionadas à saúde. Entre os motivos para a área do campo da saúde passar ser um dos principais setores que empregam assistentes sociais estão as alterações no panorama internacional de mudanças ocorridas no conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde em 1948.

O trabalho da/do assistente social na saúde, assim como nos outros campos, esteve inicialmente ligada a ações educativas e posteriormente a tecnificação da assistência. Tinha-se como proposta a educação, a instrução e a fiscalização sanitária dos “clientes”. Havia a “[...] necessidade de ser educado para suavizar a miséria e a doença. A ação educativa estava relacionada ao ajustamento do ‘paciente’ às relações sociais vigentes, sendo necessária às classes trabalhadoras a adesão à ordem social” (Bravo, 2013, p.156-157).

Para uma análise mais aprofundada e uma compreensão do trabalho atual do assistente social na saúde e seu entendimento sobre a humanização, realizou-se a presente pesquisa no Hospital Universitário da UFMA, mais especificamente na Unidade Materno-Infantil. Dessa forma, o hospital universitário em questão, por estar imerso nos movimentos da realidade, apresenta-se como um campo relevante para compreender questões pertinentes ao campo da saúde de maneira mais ampla. Além disso, por ser um hospital universitário, possui características específicas que se tornam interessantes para a investigação, as quais serão detalhadas posteriormente.

Uma inquietação central que motivou a presente pesquisa está relacionada à possibilidade de os/as assistentes sociais estarem reproduzindo a ideologia da humanização presente na PNH. Outra questão é: Essa ideologia estaria sendo tratada por alguns profissionais como algo de importância superior a elementos essenciais para o desenvolvimento de suas atividades laborais?

Uma das questões centrais que orienta a pesquisa gira em torno das hipóteses de que a noção de humanização, posta na PNH como uma ideologia³, estaria se metamorfoseando em uma cultura nas ações profissionais, presente em

³ Esta hipótese foi trabalhada no TCC: “O canto da sereia da humanização: uma análise crítica sobre as intencionalidades da PNH” (Rodrigues, 2019).

suas ações diariamente. Para tanto também é necessário a investigação da relação entre o Projeto Ético Político e a prática profissional, pois entendemos nesta pesquisa que há uma incompatibilidade entre a PNH e o Projeto Ético Político por serem construídas em bases éticas, políticas e teóricas completamente diferenciadas.

Essa reflexão buscou compreender se há uma supervalorização da humanização em detrimento de outras questões que são fundamentais para o trabalho das/dos assistentes sociais, como as demandas estruturais, as condições de trabalho precárias, a falta de recursos e a falta de acesso aos direitos sociais.

A pesquisa tem como objetivo analisar de que forma a ideologia da humanização é interpretada e incorporada pelos/as assistentes sociais no exercício de suas atividades, investigando se há uma possível desproporção na sua abordagem em relação a outras demandas e necessidades do campo da saúde, comprometendo a atuação dos assistentes sociais e a efetividade de suas intervenções. A pesquisa busca, portanto, contribuir para uma reflexão crítica sobre a relação entre a ideologia da humanização e a prática interventiva dos assistentes sociais na saúde.

A preocupação em ter um aprofundamento sobre o que seria a PNH e sua intencionalidade foram elementos precursores para dar início à investigação sobre essa política, primeiramente com o trabalho de conclusão de curso (TCC) intitulado “O canto da sereia da humanização: uma análise crítica sobre as intencionalidades da PNH” (Rodrigues, 2019). Nesse TCC, foram tratados alguns elementos exploratórios para uma aproximação do real significado do termo humanização utilizado na saúde atualmente, além de ter como objetivo fazer uma análise das intencionalidades da Política Nacional de Humanização.

Durante as investigações, observou-se uma escassez de pesquisas que abordassem a temática de maneira mais crítica, inclusive por parte das/dos assistentes sociais. Isso motivou o presente estudo, com o intuito de aprofundar as investigações iniciadas durante a graduação. Neste estudo, selecionamos o Serviço Social, a Política Nacional de Humanização (PNH), a ideologia da humanização e o Projeto Ético-Político como eixos de análise.

A motivação para realizar a pesquisa está relacionada à oportunidade de contribuir no processo de construção de conhecimentos que ainda não foram amplamente explorados pela categoria profissional dos assistentes sociais.

Defendida por alguns profissionais e criticada por outros, a Política Nacional de Humanização (PNH) continua sendo um debate relevante nas pesquisas

científicas, assim como no âmbito do Serviço Social, profissão que já está presente há algum tempo na saúde pública brasileira. Quando solicitados a trabalhar nos serviços de saúde, é necessário que esses profissionais também tenham uma análise crítica da PNH.

Parte-se da assertiva de que essa apreensão não só dos/as assistentes sociais, mas do conjunto de trabalhadores/as que compõem a saúde, precisa ser feita de modo a entender a trama social que a envolve. A PNH se inscreve num conjunto mais amplo das políticas de corte social. É necessário atentar para o fato de que as dificuldades enfrentadas na saúde possuem raízes bem mais profundas e complexas cuja apreensão remete à criticidade⁴ para que se ultrapasse o aparente, sendo abordada a historicidade dos fatos com as correspondentes mediações para aproximação com a realidade estudada.

O contato direto com as profissionais no campo de atuação foi fundamental nesse processo. Através desses encontros, foi possível trocar experiências, compartilhar vivências e dialogar sobre as questões relacionadas à humanização e às demandas do trabalho cotidiano. Essas interações enriqueceram tanto a pesquisa em si como também proporcionaram um momento de "suspensão da realidade", permitindo uma análise mais profunda das perspectivas e desafios enfrentados pelas assistentes sociais.

É importante ressaltar que o aprendizado foi recíproco, ou seja, tanto a pesquisadora como as profissionais envolvidas no estudo puderam se beneficiar dessa troca de conhecimentos e experiências. A pesquisa se configura, assim, como uma oportunidade de construção coletiva de saberes, podendo contribuir para o fortalecimento da prática profissional e para o aprimoramento das intervenções realizadas no campo da saúde.

Para fazer cumprir os princípios do Código de Ética, em que está incluso o "Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática" (CFESS, 2012, p. 23), é necessário compreender a realidade brasileira e seu contexto histórico, econômico e social. Entender e estudar a PNH implica em afirmar esse princípio. Observar essa política com criticidade é apreender

⁴ A criticidade que se refere o trabalho tem como caminho metodológico a teoria social crítica, referência hegemônica no Serviço Social, que leva em conta as complexidades presentes na sociedade brasileira e seu processo de formação político, social e econômico.

o seu discurso enquanto ideológico, dito como transformador, mas que nada interfere no processo de emancipação humana e na base estruturante do capitalismo (Neulls, 2013).

Deve-se trazer para a discussão, tanto no âmbito acadêmico quanto nas instituições, uma visão crítica não somente sobre a política tratada, mas das várias outras políticas sociais em que o Serviço Social está inserido. Essas políticas se entrecruzam, inclusive com o Projeto Ético-Político que no âmbito do exercício profissional exige a compreensão das contradições, da totalidade histórica que lhe dá concretude.

Estes elementos são necessários para que se possa ter horizontes nos encaminhamentos a serem feitos na perspectiva da garantia, preservação e ampliação de direitos básicos além de ter circunscrito, em seu posicionamento, a perspectiva de construção de uma nova cultura, uma cultura emancipatória e oposta à cultura hegemônica vigente.

Na presente pesquisa foi utilizado o materialismo histórico-dialético como método de análise. O materialismo histórico-dialético é uma abordagem teórica e metodológica que se baseia na análise das relações sociais e dos fenômenos sociais a partir de uma perspectiva histórica e contextualizada. Assim, buscou-se uma análise mais ampla e contextualizada da temática da humanização na saúde, considerando seus elementos históricos, sociais e políticos, e buscando desvelar as contradições e determinações que estão presentes nesse campo de estudo.

Cardoso (1995) sintetiza muito bem o método de Marx. Segundo a autora, tendo em vista a noção de que a estrutura da realidade social é a totalidade, Marx tenta acompanhar esta totalidade buscando desvendar a sua estrutura. O materialismo histórico-dialético é o método que se eleva do abstrato ao concreto. Nesse movimento o sujeito se apropria da totalidade e de sua dinâmica realizando a abstração do objeto a ser estudado.

O pesquisador analisa, realizando a abstração, alguns elementos da empiria para reconstruir o real, tendo em vista que a empiria é um elemento constitutivo do real, mas não o próprio real. Nesse processo o sujeito avança na apreensão de novas determinações que não são dadas imediatamente e reconstrói o real, que é concreto pensado, síntese de múltiplas determinações (Cardoso, 1995).

Indo ao encontro com o que foi dito por Cardoso (1995), Karel Kosik afirma que:

A dialética trata da “coisa em si”. Mas a “coisa em si” não se manifesta imediatamente ao homem. Para chegar à sua compreensão, é necessário fazer não só um certo esforço, mas também um *détour*. Por este motivo o pensamento dialético distingue entre representação e conceito da coisa [...] Portanto, a realidade não se apresenta aos homens, à primeira vista, sob um aspecto de um objeto que cumpre intuir, analisar e compreender teoricamente, cujo pólo oposto e complementar seja justamente o abstrato sujeito cognoscente, que existe fora do mundo e apartado do mundo; apresenta-se como o campo em que se exercita a sua atividade prático-sensível, sobre cujo fundamento surgirá a imediata intuição prática da realidade [...] (Kosik, 1976, p.13-14).

Na metodologia, as técnicas de pesquisa utilizadas foram a revisão bibliográfica e a análise documental dos documentos oficiais da PNH, a Política de Saúde e o Serviço Social. Para a aproximação com as categorias teóricas investigadas foi feita uma apropriação dos conteúdos teóricos produzidos sobre os mesmos. Foi também realizada uma pesquisa de campo no mês de Novembro de 2022 no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, mais especificamente na Unidade Materno Infantil.

A revisão bibliográfica serve como base para a elaboração das entrevistas e para a troca de conhecimentos e experiências entre o pesquisador e os profissionais da área, como os assistentes sociais que atuam no Hospital Universitário da UFMA, Unidade Materno Infantil. A pesquisa de caráter empírico tem como público-alvo os/as assistentes sociais que trabalham na alta complexidade não sendo selecionados os profissionais que se caracterizariam como desvio de função.

Concordando com o que cita Gomes (2009):

[...] análise e interpretação de informações geradas no campo da pesquisa qualitativa [...] um momento em que o pesquisador procura finalizar o seu trabalho, ancorando-se em todo o material coletado e articulando esse material aos propósitos da pesquisa e à sua fundamentação teórica [...] (Gomes, 2009, p.80-81).

Conforme afirmado por Deslandes (2009), “[...] o *campo de observação* precisa ser definido, entendendo-o como os locais e sujeitos que serão incluídos, o porquê destas inclusões (critério de seleção) e em qual proporção serão feitas” (Deslandes, 2009, p. 47).

Realizou-se entrevista semiestruturada⁵ com a amostra de dezoito assistentes sociais: dezessete dos mais diversos setores da Unidade Materno-Infantil sendo, dentre essas, quatro residentes e uma assistente social ligada diretamente ao Grupo de Trabalho de Humanização (GTH). A pesquisa de campo foi realizada no mês de novembro. Foram feitas constantes observações em meio as entrevistas relativo ao trabalho das profissionais e o ambiente de trabalho o que colaborou para percepções mais apuradas sobre o dia a dia da profissão. Inicialmente o critério de seleção abarcava as profissionais que trabalham diretamente com o programa de humanização do parto e do nascimento. Porém, notou-se que a investigação ficaria muito restrita em comparação à proposta do trabalho. Assim, foi decidida a realização das entrevistas em outros setores, entrevistando as assistentes sociais em contato direto, em seus atendimentos, com os usuários. Com o objetivo de cumprir com cronograma da dissertação, optou-se por entrevistar 18 assistentes sociais, o que disponibilizou material suficiente para a realização da pesquisa.

A inclusão das residentes como participantes da pesquisa está no interesse de investigar se as mesmas apontariam elementos diferenciados daqueles abordados por outras profissionais por estarem em um momento de formação profissional com disponibilidade para discussões na sala de aula com professores /as do Serviço Social.

As entrevistas foram realizadas com as profissionais alocadas em diferentes setores: Ambulatório de Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia; Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; Unidade de Cuidados Intensivos Pediátrico; Unidade da Criança e do Adolescente; Núcleo de Regulação de Internação (NIR); Unidade Obstetrícia e a Unidade de Atenção à Saúde da Mulher, composta pelos profissionais que trabalham no Ambulatório e na Obstetrícia. Também foram entrevistadas as residentes da Saúde da Criança e Saúde da Mulher além da assistente social integrante do Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), que trabalha na Unidade Presidente Dutra.

Dentre os fatores que contribuíram na escolha do HUUFMA como campo empírico estão: devido ao mesmo estar articulado ao Sistema Único de Saúde sendo

⁵ Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da UFMA-CEP/HUUFMA e só foi iniciada após aprovação do referido CEP. O projeto também foi submetido à Plataforma Brasil se iniciando após a autorização do mesmo. A coleta dos dados foi feita após a assinatura do TCLE pelas pessoas que concordaram em participar da pesquisa, garantindo a observância aos princípios éticos previstos nas normativas legais que regem a pesquisa em seres humanos (Resolução CNS n°. 466 de 2012 e suas normas complementares). Tanto a entrevista quanto o Termo de Consentimento encontram-se anexados à presente pesquisa (Apêndice 1 e Apêndice 2).

um hospital de referência na região, por se caracterizar como um “hospital escola” sendo um Centro de Formação de Recursos Humanos, por ser campo de estágio de assistentes sociais, por estar vinculada a uma universidade federal.

A pesquisa foi feita com roteiro semiestruturado de forma a deixar espaços para que os entrevistados pudessem se expressar para além das perguntas objetivas e se sintam livres para expor suas opiniões sobre a temática. Buscou-se analisar como os profissionais de Serviço Social na saúde pública apreendem e expressam em seu cotidiano de trabalho a Política Nacional de Humanização no atual contexto avesso aos direitos sociais.

Em contato com o campo empírico, se buscou absorver ao máximo em meio as entrevistas não somente as respostas mais imediatas como também inquietações advindas do trabalho das assistentes sociais. Assim, notou-se um grande enriquecimento da discussão, incluindo o destaque de algumas outras categorias e elementos que somente foram possíveis de serem notados nesse movimento teórico-metodológico assinalado.

O estudo apresentado expõe riscos mínimos aos participantes no que tange à quebra de sigilo e confidencialidade das informações coletadas. Devido a isso, os mecanismos utilizados na pesquisa satisfazem os critérios da ética em pesquisa com seres humanos de acordo a Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e Resolução 510/2016. Para minimizar tais riscos e garantir o sigilo e a confidencialidade, os participantes têm o anonimato preservado, resguardando o total sigilo de suas identificações. Bem como os dados coletados serão mantidos em local seguro onde somente a pesquisadora teve acesso e foi utilizado para fins exclusivamente científicos.

Assim, os resultados da pesquisa estão aqui expostos em três capítulos, além dessa introdução. O primeiro capítulo da pesquisa apresenta uma análise sobre os elementos essenciais para análise da política de humanização e sua inserção no campo da saúde. Nesse sentido, são abordados os contextos históricos e conjunturais que deram origem à Política Nacional de Humanização (PNH) e as contradições que permeiam essa política. No mesmo capítulo, são discutidos os significados atribuídos à humanização, considerando diferentes perspectivas teóricas e conceituais. Além disso, foi realizada uma análise crítica da ideologia da humanização, explorando como essa ideologia pode estar relacionada à reprodução das relações estabelecidas no sistema capitalista. Por fim, o capítulo apresenta a perspectiva de humanização

defendida no presente trabalho, que se alinha ao pensamento lukácsiano. Segundo essa perspectiva, o processo de humanização ocorre por meio da interação do ser humano com a natureza, por meio da atividade laboral orientada por objetivos teleológicos. Nessa concepção, o trabalho é central para a socialização, a complexificação e a humanização do ser humano.

No segundo capítulo da pesquisa, foi realizada uma breve contextualização histórica do Serviço Social no Brasil e na área da saúde. São apresentados elementos essenciais para compreender a profissão, suas origens e as questões que a permeiam ao longo do tempo, desde seu surgimento até os dias atuais. Nesse contexto, são explorados aspectos como o perfil inicial da profissão, atrelado à doutrina da Igreja Católica e a um humanismo cristão que buscava o controle e a "adaptação" dos sujeitos. Também é abordada a influência do pensamento funcionalista no desenvolvimento do Serviço Social. Além disso, o capítulo analisa os processos de trabalho da profissão, ou seja, as formas como os/as assistentes sociais atuam no campo da saúde, bem como a instrumentalidade do Serviço Social na divisão social do trabalho.

O terceiro capítulo resgatou o histórico do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA), local em que fora realizado a pesquisa de campo, destacando pontos pertinentes ao longo de sua formação. Também foram feitos esforços na busca de informações sobre a inserção do Serviço Social no HUUFMA. Foram explorados aspectos importantes sobre as entrevistas realizadas, buscando-se entender sobre a rotina das profissionais entrevistadas, suas demandas, a sua compreensão sobre o que seria a humanização em termos gerais e na saúde, como enxergavam a PNH em seu cotidiano de trabalho, e o entendimento sobre o Projeto Ético-Político e por último, mas não menos importante, se os/as assistentes sociais consideram a PNH e o Projeto Ético-político como convergentes, ressoando em uma mesma direção das ações profissionais. Foram postas, por último, alguns desafios e perspectivas para o Serviço Social na Saúde.

Na conclusão, foram apresentados resultados obtidos da investigação, ressaltando-se que esses resultados não têm a pretensão de esgotar as discussões sobre o objeto de estudo. Ao contrário, são apontamentos que abrem caminhos para novos questionamentos e aprofundamento das questões abordadas. Nesse sentido, na conclusão destacamos a importância de continuar a reflexão sobre a humanização na saúde, considerando suas bases teóricas, suas contradições e as perspectivas de

superação. Também se ressalta a relevância de estabelecer conexões entre a perspectiva de humanização defendida pela Política Nacional de Humanização (PNH) e a perspectiva de humanização fundamentada no pensamento marxista e na práxis emancipadora. Além disso, destaca-se a necessidade de considerar a instrumentalidade do Serviço Social no contexto da saúde, compreendendo os desafios e as possibilidades de atuação dos/as assistentes sociais.

2 A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: uma estratégia neoliberal

Falar sobre a humanização, seja como política pública, conceito ou ideologia, requer a análise de questões que levaram à institucionalização da Política Nacional de Humanização (PNH), incluindo sua relação com processos sociais, políticos e históricos essenciais para sua compreensão. Esse percurso metodológico também permite revelar a relação entre a PNH e o Serviço Social, profissão que integra o grupo de profissionais da área da saúde e trabalha diretamente com esta política.

Nesta perspectiva, apresenta-se um breve arcabouço a respeito da construção da política de saúde no Brasil por se tratar de movimento imprescindível para o entendimento da própria PNH, pois o contexto histórico, econômico e político é importante para a compreensão do movimento responsável por dar o alicerce no qual se firma a humanização no SUS.

Desta forma, abordou-se, inicialmente, a construção do SUS, o Movimento de Reforma Sanitária na defesa da saúde como direito e dever do Estado e para a institucionalização do SUS. Dentre seus princípios destaca-se a democratização do acesso, a universalização das ações, descentralização, melhoria da qualidade dos serviços com a adoção de um novo modelo assistencial, a participação popular através dos conselhos e conferências de saúde.

No entanto, apesar dos avanços no campo social, o Brasil enfrenta uma investida neoliberal, que teve início no governo de Fernando Collor de Mello e se consolidou com a chegada de Fernando Henrique Cardoso ao poder. Mesmo com a eleição do presidente Luís Inácio Lula da Silva, que levantava expectativas de mudanças em relação aos ataques sofridos nos direitos sociais, observou-se a continuidade do ideário neoliberal.

Nesse contexto que a Política Nacional de Humanização surgiu, inicialmente como Programa Nacional de Humanização e Assistência Hospitalar (PNHAH), mas após revisão se tornou PNH, como será esclarecido no texto abaixo. A política de humanização carrega em seu cerne reflexos do período de sua constituição. A ideologia da humanização presente na política possui um discurso transformador, porém atende apenas as necessidades de reprodução do capital.

Assim, a concepção de humanização presente na Política Nacional de Humanização (PNH) difere do entendimento de humanização do marxismo. No marxismo, a humanização ocorre por meio da interação do ser humano com a natureza, através da atividade laboral orientada teleologicamente, o que resulta na socialização, complexificação e humanização do indivíduo. Um dos principais autores utilizados para fundamentar teoricamente essa categoria é György Lukács, com sua obra "Para uma Ontologia do Ser Social" (2018).

Concorda-se com Castro (2018) quando afirma que a humanização na área da saúde incorpora diretrizes do debate da Qualidade Total, resultante da reestruturação do capital e suas novas formas de controle da subjetividade da classe trabalhadora. Isso promove uma cultura e ideologia subjetivista, com foco na responsabilização do trabalhador e dos usuários, favorecendo a adesão aos novos modelos de gestão, como é o caso da EBSEH. A PNH utiliza estratégias que podem contribuir para a intensificação do processo de alienação do trabalho e o fortalecimento da ideologia dominante (Castro, 2018). Essa concepção e seus embates são alvo de reflexão crítica no presente capítulo.

2.1 O conceito de humanização na perspectiva marxista: a centralidade do trabalho para a formação do homem enquanto ser social

Para compreender qual seria o conceito de humanização na perspectiva marxista se faz necessário explanar sobre categorias essenciais para o desvelamento do ser social. Um ponto de partida para a exposição ontológica dessa categoria, de acordo com Lukács, é a categoria trabalho⁶, uma categoria central para o processo de humanização do ser humano. Para o autor, "Se se deseja expor as categorias específicas do ser social, seu brotar a partir das suas formas de ser precedente, sua combinabilidade com elas, sua fundabilidade nelas, esta tentativa deve se iniciar com a análise do trabalho [...]" (Lukács, 2018, p. 7).

De acordo com Lukács (2018), "É mérito de Engels ter colocado o trabalho no centro do devir humano do homem. Ele também investiga os pressupostos biológicos

⁶ "[...] todas as outras categorias dessa forma de ser já são, em sua essência, de caráter puramente social; suas qualidades, seu modo de operatividade surge apenas no ser social já constituído, o tipo de sua manifestação, por mais primitivo que possa ser, pressupõe o salto já consumado. Apenas o trabalho tem sua essência ontológica em um pronunciado caráter de transição: sua essência é uma inter-relação entre ser humano (sociedade) e natureza, e tanto a inorgânica" (Lukács, 2018, p.9).

de seu novo papel nesse salto do animal ao humano [...]” (Lukács, 2018, p.11). Para Engels o trabalho é a fonte de toda a riqueza. “[...] O trabalho, porém, é muitíssimo mais do que isso. É a condição básica e fundamental de toda a vida humana. E em tal grau que, até certo ponto, podemos afirmar que o trabalho criou o próprio homem” (Engels, 1999, p. 4).

Engels foca suas investigações em analisar as condições biológicas do novo papel que o trabalho adquire com o chamado salto do animal ao ser humano, “[...] Ele os encontra na diferenciação que recebe a função vital da mão já entre os macacos. Elas servem fundamentalmente para recolher e sustentar os alimentos, como o fazem já alguns mamíferos inferiores com suas patas dianteiras [...]” (LUKÁCS, 2018, p.11).

Lukács afirma que “[...] No trabalho estão contidas *in nuce* todas as determinações que, [...], constituem a essência do novo ser social. O trabalho pode ser considerado, portanto, como o fenômeno originário, como modelo do ser social; [...]”⁷ (Lukács, 2018, p. 10).

Pode-se afirmar que o processo de humanização no pensamento marxista possui ligação direta com o próprio processo de socialização do homem e da mulher, que se dá somente por meio do trabalho. Quando o ser humano inicia seu processo de afastamento de seu estado natural, o mesmo iniciará o seu processo de humanização. O trabalho é a práxis constitutiva e originária do ser social.

Esse processo de humanização ocorre com o chamado “salto qualitativo”, que não pode ser considerado uma ocorrência repentina e acelerada apesar do termo. Sobre esse processo, Lukács descreveu que:

[...] Engels enfatiza o período extremamente longo em que essa transição se executa o que, todavia, em nada altera seu caráter de salto. Junto ao correto e sóbrio aproximar-se aos problemas ontológicos deve-se sempre ter em vista que todo salto significa uma mudança qualitativa e estrutural no ser, pelo qual o patamar inicial contém em si, de fato, determinados pressupostos e possibilidades do posterior e mais elevado; estes, todavia, não podem ser desenvolvidos daquele em uma simples continuidade retilínea. Esta ruptura com a continuidade normal do desenvolvimento constitui a essência do salto, não o temporalmente súbito ou gradativo nascimento de uma nova forma de ser (Lukács, 2018, p.11).

⁷ “Sobre isso, contudo, deve estar sempre claro que com essa consideração isolada do trabalho aqui submetida é realizada uma abstração; a socialidade, a primeira divisão de trabalho, a linguagem etc. surgem, de fato, do trabalho, contudo não em uma sucessão temporal claramente determinável, mas, segundo a essência, simultaneamente. É, portanto, uma abstração *sui generis* [...]” (Lukács, 2018, p.10).

Para Braz e Netto (2007) não existem estudos científicos que expliquem de maneira suficiente como se deu a diversificação entre os níveis orgânico e inorgânico. Segundo os autores sabe-se que o surgimento da vida é ligado a complexos processos físico-químicos sendo produto de um longo caminho evolutivo; tendo como base a matéria inorgânica em que emergiu um “novo tipo de ser” dotado de capacidade de se reproduzir, é o chamado ser vivo orgânico.

O surgimento desse novo tipo de ser se configurou em uma espécie de salto qualitativo considerando a dinâmica da matéria inorgânica. Surge um ser com uma estrutura mais complexa que o anterior, que possui características bem diferenciadas, bem distintas da matéria inorgânica (Braz; Netto, 2007).

Tendo em vista esta perspectiva, pode-se concordar que é “[...] *através de outro salto qualitativo*, sobre o qual carecemos de conhecimentos detalhados [...], que surgiu a espécie humana” (Netto; Braz, 2007, p. 36- grifos dos autores). Sobre esse processo de afastamento do ser humano de sua barreira natural e da transformação do ser orgânico em ser social, Lukács (2018) aponta para as dificuldades de se obter um conhecimento direto e preciso dessa transformação.

[...] O *hic et nunc* social de um tal estágio de transição, devido à penetrante irreversibilidade do caráter histórico do ser social, é impossível que se deixe reconstruir experimentalmente. Não podemos, portanto, alcançar um conhecimento imediato e preciso dessa transformação do ser orgânico em social. O máximo alcançável é um conhecimento *post festum*, uma aplicação do método marxiano de que a anatomia dos seres humanos oferece a chave para a anatomia do macaco, que, portanto, o estágio mais primitivo é reconstruível — intelectualmente — a partir do estágio mais elevado, [...] sua direção de desenvolvimento, de suas tendências de desenvolvimento. A máxima aproximação nos pode dar, por exemplo, as escavações que lançam luz em diferentes etapas da transição fisiológico anatômica e social. O salto permanece, contudo, ainda um salto e, por último, apenas pode ser conceitualmente esclarecido através do referido experimento intelectual (Lukács, 2018, p.8).

Pode-se afirmar que a constituição da sociedade, tal como conhecemos, só será possível devido ao trabalho, ao desenvolvimento do ser social e sua práxis. É através do trabalho que ocorre o desenvolvimento das práxis secundárias como a política, a ética, a religião entre outras. O trabalho possui, em sua gênese, uma intenção ontologicamente voltada para o processo de humanização do homem tendo como resultante o processo de complexificação da vida humana.

A formação da sociedade tal como se conhece é resultante desse processo de complexificação do ser humano, que no seu processo de humanização se torna

ser social, munido de uma práxis singular e transformadora o que o diferenciou do restante da natureza ao agir de maneira consciente e racional.

A sociedade pode ser tida como uma manifestação das complexidades do ser social, o ser humano, que em seu processo de humanização por meio do trabalho se transformou em algo novo e diverso da natureza. Foram se desenvolvendo traços e singularidades que irá caracterizar este “ser humanizado”; sendo assim, através do trabalho o ser humano se reproduz, é o resultado de sua própria atividade.

Como Netto e Braz (2007) afirmam, todo esse processo é inerente ao próprio processo da história. A história da espécie humana que, apesar de seu afastamento da sua base orgânico-natural ainda é uma espécie inerente à natureza e aparece como a história do desenvolvimento do ser social, como o processo de humanização e produção da humanidade através da autoatividade social (Netto; Braz, 2007).

Assim, o trabalho possui caráter ontológico-constituidor e é entendido pelo marxismo como elemento fundante do ser social. Será a partir do trabalho que surgem outras formas de objetivação-exteriorização humana que irão transformando o ser humano em um organismo singular e original, um ser único que idealiza e objetiva o que idealizou teleologicamente. Em termos gerais pode-se afirmar que o surgimento do ser social é um salto qualitativo da espécie humana em seu afastamento da natureza em um processo que gera a sua humanização. Ele se complexifica em suas relações em meio a um processo de constante socialização do mundo em sua interação com a natureza e com outros homens.

Para Antunes (1999), o trabalho pode ser entendido como a chave analítica para a apreensão das posições teleológicas mais complexificadas, que se pautam não mais na relação direta entre homem e natureza perpassando os próprios seres sociais. Assim, o autor, concordando com Lukács, afirma que o trabalho constitui-se em uma categoria central e protoforma do ser social, pois possibilita a síntese entre teleologia e causalidade responsável por dá origem ao mesmo. Sobre a categoria teleologia, constitutiva do ser social, Lukács afirma que enquanto categoria ontológica objetiva implica um pôr e uma finalidade o que, por consequência, requer consciência do processo (Lukács, 2018).

Tanto o trabalho quanto a sociabilidade e a linguagem constituem-se em complexos que permitem a gênese do ser social, porém, o trabalho enquanto categoria possibilita, pela primeira vez no ser social, o surgimento do ato teleológico

interagindo com a esfera da causalidade (Antunes, 1999). De acordo com Marx, o trabalho:

[...] é, antes de tudo, um processo entre o homem e a natureza, processo este em que o homem, por sua própria ação, medeia, regula e controla seu metabolismo com a natureza. Ele se confronta com a matéria natural como com uma potência natural [*Naturmacht*]. A fim de se apropriar da matéria natural de uma forma útil para sua própria vida, ele põe em movimento as forças naturais pertencentes a sua corporeidade: seus braços e pernas, cabeça e mãos. Agindo sobre a natureza externa e modificando-a por meio desse movimento, ele modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza. [...] Pressupomos o trabalho numa forma em que ele diz respeito unicamente ao homem. Uma aranha executa operações semelhantes às do tecelão, e uma abelha envergonha muitos arquitetos com a estrutura de sua colmeia. Porém, o que desde o início distingue o pior arquiteto da melhor abelha é o fato de que o primeiro tem a colmeia em sua mente antes de construí-la com a cera. No final do processo de trabalho, chega-se a um resultado que já estava presente na representação do trabalhador no início do processo, portanto, um resultado que já existia idealmente. Isso não significa que ele se limite a uma alteração da forma do elemento natural; ele realiza neste último, ao mesmo tempo, seu objetivo, que ele sabe que determina, como lei, o tipo e o modo de sua atividade e ao qual ele tem de subordinar sua vontade (Marx, 2011, p.328)

No marxismo a categoria trabalho possui destaque e importância. Tendo como fim a apropriação da matéria natural de uma forma útil para sua própria vida, o ser humano põe em movimento as forças naturais pertencentes a sua corporeidade agindo, assim, sobre a natureza externa buscando modificá-la por meio desse movimento tendo como resultado a modificação de sua própria natureza. O resultado desse processo é a sua humanização, tornando-se ser social.

[...] para Marx o trabalho não é uma das muitas formas de manifestação da teleologia em geral, mas o único ponto em que uma posição teleológica, enquanto momento real da realidade material, é ontologicamente verificável. Este correto conhecimento da realidade ilumina ontologicamente toda uma série de questões. Primeiro, a decisiva real caracterização da teleologia, que apenas como posição pode adquirir realidade, recebe uma simples, evidente, base real: não se tem de repetir a sua determinação marxiana para se enxergar que todo trabalho seria impossível se não fosse precedido por uma tal posição a determinar seu processo em todas as suas etapas [...] (Lukács, 2018, p.16-17).

O trabalho é um elemento que condiz unicamente ao ser humano e é o que diferencia dos animais, como citado por Marx, diferentemente de uma abelha que age de acordo com que foi feita para fazer, de acordo com sua biologia e seu código

genético, pois não se faz presente uma representação da colmeia no início do processo, nem que o resultado de sua atividade laboral já existia idealmente.

Lukács (2018) cita que a atividade do ente natural homem sobre a base do ser inorgânico e o orgânico dele originado faz, assim, surgir o ser social explicitando outra categoria: a realização. A importância dessa categoria está no afastamento do homem, de sua consciência, do restante dos animais, deixa de ser um epifenômeno.

A realização como categoria da nova forma de ser exhibe, ao mesmo tempo, uma importante consequência: a consciência do ser humano cessa, com o trabalho, de ser um epifenômeno no sentido ontológico. [...] A consciência animal na natureza nunca vai para além de um melhor atender à existência biológica e da reprodução, é, portanto, — ontologicamente considerado — um epifenômeno do ser orgânico. Apenas no trabalho, no pôr de finalidades e seus meios, passa a consciência, com um ato auto-controlado, a posição teleológica, não apenas a se adaptar ao entorno — o que também faz parte de tais atos dos animais que transformam a natureza objetivamente, sem intenção — mas também consumir alterações na própria natureza para esta [...] impensável. Na medida, portanto, em que a realização se torna um princípio transformador, neo-formador da natureza, a consciência, que conferiu impulso e direção a ela, ontologicamente não pode mais ser epifenômeno [...] (Lukács, 2018, p.26- 27).

O ser humano tem a capacidade de subordinar sua atividade a sua vontade, já possui no plano das ideias o resultado desse processo antes mesmo de começar a pôr em prática. Porém, não se deve simplificar esse processo apenas como uma alteração da forma natural envolve o seu objetivo que influencia, diretamente, o tipo e o modo de sua atividade.

Concordando com essa afirmativa, Gomes (2017) cita que diferentemente de outras espécies, o ser humano não se adapta à natureza, mas sim a transforma para atender suas necessidades, aos seus desígnios. “[...] o homem natural dialeticamente se sobressai sem separar-se da natureza e, ao se diferenciar no seio dessa, estabelece com ela um intercâmbio que a humaniza e torna social o mundo outrora natural [...]” (Gomes, 2017, p.8). Para ocorrer o atendimento de certas necessidades inclui o desenvolvimento de outras e criação de novas formas de atendê-las o que impulsiona e regula um devir permanentemente ampliador das capacidades humanas e sua intervenção sobre o mundo (Gomes, 2017).

Sobre a relação do ser humano e natureza Marx expõe que:

O homem é imediatamente ser natural, e como ser natural, e como ser natural vivo, está, por um lado, munido de forças naturais, de forças vitais, é um ser natural ativo; estas forças existem nele como possibilidades e capacidades

(*Anlagen und Fähigkeiten*), como *pulsões*; por outro, enquanto ser natural, corpóreo, sensível, objetivo, ele é um ser que *sofre*, dependentemente e limitado, assim como o animal e a planta, isto é, *os objetos* de suas pulsões existem fora dele, como *objetos* independentes dele. Mas esses *objetos* são objetos de seu *carecimento* (*Bedürfnis*), *objetos* essenciais, indispensáveis para a atuação e confirmação de suas *forças essenciais*. Que o homem é um ser *corpóreo*, dotado de forças naturais, vivo, efetivo, objetivo, sensível significa que ele tem *objetos efetivos, sensíveis* como objeto de seu ser, de sua manifestação de vida (*Lebensäusserung*), ou que ele pode somente se manifestar (*äussern*) sua vida em objetos sensíveis efetivos (*wirkliche sinnliche Gegenstände*). É idêntico: ser (*sein*) objetivo, natural, sensível e ao mesmo tempo ter fora de si objeto, natural, sensível e ao mesmo tempo fora de si objeto, natureza, sentido, ou ser objeto mesmo, natureza, sentido para um terceiro. A *fome* é uma *carência* natural; ela necessita, por seguinte, de uma *natureza* fora de si, de um *objeto* fora de si, para se satisfazer, para se saciar. A fome é carência confessada de meu corpo por um *objeto* existente (*seienden*) fora dele, indispensável a integração e externalização essencial [...] (Marx, 2004, p.127).

O ser humano também é um ser objetivo e mesmo com seu afastamento de estado natural nunca deixa de se relacionar com a natureza, munido de forças naturais que se manifestam por meio de suas capacidades. Vale lembrar que os objetos responsáveis para satisfazer suas pulsões existem fora do ser humano sendo indispensáveis para a atuação e confirmação de suas forças essenciais, para sua própria reprodução e existência.

Outro aspecto que deve sempre ser levado em consideração é que existe uma separação precisa entre objetos que existem independentemente do sujeito e sujeitos que figuram esses objetos através de seus atos de consciência. Essa separação é base para o modo de existência especificamente humano⁸.

Assim, apesar do ser humano e dos animais sentirem, por exemplo, fome ou sede, o que os diferenciará é a forma em que são satisfeitas essas necessidades biológicas do consumo do alimento ou bebida. O ser social como ser de complexidades próprias da práxis social originária da categoria trabalho, em seu processo de socialização, irá produzir meios para que determinada pulsão possa ser

⁸ “[...] Os dois atos heterogêneos dos quais aqui se fala são: por um lado, o reflexo o mais preciso possível da realidade em consideração, por outro lado, a posição, a ele vinculada, daquelas cadeias causais que, como sabemos, são indispensáveis para a realização da posição teleológica. Essa primeira descrição do fenômeno mostrará que ambos, entre si heterogêneos, modos de consideração da realidade, tanto cada um por si como sua inevitável combinabilidade, constituem a base para a especificidade ontológica do ser social. Ao iniciarmos nossa análise com o reflexo, mostra-se imediatamente uma precisa separação dos objetos, que existem independentes do sujeito, e dos sujeitos, os quais, em uma aproximação mais ou menos correta, podem representá-los através de atos de consciência e fazê-los uma sua posse espiritual. Essa separação tornada consciente de sujeito e objeto é um produto necessário do processo de trabalho e, ao mesmo tempo, a base para o modo de existência especificamente humano [...]” (Lukács, 2018, p. 29).

sanada. Um exemplo é o ato de cozer os alimentos, temperá-lo e comê-lo com auxílio de talheres ou outro instrumento que tenha a mesma função. Pode-se dizer que estas complexificações constituem o próprio “agir humano”, uma nova objetividade.

[...] Com isso é enunciada a categoria ontológica central do trabalho: através do trabalho é realizada uma posição teleológica no interior do ser material como o nascimento de uma nova objetividade. Assim o trabalho se torna o modelo de toda práxis social, na medida em que nesta - mesmo se através de mediações muito extensas - sempre são realizadas posições teleológicas, por último materiais. Naturalmente, como veremos mais tarde, este caráter de modelo do trabalho para o agir dos seres humanos na sociedade não pode ser esquematicamente exagerado; precisamente a consideração das mais importantes diferenças mostra as afinidades ontológicas essenciais, já que mesmo nestas diferenças revela-se que o trabalho pode auxiliar, como modelo, na compreensão das outras posições teleológico-sociais, porque ele é, quanto ao ser, a forma originária delas [...] (LUKÁCS, 2018, p.12).

Falar a respeito da perspectiva marxista de humanização requer abordar também sobre a sua antítese, a desumanização. A desumanização está atrelada, nesta perspectiva teórica, ao estranhamento do ser humano em relação ao objeto do seu trabalho, quando ele não mais se reconhece como resultante de sua práxis. Este conceito de trabalho, tido como fonte de humanização, se descaracteriza, coisifica-se, devido as relações capitalistas, em que tem como consequência o estranhamento e o fetichismo. O que ocorre, de acordo com Marx, é a exteriorização do trabalhador em seu produto que se torna externo em relação ao mesmo, independente dele, o trabalho se torna objeto.

[...] O trabalhador encerra sua vida no objeto; mas agora ela não pertence mais a ele, mas sim ao objeto. Por conseguinte, quão maior esta atividade, tanto mais sem-objeto é o trabalhador. Ele não é o que é o produto do seu trabalho. Portanto, quanto maior este produto, tanto menor ele mesmo é. A *exteriorização (Entäusserung)* do trabalhador em seu produto tem o significado não somente de que seu trabalho se torna um objeto, uma existência *externa (äussern)*, mas, além disso, [que se torna uma existência] que existe *fora dele (ausser ihm)*, independentemente dele e estranha a ele, tornando-se uma potência (*Macht*) autônoma diante dele, que a vida que ele concedeu ao objeto se lhe defronta hostil e estranha (Marx, 2004, p. 81).

A alienação nasce a partir do momento em que o ser humano estranha o que produz não se reconhecendo no objeto fruto de seu trabalho. Por meio desse processo há também a coisificação, elemento muito particular das sociedades capitalistas, gerando um ciclo de alienação e tem como consequência uma contradição central: o trabalho, símbolo da humanização dos homens, passa a ser transformada em suas

algemas, em sua desumanização. Não abordar esses elementos seria cair em análises superficiais sem alcançar o cerne da questão que tem suas raízes em sua estrutura, no modo de produzir e suas relações.

Faz-se presente, assim, um cotidiano alienante e acrítico, cujo resultado são relações baseadas na manutenção e reprodução de ideologias que prevalecem no senso comum. Essas relações são marcadas pelo automatismo e pela espontaneidade, levando os profissionais a não refletirem sobre suas tarefas diárias e seus processos de trabalho dessas instituições. Esse movimento resulta na desumanização não apenas na área da saúde, mas também no meio social, refletindo-se nas relações humanas que passam a ser estabelecidas conforme a ideologia dominante, visando a formação de uma cultura que favoreça a manutenção da hegemonia da classe dominante.

A desumanização se reproduz por meio desse processo de alienação, que pode ser observado no campo da saúde. A alienação pode ser definida como a falta de percepção e questionamento a respeito dos valores, comportamentos e concepções que são tidos como corretos ou normais sem que considere uma série de outros fatores que influenciarão na formação de uma dada perspectiva. A naturalização da ordem social, das relações que são desenvolvidas no sistema capitalista leva a uma leitura alienada de mundo, de uma maneira parcial ou unilateral.

Segundo essa lógica, em seu processo de apropriação da natureza sensível, o ser humano se priva, em um duplo sentido, dos meios de vida. Segundo Marx (2004), ocorre porque nesse movimento de estranhamento, o mundo exterior sensível deixa de ser um objeto pertencente ao trabalho do ser humano, um meio de vida do seu trabalho. Outro ponto colocado pelo autor é que o mundo exterior sensível cessa de ser um meio de vida no sentido imediato, meio para a subsistência física do/da trabalhador/a. O/A trabalhador/a se torna servo de seu objeto⁹.

[...] o objeto (*Gegenstand*) que o trabalho produz, o seu produto, se lhe defronta como um *ser estranho*, como um *poder independente* de produtor. O produto do trabalho é o trabalho que se fixou num objeto, fez-se coisa (*sachlich*), é a *objetivação* (*Vergegenständlichung*) do trabalho. A efetivação (*Verwirklichung*) do trabalho é a sua objetivação. Esta efetivação do trabalho aparece ao estado nacional-econômico como *desefetivação* (*Entwirklichung*)

⁹ Castro (2018) sintetiza muito bem a perspectiva da alienação em Marx (1994), o mesmo o considerando em dois aspectos: se refere à relação que o trabalhador estabelece com o produto do trabalho, que o tem como alheio que exerce uma espécie de poder sobre ele; o segundo aspecto se relaciona com o ato da produção do trabalho em que o trabalhador reconhece seu trabalho como alheio e uma atividade voltada contra ele que lhe causa sofrimento e desgaste.

do trabalhador, a objetivação como *perda do objeto e servidão ao objeto*, a apropriação como *estranhamento (Entfremdung)*, como *alienação (Entäusserung)* (Marx, 2004, p. 80).

O trabalho perde o seu aspecto humano, não é mais voluntário, é forçado, pois o trabalhador, separado dos meios de produção, se encontra em uma situação em que, para ter suas necessidades básicas saciadas, primeiro deve se tornar força de trabalho ativa, ou seja, vender sua força de trabalho para depois subsistir. O trabalho perde seu sentido humanizador para se tornar um elemento desumanizador e alienante; passa a ser uma condição para a sobrevivência dos indivíduos¹⁰.

Esse trabalho estranhado¹¹ tem como consequência o estranhamento do ser humano em relação ao próprio gênero humano, pois a atividade consciente e livre é o caráter genérico humano, é o caráter de sua espécie.

Na medida em que o trabalho estranhado 1) estranha do homem a natureza, 2) [e o homem] de si mesmo, de sua própria função ativa, de sua atividade vital; ela estranha do homem o gênero [humano]. Faz-lhe da vida genérica apenas um meio da vida individual. Primeiro estranha a vida genérica, assim como a vida individual. Segundo, faz da última em sua abstração um fim da primeira, igualmente em sua forma abstrata e estranhada. Pois primeiramente o trabalho, a atividade vital, a vida produtiva mesma aparece ao homem apenas como um meio para a satisfação de uma carência, a necessidade de manutenção da existência física. A vida produtiva é, porém, a vida genérica. É a vida engendradora de vida. No modo (Art.) da atividade vital encontra-se o caráter inteiro de uma espécie, de seu caráter genérico, e a atividade consciente livre é o caráter genérico do homem. A vida mesma aparece só como meio de vida (Marx, 2004, p.84).

Tudo o que foi exposto corrobora em afirmar de que a humanização e o modo de produção capitalista não possuem meios de coexistir, sob a perspectiva da humanização descrita por Marx e Lukács e defendida pela corrente teórica marxista. O estranhamento do ser humano quanto ao produto do seu trabalho, em sua relação

¹⁰ “[...] O seu trabalho não é portanto voluntário, mas forçado, trabalho obrigatório. O trabalho não é, por isso, a satisfação de uma carência, mas somente um meio para satisfazer necessidades fora dele. [...] o trabalho externo, o trabalho no qual o homem se exterioriza, é um trabalho de auto-sacrifício, de mortificação. Finalmente, a externalidade (Äusserlichkeit) do trabalho aparece para o trabalhador como se [o trabalho] não fosse seu próprio, mas de um outro, como se [o trabalho] não lhe pertencesse, como se ele no trabalho não pertencesse a si mesmo [...]” (MARX, 2004, p.83)

¹¹ “[...] o trabalho estranhado reduz a autoatividade, a atividade livre, a um meio, ele faz da vida genérica do homem um meio de sua existência física. A consciência que o homem tem do seu gênero se transforma, portanto, mediante o estranhamento, de forma que a vida genérica se torna para ele um meio. [...] Em geral, a questão de que o homem está estranhado do seu ser genérico quer dizer que um homem está estranhado do outro, assim como cada um deles [está estranhado] da essência humana. O estranhamento do homem, em geral toda a relação na qual está diante de si mesmo, é primeiramente efetivado, se expressa, na relação em que o homem está para com o outro” (Marx, 2004, p.85-86).

com a natureza e com os outros homens, em síntese, da sua vida genérica, tem como consequência o estranhamento de sua própria humanidade. Desta forma, “Adota-se uma concepção de humanização que problematiza as relações sociais estabelecidas na sociedade capitalista e seus processos de alienação e estranhamento” (Castro, 2018, p.125).

Concordando com o que é mencionado por Castro (2018), no presente trabalho defende-se que a fundamentação da desumanização dos serviços no campo da saúde tem como base a própria desumanização presente na sociedade capitalista. Essa desumanização é resultado da alienação e exploração do trabalho, bem como das relações sociais estranhadas.

O sistema capitalista, de maneira contraditória, se utiliza do elemento humanizador do ser humano para desumanizá-lo: o trabalho. Isto se dá por meio de um processo de alienação, o que causa o estranhamento em todos os níveis de suas relações. Resgatando a concepção de ser humano na concepção marxista para o entendimento da categoria alienação, Gomes e Schraiber (2011) afirmam que a partir da concepção do ser humano como um ser objetivo e objetivante no mundo, a escola marxiana tem estudado e refletido sobre o desenvolvimento histórico desse movimento ontológico-constituidor do humano e as suas contradições.

Segundo as autoras, essa categoria será compreendida como expressão teórica de um processo complexo e contraditório, estando permeada por aspectos algumas vezes mais subjetivo e outras vezes mais objetivo. Encontra-se no centro do conceito de alienação uma contradição existente entre o ser humano e suas objetivações (Gomes; Schraiber, 2011).

Compreender a humanização, desumanização, alienação e trabalho no complexo contexto social no qual se vivencia atualmente, requer o entendimento sobre estas duas categorias que estão estreitamente ligadas ao próprio movimento capitalista em sua totalidade e de modo particular na PNH.

Assim, tratar da humanização de forma restrita e desarticulada da realidade, sem a problematização da relação humanização\desumanização na sociedade capitalista faz com que questões centrais não emergam no discurso trazido pela PNH, ocultando estas categorias importantíssimas para o avanço do debate sobre a essência do que traz a política de humanização. Analisar o contexto histórico, social e econômico articulando-se com a particularidade da “batalha das ideias” ocorridas no

período que influenciaram na construção da política a desvela o discurso da humanização presente na mesma.

2.2 Resgate histórico da Política Nacional de Humanização no Brasil

Segundo Benevides e Passos (2005b), a discussão da humanização no campo da saúde não pode ser feita de maneira descolada da constituição do SUS e seu desenvolvimento. Está intimamente ligada a este processo e vai ganhando atenção na medida em que ocorre o avanço da luta pela redemocratização da sociedade brasileira e se configurando, no campo da saúde, por meio do Movimento de Reforma Sanitária. Sobre os princípios do Projeto de Reforma Sanitária:

[...] ressalta-se: democratização do acesso, universalização das ações, descentralização, melhoria da qualidade dos serviços com a adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade as ações e a participação popular através de mecanismos como os conselhos e conferências de saúde. Sua premissa básica consiste na Saúde como direito de todos e dever do Estado. Esse projeto tem sido questionado a partir dos anos 1990, constituindo-se, na atualidade, numa perspectiva contra hegemônica (Bravo, 2013, p. 177).

De maneira geral a política de saúde brasileira enfrenta uma constante tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade dos recursos, os interesses das conexões burocráticas entre os setores estatal e empresarial médico e o movimento sanitário crescente a partir dos anos de 1970.

Durante a redemocratização do país houve a intensificação do Movimento de Reforma Sanitária e, em 1986, a realização da VIII Conferência Nacional da Saúde¹², em que foi criado o documento que deu origem ao SUS que levou a construção do Sistema Único de Saúde após a Constituição Federal de 1988, a chamada Constituição Cidadã que é:

[...] o resultado de lutas pela redemocratização da sociedade brasileira que aconteciam em meio a movimentos de resistência à ditadura militar. No campo da saúde, essa resistência se exprimiu no Movimento da Reforma Sanitária a partir do qual foram formulados os princípios de universalidade,

¹² “Esta conferência foi estruturada sobre três eixos básicos: saúde como direito inerente à cidadania, reformulação do Sistema Nacional de saúde e financiamento do setor saúde. Para cada eixo foram previamente encomendados textos para acadêmicos, intelectuais e especialistas a título de subsídios para os debates. Muitos desses autores vinculados ao movimento sanitário foram, também, convidados para participarem das três grandes mesas redondas” (PAIM, 2008, p.99).

eqüidade e integralidade da saúde na Constituição de 1988 como direito de qualquer cidadão e como dever do Estado. Os anos 60, 70 e 80, no Brasil, foram marcados por essas lutas que impunham não só a recolocação das funções e deveres do Estado, como também, os direitos dos homens (Benevides; Passos, 2005b, p.563).

A VIII Conferência Nacional de Saúde, fruto das propostas da Reforma Sanitária sendo de suma importância para a “politização da saúde” (BRAVO, 2011). Dessa Conferência surgiu um relatório das discussões realizadas durante o evento sendo abordados os seguintes temas: Saúde como Direito, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento Setorial (Relatório Final da Conferência Nacional de Saúde, 1987).

A Reforma Sanitária pode ser definida, segundo Paim (2008), como uma reforma social centrada na democratização da saúde, na democratização do Estado e de seus aparelhos e na democratização da sociedade. Além disso, “[...] uma das vertentes críticas do movimento sanitário admite a Reforma Sanitária como um projeto civilizatório articulado à radicalização da democracia na perspectiva do socialismo” (Paim, 2008, p.172).

Inspirado em valores como igualdade, democracia e emancipação, o SUS está inserido na Constituição, na legislação ordinária e em normas técnicas e administrativas. O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) que lhe sustenta é composto por entidades com mais de quatro décadas de história e de compromisso com a defesa do direito universal à saúde, a exemplo do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abraso). Conta com o apoio de outras organizações como a Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres), a Rede-Unida, os conselhos de saúde (nacional, estaduais e municipais a Associação Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde (Ampasa), a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), o movimento popular de saúde, entre outras (Paim, 2018, pág. 1724).

A dinâmica do movimento concreto da realidade nesse contexto foi basilar na formulação dos princípios da saúde na Constituição Federal de 1988, colocando a saúde como direito e dever do Estado. No Brasil, os anos de 1960, 1970 e 1980 foram marcados por uma conjuntura de lutas que impunha a recolocação das funções e deveres do Estado no âmbito dos direitos humanos.

O Sistema Único de Saúde pode ser considerado uma grande conquista sendo caracterizado como um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde do mundo visando proporcionar acesso à saúde de maneira integralizada, universal e

gratuita para todos os brasileiros e estrangeiros que dele necessitar em todo território brasileiro.

O artigo 198 da Constituição Federal do Brasil estabelece os princípios e diretrizes para o Sistema Único de Saúde (SUS). Esse artigo é importante, pois fornece as bases fundamentais para o funcionamento do sistema de saúde no país. Esse artigo do texto constitucional estabelece que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, participação da comunidade, e integralidade da assistência. Essas diretrizes estabelecidas no Artigo 198 da Constituição fornecem o alicerce para o desenvolvimento do SUS e são detalhadas de forma mais precisa pela Lei 8.080/90 e a Lei 8.142/90, conhecida como as Leis Orgânicas da Saúde.

Na Lei 8.080/1990, assim como o artigo 196 da Constituição Federal de 1988, há o reforço da saúde como direito e dever do Estado já no início do documento no artigo 2º “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (Brasil, 1990). No texto da mesma Lei está circunscrito uma concepção de saúde que, além de visar à universalização dos serviços através de um sistema único, afirma que os níveis de saúde estão imbricados ao modelo econômico e organização social do país.

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (Brasil, 1990).

A humanização ganha também destaque no contexto de redemocratização do país, de avanços e conquistas no campo dos direitos sociais. Porém, vale pontuar que a discussão sobre a humanização na saúde no Brasil se inicia ainda nos anos de 1960, tendo como destaque o movimento feminista e a luta antimanicomial que muito contribuíram para colocar a humanização como pauta.

Os movimentos mencionados trazem questionamentos relevantes sobre os métodos utilizados no campo da saúde e sobre a centralidade da técnica em relação à subjetividade dos indivíduos. Destaca-se a necessidade de uma abordagem direcionada aos direitos, na qual os sujeitos envolvidos nos processos de saúde se

tornam detentores desses direitos e devem ser vistos como cidadãos, em vez de meros objetos de intervenção. Essa perspectiva implica uma mudança de paradigma, na qual a concepção de saúde é questionada em sua definição simplista e limitada, que se concentra apenas na ausência de doença.

Os movimentos enfatizam a importância de uma abordagem mais abrangente e integral da saúde, considerando os determinantes sociais, culturais e econômicos que influenciam o bem-estar dos indivíduos. Essa visão ampliada da saúde reconhece a complexidade dos fatores que afetam o estado de saúde de uma pessoa, destacando a importância de abordagens multidisciplinares e intersetoriais. Além disso, coloca ênfase na participação ativa dos indivíduos no cuidado de sua própria saúde, na autonomia dos usuários do sistema de saúde.

A Luta Antimanicomial contribuiu com a crítica ao antigo modelo de saúde mental da época que era tida como totalmente centrado na doença esquecendo-se do paciente enquanto sujeito de direito, despindo-os de sua cidadania e dignidade. Exemplos deste modelo hospitalocêntrico são os manicômios e os sanatórios.

Tanto o Movimento Feminista como a luta antimanicomial tratam de um importante tópico que foi destaque nos documentos do Programa Nacional de Humanização e Assistência Hospitalar e mais tarde foi abordado na própria Política de Humanização: a violência e as relações de poder nas instituições hospitalares¹³.

A relação entre médico e paciente aparece de maneira transversal ao discurso da humanização ao longo do seu processo de construção, pode ser percebido também como sendo palco de discussões e de demandas nos movimentos sociais para a humanização como o movimento antimanicomial e o movimento feminista. Pontos abordados nessa relação são a violência, o desrespeito e a negação dos direitos dos pacientes. Estes elementos já estarão presentes desde o Programa Nacional de Humanização e Assistência Hospitalar que surge em meados dos anos 2000¹⁴.

¹³ “A violência não é percebida onde se origina e onde se define como violência propriamente dita, isto é, como toda prática e toda ideia que reduza um sujeito à condição de coisa, que viole interior e exteriormente o ser de alguém, que perpetue relações sociais de profunda desigualdade econômica, social e cultural. Mais do que isso, a sociedade não percebe que as próprias explicações oferecidas são violentas, porque está cega ao lugar efetivo de produção da violência, isto é, a estrutura da sociedade brasileira. [...]” (Chauí, 2011, p.378).

¹⁴ “Ministro da Saúde, José Serra, ao identificar o número significativo de queixas dos usuários referentes aos maus tratos nos hospitais, tomou a iniciativa de convidar profissionais da área de saúde mental para elaborar uma proposta de trabalho voltada à humanização dos serviços hospitalares públicos de saúde. Estes profissionais constituíram um Comitê Técnico que elaborou um Programa

Os anos 1990 também foram de avanços no campo da humanização. No mesmo período em que o SUS surgiu e se estabeleceu, durante o governo de Fernando Collor de Mello, em 1992, ocorreu a 9ª Conferência Nacional de Saúde. Nessa Conferência, a humanização foi debatida, ainda que de forma sutil, voltando-se para temáticas como o parto humanizado e atendimento humanizado. Segundo Neulls (2016), em 1993, ocorreu a retomada do debate sobre o parto humanizado que tem como resultado o surgimento da Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (REHUNA) e, em 1994, a maternidade pública Leila Diniz é reconhecida como humanizada.

Nos anos 2000 a humanização ganha destaque no âmbito das políticas públicas sendo pauta da 11ª Conferência Nacional de Saúde com a seguinte temática: Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social. Assim, com a temática da humanização cada vez mais em destaque surgiu, no mesmo ano, o Programa Nacional de Humanização e Assistência Hospitalar (PNHA).

A criação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, lançado pelo Ministério da Saúde do Brasil, apresenta-se como uma resposta à necessidade de melhorar a qualidade do atendimento no campo da saúde, reconhecendo que receber um atendimento público de qualidade é um direito de todos os cidadãos. Segundo informações do Ministério da Saúde o programa é concebido como uma iniciativa para disseminar uma nova cultura de atendimento humanizado, promovendo ações concretas e definidas para alcançar esse objetivo (Brasil, 2001). O Programa Nacional de Humanização convoca os profissionais de saúde a trabalharem diligentemente nessa direção, reconhecendo a importância de criar condições para que as demandas da população sejam o principal fator determinante na orientação e qualidade dos serviços de saúde.

A humanização é vista como antítese da violência, da falta de diálogo e da negação do outro em sua humanidade (Deslandes, 2004). A humanização também é percebida como oposto à violência apontando enquanto solução a comunicação, substituindo “[...] formas de violência simbólica [...] por um modelo centrado na

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

possibilidade de comunicação e diálogo entre usuários, profissionais e gestores, busca instituir uma “nova cultura de atendimento” (Deslandes, 2004, p.9).

Assim, a partir da análise dos documentos sobre a PNHAH, observa-se o destaque na questão das relações no ambiente de trabalho, na relação entre trabalhadores e os usuários sendo a comunicação considerada um catalisador das mudanças proporcionando a humanização. Podem-se observar bem estes pontos nos principais objetivos do Programa apresentados em seu documento:

- Difundir uma nova cultura de humanização na rede hospitalar pública brasileira
- Melhorar a qualidade e a eficácia da atenção dispensada aos usuários dos hospitais públicos no Brasil.
- Capacitar os profissionais dos hospitais para um novo conceito de assistência à saúde que valorize a vida humana e a cidadania.
- Conceber e implantar novas iniciativas de humanização dos hospitais que venham a beneficiar os usuários e os profissionais de saúde.
- Fortalecer e articular todas as iniciativas de humanização já existentes na rede hospitalar pública.
- Estimular a realização de parcerias e intercâmbio de conhecimentos e experiências nesta área.
- Desenvolver um conjunto de indicadores de resultados e sistema de incentivos ao tratamento humanizado.
- Modernizar as relações de trabalho no âmbito dos hospitais públicos, tornando as instituições mais harmônicas e solidárias, de modo a recuperar a imagem pública dessas instituições junto à comunidade (Brasil, 2001, p.14).

Para facilitar o entendimento das propostas do PNHAH, Deslandes (2004) divide sua análise em eixos discursivos interessantes de serem abordados que capturam bem a essência de sua intencionalidade. O primeiro eixo discursivo abordado é o da superação da violência e dos desentendimentos através do diálogo e da comunicação, o segundo eixo foca na melhoria da qualidade dos serviços prestados na área da saúde, que estaria atrelada com a boa utilização dos recursos tecnológicos, sendo a seguinte questão, analisada em dois vieses: o primeiro referente ao uso da tecnologia é extremamente necessário na saúde aumentando as chances de, por exemplo, sucessos em cirurgias e em certos procedimentos, que sem ela seria impossível. A falta de recursos tecnológicos necessários pode acarretar fator de estresse e conflito entre profissionais e usuários, igualmente desumanizando o cuidado (Deslandes, 2004). O outro viés cita que nem sempre possuindo alta tecnologia irá ser assegurado um atendimento de qualidade, um atendimento humanizado. Dessa forma, deve-se procurar o perfeito equilíbrio entre o fator tecnológico e o fator humano, para um não sobrepujar o outro.

A humanização no Programa também se traduz com o cuidado com os trabalhadores, juntamente com ações voltadas a melhoria da infraestrutura, das instalações físicas e dos equipamentos. Os trabalhadores necessitam ter um tratamento mais humanizado para que também possam realizar atos humanizados e ter melhores condições de trabalho. Outra questão destacada é a ampliação do processo comunicacional, a debilidade da troca de informações, da escuta e do diálogo que gerariam uma situação de violência, antítese do que significaria a humanização.

[...] apontam a deficiência do diálogo, a debilidade do processo comunicacional entre profissionais e usuários e entre profissionais e gestores, repercutindo de forma negativa no cuidado prestado. O desrespeito à palavra e a falta de troca de informações, a debilidade da escuta e do diálogo promoveriam a violência, comprometeriam a qualidade do atendimento e manteriam o profissional de saúde refém das condições inadequadas que não raro lhe imputam desgaste e mesmo sofrimento psíquico. Assim, a **humanização** também é vista **como ampliação do processo comunicacional**, sendo esta sua diretriz mais central da proposta de humanização [...] (Deslandes, 2004, p.10- grifos da autora).

Em síntese, a perspectiva de humanização trazida pelo Programa, e assimilada mais tarde pela PNH, apresenta preocupação com a qualidade dos atendimentos, sendo a comunicação e a utilização da tecnologia essencial para um serviço mais humanizado nos hospitais. Deveria ocorrer uma reflexão por parte daqueles que atuavam no setor da saúde sobre todos os pontos citados nos eixos temáticos sendo somente assim alcançado o patamar de instituição humanizada.

Em 2003, durante o governo de Luís Inácio Lula da Silva, ocorreu uma revisão da PNHAH, dando origem à política foco deste trabalho, a Política Nacional de Humanização (PNH). Essa política foi resultado dos debates durante anos sobre as condições precarizadas de trabalho, nas dificuldades de pactuação das diferentes esferas do SUS, no descuido e falta de compromisso na assistência à saúde (Benevides; Passos, 2005b).

A problematização da humanização na saúde resgata os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e retoma as bases do Movimento de Reforma Sanitária. A humanização está presente, ainda que de forma tímida, na Lei 8.080/1990. Apesar de a Lei 8.080/1990 não mencionar explicitamente o termo "humanização", ela estabelece diretrizes e princípios que são fundamentais para promover a humanização no contexto do SUS. Essa lei reconhece a importância da

integralidade da assistência, da participação da comunidade e da descentralização dos serviços de saúde, entre outros aspectos que são essenciais para uma abordagem humanizada. Portanto, a humanização na saúde está intrinsecamente ligada aos princípios do SUS e à história do Movimento de Reforma Sanitária. A humanização, nesse contexto, busca reforçar esses princípios e colocar o ser humano no centro do cuidado, considerando suas necessidades, desejos e singularidades. A humanização vista como uma política transversal ao SUS, atravessando diferentes ações e instâncias gestoras do mesmo implica em:

- Traduzir os princípios do SUS em modos de operar dos diferentes equipamentos e sujeitos da rede de saúde;
- Orientar as práticas de atenção e gestão do SUS a partir da experiência concreta do trabalhador e usuário, construindo um sentido positivo de humanização, desidealizado “o Homem”. Pensar o humano no plano comum da experiência de um homem qualquer;
- Construir trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos;
- Oferecer um eixo articulador das práticas em saúde, destacando o aspecto subjetivo nelas presente;
- Contagiar, por atitudes e ações humanizadoras, a rede do SUS, incluindo gestores, trabalhadores da saúde e usuários;
- Posicionar-se, como política pública: a) nos limites da máquina do Estado onde ela se encontra com os coletivos e as redes sociais; b) nos limites dos Programas e Áreas do Ministério da Saúde, entre este e outros ministérios (intersectorialidade) (Brasil, 2010, p.17- 18).

Assim, além de traduzir os princípios do SUS, a política tratada propõe orientar as práticas dos trabalhadores e do usuário voltada à atenção e gestão do sistema de saúde a partir de suas experiências, buscando construir um novo sentido positivo para a humanização. O foco no sujeito e em sua subjetividade também deve ser abordado, precisando de comprometimento na “produção de saúde e produção de sujeitos”. Deve ocorrer um “contágio das ações humanizadoras”, isso levaria ao movimento da humanização¹⁵ se concretizar em todos os setores dos hospitais. Por último é abordada a necessidade de ser lembrada o posicionamento da PNH enquanto política pública na máquina estatal. A PNH se operacionaliza sempre buscando:

- O resgate dos fundamentos básicos que norteiam as práticas de saúde no SUS, reconhecendo os gestores, trabalhadores e usuários como sujeitos ativos e protagonistas das ações de saúde;

¹⁵ “O Ministério da Saúde entende que tem a responsabilidade de ampliar esse debate, promover o envolvimento de outros segmentos e, principalmente, de tornar a humanização um movimento capaz de fortalecer o SUS como política pública de saúde” (BRASIL, 2010, p. 9).

- A construção de diferentes espaços de encontro entre sujeitos (Grupo de Trabalho em Humanização; Rodas; Colegiados de Gestão etc.);
- A construção e a troca de saberes;
- O trabalho em rede com equipes multiprofissionais, com atuação transdisciplinar;
- O mapeamento, análise e atendimento de demandas e interesses dos diferentes sujeitos do campo da saúde;
- O pacto entre os diferentes níveis de gestão do SUS (federal, estadual e municipal), entre as diferentes instâncias de efetivação das políticas públicas de saúde (instâncias da gestão e da atenção), assim como entre gestores, trabalhadores e usuários desta rede;
- A construção de redes solidárias e interativas, participativas e protagonistas do SUS; (Brasil, 2010, p.19- 20).

A PNH como um movimento de mudança dos modelos de atenção e gestão (BRASIL, 2010), visa causar mudanças no plano das políticas públicas, possuindo três princípios a partir dos quais se desdobra enquanto uma política pública de saúde.

O primeiro é a Transversalidade, que propõe a necessidade do aumento do grau de comunicação intra e intergrupos; uma transformação dos modos de relação e de comunicação entre os sujeitos implicados nos processos de produção de saúde com a desestabilização das fronteiras dos saberes; dos chamados territórios de poder e dos modos instituídos na constituição das relações de trabalho (Brasil, 2010).

O segundo é a Indissociabilidade entre atenção e gestão que indica a necessidade de mudança dos modos de cuidar que devem ser inseparável da alteração dos modos de gerir e se apropriar do trabalho; há também a inseparabilidade entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de sujeitos além da integralidade do cuidado e integração dos processos de trabalho (Brasil, 2010).

O terceiro é o protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos em que trabalhar implica na produção de si e na produção do mundo, das diferentes realidades sociais, ou seja, econômicas, políticas, institucionais e culturais; mudanças na gestão e na atenção para maior efetividade quando produzidas pela afirmação da autonomia dos sujeitos envolvidos nos processos de trabalho em saúde, que contratam entre si as responsabilidades compartilhadas nos processos de gerir e de cuidar (Brasil, 2010).

São objetivos da Política Nacional de Humanização:

- Ampliar o diálogo entre os trabalhadores, entre os trabalhadores e a população e entre os trabalhadores e a administração, promovendo a gestão participativa, colegiada e a gestão compartilhada dos cuidados/atenção;
- Implantar, estimular e fortalecer os Grupos de Trabalho e Câmaras Técnicas de Humanização com plano de trabalho definido;

- Estimular práticas de atenção compartilhadas e resolutivas, racionalizar e adequar o uso dos recursos e insumos, em especial o uso de medicamentos, eliminando ações intervencionistas desnecessárias;
- Reforçar o conceito de clínica ampliada: compromisso com o sujeito e seu coletivo, estímulo a diferentes práticas terapêuticas e corresponsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde;
- Sensibilizar as equipes de saúde para o problema da violência em todos os seus âmbitos de manifestação, especialmente a violência intrafamiliar (criança, mulher e idoso), a violência realizada por agentes do Estado (populações pobres e marginalizadas), a violência urbana e para a questão dos preconceitos (racial, religioso, sexual, de origem e outros) nos processos de recepção/acolhida e encaminhamentos;
- Adequar os serviços ao ambiente e à cultura dos usuários, respeitando a privacidade e promovendo a ambiência acolhedora e confortável;
- Viabilizar a participação ativa dos trabalhadores nas unidades de saúde, por meio de colegiados gestores e processos interativos de planejamento e de tomada de decisão;
- Implementar sistemas e mecanismos de comunicação e informação que promovam o desenvolvimento, a autonomia e o protagonismo das equipes e da população, ampliando o compromisso social e a corresponsabilização de todos os envolvidos no processo de produção da saúde;
- Promover ações de incentivo e valorização da jornada de trabalho integral no SUS, do trabalho em equipe e da participação do trabalhador em processos de educação permanente em saúde que qualifiquem sua ação e sua inserção na rede SUS;
- Promover atividades de valorização e de cuidados aos trabalhadores da saúde, contemplando ações voltadas para a promoção da saúde e qualidade de vida no trabalho (Brasil, 2010, p.39-41).

A Política de Humanização aponta a necessidade de promover uma mudança na cultura dos atendimentos na área da saúde, visando torná-los mais humanizados, por meio de práticas e ações que promovam um maior diálogo entre os trabalhadores e os usuários, evitando situações de violência e promovendo uma relação de respeito e empatia. Além disso, a Política de Humanização também enfatiza a importância da comunicação entre os profissionais de saúde, promovendo uma maior integração e trabalho em equipe. A participação dos usuários é encorajada, com o objetivo de promover uma gestão compartilhada e participativa, na qual os usuários têm voz ativa e são corresponsáveis pelo cuidado e pelas decisões relacionadas à sua saúde. Esses princípios da humanização, como diálogo, comunicação, participação e corresponsabilidade, têm o propósito de garantir um atendimento mais acolhedor, respeitoso e centrado nas necessidades e desejos dos usuários.

Outra questão tratada pela PNH é a busca pela sensibilização das equipes de saúde para o problema da violência, especialmente a violência intrafamiliar (criança, mulher e idoso) e a violência realizada por agentes do Estado que envolve as populações marginalizadas e pobres como a violência urbana e a questão dos preconceitos. Confirmando esta perspectiva, Moreira (2021) cita que “[...] o negativo

da humanização, a desumanização, tenha talvez no não-dito sobre racismo, etarismo, sexismo e capacitismo, expressões que evocam o descuido e a violência, ao expropriar e apagar o reconhecimento do outro e de seu saber [...]” (Moreira, 2021, p. 2934).

Além disso, a PNH propõe a implementação da clínica ampliada¹⁶ como uma estratégia para fortalecer a humanização no cuidado em saúde. A clínica ampliada busca ir além da abordagem tradicional focada na doença, considerando não apenas o aspecto biológico, mas também os aspectos sociais, psicológicos e culturais do paciente. A clínica ampliada valoriza a escuta ativa, o diálogo e a construção de vínculos entre profissionais de saúde e usuários, reconhecendo a singularidade de cada pessoa e suas necessidades específicas. Busca promover uma abordagem mais integral e humanizada, na qual o paciente é considerado um sujeito ativo no cuidado de sua própria saúde.

Outro elemento citado é a cogestão ou gestão participativa e a corresponsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde. É responsabilidade e dever de todos construir um SUS verdadeiramente humanizado, a “Construção da memória do SUS que dá certo”¹⁷ (BRASIL, 2010).

Levando em consideração que tanto o Sistema Único de Saúde quanto a Política Nacional de Humanização estão inseridas em um complexo contexto social, político e econômico, não se deve deixar de fora a articulação com esses elementos em uma análise que busque apreender suas contradições tanto do ponto de vista estrutural como também em um nível superestrutural.

O destaque na subjetividade e na comunicação visando à qualificação dos serviços de saúde é uma maneira superficial de analisar os problemas do SUS deixando de lado os elementos que realmente irão influenciar na desumanização na política de saúde e que estão nas raízes das problemáticas. Assim, a humanização deve ser entendida como:

[...] uma arena de embates políticos entre poderosos interesses econômicos, científicos e culturais que disputam hegemonias. Ou seja, em nossa visão, a discussão da humanização não pode estar apartada da compreensão de um sistema social – o capitalismo em sua etapa neoliberal – que crescentemente

¹⁶ A Clínica Ampliada é uma das diretrizes da PNH, diz a respeito ao aumento da autonomia do usuário, da família e da comunidade; está ligada ao poder e direito de decisão desses sujeitos. Na clínica ampliada, há a escuta do usuário e de sua família pela equipe multiprofissional.

¹⁷ A perspectiva do SUS que dá certo é altamente conservadora não propondo mudanças efetivas no quadro do SUS tendo em vista o enfrentamento dos problemas presentes.

'desumaniza' e mercantiliza os indivíduos, seus corpos e relações sociais (Barbosa, 2006, p. 325).

A humanização como uma categoria complexa que exige cuidado em ser analisada. Defende-se a premissa que o capitalismo e humanização se excluem devido à natureza contraditória do capital e de seu modelo de socialização, que nega a essência do que seria humano e sua existência; a dignidade humana. Isto se reflete em uma postura anuladora de direitos. Assim, conforme Castro (2018), é impossível pensar em humanização na área da saúde sem resgatar um projeto de sociedade e de saúde que ultrapasse o marco estabelecido de uma "humanização possível" ou da humanização como mercadoria.

Como pôde ser percebido até o presente momento, há o afastamento dos determinantes sociais que estão imbricados na relação saúde e doença prevalecendo uma visão afastada de uma análise conjuntural crítica, não se questiona os processos de humanização e desumanização presentes no modelo capitalista.

No que se refere à centralidade nos determinantes sociais, a lógica empregada pela PNH parte da discussão das tais *determinantes*, vinculada a "fatores" que interferem no processo saúde-doença, dando respaldo à constituição de um "Novo conceito em saúde". Quando se fala em *determinação* social, enfatizam-se as determinações contraditórias e simultâneas de necessidades, tanto do capital como do trabalho, que interferem no processo saúde-doença. Isto é, saúde e doença têm caráter histórico e social e, por isso, devem ser analisadas como um processo que tem causalidades e determinações (Castro, 2018, p.169- grifos da autora).

A política de humanização nasce no berço da implantação neoliberal no Brasil e possui suas implicações na própria natureza da política. A PNH dá seus primeiros passos, como já citado, no ano de 2003, no governo de Luís Inácio Lula da Silva (2003-2010), que propunha mudanças mais efetivas com maior valorização e investimento nas políticas públicas.

De acordo com Castro (2018), vivencia-se um momento de efervescência e de perspectivas de mudanças concretas no país com a melhoria no investimento das políticas sociais com suposto perfil progressista havendo também a entrada no quadro Ministério da Saúde pessoas que eram alinhadas com os princípios do movimento de Reforma Sanitária.

Havia, também, grande expectativa para a 12ª Conferência Nacional de Saúde, que a mesma "[...] propiciasse uma nova pactuação para o desenvolvimento da Reforma Sanitária e do SUS, forçando o governo a assumir propostas e

compromissos mais progressistas” (PAIM, 2008, p. 242). Porém, há a continuidade da implantação do projeto neoliberal, que ocorreu desde o governo de Fernando Henrique Cardoso.

Concorda-se com Cislighi (2015) quando afirma que “Discutir o significado do PT no poder no Brasil, no entanto, é um debate inacabado realizado ao calor dos acontecimentos [...]” (CISLAGHI, 2015, p. 91). Mas em linhas gerais, apesar de ser apontado como um governo neodesenvolvimentista (ou novo-desenvolvimentismo) para alguns autores¹⁸, tese que cresce no governo de Dilma Rousseff. Porém, “Apesar da retórica novo desenvolvimentista, que se fortalece no governo petista de Rousseff, iniciado em 2011, em linhas gerais se mantem o mesmo padrão neoliberal desde o governo Cardoso [...]” (Cislighi, 2015, p. 91).

No mesmo período em que o SUS surgiu e se institucionalizou, tendo como alicerce a própria Constituição Federal de 1988, o neoliberalismo ganhou forças no país. Observa-se o reflexo deste avanço no campo das políticas públicas que se tornam alvo de ataques cada vez mais brutais com cortes orçamentários e desresponsabilização do Estado.

Isso significa que no momento de avanços no campo social, com o movimento de redemocratização do Brasil, várias das conquistas de cunho social se encontraram ameaçadas. Assim, abrem-se as portas para a terceirização, o desfinanciamento e para a privatização tornando a ação do Estado cada vez mais secundária. O resultado tem sido políticas públicas com baixos investimentos e baixa qualidade, um contexto em que se luta para manter os direitos sociais já conquistados resistindo ao retrocesso com dificuldades na ampliação dos mesmos.

Após a crise estrutural de 1970¹⁹, ocorreram questionamentos sobre o padrão de acumulação vigente de base fordista e taylorista em um Estado Keynesiano. Porém, vale ressaltar que as crises são inerentes ao capital e determinadas por sua dinâmica de natureza contraditória sendo, portanto, cíclicas. Em particular, esta crise se reflete também em dois pontos cruciais que darão base para o entendimento do atual contexto: o enfraquecimento do *Welfare State* e do socialismo. Isto terá reflexos

¹⁸ Esta discussão é feita por vários autores com diferentes pontos de vista. Boito (2018) defende que os governos petistas se caracterizam como um neodesenvolvimentismo enquanto Antunes (2015) discorda desta definição, afirmando que ocorrera mais a continuação do neoliberalismo do que sua ruptura.

¹⁹ A crise estrutural de superprodução vivenciada em meados de 1970, conhecida como a crise do petróleo onde ocorrera queda exponencial da taxa de lucro, o capitalismo necessitou se reorganizar para se perpetuar e continuar a sua reprodução.

inclusive na ascensão do pensamento pós-moderno que ganhou, a partir daí, um terreno fértil para se propagar. A perspectiva abordada pela pós-modernidade, que ganha força na década de 1990, tem como suas características a crítica a correntes de pensamento baseadas em mudanças sociais, como o marxismo, e o destaque das questões subjetivistas.

Essa crise tem uma importante significação histórico-social que reverbera no âmbito da ordem burguesa e da chamada pós-modernidade, com a desqualificação da teoria social de Marx, o sepultamento da revolução e com a declaração de que o capitalismo é o fim da história (Castro, 2018, p.19).

De acordo com Antunes (1999) e em consonância com as ideias apresentadas por Castro (2018), a crise do Estado de Bem-Estar Social (*Welfare State*) é um fenômeno complexo, pois está intrinsecamente ligada a mudanças intensas em diversos âmbitos, como o econômico, social, político e ideológico. Na tentativa de enfrentar a crise capitalista, o capital se reestrutura no sentido de desmontar, restringir e desconfigurar o Estado Social.

Essas mudanças têm implicações na subjetividade dos indivíduos, influenciando seus valores, aspirações e percepções sobre si mesmos e sobre o trabalho. A crise do capital coloca em xeque a ideia da necessidade de sistemas de proteção social e de que o Estado é o principal responsável pelo bem-estar da população, o que gerou incertezas, inseguranças e desvalorização do trabalho.

O capital deflagrou então, várias transformações no próprio processo produtivo, por meio da constituição das formas de acumulação flexível, do *downsizing*, das formas de gestão organizacional, do avanço tecnológico, dos modelos alternativos ao binômio taylorismo\fordismo, onde se destaca especialmente o “Toyotismo” ou modelo japonês. Essas transformações, decorrentes da própria concorrência intercapitalista (num momento de crises e disputas intensificadas entre os grandes grupos transnacionais e monopolistas) e, por outro lado, da própria necessidade de controlar as lutas sociais oriundas do trabalho, acabaram por suscitar a resposta do capital a sua crise estrutural (Antunes, 1999, p. 47- 48).

Assim, todas estas características serão incorporadas no modo de produção capitalista em seu modelo neoliberal, tido como solução para as crises vivenciadas em substituição ao modelo Keynesiano. Mudanças também são observadas no mundo do trabalho com a inserção do Toyotismo japonês com a flexibilização do trabalho.

Com a entrada de Collor de Melo no poder em 1989 o projeto neoliberal encontrou um terreno propício para seu desenvolvimento e o estabelecimento de sua hegemonia no Brasil. Tratando-se especialmente da saúde, nesse período, Castro (2018) afirma que o governo ataca veemente a construção do SUS havendo, por exemplo, diversos vetos na Lei Orgânica de Saúde, inclusive com a aprovação de uma segunda LOS (Lei 8.142 /90).

O governo do presidente Fernando Henrique Cardoso, também não foi diferente do anterior continuando a implantar o neoliberalismo. Um exemplo disto é a implantação da Reforma do Estado que se alinha à perspectiva neoliberal, seguindo o receituário Consenso de Washington, de 1989. O Consenso de Washington traçou a base doutrinária e política do Banco Mundial, do Fundo Monetário Internacional e da Organização Mundial do Comércio (OMC), responsáveis pela adaptação dos países periféricos ao capital Internacional. (Castro, 2018).

O Banco Mundial (BM) também é um importante elemento para se compreender este complexo contexto em que a humanização toma forma até se tornar uma política. O BM já exibe seu interesse no SUS ainda quando o mesmo dava seus primeiros passos com a Constituição de 1988, sendo a área da saúde considerado um setor com potencial para a acumulação do capital.

Três aspectos merecem ser considerados nas análises da relação do Banco com o campo da saúde brasileira: a garantia do direito universal à saúde, a forma de gerir essa política pública e o potencial que esse setor apresenta para a acumulação do capital. São aspectos que se encontram intrinsecamente relacionados, evidenciando a dinâmica de intervenção do Banco, bem como sua intencionalidade (Rizzotto; Campos, 2016, p. 264).

Castro (2018) destaca o relatório produzido em 2007 pelo BM com o título “Governança no Sistema Único de Saúde do Brasil: melhorando a qualidade do gasto público e gestão de recursos”. Neste relatório são atestados a ineficiência e baixa qualidade nos serviços de saúde no Brasil. A partir desse diagnóstico ele propõe reformas no setor seguindo uma lógica voltada ao mercado com o foco nos custos, na produtividade, na eficiência e efetividade e na gestão, que tem como estratégia o controle do trabalhador enquanto maneira de trazer qualidade aos serviços, característica marcante do processo de reestruturação capitalista

Rizzotto e Campos (2016), baseando-se nesse mesmo relatório relatam que o BM adota o termo governança ou *accountability* como um mecanismo capaz de

captar a responsabilidade dos atores e as consequências que devem ser enfrentadas tendo como base o seu desempenho. Pode-se compreender, a partir desse discurso defendido pelo BM, que a “[...] instituição prestadora de serviços de saúde, os gerentes e os trabalhadores poderiam ser responsabilizados pelo seu comportamento na gestão, no planejamento, no monitoramento e na administração dos recursos financeiros [...]” (Rizzotto; Campos, 2016, p. 266).

Para o Banco, a ausência de responsabilização, ou seja, de punição de gerentes e profissionais com baixo desempenho, levaria a um sistema injusto que comprometeria a qualidade e o impacto das ações de saúde. A ideia de governança local, descentralizada, transfere para o espaço da micropolítica a responsabilidade pela atenção à saúde prestada à população, deixando intacta qualquer crítica à macropolítica, onde se define a alocação dos recursos públicos, até porque, para o Banco, o problema não está na falta de recursos, mas na sua má gestão (Rizzotto; Campos, 2016, p. 266-267).

Pode-se afirmar que “Invariavelmente, o interesse do Banco gira em torno da gestão do Estado, do financiamento e da relação com o mercado [...]” (Rizzotto; Campos, 2016, p. 266). Nos relatórios produzidos pelo BM percebe-se, segundo os autores, a repetição desses elementos alegando a importância para o bom funcionamento do SUS. As propostas trazidas pelos relatórios do Banco Mundial giram em torno do fortalecimento da privatização do setor da saúde o que contribuiu, por exemplo, para a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, a EBSEH, administradora dos Hospitais Universitários.

A partir das análises realizadas por Rizzotto (2000) em alguns Relatórios do BM, pode-se perceber como a proposta da privatização para a saúde se faz presente. Nesse relatório de 1975, segundo a autora, o Banco Mundial propõe para os países em desenvolvimento a construção de um modelo de serviço público descentralizado em nível comunitário, focado nos mais pobres e transferindo para o indivíduo, a família ou a comunidade a responsabilidade do sucesso ou fracasso dos serviços públicos. Além disso:

[...] o Banco propõe também um sistema de serviços privados, destinado ao restante da população [...] Nesta perspectiva, o acesso aos serviços de saúde deixa de ser um direito universal de todo cidadão e dever do Estado, modifica-se a amplitude das políticas de saúde e recupera-se o conceito de equidade com o intuito de substituir a discussão da distribuição de renda, tema crucial no debate da questão do desenvolvimento. A cobrança pela assistência à saúde, mesmo no sistema público, é apresentada como uma forma de arrecadar recursos para os investimentos necessários aos programas seletivos e focalizados, ao mesmo tempo em que esta prática serviria para

diminuir a demanda por serviços de saúde, especialmente por parte daqueles que “simulam” doenças e fazem uso de serviços especializados sem necessidade. [...] Pelas propostas que o Banco Mundial apresenta em seus documentos, um sistema nacional de saúde não compreenderia os princípios de universalidade e integralidade; a participação do Estado no fornecimento de serviços públicos de saúde teria como parâmetro básico, interesses de caráter econômico (Rizzotto, 2000, p.129-134).

Citando outros dois Relatórios, um do ano de 1991 e outro de 1995, a autora destaca que nos anos 1990 há um aumento dos acordos de empréstimos com maior aporte de recursos no campo da saúde ligadas a discussão sobre a pobreza e a necessidade das reformas setoriais. Neste momento o setor da saúde emerge como um mercado promissor par o investimento privado. No Brasil:

O interesse do Banco Mundial, no setor de saúde brasileiro, acompanhou a retomada do discurso do combate à pobreza na última década e a emergência deste setor como um importante mercado para o investimento privado. A “atenção” dispensada para este setor nacional pode ser comprovada pela quantidade de estudos e relatórios produzidos e divulgados por esta instituição, e pelo aumento dos projetos financiados (Rizzotto, 2000, p.152).

O foco dos dois documentos do BM citados está na avaliação genérica do Sistema Único de Saúde brasileiro, trazendo destaque ao custo-benefício dos serviços e a defesa da necessidade de reformas constitucionais e institucionais. As propostas de reformas avisavam a ampliação da assistência à saúde dos mais pobres. Porém, “[...] em realidade contribui com a tendência de anular ou reduzir os direitos de saúde conquistados pela sociedade brasileira e consagrados na Constituição Federal de 1988.” (Rizzotto, 2000, p.153). Havia a defesa da participação da rede privada e ataques à CF:

Em ambos os documentos, o Banco faz uma defesa da participação da rede privada na prestação dos serviços de saúde no Brasil, com duras críticas à preferência dada, pelo capítulo 3 Constituição Brasileira, às instituições filantrópicas e sem fins lucrativos [...] No texto de 1995, foi dedicado um amplo espaço para a discussão dos planos e regimes privados de prestação de serviços de saúde no Brasil, com uma análise detalhada dos custos da assistência médica e dos possíveis lucros que se poderia auferir neste setor. Na verdade, fornece subsídios para a iniciativa privada analisar as possibilidades de investimento e as vantagens da sua participação neste setor de serviços (Rizzotto, 2000, p. 154-155).

Castro (2018) afirma que a universalização do acesso à saúde é atacada por ser vista como uma das causas da elevação do déficit público. Porém, ocorrem

principalmente devido ao modelo hospitalocêntrico voltado a inovações tecnológicas, equipamentos, maquinarias e ao alto grau de medicalização sem que se tenha a resolutividade das problemáticas vivenciadas no setor gerando altos custos.

Ainda em referência ao governo Lula, outra política que merece destaque é o QualiSUS tendo como enfoque os questionamentos acerca da qualidade dos serviços oferecidos pelo SUS. “[...] Essa política surgiu com o discurso da necessidade de se elevar a qualidade da assistência prestada na área da saúde, tendo como pilar a humanização [...]” (Castro, 2018, p. 63). Em 2009, o QualiSUS foi dinamizado se tornando o Programa de Formação e Melhoria da Qualidade das Redes de Atenção à Saúde (QualiSUS Rede) propondo apoio à organização das redes regionalizadas de atenção à saúde no Brasil, sendo caracterizado como um projeto de cooperação entre o Banco Mundial e o Ministério da Saúde (Castro, 2018)

[...] O Projeto QualiSUS-Rede destina-se à implantação de 15 experiências de redes de atenção à saúde nos vários estados brasileiros, sendo 10 em regiões metropolitanas e cinco em regiões não metropolitanas, envolvendo o desenvolvimento e a implementação de acordos regionais e organizados para assistência coordenada ou integrada em Redes Regionais de Assistência à Saúde (RRAS). Uma estruturação de Redes de Atenção à Saúde (RAS) eficientes e efetivas, que considerem a integralidade na atenção à saúde e ao mesmo tempo respeitem a lógica de economia de escala na produção de serviços especializados, deve ser perseguida na construção de sistemas com base territorial definida e com objetivo de promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, e humanizada (Brasil, 2016, p.17).

Os termos humanização e qualidade se apresentam nos discursos das políticas públicas como próximos, como elementos interdependentes. A perspectiva com a implantação da humanização na saúde seria de alcançar a qualidade nos atendimentos nos hospitais considerando todos os elementos já expostos no texto acima: “vamos humanizar para qualificar”. A humanização só seria possível com a comunicação, tendo em vista as particularidades de cada sujeito envolvido nos processos de saúde, a articulação entre fator tecnológico e o humano. Um SUS que funciona deveria levar em conta todos estes tópicos para que conseguisse funcionar de maneira eficiente.

Porém, não consideram os inúmeros fatores que colaboram para a falta de qualidade no setor como o desfinanciamento, a terceirização e a privatização. Reformulando, o que deve ser afirmado é: só haverá humanização na saúde se houver qualidade na saúde; que esses serviços sejam ofertados com um financiamento

adequado ao setor público com investimento para as políticas públicas, com o pagamento de bons salários e carga horária justa para seus trabalhadores, quando houver infraestrutura adequada para os atendimentos, sem que faltem materiais para procedimentos, em suma, com a saúde sendo tratada como direito e não como uma mercadoria como propõe a agenda neoliberal.

No início dos anos 2000, pode-se observar uma articulação do projeto de saúde com os moldes neoliberais, que reatualizaram o modelo médico assistencial privatista e hospitalocêntrico. Nesse contexto, houve uma política de ajuste com o objetivo de conter gastos no setor da saúde, reduzindo o papel do Estado a apenas garantir o mínimo aos que não podem pagar por um plano de saúde. Essa abordagem reflete uma perspectiva em que o setor privado ganha maior relevância, enquanto o Estado se exime de sua responsabilidade em relação à saúde daqueles que têm acesso ao mercado. O foco passa a ser a responsabilidade individual, enquanto o setor público é desresponsabilizado em relação aos cuidados com a saúde da população.

De acordo com Bravo (2008), com base em Costa (1996), as propostas desse projeto são a focalização para o atendimento da população mais vulnerável e a motivação para o crescimento do setor privado. Começa a se desenhar a formação de duas perspectivas de saúde, dois projetos em disputa no setor da saúde: um projeto ligado ao Movimento de Reforma Sanitária, defendendo a saúde como direito, tal como se faz inscrito na Constituição Federal de 1988 e nas Leis Orgânicas de Saúde e outro projeto ligado ao Neoliberalismo que defende a perspectiva da saúde como mercadoria articulado ao mercado.

Na década de 1990, o Projeto de Reforma Sanitária começa a ser questionado e um outro projeto é construído tendo como características: o caráter focalizado para atender às populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde, a ampliação da privatização e o estímulo ao seguro privado (Bravo, 2009, p.1).

Dois pontos, que já foram brevemente citados, são importantes de serem abordados sobre o contexto de surgimento da PNH: o pensamento pós-moderno²⁰

²⁰ Baseando-se em Jameson (2007), Castro (2018) afirma que o pós-modernismo não é uma cultura nova, mas parte de um novo estágio do capital. “[...] A cultura pós-moderna global é expressão interna e superestrutural de uma nova era de dominação mundial, militar, econômica dos EUA [...] é um fenômeno histórico e se apresenta enquanto uma dominante cultural do capitalismo tardio” (Castro, 2018, p.91).

que ganha força e acaba influenciando o campo das políticas públicas inclusive na própria formulação da Política Nacional de Humanização e o surgimento de novas formas de controle do capital trazidas pelo processo de reestruturação, tendo como destaque a flexibilização do trabalho.

Nesse contexto, há uma banalização das categorias ligadas ao processo de construção histórico-social, como a luta de classes, a desigualdade, a exploração e o trabalho alienado. Elementos imediatistas, a-históricos e irracionais são colocados em seu lugar, priorizando uma visão superficial da realidade concreta. Isso ocorre em um cenário em que o capitalismo é visto como o fim da história, não havendo mais espaço para explorar soluções para superá-lo. A ascensão dos novos movimentos sociais, com focos em questões mais específicas e diferentes do movimento operário tradicional, também contribui para essa perspectiva. Esses movimentos trazem à tona demandas e lutas por direitos e reconhecimento que não estavam necessariamente centradas na questão da classe trabalhadora. Outro elemento apontado é a crise do paradigma marxista, que gerou uma frustração em relação à expectativa de uma revolução socialista. Essa crise abalou as bases teóricas e estratégicas do movimento operário e levou a uma busca por outras formas de resistência e transformação social.

A perspectiva pós-moderna ganha espaço nos estudos direcionados à área da Saúde Coletiva. O pensamento pós-moderno defende que a modernidade falhou em trazer avanços significativos para a humanidade havendo críticas à correntes teóricas como o marxismo que era rotulado como uma teoria falha com explicações economicistas. Assim, há um afastamento das propostas de saúde elaboradas pela Reforma Sanitária e em contrapartida, entram em cena termos subjetivistas utilizados como explicações para a falta de qualidade no SUS. “[...] Na PNH, o conceito de humanização estabelecido incorpora o arcabouço ideoteórico construído pela Saúde Coletiva a partir dos anos de 1990, essencialmente em relação à micropolítica e o cuidado em saúde [...]” (Castro, 2018, p.168).

Os novos modelos de gestão implantados no SUS se estruturam a partir do setor privado e é fundamentado no modelo toyotista²¹ que ganha espaço a partir do processo de reestruturação capitalista. Nos documentos oficiais da PNH pode-se

²¹ O Toyotismo japonês está ligado à flexibilização do trabalho, à terceirização baseado no sistema *just-in-time*. “[...] O *Toyotismo* penetra, mescla-se ou mesmo substitui padrão fordista dominante, em várias partes do capitalismo globalizado Vivem-se formas transitórias de produção, cujos desdobramentos são também agudos, no que diz respeito aos direitos do trabalho [...]” (ANTUNES, 1995, p.16- grifos do autor).

perceber a presença de elementos ressaltados nesses novos modelos como a gestão participativa, cooperação, efetividade, motivação etc. São elementos colocados como centrais para o funcionamento do Sistema Único de Saúde visando trazer para o mesmo qualidade e efetividade em seus atendimentos, em consequência, mais humanização.

A humanização é vista de uma forma restrita, uma vez que não problematiza as bases dos processos de humanização/desumanização na sociedade capitalista e não está vinculada a um projeto societário emancipatório. A PNH e seu arcabouço teórico apontam também a centralidade na determinação das condições de saúde da população; as políticas intersetoriais; as estratégias à qualidade da atenção à saúde; a expansão da informação em saúde; a educação em saúde; a participação popular; e a formação de profissionais, gestores e conselheiros de saúde capazes de refletir sobre o acesso universal, a qualidade e a humanização da atenção (Castro, 2018, p. 168).

Diante do exposto até aqui, entendemos a Política de Humanização com o intuito de disfarçar as mazelas vivenciadas não somente pelo SUS, mas pelas políticas públicas em geral. É entendido que o Sistema Único de Saúde se encontra incapacitado de funcionar plenamente pela falta de recursos e profissionais, devido a jornada de trabalho exaustiva, a falta de infraestrutura para os atendimentos, falta de medicamentos e com maquinário com falhas no funcionamento. Constantemente pressionado pelo setor privado e pelos novos modelos de gestão esses problemas são caracterizados como problemas de gestão ou dos trabalhadores da saúde, havendo a responsabilização dos sujeitos para que ocorra a humanização do setor.

A PNH pode ser caracterizada como instrumento que faz parte do arsenal de estratégias capitalistas para a manutenção do seu *status quo*, abordando as problemáticas da saúde de forma rasa e trazendo soluções eticamente abstratas. Assim, o capital modifica seus mecanismos de controle de acordo com as suas necessidades.

Enxergar para além da ideologia da humanização (Guerra; 2018) é sair da aparência desta política, é desvelar a sua intencionalidade em um movimento articulado com o real concreto e pensado. Este movimento se faz importante para entender e desmistificar a PNH e vê-la de forma crítica e contundente, fazendo com que se perceba as contradições que envolvem as categorias teóricas centrais do trabalho: o Serviço Social e seu Projeto Ético-Político, a Política Nacional de Humanização e a humanização.

2.3 A ideologia da humanização: os significados do termo humanização na PNH e suas implicações na política de saúde

O termo humanização foi utilizado antes mesmo da implantação da Política Nacional de Humanização (PNH) e foi abordado em movimentos feministas, como o direito reprodutivo das mulheres e o parto humanizado. Mais tarde, recebeu destaque na política de saúde com um dos cadernos do Humaniza SUS dedicado a essa temática. Além disso, existem iniciativas de humanização na assistência a crianças, como o atendimento de recém-nascidos na UTI e modelos assistenciais baseados no princípio da humanização, como a Maternidade Segura e o Método Canguru. Todas essas iniciativas são apoiadas pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial de Saúde (Deslandes, 2004).

Assim, o termo humanização passou a ser amplamente utilizado e se tornou a base de diversas iniciativas na área da saúde. O conceito está relacionado a uma abordagem de assistência que valoriza a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, ao mesmo tempo em que reconhece os direitos do paciente, sua subjetividade, cultura e valoriza o profissional de saúde (Deslandes, 2004).

Falar sobre a humanização, seja como política pública, como conceito ou como ideologia necessita do resgate de algumas questões que tiveram como resultado a institucionalização da Política Nacional de Humanização (PNH), inclusive sua relação com alguns processos sociais, políticos e históricos essenciais para seu entendimento. Para o entendimento sobre a ideologia da humanização é necessário explorar o significado da humanização na PNH e suas implicações na política de saúde desvelando sua intencionalidade.

O termo humanização empregado na PNH é descrito no texto intitulado “Documento Base para Trabalhadores e Gestores do SUS” como:

[...] a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão (Brasil, 2010, p.8- 9).

A partir dessa afirmação, pode-se articular a humanização como uma valorização dos sujeitos envolvidos nos processos de trabalho na área da saúde,

incluindo os usuários do SUS, os trabalhadores e os gestores. Essa valorização, como pode ser percebida, está intrinsecamente ligada aos valores da PNH, que são o protagonismo e a autonomia desses sujeitos, a corresponsabilidade, o estabelecimento de vínculos, a construção de redes de cooperação e uma gestão participativa.

O documento apresenta tópicos detalhados sobre essa definição:

- Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores;
- Fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos e dos coletivos;
- Aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos;
- Estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão;
- Mapeamento e interação com as demandas sociais, coletivas e subjetivas de saúde;
- Defesa de um SUS que reconhece a diversidade do povo brasileiro e a todos oferece a mesma atenção à saúde, sem distinção de idade, raça/ cor, origem, gênero e orientação sexual; (Brasil, 2010, p. 19).

A PNH é descrita também como “[...] uma política nacional que busca qualificar modo de atenção e gestão na rede do SUS, incluindo trabalhadores, usuários e gestores. [...]” (BRASIL, 2010, p.8). Ainda de acordo com o documento “Política Nacional de Humanização: o que é e como implementar” a humanização se apresenta como uma aposta ético-estético-política:

- Ética, porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e corresponsáveis;
- Estética, porque acarreta um processo criativo e sensível de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas;
- Política, porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS (Brasil, 2010, p.5).

E o compromisso ético-estético-político está embasado em valores ligados a “[...] autonomia e protagonismo dos sujeitos, de corresponsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão” (Brasil, 2010, p. 5). O conceito de saúde presente no “Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS” é:

Por humanização entendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o

estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e participação coletiva no processo de gestão (Brasil, 2010, p. 8-9).

Percebe-se, na leitura dos documentos, que a Política Nacional de Humanização tem como eixos centrais o cuidado em saúde, a gestão participativa e cogestão, valorização do trabalhador, a ambiência, trabalho em equipe, a defesa dos direitos dos usuários, redes de protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos (Castro, 2018). Todos esses elementos devem orientar tanto a gestão quanto o trabalho em saúde. Todavia:

[...] esses eixos não são polemizados nos seus elementos de fundo: no âmbito das contradições da política de saúde e do próprio modelo assistencial empregado pelas instituições de saúde no que tange à sua lógica privatista. Toda essa lógica é vista prioritariamente como avanço, já que tem como direcionamento mudanças nas relações entre a equipe de saúde e os usuários, na gestão e atenção, promovendo a cultura de um atendimento humanizado na área da saúde (Castro, 2018, p. 9).

Resgatar e problematizar o contexto de construção da PNH e os significados subjacentes ao termo "humanização" utilizado na política permite compreendê-lo além de sua aparência. É essencial realizar esse movimento e destacar as contradições presentes na política de saúde, especialmente no que diz respeito ao avanço da lógica privatista, que se reflete no modelo assistencial adotado pelas instituições de saúde. Isso ocorre porque a construção da humanização como política está estreitamente relacionada ao desenvolvimento do modelo mercantil de saúde e ao seu impacto no âmbito do SUS.

A PNH se constitui “[...] *pari passu* à construção do campo da saúde coletiva e das experiências de humanização em curso no SUS, às quais propõem mudanças em seu sentido e forma de organização [...]” (Pasche, Passos, 2008, p.8).

[...] a PNH, entre outros, se impõe como força de resistência ao atual projeto hegemônico de sociedade que menospreza a capacidade inventiva e autônoma dos sujeitos. A normatização rígida dos processos de organização dos serviços de saúde, que definem as modalidades de acesso; modos de cuidar centrados na doença, na queixa, nos especialismos; modos de trabalhar que destituem a capacidade dos trabalhadores e usuários de decidir e possibilidades de participar. Tudo isso deve ser enfrentado por uma política compromissada com a produção de vida, demarcando sua especificidade de se voltar para os processos e para os sujeitos que produzem saúde (Pasche, Passos, 2008, p.10).

Assim, pode-se afirmar, nesta perspectiva, que a Política Nacional de Humanização aposta no:

[...] reposicionamento dos sujeitos, ou seja, no seu protagonismo, na potência do coletivo, na importância da construção de redes de cuidados compartilhados: uma aposta política. Destaca os “direitos das pessoas” usuários e trabalhadores de saúde, com a potencialização da capacidade de criação que constitui o humano, valorizando sua autonomia em uma configuração coletiva dos processos de atenção e gestão. [...] acesso com responsabilização e vínculo; continuidade do cuidado em rede; garantia dos direitos aos usuários; aumento de eficácia das intervenções e dispositivos; e o trabalho criativo e valorizado, através da construção de valorização e do cuidado aos trabalhadores da saúde. Qualificação do sistema público de saúde, dos seus efeitos como política de saúde (inclusão, acolhimento e enfrentamento de necessidades de saúde), e como espaço de criação, valorização e realização profissional são dois aspectos indissociáveis e que se influenciam mutuamente. Assim, ampliar a capacidade do sistema de saúde de produzir saúde e de se apresentar como espaço de realização profissional são tarefas inseparáveis, centrais nas agendas da PNH (Pasche, Passos, 2008, p.10).

A política também traz como método a inclusão, ou como descrito por Pasche e Passos (2008), a tríplice inclusão, que envolve a transversalização das práticas na instituição entre diferentes categorias profissionais, além da inseparabilidade entre gestão e atenção. Todos esses elementos giram em torno da boa comunicação entre todos que participam dos processos de trabalho em saúde e somente desta forma, de acordo com a PNH, há a possibilidade de ações transformadoras da política pública de saúde.

[...] Inclusão dos sujeitos em sua diferença; inclusão dos coletivos (dos movimentos sociais e do modo de afecção proposto pelos coletivos); e inclusão dos analisadores sociais, derivados dos efeitos da inclusão de sujeitos e coletivos nos processos de trabalho, elementos de tensionamento e de perturbação do instituído. [...] Transversalização das práticas, inseparabilidade entre a gestão e a atenção e inclusão de sujeitos, coletivos e analisadores são os elementos centrais que conformam o modo como a PNH compreende a ação transformadora da política pública de saúde (pasche, passos, 2008, p.10-11).

Assim, a humanização como política tem como propósito melhorar os serviços de saúde, direcionando o foco para as questões relacionais que ocorrem durante esses atendimentos. Isso envolve a valorização das subjetividades de todos os envolvidos - usuários, gestores e diversos profissionais - e o reconhecimento de suas singularidades. É fundamental respeitar os direitos dos usuários, considerando-os como sujeitos ativos e dotados de opiniões, e promover a escuta ativa. Além disso, é

importante criar um ambiente de acolhimento, estabelecer o respeito mútuo entre todos os envolvidos nos processos de trabalho, valorizar os cuidados e os trabalhadores, incentivando a autonomia e a participação. Também se destaca a importância de proporcionar uma ambiência acolhedora e saudável no local de trabalho, abordado nas orientações da Política Nacional de Humanização:

- Valorização da dimensão subjetiva e coletiva em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos de cidadania, destacando-se as necessidades específicas de gênero, étnico - racial, orientação/expressão sexual e de segmentos específicos (população negra, do campo, extrativista, povos indígenas, quilombolas, ciganos, ribeirinhos, assentados, população em situação de rua etc.);
- Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade;
- Apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos;
- Construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS;
- Co-responsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e atenção;
- Fortalecimento do controle social, com caráter participativo, em todas as instâncias gestoras do SUS;
- Compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos trabalhadores da saúde, estimulando processos de educação permanente em saúde;
- Valorização da ambiência, com organização de espaços de trabalho saudáveis e acolhedores (Brasil, 2010, p. 21-22).

Como mencionado anteriormente, as abordagens do *ethos* pós-moderno que surgiram no Brasil a partir do início dos anos 1990 são evidentes na construção da PNH, refletindo sua essência nos documentos que a compõem (Castro, 2018, p. 91). Uma obra de extrema importância para uma análise aprofundada da pós-modernidade é "A condição pós-moderna", de Lyotard, considerada a primeira obra nas ciências humanas e sociais a tratar desse tema. Segundo o autor:

[...] considera-se "pós-moderna" a incredulidade em relação aos metarrelatos. É, sem dúvida, um efeito progresso das ciências; mas esse progresso, por sua vez, a supõe. Ao desuso do dispositivo metanarrativo de legitimação corresponde sobretudo a crise da filosofia metafísica e a da instituição universitária que dela dependia [...] (Lyotard, 2009, p. 16).

Barbosa (2009) cita que os metadiscursos são descartados em prol de uma "maior objetividade e racionalidade", para que haja um afastamento de visões utópicas e dos "metadiscursos de emancipação [...]" (Barbosa, 2009, p.13). Desta forma, se mostra contrário a teorias de viés emancipatório tal com o marxismo trazendo como

característica a descrença nas grandes narrativas e tendo como foco a eficácia do sistema vigente, a busca pelo poder e razão.

Os filósofos pós-modernos estão preocupados com o presente e com os critérios de desempenho, buscando aumentar suas chances de obter a "verdade". Além disso, busca-se superar a separação entre emoção e inteligência, o que requer que o conhecimento esteja mais próximo da realidade concreta, permitindo a compreensão do cotidiano.

[...] Preocupado com o presente e com o reforço do critério de desempenho - critério tecnológico - visando com isso o reforço da "realidade" e o aumento das chances de se ter "razão", ele parece ter abandonado os caminhos da utopia, esse modo de encantar o mundo que anima as lições de Bacon e de outros modernos. Estas, por sinal, mostram o esforço do filósofo o sentido de superar o divórcio entre inteligência e emoção. Para isso é sem dúvida necessário que o conhecimento (inclusive a filosofia) esteja mais perto do concreto, do presente, cooperando com as forças do acontecimento, decodificando e dando coerência aos detalhes da cotidianidade (Barbosa, 2009, p. 13).

Há uma banalização das categorias ligadas ao processo de construção histórico-social, como a luta de classes, a desigualdade, a exploração e o trabalho alienado, substituindo-as por elementos imediatistas e a-históricos. Isso reflete a concepção do capitalismo como o fim da história, sem espaço para explorar soluções para sua superação.

A ascensão dos novos movimentos sociais com o foco em questões mais específicas (diferentemente do movimento operário) e a crise do paradigma marxista com a expectativa de uma revolução socialista frustrada após a queda do muro de Berlim colaboraram ainda mais para dar espaço ao pensamento pós-moderno.

Os fundamentos em torno do debate da humanização na saúde têm seu arcabouço teórico construído especificamente no campo da Saúde Coletiva²², que se estabelece na década de 1990, sendo referência na atuação e gestão na área da saúde além de incidir também na própria intencionalidade da PNH que se caracteriza

²² "O campo da saúde coletiva resulta e é expressão de movimentos de tensionamento e de reconstrução de certos modos de conceber a ciência e de se agir em saúde. Área interdisciplinar, multiprofissional e contra- hegemônica aos modos de produção e legitimação dos saberes na área da saúde, a saúde coletiva se apresenta, ao mesmo tempo, como movimento teórico, prático e político, contestando, em alguma medida, a produção de saberes sob os ditames estanques da ciência positivista e cartesiana, partindo do pressuposto de que não há ciência neutra, senão interessada" (Pasche, Passos, 2008, p. 8).

como proposta em um contexto de ampliação da perspectiva de mercado para a área da saúde (Castro, 2018).

No meio do arcabouço teórico para análise dos elementos constitutivos do debate da humanização, avança-se na utilização de um referencial incorporado e fortalecido pela saúde pública em 1990, que se respalda em autores como Foucault, Deleuze²³ e Guattari²⁴, que realizam uma crítica ao projeto da modernidade e se aproxima do campo pós-moderno. Esse campo teórico tem em sua base a crítica ao projeto de reforma sanitária (construído nos anos 1970) vincado na tradição marxista (Castro, 2018, p.6).

Esse referencial teórico, que se aproxima do campo pós-moderno, se desenvolve como resposta ao chamado "marxismo obsoleto". Um exemplo disso é a objeção de Foucault ao pensamento lukacsiano e sua ontologia do ser social.

Como uma filosofia de reação, a obra foucaultiana buscou se constituir como uma alternativa à fase mais desenvolvida da dialética em sua época: a concepção da teoria social marxiana como uma ontologia do ser social que se expressa na produção madura de Lukács – aquela que, elaborada a partir de meados dos anos 30 e marcada por uma clara impostação ontológica [...] Uma breve comparação entre a produção do filósofo francês e a produção da fase madura de Lukács confirma nossa assertiva. Foucault concentrou sua atenção na filosofia, se preocupando recorrentemente com os problemas da cultura, da arte e mais tarde com a ética – temas presentes também no conjunto da obra lukacsiana. Entretanto, enquanto o primeiro abordou todos estes temas numa perspectiva essencialmente epistemológica e antimoderna, o segundo, desde a década de 30, os tomou numa clara direção ontológica que resgata o projeto humanista revolucionário de Marx, raramente incorporado por aqueles que se proclamaram herdeiros de seu legado. Foi nesta direção que Lukács (1979) pôde restituir a importância capital da filosofia para uma compreensão mais apropriada da ontologia do ser social presente em Marx (Rodrigues, 2006, p.195).

De acordo com Feuerwerker (2014), os pensadores ligados a esse referencial teórico embasado no debate da micropolítica do trabalho têm uma perspectiva de

²³ “Deleuze, na esteira de Foucault, já havia identificado a nossa época como a da sociedade de controle. Além dos espaços disciplinares (tão bem estudados e explicitados por Foucault), que continuam operando, a sociedade de controle funciona por meio de mecanismos de monitoramento difusos, flexíveis, móveis, molecularizados, incidindo diretamente sobre os corpos e as mentes, no conjunto da vida social, produzindo subjetividades, ao mesmo tempo serializadas e múltiplas. É o biopolítico levado ao extremo, pois internalizado” (Feuerwerker, 2014, p.24).

²⁴ “Entendem também - Foucault, Deleuze e Guattari - que o poder [...] não é fixo, não é uma coisa, não é algo que se detém. É uma prática social que se efetiva em múltiplas relações, dispersas em diferentes segmentos, em diferentes espaços sociais. Não deriva unilateralmente do Estado, por exemplo, em direção aos demais espaços. O Estado também é uma produção; às vezes constitutivamente produzido e viabilizado por determinados segmentos e compartimentos combinados” (Feuerwerker, 2014, p.25).

mundo, dos indivíduos e dos grupos de maneira bem peculiar se comparado a outras escolas filosóficas tradicionais.

[...] pensam o mundo, a vida, os indivíduos e os grupos de uma forma bastante diferente das escolas filosóficas tradicionais que serviram de matriz para o pensamento ocidental. Segundo eles, o mundo é movido pela produção desejante, ou seja, consideram que a vida é puro desejo de produção, de intensidades que buscam sobretudo criar e fazer surgir o absolutamente novo. A razão é apenas um desses planos de produção (Feuerwerker, 2014, p.22).

Tendo como ponto de vista estes pensadores, toda a produção dos homens no mundo é vista como política, sendo macropolítica e micropolítica ao mesmo tempo. Porém, é no plano da micropolítica, categoria de interesse para essa corrente de pensamento, “[...] que se fabricam os territórios existenciais. É aí que ocorrem os processos de subjetivação [...]” (Feuerwerker, 2014, p.23).

Essas subjetivações se tornam cada vez mais centrais na Saúde Coletiva. É compreendido que nossa sociedade, atualmente tida como a “sociedade do controle”²⁵, descrita assim por Deleuze, reflete no “[...] processos de produção e reprodução da vida que é agora alvo de controle. [...] não mais limitada aos processos biológicos, mas incluindo inteligência, afeto, cooperação, desejo [...]” (Feuerwerker, 2014, p.24-25).

Outro elemento que merece destaque nesses ideais abstratos e que influenciará no surgimento da humanização e na conjuntura de reestruturação capitalista é a discussão acerca da qualidade ou "Qualidade Total". É necessário compreender a estreita relação entre a ascensão do neoliberalismo, a humanização e o movimento de "qualidade".

[...] a falácia da qualidade total, tão difundida no "mundo empresarial moderno", na empresa enxuta da era da reestruturação produtiva, torna-se evidente: quanto mais "qualidade total" os produtos devem ter, menor deve ser seu tempo de duração. [...] Como o capital tem uma tendência expansionista intrínseca ao seu sistema produtivo, a "qualidade total" deve tornar-se inteiramente compatível com a lógica da produção destrutiva [...] (Antunes, 1999, p. 50-51).

²⁵ “[...] Estamos entrando nas sociedades do controle, que funcionam não mais por confinamento, mas por controle contínuo e comunicação instantânea” (Deleuze, 1992, p.217).

A humanização articula-se diretamente às diretrizes relacionadas aos debates sobre a qualidade²⁶ que é própria do movimento de reestruturação capitalista que ocorre nos anos 1970, expondo suas novas formas de controle da subjetividade dos trabalhadores, com vista ao fortalecimento da ideologia dominante. “A PNH apresenta-se, então, como um dispositivo de potencialização da política pública de saúde, uma aposta radical em sua implementação e qualificação” (Pasche, Passos, 2008, p.8).

[...] a humanização na área incorpora diretrizes do debate da qualidade, advindo da reestruturação do capital, a partir dos anos 1970, e suas “novas” formas de controle da subjetividade do trabalhador, difundido uma cultura e ideologia subjetivista, que foca na responsabilização do trabalhador e dos usuários e na adesão a “novos modelos de gestão”. Assim, as estratégias utilizadas pela PNH contribuem para **a intensificação do processo de alienação do trabalho e fortalecimento da ideologia dominante** (Castro, 2018, p.163- grifos da autora).

Concordando com Castro (2018):

Partimos do entendimento que a materialidade que sedimentou o debate da humanização está vinculada às transformações que o capitalismo sofreu a partir de 1970 e à afirmação de sua crise estrutural. A crise do capital e seu processo de reestruturação originam novas estratégias de controle do trabalho, que buscam apresentar uma faceta mais “humanizada do capital” (Castro, 2018, p. 6).

Todas essas modificações resultaram em mudanças profundas no mundo do trabalho, introduzindo uma visão fragmentada e flexibilizada do mesmo. Especificamente no plano ideológico vai ocorrer um “[...] culto de um subjetivismo e de um ideário fragmentador que faz apologia ao individualismo exacerbado contra as formas de solidariedade e de atuação coletiva e social [...]” (Antunes, 1999, p. 48).

Corroborando com Antunes (1999), Tonet (2009) afirma que a partir dessa reestruturação ocorrerá uma intensa fragmentação no interior da classe trabalhadora havendo a extinção de determinados segmentos e o surgimento de outros e o aparecimento da grande massa de trabalhadores desempregados, terceirizados e precarizados (Tonet, 2009).

O surgimento e implantação do modelo de acumulação flexível acompanha um movimento de degradação do trabalho em seus mais variados âmbitos, assumindo

²⁶ “[...] o debate da qualidade que congrega formas de controle da dimensão subjetiva do trabalho, a partir de estratégias como a gestão compartilhada e participativa, o trabalho em equipe, a responsabilização do trabalho e a construção de “novos modelos de gestão”, que serão incorporadas pela política de humanização” (CASTRO, 2018, p.7).

uma proposta de “[...] “erosão do trabalho estável”, com profundas consequências sociais [...]” (Antunes, 1999, p. 48). Entra em cena expressões como “colaborador”, “trabalho voluntário”, “trabalho cooperativo” entre outras que disfarçam a verdadeira essência da exploração e da alienação embutidos nesses conceitos em prol de uma “modernização” chamando a atenção para a participação em empresas e instituições por meio de uma gestão participativa, fazendo com que os funcionários se sintam inclusos em seus locais de trabalho, vistos como integrantes de uma “família”.

Há uma busca constante pela humanização dos processos de trabalho e de controle sobre os trabalhadores e sua subjetividade. “[...] A proposta de humanização da empresa vem acompanhada da justificativa de que há uma “desumanização de ideias” e, por isso, deve haver maior humanização da coisa organizacional [...]” (Castro, 2018, p.23).

[...] intensificam-se as formas de extração de trabalho, ampliam-se as terceirizações, as noções de tempo e de espaço também são profundamente afetadas e tudo isso muda muito o modo do capital produzir as mercadorias e valorizar-se. Hoje, onde havia uma empresa concentrada, pode-se, através do incremento tecnológico-informacional, criar centenas de pequenas unidades interligadas pela rede, com número bem mais reduzido de trabalhadores e produzindo muitas vezes mais [...] (Antunes, 1999, p.48).

Esta perspectiva em relação à realidade esconde uma abordagem enviesada de um suposto “discurso ético” que compromete uma problematização mais precisa desses elementos. Tenta-se encobrir os valores desumanos, alienantes, exploradores e desiguais que estão na base das relações da sociedade burguesa, substituindo-os por valores humanos, éticos, de solidariedade e compromisso.

De modo especial, no campo da ética, amplia-se cada vez mais o fosso entre o dever-ser e o ser. Isto é, entre uma realidade objetiva, que se torna a cada dia mais desumanizadora, e o discurso ético, que proclama valores humanistas. Nunca, como hoje, se falou tanto em solidariedade, direitos humanos, honestidade, respeito à vida e à pessoa humana. Sente-se, no entanto, que há uma generalizada confusão na área dos valores. Em todas as áreas da vida social, valores que antes eram considerados sólidos e estáveis sofreram profundas mudanças. Parece que, de uma hora para outra, desapareceram os critérios do que é bom ou mau, correto ou incorreto e que a sociedade se transformou num vale-tudo, onde predominam o individualismo, o interesse imediatista e utilitário, a subsunção do interesse público ao interesse particular, chegando, muitas vezes, ao cinismo mais deslavado (Tonet, 2009, p. 13).

Podemos afirmar que o crescimento da importância do termo humanização nasce juntamente com a crise capitalista e sua necessidade de perpetuação do

sistema, sendo necessário desenvolver novos “mecanismos” para a pacificação da classe trabalhadora e manutenção de sua hegemonia. O capital sempre terá este posicionamento quando sua existência estiver ameaçada buscando manter a sua essência. Ocorrerá a criação de instrumentos para a manutenção de seu *status quo* e assim,

[...] essa sua lógica o impulsiona a reproduzir-se numa direção cada vez mais perversa e desumana. [...] Aqui se manifesta o que há de mais desumano nessa forma de sociabilidade. Trata-se do fato de que é o próprio produtor da riqueza que vê interdito o seu acesso a ela [...] (Tonet, 2009, p. 5-7).

Como exemplo dessas medidas para a reprodução capitalista, Tonet (2009) cita que:

[...] diante da produção sempre mais ampla e profunda da desigualdade social e na impossibilidade de atacar as suas raízes, o capital vê-se na necessidade, através do Estado e/ou de inúmeras instituições não diretamente governamentais, de organizar algumas ações de assistência a essa massa de desvalidos. Daí a estruturação das chamadas políticas sociais, dos programas sociais, todos eles voltados não para a erradicação das desigualdades sociais, mas apenas para minimizar os efeitos mais graves da crise do capital. No mesmo patamar, estão as chamadas ajudas humanitárias em casos de guerras ou desastres ecológicos. Não se trata nunca de enfrentar os problemas até as suas causas mais profundas, mas apenas de amenizar as situações mais gravosas de modo a impedir o desastre total do sistema (Tonet, 2009, p. 8).

Sobre a cientificidade no âmbito social, Tonet (2009) também abordará aspectos relevantes que contribuirão para uma análise mais aprofundada dos fundamentos teóricos que sustentam a humanização na saúde. Argumenta que essa cientificidade tem adquirido um caráter cada vez mais manipulador e incapaz de compreender a realidade como uma totalidade articulada e complexa, não abordando os fundamentos subjacentes aos fenômenos sociais.

O aprofundamento da crise do capital contribui para uma realidade social cada vez mais fragmentada e fetichizada. Essa situação gera desconfiança em relação à capacidade da razão de compreender a realidade social como um todo, resultando no aumento do irracionalismo e na fragmentação do conhecimento (Tonet, 2009). Ocorre, assim:

O abandono de categorias fundamentais para a compreensão da realidade social, como classes, luta de classes, revolução, socialismo, comunismo, alienação e até capitalismo, mostra bem a distância que se estabeleceu entre a cientificidade social dominante na atualidade e o processo social real. Expressão clara disso é o fato de que praticamente nenhum dos cientistas sociais tidos, hoje, como mais importantes – economistas, sociólogos, cientistas políticos, antropólogos, psicólogos, teóricos da educação – se

refere à superação do capitalismo, mas apenas ao seu aperfeiçoamento. Uma segunda manifestação é a da efemeridade. Esta, por sua vez, está muito ligada à superficialidade, à banalização, ao modismo e à massificação. De novo, é a crise do capital que se manifesta aqui. A brutal concorrência entre os capitais faz com que as mercadorias tenham que girar cada vez mais rapidamente para gerar lucro. Isso resulta naquilo que Mészáros chamou de “produção destrutiva”, ou seja, um tipo de produto que precisa se tornar obsoleto de modo cada vez mais rápido e assim dar lugar a outro (Tonet, 2009, p. 13-14).

Compreender o significado de ideologia é essencial para entender a própria natureza da humanização. Antes de aprofundar as categorias específicas relacionadas, cabe um breve resgate dos significados do termo para alguns estudiosos.

Definir o conceito de ideologia requer uma abordagem cuidadosa, baseada em um levantamento bibliográfico adequado, a fim de apresentar uma compreensão clara. Em um primeiro contato, o conceito pode parecer abstrato, levando a uma análise superficial que o mantém no campo da subjetividade, distanciando-se do plano material e concreto da realidade. Portanto, é necessário empreender um esforço metodológico para alcançar esse objetivo.

A palavra ideologia foi utilizada pela primeira vez na obra do filósofo francês Destutt de Tracy²⁷ chamada *Eléments d'Idéologie* (Elementos de Ideologia), em 1801. O autor pretendia, em seus estudos, “[...] elaborar uma ciência da gênese das ideias, tratando-as como fenômenos naturais que exprimem a relação do corpo humano, enquanto organismo vivo, com o meio ambiente [...]” (Chauí, 1980, p. 10).

A palavra *ideologia* remonta à corrente sensualista do pensamento francês. De Destutt de Tracy, uma das figuras destacadas desta corrente, é o livro *Elementos de Ideologia*, publicado em 1804. A ideologia seria o estudo da origem e da formação das idéias, constituindo-se numa ciência propedêutica das demais (Gorender, 1998, p. 21).

Houve o uso do termo ideologia também por parte do filósofo francês Auguste Comte, considerado o pai do positivismo, em sua obra *Cours de Philosophie Positive* (Curso de Filosofia Positiva). Nesse contexto, houve uma modificação nos sentidos atribuídos ao termo ideologia. Por um lado, continuou a ser vista como uma atividade filosófico-científica que estuda a formação das ideias, tendo como ponto de partida a

²⁷ Segundo Chauí (1980), Tracy elabora uma teoria sobre as chamadas “faculdades sensíveis” que seriam responsáveis pela formação das ideias. O querer estaria ligado à vontade, o julgar estaria atrelado à razão, o sentir conectado à percepção e o recordar à memória.

observação da relação entre o corpo humano e o meio ambiente, com ênfase nas sensações. Por outro lado, a ideologia passou a significar um conjunto de ideias de uma determinada época, tanto como "opinião geral" quanto como elaboração teórica dos pensadores dessa época (Chauí, 1980).

O termo também é tratado no capítulo II do livro *Regras para o Método Sociológico* de Émile Durkheim²⁸, no qual busca estabelecer a sociologia como uma ciência, um conhecimento racional, objetivo e observacional. Durkheim argumenta que é necessário tratar o fato social como uma coisa, assim como os cientistas naturais lidam com os fenômenos naturais. Para preservar a objetividade científica, ele enfatiza a separação entre o sujeito do conhecimento e o objeto a ser conhecido, garantindo assim a "neutralidade científica". Essa abordagem visa a construção de um conhecimento sociológico baseado em fatos empíricos e na observação sistemática dos fenômenos sociais.

A própria ideia de que a ciência seja neutra é algo a ser visto sob um viés crítico, uma vez que essa postura de neutralidade e exteriorização em relação ao objeto social é fundamentada em um positivismo ideológico. Segundo Chauí (1980), a concepção de ideologia não deve ser vista como algo meramente ligado à subjetividade, nem como uma oposição à objetividade ou apenas como um pré-conceito. Pelo contrário, a ideologia está intrinsecamente relacionada à realidade concreta e é produzida por ela. Mais especificamente, surge das relações sociais e das relações de produção que são fundamentais em um determinado modelo de sociedade. A ideologia desempenha funções específicas ao surgir e se manter presente na sociedade.

[...] a ideologia não é sinônimo de subjetividade oposta à objetividade, que não é pré-conceito nem pré-noção, mas que é um "fato" social justamente porque é produzida pelas relações sociais, possui razões muito determinadas para surgir e se conservar, não sendo um amontoado de idéias falsas que prejudicam a ciência, mas uma certa maneira da produção das idéias pela sociedade, ou melhor, por formas históricas determinadas das relações sociais (Chauí, 1980, p. 13).

²⁸ "[...] Durkheim chamará de ideologia todo conhecimento da sociedade que não respeite tais critérios. [...] Para o sociólogo cientista, o ideológico é um resto, uma sobra de ideias antigas, pré-científicas. Durkheim as considera como preconceitos e pré-noções inteiramente subjetivas, individuais, "noções vulgares" ou fantasmas que o pensador acolhe porque fazem parte de toda a tradição social onde está inserido" (CHAUÍ, 1980, p. 12-13).

A produção de ideias não está descolada da realidade material e histórica de uma determinada sociedade. A ideologia não se encontra à parte de questões ligadas ao modo de produzir e viver de cada conjuntura e sim tem uma estreita vinculação.

No livro *A Ideologia Alemã*, de Karl Marx e Friedrich Engels, a concepção de ideologia desempenha um papel central no desenvolvimento do materialismo histórico. Marx e Engels vão além das análises de Ludwig Feuerbach, que se limitavam ao âmbito da religião, ao explorar o conceito de ideologia.

Marx e Engels saltaram sobre as fronteiras da religião, dentro das quais se comprimia Feuerbach, para o terreno da história universal. Do ponto de vista materialista, o sistema hegeliano devia ser revirado. As ideias de toda a ordem – religiosas, filosóficas, morais, jurídicas, artísticas e políticas – não se desenvolviam por si mesmas como entidades substantivas, condensadas no ápice pela Idéia Absoluta, identidade final entre Ser e Saber. O desenvolvimento das idéias era subordinado, dependente, predicativo. As idéias se sistematizavam na ideologia – compêndio das ilusões através das quais os homens pensavam sua própria realidade de maneira enviesada, deformada, fantasmagórica. A primeira e máxima ilusão, própria de toda ideologia, consistia justamente em lhe atribuir a criação da história dos homens (Gorender, 1998, p. 21- 22).

Assim, pode-se concluir que a ideologia é resultante do substrato da realidade concreta não sendo apenas um fruto da subjetividade. Tem relação estreita com as instituições de determinado modelo de sociedade não se desenvolvendo como um acaso, como uma identidade final entre “Saber e Ser”. E todas estas ideias formam um sistema responsável por moldar a perspectiva que os homens percebem sua realidade que se dá de maneira distorcida e enviesada.

Marx afirma que a ideologia faz parte da chamada superestrutura, se manifestando “[...] *enquanto consciência falsa, equivocada da realidade*. Porém consciência necessária aos homens em sua convivência e em sua atividade social” (GORENDER, 1998, p. 22- grifos do autor). Essa falsa consciência da realidade é fundamental na sociedade capitalista para a reprodução desse modelo social, pois molda a percepção da realidade a partir de uma determinada classe social. Vai além de um mero propagandismo, está intrinsecamente entrelaçada na estrutura social, tornando difícil a sua percepção.

[...] Consciência falsa que não resulta de manipulação calculista, de propagandismo deliberado, mas da necessidade de pensar a realidade sob o enfoque de determinada classe social, no quadro das condições de sua posição e funções, das suas relações com as demais classes etc. Manipulação e propagandismo têm sua matriz na ideologia, como *traduções*

a níveis culturais inferiores e para enfrentamento de injunções imediatistas (Gorender, 1998, p. 22).

A ideologia não é apenas uma ilusão ou superstição de um determinado grupo de indivíduos isolados e desorientados, mas uma forma de consciência social que é materialmente ancorada e sustentada sendo insuperável nas sociedades de classes. Ela se constitui objetivamente, além de se reconstituir constantemente, como consciência prática e inevitável das sociedades de classe se relacionando com um conjunto de valores e estratégias rivais que visam controlar o metabolismo social (Meszáros, 1996). Um exemplo de como a ideologia é compreendida no conceito marxista é a análise das categorias da economia burguesa que envolve o fetichismo da mercadoria e do capital como, por exemplo, o lucro, os juros, a renda, o salário, entre outros.

[...] As ideologias se desenvolvem com algum grau da autonomia, de acordo com a matéria tradicional específica acumulada, exercem influência retroativa sobre a base econômica e condicionam as formas do desenvolvimento histórico (Gorender, 1998, p. 23).

Vale ressaltar também, conforme Gorender (1998), que a concepção de ideologia pode apresentar diferentes significados, mesmo em uma corrente de pensamento como o marxismo. Às vezes, é abordada em um sentido revolucionário, como no caso da ideologia socialista mencionada por Lênin, não sendo vista como algo negativo, errôneo ou uma falsa consciência, mas tratada como sinônimo do marxismo, uma consciência verdadeira da sociedade. Pode-se afirmar que o significado da ideologia está sujeito a contínuas disputas e reflete-se até mesmo em seu discurso.

[...] o conceito de ideologia ganhou significados diferentes na história do marxismo. Lenin ²⁹se referiu à ideologia socialista como sinônimo do Marxismo, ou seja, da teoria científica revolucionária. Assim, a ideologia não era em todos os casos uma consciência falsa da realidade. No caso da classe operária, a ideologia socialista é uma consciência verdadeira da sociedade. O conceito de ideologia encontrou abordagens diversificadas em Kautsky, Plehkanov, Bukharin, Gramsci e Lukács [...] Trata-se de um conceito cujo significado continua em disputa e, por consequência toda a sua aplicação discursiva e historiográfica [...] (Gorender, 1998, p. 23).

²⁹ “[...] marxistas como Lênin falam aprobativamente em “ideologia socialista”. Ideologia significa aqui um conjunto de crenças que reúne e inspira um grupo ou uma classe específico a perseguir interesses políticos considerados desejáveis. É então, com frequência, sinônimo de aceitação positiva de “consciência de classe” [...]” (Terry Eagleton, 1997, p.50).

Uma linhagem central composta por autores como Hegel, Marx³⁰ e Lukács além de alguns autores marxistas posteriores, esteve preocupada com as ideias de verdadeira ou falsa cognição, a ideologia sendo colocada como ilusão, distorção e mistificação; Já uma outra corrente de pensamento, menos epistemológica que sociológica, voltou-se mais para a função das ideias na vida social do que para seu caráter real ou irreal - a herança marxista transita entre as duas correntes intelectuais (Terry Eagleton, 1997).

No marxismo, existem duas perspectivas para definir a ideologia: uma a concebe como uma distorção da realidade, em uma visão negativa do termo, enquanto a outra a define em seu aspecto "positivo", não a considerando simplesmente como uma falsa consciência da realidade. Nessa perspectiva, a ideologia é vista como um elemento estruturante da experiência de vida, como a forma pela qual as relações cotidianas são estruturadas.

Parte da oposição ao argumento da falsa consciência tem origem na alegação [...] de que as ideologias, para serem verdadeiramente eficazes, devem dar algum sentido, por menor que seja, à experiência das pessoas; devem ajustar-se, em alguma medida, ao que elas conhecem da realidade social com base em sua interação prática com esta [...] Em resumo, para terem êxito, as ideologias devem ser mais do que ilusões impostas e, a despeito de todas as suas inconsistências, devem comunicar a seus sujeitos uma versão da realidade social que seja real e reconhecível o bastante para não ser peremptoriamente rejeitada (Terry Eagleton, 1997, p.26-27).

A categoria chave no trabalho de Gramsci é a hegemonia. A palavra hegemonia é definida como a maneira como o poder governante conquista o consentimento dos subjugados a seu domínio, apesar dele também se referir ao consenso e coerção. Desta forma, há uma diferença imediata entre a ideologia, pois a mesma pode ser imposta à força (Terry Eagleton, 1997).

A concepção de ideologia de Gramsci está intimamente relacionada à estabilidade da sociedade vigente e à hegemonia de uma classe e modo de vida específicos. Esse conjunto de ideias, que é aceito como "verdades" no tecido social, se solidifica no senso comum ou consenso. O autor reforça a noção de ideologia indo além do debate sobre se ela seria ou não um falseamento da realidade, e aborda como as pessoas podem vivenciar algo que é falso. De acordo com o estudioso marxista:

³⁰ “[...] A ideologia [...] nas mãos de Marx e Engels logo passou a denotar a ilusão de que as ideias são, de algum modo, autônomas do mundo material [...]” (Terry Eagleton, 1997, p.60).

[...] Não se deve conceber a "ideologia", a doutrina, como algo artificial e sobreposto mecanicamente (como uma roupa sobre a pele, ao contrário da pele, que é organicamente produzida pelo organismo biológico animal), mas historicamente, como uma luta incessante. O centralismo orgânico imagina que pode fabricar um organismo definitivo, objetivamente perfeito. Ilusão que pode ser desastrosa, porque faz com que um movimento se afogue num pântano de disputas *pessoais* acadêmicas. (Três elementos: doutrina, composição "física" da organização de um determinado pessoal historicamente determinado, *movimento real histórico*. O primeiro e o segundo elementos caem sob o controle da vontade associada e deliberante. O terceiro elemento reage continuamente sobre os outros dois e determina a luta incessante, teórica e prática, para elevar o organismo a níveis de consciência coletiva cada vez mais altos e refinados.) (Gramsci, § 56, 2002, p.199)

De acordo com Terry Eagleton (1997), Gramsci rejeita qualquer uso puramente negativo do termo ideologia. Além disso, o autor menciona que Gramsci³¹ também rejeita a redução economicista da ideologia, transformando-a em um mero reflexo da estrutura. Para Gramsci, as ideologias devem ser vistas como forças ativamente organizadoras que moldam o terreno em que homens e mulheres atuam, lutam e adquirem consciência de sua posição social.

[...] Ideologia, pode-se dizer, desde que se dê ao termo "ideologia" o significado mais alto de uma concepção de mundo, que se manifesta implicitamente na arte, no direito, na atividade econômica, em todas as manifestações de vida individuais e coletivas (Gramsci, 2001, p.99).

Assim, a consciência é reflexo direto do conjunto das relações sociais estabelecidas em determinada sociedade, em determinado bloco histórico³², o que se manifestará como uma bússola norteadora do que se considera aceitável ou não para os sujeitos.

Gramsci cita, no Caderno do Cárcere (CC) 11, que todo bloco social está cimentado e unificado por determinada ideologia. As ideologias funcionam como uma espécie de esqueleto dando sustentação às forças materiais em determinado bloco

³¹ Em uma de suas críticas, Gramsci afirma que "[...] O sentido pejorativo da palavra tornou-se exclusivo, o que modificou e desnaturou a análise teórica do conceito de ideologia." (Gramsci, § 19, 2001, p.237).

³² "[...] Se a relação entre intelectuais e o povo-nação, entre dirigentes e dirigidos, entre governantes e governados, é dada graças a uma adesão orgânica, na qual o sentimento-paixão torna-se compreensão e, desta forma, saber não de uma maneira mecânica, mas vivida), só então a relação é de representação, ocorrendo a troca de elementos individuais entre governantes e governados, entre dirigentes e dirigidos, isto é, realiza-se a vida do conjunto, a única que é força social; cria-se bloco histórico" (Gramsci, 2001, p.222).

histórico. É desta forma que se deve entender que a realidade que se vive é contraditória, portanto, apresenta-se, em primeira instância, como aparência.

No modo de produção capitalista e em suas relações sociais, que ocorrem de forma reificada, surge a necessidade de criar um conjunto de ideias que sirva à sua reprodução e à manutenção da classe hegemônica. Dessa forma, pode-se afirmar que, devido à alienação e à tendência do capital de transformar tudo em mercadoria, as relações sociais podem ser estabelecidas de maneira ilusória, sem que se perceba sua essência e sem que se reconheça a existência da luta de classes e de suas contradições.

Porém, para além da sua conceituação, o que se pode afirmar é “[...] que em nossas sociedades tudo está “impregnado de ideologia”, quer a percebamos, quer não [...]” (Meszáros, 1996, p.13). Ela é essencial para que as engrenagens que impulsionam o pleno funcionamento de um modelo de sociedade continuem a se reproduzir e para que faça sentido para aqueles que nele estão inseridos. A ideologia está diretamente relacionada à consciência social e possui implicações práticas diversas, independentemente de posições sociopolíticas³³.

A sociedade de classes, como se estabelece atualmente, seja em âmbito econômico, social ou político, reflete em sua essência o sistema de ideias que sustenta sua estrutura, mais precisamente em sua superestrutura³⁴³⁵. É nela que ocorre a construção ideológica da sociedade que reflete em diferentes esferas como a religião, a arte, a cultura, a política, o meio intelectual entre outros. Para manter a infraestrutura em pleno funcionamento, ou seja, o modo de produção é necessário um sistema de ideias que a justifique e a naturalize.

[...] Constatado que, sendo contraditório o conjunto das relações sociais, não pode deixar de ser contraditória a consciência dos homens, põe-se o problema de como se manifesta tal contradição e de como se pode obter progressivamente a unificação: manifesta em todo o corpo social com a existência de consciências históricas de grupo (com a existência de estratificações correspondentes a fases diversas do desenvolvimento da

³³ “[...] as várias formas ideológicas de consciência social acarretam mesmo em graus variáveis, direta ou indiretamente diversas implicações práticas de longo alcance em todas as suas variedades, na arte e na literatura, bem como na filosofia e na teoria social, independentemente de estarem vinculadas a posições sociopolíticas progressistas ou conservadoras” (Meszáros, 1996, p. 23).

³⁴ Assim como inscrito em A ideologia alemã, “[...] não é a consciência que determina a vida [...] senão a vida é que determina a consciência. Esta não pode ser outra coisa que não o ser consciente dos homens e o ser consciente dos homens é o processo de sua vida real [...]” (Gorender, 1996, p. 25).

³⁵ O modo como os homens vivem determina seu modo de ver a sua realidade e em consequência forma-se um sistema de ideias congruente à realidade vivida. E como bem observa Meszáros (1996) “Sem se reconhecer a *consciência social prática das sociedades de classe* como a determinação de época das ideologias, sua estrutura interna permanece completamente ininteligível” (Meszáros, 1996, p. 26).

civilização e com antíteses nos grupos que correspondem a um mesmo nível histórico) e [como] se manifesta nos indivíduos particulares como reflexo de uma tal desagregação “vertical e horizontal”. Nos grupos subalternos, por causa da ausência de autonomia na iniciativa histórica, a desagregação é mais grave e é mais forte a luta para se libertarem dos princípios impostos e não propostos, para obter uma consciência histórica autônoma (Gramsci, 2001, p. 51).

Essas contradições se manifestam diretamente na sociedade, refletindo também no plano das consciências e visões de mundo. As desagregações podem ocorrer tanto verticalmente, com formações sociais mais antigas convivendo com formações mais recentes, quanto horizontalmente, resultado da sociedade de classes, em que diferentes segmentos coexistem em um mesmo contexto.

Para Gramsci, a consciência de grupos subalternos na sociedade é tipicamente fraturada e desigual. Em tais ideologias, geralmente existem duas concepções conflitantes de mundo, uma extraída das noções “oficiais” dos governantes, a outra derivada da experiência prática da realidade social por um povo oprimido [...] (Terry Eagleton, 1997, p.109-110).

Devido à segmentação da sociedade em classes, a consciência se manifesta de maneira contraditória e diferenciada, dependendo da classe, grupo ou formação social a qual o sujeito pertence. Assim, deve-se ter a compreensão que “[...] uma ideologia “orgânica” não é simplesmente falsa consciência, mas uma consciência adequada a um estágio específico do desenvolvimento histórico e a um momento político particular” (Terry Eagleton, 1997, p.109).

As classes e segmentos de classes hegemônicas apresentam suas ideias de maneira mais sólida e menos fragmentada enquanto os grupos subalternos revelam de forma mais aguda os efeitos da desagregação da consciência fruto das contradições sociais dando origem às diversas ideologias.

De acordo com Guerra (2018), a humanização também pode se manifestar enquanto concepção de mundo. A formação de um sistema de ideias, sentimentos e valores é necessário para manutenção da hegemonia de determinada classe, para manter a unificação de determinado bloco histórico.

A ideologia da humanização presente na PNH se torna funcional para a manutenção do *status quo* e para a hegemonia da classe dominante e sua ideologia. Isso pode ser explicitado nos documentos oficiais da política em que se presa pela responsabilização dos sujeitos para fazer o “SUS que dá certo”, tratando elementos intersubjetivos como problemáticas centrais da falta de qualidade na política de saúde.

Não se afirmar aqui que as questões relacionadas à prestação de serviços não devem ser discutidas. É importante considerar as subjetividades dos sujeitos envolvidos nos processos de trabalho na área da saúde, bem como discutir as relações de poder nas instituições e o respeito aos direitos dos usuários. A comunicação desempenha um papel fundamental em um ambiente de trabalho saudável, assim como a valorização dos trabalhadores e a criação de uma atmosfera adequada. É necessário debater a questão da violência institucional no campo da saúde e discutir a clínica ampliada, uma das diretrizes essenciais para a humanização e melhoria dos serviços de atendimento.

O problema na PNH não reside especificamente nos tópicos que aborda, mas naquilo que oculta e deixa de discutir. Embora o *Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS* mencione os desafios enfrentados no Sistema Único de Saúde, não explora nem cita as causas fundamentais desses problemas do setor.

Muitas são as dimensões com as quais estamos comprometidos: prevenir, cuidar, proteger, tratar, recuperar, promover, enfim, produzir saúde. Muitos são os desafios que aceitamos enfrentar quando estamos lidando com a defesa da vida, com a garantia do direito à saúde. Neste percurso de construção do SUS, acompanhamos avanços que nos alegram, novas questões que demandam outras respostas, mas também problemas que persistem, impondo a urgência, seja de aperfeiçoamento do sistema, seja de mudança de rumos. Especialmente em um país como o Brasil, com profundas desigualdades socioeconômicas, permanecem vários desafios na saúde, como a ampliação do acesso com qualidade aos serviços e aos bens de saúde [...] (Brasil, 2010, p. 7).

Apesar de mencionar desafios como a ampliação do acesso com qualidade aos serviços e bens de saúde, que devem ser abordados em prol da defesa da vida e da garantia do direito à saúde, o documento não se aprofunda em questões essenciais relacionadas à conjuntura social, econômica e política. Não são exploradas as interações entre o sistema de saúde e as desigualdades socioeconômicas profundas, nem são abordadas questões cruciais em articulação com essa realidade.

Como discutir saúde sem levar em considerações questões que englobam uma contextualização da realidade social brasileira? Fazer isso é descolar o SUS do restante das problemáticas que refletem diretamente em seu meio como o avanço da privatização, da terceirização e do desfinanciamento. É não levar em consideração a discussão em relação à apropriação do fundo público pelo capital que tenta impor seus interesses a todo instante em detrimento da manutenção e ampliação dos direitos sociais.

A ideologia da humanização se constitui em um conjunto de ideias que visa dar uma explicação para falta de qualidade do setor da saúde de modo a não desmascarar a contradição presente no modo de produção capitalista mantendo a hegemonia da classe dominante e da cultura para ela benéfica. Visa a responsabilização dos sujeitos envolvidos nos processos de saúde, tanto trabalhadores, gestores e usuários, pela construção de um SUS melhor, mais humanizado como cita em seu texto:

Queremos um SUS humanizado. Entendemos que essa tarefa convoca a todos: gestores, trabalhadores e usuários. Queremos um SUS em todas as suas instâncias, programas e projetos comprometido com a humanização. Queremos um SUS fortalecido em seu processo de pactuação democrática e coletiva. Enfim, queremos um SUS de todos e para todos. Queremos um SUS humanizado! (Brasil, 2010, p.9)

Afirmando querer um SUS mais humanizado convoca os sujeitos, que segundo a PNH, seriam os responsáveis por trazer essa humanização: gestores, trabalhadores e usuários. Há a necessidade de um SUS comprometido com a humanização sendo importante, para tanto, a participação coletiva e democrática. Concordando com Neulls (2013), o discurso ideológico dito transformador trazido pela PNH atende as necessidades de reprodução do capital e não contribui no processo de emancipação humana; da humanização segundo a perspectiva marxista.

3 DO HUMANISMO-CRISTÃO À CONSTRUÇÃO DO PROJETO ÉTICO-POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL: os processos de trabalho do/da assistente social na saúde

O Serviço Social é uma profissão que surge no contexto do desenvolvimento e da industrialização capitalista, em meio às crescentes tensões entre as classes sociais emergentes: a classe trabalhadora e a burguesia, detentora dos meios de produção. Essa profissão está inserida na divisão social do trabalho e intrinsecamente ligada à necessidade do capital de reproduzir as relações sociais fundamentais, que são baseadas na relação contraditória entre capital e trabalho. Seu objeto de intervenção são as expressões da questão social, que se tornam cada vez mais evidentes à medida que o capitalismo avança, acentuando as contradições sociais.

No Brasil, a profissão surge nos anos de 1930 no processo de modernização do Estado brasileiro estando interligada às ações da Igreja Católica. A primeira escola de Serviço Social surgiu em 1936 e a segunda em 1937. O Serviço Social brasileiro nasce nos marcos do pensamento conservador sendo baseado em um estilo de pensar e de agir próprios da sociedade capitalista. O neotomismo se faz bastante presente nas primeiras ações dos assistentes sociais com uma perspectiva humanista cristã que perdurou na profissão desde sua gênese, tratando a questão social como um problema moral e religioso. A profissão também absorve influências da teoria social positivista em seu processo de intercâmbio cultural com os Estados Unidos entre os anos 1940 e 1950.

Porém, em meados de 1965 há o avanço do Movimento de Reconceitualização que propunha críticas ao chamado Serviço Social tradicional, que servirá como um pontapé inicial rumo a construção de um perfil profissional mais crítico. Há também uma busca pela construção de uma identidade para o Serviço Social Latino-Americano condizente com a sua realidade, com seu cotidiano e suas especificidades.

Busca-se romper com o conservadorismo presente na profissão desde seu surgimento, o que reverbera em sua direção metodológica, ética e política que atualmente se faz hegemônico na profissão, além de sua escolha pela teoria marxista vigente.

A área da saúde não foi inicialmente uma área de concentração do Serviço Social. No entanto, devido às mudanças na conjuntura, as/os assistentes sociais passaram a ser cada vez mais solicitados nesse campo, principalmente a partir de

1945, durante o processo de expansão capitalista. Além disso, as mudanças na concepção de saúde adotadas por organismos internacionais também exigiram a multidisciplinaridade no trabalho nessa área.

Dentre os marcos regulatórios importantes para categoria estão: a Lei 8.662 de 1993, conhecida como Lei de Regulamentação da Profissão de Assistente Social, foi um importante marco para a profissão com o reconhecimento e a valorização do Serviço Social enquanto profissão; a Resolução Ministério da Saúde n. 218 de 1997 também tem sua contribuição reconhecendo o assistente social como profissional da área da saúde com o reforço da resolução CFESS 383 de 1999 que caracteriza o assistente social como profissional da saúde. Todas estas legislações são fruto de lutas e podem ser consideradas conquistas históricas pela categoria.

Com o destaque dado ao aspecto biopsicossocial da saúde e a adoção desse novo conceito, houve uma supervalorização da perspectiva individual, uma ênfase excessiva em intervenções psicologizantes da questão social, resultando em fragmentação e descaracterização. No entanto, o Serviço Social na área da saúde não passou por grandes alterações entre os anos de 1974 e 1979, mesmo com o processo organizativo da categoria, ainda se orientando pela vertente modernizadora. O processo crítico iniciado nos anos 1960 teve pouca repercussão no campo da saúde.

Os/as assistentes sociais não participaram de imediato do processo de construção do Sistema Único de Saúde. Somente a partir dos anos de 1990 que há a incorporação, pelas/os assistentes sociais, dos princípios da Reforma Sanitária, que se constituem, em sua grande maioria, nos princípios do SUS (Matos, 2017).

No cotidiano de seu trabalho, nos diferentes espaços ocupacionais dentre eles a saúde, a/o assistente social trata de situações atravessadas por determinações de classes. Existe uma polêmica relacionada à intervenção profissional e a teoria marxista que passa a ser hegemônico na profissão, que teria uma lacuna existente entre a teoria e a prática. Há uma grande preocupação do lugar que a teoria possui em meio à prática dos profissionais

É importante ter em mente que o Serviço Social, em seus processos de trabalho, está diretamente relacionado à produção e reprodução das relações sociais existentes. Portanto, compreender a profissão requer a análise da complexidade envolvida nesse contexto. Nesse sentido, é essencial que o profissional, ao escolher um referencial teórico como guia, o contraste com seus valores morais, éticos e sua

cultura. Somente dessa forma pode identificar as contradições presentes nessa relação. Assim, o alinhamento e a compreensão do Projeto Ético-Político são imprescindíveis para o trabalho do assistente social.

Quando se trata do entendimento sobre o que é a humanização nos processos de trabalho do assistente social, é importante afastar-se de uma visão restrita que a reduz apenas à empatia, pena, cuidado e compaixão. Essa abordagem limitada não aborda os aspectos desumanizantes presentes no modo de produção capitalista e acaba por obscurecer a ideia de humanização alinhada ao Projeto Ético-Político defendido pelo Serviço Social, que está em consonância com o pensamento marxista.

A humanização no âmbito do Serviço Social deve ser entendida em um sentido amplo, que considera as estruturas e relações sociais que geram desigualdades e injustiças. Isso implica em analisar as condições sociais, econômicas e políticas que produzem a desumanização e buscar transformações nesses aspectos.

Enxergar além dessas limitações é uma tarefa pedagógica na qual o assistente social pode contribuir em sua prática profissional. É importante buscar desconstruir e reconstruir as concepções de mundo por meio de uma pedagogia emancipadora que esteja intrinsecamente ligada a perspectiva de humanização como proposta pelo marxismo.

3.1 Breves apontamentos sobre a história da profissão nas manifestações da questão social no Brasil

O Serviço Social surgiu no Brasil nos anos de 1930 com o avanço do processo de industrialização no país e de modernização do Estado brasileiro. De acordo com Bravo (2013), a profissão se constituiu como uma resposta estratégica dada por grupos e frações das classes dominantes vinculados ao catolicismo visando articular o novo projeto de hegemonia da igreja tendo como principal objetivo inibir a expansão de movimentos de cunho marxista que vinham sendo gestados no interior das classes operárias.

A primeira Escola de Serviço Social, a Escola de Serviço Social de São Paulo, foi criada no ano de 1936 (atual PUC/SP), já a segunda foi fundada no Rio de Janeiro, em 1937, intitulada Instituto Social do Rio de Janeiro (atual PUC/RJ). As ações dos primeiros profissionais estiveram bastante interligadas à doutrina social da igreja

católica e tinham o intuito de lidar com as dificuldades da classe trabalhadora crescente, na tentativa de amenização e controle social desses trabalhadores em meio ao acirramento da questão social e o avanço do capitalismo.

A questão social³⁶ era tratada, antes dos anos de 1930, como um caso de polícia. Porém, devido a correlação de forças, os movimentos dos trabalhadores e a emergência da indústria que impulsionou mudanças no país, o governo Vargas necessitou reestabelecer as relações com a classe trabalhadora em crescimento na época buscando a regulação da relação capital e trabalho. Apesar da primeira escola de Serviço Social surgir em 1936, somente em 1945 que a profissão realmente se institucionaliza no Brasil.

Na década de 30 do século XX, o Serviço Social surge no Brasil intimamente vinculado às iniciativas da Igreja Católica, parte das estratégias de qualificação do laicato, especialmente sua parcela feminina – por meio dos movimentos da ação social e ação católica -, em sua missão de apostolado junto à *família operária*. Registram-se, nas origens da profissão, *fortes influências do Serviço Social francês e belga*. O período de 1936 a 1945 marca o surgimento das primeiras escolas de Serviço Social e sua expansão no país, com prevalência da influência católica [...] (Iamamoto, 2019, p.42 – grifos da autora).

O Serviço Social brasileiro nasce nos marcos do pensamento conservador embasado em um estilo de pensar e de agir próprio da sociedade capitalista, no centro do movimento reformista conservador que tinha como principal função a regulação e a dominação da força de trabalho (IAMAMOTO, 2000). A profissão recebeu influências do neotomismo³⁷, do pensamento norte-americano, da “[...] *teoria sistêmica e no funcionalismo, expressa nas formulações do Serviço Social de Caso, Serviço Social de Grupo e no Desenvolvimento de Comunidade.*” (Iamamoto, 2019, p.43- 44- grifos da autora).

³⁶ A questão social está na raiz do próprio sistema capitalista sendo inerente às relações sociais que são estabelecidas pelo mesmo. É fruto das desigualdades sociais que assumem particularidades de acordo com a conjuntura vivenciada. Segundo Iamamoto, “[...] a *análise da questão social é indissociável das configurações assumidas pelo trabalho e encontra-se necessariamente situada em uma arena de disputas* entre projetos societários, informados por distintos interesses de classe, *acerca de concepções e propostas* para a condução das políticas econômicas e sociais” (Iamamoto, 2001, p. 10- grifos da autora).

³⁷ “Os referenciais orientadores do pensamento e da ação do emergente Serviço Social tem sua fonte na Doutrina Social da Igreja, no ideário franco-belga de ação social e no pensamento de São Tomás de Aquino (séc. XII): o tomismo e o neotomismo (retomada em fins do século XIX do pensamento tomista por Jacques Maritain na França e pelo Cardeal Mercier na Bélgica tendo em vista “aplicá-lo” às necessidades de nosso tempo)” (Yazbek, 2009, p.3).

[...] Articula elementos cognitivos e valorativos diversos em um arranjo teórico-doutrinário particular, presidido pela *doutrina social da Igreja* e os desdobramentos do *neotomismo*, pelo *moderno conservadorismo europeu* e a *sociologia funcionalista*, especialmente em suas versões mais empiricistas norte-americanas. Esse *arranjo teórico doutrinário*, matizado em sua evolução por influências específicas, é o *fio que percorre toda a trajetória do conservadorismo profissional*, estreitamente imbricada ao *bloco sóciohistórico que dá sustentação política* ao Serviço Social na sociedade brasileira. Esse fio conservador *coesiona* tanto as *bases de interpretação* da sociedade, o *campo dos valores norteadores da ação profissional*, assim como o *aperfeiçoamento de seus procedimentos operativos* [...] (Iamamoto, 2000, p. 219- 220 – grifos da autora).

Apontamentos sobre o neotomismo existente nas primeiras ações dos assistentes sociais se faz bastante pertinente, pois nele está presente uma perspectiva humanista que perdurou na profissão desde os seus primeiros passos. Documentos como o *Rerum Novarum* (1891)³⁸ muito revelam sobre o projeto presente na Igreja Católica.

[...] Nessas propostas, ao referir-se, sobretudo, à exploração dos operários, as doutrinas explicitavam uma concepção de homem de inspiração neotomista. A partir dessa compreensão da Igreja e, também, da sugestão doutrinária com relação ao necessário retorno à filosofia de S. Tomás de Aquino (Encíclica *Aerteni Patris*, 1879), os primeiros assistentes sociais explicitavam uma filiação neotomista. [...] (Guedes, 2003, p.9).

Segundo Bravo (2013), o projeto hegemônico da Igreja Católica pautava-se em um “catolicismo social” que surgiu na Europa no final do século XIX, embasado em doutrinas e métodos inspirados nos princípios cristãos na luta contra o liberalismo e o socialismo. O *Rerum Novarum* (1891) expõe em seu texto a crítica ao socialismo e aponta para a situação operária e suas assertivas³⁹, a qual tinha como objetivos a responsabilização do Estado, a defesa da propriedade privada e da família e a

³⁸ “No que se refere à Doutrina Social da Igreja merecem destaque nesse contexto as Encíclicas “*Rerum Novarum*” do Papa Leão XIII, de 1891, que vai iniciar o magistério social da Igreja no contexto de busca de restauração de seu papel social na sociedade moderna e a “*Quadragesimo Anno*” de Pio XI, de 1931 que, comemorando 40 anos da “*Rerum Novarum*” vai tratar da questão social, apelando para a renovação moral da sociedade e a adesão à *Ação Social da Igreja*” (Yazbek, 2009, p.4).

³⁹ “O erro capital na questão presente é crer que as duas classes são inimigas natas uma da outra, como se a natureza tivesse armado os ricos e os pobres para se combaterem mutuamente num duelo obstinado. Isto é uma aberração tal, que é necessário colocar a verdade numa doutrina contrariamente oposta, porque, assim como no corpo humano os membros, apesar da sua diversidade, se adaptam maravilhosamente uns aos outros, de modo que formam um todo exatamente proporcionado e que se poderá chamar simétrico, assim também, na sociedade, as duas classes estão destinadas pela natureza a unirem-se harmoniosamente e a conservarem-se mutuamente em perfeito equilíbrio. Elas têm imperiosa necessidade uma da outra: não pode haver capital sem trabalho, nem trabalho sem capital”. (Leão XIII, 1891, p.8).

naturalização da desigualdade social, da pobreza e do sofrimento⁴⁰ propondo uma “concordia entre classes”⁴¹.

A concepção humanista-cristã ligada à filosofia neotomista permitia aos assistentes sociais compactuar com a doutrina da Igreja Católica, na década de 1930, o que refletia em sua prática profissional durante todo esse período. Além disso, acreditava-se que essas ações eram diferenciadas não se caracterizando enquanto meramente filantrópicas. Deste modo, o Serviço Social trabalhava, em seu surgimento, na perspectiva da adaptação de sua “clientela” à sociedade da época, baseada na ideia de tradição e hierarquia, pautadas em valores nos quais os indivíduos deveriam se ajustar, se integrar ou se acomodar.

Baseando-se no humanismo cristão, as/os primeiros assistentes sociais tinham a sua prática pautada em uma perspectiva individualista da questão social. Yazbek (2009) ressalta essa relação entre a profissão e o ideário católico na gênese do Serviço Social brasileiro em que a “[...] “questão social” [é vista] como problema moral e religioso e numa intervenção que prioriza a formação da família e do indivíduo para solução dos problemas e atendimento de suas necessidades materiais, morais e sociais [...]” (Yazbek, 2009, p.3). Segundo a autora, a função da/do assistente social estava ligada à tentativa da “integração” do sujeito à sociedade; era necessário “encaixar” o sujeito nas relações sociais vigentes, moldando seu comportamento e seus valores em prol de uma perspectiva humanista conservadora.

É, pois, na relação com a Igreja Católica que o Serviço Social brasileiro vai fundamentar a formulação de seus primeiros objetivos político/sociais

⁴⁰ “Os Socialistas, para curar este mal, instigam nos pobres o ódio invejoso contra os que possuem, e pretendem que toda a propriedade de bens particulares deve ser suprimida, que os bens dum indivíduo qualquer devem ser comuns a todos, e que a sua administração deve voltar para - os Municípios ou para o Estado. Mediante esta transladação das propriedades e esta igual repartição das riquezas e das comodidades que elas proporcionam entre os cidadãos, lisonjeiam-se de aplicar um remédio eficaz aos males presentes. Mas semelhante teoria, longe de ser capaz de pôr termo ao conflito, prejudicaria o operário se fosse posta em prática. Pelo contrário, é sumamente injusta, por violar os direitos legítimos dos proprietários, viciar as funções do Estado e tender para a subversão completa do edifício social” (Leão XIII, 1891, p.2).

⁴¹ “O primeiro princípio a pôr em evidência é que o homem deve aceitar com paciência a sua condição: é impossível que na sociedade civil todos sejam elevados ao mesmo nível. É, sem dúvida, isto o que desejam os socialistas; mas contra a natureza todos os esforços são vão. Foi ela, realmente, que estabeleceu entre os homens diferenças tão múltiplas como profundas; diferenças de inteligência, de talento, de habilidade, de saúde, de força; diferenças necessárias, de onde nasce espontaneamente a desigualdade das condições. Esta desigualdade, por outro lado, reverte em proveito de todos, tanto da sociedade como dos indivíduos; porque a vida social requer um organismo muito variado e funções muito diversas, e o que leva precisamente os homens a partilharem estas funções é, principalmente, a diferença das suas respectivas condições” (Leão XIII, 1891, p.7).

orientando-se por posicionamentos de cunho humanista conservador contrários aos ideários liberal e marxista na busca de recuperação da hegemonia do pensamento social da Igreja face à "questão social". Entre os postulados filosóficos tomistas que marcaram o emergente Serviço Social temos a noção de dignidade da pessoa humana; sua perfectibilidade, sua capacidade de desenvolver potencialidades; a natural sociabilidade do homem, ser social e político; a compreensão da sociedade como união dos homens para realizar o bem comum (como bem de todos) e a necessidade da autoridade para cuidar da justiça geral (Yazbek, 2009, p.4).

O Serviço Social brasileiro na década de 1940 e no início dos anos 1950 passou por um processo de tecnificação nos moldes do Serviço Social norte-americano, baseando-se na matriz da teoria social positivista e conservadora. Segundo Aguiar (1995, p. 58), não houve uma ruptura radical da ideologia da Igreja, pelo contrário, ocorreu uma convivência das duas posições: o Serviço Social permanece na base de princípios católicos e ao mesmo tempo incorpora os métodos norte-americanos.

Cabe destacar que no início dos anos de 1940 estava ocorrendo a Segunda Guerra Mundial e o governo dos Estados Unidos objetivava ampliar sua atuação nos programas econômicos da América Latina e, conseqüentemente, ampliar o seu poder político e econômico na região. A partir daí iniciou-se um processo de intercâmbio cultural que possibilitou a ida de assistentes sociais do Brasil para os Estados Unidos, com o objetivo de aprofundar, principalmente, os aspectos de instrumentalização para o Serviço Social.

Nesse sentido, destaca-se a aproximação a um suporte teórico-metodológico necessário à qualificação técnica da prática profissional e à sua modernização que vai ser buscado na matriz positivista e em sua apreensão manipuladora, instrumental e imediata do ser social (Yazbek, 2009).

Este horizonte analítico aborda as relações sociais dos indivíduos no plano de suas vivências imediatas, como fatos, como dados, que se apresentam em sua objetividade e imediaticidade. O método positivista trabalha com as relações aparentes dos fatos, evolui dentro do já contido e busca a regularidade, as abstrações e as relações invariáveis. É a perspectiva positivista que restringe a visão de teoria ao âmbito do verificável, da experimentação e da fragmentação. Não aponta para mudanças, senão dentro da ordem estabelecida, voltando-se antes para ajustes e conservação [...] (Yazbek, 2009, p.6).

A filosofia neotomista humanista cristã acompanhou o Serviço Social desde o seu surgimento, e só começa a ser suplantada na década de 1960, com os primeiros questionamentos sobre a profissão. A realização do Seminário de Araxá, em 1967,

que deu origem ao Documento de Araxá buscou inserir o Serviço Social nas novas teorias ideológicas apontadas como melhores alternativas. Esse momento deu início ao Movimento de Reconceituação do Serviço Social no Brasil, que procurou “superar o Serviço Social tradicional, que foi transplantado da Europa e dos Estados Unidos e adequá-lo à realidade latino-americana” (Aguiar, 1995, p.120).

Nos chamados “trinta anos gloriosos” (1945 a 1975), em meio à expansão da economia capitalista monopolista baseada em um padrão de produção fordista-taylorista, o Serviço Social se desenvolve enquanto profissão. Também é característica desta época a implementação do keynesianismo em que o Estado possuía um papel ativo nas questões no âmbito social que possuía o intuito de auxiliar na manutenção do capitalismo.

Segundo Netto (2005), depois das “três décadas gloriosas” de desenvolvimento capitalista que tiveram nos anos de 1960 seu último momento de crescimento, ocorre o tensionamento das estruturas sociais do mundo capitalista que gerou uma nova dinâmica que ocasionou um quadro favorável para a mobilização das classes subalternas na defesa de seus interesses imediatos. Observa-se “[...] amplos movimentos para direcionar os ônus da desaceleração do crescimento econômico, mediante as lutas de segmentos trabalhadores e as táticas de reordenação dos recursos das políticas sociais dos Estados burgueses [...]” (Netto, 2005, p.7).

Após os “anos dourados” do capitalismo em sua fase imperialista, veio a recessão com a crise dos anos de 1970, a chamada crise do petróleo, em que se iniciou o movimento de reestruturação capitalista. Ocorrera assim a implantação do neoliberalismo como alternativa à crise do Keynesianismo e o modelo do Estado de Bem-Estar Social instaurado. Vale ressaltar, porém, que no Brasil não ocorrera a implantação de *Welfare State* concretamente.

[...] o quadro conjuntural balizado por 1968 constituía, em si mesmo, o cenário adequado para fomentar a contestação de práticas profissionais como as do “Serviço Social tradicional”. No caso deste, seu pressuposto visceral, a ordem burguesa como limite da história, foi amplamente questionado; seus *media* privilegiados, as instruções e organizações governamentais e o elenco de políticas do *welfare* viram-se em xeque; seu universo ideal, centralizado nos valores pacatos da integração na “sociedade aberta”, apareceu infirmado; sua enganosa assepsia política, formalizada “tecnicamente”, foi rechaçada; e a sua eficácia enquanto intervenção profissional foi negada a partir de seus próprios resultados.[...] Na particularidade latino-americana, a Reconceituação expressou a crítica ao “Serviço Social tradicional” (Netto, 2005, p.8).

Durante essa onda recessiva capitalista um importante acontecimento eclode no Serviço Social: o Movimento de Reconceituação na América Latina. De acordo com lamamoto (2019) esse movimento foi impulsionado pela intensificação dos movimentos sociais no continente a partir da experiência vivenciada em Cuba em 1959, onde há uma crítica ao imperialismo norte-americano e as relações de dependência e ao colonialismo cultural no Serviço Social por meio da importação de parâmetros profissionais.

Acontecimentos nesta conjuntura apontavam em direção à construção da crítica e a busca pela ruptura com o conservadorismo. Há o desenvolvimento do método de Paulo Freire nos anos 1960 onde o educador brasileiro defendia empregava uma educação popular libertadora, uma pedagogia que visa a articulação da educação à luta e organização de classe do oprimido.

Há também o desenvolvimento da teologia da libertação, um movimento sócio eclesial que também surgira neste mesmo período que pregava uma releitura do pensamento cristão que defende a libertação dos oprimidos propondo uma interpretação crítica da realidade alinhada à perspectiva marxista. A Igreja Católica em um momento de ausência de mecanismos de participação e representação popular acabou por se constituir também em um espaço de aglutinação de forças de oposição ao regime militar (Bravo, 2011) ⁴².

De acordo com Bravo (2011), chamada “crise do milagre econômico” brasileiro que se evidenciou a partir de 1974 e seus efeitos na população brasileira permitiram o reaparecimento de forças sociais que lutavam para recuperar o espaço vedado com o Golpe Militar de 1964. Vários grupos e organizações⁴³ que se manifestaram no cenário político tiveram a sua contribuição, porém, a partir de 1973,

⁴² “A Igreja Católica [...] Realizou estudos e elaborou documentos veiculados pela Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), organizou e articulou, no nível nacional, as Comunidades Eclesiais de Base (CEBs), que difundiram a Teologia da Libertação, levando as pessoas a discutir s seus problemas cotidianos, a fim de resolvê-los através da justiça social” (Bravo, 2011, p.67).

⁴³ “Diversos grupos da sociedade civil através de suas organizações, aliaram-se à oposição parlamentar, questionando o regime militar e exigindo o retorno do Estado de direito. A Associação Brasileira de Imprensa (ABI) [...] A Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) [...] A Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC) [...] Um dos movimentos políticos destacados foi o da anistia. [...] A Igreja Católica, num momento de ausência de mecanismos de participação e representação popular, constituiu-se também em espaço de aglutinação de forças de oposição ao regime [...] O movimento estudantil [...] O Sindicato dos Metalúrgicos de São Bernardo do Campo (SP) [...] outros movimentos sociais também começaram a se manifestar a partir de meados da década de 1970. Ligados à questão urbana [...] Outras manifestações também foram significativas com as ondas de protestos populares ocorridas em 1974 contra os serviços ferroviários das periferias de São Paulo e Rio de Janeiro, e por melhoria de transporte coletivo em Belo Horizonte e Salvador. Destacam-se também os movimentos de defesa da ecologia [...]” (Bravo, 2011, p.66-69).

um novo ator político de significativa expressão entra em cena com uma força cada vez mais crescente: a classe operária (Bravo, 2011).

Observam-se avanços em relação ao movimento sindical que atingira seu ápice durante esse mesmo período tendo como reflexo as greves trabalhistas do ABC paulista durante o final da década de 1970 e início da década de 1980, período em que se iniciara o processo de abertura e redemocratização no Brasil. Em 1973, o Sindicato dos Metalúrgicos de São Bernardo do Campo (SP) fez críticas contundentes à política social e trabalhista do regime autoritário além de ser responsável por ondas de greves até então inéditas no país entre 1978 e 1979 (Bravo, 2011).

[...] Para além dos condicionalismos que, em todo o mundo, eram próprios dos anos de 1960, entre nós, latino-americanos, esta questão era formulada sob condições muito determinadas: a inserção de nossos países na nova divisão internacional de trabalho que então emergia; o colapso, em nossos países, dos pactos políticos que vinham do pós-guerra; o surgimento de novos sujeitos políticos; o impacto da Revolução Cubana; o anêmico reformismo do tipo Aliança para o Progresso. Neste marco, assistentes sociais inquietos e dispostos à renovação indagam-se sobre o papel da profissão em face de expressões concretamente situadas da “questão social”, sobre a adequação dos procedimentos profissionais tradicionais em face das nossas realidades regionais e nacionais, sobre a eficácia das ações profissionais, sobre a pertinência de seus fundamentos pretensamente teóricos e sobre o relacionamento da profissão com os novos protagonistas que surgiam na cena político social (Netto, 2005, p. 9).

Há uma busca pela construção de uma identidade para o Serviço Social Latino-Americano condizente com a sua realidade, com seu cotidiano e especificidades. Segundo Netto (2005), em sua gênese a Reconceituação foi comandada por uma pergunta central: “qual a contribuição do Serviço Social na superação do subdesenvolvimento?” (Netto, 2005, p.9).

De acordo com Yazbek (2009), este movimento de questionamento do Serviço Social em relação ao referencial teórico se inicia no contexto de mudanças econômicas, políticas, sociais e culturais a partir dos anos 1960. Na profissão, a reflexão se fortalece com as mudanças devido a mundialização capitalista e com as críticas sobre a inserção da América Latina na globalização.

Surgiram novas configurações que caracterizam o processo de expansão do capitalismo e sua mundialização. No entanto, a inserção da América Latina nesse processo de globalização capitalista se deu de forma excludente e subordinada. Um exemplo marcante desse cenário foi o Consenso de Washington, realizado em 1989, que estabeleceu uma série de medidas neoliberais para os países latino-americanos.

Assim, os assistentes sociais assumem as inquietações e as insatisfações desse momento histórico refletindo-os a partir do Serviço Social tradicional o que resultou em amplo movimento com o objetivo de realizar uma revisão global nos aspectos teóricos, metodológicos, político e operativo da profissão (Yazbek, 2009).

Há o questionamento sobre a postura de neutralidade dos profissionais em sua prática profissional, expondo os desafios a serem enfrentados pela profissão contribuindo no processo de capacitação, na organização do Serviço Social e da classe subalterna tendo como base propostas respaldadas no pensamento de matriz crítica como o do filósofo e educador Paulo Freire.

Verifica-se, nessa época, amplo questionamento do Serviço Social - finalidades, fundamentos, compromissos éticos e políticos, procedimentos operativos e formação profissional – que assume formas distintas nos vários países. Mas a unidade do movimento de reconceituação assentava-se na busca de construção de um Serviço Social Latino-Americano [...]. Denunciava-se a pretensa neutralidade político-ideológica da ação de assistentes sociais. Estes assumem o desafio de contribuir na ‘organização’, ‘capacitação’ e ‘conscientização’ de segmentos ‘oprimidos’ e ‘marginalizados’ na região, sob a influência da proposta educacional de Paulo Freire e da Teologia da Libertação, dentre outras. De base teórica e metodológica eclética, esse movimento assume nítidas feições nacionais, inicialmente polarizado pelas *teorias desenvolvimentistas*, da *teoria da dependência*, e, na década de 1970, *ocorrem* as primeiras aproximações do Serviço Social à diversificada tradição marxista, a partir de manuais de divulgação e de autores diversos, com raras recorrências às fontes originárias dessa matriz de reconhecimento, o que ainda motiva investigação (Iamamoto, 2019, p.44 – grifos da autora).

O Movimento de Reconceituação se traduz na reflexão e críticas às práticas tradicionais e tecnicistas. Segundo Iamamoto (2000), emerge ainda nos anos 1960 se prologando por uma década, se caracterizando como um fenômeno tipicamente latino-americano. A autora afirma que esse movimento além de um movimento em prol da contestação do tradicionalismo profissional, implicou também no “[...] *questionamento global da profissão*: de seus fundamentos ídeo-teóricos, de suas raízes sociopolíticas, da direção social da prática profissional e de seu *modus operandi*” (Iamamoto, 2000, p.204-205). Desta forma,

O Serviço Social brasileiro, nas últimas cinco décadas, remontando ao início dos anos 1970, vem realizando forte embate com o tradicionalismo profissional e seu lastro conservador e buscou adequar criticamente a profissão às exigências do seu tempo, qualificando-a academicamente. E fez radical giro na sua dimensão ética: constituiu democraticamente a sua base normativa expressa na Lei da Regulamentação da Profissão, que estabelece

as competências e as atribuições profissionais, e no Código de Ética do Assistente Social de 1993 (Iamamoto, 2019, p.46).

O Movimento de Reconceituação se dividiu entre aqueles que desejavam a atualização do conservadorismo e projeto de ruptura, formada por profissionais que queriam romper com as práticas tradicionais na profissão que marcavam desde o início da profissão⁴⁴.

Esta frente renovadora compunha-se, basicamente, de dois grandes segmentos: um deles apostava numa espécie de *aggiornamento* do Serviço Social, capaz de *modernizá-lo* a ponto de torná-lo compatível com as demandas macrossocietárias, vinculando-o aos *projetos desenvolvimentistas* de planejamento social; outro, constituído por setores mais jovens e radicalizados, jogava numa inteira *ruptura* com o passado profissional, de modo a sintonizar a profissão com os *projetos de ultrapassagens das estruturas sociais* de exploração e dominação. Como se vê, os primeiros passos da Reconceituação resultaram de uma espécie de 'frente ampla' profissional cortada por diferentes concepções de história, de sociedade e, naturalmente, das *mudanças sociais* em curso à época (Netto, 2005, p. 10 – grifos do autor).

Segundo Abramides (2019), a gênese do chamado projeto de ruptura irrompe na primeira metade dos anos de 1970 em meio ao processo de formação profissional desenvolvido pela Escola de Serviço Social da Universidade Católica de Minas Gerais, conhecido pelo "Método BH". Segundo Netto (2005) a perspectiva conhecida como "intenção de ruptura" emerge no quadro da estrutura universitária brasileira na primeira metade dos anos 1970, mas, é somente na virada do decênio é que ganha repercussão para além da academia chegando a ter certo destaque nos foros e organismos da categoria profissional.

A autora destaca algumas características centrais que identificam o projeto de ruptura do Serviço Social Brasileiro: a) a análise da vida social em sua totalidade; b) a percepção da profissão na divisão sociotécnica do trabalho; c) o significado social da profissão no processo de produção e reprodução da força de trabalho; d) a condição de assalariamento profissional; e) o legado marxiano e a tradição marxista como referenciais teóricos de interpretação e transformação da sociedade de classes; f) sua direção sociopolítica (Abramides, 2019, p.86).

No ano de 1979 ocorreu o chamado "Congresso da Virada", o III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (III CBAS), em que avança ainda mais a perspectiva

⁴⁴ Segundo Netto (2005), do processo de crítica e reconceituação da profissão surgiram três vertentes: a modernizadora, a reatualização do conservadorismo e a intenção de ruptura.

do projeto embasado na ruptura das ações do Serviço Social tradicional e da crítica ao conservadorismo, havendo, também, a defesa dos interesses da classe trabalhadora. São dados também os primeiros passos rumo a construção do Projeto Ético-Político⁴⁵ da profissão dando o embasamento teórico e político mais próximo ao que se conhece atualmente.

O CBAS teve a possibilidade de reversão do conservadorismo, instalada em sua concepção e dinâmica, impulsionada pela ação dirigente e organizativa das entidades sindicais e pré-sindicais, coordenadas pela CENEAS⁴⁶, em uma ação unitária, assumindo *a direção política da profissão* (Abramides, 2019, p. 87- grifo da autora).

Segundo Iamamoto (2019), o projeto profissional não foi construído em uma perspectiva corporativista, ainda que voltado para as prerrogativas profissionais, é dotado de uma perspectiva ético-política. Assim,

Ele permite elevar esse projeto a uma dimensão de universalidade e estabelece um norte quanto à forma de operar o trabalho cotidiano, impregnando-o de interesses da coletividade ou da “grande política”, como momento de afirmação da teleologia e da liberdade na práxis social (Iamamoto, 2019, p.49).

Em meio a acontecimentos como o declínio da Ditadura Militar,⁴⁷ e a promulgação da Constituição Federal de 1988, há finalmente mudanças mais efetivas rumo ao movimento de ruptura com o conservadorismo e a formação do Projeto Ético-Político. Pode-se afirmar que o Serviço Social brasileiro se constitui enquanto expressão do movimento de luta pela democratização da sociedade e do Estado, com presença das lutas operárias que impulsionaram o declínio da Ditadura Militar (1964 - 1985) no Brasil.

Essas profundas modificações por que passou a sociedade brasileira explicam o florescimento de um processo de lutas democráticas, cuja visibilidade no cenário político só se dá no último quartel da década de 1970. Tal processo condiciona o horizonte de preocupações emergentes no Serviço Social, exigindo novas respostas profissionais, o que vai resultar em significativas alterações no *ensino, na pesquisa e na organização político-corporativa dos assistentes sociais*. Revigora-se uma ampla e *fecunda organização da categoria e suas bases sindicais, acadêmicas e profissionais* (Iamamoto, 2019, p.45- grifos da autora).

⁴⁶ Cadastro Nacional de Entidades de Assistência Social.

⁴⁷ Particularmente no Brasil esse movimento de crítica e auto flexão do Serviço Social tem ligação direta à luta pela redemocratização do país após a instauração da Ditadura Militar.

Na década de 1980 se observa muitos avanços no processo de luta e organização da classe trabalhadora e o Serviço Social, por meio de sua organização política, se insere nessas lutas dos movimentos populares como, por exemplo:

[...] a) luta pelo ensino público laico, gratuito, socialmente referenciado e universal; b) luta contra qualquer tipo de discriminação e opressão de classe, gênero, raça, etnia e orientação sexual; c) lutas por políticas sociais públicas específicas (para mulheres, pessoas com deficiência, criança e adolescente, população em situação de rua, negros, indígenas, idoso, sexualidade); d) luta pela reforma sanitária e de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS); e) luta pela implantação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS); f) luta pela reforma urbana e por políticas habitacionais e ambientais, pela concessão do direito real de uso e pela posse da terra nas favelas, pela implantação de Zonas Especiais de Interesse Social (ZEIS) nas cidades, pelo direito à moradia, às cidade, à justiça; g) luta pelo transporte coletivo de qualidade, subsidiado pelo Estado; h) luta pelas creches diretas como direito às crianças e as mulheres e homens trabalhadores; i) luta pela reforma agrária sobre o controle dos trabalhadores; j) luta pela demarcação das terras indígenas (Abramides, 2019, p.96).

A década de 1980 afirmou a direção social da profissão, com a luta política e sindical, pelo reconhecimento dos profissionais como trabalhadores, em sua condição de assalariamento, e no compromisso com os direitos e conquistas da classe trabalhadora (Abramides, 2019).

Observa um envolvimento e articulação da categoria profissional às “lutas sociais”, onde “A luta e defesa de políticas públicas como políticas de direitos constituem pauta programática dos congressos da categoria de assistentes sociais - os CBAS – realizado a cada três anos [...]” (ABRAMIDES, 2019, p. 96). Em 1986, é aprovado, pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), o Código de Ética Profissional vigente (após uma revisão do antigo Código de Ética de 1986) juntamente com a Lei de Regulamentação da Profissão (Lei 8.662/93) e as atuais Diretrizes Curriculares para a Formação Profissional. Estes são o conjunto de leis e resoluções que instituem o Serviço Social atualmente. Pode-se afirmar que todos estes elementos são resultantes deste movimento que visava a busca pela ruptura com o Serviço Social tradicional e podem ser considerados como significativos avanços para a categoria.

Com a construção do projeto profissional do Serviço Social, fica explícito sua opção a favor da classe trabalhadora e dos direitos sociais. Esse posicionamento é afirmado em suas dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa,

vinculando-se a um projeto societário que propõe a construção de uma nova ordem societária, sem exploração/dominação de classe, etnia e gênero, a defesa intransigente dos direitos humanos e o repúdio do arbítrio e dos preconceitos, contemplando positivamente o pluralismo, tanto na sociedade como no exercício profissional (Netto, 1999).

Porém, como aponta Netto (1999), a consolidação de um projeto profissional não irá suprimir as divergências e contradições no corpo profissional. Há uma incompatibilidade entre o projeto defendido pelos assistentes sociais e o projeto neoliberal que se encontra estabelecido. A diminuição de direitos, as privatizações, os cortes orçamentários e a desresponsabilização do Estado impacta de maneira negativa na vida dos cidadãos, principalmente os mais pobres. Com o avanço neoliberal, as políticas públicas estão cada vez mais sucateadas e sofrem com grandes retrocessos.

Na política de saúde observa-se que a relação público-privado vem contribuindo para esta desresponsabilização estatal sendo um exemplo disto o surgimento das Fundações Estatais de Direito Privado, as Organizações Sociais e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares que foi criada para gerir os hospitais universitários em todo o país. O que há é a construção de uma política focalista, precarizada e terceirizada (Neulls, 2016).

O Serviço Social, ao se organizar como profissão, tem como base teórica a teoria social crítica marxista. Essa base teórica orienta sua atuação e articulação com os movimentos populares, buscando defender a classe trabalhadora e contribuir para sua emancipação. Dessa forma, o Serviço Social se insere em diversos espaços sócio-ocupacionais, sendo a área da saúde um exemplo importante. No campo da saúde, a presença significativa do assistente social começou a se manifestar nos anos 1940. Nesse contexto, abordaremos os avanços e retrocessos profissionais e a atuação do Serviço Social nessa área no próximo item.

3.2 Avanços e retrocessos da inserção do Serviço Social no campo da saúde

As mudanças no plano socioeconômico vivenciadas no Brasil em seu processo de industrialização acabaram por acentuar as expressões da questão social no país, e o que antes era tratado como um caso de polícia passou a necessitar da

intervenção estatal. A partir de 1930 há também o início da intervenção do Estado na saúde, se dando mais tarde sua consolidação em meados dos anos de 1945 a 1964.

Inicialmente o setor da saúde foi subdividida em dois outros setores. Um deles é o da saúde pública que foi predominante até os anos 1960 e teve como principais características a “[...] ênfase nas campanhas sanitárias; a interiorização das ações para as áreas de endemias rurais e a criação de serviços de combate às endemias. [...]” (Bravo; Matos, 2007, p.26). O outro setor é o da medicina previdenciária⁴⁸ que teve como marco a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões, os IAPs⁴⁹.

A década de 30 assiste a formação dos IAPs – Institutos de Aposentadoria e Pensões – que institucionalizam o seguro social fragmentando as classes assalariadas urbanas por inserção nos setores da atividade econômica: marítimos, bancários, comerciários, industriários e outros. Agora transformados em autarquias, os institutos passam a ser geridos pelo Estado, continuando a contar com recursos financeiros de origem tripartite, com a diferença marcante da contribuição patronal ser agora calculada, como a dos empregados, sobre o salário pago (Cohn; Nunes; Jacobi; Karsh, 2006, p. 15-16).

Os IAPs perduraram com a estrutura das CAPs remanescentes em várias empresas, permanecendo até meados de 1966, quando todo o sistema previdenciário foi unificado no INPS, o Instituto Nacional de Previdência Social ⁵⁰ (Cohn; Nunes; Jacobi; Karsh, 2006). Bravo (2011) cita que a unificação do INPS se deu atendendo a duas características: o crescente papel interventivo do Estado na sociedade e o alijamento dos trabalhadores do jogo político, com sua exclusão na gestão da previdência, ficando assim reservado aos mesmos apenas o papel de financiadores.

De acordo com Bravo e Matos (2007), a consolidação da política de saúde teve início na década de 1930 e se efetivou no período de 1945 a 1964. Nesse contexto, Bravo (2013) destaca que na década de 1940 ocorreram avanços significativos na Política Nacional de Saúde. Durante a Segunda Guerra Mundial, foi

⁴⁸ “[...] A medicina previdenciária só vai sobrepujar a saúde pública a partir de 1966, apesar de seu predomínio anunciar-se tendencialmente desde o início da década de 1960 [...]” (Bravo, 2013, p. 148).

⁴⁹ “A medicina previdenciária teve como marco a criação os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) que substituíram as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) criadas em 1923. O modelo previdenciário teve orientação contencionista, ao contrário do modelo abrangente das CAPs [...]” (Bravo; Matos, 2007, p.26).

⁵⁰ “[...] A criação do INPS, em 1966, ao unificar os antigos IAPs, constituiu-se na modernização da máquina estatal, aumentando o seu poder regulatório sobre a sociedade, além de representar um esforço de desmobilização das forças políticas estimuladas no período “populista”; trata-se, portanto, de uma reorientação das relações entre Estado e classes trabalhadoras. Os programas de saúde e educação se desenvolveram com base no privilegiamento do setor privado, reproduzindo na política social as tendências da nova política econômica implantada” (Bravo, 2011, p. 59).

criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). Além disso, a saúde foi destacada como um dos principais pontos no chamado Plano Salte, embora não tenha sido efetivamente implementado. Esses acontecimentos evidenciam a importância atribuída à saúde como tema prioritário nas políticas públicas da época, mesmo que alguns projetos não tenham sido totalmente concretizados.

A Política de Saúde, que se esboçava desde 1930, foi consolidada nesta mesma época. O Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) foi criado durante a Segunda Guerra Mundial, em convênio com órgãos do governo americano e sob o patrocínio da fundação Rockefeller, para principalmente controlar a malária e a febre amarela, em função das prioridades do esforço de guerra configuradas na produção da borracha na Amazônia e do manganês no Vale do Rio Doce. No final da década de 1940, com o Plano Salte, de 1948, a saúde foi posta como uma de suas finalidades principais. O plano apresentava previsões de investimentos de 1949 a 1953, nas áreas de Saúde, Alimentação, Transporte e Energia, mas não foi implementado (Bravo, 2013, p.145).

Segundo a autora, na década de 1950, a saúde ampliou-se pela extensão relativa do atendimento e pela sofisticação estatal que passou a ser mais centralizada. Em 1953 surgiu o Ministério da Saúde que fazia parte do órgão ministerial encarregado da Educação, mantendo sua estrutura anterior e ampliando os atendimentos das enfermidades ficando, porém, com a menor parcela orçamentária.

Ainda eram seguidas a estrutura e o modelo que orientava a Política de Saúde na década de 1940 (baseadas em um conceito que afirmava que se solucionando o problema da doença seria automaticamente resolvida a “questão da pobreza”), porém, “Na metade dos anos 1950, a ideologia “desenvolvimentista” colocou a questão de outro ângulo, ponderando que o desenvolvimento econômico traria, necessariamente, um melhor nível de saúde da população” (Bravo, 2013, p.146).

Na segunda metade da década de 1950, no apogeu do modelo desenvolvimentista, há um aprofundamento no processo das dicotomias entre atenção médica curativa e medidas preventivas de caráter coletivo, que acompanhava a divisão entre os serviços públicos e os serviços privados de saúde (Cohn; Nunes; Jacobi; Karsh, 2006).

Em meados dos anos de 1963, durante o governo de João Goulart, ocorrera a 3ª Conferência de Saúde que pode ser descrito como um importante acontecimento deste período. Nessa conferência foram apontadas as configurações da saúde pautadas na racionalização dos recursos, tendo como prioridade os serviços básicos, além da proposta da universalização da atenção médica.

A 3ª Conferência de Saúde, realizada em 1963, combateu as propostas de campanhas sanitárias e advogou a criação de serviços permanentes de saúde pública. Goulart, na abertura da Conferência, defendeu a racionalização dos recursos e a prioridade para os serviços básicos, considerando o elevado custo dos serviços especializados. A proposta de universalização de atenção médica foi colocada na conferência [...] (Bravo, 2013, p.147).

Nos anos 1960, as dificuldades enfrentadas pela previdência social, que já eram vivenciadas desde o final da década de 1940, tornaram-se ainda mais agravadas devido à ampliação dos benefícios sem a solução de questões centrais, como o financiamento, no qual o Estado não assumia adequadamente o ônus financeiro sob sua responsabilidade. Outro ponto que deve ser mencionado sobre a saúde nesse período é que o atendimento hospitalar de natureza privada ganha ainda mais espaço com a construção de empresas médicas, ligadas diretamente aos interesses capitalistas no setor da saúde (Bravo, 2013).

Um novo padrão de organização de serviços médicos previdenciários foi implantado, com prioridade na contratação de serviços de terceiros, em detrimento dos serviços próprios da Previdência, cabendo ao Estado propiciar o crescimento e a expansão da iniciativa privada, o que se tornou altamente lucrativa a prática médica (Bravo, 2011, p.61).

A autora menciona, ainda, que a corporação médica, alinhada aos interesses capitalistas do setor da saúde, era a mais organizada e exercia pressão para obter financiamento por meio do Estado. É evidente o avanço de um projeto de saúde privatista, mesmo que ainda incipiente, porém mais estruturado do que o que se observava nos anos de 1950. Durante a Ditadura Militar, uma nova configuração política e social se estabelece no país, o que impacta diretamente a forma como a questão social é abordada, por meio da assistência e da repressão.

De acordo com Bravo e Matos (2007) “O surgimento e o desenvolvimento do Serviço Social no período de 1930 a 1964, bem como a ação profissional [...] na área da saúde, mostram algumas evidências significativas” (Bravo; Matos, 2007, p. 27). A saúde não foi uma área de concentração do Serviço Social não se caracterizando como um espaço sócio-ocupacional com um grande quantitativo de profissionais. Mesmo não sendo um campo de concentração de profissionais inicialmente, “A formação profissional também se pautou, desde o seu início, em algumas disciplinas relacionadas à Saúde” (Bravo; Matos, 2007, p. 28).

Um dos motivos pelo qual a área da saúde passa ser um dos principais setores que empregam assistentes sociais, além das mudanças que ocorreram no panorama internacional que influenciaram no Brasil e na profissão, são as mudanças ocorridas no conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde em 1948⁵¹, que antes possuía uma visão mais hospitalocêntrica voltado à ausência de doenças, passando a ter uma definição mais ampla abrangendo outros campos como o social (Bravo, 2013).

Esse novo conceito de saúde surge de organismos internacionais e está relacionado ao agravamento das condições de saúde da população, principalmente nos países que são economicamente subordinados. É enfatizado o trabalho multidisciplinar, permitindo suprir a falta de profissionais por meio da utilização de pessoal auxiliar em diferentes níveis. Também é ampliada a abordagem em saúde, introduzindo conteúdos preventivos e educativos. Além disso, são criados programas prioritários direcionados a determinados segmentos da população, uma vez que a universalização da atenção médica e social se torna inviável (Bravo, 2013).

Na mesma época há o surgimento do chamado Serviço Social Médico com o trabalho voltado à puericultura e à profilaxia. De acordo com Bravo (2013), as ações das/dos assistentes sociais neste período eram muito individualizadas e visavam a integração do indivíduo, havendo, ainda, a responsabilização dos indivíduos pelas suas respectivas situações.

Desta forma, o Serviço Social foi sendo cada vez mais requisitado para o campo da saúde em que se enfatizava a prática educativa com “[...] intervenção normativa no modo de vida do “cliente”, com relação aos hábitos de higiene e saúde, e atuou nos programas prioritários estabelecidos pelas normatizações da política de saúde” (BRAVO; MATOS, 2007, p.29). Confirmado estes elementos, Bravo (2013) destaca a prática educativa presente no Serviço Social não somente na saúde como também em outras áreas.

A tônica do discurso e da prática do Serviço Social na Saúde, como também nas outras áreas, foi a ação educativa e posteriormente a “tecnificação” da assistência. A educação do povo, a instrução da família, a fiscalização sanitária foram considerados fundamentais, pois se pautavam na noção do proletariado como tendo um baixo nível cultural, o que se agrava com a

⁵¹ A concepção de saúde usada neste documento foi desenvolvida em 1947 pela Organização Mundial da Saúde (OMS): “[...] Saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”. Tradução nossa. (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2018, p.4).

insuficiência de recursos econômicos desde a necessidade de ser educado para suavizar a miséria e a doença. A ação educativa estava relacionada ao ajustamento do 'paciente' às relações sociais vigentes, sendo necessária às classes trabalhadoras a adesão à ordem social (Bravo, 2013, p.156-157).

Sobre essa perspectiva do Serviço Social como um profissional que "educa", Abreu (2002), aborda essa dimensão atribuída aos assistentes sociais. Fazendo referência à prática pedagógica embasada em uma "pedagogia da ajuda", a autora afirma que o processo de racionalização da assistência social em bases técnico-científicas é o marco principal do desenvolvimento da "função pedagógica" do assistente social. Assim, "[...] a "ajuda" psicossocial suponha a individualização do "cliente" e da sua situação como um dos seus princípios fundamentais" (Abreu, 2002, p. 96).

O desenvolvimento do processo de "ajuda" psicossocial individualizada no Serviço Social parte do ponto de vista de que a questão social – reduzida às suas manifestações na esfera individual – constitui-se um *problema moral*. [...] uma intervenção social individualizada de cunho moralizador direcionada para a *reforma moral e a reintegração social* (Abreu, 2002, p.85 – grifos da autora).

Há uma supervalorização de uma perspectiva individual⁵², valorização de uma intervenção psicologizante da questão social com a sua fragmentação e a descaracterização de suas expressões afastando-se totalmente de sua essência enquanto totalidade. "[...] é possível entender que o movimento do capital monopolista ressitua a dimensão individual pela mediação das políticas sociais estatais no enfrentamento das sequelas da questão social [...]" (Abreu, 2002, p. 86).

Enquadra-se, pois, o processo de "ajuda" nas requisições relativas à manipulação material e ideológica de necessidades sociais e recursos institucionais via estratégias de assistência social individualizada – como uma demanda da acumulação capitalista quanto à reprodução material e subjetiva das classes subalternas. Este movimento corresponde a um outro vetor na conformação das funções pedagógicas dos assistentes sociais (Abreu, 2002, p. 88).

⁵² "A dimensão individual é, assim, paradoxalmente, exaltada e reduzida. Por um lado, é perversamente fortalecida como realidade empírica, na medida em que são direcionadas para a órbita da responsabilidade dos sujeitos individuais as respostas oficiais dadas às sequelas da questão social, bem como o enfrentamento individual daquelas não contempladas pelos serviços sociais; por outro, como personalidade histórica, é esvaziada de razão, vontade e autonomia, devendo ser modelada a partir de mecanismos externos de integração social e de ajustamento psicossocial, nos limites das relações interpessoais, em que o universo familiar constitui instância central" (Abreu, 2002, p. 87).

Segundo Abreu (2002), essa intervenção de perspectiva tecnicista e pragmatista subsidiado pelo pensamento conservador se desenvolveu baseado em uma explicação do homem e da sociedade que legitima a ordem estabelecida propondo um modelo societário harmônico e equilibrado tendo o indivíduo como central para o funcionamento social.

Assim, na intervenção de “ajuda psicossocial” tinha a “[...] perspectiva de adaptação e ajustamento dos indivíduos à sociedade e reificação das suas relações constitutivas” (ABREU, 2002, p. 89). Além disso, havia a “[...] tendência à naturalização da vida social, onde as desigualdades sociais são justificadas como uma condição inerente à pessoa humana [...]” (Abreu, 2002, p. 89).

No Brasil, durante as décadas de 1950 e 1960 o Serviço Social na saúde continuou tendo o *locus* central de sua ação nos hospitais e ambulatórios não sendo influenciado pelas propostas racionalizadoras que surgem principalmente a partir da década de 1950 estando presentes principalmente nos Estados Unidos como a chamada medicina integral, a medicina preventiva e a medicina comunitária (Bravo; Matos, 2007).

O Serviço Social, como uma profissão histórica e socialmente determinada, passou por modificações após o golpe militar de 1964, o que teve impactos no campo do Serviço Social na saúde. Essas mudanças foram resultado de novas demandas provenientes da política de saúde, do processo de reorganização institucional do setor, dos movimentos sociais e da conjuntura em questão (Bravo, 2011).

As profundas transformações sofridas pela modernização conservadora e a Ditadura Militar vão refletir diretamente na prática e na própria formação dos assistentes sociais no Brasil, exigindo que a profissão se encaixasse nos moldes das “[...] novas estratégias de controle e repressão das classes trabalhadoras efetivadas pelo Estado e pelo grande capital, bem como para o atendimento das novas demandas submetidas à racionalidade burocrática” (Bravo; Matos, 2007, p. 31).

Em face da questão social no período de 1964 a 1974, o Estado utilizou para a sua intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal, com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital (Bravo, 2011, p.58).

Segundo Netto (2005), no período da Ditadura Militar na relação entre a autocracia burguesa e o Serviço Social não ocorrera a erosão e deslegitimação das

formas profissionais consagradas anteriormente. Segundo o autor, até o final dos anos sessenta e o início dos anos setenta no discurso e na ação governamentais, é a validação e reforço do que se denominaria como Serviço Social tradicional.

Tudo indica que as ações embasadas no Serviço Social de cunho tradicional atendiam a duas necessidades: preservar os traços mais subalternos do exercício profissional “[...] com um firme estrato de executores de políticas sociais localizadas bastante dócil e, ao mesmo tempo, de contrarrestar projeções profissionais potencialmente conflituosas [...]” (Netto, 2005, p. 118). O que se buscava era harmonia com os meios e objetivos que estavam presentes nas estruturas organizacional-institucionais do regime militar fazendo um resgate do “tradicionalismo” presente na profissão.

Segundo Bravo (2011), “a “modernização conservadora” redefiniu a base de legitimidade profissional a partir das novas exigências do mercado de trabalho e do quadro de formação para ele” (Bravo, 2011). Se tratando da prática dos profissionais, o processo da “modernização conservadora” teve como consequência um mercado nacional de trabalho, macroscópico e consolidado para os assistentes sociais (Netto, 2005). Na saúde esta perspectiva pode ser identificada na fragmentação da prática profissional e seu foco em ações voltadas para a dimensão curativa, por exemplo.

Nesse processo de modernização conservadora, observa-se a reatualização do conservadorismo no campo do Serviço Social, influenciado pelo humanismo cristão. Conforme mencionado por Abreu (2002), essa tendência de naturalizar a vida social e a intervenção moralista presente no perfil pedagógico do Serviço Social constitui um ponto de convergência entre o pensamento conservador das ciências sociais e humanas, e a influência filosófica da tradição religiosa absorvida pela profissão, especialmente a doutrina da Igreja Católica de vertente neotomista.

[...] esse arcabouço heterogêneo é compatibilizado e fundido a partir da perspectiva conservadora da doutrina social da Igreja católica, de forma que os fundamentos científicos têm seus elementos selecionados e condensados pelo viés doutrinário moralizador da ação social católica, imprimindo-se à função pedagógica do assistente social um caráter autoritário-moralista, mistificador das relações sociais (Abreu, 2002, p. 91).

A implementação das ações profissionais baseadas no processo de “ajuda psicossocial individualizada” seguiu inserido em um contexto de políticas assistenciais públicas e privados pontuais, fragmentadas e individuais que colaboram para o

aprofundamento de “[...] elementos ideológicos mistificadores subalternizantes no processo de reprodução da força de trabalho” (Abreu, 2002, p. 97).

Como forma de ideologização das práticas assistenciais, a “ajuda” perpassa historicamente as manifestações dessas práticas desde suas expressões caritativas desenvolvidas pela Igreja, isto é, do assistencialismo caritativo, à filantropia estatal. [...] a pedagogia da “ajuda” tende a agregar [...] componentes morais inerentes a uma filosofia da “promoção social”, ao mobilizar os indivíduos para certo envolvimento participativo no processo de atendimento às suas necessidades, sob o pretexto de valorização desse mesmo processo, cujo corolário é colocado como possível autopromoção, mas, de fato, significa a busca de redução/socialização dos custos dos bens e serviços prestados. (Abreu, 2002, p. 100).

Muitos dos elementos abordados acima estavam presentes na ação do Serviço Social Médico, no início da inserção dos assistentes sociais na saúde. De acordo com Bravo (2013), o discurso e a prática do Serviço Social na Saúde, assim como em outras áreas, foi a ação educativa e em seguida a tecnificação da assistência. A autora também cita que os/as profissionais atuaram nas sequelas das situações de saúde das classes trabalhadoras tendo como base uma visão de mundo produzida pelas classes dominantes com o objetivo de reproduzir as relações sociais vigentes.

[...] A educação do povo, a instrução da família, a fiscalização sanitária foram considerados fundamentais, pois se pautavam na noção do proletariado como tendo um baixo nível cultural, o que se agravava com a insuficiência de recursos econômicos desde a necessidade de ser educado para suavizar a miséria e a doença. A ação educativa estava relacionada ao ajustamento do “paciente” às relações sociais vigentes, sendo necessária às classes trabalhadoras a adesão à ordem social (Bravo, 2013, p. 157).

O Serviço Social tinha como componente essencial a vocação mística de um apostolado social que tinha como objetivo a “recuperação dos sujeitos” e que visavam a legitimação do projeto de recristianização da sociedade. “[...] A conotação de controle ideológico da sociedade burguesa, sancionada pela igreja, era assumida pelos profissionais, que buscavam na sua intervenção o consenso social” (Bravo, 2013, p. 157).

De acordo com Bravo e Matos (2007), o Serviço Social na saúde vai receber fortes influências do processo de modernização no âmbito das políticas sociais gerando como consequência a sedimentação de sua ação na prática curativa,

principalmente quando se trata da assistência médica previdenciária, que foi maior empregador de profissionais no período.

Os autores também afirmam que o Serviço Social na saúde não sofreu grandes alterações entre os anos de 1974 e 1979, apesar do processo organizativo da categoria. Desta forma, “O trabalho profissional continuou orientado pela vertente “modernizadora”” (Bravo; Matos, 2007, p. 32). Porém, a década de 1970 também foi o período em que o Movimento de Reforma Sanitária começara a ser construindo trazendo uma série de questionamentos sobre a saúde, desde sua prática até as teorias e vertentes que orientavam os profissionais neste campo.

No final da década de 1970, ganha destaque a reação Estado - Sociedade, o movimento pela democratização da saúde, que, envolvendo intelectuais\profissionais de saúde, movimentos sociais e estudantes criou condições para a construção do projeto da Reforma Sanitária brasileira. Este movimento teve como princípio uma crítica à concepção de saúde estrita à dimensão biológica e individual, bem como a afirmação da relação entre organização social, organização dos serviços de saúde e prática médica, tendo como fundamento a determinação social da doença para se pensar o processo de trabalho em saúde (Vasconcelos, 2007, p.76).

No Brasil, a década de 1980 foi marcada por mobilizações políticas e aprofundamento da crise econômica que ficou explícito ainda durante o período de Ditadura Militar. Na Saúde Coletiva e no Serviço Social há um movimento de ampliação do debate teórico, além da incorporação de temáticas como a discussão do Estado e as políticas sociais em uma perspectiva marxista (Bravo; Matos, 2007). Há também a constituição da Seguridade Social com seus princípios e objetivos embasados na universalidade, na equidade, na uniformidade, na equivalência, na irredutibilidade dos valores dos benefícios, na gestão democrática, na descentralização e participação visando garantir seu caráter público e de responsabilidade do Estado (Vasconcelos, 2007). Todas estas mudanças refletiram também no Serviço Social. É fundamental para o entendimento da profissão abordagens de questões referentes a este período essencial para o desenvolvimento e maturidade da profissão.

Pode-se afirmar que o Projeto Ético-Político e as propostas trazidas pela Reforma Sanitária se articulam entre si.

[...] mesmo que distintos – uma vez que o Projeto Ético-Político do Serviço Social é de uma corporação profissional e o da reforma sanitária seja um projeto de política social que se materializa também como um serviço –

ambos os projetos têm uma clara concepção de mundo e de homem, com uma nítida vinculação a um projeto societário não capitalista, apontando para o socialismo como alternativa (Matos, 2017, p.103).

Porém, vale lembrar que as/os assistentes sociais não participaram de imediato da construção do Sistema Único de Saúde. Bravo (2011), em seu livro *“Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais”* afirma que o Serviço Social não esteve articulado diretamente com a discussão progressista da saúde apresentado pelo Movimento de Reforma Sanitária.⁵³ Segundo a autora, o próprio processo de crítica que iniciado nos anos 1960 teve pouca repercussão na área da saúde.

O Serviço Social no Brasil, desde o seu surgimento até os anos 1970, foi influenciado pelo conservadorismo moral, o que resultou na falta de articulação da profissão com os movimentos de esquerda e progressistas do país. A tendência da "intenção de ruptura" no processo de renovação do Serviço Social brasileiro foi de grande importância, mas ocorreu de forma paralela ao Movimento de Reforma Sanitária (Matos, 2017).

A década de 1980 marca um processo de ruptura com o conservadorismo no Serviço Social, que estava presente desde o início da constituição da profissão. Nesse período, o marxismo se estabeleceu como uma orientação hegemônica e se tornou o referencial para o projeto Ético-Político profissional. Essa orientação foi fortalecida com o Código de Ética de 1993 e a Lei de Regulamentação da Profissão, a Lei 8.662 de 1993, um importante marco para a categoria com o reconhecimento e a valorização do Serviço Social enquanto profissão.

No entanto, é importante destacar que essas mudanças e discussões tiveram um impacto maior no âmbito acadêmico do que na prática dos assistentes sociais em seus respectivos campos, como na área da saúde. Concorda-se com Bravo e Matos (2007) quando afirmam que:

[...] Se o Serviço Social cresceu na busca de fundamentação e consolidação teóricas, poucas mudanças conseguem apresentar na intervenção. Sem dúvida, para se avançar hoje na profissão, se faz necessário recuperar as lacunas da década de 80. E a intervenção é a prioridade, pois poucas alterações trouxeram os ventos da vertente da Intensão de Ruptura para o

⁵³ “[...] O surgimento do “movimento sanitário” que, através de seus representantes, apresentava propostas teórico-práticas para o enfrentamento da questão também não teve repercussão nos assistentes sociais da área [...]” (Bravo, 2011, p. 144).

cotidiano dos serviços. Este fato repercute na atuação do Serviço Social na área da saúde – maior campo de trabalho (Bravo; Matos, 2007, p. 34).

A partir dos anos de 1990, segundo Matos (2017), há a incorporação pelos assistentes sociais dos princípios da Reforma Sanitária, que se constituem, em sua grande maioria, nos princípios do SUS. Porém, o mesmo alerta que é “[...] necessário que se façam mais investigações para certificar se essa incorporação tem alterado o exercício profissional cotidiano” (Matos, 2017, p.61).

De acordo com Vasconcelos (2007), apesar da perspectiva de que a saúde é um direito social que vai além da democratização do acesso à assistência médica, essa visão não foi adequadamente abraçada pelos profissionais da saúde, incluindo os assistentes sociais. Além disso, é importante destacar que, apesar da defesa da leitura crítica da realidade por parte da categoria, muitas vezes essa abordagem não se transforma em ações concretas no cotidiano dos profissionais. Sobre esse fato, Barroco (2017) cita que:

A construção histórica do Projeto Ético-Político do Serviço Social brasileiro propiciou o desenvolvimento de uma cultura profissional crítica e democrática [...] Apesar disso, em geral, esse avanço não é incorporado no exercício profissional nas instituições. O que agrava a situação é que esse dado de realidade - que é determinado por inúmeras mediações -, passa por um processo de simplificação e ocultamento de suas raízes ao ser incorporado ao imaginário cotidiano de alunos e profissionais. Reificando-se, torna-se uma ideologia, repetida espontaneamente na dinâmica da cotidianidade. É o que ocorre com a reprodução da ideia que *a teoria não tem a ver com a prática* (Barroco, 2017, p.9 - grifos da autora).

Como já mencionado no capítulo 2, os anos 1990 foram marcados pelo avanço do projeto neoliberal no Brasil, que teve início durante o governo de Fernando Collor de Mello e se consolidou durante o governo de Fernando Henrique Cardoso. Ao longo dos anos 2000, esse projeto neoliberal continuou a avançar, mesmo durante os governos de petistas que se seguiram, o que resultou no agravamento da disputa entre projetos na área da saúde: o projeto neoliberal, que defende a saúde como mercadoria, e o projeto da Reforma Sanitária, que tem como base a defesa da saúde como direito.

Em 2016 ocorreu o impeachment de Dilma Rousseff por meio de um golpe de Estado parlamentar, judiciário e midiático. Grande parte dos que votaram pelo impeachment compunham a base de apoio do governo no Congresso Nacional e a maioria dos deputados justificou o seu voto recorrendo a valores baseados no

patriarcalismo e no combate à corrupção (BOITO, 2020). Com o impeachment de Dilma Rousseff entrou em cena o governo de Michel Temer (2016-2018) que tinha o intuito avançar com as propostas neoliberais. A Seguridade Social foi fortemente atacada durante o governo de Michel Temer e foram agravados ainda mais durante o governo de Jair Bolsonaro, o que contribuiu para o sucateamento das políticas sociais, incluindo a área da saúde.

O chamado Novo Regime Fiscal (NRF), aprovado pela Emenda Constitucional (EC) n.95, em 2016, durante o governo de Temer (2016-2019) impulsiona a ortodoxia neoliberal com cortes nos direitos, no financiamento público como descrito pelo NRF inviabilizando a vinculação dos recursos para as políticas sociais nos moldes desenhados na Constituição de 1988, congelando as despesas primárias do governo, exceto o pagamento de juros da dívida, por vinte anos, limitando-se a correção pela inflação. Desta maneira, o orçamento público se tornou refém do capital financeiro, sendo empecilho para a formação de um sistema universal, um dos principais princípios SUS.

Com a eleição de Jair Bolsonaro, em 2019, houve a contrarreforma na Previdência (EC nº 103/2019) e também a PEC 32, de 2020, que propôs uma reforma administrativa perversa que atingiu vários setores e contribuiu para o processo de fragilização das políticas públicas visando acabar com a estabilidade dos servidores e abrindo ainda mais espaço para a privatização do setor público.

De acordo com Yazbek, Raichelis e Sant'ana (2020) as contrarreformas neoliberais, principalmente a EC 95, só fragilizaram o já precário funcionamento do SUS, do SUAS (Sistema Nacional de Assistência Social) e a Previdência. E são essas políticas de Seguridade Social que foram mais requisitadas nas ações emergenciais e preventivas da pandemia de covid 19 não sendo capaz de prover, inclusive, as “[...] condições materiais, técnicas, de segurança e proteção social da vida, indispensáveis para a realização do trabalho social na linha de frente do atendimento à população nos territórios das cidades” (Yazbek; Raichelis; Sant'ana, pág. 208, 2020).

O governo Bolsonaro contribuiu ainda mais para o ataque aos direitos da classe trabalhadora e para o desfinanciamento das políticas públicas, que já vem sendo intensificado desde o governo de Fernando Henrique Cardoso. Acentuam-se as principais características do neoliberalismo vigente como a privatização, o desfinanciamento das políticas e a terceirização. O trabalho precário e flexível

aumentou na pandemia juntamente com o crescimento no número de desempregados e de pessoas no trabalho informal.

Assim, concorda-se com Matos (2017) quando afirma que o debate sobre o trabalho do assistente social na área da saúde deve ser aprofundado junto aos demais profissionais, levando em consideração não apenas as características da nossa intervenção, mas também resgatando o conceito ampliado de saúde⁵⁴ levando e considerando a conjuntura e suas particularidades. Ao se considerar esse conceito, percebe-se que a saúde não se limita aos serviços prestados nas unidades de saúde em um determinado local geográfico (Matos, 2017, p. 68-69).

Desta forma, é necessário que a categoria avance em seus processos de trabalho e na perspectiva de humanização defendida pelo Projeto Ético-Político além do reconhecimento dos caminhos teórico-metodológicos pelo qual a profissão percorreu, também a necessidade de se ter clareza sobre o projeto profissional e das discussões na categoria para além dos muros das universidades para que não ocorram reproduções acríticas que são tendências em um cotidiano alienado, como nos hospitais. Deve-se buscar o compartilhamento das reflexões para toda a categoria, lembrando que o Projeto Ético-Político é um constante processo de construção necessitando que se afirmem suas bases na prática profissional e que prevaleça o entendimento por parte da categoria da unidade entre teoria e prática.

A compressão do assistente social como um profissional que está ligado diretamente à relação capital trabalho, podendo contribuir ou não para a reprodução da cultura das classes dominantes é determinante para a organização política da categoria e defesa do que está inscrito nos documentos que orientam o Serviço Social. Ter o entendimento da dimensão pedagógica dos assistentes sociais também é fundamental na construção e na articulação de estratégias de emancipação junto à classe trabalhadora.

⁵⁴ O conceito de saúde ampliada leva em consideração fatores para além da doença, sendo a saúde resultante das condições de alimentação, de habitação, de educação, de renda, do meio ambiente, do trabalho, do transporte, do emprego, do lazer, da liberdade, do acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde; tem relação com fatores socioeconômicos e com a qualidade de vida da população. Esse conceito está circunscrito na LOS.

3.3. Os Processos de Trabalho do Serviço Social e o Projeto Ético-Político: humanização e emancipação humana

Para realizar uma análise dos processos de trabalho no Serviço Social e dos elementos que o constituem, é fundamental estabelecer uma conexão com as discussões relacionadas ao referencial teórico que fundamenta a categoria e orienta os instrumentos legais que servem como base para a formação e prática profissional. Esses instrumentos legais, como o Código de Ética Profissional de 1993, a Lei de Regulamentação Profissional e as Diretrizes Curriculares aprovadas pela ABEPSS em 1996, são elementos que sustentam o Projeto Ético-Político Profissional.

Na articulação entre as dimensões teórico-metodológica, técnica-operativa e ético-política, os assistentes sociais, em suas ações, devem se alinhar ao que propõe a direção do seu projeto profissional que supõe a defesa por um projeto societário diferente vigente, apontando em direção da construção de uma sociedade livre, emancipada e humanizada, diferentemente do que defende o capitalismo. A perspectiva teórica marxista presente no projeto também se reflete na abordagem sobre a inserção do assistente social na divisão social e técnica do trabalho, entendendo-o como uma especialização do trabalho coletivo.

De forma geral, no cotidiano de seu trabalho a/o assistente social trata de situações atravessadas por determinações de classes, pois mais singulares e específicas que as demandas pareçam. Os profissionais são constantemente desafiados ao lidar com a “[...] vida dos sujeitos singulares que atendem as dimensões particulares e universais aí presentes, condição para transitar necessidades sociais da esfera privada para a luta por direitos na cena pública [...]” (Iamamoto, 2019, p.51).

De acordo com Iamamoto (2019), as intervenções profissionais exigem competência teórico-metodológica para compreender a realidade e identificar as conexões entre o particular e o coletivo. Isso envolve também a incorporação da pesquisa e do conhecimento sobre o modo de vida, trabalho e expressões culturais dos sujeitos sociais, além de demandar sensibilidade e vontade política para impulsionar a ação. Assim, é essencial ter consciência da unidade entre teoria e prática.

As ações do Serviço Social no Brasil se colocam na contramão da individualização ante os dilemas vivenciados na coletividade, perseverando a sua

capacidade de indignação ante as desigualdades e injustiças sociais com a esperança de tempos mais humanos (Iamamoto, 2019). Para tanto:

[...] Afirma-se a busca permanente de aperfeiçoamento, a inquietação criadora e o compromisso com a qualidade dos serviços prestados, sintonizados com as necessidades dos sujeitos individuais e coletivos. Consolida-se nova imagem social da profissão relacionada aos direitos, voltada à participação qualificada dos sujeitos sociais em defesa de suas necessidades e direitos [...] (Iamamoto, 2019, p.51).

Para Yolanda Guerra (1999) há insuficiências e ausências na abordagem sistemática de questões relacionadas à intervenção profissional do assistente social. Segundo a autora para dar materialidade ao fazer profissional, os profissionais se utilizam de um arsenal de conhecimentos, informações, técnicas e habilidades que nem sempre são perceptíveis aos sujeitos. O fazer profissional é modificado ao longo da história da profissão e está intrinsecamente interligado à polarização entre capital e trabalho, em um “processo complexo e contraditório, gestado no confronto das classes sociais que a intervenção profissional polariza” (Guerra, 1999, p. 22). Assim, com a aproximação do Serviço Social de teorias macroscópicas, como o marxismo, é apontada como causa da defasagem entre a dimensão teórico-metodológica e a intervenção profissional:

[...] Com a aproximação dos profissionais às teorias macroscópicas, especialmente de tradição marxista, as preocupações transcenderam o universo da prática profissional e firmaram-se sobre a estrutura, a conjuntura e os contextos nos quais a intervenção se realizava. Esta *alteração no eixo de análise sobre a prática profissional* foi, e continua sendo acusada de provocar, para alguns, uma lacuna, para outros, a dicotomia, ou, ainda, uma defasagem entre as elaborações teórico-metodológicas e a intervenção profissional [...] (Guerra, 1999, p. 23).

Outra crítica recai no equívoco da “[...] identificação entre prática profissional e militância político-partidária” (GUERRA, 1999, p. 23). Neste ponto deve-se ter cautela para não cair na armadilha do militância. Deve-se buscar ter uma articulação com os movimentos sociais e com os partidos, porém, o foco da crítica feita pela profissão está para além deles, está no questionamento da socialização do modo de produção capitalista e de suas consequências em uma sociedade em que predomina a desigualdade e o lucro.

A/O assistente social pode vir a contribuir nas articulações e organizações da classe trabalhadora fomentando a crítica à socialização capitalista, resguardando as

particularidades das demandas, porém defendendo o ponto de vista de que elas fazem parte da questão social e da relação capital e trabalho.

Segundo Guerra (1999), existem diversas críticas relacionadas ao Movimento de Reconceituação, destacando-se duas posturas relevantes. A primeira postura é marcada por certo saudosismo, que vê nos modelos de ação do passado a possibilidade de homogeneização da prática profissional⁵⁵. A segunda postura considera o passado como um retrocesso que não contribui para as ações atuais, pois é visto como comprometido ideologicamente com o ponto de vista das classes dominantes devido ao histórico da profissão e sua institucionalização.

Isso pode ser notado nas entrevistas realizadas com as assistentes sociais no Hospital Universitário da UFMA, na unidade Materno Infantil. Há um questionamento sobre se deveria haver uma revisão devido a dicotomia entre teoria e prática, ou que os instrumentais e as ações profissionais não são colocadas e estudadas durante o processo de formação profissional acadêmica dos profissionais.

O que pode ser percebido é que existe certo desconforto ao se tratar da prática profissional e o aspecto teórico metodológico. Ainda remanesce, de certa forma, um afastamento entre estes dois aspectos da profissão o que pode gerar até leituras diferenciadas do significado sócio histórico do Serviço Social. Ainda remanesce também o afastamento entre os profissionais da academia e os trabalhadores que estão nas instituições⁵⁶.

No que se refere ao reconhecimento da teoria, Guerra (1999) destaca a existência de três tendências no interior da profissão. Para alguns profissionais, as teorias são vistas como construções abstratas que ocupam uma posição secundária em relação à prática, sendo seu papel fornecer indicativos sobre os instrumentos operativos a serem utilizados em determinada situação. Há também aqueles que defendem a ideia de que as construções teóricas são determinantes da prática, desta forma “[...] a opção do profissional por uma teoria passa a se constituir na sua “camisa-de-força” [...] dela exigindo respostas e instrumentos capazes de colocar a “teoria em ação” [...]” (Guerra, 1999, p.25).

⁵⁵ Segundo a autora, este saudosismo com o passado é a manifestação mais evidente do conservadorismo presente na profissão.

⁵⁶ Foi citada por alguns profissionais durante a entrevista a necessidade de uma maior interlocução entre academia e as instituições. Além disso, esta maior interação seria benéfica rumo ao processo de construção do Projeto Ético-Político e ajustamento de algumas dúvidas destas profissionais por meio de debates de questões pertinentes aos processos de trabalho dos assistentes sociais, sua instrumentalidade e o significado da profissão.

Já a terceira tendência reconhece as teorias como “processos de reconstrução da realidade” (Guerra, 1999, p.25) e que estas estão vinculadas a projetos societários, a visões de homem e mundo em que o profissional obrigatoriamente deve tomar uma posição além da escolha de determinados métodos de conhecimento e de análise da sociedade.

Todas estas perspectivas abordadas possuem em comum a preocupação do lugar que a teoria possui em meio ao trabalho dos/das profissionais, até onde pode contribuir para dar subsídios aos processos de trabalho das/dos assistentes sociais. Esta discussão volta à tona a partir dos anos de 1980 na perspectiva de ruptura com o conservadorismo no interior da categoria focando-se na busca de atribuir uma nova qualidade à intervenção profissional.

[...] Trata-se - e isto se constitui em consenso relutante do amadurecimento teórico da categoria profissional - de atribuir uma nova qualidade à intervenção; de recuperar o crédito historicamente depositado na profissão, tanto pelos usuários dos seus serviços quanto pelo segmento da classe que a contrata; de reconhecer a natureza das demandas, os modos de vida dos usuários, suas estratégias de sobrevivência, enfim, de deter uma competência técnica e intelectual e manter o compromisso político com a classe trabalhadora (Guerra, 1999, p.27).

Além das questões mencionadas, é necessário considerar o ambiente em que os assistentes sociais trabalham, com todas as suas problemáticas, como a burocratização, problemas orçamentários e fragmentação nos atendimentos, que contribuem para as limitações da ação profissional. Somam-se a essas particularidades as dificuldades decorrentes do modelo societário vigente e sua organização nas instituições⁵⁷. Porém, concorda-se com Guerra (1999) quando afirma que em meio a estas dificuldades deve-se buscar “[...] atuar em direção do estabelecimento das condições materiais necessárias a uma intervenção profissional que supere a prática burocratizada, imediatista, reformista [...]” e desta forma, há a “[...] necessidade de reconhecer as estratégias e táticas políticas de ação secundariza a preocupação com o instrumental técnico” (Guerra, 1999, p.29).

Outro ponto essencial a ser esclarecido quando se fala sobre a concretização das ações profissionais é o que Guerra denomina de Instrumentalidade do Serviço Social. Assim, a maioria das problemáticas apontadas pelos assistentes sociais:

⁵⁷ Estes elementos puderam ser visualizados durante as entrevistas e foram detalhados no capítulo 4.

[...] como provocados pela ausência de sistematização do instrumental técnico não se localiza nele. Há algo que precede a discussão de instrumentos e técnicas para a ação profissional, que no nosso entendimento refere-se à sua *instrumentalidade*, ou melhor, à dimensão que o componente instrumental ocupa na constituição da profissão. Para além das definições operacionais (o que faz, como faz), necessitamos compreender “para que” (para quem, onde e quando fazer) e analisar quais as consequências que no nível “mediato” as nossas ações profissionais produzem (Guerra, 1999, p.30).

Segundo Guerra (1999), a instrumentalidade do Serviço Social é construída no cotidiano, nas ações no dia a dia dos profissionais. Porém, para analisá-la de forma mais aprofundada deve-se compreender melhor o que seria essa instrumentalidade e todas as contradições que a permeiam. As ações instrumentais se configuram como exigências da inserção do Serviço Social na divisão social e técnica do trabalho além da alocação nos espaços socioinstitucionais da ordem capitalista em que essas ações são amparadas por uma razão e requisitadas pela mesma⁵⁸.

No cotidiano de trabalho do Serviço Social, são recebidas diferentes demandas das classes sociais, as quais colocam e reposicionam objetos para o Serviço Social. Esses objetos são históricos e estão "inscritos nas condições sociais das classes trabalhadoras" (Guerra, 1999, p.199). No entanto, é importante ressaltar, concordando com o que a autora afirma, que essas demandas e o trabalho do assistente social não estão dissociados das bases materiais e suas contradições inerentes ao capitalismo, que também influenciam a subjetividade dos trabalhadores.

Assim, deve-se ter o entendimento que o Serviço Social em seus processos de trabalho tem relação direta com a produção e a reprodução das relações sociais vigentes que envolvem o embate entre classes sociais, poder e hegemonia. Assim, entender a profissão requer o entendimento da complexidade que a envolve, abordando-se fatores políticos, éticos, econômicos e sociais. Reduzir o trabalho do assistente social em suas tarefas mais imediatas focando-se na “produção” sem que se leve em consideração a realidade em sua essência no âmbito dos processos de produção da mais valia e do valor na sociedade capitalista leva ao entendimento

⁵⁸ Guerra (1999) cita as chamadas determinações fundamentais da racionalidade do capitalismo monopólico que envolve a dinâmica que engendra a institucionalização da profissão, as demandas e as mediações que são postas para os assistentes sociais no processo de desenvolvimento das forças produtivas envolvendo a articulação entre as formas de existência e consciência dos homens na ordem burguesa atualmente consolidada e as racionalidades que mobilizam o Serviço Social. São várias as racionalidades presentes no Serviço Social, com vários níveis e graus de abrangência o que também tem relação direta com a conjuntura vivenciada pela profissão, sendo a racionalidade da ordem burguesa mais presente atualmente, uma racionalidade formal conhecida por ser repetitiva, pragmática e imediatista.

espectral da profissão. Desta forma, é necessário pensar a função pedagógica do Serviço Social na sociedade brasileira e suas particularidades:

[...] considerando suas determinações históricas, isto é, as condições de sua constituição e desenvolvimento no processo de recomposição das bases político-culturais das relações de hegemonia. Um pressuposto básico é que as distintas perspectivas societárias colocadas pelas classes sociais imprimem orientações diferenciadas quanto à organização\reorganização da cultura (Abreu, 2002, p.31).

Nas relações de hegemonia que se pode desvendar ainda mais os aspectos fundamentais do trabalho do assistente social. Na perspectiva gramsciana, o entendimento de classe para si é construído por meio da luta de hegemonias necessariamente opostas, assim se constrói uma consciência política e crítica de si mesmo. Para Gramsci (2001), “[...] Toda relação de ‘hegemonia’ é necessariamente pedagógica [...]” (CC 10, §44, 2001). A função pedagógica, segundo Abreu (2018), pode ser entendida como um elemento constitutivo dos processos contraditórios de formação ou de reforma da ordem intelectual e moral adequada a um padrão de produção e trabalho estando vinculado à necessidade de formação de um tipo de conformismo social, sustentáculo da cultura, *civiltá*, modo de vida.

O conformismo mecanicista pode ser considerado como um princípio educativo fundante do assistente social face aos processos de racionalização da assistência social integrada ao sistema de controle social capitalista sobre o trabalho (ABREU, 2002). A função pedagógica pode incidir na profissão por dois meios: o primeiro está ligado ao conformismo social onde o profissional irá pactuar para a hegemonia da cultura dominante; ou por meio dessa dimensão tão importante pode colaborar na formação de uma cultura que se articule às classes subalternas – uma nova cultura baseada em um conformismo que não seja esvaziado de humanidade, rumo a construção de uma cultura superior, buscando constituir uma pedagogia da emancipação.

Tomando como referência o pensamento gramsciano para pensar o Serviço Social e a sua função pedagógica em relação com a cultura dominante, pode-se perceber como esses elementos estão estreitamente interligados à questão da disputa de hegemonias. De acordo com Abreu (2002), o intelectual profissional assistente social nem sempre irá desempenhar função intelectual na dinâmica das relações sociais.

A função intelectual em Gramsci encontra-se contida não no que é intrínseco a essas atividades, mas no conjunto do sistema das reações no qual se encontram os indivíduos que as personificam, isto é, na função social da categoria profissional dos intelectuais na organização da cultura, mediante o exercício das funções subalternas da hegemonia social e do governo político, ou seja, nas funções de coerção e consenso (direção e domínio) (Abreu, 2002, p.52).

Esse debate se faz necessário para desmistificar a maneira como a relação Serviço Social e a ideologia é disseminada pela cultura dominante, forjada a partir dos interesses capitalistas, que fazem com que todos os processos político pedagógicos funcionem a seu favor na formação da sua cultura e perpetuação de sua reprodução. Porém, é necessário ressaltar que, ao falar de formação de cultura, não se descarta a necessidade ou possibilidade da formação de uma nova cultura que compactue com uma visão emancipada e emancipadora construída a partir da vontade coletiva⁵⁹ das classes subalternas (Cardoso; Lopes, 2002).

Sob esta ótica, a função pedagógica do assistente social é apreendida [...] em diferentes modalidades de objetificação através de estratégias de articulação entre interesses econômicos, políticos e ideológicos de classes, mediante a qual esta profissão inscreve-se nos processos de formação na maneira de pensar e agir própria de um determinado modo ou sistema de vida, em que a formação de subjetividades e normas de conduta são elementos moleculares (Cardoso; Lopes, 2002, p.14).

Concorda-se com Abreu quando afirma que “[...] a prática do assistente social insere-se no campo das atividades que incidem sobre a organização da cultura, constituindo-se elemento integrante da dimensão político-ideológica das relações de hegemonia” (Abreu, 2002, p.17-18). Isto pode ser observado ao longo do capítulo em que foram expostos pontos essenciais para a compreensão do Serviço Social e o seu papel em meio às relações sociais levando em consideração todas as complexidades, indo para além do mais imediato sobre o trabalho deste profissional, sendo que o mesmo:

[...] participa, predominantemente, dos processos de constituição da cultura dominante, contribuindo para o estabelecimento das mediações entre necessidades sociais e o controle social sobre as classes subalternas pelo capital, como forma de neutralização da luta pela emancipação humana (econômica, política e social), missão histórica das referidas classes (Abreu, 2002, p. 34).

⁵⁹ A expressão “vontade coletiva” pode ser caracterizada como resultante de um processo de reforma intelectual e moral desenvolvido pelas classes subalternas (Abreu, 2002).

Essa neutralização ocorre por meio de mecanismos de controle social necessários para manter o sistema capitalista em pleno funcionamento. Sendo o controle social considerado como um sistema coordenado para obter a satisfação de necessidades sociais. A partir de certa racionalidade, a política de humanização e a ideologia da humanização presente na mesma pode ser entendida, nessa perspectiva, como ferramenta integrante dessa racionalidade geradora de uma conformidade sobre a saúde pública e seus problemas, pois, como já citado anteriormente, não questiona as raízes das dificuldades no SUS, empregando um discurso baseado em elementos superficiais que nada colaboram para mudanças efetivas no setor.

Parafraseando Santos (2010), sabe-se que a continuidade do sistema capitalista necessita da sua reprodução ideológica, o que se faz por meio de mecanismos eficientes de moralização, tendo em vista a manutenção desse poder vigente.

[...] Passar da teoria à prática requer uma transformação concomitante do homem e das circunstâncias, o que pode se dar pela aquisição de valores no processo de relações humanas, lugar da sociabilidade humana. Daí a importância da consciência de uma posição ético-política na prática profissional (Santos, 2010, p. 78).

A autora afirma, ainda, que é imprescindível que o profissional, no processo de escolha por um referencial teórico norteador, contraste-o com seus valores morais e éticos, bem como com sua cultura. Somente dessa maneira é possível visualizar as contradições existentes nessa relação.

Assim, o alinhamento e o entendimento sobre o Projeto Ético-Político são imprescindíveis, tendo em vista a sua totalidade, todos os seus elementos constituintes que incluem o combate a qualquer tipo de discriminação, a favor da justiça social, a liberdade e emancipação humana.

Como abordado anteriormente, o entendimento do que seria a humanização, baseado no pensamento de Lukács, prevê que, por meio do trabalho, o ser humano se autoconstrói, se humaniza, constituindo-se como um novo ser: o humano-genérico. Segundo o autor, a liberdade está ligada à ação laboral, na qual o ser humano age em resposta a uma determinada finalidade e ao processo de escolha.

[...] ao escolher, o homem está exercendo a sua liberdade, entendida não como algo no campo de ideal, do humanamente inalcançável e sim como uma possibilidade concreta e historicamente dada. Assim, o exercício da liberdade

deve ser compreendido como a escolha entre alternativas concretas (Matos, 2017, p.78).

A liberdade se coloca como o valor ético central e deve sempre estar articulada ao trabalho dos assistentes sociais. A emancipação humana está ligada a essa perspectiva de liberdade, que envolve permitir que os seres humanos se desenvolvam em suas potencialidades, exerçam suas ideias livremente e superem o atual modelo societário vigente.

Matos (2017) faz uma análise do significado de cada palavra do termo Projeto Ético-Político, que nos ajuda na análise do seu conteúdo e propósito. O termo Projeto faz alusão à intencionalidade que é característica do ser humano, o pensamento teleológico. “[...] Ao projetar a ação, o homem está realizando escolhas, e esse ato traz à tona seus valores. Pois nenhuma ação é neutra [...]” (Matos, 2017, p.96).

Já o termo Ético faz alusão à ética, que lida com os valores que são internalizados pelos sujeitos e transformados em ações concretas ou em omissões. “[...] a ética não é uma escolha abstrata sobre um modo idealizado de se conceber o mundo e o homem [...] é composta por valores que norteiam a concepção de homem e mundo, *mas que se materializam no cotidiano*” (Matos, 2017, p.96-grifos do autor).

O termo Político possui estreita ligação com a Ética “[...] já que tem materialidade e, por isso, o homem opta na ação, consciente ou não, por um ou outro aspecto da vida social.” (Matos, 2017, p.96). Ele reforça, segundo Matos (2017), a ideia de que nenhum projeto de profissão é neutro

A percepção da humanização, nos processos de trabalho do assistente social, reduzida à empatia, à pena, ao cuidado e compaixão não desvelam os aspectos desumanizantes presentes no capitalismo, levando ao obscurecimento da ideia de humanização alinhado ao Projeto Ético-Político e ao Projeto societário defendido pelo Serviço Social⁶⁰: a possibilidade de os trabalhadores usufruírem do que é produzido coletivamente dos quais são negados constantemente. Deve-se ter em vista, como bem cita Vasconcelos (2007), que o elogio à diferença nem sempre reconhece esse diferente como um igual, o que acaba inspirando a compaixão, a ajuda.

⁶⁰ É importante ressaltar que há disputas de projetos de sociedade pela categoria. Inclusive projetos de viés conservador e de fundo fundamentalista que tem avançado nas últimas décadas. Tais projetos encontram “solo fértil” com a ampliação de cursos privados, aligeirados, à distância e, em geral, estão afinados com a reprodução da ideologia neoliberal.

[...] Assim, mais do que a assumida subalternidade histórica dos assistentes sociais e o elogio a essa diferença – o que leva à “vontade de ajudar” - , é a crença de que na organização social capitalista é **possível e suficiente humanizar as relações sociais** que permite à maioria dos assistentes sociais acreditar que estão “trabalhando na defesa dos interesses dos usuários” sem consciência de que suas ações, frequentemente, impedem que os mesmos lutem por seus interesses e necessidades e usufruam os recursos públicos como direito social. Contribuir para a transformação de um direito legal em direito real, na busca da radicalização da democracia, exige trabalho pensado, consciente e não compaixão, ajuda, o que não significa negar e não se preparar para lidar e enfrentar a dor, o sofrimento, diferentes perdas e necessidades imediatas (Vasconcelos, 2007, p.31- grifos da autora).

A mudança nesse cenário só seria possível com a superação do atual modelo social, econômico e político vigente que preconiza a desigualdade social e a concentração de renda nas mãos dos capitalistas. Enxergar para além dessa realidade posta e fazer que outros visualizem é um trabalho pedagógico do qual o assistente social pode vir a contribuir em meio aos seus processos de trabalho. A desconstrução e reconstrução de concepções de mundo por meio de uma pedagogia emancipadora se faz muito necessário para que se atinja uma verdadeira humanização e consciência crítica e coletiva da superação do atual estado das coisas rumo a construção de uma cultura que seja construída juntamente às classes subalternas.

4 A HUMANIZAÇÃO NO COTIDIANO DA AÇÃO PROFISSIONAL DOS/DAS ASSISTENTES SOCIAIS NO HUUFMA: desafios e perspectivas para o Projeto Ético Político do Serviço Social

O Hospital Universitário da UFMA (HUUFMA), pertencente ao antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, é composto por duas Unidades: Unidade Presidente Dutra (criada em 1952) e a Unidade Materno Infantil (criada em 1985).

A Resolução de nº 02/91-CA, de 28 de janeiro de 1991, marcou o processo de cessão, pelo Ministério da Saúde, de ambas as Unidades Hospitalares dando um importante passo para a instituição definitiva de um hospital universitário para a UFMA.

O HUUFMA é uma instituição de referência em várias especialidades como, por exemplo, a cirurgia cardiovascular, a traumato-ortopedia, a neurocirurgia e a cirurgia bariátrica. Atua principalmente na alta e média complexidade sendo o único hospital federal existente no Maranhão.

Por se tratar de um Hospital Universitário busca a indissociabilidade entre ensino, *pesquisa e extensão*, sendo um lugar de especializações e também campo de estágio para diversas áreas promovendo a educação continuada, se caracterizando como um local de aprimoramento e formação de recursos humanos e também de desenvolvimento de tecnologias para a área da saúde. São vários os profissionais que atuam no HUUFMA e dentre eles o Serviço Social, profissional foco da pesquisa realizada no presente trabalho.

O Serviço Social se faz presente no Hospital Universitário da UFMA aproximadamente desde sua constituição atuando no âmbito da Previdência Social. Após o Movimento de Reconceituação vivenciado na profissão ocorrera a necessidade da categoria se organizar em prol do direcionamento teórico-metodológico no campo da saúde surgindo, assim, a Supervisão de Serviço Social que visava o acompanhamento da execução das ações profissionais e um contínuo reforço teórico-prático (Projeto da Supervisão em Serviço Social no Hospital Universitário Materno Infantil, 1995).

Atualmente, o HUUFMA é gerido pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), instituída pela Lei nº 12.550 de 15 de dezembro de 2011. Trata-se de uma empresa pública de natureza privada e se caracteriza como um dos

novos modelos de gestão no SUS que visa a privatização, terceirização e desfinanciamento da saúde pública nos moldes neoliberais.

A Política Nacional de Humanização (PNH) se faz presente na instituição desde seu surgimento, às vezes de maneira mais assídua e às vezes ganhando mais notoriedade. Nos últimos anos esteve em mais destaque após a instauração do Grupo de Trabalho de Humanização, do qual vários profissionais fazem parte, incluído uma assistente social.

A política estudada contribuiu para importantes discussões na saúde como a questão da violência, da hierarquização, da comunicação, do abuso de poder. Porém, a PNH, assim como outras Políticas Públicas, possui em si o reflexo de uma contradição maior trazendo no corpo de seus documentos um alinhamento com o projeto neoliberal.

Visando investigar como os assistentes sociais, cujo Projeto Ético-Político está alinhado ao Projeto de Reforma Sanitária, entendem a Política Nacional de Humanização (PNH), apresentamos neste capítulo as questões abordadas pelas profissionais do HUUFMA e seu entendimento sobre a política.

4.1 O Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão: breve histórico da instituição e a implantação da EBSEH

O HUUFMA, único hospital federal existente no Estado do Maranhão, insere-se no sistema público de saúde. Realiza procedimentos de alta e média complexidade nas seguintes especialidades: cirurgia cardiovascular, traumatologia-ortopedia, neurocirurgia, cirurgia bariátrica, cirurgia oncológica, nefrologia, dermatologia, endocrinologia, hematologia, infectologia, oftalmologia e atendimento materno infantil à gestação de alto risco (EBSEH, 2022, p.2).

A Resolução de nº 02/91-CA, de 28 de janeiro de 1991⁶¹, marcou de vez o processo de cessão, pelo Ministério da Saúde, das Unidades Hospitalares Presidente Dutra (que surgiu no ano de 1952) e Materno Infantil (que surgiu em 1985) que antes integravam o INAMPS, o extinto Instituto Nacional de Assistência Médica da

⁶¹ De acordo com o Plano Diretor Estratégico (PDE\HUUFMA) de 2013 a 2014, em 17 de janeiro de 1991 o Ministro da Saúde, que até então era o Alcení Guerra, assinou o Termo de Cessão e Uso de ambos os hospitais do INAMPS dando um passo decisivo para a instituição definitiva de um hospital universitário para a UFMA.

Previdência Social. Essa cessão tinha como objetivo fazer com que o hospital prestasse assistência médica hospitalar terciária servindo de unidade de referência ao Sistema Único de Saúde (SUS) no estado do Maranhão.

Além disso, ele passa a ser campo de ensino e pesquisa, se caracterizando como um local de aprimoramento e formação de recursos humanos e de desenvolvimento de tecnologias para a área da saúde. A gestão do HUUFMA passou a ter uma natureza partilhada entre o município de São Luís e a Universidade Federal do Maranhão.

[...] É certificado como hospital de ensino pelo Ministério da Educação (MEC) e Ministério da Saúde (MS), de acordo com a Portaria Interministerial MEC/MS nº 1000 de 15 de abril de 2004. Classifica-se como nível terciário, com 100% de sua oferta de serviços para o Sistema Único de Saúde (SUS) local e regional, sendo referência estadual para procedimentos de alta complexidade. Desenvolve, ainda, procedimentos de média complexidade e alguns programas estratégicos de atenção básica, integrados ao SUS. É um centro de ensino e pesquisa, para a formação de profissionais da área de saúde e outras áreas correlatas [...] (Universidade Federal do Maranhão, 2014, p. 13).

O crescimento da demanda a ser atendida no hospital teve como consequência a necessidade de aumentar os recursos humanos no mesmo. Para dar o devido apoio foi criada a Fundação Josué Montello, em 11 de setembro de 1996. Após alguns anos há a adesão do hospital ao chamado Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF)⁶² que se iniciou em 2010 e teve como objetivo a recomposição do financiamento dos hospitais universitários federais, que atualmente é compartilhado entre as áreas da educação e da saúde. A adesão ao REHUF mais tarde se materializou na contratação da Empresa Brasileira de Serviços

⁶² “A receita (Ação de Governo 8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade) proveniente da prestação dos serviços de atenção à saúde contratualizada com o gestor local do SUS (Prefeitura de São Luís), foi suficiente para cobertura de, aproximadamente, 59% das despesas e custos operacionais do HU-UFMA. Assim, houve a necessidade de complementação orçamentária por outras origens. O orçamento proveniente do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF) vem sendo o principal suporte do HU-UFMA, quanto ao crédito necessário para manutenção das despesas correntes da instituição, representando, em média, no período 2019-2021, 26% do orçamento recebido para custeio. Em 2021, diante, ainda, do cenário de pandemia causada pelo novo coronavírus, o HU-UFMA recebeu orçamento para custeio das ações de enfrentamento ao Covid-19, na ordem de 14,4 milhões” (Universidade Federal do Maranhão, 2021, 46).

Hospitales (EBSERH) atualmente responsável pela coordenação do programa e da administração dos hospitais universitários⁶³⁶⁴.

No âmbito do HUUFMA, as ações do REHUF tiveram início em 2010. [...] sem, contudo, trazer uma solução definitiva para a grave crise de déficit de recursos humanos existente, não obstante as várias solicitações ao MEC, para recompor a força de trabalho do HUUFMA Universidade Federal do Maranhão, 2014, p.18).

A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares foi criada por meio da Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011 se caracterizando como uma empresa pública de natureza privada vinculada ao Ministério da Educação (MEC). O projeto detrás do surgimento da EBSERH deve ser levado em consideração nas análises do presente trabalho como já citado brevemente no capítulo 2, trazendo a essência do significado do seu surgimento e de sua implantação. Pode-se perceber o impasse entre os interesses da empresa e a comunidade universitária, um exemplo claro está nos aspectos relacionados à autonomia universitária que se vê ameaçada com implantação da empresa.

A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares é criada a partir da Lei Nº 12.550 de 15 de dezembro de 2011, é uma instituição de direito privado autorizada a exercer atividade estatal que não seja exclusiva do Estado como a saúde a educação e a ciência e tecnologia, conforme o Plano Diretor. Vê-se assim [...] as poderosas articulações e os complexos nexos entre a EBSERH e os interesses do grande capital. Esta iniciativa conforma e oferece viabilidade a contrarreforma do Estado Brasileiro (Cardoso, 2014, p.43).

Nas últimas décadas o SUS tem vivenciado intensos ataques com a tentativa de avanço do projeto privatista na saúde impondo uma contrarreforma⁶⁵ no setor por

⁶³ Existem alguns Hospitais Universitários que não são gestados pela EBSERH. Há o Hospital de Clínicas de Porto Alegre da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (HCPA/UFRGS) que não faz parte por já ser uma empresa pública (inclusive seu modelo de gestão serviu de referência para a criação da EBSERH). Outro hospital que não é gestado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares é o Hospital Universitário da Universidade Federal de São Paulo (HU/Unifesp), sendo sua gestão feita por um conselho de representantes de várias entidades (Unifesp, Escola Paulista de Medicina, Escola Paulista de Enfermagem e SPDM). Sobre o Complexo Hospitalar e da Saúde da UFRJ (CHS) que conta com nove unidades, ocorreu muita resistência à implantação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares inclusive com um movimento organizado dentro da instituição intitulado “Movimento Barrar a EBSERH na UFRJ”. Porém, a proposta de gestão por parte da empresa voltou a ser discutida após ser rejeitada em 2013 e no ano 2021 foi aprovada a adesão do UFRJ à EBSERH.

⁶⁴ O HUUFMA é referência em saúde pública, mas também se torna setor privado desde a implantação da EBSERH.

⁶⁵ O modelo da contrarreforma iniciada no Estado Brasileiro no governo de Fernando Henrique Cardoso que culminou no Plano Diretor da Reforma do Estado feita em 1995, mostrando bem o caráter de

meio de alterações com a proposta de novos modelos de gestão. Desta forma, “[...] O plano de reforma de Estado apresenta a substituição da administração direta por entidades de direito privado como a melhor gestão para os recursos financeiros e humanos da saúde pública [...]” (Gomes, 2014, p. 25). No Relatório de Gestão do HUUFMA, de 2014, foi explanado um pouco do processo de adesão do hospital à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) ⁶⁶:

Recentemente, com o objetivo de superar a fragilidade administrativa e institucional e a vulnerabilidade jurídica das fundações de apoio das universidades, no que tange à contratação da força de trabalho, o governo federal criou a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), à qual as Instituições Federais de Nível Superior deveriam aderir mediante contrato. A EBSERH é uma empresa pública vinculada ao MEC, criada pela Lei Federal 12.550, de 15 de dezembro de 2011, e cujos objetivos são: prestação de serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar-ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, assim como a prestação às instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres de serviços de apoio ao ensino à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública observada nos termos do artigo 207 da Constituição Federal, a autonomia universitária. Em 17 de janeiro de 2013, a UFMA assinou o contrato de adesão à EBSERH. Por ser uma empresa pública, o HUUFMA mantém 100% da prestação de serviços à saúde da população no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e funcionará com recursos 100% públicos Universidade Federal do Maranhão, 2014, p.21).

Entende-se que a adesão à EBSERH teve como discurso a possibilidade da melhora da qualidade dos atendimentos no hospital, com a melhoria de seu funcionamento e superação de suas fragilidades administrativa e institucional. O processo de negociação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares com a UFMA não se deu sem que houvesse resistência por parte de alguns estudantes, técnicos e professores da instituição, buscando problematizar as consequências dessa adesão e sobre os significados por trás do surgimento da EBSERH ⁶⁷.

Além disso, todo o processo de aprovação da EBSERH pelo HUUFMA foi feito sem discussão com os segmentos da Universidade. Não ocorreram debates com a

reforma que estava sendo proposta com a flexibilização, mercantilização, terceirização e desfinanciamento das políticas sociais.

⁶⁶ Em 17 de janeiro de 2013 foi feita a assinatura do contrato da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Universidade Federal do Maranhão, 2014).

⁶⁷ “[...] a maioria dos profissionais e usuários argumenta que o regime público é imprescindível para a garantia da qualidade e do acesso à prestação de serviços. Desse modo, essa polêmica envolvendo as mudanças no modelo de gestão do SUS não se restringiu às universidades ou ao governo. Ao contrário, tornou-se principal motivador da formação de diversos movimentos sociais que se opuseram nos conselhos e nas conferências municipais, estaduais e nacionais de saúde às propostas que consideraram violadoras do direito à saúde” (Gomes, 2014 p. 25).

comunidade universitária e com os trabalhadores que possibilitassem a sua participação no processo de decisão, de análise das consequências da implantação de uma empresa desta natureza no HU. Correia (2014) destaca que o processo de adesão à EBSEH tem revelado o quanto as Universidades ainda tem sido um espaço antidemocrático: “[...] O autoritarismo e a forma truculenta de aprovação de adesão e/ou do contrato com a empresa revela este lado das Universidades [...]” (Correia, 2014, p.49).

Houve pressão na adesão à empresa fazendo com que os hospitais universitários se vissem sufocados por falta de recursos humanos (pois não se abrem concursos públicos para estas instituições), equipamentos e estrutura colocando a adesão à EBSEH como única solução viável para a melhoria de qualidade nos Hospitais Universitários ⁶⁸. O processo de decisão “[...] sequer passou pelo conselho universitário, a adesão deu-se de forma autocrática pelos reitores: UFMA, UFAL, UFTM, UFES, UFS e UNIVASF [...]” (Correia, 2014, p.50).

Segundo a Frente Nacional contra a Privatização do SUS ⁶⁹:

A história da adesão da Universidade Federal do Maranhão à EBSEH, determinada pelo Reitor Natalino Salgado Filho, é um exemplo do autoritarismo que se tem praticado. Em 21/03/2012, o Conselho de Administração do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (CONADM/HUUFMA) foi convocado para 23/03/2012, com a seguinte pauta: obras do HUUFMA, inclusão de pauta e outros assuntos. Esse Conselho tinha a maioria de seus membros em situação irregular e representantes dos departamentos com projetos de Ensino, Pesquisa e Extensão no HUUFMA, a exemplo de Serviço Social, Psicologia e Comunicação Social, não foram convocados. Na reunião, para surpresa de alguns participantes, estiveram presentes o reitor da UFMA e o procurador-chefe da União junto à universidade, a fim de convencerem os conselheiros que a EBSEH seria a “solução” para problemas apontados pelo Tribunal de Contas da União e o não fechamento do HUUFMA. (FNPS, 2014, p.10 – grifos do autor).

Ainda em 2012 ocorrera tentativa de defesa, no campo jurídico, contra a implantação da empresa alegando a inconstitucionalidade. O ANDES (Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior), a FASUBRA Sindical

⁶⁸ “O governo vem impondo a adesão das universidades à EBSEH, usando como principal argumento a não realização de concurso via RJU para substituição do pessoal terceirizado nos HUs, e vem impondo a EBSEH como única forma de resolver o problema de recursos humanos [...]” (Correia, 2014, p.48).

⁶⁹ A Frente Nacional contra a Privatização do SUS surgiu em 2010 visando a resistência contra os ataques sofridos pelo SUS e a defesa de um sistema de saúde público de qualidade. Ela é composta por diversos fóruns e entidades predispostos em diferentes estados.

(Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnico- Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil) e a FENASPS (Federação Nacional dos Sindicatos dos Trabalhadores em Saúde, Trabalho, Previdência e Assistência Social) juntamente com a Frente Nacional contra a Privatização do SUS elaboraram uma Representação à PGR (*Procuradoria-Geral da República*) questionando a constitucionalidade da lei 12.550 de 2011, que dá origem à EBSERH (Correia, 2014).

Em dezembro de 2011 ocorre a 14ª conferência Nacional de Saúde. Em seu relatório, na quinta diretriz nomeada de “*Gestão Pública para a Saúde Pública*”, vem tratando em seu sexto tópico o seguinte tema: “*Rejeitar a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), impedindo a terceirização dos hospitais universitários e de ensino federais*”. Estes elementos demonstram bem o posicionamento tomado pela conferência em defesa do SUS e da autonomia universitária combatendo também a terceirização dos HUs.

A Frente Nacional contra a Privatização do SUS produziu juntamente com várias instituições contrárias a implantação da EBSERH um documento intitulado “*Manifesto em defesa dos hospitais universitários como instituições de ensino pública-estatal, vinculadas às universidades, sob a administração direta do Estado: contra a implantação da empresa brasileira de serviços hospitalares nos hospitais universitários (HUs) do Brasil*”, de 2014.

O documento pontua os retrocessos trazidos pela empresa sendo sua implantação considerada uma afronta ao caráter público dos hospitais universitários, demonstrando a tentativa de consolidação do projeto privatista em curso; a ameaça à característica dos HUs como “hospitais escola” como instituição vinculada à universidade; o desrespeito à autonomia universitária inscrita na Constituição de 1988, em seu artigo 207; um sério risco à independência das pesquisas realizadas nos hospitais universitários; sendo considerada uma forma de flexibilizar os vínculos de trabalho e acabar com concursos públicos na instituição; além disso, visa prejudicar a população usuária dos serviços assistenciais prestados pelos HUs colocando em risco os bens públicos da União ao transferi-los a uma Empresa.

Esse documento aponta também o desrespeito à deliberação da 14ª Conferência Nacional de Saúde em que se apontou, em uma de suas moções de apoio, a defesa dos SUS como direito constitucional 100% estatal e de qualidade, se posicionando contra as alternativas de gestão que precarizaram o trabalho como as OS (Organizações Sociais), Organizações de Sociedade Civil de Interesse Público,

Parcerias Público-Privadas, Fundações Estatais de Direito Privado e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) (CNS, Ministério da Saúde, 2012).

Apesar de todos os esforços não se conseguiu barrar a implantação da EBSERH nos Hospitais Universitários, porém, não significa que ocorrera desmobilização quanto à defesa do SUS e combate aos modelos de gestão nocivos à saúde em seu caráter universal e público. O processo de privatização, terceirização e desresponsabilização do Estado é inerente aos significados da implantação da EBSERH, coerente com o projeto de desmonte do SUS e compactua com o projeto neoliberal que trata a saúde como uma mercadoria em contraponto com o que se encontra inscrito na Constituição Federal de 1988 e na Leis Orgânicas de Saúde.

O Hospital Universitário da UFMA dispõe de servidores com vínculos com a Empresa Brasileira de Serviço Hospitalares (EBSERH), com o antigo INAMPS e pertencentes ao Ministério da Saúde, além dos servidores cedidos pela UFMA, pela secretaria de Saúde do Estado. Também há a contratações de trabalhadores do âmbito terceirizado via Fundações como a Josué Montelo. “Com a EBSERH, põe-se fim ao Regime Jurídico Único (RJU), pois os vínculos de trabalho com a empresa são geridos pela CLT. Em vez de servidores públicos sob o regime estatutário, teremos apenas empregados públicos [...]” (FNPS, 2014, p.13).

Este fato tem colaborado para a desarticulação dos trabalhadores e a divisão da categoria por interesses particulares, tal como afirma Cutrim (2015). Esta situação também é propícia a situações em que os trabalhadores se veem colocados uns contra os outros, conforme identificado no trabalho de Cruz e Teixeira (2017), que analisa os impactos da implantação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) na saúde dos trabalhadores de um Hospital Universitário regido pelo Regime Jurídico Único (RJU). É relatado que “as novas relações de trabalho instituídas [...] foram construídas na negação do outro e se sustentam em relações de autoritarismo, intolerância e desconfiança, indiferença e intimidações, o que aumenta as exigências afetivas” (Cruz; Teixeira, 2017, p.4).

Se tratando do desenho da estrutura física do HUUFMA e dos seus recursos humanos:

[...] inclui duas unidades hospitalares, com 524 leitos, sendo 77 de cuidados intensivos e nove unidades ambulatoriais externas. [...] com cerca de 3.829 colaboradores entre empregados/servidores públicos e terceirizados. (EBSERH, 2022, p.2).

A política de humanização se faz presente no hospital desde 2003. Porém, sua implantação se deu de maneira tímida. O chamado Núcleo de Gestão da Qualidade atua no HUUFMA desde 2003, a partir de 2014 se torna responsável pelos Programas de Humanização no âmbito do HUUFMA, alinhados à Política Nacional de Humanização e ao Termo de Referência Calibrado de Humanização da EBSEH (Universidade Federal do Maranhão, 2014). Ainda pode ser percebida a vinculação entre a humanização e a qualidade dos serviços prestados no Relatório Gerencial dos HUFs dos anos de 2019 a 2022 (EBSEH, 2022). O Grupo de Trabalho de Humanização (GTH)⁷⁰ somente se concretizou durante a pandemia de covid19, estando ainda atrelado ao Núcleo de Gestão da Qualidade.

Além de ser um local para realizar especializações de formado *strictu sensu*, por meio das residências, também é um local de estágio de cursos como o Serviço Social, e todos os demais da área da saúde. Enquanto um “hospital escola”⁷¹:

O HU-UFMA busca promover uma qualificação profissional sólida, que fortaleça competências técnicas e habilidades e, dessa forma, contribuir na prestação de cuidado de excelência à saúde da sociedade. Esse esforço é institucionalmente reconhecido, pois, há mais de 15 anos, vem sendo certificado como Hospital de Ensino pelo Ministério da Educação (MEC) e Ministério da Saúde (MS), de acordo com a Portaria Interministerial MEC / MS nº 1.000, de 15 de abril de 2004 (EBSEH, 2022, p.2).

Não deve ser ignorado o reflexo da reestruturação produtiva capitalista e sua relação ao mundo do trabalho e nos próprios HUs tendo como consequência, por exemplo, o aumento da precarização do trabalho e sua flexibilização com o crescimento da terceirização no setor da saúde.

Como já citado anteriormente e é reforçado por Goés (2021), após a implantação da EBSEH há a intensificação da precarização do trabalho nos HUs, tornando os vínculos trabalhistas mais fragilizados. Os trabalhadores acabam ingressando através de um concurso público para serem empregados públicos e não servidores públicos, sendo regidos pela CLT e não pelo RJU. Isso demonstra de maneira clara os preceitos da instabilidade no emprego que pactua com o neoliberalismo (Goés, 2021).

⁷⁰ A comissão ou Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) se encontra inserido no Setor da Qualidade.

⁷¹ O HUUFMA foi certificado como um Hospital de ensino através da Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.704 em 2004.

As entrevistadas da pesquisa destacaram sobre o “[...] Excesso de trabalho, sobrecarga de profissionais que vêm de outros plantões e chegam sobrecarregados e acabam descontando suas angustias e aflições em seus atendimentos [...]” (Assistente Social 18). A Assistente Social 15 também relata sobre o contingente pequeno de profissionais e a sobrecarga da residência, repassadas pelas assistentes sociais:

[...] Quando trazemos para esse contexto aqui o que se observa é essa sobrecarga de trabalho do profissional. E pelo turno da manhã também é a mesma coisa, temos duas profissionais staffs, uma fica na UTI e a outra fica respondendo pelas outras 3 alas. Temos também a residência, que é outra precarização. [...] A compreensão de residência aqui no Hospital Universitário da UFMA, não sei em outros Estados, é muito equivocada. [...] a gente vê que não se busca romper e até mesmo tentar diminuir essa sobrecarga para que as demandas dos usuários sejam atendidas da melhor maneira, em tempo mais hábil se tivesse mais profissionais. E o que vemos é a sobrecarga que chega nas assistentes sociais e repassam para os residentes, esse é outro ponto que deve ser levado em consideração. Não temos o número necessário de profissionais e não vejo interesse que se tenha o número adequado que deveria ter no Hospital Universitário como esse. Não se faz concurso, quando se abre é um concurso com poucas vagas. Não se tem o interesse de se ter o quantitativo adequado da nossa categoria nesse espaço... e tem uma lógica aí também... É outro ponto que merece ser enfatizado (Assistente Social 15).

Juntamente com a sobrecarga ainda há a problemática da organização da categoria profissional nas unidades. Com o modelo de gestão da EBSEH houve um enfraquecimento na articulação entre os assistentes sociais que passam a ser supervisionados por médicos.

Assim como outros profissionais, o Serviço Social é impactado com o processo de flexibilização das relações de trabalho e pelo contexto de contrarreformas vivenciadas no setor público. Há a desestruturação da categoria, a precarização do trabalho profissional com a fragilização dos vínculos empregatícios causando a desorganização política e a fragmentação dos /das assistentes sociais.

O Serviço Social vincula-se, a algum tempo, diretamente à chefia de sua unidade (chefia da obstetria, chefia da ortopedia...). Anteriormente existia a “Divisão do Serviço Social” com uma chefia em cada uma das unidades do hospital. Concordando com o que relata Cutrim (2015) em sua monografia intitulada “Processo de Implantação da EBSEH em um Hospital Universitário – São Luís (MA) e seus impactos no processo de trabalho do Serviço Social” sobre as consequências da implantação da EBSEH, foi percebido, durante as entrevistas, que a implantação da

Empresa extinguiu as divisões, incluindo a divisão do Serviço Social, mantendo apenas as divisões da medicina e da enfermagem.

Ocorreu a fragilização da organização política da categoria profissional, com perdas também quanto aos instrumentais construídos coletivamente na instituição. Como já citado anteriormente, a multiplicidade de vínculos empregatícios encontrados contribui ainda mais para a divisão e desarticulação da categoria. Na fala da assistente social 3, sendo relatado por outras profissionais durante as entrevistas, foi abordada sobre a falta de articulação da categoria profissional.

[...] os assistentes sociais agora estão sendo geridos por médicos, essa é muito uma prática que está se colocando aí em vigor que é o modelo médico, da centralidade do médico, dele ser o gestor, que supervisiona a equipe... É claro que a gente perde porque nós somos “doutores” em nossa área e o médico não. Então a gente acabou perdendo não somente em questão de trabalho, mas também de entendimentos, de ações... o médico que passa as questões que seriam pertinentes para a nossa categoria, acho muito contraditório isso. [...] Houve um enfraquecimento da categoria, e acho que essa foi uma das perspectivas de se colocar esse modelo médico. Realmente esse modelo neoliberal traz isso, do enfraquecimento da classe trabalhista (Assistente Social 3).

Como já abordado anteriormente, a partir dos anos de 1990 ocorreu no governo de Fernando Henrique Cardoso a intensificação do projeto neoliberal no país que estimulou a privatização das empresas estatais além do processo de desresponsabilização do Estado que passa a agir apenas como um financiador por meio de contratos de gestão, tais como a EBSERH. Se iniciou, assim, ataques à seguridade social, às Leis Trabalhistas com a flexibilização do trabalho e o processo de terceirização em um Estado de natureza capitalista e privatista.

[...] pelo que eu ouço o governo federal dizer, é que não há um processo de privatização da EBSERH, mas em nível da gestão, algumas questões são da iniciativa privada. Do ponto de vista da organização dos serviços a gente percebe isso, ainda percebemos ainda mais nesse governo [governo Bolsonaro]. Apesar de ele estar alinhado às iniciativas do setor privado, ficou ainda mais visível no governo Bolsonaro. Por exemplo, o cumprimento de metas, se não cumprir as metas prejudica a nossa progressão, porque nossa progressão é por mérito, é vertical ⁷². Você tem que fazer um mestrado, um doutorado e vários cursos para progredir verticalmente, recentemente impuseram um curso que tínhamos que fazer. Tem uma nuance meio do setor privado (Assistente social 4).

⁷² “Na apresentação da proposta em fóruns para a sua divulgação ideológica seus defensores prometem: a promoção e a profissionalização por mérito único do funcionário por mérito único do funcionamento e a imediata demissão por insuficiência de desempenho. Preocupa aos analistas comprometidos com a lógica das contrarreformas do Estado a relação entre Hospitais Universitários e estabilidade empregatícia” (CARDOSO, 2014, p. 41).

O presente estudo levou em consideração as contradições vivenciadas nesse espaço, pois desconsiderar esses fatores impossibilitaria o movimento de aproximação da realidade sendo extremamente necessário para analisar o cotidiano do espaço sócio-ocupacional das profissionais entrevistadas, além de sua relação com a instituição em que trabalham.

Assim, realizar a abstração de um objeto de estudo não significa isolá-lo da realidade complexa em que está inserido, pois não levar em consideração elementos históricos, econômicos, sociais e políticos vivenciados na conjuntura é cair no a-historicismo, acriticidade fugindo do concreto pensado. Seguindo este movimento, há a necessidade de se fazer pontuações a respeito das particularidades da inserção do Serviço Social no HUUFMA.

De acordo com o documento *“Projeto da Supervisão em Serviço Social no Hospital Universitário Materno Infantil, de 1995”* o Serviço Social se faz presente no Hospital Universitário da UFMA desde sua constituição em meados da década de 1960 atuando no âmbito da Previdência Social. A prática da/o assistente social na saúde estava alinhada a uma perspectiva que centrava nas particularidades da vida do trabalhador.

Porém, desde o Movimento de Reatualização que ocorreu entre os anos 1970 e 1980 há a busca pela ruptura com o conservadorismo gerou na categoria a necessidade de certa organização que culminou na criação da Supervisão de Serviço Social, em 1982, no âmbito do hospital. O surgimento da Supervisão de Serviço Social partiu das dificuldades enfrentadas pelas profissionais devido a lacuna existente sobre direcionamento teórico-metodológico no campo da saúde.

É descrito no documento que a Supervisão surgiu quando a direção geral e os próprios profissionais executores a nível local sentiram a necessidade da construção de um processo de Supervisão sistematizado tendo como objetivo o acompanhamento da execução das ações profissionais e um contínuo reforço teórico-prático.

Inicialmente o processo de Supervisão era predominantemente administrativo, porém, com o desenvolvimento da profissão e a contribuição das Ciências Sociais passou a estar associado ao processo de ensino-aprendizagem tendo em vista a formação profissional. Tinha como finalidade a capacitação e

formação profissional com o aprofundamento da produção de conhecimento e do redimensionamento dos métodos e técnicas de ação.

O Serviço Social do INAMPS (MA), na elaboração do projeto de Supervisão, visava uma fundamentação nas relações entre a teoria e a prática. O projeto abrangia a Coordenação do Serviço Social e as Unidades Presidente Dutra e Pam-Diamante que pertenciam ao INAMPS e que formavam o campo de estágio para os estudantes de Serviço Social da UFMA. Já no Hospital Materno Infantil⁷³ a implantação da Divisão se deu na consolidação da Unidade, em 1984, que juntamente com a Unidade Presidente Dutra passou a constituir o Hospital Universitário da UFMA.

Esta forma de organização da categoria, embora apresentasse fragilidades, permitiu a construção de um espaço de discussão para a categoria havendo um planejamento conjunto de suas ações. Se tratando do Maranhão, o Serviço Social do Hospital Universitário teve um papel de grande importância na discussão sobre a profissão na saúde, “[...] promovendo a articulação da categoria para o aprofundamento do fazer profissional neste espaço ocupacional, destacando o seu papel pioneiro no Estado” (Cutrim, 2015, p. 12).

O Serviço Social foi sendo cada vez mais requisitado para o campo da saúde sendo o seu trabalho inicialmente ligado a uma prática educativa e de intervenção no modo de vida do “cliente”. Observam-se bastante estes elementos no “*Manual do Serviço Social do Hospital Materno Infantil da Camboa*”, de 1984. Um exemplo está na repetição dos termos “clientela” e “clientes” presentes no documento. Por outro lado, já se observa a preocupação na promoção de estudos e discussões relativos as temáticas pertinentes ao desenvolvimento teórico-prático da profissão.

Porém, apesar das dificuldades e das fragilidades da categoria profissional e dos elementos conservadores ainda presentes, se observa o esforço por parte das profissionais, por meio da Supervisão em Serviço Social (Projeto da Supervisão em Serviço Social no Hospital Universitário Materno Infantil, 1995), de construir um processo dialético, buscando realizar uma análise da realidade da instituição, buscando um projeto profissional comprometido com o usuário, capaz de identificar as correlações de forças existentes, buscando-se alianças que resultem em uma

⁷³ Segundo o Projeto da Supervisão em Serviço Social no Hospital Universitário Materno Infantil de 1995, os assistentes sociais que compunha o Materno Infantil inicialmente contava com profissionais que vieram transferidos do Pam-Diamante onde integravam o programa Materno-Infantil que funcionava nessa unidade, onde já era desenvolvida a Supervisão em Serviço Social.

prática condizente com a realidade e com as lutas populares. Estes elementos colaboram para o entendimento que as/os assistentes sociais tentavam, mesmo com dificuldades, se alinhar às propostas circunscritas no Projeto Ético-Político em construção desde meados da década de 1970.

Com a implantação dos novos modelos de gestão há a ameaça à organização do Serviço Social dificultando as discussões acerca de elementos importantes presentes em sua prática profissional como a própria Política Nacional de Humanização. Há a necessidade do fortalecimento da categoria na instituição e uma maior mediação entre a academia e os profissionais que estão na “ponta”, na execução das políticas sociais, para que não ocorra o prejuízo nas ações embasadas na perspectiva das legislações vigentes e do Projeto Ético-Político.

4.2 A humanização no cotidiano da prática profissional dos/as assistentes sociais no HU-UMI: desafios e possibilidades

Antes de iniciar a exposição das respostas dadas e a sua análise, vale mencionar também algumas particularidades do trabalho do Serviço Social assim como as suas atribuições, o que foi muito citado pelas assistentes sociais entrevistadas. Já foram expostos, em capítulos anteriores, alguns elementos essenciais para compreender o Serviço Social e a sua inserção no setor da saúde, sobre o Projeto Ético-Político, sua construção e sobre a Política Nacional de Humanização.

A prática profissional do assistente social está repleta de contradições sendo que a própria natureza da profissão nasce da contradição entre capital e trabalho⁷⁴. É responsável por atender as demandas dos usuários afirmando um compromisso com os trabalhadores e seus direitos, mas ao mesmo tempo inserida em uma instituição que carrega em seu cerne a disputa de dois projetos distintos de saúde com diferentes vieses: um projeto que defende a saúde como direito e a sua universalização e outro

⁷⁴ Segundo Yazbek, “[...] compreender que prática profissional do Serviço Social é necessariamente polarizada pelos interesses de classes sociais em relação, não podendo ser pensada fora dessa trama. Permite também apreender as dimensões objetivas e subjetivas do trabalho do assistente social. Objetivas: no sentido de considerar os determinantes sócio-históricos do exercício profissional em diferentes conjunturas. Subjetivas: no sentido de identificar a forma como o assistente social incorpora em sua consciência o significado de seu trabalho e a direção social que imprime ao seu fazer profissional [...]” (Yazbek, 2009, p.4-5).

projeto que defende a privatização da mesma, que está em construção nos hospitais universitários, tendo como expressão a implantação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

Considerar essa realidade permeada de contradições é essencial para realizar as mediações necessárias nas análises das respostas às entrevistas com as profissionais. Após essa primeira aproximação, procurando-se vislumbrar para além da aparência dos fatos buscando sua essência, transformar em concreto pensado, deve-se notar o entendimento das profissionais tanto do Projeto Ético-Político quanto da própria Política Nacional de Humanização.

Todos os sujeitos entrevistados são do sexo feminino o que demonstra que o Serviço Social ainda é uma profissão predominantemente feminina o que está diretamente interligado ao processo de constituição da profissão. A média de idade varia entre 25 e 44 anos de idade com a maioria se considerando negra e parda; 14 assistentes sociais realizaram graduações *latu sensu* e o tempo de formação varia entre 3 a 27 anos de graduação, a maioria entre 23 a 27 anos de formação.

Os vínculos empregatícios são constituídos, em sua maioria, de celetistas (CLT/EBSERH), porém possuindo outros tipos como o estatutário (SEMUS) e Ministério da Educação (UFMA /MEC). Ainda há aquelas que possuem mais de um vínculo. Observa-se, também, que não há homogeneidade nos salários entre as profissionais, variando entre 3 e 8 salários-mínimos, havendo diferenças mesmo dentre aquelas que possuem o mesmo vínculo. O tempo de trabalho/residência na instituição estudada está entre 1 e mais de 10 anos, sendo que a maioria trabalha entre 5 e 10 anos.

Conforme delineado nos “Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na Saúde”, as atribuições e competências dos profissionais de Serviço Social em todos os seus espaços sócio-ocupacionais: “[...] são orientadas e norteadas por direitos e deveres constantes no Código de Ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão, que devem ser observados e respeitados, tanto pelos profissionais quanto pelas instituições empregadoras” (CFESS, 2010, p.33).

Segundo o artigo 5º da Lei de Regulamentação da Profissão, constituem atribuições privativas do Serviço Social:

I - elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública, direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares;

- II - elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil;
- III - encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população;
- IV - (Vetado);
- V - orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos;
- VI - planejar, organizar e administrar benefícios e Serviços Sociais;
- VII - planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais;
- VIII - prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, com relação às matérias relacionadas no inciso II deste artigo;
- IX - prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade;
- X - planejamento, organização e administração de Serviços Sociais e de Unidade de Serviço Social;
- XI - realizar estudos socioeconômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades (CFESS, 2012, p.44-45).

O assistente social deve, em seu fazer profissional, se distanciar de práticas funcionalistas e pragmáticas que reforçam o conservadorismo individualizando e fragmentando a questão social (CFESS, 2010). Deve ser observada, por parte dos profissionais, a realidade em sua totalidade e em toda a sua complexidade com as mediações necessárias para o encaminhamento das demandas que chegam para a/o profissional. Portanto, as expressões da questão social não devem ser individualizadas e vistas simplesmente como problemas pessoais e isolados dos usuários⁷⁵, ao contrário, a intervenção profissional deve basear-se na “identificação das determinações sociais, econômicas e culturais das desigualdades sociais” (CFESS, 2010, p.34).

Assim, para haver uma intervenção profissional por essa perspectiva teórica-política, se faz necessário:

[...] leitura crítica da realidade e capacidade de identificação das condições materiais de vida, identificação das respostas existentes no âmbito do Estado e da sociedade civil, reconhecimento e fortalecimento dos espaços e formas de luta e organização dos trabalhadores em defesa de seus direitos; formulação e construção coletiva, em conjunto com os trabalhadores, de estratégias políticas e técnicas para modificação da realidade e formulação de formas de pressão sobre o Estado, com vistas a garantir os recursos

⁷⁵ “Atendidas de forma isolada, as demandas aparentemente individuais dos usuários não são tomadas nem compreendidas como demandas coletivas; não são publicizadas nem consideradas na projeção e encaminhamento das ações pelos assistentes sociais, assim como por nenhum dos demais profissionais” (Vasconcelos, 2007, p.32).

financeiros, materiais, técnicos e humanos necessários à garantia e à ampliação dos direitos (CFESS, 2010, p.35).

Ter presente essa complexa realidade faz com que o profissional adquira uma leitura crítica da realidade, estes elementos são imprescindíveis para fazer valer o Código de Ética, as Diretrizes Curriculares, a Lei de Regulamentação e o Projeto Ético-Político.

Além disso, a/o assistente social é um/a profissional que em sua trabalho busca a ampliação e a defesa dos direitos sociais. Desta forma, as demandas não devem ser compreendidas isoladamente, elas são o reflexo de questões maiores, mais amplas do que o usuário apresenta de forma imediata; é reflexo de seu estado de subalternidade, de desemprego, da fragilidade de seus vínculos, de violência, da exclusão etc.

Deve haver ações concretas rumo à formulação e construção coletiva de estratégias políticas para modificação da realidade, deve-se buscar a formulação de formas de pressão sobre o Estado juntamente com a classe trabalhadora. *Tal posicionamento é essencial para trabalhar as dimensões* teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política da profissão. Essencial também na articulação ao projeto de sociedade que a categoria defende, inscrito em seu Projeto Ético-Político.

Este ponto é mencionado pelas próprias entrevistadas: a necessidade das estratégias e das ações estarem alinhadas ao Projeto Ético-Político. Desta forma, assistentes sociais diminuem o risco de cair em uma visão reducionista e imediatista ao atender as demandas.

Com o intuito de compreender melhor a rotina e as demandas dessas profissionais foram perguntadas, inicialmente, as principais demandas que são atendidas e demandadas pela instituição e equipe multiprofissional. Foram notadas algumas diferenças nas respostas (o que é compreensível pelas mesmas estarem alocadas em diferentes setores) e algumas semelhanças.

Em termos gerais, as demandas atendidas e descritas pelas assistentes sociais entrevistadas são: orientações sobre os direitos dos pacientes e dos usuários; orientações sobre o funcionamento da rotina do hospital; demandas de autorização para troca de acompanhante fora do horário estabelecido pelo hospital; orientações sobre questões burocráticas relacionadas à instituição; emissão de declaração de acompanhante; orientações e solicitações quanto a benefícios eventuais como o auxílio funeral e enxoval; em situações de violência e/ou negligência, acionar a rede

de apoio fazendo os devidos encaminhamentos; encaminhamentos para CRAS (Centro de Referência de Assistência Social) e CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social); variadas demandas relacionadas às vulnerabilidades dos usuários; realizar contrarreferências em articulação com gestor municipal, com o Programa Melhor em Casa⁷⁶ atentando-se para a questão da alta responsável (que tem como principal norte a integralidade do cuidado); demandas relativas a óbitos fetais, não fetais e maternos; orientações em relação a registros do nascimento do recém-nascido, planejamento reprodutivo, amamentação, sobre os serviços disponíveis no hospital tais como cartório, banco de leite, programas etc.; demanda de acolhimento, de apoio, de escuta qualificada para a identificação as demandas sociais; realizar os encaminhamentos para as demais políticas quando necessário; encaminhamentos extra institucionais (Tratamento Fora do Domicílio, Passe livre, orientação sobre o Benefício de Prestação Continuada); situações de violência, de gravidez na adolescência, casos de uso de substâncias psicoativas; demandas em relação de vínculos familiares fragilizados.

Concordando com o que afirma Matos (2017) e pode ser percebido pelas entrevistas, nos serviços de saúde há um costume de se identificar os usuários que mesmo após a alta médica, possuem algumas “dificuldades” relacionadas à sua autonomia na sociedade capitalista. Estes sujeitos são tidos como “[...] alvos exclusivos de intervenção dos assistentes sociais [...]” (Matos, 2017, p.67). Há a identificação dessas demandas por outros profissionais que encaminham para os assistentes sociais para “resolver o problema” desses usuários. Esses atendimentos ocorrem de maneira individual que às vezes podem não se repetir, perdendo-se o contato com o usuário.

[...] podemos observar que há uma rígida estrutura da materialização do exercício profissional nos serviços de saúde, uma alta prevalência de atendimentos individuais e que estes, em geral, se constituem em uma ação única, já que é imprevisível saber se o assistente social terá outro contato com o usuário (Matos, 2017, p.63).

⁷⁶ O Serviço de Atenção Domiciliar é uma forma de atenção à saúde oferecida na moradia do paciente. Caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, com garantia da continuidade do cuidado e integrada à Rede de Atenção à Saúde. Há diferentes abordagens dependendo da situação de saúde do paciente e a periodicidade de seu acompanhamento. Os casos de maiores complexidades são acompanhados pelas Equipes Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e de Apoio (EMAP), dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), o Programa Melhor em Casa (MINISTÉRIO DA SAÚDE: < <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/atencao-domiciliar/servico-de-atencao-domiciliar-melhor-em-casa> >).

Assim, os reflexos das condições de vida dos usuários atendidos como a pauperização, ausência de vínculos familiares, a violência, “[...] têm sido “problemas” para os serviços de saúde. Neles, a “resposta” a esses “problemas” tem sido encarada como responsabilidade exclusiva do Serviço Social” (Matos, 2017, p.67). Espera-se da/o assistente social a resolução dessas problemáticas que se configuram como expressões da questão social, sendo fruto do capitalismo e de sua relação contraditória tendo a “[...] crença de que é possível resolver esses problemas estruturais por meio de políticas sociais do capitalismo” (Matos, 2017, p.67).

Deve-se destacar o cuidado que o profissional do Serviço Social tem que ter nos atendimentos das demandas dos usuários, seja qual for seu campo de atuação, pois ao perder de vista a criticidade, a articulação entre a categoria e a suspensão da realidade, corre-se o risco de cair na armadilha da “compaixão” ou da “vontade de ajudar”^{77 78}. Essa perspectiva defende que a humanização das relações sociais é possível mesmo em um capitalismo de raízes desumanizadoras e sendo ela o suficiente para a garantia e defesa dos direitos dos usuários.

A perspectiva da ajuda em que os profissionais compreendem trabalhar em defesa dos interesses dos usuários, por mais individualizado que sejam os atendimentos das demandas, está ligado ao próprio perfil pedagógico do Serviço Social construído desde sua institucionalização. Abreu (2002) cita que esta visão está vinculada ao próprio processo de organização da cultura dominante, em uma visão psicologista e individualista da questão social.

O processo de racionalização e tecnificação da assistência social é tido por Abreu (2002) como marco principal do desenvolvimento da função pedagógica do Serviço Social que estava centrada na dimensão individual e na reforma moral. Estes elementos estão presentes no Serviço Social tradicional devendo as/os assistentes sociais serem cautelosos para que não caiam na armadilha dessa perspectiva conservadora da profissão e acabem reproduzindo este tipo de discurso.

⁷⁷ “O desenvolvimento do processo da “ajuda” psicossocial individualizada no Serviço Social parte do ponto de vista de que a questão social – reduzida às suas manifestações na esfera individual – constitui-se em um *problema moral*. Esta noção justifica uma intervenção via assistência social individualizada de cunho moralizador direcionada para a reforma moral e a integração social” (Abreu, 2002, p.85- grifos da autora).

⁷⁸ Vasconcelos (2007) faz alusão à compaixão ao diferente e a vontade de ajudar articulados a uma perspectiva de humanização do capitalismo tal como citado no capítulo anterior.

Concordando com o que afirma Vasconcelos (2007), a/o assistente social deve se prevenir de prestar atividades puramente mecânica e inconsciente para não se tornar apenas um protagonista passivo no seu espaço ocupacional. O profissional, deixando-se levar por uma rotina alienante e acrítica, acaba realizando análises superficiais e ações isoladas que pouco contribuem para a superação dos *status quo*, encontrando desalinhadas com o próprio Projeto Ético-Político da profissão.

A falta de reflexão nas ações profissionais leva a um trabalho de cunho conservador que, direta ou indiretamente, “[...] consciente ou inconscientemente, reproduz e/ou reforça o *status quo*, sem conseguirem romper, na prática, com valores conservadores” (Vasconcelos, 2007, p.31).

Desta forma, mesmo afirmando apoiar o projeto hegemônico no debate teórico do Serviço Social, alguns profissionais acabam realizando atividades em uma direção contrária aos objetivos a que se propõe; ao que está presente no Projeto Ético-Político e seu arcabouço legal. Assim, o assistente social direcionará seu trabalho em um sentido contrário aos interesses históricos das classes trabalhadoras (Vasconcelos, 2007).

A falta de questionamento e reflexão por parte dos assistentes sociais pode levar, por exemplo, a aceitação de demandas que a instituição impõe à categoria e que estão fora das suas atribuições. Ter clareza dos processos de trabalho da profissão se apresenta como essencial para o posicionamento da categoria em defesa de seu espaço ocupacional, o conhecimento como o principal instrumental do assistente social, é indispensável na defesa dos direitos e no cumprimento do que está inscrito no Projeto Ético Político e no Código de Ética profissional. Desta forma, sem a criticidade, o conhecimento e a teleologia “[...] as ações profissionais, no seu conjunto, não expressam um processo consciente e a responsabilidade em contribuir para a transformação\superação dos *status quo*” (Vasconcelos, 2007, p. 32).

Além disso, não ter a clareza dos significados da profissão e de sua instrumentalidade acaba por facilitar o atendimento de demandas que não são da profissão, porém são da instituição ou até mesmo da equipe multiprofissional. Também podem acarretar armadilhas para o desvio de função em alguns casos.

Percebe-se que praticamente todas as assistentes sociais falaram a respeito de demandas que não são do Serviço Social, mas que acabam sendo encaminhadas para as profissionais seja por parte da instituição ou pelos outros profissionais. Demandas diversas como, por exemplo, a autorização de entrada de certos objetos

para os leitos dos usuários, a autorização para troca de acompanhantes, lidar com situações em que há qualquer tipo de conflito sendo chamadas para media-lo, marcação de consultas, reclamações por parte dos usuários que poderiam ser encaminhados para a ouvidoria para a melhoria de algum aspecto dos atendimentos, mas são encaminhados para o Serviço Social.

Estas demandas que muitas vezes nada tem a ver com as atribuições do Serviço Social também assumem configurações diferenciadas de acordo com o setor, estando mais presentes em certas situações no dia a dia de um profissional do que em outro. Existem demandas que têm sido historicamente legitimadas pela equipe multiprofissional como pertencente ao Serviço Social. Há demandas de teor administrativo, porém não possuem um corpo técnico para atendê-las e assim acabam chegando ao Serviço Social que procura respondê-las da melhor forma possível tendo como perspectiva fazer valer os direitos dos usuários.

As demandas são bem diversificadas, muitas estão relacionadas às questões institucionais, inclusive demandas administrativas. Por não ter um corpo técnico para atender essas demandas acabam chegando para o serviço social. Para não deixar o usuário sem respostas e desassistido, acaba que a gente atende. Algumas demandas estão inclusive ligadas a direitos básicos do usuário e assim não temos como negar a assistência (Assistente Social 1).

O atendimento de demandas que não são atribuições do Serviço Social é uma preocupação bem comum e que se repete nas falas das assistentes sociais. O conhecimento é um importante instrumento para que não ocorra a reprodução de ações que provocam o desvio de função dos /das profissionais. O entendimento das atribuições e dos direitos da categoria também é de suma importância.

Em uma determinada instituição em que o Serviço Social historicamente desempenhou uma função que não está relacionada às suas atribuições, por exemplo, mesmo com a análise crítica e o desejo de romper com essas práticas, afirma uma das entrevistadas que se torna difícil. Isso ocorre porque entram em conflito com as necessidades dos usuários e a defesa de seus direitos.

Esta é uma questão é complexa em termos práticos, pois o Serviço Social poderia negar o atendimento de determinada demanda “prejudicando” o usuário em determinada necessidade? Entra em cena elementos como a “vontade de ajudar”, do “olhar humanizado” para as necessidades dos usuários na perspectiva de “trabalhar

na defesa dos interesses” dos mesmos, de fazer valer os seus direitos. São perspectivas que necessitam dedicar atenção a elas.

Além disso, é necessário lembrar, como já foi dito anteriormente, que o trabalho do Serviço Social possui as suas contradições e a própria instituição é um espaço contraditório e de disputa de projetos. Uma questão em particular sobre o atendimento das demandas em uma das entrevistas chamou atenção: “Devemos responder primeiro a quem? A demanda da instituição? Ou a demanda do usuário?” (Assistente Social 9).

Faleiros (1895) expõe questionamentos na mesma perspectiva em seu livro *Saber profissional e poder institucional* reformulando da seguinte forma: “Que fazer numa instituição para responder aos interesses populares sem perder o emprego, “levar na cabeça”, e sem cair no assistencialismo e no controle da população?” (Faleiros, 1895, p.45). A Assistente Social 9 reflete sobre seu “vínculo primeiro” expondo a preocupação com fazer cumprir as normas da instituição em que trabalha e se fazer cumprir os direitos dos usuários sendo necessário realizar a mediação.

[...] Desafio principal é relembrar do meu Código de Ética e faço isso sempre quando estou em um atendimento com um usuário, reunião para um estudo de caso da equipe. Eu sempre penso se minha relação primeira, meu vínculo primeiro, com quem é? Com o usuário ou com a instituição? E aí o Código de Ética grita: é com a classe trabalhadora, com nosso usuário. É um dilema por que somos contratados por uma instituição e temos que seguir algumas questões, mas aí penso: qual é meu vínculo primeiro? É com o usuário e com a classe trabalhadora. Então é pensar sob esse olhar e mediar isso porque eu não posso dizer, sobretudo o usuário e deixar todas as regras institucionais para o lado. Acho que aí vem a mediação. Eu sempre penso isso, no Código de Ética que nos norteia colocando o usuário como protagonista e mediando esse processo com o empregador (Estado, Ente federativo...) (Assistente Social 9).

Essas inquietações citadas por uma das assistentes sociais de forma direta e por outras de forma subtendida expõe a relação instituição e Serviço Social e de que forma isso pode impactar na prática profissional. No Código de Ética da profissão tem inscrito no Artigo 8º que, dentre os deveres do/a assistente social, está: “contribuir para a alteração da correlação de forças institucionais, apoiando as legítimas demandas de interesse da população usuária” (CFESS, 2012, p.31). Há o entendimento do posicionamento que deve ser tomado pela profissão que mesmo em um ambiente, como em um Hospital como o HUUFMA, em que a correlação de forças

esteja pendendo contra os direitos sociais, deve-se colocar em defesa dos interesses dos usuários.

Segundo Faleiros (1985), as instituições representam de maneira contraditória a gestão do capital sobre a vida cotidiana e das formas organizativas e de mobilização de recursos das classes dominantes em relação aos conflitos e ameaças à ordem social vigente e em relação “[...] à expansão das conquistas populares, de formas de organização das categorias atendidas pelas instituições e de mobilização por reivindicações [...]” (Faleiros, 1895, p.9). Segundo o autor os conflitos em torno de questões envolvendo as políticas públicas, como a política de saúde, passam a ser mediados pelo Estado.

A gestão estatal é uma gestão capitalista que articula os conflitos e as ameaças ao processo geral de acumulação do capital. Esta articulação, no entanto, não é mecânica e automática. Ela se processa na dinâmica dos enfrentamentos de forças que dividem o próprio bloco de poder e as propostas internas das instituições. Quando uma força se torna hegemônica na instituição, ela ganha espaços, mas nem sempre *leva* tudo que deseja. E o espaço da negociação se abre de acordo com a correlação de forças em presença (Faleiros, 1985, p.9).

Falar a respeito do trabalho da/o assistente social sem considerar as instituições em que executam sua prática profissional é ficar na superficialidade das questões relacionadas aos desafios enfrentados em seu cotidiano. Como cita Faleiros (1985), as instituições não são simplesmente um fenômeno superestrutural, e sim organizações transversais a toda a sociedade, elas se caracterizam como mecanismos reguladores das crises do desenvolvimento capitalista em todos os níveis.

Mesmo diferente de uma empresa, as instituições podem compensar os desequilíbrios do processo produtivo. Elas se mostram preocupadas com o bem-estar da população com uma face mais humanista, condição de sua aceitação pelas classes dominadas (FALEIROS, 1895). Essa face humanista também esconde:

[...] o uso da violência, pela busca do consentimento, da aceitação, numa série de mediações organizadas para convencer, moldar, educar a compreensão e a vontade das classes dominadas. Nessa mediação predominam os mecanismos ideológicos e profissionais para cooptar as insatisfações geradas pela vivência dos problemas cotidianos (Faleiros, 1895, p.32).

Tem que ser levado em conta, também, o perfil profissional das/os assistentes sociais presente tanto no imaginário da população usuária quanto nos profissionais que fazem parte da equipe multiprofissional. Esse perfil é reflexo das primeiras atuações profissionais em que tinham como foco as relações interpessoais⁷⁹ e como principal instrumental a “escuta humanizada”:

[...] esta escuta humanizada servia como legitimação de um processo de exploração. A presença do assistente social parecia dar a estas condições um caráter bom, de bondade, de presença acolhedora. As classes dominantes viam o assistente social como a pessoa capaz de acolher e escutar de forma benevolente as questões apresentadas, visualizando em cada situação os meios para levar o cliente a uma melhor aceitação da problemática e da viabilidade das soluções propostas ou da desistência do pleito (Faleiros, 1985, p.16-17).

Resquícios desse perfil profissional idealizado pode ser percebido na fala da assistente social 2 quando perguntado sobre as demandas que não fazem parte de suas atribuições:

Se a usuária chora chamam o Serviço Social e a Psicologia. Se o acompanhante está exaltado chamam o Serviço Social para acalmar o acompanhante. Ainda somos vistos como aquele que vai apaziguar, relacionado muito com a questão do controle. Achar que o Serviço Social deve contornar essas situações. É o profissional que tem o perfil para conversar, para esclarecer e acalmar (Assistente Social 2).

Observou-se a perspectiva do assistente social como *Problem Solving*⁸⁰ no Hospital, como aquele que está presente para “apagar incêndio” como relatado por alguns profissionais. Como já citado em algumas falas das entrevistadas, muitas demandas chegam ao setor no intuito de evitar conflitos entre os usuários e a Instituição e outros profissionais. Situações como dificuldade de marcação de

⁷⁹ “[...] relações de poder legitimadas pelas relações pessoais levaram também a aparecer de maneira muito mais clara o caráter ideológico da atuação profissional. Este caráter ideológico é uma forma de ocultação, mas também de inversão das relações de poder em relações pessoais. A própria prática do relacionamento pessoal faz com que as relações de poder e exploração apareçam como relações pessoais. A ênfase do trabalho do Serviço Social se fazia, então, no sentido de levar a clientela a envidar mais esforços para sair de sua problemática. A figura do assistente social aparecia apenas como um apoio psicoemocional e financeiro para um “pequeno avanço” em uma situação de deficiência. [...] reflexão a partir do trabalho concreto e abstrato da assistente social foi levado a novos impasses [...] Viu-se então a necessidade de repensar as mediações da atuação profissional numa perspectiva mais global, a ponto de situa-las no contexto do Estado Capitalista” (Faleiros, 1985, p.20).

⁸⁰ O Assistente Social é visto como “[...] um solucionador de problemas que se apresentassem diante dele. A questão do *Problem solving* se tornou crucial para a profissão. [...] Os problemas eram identificados pela própria instituição, pelos próprios objetivos do contexto em que atuava o assistente social [...]” (Faleiros, 1985, p.17).

consultas, dificuldade de marcação de exames, dificuldades em receber resultados de exames, demanda de documentação preenchida de forma errada são alguns dos exemplos que podem ser considerados mais comuns, pois “[...] não quer dar uma resposta negativa, pois aqui tem um cuidado grande para que as pessoas não façam suas reclamações, não se utiliza da ferramenta que é a ouvidoria [...]” (Assistente Social 8).

Também há situações de conflito entre profissionais e os usuários como já citados em algumas falas, ou até mesmo a alteração de um acompanhante em que o Serviço Social pode ser chamado para realizá-lo. Essa visão do assistente social apaziguador das problemáticas é inclusive passada para a equipe multiprofissional que acaba repassando demandas dessa natureza no intuito do assistente social conversar, esclarecer, acalmar e escutar ⁸¹.

Como dito pela assistente social 2, o Serviço Social é relacionado, às vezes, a questão do controle, da necessidade de se contornar as situações de conflito que surgem em meio aos atendimentos dos usuários. Este elemento é muito importante no desenho desse perfil idealizado do assistente social como aquele que pode manter a ordem institucional sanando qualquer conflito que possa surgir, evitando qualquer perturbação que dificulte o funcionamento da instituição.

O cumprimento das normas burocráticas passa a ser a lógica do trabalho profissional e o objeto do profissional passa a ser, não o problema social, mas a perturbação da ordem institucional [...] Não é um problema do indivíduo que está em jogo, pois se pode perfeitamente viver sem documento, mas é um problema de perturbação da ordem institucional que deve ser tratado de forma profissional (Faleiros, 1985, p.61).

A atividade do/a assistente social nas instituições foi se modificando ao longo dos anos, se adequando conforme as necessidades de apaziguamento das contradições existentes na relação capital e trabalho; de acordo com os questionamentos e pressões da classe dominada e pela exigência de produtividade

⁸¹Apesar da escuta ser uma importante ferramenta, às vezes ela é vista de modo errôneo. Um exemplo disso é que várias demandas que deveriam ser encaminhadas para a ouvidoria são encaminhadas para os assistentes sociais, para que o profissional possa “ouvir” o usuário, e que muitas vezes em nada alterará a sua necessidade, a sua demanda (Um exemplo é a dificuldade na marcação de consulta, ou em receber exames, ou até mesmo a conduta de um profissional). Porém, se for analisado de forma minuciosa, esse tipo de comportamento está ligado diretamente ao que o que foi dito anteriormente sobre o Serviço Social como um *Solving Problem*, agindo em prol da ordem e funcionamento da Instituição, ligado à questão do controle.

do capitalismo e sua necessidade de controle para perpetuar a sua reprodução (Faleiros, 1985).

Não somente na saúde, mas nos mais diversos espaços sócio-ocupacionais da profissão, ainda é percebido que o Serviço Social carrega muitos dos seus estigmas presentes em sua gênese. Como já exposto no capítulo 3, a profissão nasce da necessidade do capital de reproduzir as relações sociais inerentes a relação contraditória entre capital e trabalho. O objeto de intervenção são as expressões da questão social que se tornam cada vez mais evidentes na medida em que o capitalismo avança, acentuando as contradições.

Deve-se buscar, mesmo em meio a tantas dificuldades e de avanço do conservadorismo, atuar em direção a construção de uma intervenção profissional que supere essa prática burocratizada, imediatista, pragmática recorrendo a estratégias táticas políticas de ação (Guerra, 1999).

Todavia, a reflexão e a criticidade ficam bastante comprometidas devido a maneira como a categoria está organizada no hospital. Foram percebidas dificuldades na sua articulação comprometendo os diálogos e as reflexões de situações apontadas até aqui. Foram notadas dificuldades na integração da categoria na Unidade Materno Infantil. Não há um intercâmbio de informações e troca de conhecimento e experiências entre as assistentes sociais de maneira assídua.

A reflexão comprometida devido ao Modelo de Gestão implantado no Hospital pela EBSEH e a fragmentação da categoria e sua desarticulação ficam explícitas. Soma-se a isso a variedade de vínculos empregatícios, que particularizam os interesses da categoria.

Outra questão citada é a sobrecarga de trabalho das profissionais ocorrendo o mesmo com as residentes (além de outras questões específicas que a residência enfrenta na instituição e que requer uma investigação aprofundada), que pode acarretar perdas quanto ao atendimento das demandas dos usuários.

Também tem a questão da precarização do trabalho. Porque, por exemplo, o Serviço Social, a gente tem um número pequeno de assistentes sociais no Hospital Universitário. Aí você percebe, por exemplo, a tarde tem uma assistente social *staff* para dar conta de quatro setores. O que você percebe é a sobrecarga de trabalho, onde deveriam ter mais profissionais para atender as demandas até mesmo com uma maior qualidade, que é outra coisa que a PNH cita, a questão de qualificar esse atendimento, de ser mais resolutivo, até mesmo para evitar a questão das filas, a PNH trata sobre isso também... Quando trazemos para esse contexto aqui o que se observa é essa sobrecarga de trabalho do profissional [...] (Assistente Social 15).

Vasconcelos (2007) afirma que na saúde, porém não somente nesse espaço ocupacional, os assistentes sociais realizam trabalhos em excesso ganhando, assim, reconhecimento dos usuários que “[...] ao serem “bem tratados” e\ou “tratados com humanidade”, sentem-se prestigiados por receberem atenção tão especial, além de ser a autoridade como representante da instituição de “nível superior” [...]” (Vasconcelos, 2007, p.32). As/os assistentes sociais também acabam sendo reconhecidos pelos dirigentes e representantes da instituição em que trabalha que os têm como profissionais perfeitos para a mediação de conflitos e o bom funcionamento do hospital,

[...] para que o movimento do cotidiano das unidades que dirigem se desenrole sem conflitos, na medida em que tudo que atrapalha seu “bom funcionamento” rebate e é absorvido pelos plantões do Serviço Social, onde o assistente social **ouve, apoia, orienta, aconselha e\ou encaminha**, livrando a instituição de possíveis problemas e conflitos (Vasconcelos, 2007, p.32- grifos da autora).

Se tratando dessa sobrecarga de trabalho, outra consequência é o pouco espaço para a reflexão desses profissionais em seu cotidiano de trabalho, sendo que em alguns casos as profissionais trabalham em outros lugares para complementar a renda. Desta forma, o “momento de suspensão do cotidiano”⁸², conforme aponta Heller⁸³, torna-se necessário para ampliar a percepção da realidade. Percebe-se o esforço por parte de alguns profissionais na educação continuada, reconhecendo a necessidade de buscar o conhecimento necessário para trazer criticidade em suas intervenções.

Segundo Heller (2008), a vida cotidiana é a vida do homem inteiro; o homem participa da vida cotidiana com todos os aspectos ligados à sua individualidade. A autora afirma que, dessa maneira, um indivíduo coloca em funcionamento todos os

⁸³ “[...] O cume da elevação moral acima da cotidianidade é a *catarse*. Na *catarse*, o homem torna-se consciente do humano genérico de sua individualidade [...] as formas de elevação acima da vida cotidiana que produzem *objetivações* duradouras são a *arte* e a *ciência*. [...] rompem com a tendência espontânea do pensamento cotidiano, tendência orientada ao EU individual-particular. [...] O meio para essa superação dialética [*Aufhebung*] parcial ou total da particularidade, para a sua decolagem da cotidianidade e sua elevação ao humano genérico, é a homogeneização. Sabemos que a vida cotidiana é heterogênea, que solicita todas as nossas capacidades em várias direções, mas nenhuma capacidade com intensidade especial. [...] A homogeneização em direção ao humano-genérico, a completa suspensão do particular individual, a transformação em homem em homem inteiramente, é algo excepcional na maioria dos seres humanos” (Heller, 2008, p. 42-45).

seus sentidos, de toda a sua capacidade intelectual, habilidades, ideologias ideias e paixões.

Porém, apesar de todas as suas capacidades estejam em funcionamento no cotidiano nenhuma delas se realiza em toda a sua intensidade. O homem atua no cotidiano ativamente, usufruindo e sendo receptivo, mas não tem tempo e nem possibilidade de absolver nenhum desses aspectos apontados (Heller, 2008).

A cotidianidade está presente em todas as esferas de vida do ser humano. O cotidiano, desta forma, se faz presente nas rotinas dos hospitais e dos profissionais que lá trabalham. Está nas relações entre estes profissionais e com a instituição em que trabalham. Para Heller (2008), a vida cotidiana:

[...] é a vida de *todo* o homem. Todos a vivem, sem nenhuma exceção, qualquer que seja seu posto na divisão do trabalho intelectual e físico. Ninguém consegue identificar-se com sua atividade humano genérica a ponto de poder desliga-se inteiramente da cotidianidade. E, ao contrário, não há nenhum homem, por mais insubstancial que seja, que viva tão somente na cotidianidade, embora essa absorva preponderantemente (Heller, 2008, p.31).

Para Heller, a vida cotidiana é heterogênea e hierárquica. A heterogeneidade é necessária para conseguir uma “explicitação normal” da cotidianidade, que passa a sensação de naturalidade das ações que se vivencia no dia a dia, “[...] esse funcionamento rotineiro da hierarquia espontânea é igualmente necessário para que as esferas heterogêneas se mantenham em movimento simultâneo” (Heller, 2008, p.32-33).

A heterogeneidade e a ordem hierárquica (que é condição da organicidade) da vida cotidiana coincidem no sentido de possibilitar uma explicação “normal” da produção e da reprodução, não apenas no “campo da produção” em sentido estrito, mas também no que se refere às formas de intercambio (Heller, 2008, p.32-33).

A questão do cotidiano se mostra presente quando se trata do trabalho profissional nos hospitais. Assim como outras profissões, as/os assistentes sociais se encontram imersos no mesmo, em sua relação imediatista e paliativista, de agir nas demandas de modo a observar as necessidades mais visíveis visando a garantia de direitos, elemento citado durante as falas das entrevistadas.

Como descrito por Heller (2008), a rotina e o imediatismo presentes no cotidiano e a repetição dificultam o momento de suspensão do mesmo, que tem como

resultado a compreensão e a consciência do ser humano enquanto ser genérico, não somente enquanto ser singular, conectando-se com a humanidade.

Na rotina institucional, em que os assistentes sociais e os outros profissionais estão inseridos, às vezes somente a garantia de direito já se mostra como uma vitória suficiente em meio a um contexto de negação dos mesmos, de exclusão e de desigualdades sociais.

Essa rotina possibilita a formação de uma perspectiva alienada onde se busca a resolutividade, eficácia e a ordem na instituição para que se continuem os atendimentos em uma rotina frenética, cansativa e gerando, às vezes, resultados nada satisfatórios tanto para os profissionais quanto para os usuários. Para Heller a vida cotidiana é a que mais se presta à alienação⁸⁴ (Heller, 2008).

Heller (2008) também destaca que a alienação será sempre uma alienação em relação a algo, no caso, em relação às possibilidades concretas de desenvolvimento genérico da humanidade. A alienação existe quando ocorre um distanciamento entre o desenvolvimento humano-genérico e as possibilidades de desenvolvimento dos indivíduos humanos, entre a produção humano-genérica e uma participação consciente do indivíduo na produção (Heller, 2008).

A perspectiva de humanização defendida no presente trabalho também vai de encontro com essa concepção do humano genérico e o humano singular, somente assim se alcançará a emancipação humana e a “consciência de nós”. Segundo Heller (2008), enquanto indivíduo o ser humano é:

[...] um ser genérico, já que é produto e expressão de suas relações sociais, herdeiro e preservador do desenvolvimento humano; mas o representante do humano-genérico não é jamais um homem sozinho, mas sempre integralização tribo, demos, estamento, classe, nação, humanidade) – bem como, frequentemente, várias integrações – cuja parte consciente é o homem e na qual se forma sua “consciência de nós” (Heller, 2008, p.36).

Uma das principais características desse cotidiano é a acriticidade e a espontaneidade⁸⁵ das relações estabelecidas no mesmo. Existe uma espécie de

⁸⁴ “Mas a estrutura da vida cotidiana, embora constitua indubitavelmente um terreno propício à alienação, não é de nenhum modo necessariamente alienada [...]” (Heller, 2008, p.57).

⁸⁵ “A característica dominante da vida cotidiana é a *espontaneidade*. É evidente que nem *toda* atividade cotidiana é espontânea no *mesmo* nível, assim como tampouco uma mesma atividade apresenta-se como identicamente espontânea em situações diversas, nos diversos estágios de aprendizado. Mas, em todos os casos, a espontaneidade é a *tendência* de toda e qualquer forma de atividade cotidiana” [...] (Heller, 2008, p.47).

automação que impossibilita uma leitura da realidade de maneira mais aprofundada, que ultrapasse a sua aparência e visualize sua essência, as raízes de dada problemática.

Há de ser lembrado que quanto maior for a alienação resultante da estrutura econômica de uma sociedade, mais a vida cotidiana irá emanar sua própria alienação para as outras esferas (Heller, 2008). O cotidiano alienado impossibilita uma perspectiva de superação do atual modo de produção e organização social, econômico e político. Causa uma “[...] desesperança na possibilidade de os homens coletivamente desejarem, quererem e realizarem a transformação do mundo em direção a uma plena humanização” (Carvalho, 2000, p.43).

A vida cotidiana também pode se caracterizar como “[...] o centro da atenção do Estado e da produção capitalista de bens de consumo. [...] fonte de exploração e espaço a ser controlado, organizado e programado” (Carvalho, 2000, p. 17-20). As instituições, espaços sócio-ocupacionais em que o Serviço Social se faz inserido, não estão à margem desse processo.

Em meio a esse cotidiano alienante, que é foco da intervenção do Estado e da intervenção capitalista, nas instituições que se caracterizam enquanto uma gestão do capital sobre a vida cotidiana, sobre as formas organizativas e de mobilização de recursos das classes dominantes em relação aos conflitos e ameaças à ordem social, tal como afirma Faleiros (1985), é onde o assistente social se insere, é onde realiza sua atividade laboral.

Em meio a este cotidiano, as/os assistentes sociais se veem muitas vezes impossibilitadas/os de um momento de suspensão e de leitura da realidade em que estão intervindo.

Há quase um consenso estabelecido na categoria de que a “evolução” da profissão pós-reconceituação fecundou num único sentido: o do aprofundamento teórico-metodológico em detrimento da prática profissional, o que sugere haver uma dicotomia entre teoria e prática [...] (Guerra, 1999, p. 24).

Percebe-se que algumas profissionais acreditam que com a aproximação do Serviço Social da teoria marxista, tida como uma teoria social macroscópica, há o afastamento de contextos mais imediatos em que se davam a intervenção profissional. Há a ideia de que existiria um afastamento do marxismo das ações mais imediatas do cotidiano das profissionais não disponibilizando um arsenal adequado ou suficiente

para lidar com a realidade concreta. Esta perspectiva reflete a dicotomia teoria e prática pondo o cotidiano como referência e fim do trabalho do assistente social.

Os assistentes sociais, em seus diferentes fóruns, têm colocado a importância de uma problematização sobre o cotidiano, com falas do tipo: “lá no cotidiano é difícil de implantar o projeto profissional”. Esse tipo de fala nos parece extremamente perigoso. Parece-nos, primeiramente, reeditar a falsa dicotomia entre teoria e prática. Pode remeter a ideia de que o Projeto Ético-Político é uma teoria, apenas. Outra preocupação é a de tomar o cotidiano, na sua aparência, como a referência e o fim de todos os objetivos da intervenção profissional (Matos, 2017, p. 100).

Algumas entrevistadas também citaram a necessidade de revisão do Projeto, devido a dinamicidade presente na realidade, pontuando o fato de cada profissional ter sua conduta e afirmando que o Serviço Social possui muita teoria e pouco explora as técnicas e atribuições necessárias para a prática da profissão. Estas repostas colaboram ainda mais para as hipóteses apontadas anteriormente, mostrando certo afastamento dos profissionais que estão “na ponta”, prestando os serviços, dos profissionais da academia.⁸⁶

Durante as entrevistas foi colocado em pauta a melhoraria do acesso dos direitos dos usuários. Segundo algumas entrevistadas haveria uma dificuldade na articulação entre esta melhoria e as atribuições definidas e estabelecidas pelos parâmetros legais da profissão. É afirmada, a partir desta percepção, a necessidade de revisão devido a esse conflito, o que pode ser compreendido como uma das características do afastamento entre teoria e prática.

[...] Nada pode ser parado, vivemos em uma dinamicidade com acontecimentos. Temos que sentar-nos e rever, pois tem muita coisa em nossos parâmetros que dizem que o Serviço Social não pode fazer e em função da garantia do direito do usuário a gente faz. Não ferindo o Código de Ética total... Mas tem que ser revisto algumas coisas, por que senão não conseguimos alcançar nossos objetivos que é melhorar o acesso dos direitos já garantidos por lei...a gente não consegue se não flexibilizar um pouco as coisas (Assistente Social 12).

Sobre o Projeto Ético-Político, Netto (1999) expõe que o mesmo tem como valor ético central a liberdade “[...] concebida historicamente, como possibilidade de escolha entre alternativas concretas [...]” (Netto, 1999, p.15). Assim, o Projeto

⁸⁶ Porém, como já apontado anteriormente, não há um afastamento por escolha do profissional. São as condições concretas dadas a estas profissionais que não condizem com o aprofundamento de seus estudos e espaço para reflexões mais assíduas.

Profissional propõe o compromisso com a autonomia, com a emancipação e com a expansão dos sujeitos. Este projeto profissional:

[...] se vincula a um projeto societário que propõe a construção de uma nova ordem social, sem exploração/dominação de classe, etnia e gênero. A partir destas opções que o fundamentam, tal projeto afirma a defesa intransigente dos direitos humanos e o repúdio do arbítrio e dos preconceitos, contemplando positivamente o pluralismo, tanto na sociedade como no exercício profissional [...] (Netto, 1999, p.15-16).

Já se tratando da dimensão política, o autor afirma que o mesmo se posiciona a favor da equidade e da justiça social tendo como perspectiva a universalização do acesso aos bens e serviços relativos às políticas públicas e aos programas sociais. Além disso, no Projeto Ético Político “[...] a ampliação e a consolidação da cidadania são explicitamente postas como garantia dos direitos civis, políticos e sociais das classes trabalhadoras” (Netto, 1999, p.16). Necessita de um compromisso com a competência profissional, de uma formação qualificada para que os /as profissionais possam intervir na realidade de forma a fazer cumprir o PEP.

Correspondentemente, o projeto se declara radicalmente democrático – considerada a democratização como socialização da participação política e socialização da riqueza socialmente produzida. Do ponto de vista estritamente profissional, o projeto implica o compromisso com a competência, que só pode ter como base o aperfeiçoamento intelectual do assistente social. Daí a ênfase numa formação acadêmica qualificada, fundada em concepções teórico-metodológicas críticas e sólidas, capazes de viabilizar uma análise concreta da realidade social – formação que deve abrir a via à preocupação com a (auto) formação permanente e estimular uma constante preocupação investigativa (Netto, 1999, p. 16).

Para além desses fatores, o Projeto Ético Político também prioriza a construção de uma nova relação com os usuários tendo como componente elementar o compromisso com a qualidade dos serviços ofertados para a população, além da preocupação com 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, 1999, p. 16).

Quando questionadas sobre o que seria o Projeto Ético-Político, as respostas foram diversas. Nas falas sobre o Projeto algumas definições se repetiram com frequência, são elas: a) é um norteador da atuação profissional; b) através dele há a defesa e garantia dos direitos sociais; c) a busca e o incentivo da autonomia e

participação do usuário; d) alusão ao código de Ética (deixando a entender, às vezes, que há confusão entre o mesmo e o Projeto Ético Político). Emancipação foi um termo citada por 2 pessoas; 3 assistentes sociais mencionaram a transformação e a liberdade foi abordada por 2 pessoas.

As respostas dadas pelas assistentes sociais, em termos gerais, mostram entendimento do que seria o Projeto Ético-Político, sendo que cada uma das profissionais destacaram mais um ponto do que outro. Algumas falas também foram mais superficiais como, por exemplo, as assistentes Sociais 11 e 14⁸⁷.

Algumas entrevistadas, ao fazer o questionamento sobre o que seria o Projeto Ético Político, abordaram de maneira direta sobre o Código de Ética (nas fala das assistentes sociais 9 e 12)⁸⁸, mostrando que ainda há confusão entre a diferença entre um Instrumento legal e o Projeto.

O Código de Ética Profissional de 1993, a Lei de Regulamentação da profissão de 1993 e as Diretrizes Curriculares de 1996 constituem os instrumentos legais do PEP que alicerçam a formação e o exercício profissional. Novos e instigantes desafios eclodem nas diferentes conjunturas no país, e os profissionais, sujeitos deste processo, têm a responsabilidade

⁸⁷ “[...] Quanto o Projeto Ético-Político, defino ele como norteador da nossa profissão” (Assistente Social 11).

“Nosso projeto é desenhado no nosso cotidiano, em nosso trabalho consciente, em nossa prática. Não tem como desvincular do cotidiano, sendo muito discutido por nossa profissão. Ele implica modificar a realidade contribuir com a questão do público que assistimos” (Assistente Social 14).

⁸⁸ “Eu acho que o Projeto Ético-Político do Serviço Social ele foi construído em uma base muito sólida em relação ao nosso papel na sociedade, tendo essa vinculação com a garantia de direitos do usuário... Tanto que no nosso código tem falando da não discriminação de raça, cor, gênero... **Eu o acho muito bem construído. A minha crítica não é o Código de Ética, são os parâmetros de atuação**, tenho algumas ressalvas que eu acho que devem ser revisadas. Nada pode ser parado, vivemos em uma dinamicidade com acontecimentos. Temos que sentar-nos e rever, pois tem muita coisa em nossos parâmetros que dizem que o Serviço Social não pode fazer e em função da garantia do direito do usuário a gente faz. Não ferindo o Código de Ética total...mas tem que ser revisto algumas coisas, por que senão não conseguimos alcançar nossos objetivos que é melhorar o acesso dos direitos já garantidos por lei...a gente não consegue se não flexibilizar um pouco as coisas” (Assistente Social 12-grifos nossos).

“Eu sempre penso o Projeto Ético-Político e nossa ação prática e assim se percebe os desafios. Dentro da instituição eu penso que esmos inseridos nessa instituição e contratados pela mesma. **Desafio principal é lembrar do meu Código de Ética** e faço isso sempre quando estou em um atendimento com um usuário, reunião para um estudo de caso da equipe. Eu sempre penso se minha relação primeira, meu vínculo primeiro, com quem é? Com o usuário ou com a instituição? **E aí o Código de Ética grita:** é com a classe trabalhadora, com nosso usuário. É um dilema por que somos contratados por uma instituição e temos que seguir algumas questões, massa aí penso: qual é meu vínculo primeiro? É com o usuário e com a classe trabalhadora. Então é pensar sob esse olhar e mediar isso porque eu não posso dizer, sobretudo o usuário e deixar todas as regras institucionais para o lado. Acho que aí vem a mediação. Eu sempre penso isso, no Código de Ética que nos norteia colocando o usuário como protagonista e mediando esse processo com o empregador (Estado, ente federativo...). O Projeto Ético-Político é o grande desafio de nossa profissão de decifrar essa realidade social e encontrar caminhos, estratégias criativas, reais e possíveis para a viabilização desses direitos. Todas essas questões que a gente sabe, que temos em nossa cabeça, como fazemos acontecer, como concretiza esse projeto” (Assistente Social 9- grifos nossos).

intelectual, teórica, política e ética de enfrentá-los na direção *do projeto profissional de ruptura como processo em permanente movimento* (Abramides, 2019, p.56 - grifos da autora).

Foi notado, na maioria das entrevistas, desconforto ao ser perguntado a respeito do Projeto Ético Político, mostrando insegurança em falar sobre o mesmo. Há algumas hipóteses sobre as causas dessa insegurança: a ausência de discussões a respeito da profissão e do próprio Projeto, que ficou “esquecido” em meio ao cotidiano e a rotina no hospital; falta de uma educação continuada visando o afastamento tanto do praticismo quanto do teorismo; inseguranças vindas desde a graduação, em seu momento de formação profissional.

Há uma fissura entre discurso e processos de trabalho. “O exercício profissional dos assistentes sociais nos serviços de saúde aponta para uma ação pouco crítica e distante dos citados projetos” (Matos, 2017, p.62). O distanciamento das profissionais das discussões da academia poderia ser apontado como o principal fator, porém, deve-se abordar algumas questões pertinentes que em seu conjunto colaboram para a “acriticidade” da profissão.

Um dos elementos já foi citado é a cotidianidade e a repetição que se tornam empecilhos para uma reflexão das ações profissionais. Porém, há outro fator que engloba o anterior e deixa explícita a complexidade da problemática abordada: o modelo societário vigente, a sociedade capitalista. Tanto as assistentes sociais quanto os outros profissionais estão inseridos em um meio em que se valoriza a praticidade, a rotina, a ordem, a eficiência e eficácia⁸⁹. É o trabalho alienado em que o trabalhador, em meio aos seus processos de trabalho, se estranha e estranha os outros homens não se reconhecendo no objeto de seu trabalho.

A instituição também reproduz estas características; não é um local para reflexões de questões mais amplas que envolvem a questão saúde e doença. Apesar do esforço das profissionais para a superação do pragmatismo, o mesmo se faz presente em um plano mais amplo fazendo com o assistente social se sinta como “remando contra a maré”, em um contexto do projeto societário neoliberal e da perspectiva de saúde como mercadoria.

⁸⁹Como já citado anteriormente por Heller (2008), quanto maior for a alienação resultante da estrutura econômica de uma sociedade, mais a vida cotidiana irá emanar sua própria alienação para as outras esferas.

Porém, com a implantação da EBSERH, que traz em seu cerne a flexibilização do trabalho, com a terceirização, a privatização, a desresponsabilização do Estado e o desfinanciamento, o ambiente de trabalho se torna ainda mais acrítico e “naturalizado”. A empresa por meio das construções de seus protocolos fragmenta as ações da categoria e em contrapartida impõe metas a serem atingidas a todo custo. Não há a preocupação com a reflexão dos profissionais, o que importa é que cada um faça o seu trabalho mantendo a instituição funcionando, evitando o máximo de “problemas” possíveis.

Ainda que seja errôneo e exagero depositar a responsabilidade pela emancipação humana nas mãos dos assistentes sociais, tem que ser lembrado que mesmo em meio as instâncias que são reprodutoras do capital e da manutenção de sua ordem, onde esses profissionais realizam sua prática, é possível contribuir de forma direta para essa emancipação sem cair no messianismo. Este é um dos principais compromissos firmados pela categoria no Projeto Ético-Político.

Porém, o que se percebe é que ainda há, no trabalho do assistente social na saúde, “[...] um descompasso do trabalho realizado com o enorme avanço que significam o projeto ético-político-profissional e o projeto da reforma sanitária [...]” (Matos, 2017, p.64).

Concorda-se quando Matos (2017) afirma que:

As questões hoje apontadas pelos assistentes sociais sobre o cotidiano de trabalho devem ser precedidas de uma reflexão desveladora sobre este, não tomando a aparência do cotidiano como critério de verdade e, logo, de adaptação do Projeto Ético-Político profissional (Matos, 2017, p.101).

Existem tentativas de resistência por parte das profissionais. Algumas entrevistadas sobre importância do Projeto Ético Político para a profissão e o seu significado para o Serviço Social. Citou-se o Projeto como “divisor de águas” da profissão, como uma nova maneira de se pensar a sociedade, uma nova sociabilidade e o Projeto Ético Político como um movimento sempre em construção, sendo isso importante de ser afirmado e reafirmado a todo o momento.

Ele é um movimento. Isso é importante de ser afirmado e reafirmado a todo momento. **Porque quando falamos do Projeto Ético-Político ainda para a impressão que é um documento, um papel, que tem escrito. Muitos remetem diretamente a questão do Código de Ética.** O que eu vejo é que por ser um movimento a gente tem a partir das experiências e da pesquisa, aperfeiçoado esse projeto incluindo novos temas, como por exemplo, sobre

o enfrentamento da Covid que foi uma coisa que o Maurílio de Matos pontua. Ele nos ajudou bastante na criação de um formato que a gente pudesse intervir. Assim percebemos que é um movimento, como a gente precisou nos lembrar do nosso Projeto Ético-Político, porque ali as coisas estão bem definidas. Quando fazemos a adoção pela classe trabalhadora, como está previsto no Código de Ética quando a gente pensa em socializar as informações, democratizar o acesso às políticas públicas, a gente observa que esse movimento vem agregando, mas ele existe, ele está previsto na normativa no Código de Ética. **Algumas situações que eu gosto de falar, de perspectivas que dizem que a gente parou no tempo, sobretudo quem está nas instituições, parece que só estuda o povo que está na academia, somente a academia faz pesquisa, e eu discordo dessa afirmativa por que observamos o esforço das colegas em estar discutindo, pesquisando** (não pesquisas acadêmicas, mas sim de intervenção), que pode ser percebido que há um rigor maior quando é feito pelo Serviço Social, você está fazendo uma referência de uma normativa, de um referencial teórico que realmente dê resposta para determinada questão [...] (Assistente Social 8 - grifo nossos)

Tem-se que ter cautela nesse processo de entendimento das dificuldades na implantação efetiva do Projeto Ético-Político para identificar a questão central. Conforme Matos (2017), deve-se atentar-se sobre a importância do entendimento dos determinantes do exercício profissional no trabalho coletivo em saúde. É mais provável que:

[...] a incorporação desse projeto não se dá por falta de conhecimento dos assistentes sociais, já que estes verbalizam esse compromisso; mas sim de que não há uma internalização, de fato, pela categoria profissional, desses valores (Matos, 2017, p. 101).

De acordo com Matos (2017), a categoria deve buscar a incorporação do Projeto Ético Político e de seus princípios, “[...] construindo estratégias concretas, e factíveis, de viver esse Projeto Ético-Político profissional [...]” (Matos, 2017, p. 102).

No que diz respeito à PNH é considerada, pela Assistente Social 10, uma política recente. A entrevistada relata um pouco de sua experiência com a política no início de sua implementação no Hospital Universitário da UFMA:

Quando eu cheguei no hospital só se falava em humanização, já que ela é de 2003, aí em 2005 quando entrei esse hospital respirava humanização. Tem um setor específico de humanização para implementar a política de humanização no hospital. Aquela ideia de tornar a assistência melhor, a palavra seria humanizar, tornar acessível. Vamos favorecer o diálogo, a escuta do paciente...lembro que era muito rígido, já foi mais rígido. Dentro desse contexto ele rompeu algumas práticas. Do ponto de vista da implementação da PNH ela conseguiu alguns avanços significativos. Eu que peguei o contexto do hospital caminhando em um processo de reestruturação, por que cheguei aqui ele era a algum tempo, uns 10 anos, como hospital universitário, antes era do INANPS. Então o hospital sempre

vem repensando e se reconstruindo, ele estava nesse momento de ele pensar dentro dos três eixos: ensino, pesquisa e extensão. Aí a Política de Humanização fez o hospital repensar alguns conceitos, atitudes, ações em relação aos usuários nas clínicas e nos ambulatórios (Assistente Social 10).

Como já citado, a PNH colabora com a discussão de certas temáticas que antes não eram foco de debates como a questão da participação do usuário, das relações de poder, da autonomia, combate à violência e melhoria na comunicação entre os profissionais, os gestores e os usuários. Em termos gerais, a política propõe mudanças na cultura de atendimento e melhoria na qualidade do mesmo. Porém, vale lembrar que as políticas públicas nascem fruto da contradição capital e trabalho, tendo, assim, uma natureza contraditória. Em um:

[...] país como o nosso, de imensa e secular desigualdade, políticas sociais são fundamentais e a defesa que hoje diversos segmentos de usuários e de trabalhadores fazem da Constituição Federal de 1988 expressam a importância destas. Contudo, há uma inversão, pois frente à enorme concentração de renda que há no Brasil, se credita às políticas sociais, exclusivamente, a responsabilidade para se enfrentar a desigualdade brasileira (Matos, 2017, p.68).

A PNH surgiu como fruto da conjuntura de avanço neoliberal no Brasil carregando, em seu cerne, todas as contradições inerentes à mesma. Tida como um avanço, muito há de se refletir sobre essa política que se coloca como solução para a melhora da qualidade dos serviços de saúde no SUS. Tendo como foco elementos que saem do âmbito da historicidade e não levam em consideração fatores estruturais, políticos, econômicos e sociais, a PNH possui em seus textos uma análise superficial da realidade.

Em tempos de avanço neoliberal e ataques à saúde pública, termos como “novos modelos de gestão” e “humanização” se apresentam como soluções aos problemas enfrentados no SUS como a falta de qualidade no atendimento e problemas no financiamento, destacando-se elementos de cunho anticapitalista romântico e desprezando a realidade concreta tal como se apresenta, com o avanço da mercadorização da saúde. Há um desprezo pela desumanização inerente ao mesmo que é base de sua natureza autodestrutiva. De acordo com Guerra (2018, p.3):

É justamente a estruturação da saúde e a lógica mercantil/privatista, o mix público-privado e a incorporação dos modelos de gestão luz da lógica gerencialista que põem a necessidade da retomada da ideologia da

humanização, pautada num humanismo abstrato de extração cristã ou existencialista.

Análises reducionistas sobre a Política Nacional de Humanização acabam por disfarçar os entraves e desafios enfrentados pelo SUS, acirrados pelas sucessivas contrarreformas que corroem direitos e esfacelam o sistema de Seguridade Social.

Questionou-se junto às assistentes sociais se existiria alguma relação entre o Projeto Ético-Político e a PNH, se haveria convergência entre os dois e em quais pontos ela ocorreria. Dentre as entrevistadas tiveram aquelas que confirmaram que existe a compatibilidade entre os dois, sem que ocorram questionamentos, tiveram as que afirmam que existem congruências, mas questionam se seriam compatíveis e, por último, há aquelas que acreditam que não existe nenhuma compatibilidade entre a PNH e o Projeto Ético Político. A maioria das assistentes sociais afirmou haver relação entre o Projeto Ético Político e a Política de Humanização. Seguem algumas falas das entrevistadas:

[...] a gente vem buscando trabalhar na linha tanto do nosso projeto quanto da política de humanização. É um desafio. É remar contra a maré, porque parece que o rumo que as coisas estão tomando é outro. Buscando implementar o nosso Projeto Ético-Político também estamos implementado a Política Nacional de Humanização. Eu acho que tem uma ligação direta. Um exemplo de elemento que convergem entre os dois é a questão do acesso do usuário aos serviços, algo que chega muito para o Serviço Social. O usuário se vê diante de diversas barreiras para acessar a política de saúde e o profissional que ele sempre procura para intermediar essa garantia de direitos é o assistente social. Então eu acho que o acesso, que está dentro da Política de humanização, e está dentro do nosso projeto, eu acho que é um exemplo clássico da relação entre o PEP e a PNH (Assistente Social 1).

Tem bastante relação. No momento em que esta política de humanização, ela trata das questões do direito, do respeito aos usuários, ela trata do acesso às políticas, acesso às informações. Então tudo isso está bem interligado com a política de humanização. Sem informação, sem acesso aos direitos, sem a negociação e proposição o nosso projeto não anda, a política também não avança. São exigências, digamos assim, tanto do nosso projeto quanto da Política Nacional de Humanização. O nosso Projeto Ético-Político ele é bem humanizado, ele se configura bastante com essa centralidade no indivíduo, no cidadão com quem a gente vai estar trabalhando. Norteia a nossa prática realmente para uma atuação que possa fortalecer a sociedade, os indivíduos e que as pessoas tenham acesso a seus direitos estabelecidos em lei, ou aqueles pelos quais vamos lutar, a gente vai batalhar que venha ser consolidados. Então tem sim essa convergência (Assistente Social 2).

Apesar de algumas assistentes sociais terem ressalvas nessa comparação, se mostra preocupante essa identificação entre os dois, ainda mais por se tratar de objetivos distintos e trazerem em seu cerne a defesa de projetos distintos. Isso pode

ser explicado pelo próprio entendimento do que seria humanização pelas profissionais. Pode-se entender que essa compreensão do que seria um ato humanizado está presente não somente no discurso das assistentes sociais, podendo estar presente no discurso de outros profissionais da saúde. É uma perspectiva que carrega o entendimento de que é possível humanizar o capital através de ações pontuais e comportamentais.

[...] os assistentes sociais acreditam ser possível e\ou suficiente, para articular suas ações aos interesses dos segmentos com os quais trabalham, a **humanização das suas relações pessoais** com os usuários, o que está distante de significar a humanização das relações sociais numa organização social que tem por base a desumanização progressiva dessas relações, quando não a simples eliminação - direta ou indireta - do “excedente humano”. Assim, mesmo que inconscientemente, acabam por reforçar o pensamento, hegemônico hoje em dia, de que não há alternativas ao capitalismo: países, classes sociais, indivíduos, ricos ou pobres, estão todos condenados a se submeter ao caminho da “livre concorrência” e do “sucesso individual”, no caso com retornos e anhos para uma minoria (Vasconcelos, 2007, p.33 - grifos da autora).

De acordo com as entrevistadas, a humanização possui relação direta com a escuta, o acolhimento, a comunicação, o pertencimento, o respeito, às singularidades, o atendimento com qualidade, a autonomia, o cuidado, o olhar integral, tornar algo melhor, acessível, agir com ética, a moral, a empatia, atender as necessidades do usuário naquilo que é seu direito, é a garantia de direitos além do respeito aos outros profissionais.

Sobre o entendimento do que seria um ato humanizado, os principais pontos abordados foram:

- Um atendimento com respeito e dignidade;
- Garantia de direitos dos usuários;
- Um ato [...] que contenha empatia, que informa, que escuta, que atenda a necessidade ou demanda do outro;
- Ato de ouvir,
- Identificação do usuário e o profissional de saúde como sujeito de direitos;
- É tornar algo melhor;
- Acolhimento;
- Escuta sensível;
- Ato atencioso;

- Identificar os indivíduos em suas singularidades;
- Comunicação e relação com o usuário, ocorrendo o diálogo;
- Bom atendimento, em que o usuário sinta pertencimento;

Observa-se o entendimento sobre a humanização a presença de termos presentes na PNH (nas suas diretrizes, seus princípios, seus dispositivos e nos documentos da PNH), como: o acolhimento, a escuta, a comunicação (sendo uma das principais ferramentas utilizadas pela PNH), autonomia, a valorização não somente dos usuários, mas também dos trabalhadores como sujeitos de direitos⁹⁰.

Para mim, o acolhimento seria um ato humanizado, é uma condição da pessoa humana e que qualquer profissional poderia ser responsável em ter um ato humanizado como este. A pessoa necessita ser ouvida, ou talvez ela nem queira falar, mas só necessite de uma companhia, de um aconchego até que uma pessoa de sua confiança chegue. Para mim esse seria um ato humanizado (Assistente Social 8).

Não é levado em consideração, na fala da assistente social 8, as condições objetivas encontradas pelas profissionais nos hospitais. Seria este ato humanizado o suficiente para suprir a falta de materiais e de medicamentos, as filas de espera pelas cirurgias, a demora nos atendimentos? Também deve ser pontuado sobre a sobrecarga das profissionais, apontada por diversas entrevistadas. Há um contexto mais amplo a ser levado em consideração que envolve a disputa de projetos na saúde e o avanço da privatização do setor através dos novos modelos de gestão articulado ao projeto neoliberal.

Observou-se, na maioria das entrevistadas, apesar de certa crítica à humanização, a falta de compreensão da PNH como essa ferramenta ocultadora das mazelas enfrentadas pelo sistema de saúde. Percebe-se, principalmente quando a PNH foi vista como uma “amenizadora de conflitos”, certa criticidade por parte de algumas assistentes sociais, porém longe de desvelar a ideologia da humanização presente na política.

⁹⁰ Observa-se bastante este aspecto quando se comparado ao discurso sobre a atenção humanizada presente nos textos da PNH: Atenção humanizada – (1) Oferta de atendimento de qualidade articulada aos avanços tecnológicos, ao acolhimento, à melhoria dos ambientes de cuidado e às condições de trabalho dos profissionais. (2) Atenção pautada no protagonismo dos sujeitos, na democratização da gestão dos serviços e na ampliação da atenção integral à saúde. (3) Atenção que não separa o modo como trabalhamos nos serviços (a gestão desses serviços) e o modo como oferecemos atendimento aos usuários (a atenção) (Ministério da Saúde, 2013, p. 37).

De acordo com Guerra (2018), a humanização como ideologia surge da tentativa da restituição do subjetivismo presente na sociedade capitalista que acaba por se perder em meio ao processo de produção de mercadoria que se dá de maneira alienada e estranhada.

A humanização atenderia às requisições de liberar os sujeitos dessa 'maldição' da sociedade burguesa. Pressupondo que se trate de mera escolha do sujeito profissional, liberar os usuários do processo de coisificação, a partir do suposto resgate da sua individualidade e personalidade, a humanização com foco no sujeito, de extração liberal-burguesa, ao fim e ao cabo o responsabiliza os sujeitos pela sua própria situação (Guerra, 2018, p. 4).

Apesar de haver, por parte de algumas entrevistadas um estranhamento acerca da definição do que seria a humanização e a necessidade da mesma, em sua maioria as críticas se voltaram para a maneira que a mesma está sendo implementada pelo hospital, e não a PNH em si. Existem, também, algumas ressalvas em que foi citada a política de humanização como uma forma de amenizar os conflitos na instituição. Mas de forma geral, quando perguntado sobre as críticas e dúvidas acerca da Política Nacional de Humanização não se chegou a falar, de maneira concisa, da contradição presente no termo humanização, sobre a possibilidade da humanização do modo de produção capitalista essencialmente desumanizador ou, até mesmo, da humanização como categoria marxista, da centralidade do trabalho, da mercadorização como ato de desumanização que está presente na saúde e nos diversos outros setores.

A humanização surge para efetivar os princípios do SUS. Eu entendo que a humanização vem para propor uma comunicação entre trabalhadores, gestores e usuários a fim de que os usuários sejam protagonistas no processo de saúde, no processo de cuidado, de transformar esse atendimento predominante anteriormente, transformar a assistência, é fazer com que esses usuários se tornem ativos nesse processo, que eles tenham autonomia, que eles sejam responsáveis também por esse processo (Assistente Social 15)

Há crítica acerca da Política Nacional de Humanização, porém não consegue ultrapassar e desvelar a ideologia da humanização em todas as suas nuances, resultado disto é a afirmação, pela maioria das profissionais, da relação entre a PNH e o Projeto Ético Político. Há a naturalização de alguns aspectos da mesma sem que as profissionais destaquem.

Se tratando das manifestações materiais, percebem-se muito fortemente na Unidade Materno Infantil ações voltadas ao que é interpretado como humanização pela instituição e por alguns profissionais. Podem ser postas como exemplo a pintura feita do 4º andar do prédio para se tornar mais lúdico (ambientação) por se tratar de um local de atendimento do público infantil, foram notados enfeites de papel crepom espalhado ao longo do prédio, balões, enfeites de E.V.A. ⁹¹. Nota-se também a aproximação entre o setor da qualidade e o da humanização⁹²no hospital, onde, a partir das falas das profissionais, se identifica a reprodução da ideologia da humanização.

A humanização possui um viés conformista de ações paliativas. A comunicação entre os profissionais é importante, a informação, o “tratar bem” é necessário... Mas seria esses elementos o suficiente para uma verdadeira humanização? Seria possível humanizar a saúde em um contexto de desumanização? Os problemas vivenciados no SUS como as filas continuam a existir, as dificuldades dos acessos aos serviços continuam, a falta de leitos continua a ocorrer. Como ocorrer a melhoria da qualidade nos atendimentos se há um sobrecarga dos profissionais que pode ser constatada nas entrevistas?

Nós temos o título de hospital de referência de alto risco, mas têm algumas questões que devem ser superadas por conta do financiamento, não somente no meu setor, mas o hospital como o todo: Materno Infantil e Dutra. A gente tem a lista de espera da cirurgia que ainda é muito além da nossa possibilidade. Há relatos de pessoas que estão a meses a espera da cirurgia, de alguns procedimentos que a gente não faz aqui no hospital, mas que era para a gente fazer, aí acarreta em várias questões que comprometem a saúde do indivíduos (Assistente Social 3).

⁹¹ No ano de 2022, as principais atividades realizadas relacionadas à “Qualidade” ligadas à Unidade de Humanização foram:

- Elaboração de Capacitação para os líderes da Qualidade em parceria com a Unidade de Segurança do Paciente, Ouvidoria, Humanização, e Unidade de Vigilância em saúde. Foram capacitados um total de 90 líderes de Qualidade e Segurança;
- Realização do Seminário de Humanização e Concurso da Rainha Caipira 2022, atividades da Semana da Criança e Atualização e aprovação da Norma do Direitos dos Usuários;
- Realização de ações de humanização tais como Projeto Música no Cuidado, Educação Permanente para as equipes do Cuidado e Apoio Clínica Ampliada, Coral do HU- UFMA, Acompanhamento de Projeto Terapêutico Singular, Gestão do Voluntariado, Capelania, Elogiômetro.(EBSERH, 2022, p.26)

⁹² Como já foi dito no capítulo 2, a ideia de qualidade total e humanização sempre andam juntas. No Hospital Universitário da UFMA foi afirmado que anteriormente que a humanização era um setor só com o núcleo de qualidade. Porém, até nos dias de hoje se percebe uma aproximação entre os dois. A ideia de “humanização para haver qualidade” ainda é bem presente podendo ser identificado nas falas de diversas entrevistadas.

O que causa mais confusão é o fato de se ter alguns elementos como a garantia dos direitos dos usuários e a autonomia nos textos e falas relacionadas à PNH, e estes também estão presentes no próprio Projeto Ético Político. Mas a diferença entre os sentidos vinculados às suas bases é capaz de realizar o discernimento entre o que seria a autonomia ou a participação para o Projeto Ético Político e o que seria para a PNH, por exemplo, evitando visões como da assistente social 15: “A PNH e o Projeto Ético-Político, na minha concepção eles caminham juntos [...]” (Assistente Social 15).

E para haver essa clareza, para realizar esse discernimento, deve-se trazer para a discussão, tanto no âmbito acadêmico quanto nas instituições, uma visão crítica não somente sobre a política tratada, mas das várias políticas sociais em que o Serviço Social está inserido. Essas políticas se entrecruzam, inclusive com o Projeto Ético-Político que no âmbito do exercício profissional precisa estar para além de autopromoção – exige conhecimento das contradições, da totalidade histórica que lhe dá concretude, até mesmo para que se possa ter horizontes nos encaminhamentos a serem feitos tendo em vista a garantia, preservação e ampliação de direitos básicos além de ter circunscrito a perspectiva de construção de uma nova cultura, uma cultura emancipatória e oposta à cultura hegemônica vigente.

Na academia, além da necessidade de fazer discussões sobre o assunto, requer realizar mais estudos voltados à temática da humanização. Fazendo um breve levantamento do número de teses e dissertações sobre a política de humanização em algumas universidades públicas no Brasil, se observou ainda o pouco volume de trabalhos sobre a temática: na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da UFMA foram encontrados somente quatro trabalhos falando da PNH, duas teses e duas dissertações. Foram encontradas nove dissertações que citam a Política Nacional de Humanização, tem como palavra-chave ou como objeto de estudo (sendo as mais recentes de uma de 2019 e duas de 2021); foram encontradas quatro teses, sendo a mais recente de 2018; na Unicamp não foram encontrados resultados; foram encontradas quatro dissertações na Universidade Federal de Minas Gerais. No Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais – CBAS, de 2022, somente um artigo discutia sobre a PNH. Na X Jornada Internacional de Políticas Públicas dois artigos falavam do assunto. Na base de dados da Biblioteca Eletrônica Científica Online – *Scielo*, foram encontrados cerca de 10 artigos citando ou tendo como objeto de estudo a Política de Humanização nos anos de 2020, 2021, 2022.

De maneira resumida, o que se observa na PNH é que mesma se mostra uma política:

Baseada num eticismo abstrato, no resgate de uma essência humana perdida como uma reação romântica ao capitalismo, ou uma visão moralista que impõe uma pauta de dever aos profissionais de saúde, o que em verdade essa ideologia sustenta é o desmonte da saúde pública, em prol de uma gestão entendida como humanizada, gerida por organizações sociais, a exemplo das Empresas Brasileiras de Serviços Hospitalares (EBSERH) (Guerra, 2018, p.4).⁹³

Em meio ao processo de tessitura da teoria e empiria, analisando o que foi exposto pelas profissionais juntamente com os materiais coletados, os caminhos se desdobraram demonstrando outros pontos essenciais para compreender as categorias estudadas.

Um exemplo está na hipótese levantada: a humanização poderia se configurar em base de ações nos hospitais, por parte dos profissionais, sendo utilizado como instrumental para a “[...] adequação do processo ideológico formador de determinado modo de vida – cultura – às necessidades e imperativos de um tipo de racionalização produtiva [...]” (Abreu, 2002, p.43). No decorrer do estudo, percebe-se que o que há é a absorção da humanização no dia a dia das trabalhadoras, acaba sendo dissolvida em meio ao cotidiano alienante.

Em síntese, o que se consegue perceber com a presente investigação é que existem quatro perspectivas da política de humanização: a PNH como inscrita em seus documentos; a PNH como é implantada no HUUFMA, a perspectiva que as profissionais possuem da PNH, a qual tecem críticas em sua superficialidade, mas não desvelam a ideologia da humanização e a PNH como política articulada ao projeto neoliberal, proposta de análise da dissertação.

Apesar da crítica das profissionais sobre a humanização, de como a política é implantada no HUUFMA, não evolui e nem se aprofunda a análise para questões mais essenciais sobre a PNH. Este fator mostra o desconhecimento da PNH em uma

⁹³ Em uma das respostas dadas pelas entrevistadas sobre o que seria humanização, estes elementos se fizeram bem claros: “Acho que seria agir com Ética. E outro elemento que vai influenciar nessa categoria da humanização, não somente a ética, mas também a moral, que seria o correto. Seria agir de forma correta, reconhecendo aquele sujeito e observando a questão moral, o que é certo” (Assistente Social 8).

perspectiva mais crítica, não se questiona sobre a ideologia e as intencionalidades da política de humanização.

Para buscar modificar esse cenário necessita-se que os assistentes sociais que atuam na execução das políticas públicas, como a PNH, apreendam a política social na sua manifestação mais aparente, pois “[...] a rica possibilidade de interpretação clara e rigorosa dos seus fundamentos é imprescindível” (Guerra, 2018, p.4).

Conforme mencionado no capítulo anterior, o Serviço Social no Brasil surgiu no contexto do pensamento conservador, com influências do neotomismo, que se refletiram nas primeiras ações dos assistentes sociais. Essa abordagem inicial adotou uma perspectiva humanista cristã conservadora, que via a questão social como um problema moral e religioso. A intervenção priorizava a formação da família e do indivíduo e o atendimento de suas necessidades materiais, morais e sociais (Yazbek, 2009). Um dos objetivos da intervenção era a “integração” do sujeito à sociedade. Apesar do Movimento de Reconceituação trazer reflexões necessárias para o Serviço Social sabe-se que persiste, ainda hoje, dificuldades enfrentadas pela profissão principalmente referente a concretização, na prática, do Projeto Ético-Político da profissão.

De acordo com Vasconcelos (2007) um dos maiores conflitos enfrentados pelos assistentes sociais se encontra em seu trabalho cotidiano com as mais diversas demandas e seu imediatismo. Não perder de vista a complexidade dos elementos que envolvem o atendimento dos usuários se trata de um grande desafio, pois “[...] ainda que seja necessário enfrentar e dar respostas às questões imediatas, elas não se resolverão nessa organização social assentada na exploração do homem pelo homem” (Vasconcelos, 2007, p. 21).

Os processos de trabalho do assistente social na saúde envolvem rotinas e os protocolos que colaboram para atendimentos imediatos que são ainda mais prejudicados pela sobrecarga de trabalho das/os profissionais. Foca-se em fragmentos da questão social para se resolver os “problemas” apresentados pelos usuários, identificados por outros profissionais e encaminhados ao Serviço Social visando a sua “resolução”.

A falta de articulação entre os assistentes sociais nos seus espaços sócio-ocupacionais e a cotidianidade são desafios postos à profissão. Estes dois fatores colaboram na alienação do trabalhador e dificultam a prática alinhada com o Projeto

Ético Político, por mais que a categoria tenha internalizado os princípios inerentes ao mesmo. Segundo Matos (2017):

[...] o Projeto Ético-Político está em disputa, seja na direção em que vai ser dada, seja para o seu combate. Muitos assistentes sociais estão trabalhando conscientemente para o fortalecimento desse projeto, outros buscam ignorá-lo, e, certamente, uma parcela expressiva está fazendo uma verbalização abstrata de defesa do Projeto Ético-Político profissional [...] (Matos, p.107-108)

Apesar das profissionais afirmarem a importância da pesquisa e da educação continuada nota-se que se faz presente, entre a maioria das entrevistadas, a perspectiva de que a prática e a teoria andam separadas; a visão que “na teoria é uma coisa e na prática é outra”⁹⁴. Este fato faz com que exista e persista um “saudosismo” em relação ao Serviço Social tradicional como dito por Guerra (1999), gerando um afastamento com a perspectiva atualmente vigente e expressa nos instrumentos legais do Serviço Social e no Projeto Ético-Político.

Há uma perspectiva de que apenas se avançou nas discussões teóricas e que na prática há uma estagnação, como a última não acompanhasse as discussões da primeira.

[...] há uma desconexão, uma fratura entre a prática profissional realizada pelos assistentes sócias e as possibilidades de prática postas na realidade objeto da ação profissional na direção daquele projeto profissional, as quais só podem se apreendidas a partir de uma leitura crítica dessa realidade, fruto de uma conexão sistemática – ainda não existente – entre o trabalho profissional e o debate hegemônico na categoria (Vasconcelos, 2007, p. 30).

Assim, com essa fratura ainda a ser superada, o que ocorre na maioria das vezes é o descompasso do que é aprendido e estudado ao longo dos anos de formação e a prática profissional. O que está em jogo para os assistentes sociais que queiram embasar sua prática em uma perspectiva de ruptura com o conservadorismo, “[...] é a **apropriação de uma perspectiva teórico-metodológica e ético-política** que, colocando referências concretas para a ação profissional, possibilite a reconstrução permanente do movimento da realidade [...]” (Vasconcelos, 2007, p. 27-grifos da autora).

Vasconcelos (2007) lembra que a categoria não pode perder de vista a perspectiva de totalidade social, sendo seu objeto de intervenção reflexo da mesma.

⁹⁴ Assunto explorado no livro da Cláudia Mônica dos Santos chamado “*Na prática a teoria é outra?*”.

Esta perspectiva auxilia para um exercício profissional que seja consciente, criativo, crítico e político, “[...] que só pode ser empreendido na **relação de unidade entre teoria e prática**” (Vasconcelos, 2007, p. 28- grifos da autora).

Deve-se buscar, para a formação de profissionais críticos e reflexivos capazes de intervir na realidade, um reforço na internalização da relação teoria e prática desde o processo de formação profissional tanto na graduação quanto na formação continuada. Assim, concorda-se com Vasconcelos (2007), quando a mesma afirma que:

A unidade dialética entre teoria e prática, necessária a um trabalho profissional articulado aos interesses dos trabalhadores, não vai ser obtida no Serviço Social apenas a partir das referências teórico-metodológicas, mas sim tendo como base a qualidade nas conexões que os profissionais – assistentes sociais, pesquisadores, docentes e assessores/consultores – estabeleçam com a realidade objeto da ação profissional, o que passa por uma relação consciente entre pensamento reação, determinada pela garantia da associação academia/meio profissional, a partir de um vínculo sistemático, projetado permanentemente (Vasconcelos, 2007, p. 28- 29).

Um estreitamento das relações entre os “profissionais da ponta”, aqueles que são executores das políticas públicas, e a academia se faz extremamente necessário. Deve-se buscar romper com esta perspectiva de bipartição na profissão que persiste e causa afastamento e desarticulação entre os assistentes sociais.

A troca de experiências deve ser realizada mais assiduamente para que sejam superadas algumas das dificuldades vivenciadas pela profissão coletivamente, para que se internalize de vez a perspectiva posta pelo Projeto Profissional e a unidade do Serviço Social. Este movimento colabora como momento de “suspensão da realidade” de ambas as partes enriquecendo ainda mais os debates e a construção coletiva do saber profissional.

Conforme Matos (2017), uma profissão é construída cotidianamente nas ações profissionais e a partir de condições objetivas de trabalho, das requisições apresentadas e também da capacidade de leitura e de resposta do profissional às demandas dos usuários. Desta forma, é “[...] importante é o estudo crítico de situações concretas sobre o exercício profissional, uma vez que o seu desvelamento pode contribuir para o aperfeiçoamento do exercício profissional [...]” (Matos, 2017, p.151).

Para além de afirmar a necessidade de se pensar criticamente o cotidiano profissional, necessita-se dar condições para que isso ocorra. Porém, são várias as dificuldades enfrentadas pelos profissionais para uma análise mais crítica da realidade

devido as condições impostas pelo próprio cotidiano e as condições objetivas de trabalho como, por exemplo, não ter dedicação exclusiva a somente um emprego e a fragmentação do trabalho coletivo na área da saúde (Matos, 2017).

Há, por parte de alguns profissionais, o entendimento da importância da educação continuada, a vontade de se especializar, a necessidade de estudar e investigar para uma intervenção mais crítica. Mas o espaço em que estão pouco colabora para que isto ocorra, pressionando em busca das metas estabelecidas e com intensas jornadas de trabalho, exigindo respostas imediatas às demandas, a exemplo da EBSEH, no Hospital Universitário da UFMA.

A fragmentação existe em duas vias: a fragmentação do trabalho, levando em conta todas as profissões (assistentes sociais, nutricionistas, médicos, fisioterapeuta etc.), cada qual com sua especialidade e seu papel; e a fragmentação do Serviço Social, que não possui uma categoria organizada e representada por assistentes sociais (como no caso da Divisão da Medicina e da Enfermagem) havendo pouco contato entre as profissionais em determinada Unidade e extra Unidade (entre o Dutra e o Materno Infantil, por exemplo). Porém:

É possível ao profissional de Serviço Social viver – parcialmente, uma vez que está inserido numa instituição e em um trabalho coletivo, ambos fragmentados – criticamente o cotidiano de trabalho. Para tanto, nos parece serem fundamentais o investimento em sua formação intelectual, a pesquisa e a análise crítica sobre seus valores (Matos, 2017, p.149).

O contexto no qual os assistentes sociais estão inseridos também deve ser levado em consideração. Em uma conjuntura que não é propícia para os direitos sociais e para a concretização do projeto profissional é pouco provável que a categoria obtenha êxito em sua implementação, mesmo se todos os assistentes sociais internalizassem os valores do Projeto Ético-Político do Serviço Social (Matos, 2017). “[...] Para isso se fazem necessários outros fatores, especialmente a realização de uma conjuntura favorável de aliança entre esse projeto profissional e o projeto societário [...]” (Matos, 2017, p. 108).

Os assistentes sociais, mesmo em uma situação desfavorável à implementação de seu projeto e sendo o projeto societário vigente oposto ao que propõe os princípios do Projeto Ético Político, não deve cair no “fatalismo” da situação, deve-se buscar, a todo o custo “[...] a internalização dos valores desse projeto

profissional por parte dos assistentes sociais [...]” (Matos, 2017, p. 108), a busca por melhores condições de trabalho e persistindo na defesa dos direitos sociais.

O conhecimento é a principal ferramenta da/do assistente social, que somente seria capaz de se materializar se articulado com a competência profissional que apenas pode ser alcançado com o aperfeiçoamento intelectual (Netto, 1999). Desta forma, quando o assistente social não conhece a lógica e as leis fundamentais da organização social capitalista:

[...] sua complexidade e contradições na geração da questão social e negando os interesses econômicos e a exploração do trabalho como problemática central desse modo de produção, os assistentes sociais acreditam ser possível e/ou suficiente, para articular suas ações aos interesses dos segmentos com os quais trabalham, a **humanização das suas relações pessoais** com os usuários, o que está distante de significar a humanização das relações sociais numa organização social que tem por base a desumanização progressiva dessas relações, quando não a simples eliminação - direta ou indireta – do “excedente humano”. Assim, mesmo que inconscientemente, acabam por reforçar o pensamento, hegemônico hoje em dia, de que não há alternativas ao capitalismo [...] (Vasconcelos, 2007, p.33-grifos da autora).

Assim, concorda-se com Matos (2017) que afirma que compreendendo a pertinência dos valores emancipatórios presentes na ética marxista que traz em si a essência do homem (ou seja, de uma humanização conforme a teoria marxista) e de suas expressões no Projeto Ético-Político do Serviço Social e na leitura do projeto de reforma sanitária, se compreende o potencial criador que a internalização desses valores pode propiciar na luta pela democracia, pela liberdade, pela emancipação e pelos direitos humanos.

5 CONCLUSÃO

As análises reducionistas sobre a Política Nacional de Humanização acabam por disfarçar os entraves e desafios enfrentados pelo SUS, acirrados na contemporaneidade neoliberal e sucessivas contrarreformas que corroem direitos e esfacelam o sistema de Seguridade Social.

A PNH não modifica a estrutura da sociedade de classes, não problematiza a política pública de saúde e não reforça a responsabilidade do Estado com a garantia do direito à saúde. Ela é uma estratégia construída no contexto de desmonte de direitos e de desresponsabilização do Estado com a proteção social. Como pensar em humanizar uma política desfinanciada, cada vez mais precarizada e que sofre com constantes invertidas do setor privado?

Esse fato fez emergir o desejo de saber de que maneira as/os assistentes sociais se portavam em meio a uma política tão controversa que se propõe “humanizar” estando inserida em meio a uma realidade que não proporciona possibilidades para tal.

No processo de investigação os caminhos não são lineares e não se mostram como “concreto pensado”. Assim, ao decorrer da pesquisa foram sendo apreendidas algumas questões que não estavam previstas fazendo com que a pesquisa enriquecesse quanto ao conteúdo.

Ao se analisar todas as informações obtidas tanto de fontes teóricas, documentais e nas entrevistas semiestruturadas notou-se que existem 4 formas de se compreender a PNH:

- a) A compreensão da PNH pelas assistentes sociais, com a crítica voltada à execução da política no HUUFMA.
- b) A maneira que a PNH é tratada pela Instituição.
- c) A PNH como descrita em seus documentos.
- d) A perspectiva crítica da PNH enquanto política articulada ao projeto neoliberal.

Um dos principais pontos percebidos foi que há um choque entre o entendimento que as assistentes sociais entrevistadas possuem sobre a humanização e sobre a PNH e a maneira que a mesma é institucionalizada no HUUFMA. Segundo as entrevistadas que participaram das reuniões promovidas pelo Grupo de Trabalho de Humanização, se destacam aspectos mais lúdicos e materiais sendo deixado de lado assuntos considerados pelas profissionais como mais pertinentes para a melhoria

da qualidade nos atendimentos dos serviços de saúde. A PNH não é vista como uma política, mas como um conjunto de ações pontuais de determinado setor.

Então, pode-se afirmar que a política de humanização, que já possui problemas expostos no corpo de seus documentos (como, por exemplo, tratar a política de saúde de forma isolada de outras políticas mesmo propondo a intersectorialidade) não consegue se concretizar as suas propostas na Instituição estudada. A PNH também não se mostrou ser uma política de conhecimento aprofundado por parte das profissionais.

Porém, o que se mostra mais preocupante é a escassa reflexão sobre a temática da humanização pela categoria que acaba assimilando a política de forma acrítica. Foi mostrada certa dificuldade na conceituação do que seria a humanização o que colabora com o estranhamento da temática e seus significados e seus sentidos. De maneira geral, não se percebe uma leitura crítica da PNH e sobre os significados da humanização por parte do Serviço Social da unidade Materno Infantil. As respostas para o que seria a humanização estão alinhadas às questões subjetivas, relacionais e com a comunicação e participação dos usuários. Podem-se perceber esses elementos bastantes presentes na própria PNH. Assim, apesar de existirem críticas sobre a PNH as mesmas não chegam a apontar para a essência de questões pertinentes e problematizar as intencionalidades da política o que por sua vez reforça a ideologia da humanização no setor da saúde e a absorção da mesma em ações profissionais no cotidiano da atividade laboral. Prova disso é que parte das assistentes sociais afirmaram que as ações dos assistentes sociais já são por si só humanizadas.

Outra preocupação está na falta de contextualização na fala da maioria das profissionais. A leitura crítica da realidade é fundamental para o trabalho do assistente social. Sem ela os/as profissionais podem cair na armadilha do “canto de sereia” da humanização mesmo em meio a um contexto de desfinanciamento e desumanização das políticas públicas. A falta dessa leitura crítica interfere no próprio projeto profissional do Serviço Social dificultando a sua concretização.

Apesar da importância, por exemplo, da garantia do conforto para o usuário e o acompanhante, deve-se lembrar de que o profissional está inserido em uma política que assegura o direito à saúde, visando a garantia desse direito. Essa discussão não se destaca nos depoimentos das profissionais.

Percebe-se que a partir de 2016 a desumanização na saúde fica mais aparente com o acirramento do desfinanciamento das políticas públicas, tendo como

ponto chave a EC 95 e a permanente ameaça da privatização. No Governo Bolsonaro há acirramento desses elementos com o setor privado cada vez mais presente e expressivo na alta complexidade, como o HUUFMA.

O financiamento da política é um elemento central para a garantia da política de saúde, dos direitos, para melhorar o atendimento ao usuário. Como fazer isso se não se garante minimamente os serviços por falta de financiamento?

Como já foi descrito por Castro (2018), é impossível pensar em humanização na área da saúde sem resgatar um projeto de sociedade e de saúde que ultrapasse o marco estabelecido de uma “humanização possível” ou da humanização como mercadoria. O trabalho vai ao encontro de uma concepção de humanização que problematiza as relações sociais vivenciadas na sociedade capitalista e seus processos de alienação e estranhamento (Castro, 2018).

Sobre esses processos, há de ser citado o debate no “movimento da qualidade” que possui em seu cerne formas de controle da dimensão subjetiva do trabalho através de estratégias como a gestão compartilhada e participativa, o trabalho em equipe, a responsabilização do trabalho e a construção dos chamados novos modelos de gestão são incorporadas pela PNH (Castro, 2018). Estes aspectos são bem notados na investigação empírica, principalmente por se tratar de um hospital gerido pela EBSEH.

O modelo socioeconômico vigente e suas manifestações na saúde, como a EBSEH, possuem entre seus mecanismos a desarticulação da classe trabalhadora que pôde ser percebida nas entrevistas e observações no Materno Infantil. As variações de vínculos empregatícios e de salários colaboram ainda mais para o afastamento entre as profissionais que se veem desorganizadas politicamente⁹⁵.

Em contato com as profissionais se percebe que as questões que permeiam a humanização acabam sendo dissolvidas em meio ao cotidiano alienante (Heller, 2008) nos hospitais, com suas normas, regras, burocracias etc. A humanização não é entendida, pelas profissionais, como um elemento central na ação do assistente social, mas às vezes é compreendida como constitutivo do trabalho do assistente social.

Há um afastamento da perspectiva de humanização como proposto pelo marxismo, base no qual foi construído o Projeto Ético-Político do Serviço Social, o que

⁹⁵ Apesar da desorganização da categoria que possuem como chefia médicos, as profissionais ainda conseguem, de certo modo, se organizar o suficiente para resistir a algumas demandas institucionais.

se mostra preocupante. Percebe-se que há pouca discussão acerca do PEP entre as profissionais. Apesar de algumas assistentes sociais conseguirem defini-lo em alguns aspectos, porém o mesmo se mostra confundido, muitas vezes, com os próprios instrumentos legais mostrando-se distante da realidade vivenciada pelas profissionais.

O PEP carrega em si a perspectiva da emancipação, liberdade e superação do projeto societário rumo a humanização, nos moldes do pensamento marxista, fazendo-se superar o presente estado de alienação das forças produtivas resgatando o aspecto humanizador da categoria trabalho e todas as práxis secundárias resultantes do processo de complexificação humana. A humanização das relações pessoais com os usuários, tal como estabelecido na PNH, está distante de significar a humanização das relações sociais numa organização social desumanizada, acaba por, mesmo que inconscientemente, reforçar o pensamento, hegemônico (Vasconcelos, 2007).

Mesmo com as profissionais relatando a necessidade da apropriação do Projeto Ético-Político alegando a sua importância não há, de fato, a internalização dos princípios do PEP. “[...] as ações profissionais, no seu conjunto, não expressam um processo consciente e a responsabilidade em contribuir para a transformação\superação dos *status quo*” (Vasconcelos, 2007, p. 32).

Esta falta de internalização deixa frestas para que outras concepções tenham espaço e passem a ser reproduzidas, mesmo inconscientemente, pelas profissionais. Abrem-se espaços inclusive para o avanço do conservadorismo no Serviço Social.

Há a necessidade da superação do afastamento da teoria da prática ainda muito presente nos discursos das profissionais. A troca de conhecimento e experiências é essencial para o processo que envolve a formulação do PEP, o avanço da profissão e o combate ao conservadorismo. Estes momentos de troca possibilitam um “momento de suspensão” da realidade auxiliando na criticidade nas análises feitas pelas profissionais.

Para que isso ocorra devem-se buscar as condições concretas que não são dadas às profissionais que se veem sobrecarregadas, com jornadas de trabalho intensas ou até mesmo dupla jornada de trabalho. Muitas alegam a necessidade da educação continuada e de reflexão crítica, mas reclamam que não possuem espaço para tal.

Foi percebido durante as investigações e as análises das entrevistas que estudar a relação entre a humanização e o Serviço Social requer um resgate da construção da profissão desde seu surgimento. Deve-se buscar notar a articulação entre estas duas categorias levando em consideração as tendências humanistas cristãs presentes na gênese da profissão.

Deve-se ter o cuidado e o trabalho de reflexão na categoria, de maneira conjunta, para haja um afastamento das práticas que o Serviço Social procurou se afastar a partir da intenção de ruptura, onde visou romper com ideários conservadores presentes desde a formação profissional. Porém, sabe-se que mesmo com o esforço feito pelos profissionais ainda existem, como a pouco citado, problemas relacionados à discussão da unidade entre a prática e a teoria que deixa aberto o caminho para o conservadorismo.

Há de levar em consideração a totalidade da conjuntura vivenciada e a sua relação a tendência de avanço do conservadorismo na profissão. Juntamente com esses elementos há a disputa de projetos na saúde com uma delas defendendo a saúde como direito e a outra a mercadorização dos direitos, visando a privatização, terceirização e o desfinanciamento.

A ideologia da humanização justamente se alinha a perspectiva do projeto neoliberal para a saúde pública em sua construção e começa a fazer parte do cotidiano dos profissionais da saúde, dentre eles o assistente social. Existe uma tendência a se absorver a perspectiva de humanização presente na PNH ainda que não se possa afirmar que a mesma se tornara cultura e esteja sendo utilizada como ferramenta para a manutenção da hegemonia das classes dominantes por parte dos profissionais. Porém, está presente na profissão se fazendo necessário não somente estudos, mas debates entre a academia e os profissionais presentes nas instituições para que a categoria não caia na armadilha da humanização.

Como já citado anteriormente, a principal ferramenta a ser utilizada é o conhecimento não somente sobre a política, mas sobre a própria profissão, sua instrumentalidade e seu papel na sociedade tendo como perspectiva avançar no processo de construção do Projeto Ético-Político da profissão.

É necessário compreender a pertinência dos valores emancipatórios presentes na ética marxista que traz em si a essência do ser humano e de suas expressões presentes no Projeto Ético-Político do Serviço Social e na leitura do projeto de reforma sanitária. Somente assim o potencial criador que a internalização

desses valores auxiliarão na luta pela democracia, pela liberdade, pela emancipação, pelos direitos e pela humanização (Matos, 2017).

REFERÊNCIAS

ABRAMIDES, Maria Beatriz Costa. **O projeto ético-político do serviço social brasileiro**: ruptura com o conservadorismo, São Paulo, Editora Cortez, 2019.

ABREU, Marina Maciel. **A questão pedagógica e a perspectiva de hegemonia das classes subalternas**. Revista de Políticas Públicas, 2018.

ABREU, Marina Maciel. **Serviço social e a organização da cultura**: perfis pedagógicos da prática profissional. São Paulo: Cortez, 2002.

AGUIAR, Janaina Marques de; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; SCHRAIBER, Lilia Blima. **Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde**, 2013. Disponível em: <SciELO - Brasil - Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde>

AGUIAR, A. G. de. **Serviço Social e Filosofia**: das origens à Araxá. 5^o. ed. São Paulo: Cortez: Piracicaba, 1995.

ANTUNES, Ricardo, **Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**, ed.1, Editorial Boitempo, São Paulo, 1999.

ANTUNES, Ricardo. **A Fenomenologia da crise brasileira**. Revista Lutas Sociais, São Paulo, 2015.

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho?** ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho, Editora Cortez; Campinas, SP: Editora da Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 1995.

ARAÚJO, Maria do Socorro Sousa de; CARVALHO, Alba Maria Pinho de. **Autoritarismo no Brasil do presente**: bolsonarismo nos circuitos do ultraliberalismo,

militarismo e reacionarismo, Revista Katálysis [online], Florianópolis, v. 24, n. 1, 2021. Acesso em: 5 novembro 2021.

BARBOSA, Regina Helena Simões, Humanização da Assistência à Saúde das Mulheres: uma abordagem crítica de gênero. In: DESLANDES, S. (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

BARBOSA, Wilmar do Valle. **Tempos pós-modernos**. In: A condição pós-moderna, LYOTARD, Jean-François (Org.). ed.12, Editora José Olympio, Rio de Janeiro, 2009.

BARROCO, Maria Lúcia. **Prefácio**. In: MATOS, Maurilio Castro. Serviço Social, Ética e Saúde: reflexões para o exercício profissional. São Paulo: Cortez, 2017.

BARROCO, Maria Lúcia. **Serviço Social e Pesquisa: implicações éticas e enfrentamentos políticos**. Revista Temporalis, Brasília, n. 17, 2009.

BEHRING, Elaine Rossetti; SOUZA, Giselle. **Ultraneoliberalismo e fundo público: análise do orçamento das políticas sociais e do ajuste fiscal em tempos de pandemia**. In: Trabalho e os limites do capitalismo: novas facetas do neoliberalismo. Uberlândia: Navegando Publicações, 2020.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. **Humanização na saúde: um novo modismo?** Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v.9, 2005b.

BOITO, Armando. **Dilma, Temer e Bolsonaro: crise ruptura e tendências a política brasileira** [recurso digital]. Coleção Párias Ideias: Orgs. Antônio Camêlo; Virgínio Gouveira – Goiânia-Go: Editora Phillos Academy, 2020.

BOITO, Armando. **Reforma e crise política no Brasil: os conflitos de classe nos governos do PT**. Campinas, SP: UNICAMP; São Paulo, SP: UNESP, 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Constituição da República Federativa Do Brasil, 1988**. Disponível em: <Constituição (planalto.gov.br)>

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei No. 8080/90, de 19 de setembro de 1990**. Brasília: DF. 1990. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm> Acesso em: 10 dezembro de 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Ministério da Saúde, **Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília. 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Mapeamento e Diagnóstico da Gestão de Equipamentos Médico-Assistenciais nas Regiões de Atenção à Saúde do Projeto QualiSUS-Rede**. Brasília, 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização: o que é e como implementar**. Brasília. 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**, 1987. Disponível em: < Conselho Nacional de Saúde - Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde (saude.gov.br)>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Serviço de Atenção Domiciliar - Melhor em Casa**. Disponível em: < <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/atencao-domiciliar/servico-de-atencao-domiciliar-melhor-em-casa> >

BRASIL. Ministério da Saúde. **Trabalho e Redes de Saúde**. Brasília – DF, 2013.

BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. de. **A Saúde no governo Lula e Dilma: algumas reflexões**. In: Cadernos de Saúde. Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal universal, gratuito e de qualidade. Organizadoras, Maria Inês Souza Bravo, Juliana Souza Bravo de Menezes. – 1. ed. Rio de Janeiro: UERJ/Rede Sirius, 2011.

BRAVO, Maria I. S. **Política de saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal**, XIX Seminário Latino-americano de Escuelas de Trabajo Social, 2009.

BRAVO, Maria I. S. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. 4 ed., São Paulo, Editora Cortez, 2011.

BRAVO, Maria I. S. **Política de Saúde no Brasil**. In: MOTA, Ana Elizabete. [et al.] (orgs.). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2008.

BRAVO, Maria I. S. **Saúde e Serviço Social no capitalismo: fundamentos sócio-históricos**; São Paulo: Cortez, 2013.

BRAVO, Maria Inês Souza. MATOS, Maurilio Castro. **Reforma Sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate**. In: Saúde e Serviço Social. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2007.

CARDOSO, Franci Gomes. **Sobre o “método marxiano para o conhecimento do ser social”**. Revista de Políticas Públicas, v1, nº1, São Luís, Universidade Federal do Maranhão, Unidade de Pós-Graduação em Ciências Sociais, 1995.

CARDOSO, Renata de Oliveira. **O Processo de contrarreforma do Estado brasileiro e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: a privatização mascarada dos Hospitais Universitários**. A Saúde nos Governos do Partido dos Trabalhadores e as Lutas Sociais Contra A Privatização\Organizadoras, Maria Inês Souza Bravo, Juliana Souza Bravo de Menezes – 1. Ed - Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2014.

CARVALHO, Maria do Carmo Brant. **Cotidiano: conhecimento e crítica** – 5 ed. – Editora Cortez, São Paulo, 2000.

CASTRO, Marina Monteiro de Castro (Org.). **Humanização em saúde: intencionalidades política e fundamentação teórica**. Lúmen Juris, 2018.

CFESS, Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na Saúde**. Brasília, 2010.

CFESS, Conselho Federal de Serviço Social. **Lei de Regulamentação da Profissão 8662/93**, In: Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais. Brasília, 2012.

CHAUÍ, Marilena. **O Que é Ideologia**. 11. ed. São Paulo: Brasiliense, 1980.

CISLAGHI, Juliana Fiuza. **Elementos para a crítica da economia política da saúde no Brasil: parcerias público privadas e valorização do capital**. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade do Rio de Janeiro, 2015.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, Ministério da Saúde. **Relatório final da 14ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília. 2012.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **EBSERH: lutas e resistências à lógica mercantil nas universidades**. A Saúde nos Governos do Partido dos Trabalhadores e as Lutas Sociais Contra A Privatização\Organizadoras, Maria Inês Souza Bravo, Juliana Souza Bravo de Menezes – 1. Ed - Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2014.

CRUZ, César Albenes de Mendonça. TEIXEIRA, Janine Vieira. **A implantação da empresa brasileira de serviços hospitalares (EBSERH) no espírito santo, e os impactos sobre os trabalhadores de um hospital universitário**. Jornada Internacional de Políticas Públicas, 2017.

CUTRIM, Izabelle Fernanda Neves. **Processo de implantação da EBSERH em um Hospital Universitário – São Luís – MA e seus impactos no processo de trabalho do serviço social**. Trabalho de conclusão de especialização apresentado ao Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão-HUUFMA, 2015.

DELEUZE, Gilles. **Analysis of the official speech about humanization of the hospital assistance**. *Ciência Saúde Coletiva*. [periódico na Internet]. 2004. Disponível em: < <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/630/63013499002.pdf> >

DELEUZE, Gilles. **Conversações**, 1972 -1990. Tradução Peter Pál Pelbart. Ed. 34, São Paulo, 1992.

DESLANDES, Suely Ferreira. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**\ Suely Ferreira Deslandes; Romeu Gomes; Maria Cecília de Souza Minayo (Org.). 28 ed., Petrópolis, Rio de Janeiro, Vozes, 2009.

EAGLETON, Terry. **Ideologia: uma Introdução**. Tradução Silvana Veira, Luís Carlos Borges, São Paulo, Editora da Universidade Estadual Paulista, Editora Boitempo, 1997.

EBSERH, **Relatório Gerencial 2019 a 2021: Hospital Universitário- HU, Universidade Federal do Maranhão**, 2022.

ENGELS, F. **Sobre o papel do trabalho na transformação do macaco em homem**. Edição eletrônica Ridendo Castigat Mores. Disponível em: <<http://ebooksbrasil.com> >

FALEIROS, Vicente de Paula. **Saber Profissional e Poder Institucional**. Editora Cortez, São Paulo, 1985.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. **Micropolítica e Saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde, editora Rede Unida, 2014.

FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE. **Relatório Analítico das irregularidades e dos prejuízos à Sociedade, aos Trabalhadores e ao Erário causados pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH**, 2014.

GOÉS, Karolayne Ribeiro de. **A lógica produtivista da empresa brasileira de serviços hospitalares – EBSERH**. *Revista Interface*, v.18, nº 2, 2021.

GOMES, Gustavo França. **A inconstitucionalidade da contrarreforma do SUS e de seus modelos privados de gestão.** A Saúde nos Governos do Partido dos Trabalhadores e as Lutas Sociais Contra A Privatização\Organizadoras, Maria Inês Souza Bravo, Juliana Souza Bravo de Menezes – 1. Ed - Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2014.

GOMES, Rogério Miranda. **Humanização e Desumanização no Trabalho em Saúde.** Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2017.

GOMES, Rogério Miranda; SCHRAIBER, Lilia Blima. **A dialética humanização-alienação como recurso à compreensão crítica da desumanização das práticas de saúde:** alguns elementos conceituais. Interface (Botucatu), v. 15, n. 37 June 2011. Disponível:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000200002&lng=en&nrm=iso>.

GOMES, Romeu, **A análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa.** In: Pesquisa social: teoria, método e criatividade\ Suely Ferreira Deslandess; Romeu Gomes; Maria Cecília de Souza Minayo (Org.). 28 ed., Petrópolis, Rio de Janeiro, Vozes, 2009.

GORENDER, Jacob. Introdução In: Marx, Karl. **A ideologia alemã/** Karl Marx e Friedrich Engels, tradução Luís Claudio de Castro e Costa- São Paulo, Martins Fontes, 1998.

GRAMSCI, Antônio, 1891-1937. **Cadernos do Cárcere, volume 1.** Edição e tradução Carlos Nelson Coutinho; co-edição, Luiz Sérgio Henriques e Marco Aurélio Nogueira, 2ª edição, Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 2001.

GUEDES, Olegna de Souza **A compreensão da pessoa humana na gênese do serviço social no brasil:** uma influência neotomista. Serviço Social em Revista / publicação do Departamento de Serviço Social, Centro de Estudos Sociais Aplicados, Universidade Estadual de Londrina. Vol. 4 n. 1 (Jul/Dez. 2001) — Londrina: Ed. UEL, 2003.

GUERRA, Yolanda. **Prefácio** In: CASTRO, Marina Monteiro de Castro (Org.). Humanização em saúde: intencionalidades política e fundamentação teórica.

GUERRA, Yolanda. **A instrumentalidade do serviço social**. 2 ed. Revista, São Paulo, Editora Cortez, 1999.

HELLER, Agnes. **O cotidiano e a História**. Tradução de Carlos Nelson Coutinho e Leandro Konder, São Paulo, Editora Paz e Terra, 2008.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO MATERNO INFANTIL. **Projeto de supervisão em serviço social no HUMI**, 1995.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 3 ed. São Paulo, Cortez, 2000.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **A questão social no capitalismo**, Temporalis/Associação Brasileiro de Ensino e Pesquisa em Serviço Social, Ano 2, nº 3 ,Brasília, Grafile, 2001.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Serviço social na história: América Latina, África e Europa**. São Paulo, Editora Cortez, 2019.

KOSIK, Karel. **Dialética do Concreto**. Editora Paz e Terra, Rio de Janeiro, 1976.

LEÃO XIII. **Carta encíclica *rerum novarum* do papa Leão XIII sobre a condição dos operários. 1891**. Disponível em: <https://www.vatican.va/content/leo-xiii/pt/encyclicals/documents/hf_l-xiii_enc_15051891_rerum-novarum.pdf> Acesso em: 14 de março 2023.

LOPES, Josefa Batista; CARDOSO, Franci Gomes. Prefácio in: ABREU, Marina Maciel. **Serviço social e a organização da cultura: perfis pedagógicos da prática profissional**. São Paulo: Cortez, 2002.

LUKÁCS, Georg. **Para uma ontologia do ser social**. Traduzido por Sergio Lessa e Revisado por Mariana Andrade, volume 14, Maceió, editora Coletivo Veredas, 2018. Lúmen Juris, 2018.

LYOTARD, Jean-François. **A condição pós-moderna**. Tradução: Ricardo Corrêa Barbosa; posfácio: Silvano Santiago. 12º ed., Rio de Janeiro, editora José Olympio, 2009.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **Os métodos na pesquisa. A pesquisa qualitativa**. Temporalis, Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em serviço Social – ABEPSS/ Pesquisa e conhecimento em Serviço Social, Ed. Universitária da UFPE, Recife, ano 5, n. 9, jan./jun. 2005.

MARX, Karl. **Manuscritos econômico-filosóficos**. Tradução Jesus Ranieri, Editorial Boitempo, 2004.

MARX, Karl. **O Capital**, Livro 1, O processo de Produção do Capital. Editorial Boitempo, 2011.

MATOS, Maurilio Castro. **Serviço Social, Ética e Saúde: reflexões para o exercício profissional**. São Paulo: Cortez, 2017.

MESZÁROS, István. **O poder da ideologia**. São Paulo, Editora Ensaio, 1996.

MOREIRA, Martha Cristina Nunes. **Cuidado, descuido e afecção: uma perspectiva para a humanização em saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, Volume: 26, Número: 8, Publicado: 2021.

NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. **A construção do projeto ético-político do Serviço Social**. In: Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo 1. Brasília: CEAD/ ABEPSS/CFESS, 1999.

NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64**. 8. Ed, São Paulo, editora Cortez, 2005.

NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. **O Movimento de Reconceituação: 40 anos depois.** In: Revista Serviço Social e Sociedade. Nº 84 – ANO XXVI. São Paulo, editora Cortez, 2005.

NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. **Economia política: uma introdução crítica.** São Paulo: Editora Cortez, 2007.

NEULLS, Talita Fernandes **Humanização em Saúde no Brasil: Estudos dos fundamentos filosóficos da Política Nacional de Humanização.** JOINPP, 2013. Disponível em: <<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2013>> Acesso em: Junho de 2019.

NEULLS, Talita Fernandes. **Humanização em Saúde frente ao Processo de Precarização do Trabalho: Análise acerca da Política Nacional de Humanização da Saúde no âmbito do SUS.** 2016. 173 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) - Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2016.

NUNES, Edison; JACOBI, Pedro; KARSCH, Ursula; COHN, Amélia. **A saúde como direito e como serviço.** 4 ed., Editora Cortez, São Paulo, 2006.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária brasileira: contribuição e crítica.** Salvador, EDUFBA; Rio de Janeiro Fiocruz, 2008.

PAIM, Jairnilson Silva. **Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos,** Revista Ciência & Saúde Coletiva, 2018.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. Health Indicators. Conceptual and operational considerations. Washington, D.C.: PAHO, 2018.

PASCHE, Dário Frederico; PASSOS, Eduardo. **A importância da humanização a partir do Sistema Único de Saúde.** BIS - Edição Especial, 2008.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. **O Banco mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS** (Tese de Doutorado), Campinas, SP, 2000.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **O Banco Mundial e o Sistema Único de Saúde brasileiro no início do século XXI**. Revista Saúde Soc. São Paulo, v.25, n.2, p.263-276, 2016.

RODRIGUES, Mavi. **Michel Foucault sem espelhos: um pensador *proto* pós-moderno**. Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro Rio de Janeiro, 2006.

RODRIGUES, Suene da Silva. **O canto da sereia da humanização: uma análise crítica sobre as intencionalidades da PNH. 2019. 90f.** Monografia - Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2019.

SALVADOR, Evilasio da Silva. **Fundo Público e o financiamento das políticas sociais no Brasil**. Serv. Soc. Rev., londrina, v. 14, n.2, p. 5 04-22, jan./jun. 2012.

SALVADOR, Evilasio da Silva. **O desmonte do financiamento da seguridade social em contexto de ajuste fiscal**, Revista Serviço Social e Sociedade, São Paulo, n. 130, 2017.

SANTOS, Cláudia Mônica dos. **Na prática a teoria é outra ?**: mitos e dilemas na relação entre teoria, prática, instrumentos e técnicas no serviço social. Rio de Janeiro: Lúmen-Juris, 2010.

SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL NO MARANHÃO, Ministério da Previdência e Assistência Social. Hospital Materno Infantil da Camboa: **manual do Serviço Social**, 1984.

TONET, Ivo. **Expressões socioculturais da crise capitalista na atualidade**. In: CFESS\ APEPSS. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais, Brasília, 2009.

UFMA. UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, Relatório de Gestão 2021, 2021.

UFMA. UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. **Plano Diretor Estratégico do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (PDE/HUUFMA)**, São Paulo, 2013-2014.

UFMA. UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. **Relatório de atividades do HUUFMA 2013**, 2014.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **A prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde** – 5 ed. – São Paulo, Cortez, 2007.

VILLAR, Rubia Maria Tavares. **Humanização das condições de trabalho um dos pré-requisitos para a humanização da assistência**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2009.

YAZBEK, Maria Carmelita. **O significado sócio-histórico da profissão**. Brasília: CFESS; ABEPSS, 2009. In: Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Brasília: CFESS; ABEPSS, 2009.

YAZBEK, Maria Carmelita; RAICHELIS, Raquel; SANT'ANA, Raquel. **Questão social, trabalho e crise em tempos de pandemia**. Editorial. Revista Serviço Social e Sociologia, São Paulo, 2020.

APÊNDICES

APENDICE 1 – QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS (PPGPP/UFMA)

Pesquisa de campo do projeto de dissertação

Estudante responsável: Suene da Silva Rodrigues

Docente orientadora: Cristiana Costa Lima

QUESTIONÁRIO

Instituição:	Hospital Universitário da UFMA – unidade Materno Infantil	
Entrevistado(a)	Nome:	
	<input type="checkbox"/> Assistente social	<input type="checkbox"/> Residente
Idade	<input type="checkbox"/> 20 a 24 anos	<input type="checkbox"/> 25 a 34 anos
	<input type="checkbox"/> 35 a 44 anos	<input type="checkbox"/> 45 a 54 anos
Sexo	<input type="checkbox"/> Feminino	<input type="checkbox"/> Masculino
	<input type="checkbox"/> + 65 anos	<input type="checkbox"/> 55 a 64 anos
Raça/Etnia	<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena	
Estado Civil	<input type="checkbox"/> Casado/a	<input type="checkbox"/> Solteiro/a
	<input type="checkbox"/> Divorciado/a	<input type="checkbox"/> Viúvo/a
	<input type="checkbox"/> Separado/a	
Religião	<input type="checkbox"/> União Estável	
	<input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____	
	<input type="checkbox"/> Budismo	<input type="checkbox"/> Candomblé
	<input type="checkbox"/> Espírita	<input type="checkbox"/> Católico
	<input type="checkbox"/> Evangélico	<input type="checkbox"/> Hinduísmo
	<input type="checkbox"/> Islamismo	<input type="checkbox"/> Judaísmo
<input type="checkbox"/> Umbanda	<input type="checkbox"/> Sem Religião	
<input type="checkbox"/> Testemunha de Jeová	<input type="checkbox"/> Tradições Indígenas	
<input type="checkbox"/> Outra. Qual? _____		
Tempo de Graduação	<input type="checkbox"/> 0 a 2 anos	<input type="checkbox"/> 3 a 7 anos
	<input type="checkbox"/> 8 a 12 anos	<input type="checkbox"/> 13 a 17 anos
	<input type="checkbox"/> 18 a 22 anos	<input type="checkbox"/> 23 a 27 anos
	<input type="checkbox"/> + 28 anos.	

IES em que graduou	
Pós-Graduação Lato Sensu	() Não possui () Possui
Se possui, qual a área específica de formação na pós-graduação lato sensu (pode assinalar mais de uma alternativa):	() Saúde () Assistência Social () Sociojurídico () Trabalho com Família () Violência Doméstica () Gestão Social () Gestão em Projetos Sociais () Outra. Qual? _____
Média salarial	() Até 2 salários mínimos () 3 a 5 salários mínimos () 6 a 8 salários mínimos () + de 9 salários mínimos
Natureza do vínculo empregatício	
Tempo de trabalho na instituição	() menos de 1 ano () mais de 1 a 3 anos () mais de 3 a 5 anos () mais de 5 a 10 anos () mais de 10 anos

Questões acerca do trabalho profissional da/o assistente social na instituição:

- 1) Quais as principais demandas presentes no seu exercício profissional?
- 2) A instituição requisita do Serviço Social alguma demanda institucional que você avalia como não pertinente? Se sim, qual(is)?
- 3) Em seu trabalho, você avalia que as requisições da equipe multiprofissional são pertinentes à profissão? Se não, quais e por que não são pertinentes?
- 4) Em termos gerais, o que você entende por humanização?
- 5) O que considera um ato humanizado?
- 6) Quais são as suas impressões sobre a Política Nacional de Humanização (PNH) e em seu cotidiano de trabalho?
- 7) A partir de sua experiência no Hospital Universitário, como o Serviço Social trabalha com essa política?

- 8) Você teria alguma crítica ou questionamento sobre a Política Nacional de Humanização? Se sim, qual(is)?
- 9) Como descreveria o Projeto Ético-Político (PEP) do Serviço Social?
- 10) Você consegue identificar a relação entre o PEP e a PNH? Se sim, qual?

APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(De acordo com a CARTA CIRCULAR N°003/2011 CONEP/CNS, Resolução CNS n° 510/16 e Resolução CNS n° 466/12)

Título da pesquisa: **A IDEOLOGIA DA HUMANIZAÇÃO E O PROJETO ÉTICO-POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL: tendências da prática profissional num contexto de mercantilização da saúde no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA).**

Prezado (a) Senhor (a),

Você está sendo convidado (a) a participar como voluntário (a) desta pesquisa porque você atua como Assistente Social no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA) com atendimentos que envolvem a política de humanização na saúde, como, por exemplo, a humanização do parto no Materno Infantil. Daremos a você o tempo necessário e adequado para a tomada de uma decisão autônoma, consciente, livre e esclarecida sobre a sua participação ou não nesta pesquisa.

O objetivo desta pesquisa é analisar a Política Nacional de Humanização (PNH) como uma ideologia presente no cotidiano profissional do assistente social que se torna funcional à cultura hegemônica neoliberal na área da saúde. A pesquisa é importante para descobrir como a humanização está sendo vista e tratada pelos assistentes sociais, se a mesma está sendo posta como de extrema relevância a prática profissional. Isso porque parte-se da premissa que existe por trás da PNH uma ideologia da humanização que colabora com a manutenção do projeto Neoliberal na saúde, tratada como mercadoria (mercadorização). Existe, assim, uma contradição entre o Projeto Ético-Político do Serviço Social, que preconiza a defesa e ampliação dos direitos e a PNH, interligada com a mercadorização dos direitos imposta pelo neoliberalismo.

Espaço para rubrica do responsável pela pesquisa _____

Espaço para rubrica do participante da pesquisa _____

É necessário ter o desvelamento das intencionalidades das políticas em que esse profissional está inserido, buscando-se evitar a manutenção de relações alienadas e acríticas em prol do cumprimento do Código de Ética Profissional e do próprio Projeto Ético-Político.

Se você concordar em participar desta pesquisa, você será entrevistado (a) pelas pesquisadoras (de forma individual) e precisará responder cerca de 10 perguntas e um breve questionário; as pesquisadoras têm a intenção de gravar suas respostas através de um gravador para que nenhum aspecto importante de sua fala seja perdido, mas apenas se você concordar. Também não usaremos sua imagem. Se você não concordar em gravar a sua voz, a entrevista será feita apenas com as anotações pelo pesquisador baseadas em sua fala.

Asseguramos que você terá um espaço com privacidade para que você possa expressar seus receios ou dúvidas durante o processo de pesquisa, evitando qualquer forma de imposição ou constrangimento, respeitando sua cultura. Você terá a garantia da confidencialidade das informações, sua privacidade será respeitada e garantimos a proteção de sua identidade, inclusive do uso de e voz.

Esta pesquisa poderá expor você a riscos mínimos quanto à quebra de sigilo e confidencialidade dos dados coletados; mas, para minimizar tais riscos, você terá a garantia de total sigilo de sua identificação e os dados coletados serão utilizados para fins exclusivamente científicos; os pesquisadores se comprometem ainda a guardar os áudios das entrevistas e transcrições das mesmas em local seguro, onde somente estes terão acesso aos mesmos. O momento da entrevista pode deixar você desconfortável e cansado ou necessitar retornar às suas atividades de trabalho; caso isso ocorra, a entrevista pode ser interrompida e se desejar, poderá ser reiniciada no mesmo dia ou em outro dia, de acordo com sua disponibilidade e horário de trabalho.

Para ser reiniciada no mesmo dia, retomaremos apenas quando você der a permissão para isso.

Espaço para rubrica do responsável pela pesquisa _____

Espaço para rubrica do participante da pesquisa _____

Você não terá nenhum benefício direto com a pesquisa, mas suas respostas ajudarão a compreender melhor na perspectiva de ampliação do conhecimento acerca da temática que ainda é escassa, porém, muito necessária para um maior debate tanto nas universidades quanto nos ambientes de trabalho contribuindo, assim, para maior criticidade na prática profissional. A participação nesta pesquisa também não trará a você nenhuma despesa e você não receberá qualquer pagamento por isso. Ainda assim, se for comprovado algum gasto, você terá a garantia de ressarcimento.

Caso sejam identificados possíveis danos diretos/indiretos e imediatos/tardios provenientes desta pesquisa, você tem assegurado ainda o direito de buscar, por vias judiciais, a indenização. Você tem plena liberdade de aceitar ou se recusar a participar da pesquisa e poderá retirar seu consentimento ou ainda interromper a participação em qualquer fase da pesquisa, sem que isso lhe traga qualquer tipo de prejuízo. Há a garantia de manutenção do sigilo e de sua privacidade.

A qualquer momento durante a pesquisa, você pode entrar em contato com as pesquisadoras **Suene da Silva Rodrigues** (suenerodrigues2@gmail.com/suene.rodrigues@discente.ufma.br) ou pelo telefone (98) 98917-7652 e **Cristiana Costa Lima** (cristiana.lima@ufma.br) ou pelo telefone (89) 98222-0222, de segunda a sexta-feira, das 8h às 17h. ou no endereço: Rua Nossa Senhora da Vitória, Outeiro da Cruz, casa nº 119, São Luís/MA .

Poderá ainda consultar o CEP/UFMA- Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão para saber sobre os aspectos éticos desta pesquisa. Endereço: O CEP/UFMA está localizado na Universidade Federal do Maranhão, no Prédio CEB Velho, em frente ao Auditório Sérgio Ferretti. Email: cepufma@ufma.br. Telefone: 3272-8708.

Espaço para rubrica do responsável pela pesquisa _____

Espaço para rubrica do participante da pesquisa _____

O CEP é um colegiado interdisciplinar e independente, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para garantir a proteção dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos em observância à Resolução CNS nº 510/16.

Caso você aceite participar desta pesquisa, você e os pesquisadores responsáveis por esta pesquisa assinarão duas vias deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Em cada via, todas as páginas devem ser rubricadas e a última página deve assinada. Uma dessas vias ficará com você e a outra com os pesquisadores. Ao final da pesquisa e após publicação, você terá a garantia de acesso aos resultados da pesquisa, para isso você pode assinalar seu e-mail abaixo do campo onde você assinará.

Você terá acesso ao registro do consentimento sempre que solicitado

Eu, _____, RG nº _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Autorizo que a entrevista seja gravada em áudio.

Não autorizo que a entrevista seja gravada em áudio.

São Luís, _____ de _____ de 2022.

Assinatura do Participante _____

Assinatura do Pesquisador da Pesquisa _____

Email do participante: _____