

Serviço Social e Humanização na Saúde: limites e possibilidades

Social Work and Health Humanization: limits and possibilities

LUCIANA DA SILVA ALCANTARA*

JOÃO MARCOS WEGUELIN VIEIRA**



RESUMO – O presente artigo propõe a reflexão crítica acerca da participação do assistente social na implementação da Política Nacional de Humanização (PNH) no Brasil, uma vez que a PNH se apresenta enquanto uma política transversal, que traz em si o potencial de ser apreendida em perspectiva ampliada ou, inversamente, como estratégia que cristaliza práticas conservadoras na saúde.

Palavras-chave – Serviço Social. Saúde. Humanização.

ABSTRACT – This article proposes a critical reflection on the social worker's participation in the implementation of the National Humanization Policy (NHP) in Brazil, as the NHP appears as a transversal policy, that brings the potential of being seized in an enlarged perspective or, inversely, as a strategy that crystallizes conservative health practices.

Keywords – Social Work. Health. Humanization.

* Mestra e Doutoranda em Serviço Social pela UERJ. Assistente Social no Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), Rio de Janeiro/RJ, Brasil. *E-mail:* lalcantara@inca.gov.br.

** Assistente Social no Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), Rio de Janeiro/RJ, Brasil. *E-mail:* joaomarcoswv@hotmail.com.
Submetido em: julho/2013. *Aprovado em:* outubro/2013.

A Constituição Federal de 1988 traz elementos essenciais à consolidação do processo democrático que encerrou a ditadura militar no país. São inegáveis os avanços na abordagem sobre os direitos e garantias fundamentais. O conceito de Seguridade Social, constante no referido documento, define que esta deve ser composta pelo tripé Saúde, Previdência Social e Assistência Social e tal concepção de proteção social no Brasil foi resultado da intensa mobilização social em prol da ampliação da esfera pública e da democratização.

No que se refere à saúde, o ano de 1990 também trouxe grandes mudanças, com a promulgação da Lei 8080 – Lei Orgânica da Saúde (LOS) – e da Lei 8142, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Essas duas leis orgânicas regulamentaram o SUS que, apesar de se constituir enquanto marco jurídico da Seguridade Social no Brasil, enfrenta ainda sérios entraves à sua efetivação. Para a efetiva implementação do SUS, tem-se como premissa a garantia do direito à saúde através de ações de promoção, proteção e recuperação, baseando-se principalmente nos princípios da universalidade, equidade e integralidade. No entanto, no presente estudo, partimos da compreensão de que os princípios mencionados estão longe de serem efetivados.

A área da saúde é confrontada com um contexto socioeconômico marcado pela reestruturação do capitalismo e por propostas de ajustamento assentadas em bases neoliberais, o que determina uma diminuição do investimento, bem como a redução das responsabilidades assumidas pelo Estado (BEHRING; BOSCHETTI, 2008). Este quadro acarreta graves perdas para a classe trabalhadora, que repercutem de maneira significativa no processo saúde-doença da população brasileira.

Como bem destaca Bravo (2006), a Reforma do Estado ou contrarreforma¹ parte do suposto que o Estado desviou-se de suas funções básicas ao ampliar sua presença no setor produtivo, colocando em cheque o modelo econômico vigente. O seu Plano Diretor considera que há o esgotamento da estratégia estatizante e a necessidade de superação de um estilo de administração pública burocrática, a favor de um modelo gerencial que tem como principais características a descentralização, a eficiência, o controle dos resultados, a redução dos custos e a produtividade.

Tais repercussões configuram um quadro alarmante na saúde, uma vez que os indivíduos são levados a enfrentar situações de grande dificuldade para acessar os serviços básicos, o que acarreta atrasos na definição de diagnósticos, demora no início do tratamento, questões atreladas, na maioria das vezes, a quadros de extrema pauperização.

Diante do exposto, cabe destacar que a saúde, em meio à contrarreforma do Estado, vem se transformando em terreno fértil à mercantilização dos serviços através das Organizações Sociais (OSs), das Fundações Públicas de Direito Privado² e, mais recentemente, da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), sob a Lei 12.550/2011, assinada pela atual presidenta, Dilma Rousseff.

Em entrevista ao jornal da Associação dos Docentes da Universidade Federal Fluminense³ (ADUFF), a professora Sara Granemann, da Escola de Serviço Social da UFRJ, traz argumentos consistentes sobre as consequências da implementação de uma empresa de direito privado na saúde. Indica que a centralidade do trabalho é drasticamente alterada: ao invés de atendimento aos trabalhadores pobres e da formação qualificada da força de trabalho em saúde e educação, haverá o

deslocamento da centralidade do trabalho para o atendimento aos lucros. Com os contratos regidos pela CLT, o produtivismo ditará os ritmos do atendimento e, neste horizonte, as teorias de humanização dos procedimentos hospitalares serão submetidas a medições de tempo e quantidade, típicas da fábrica fordista (GRANEMANN, 2012).

Sobre as Organizações Sociais, Olivo (2005) destaca que estas encontram previsão na Lei 9.637/98, que disciplina sua constituição e modo de funcionamento. A norma é fruto do crescente estabelecimento, por parte do Estado, de instrumentos legais tendentes à obtenção de serviços públicos, utilizando como argumentos favoráveis a garantia de maior qualidade e eficiência, com um menor consumo de recursos públicos. Dessa forma, o instituto das Organizações Sociais propõe que os serviços públicos não exclusivos possam ser realizados pelo setor não estatal, mantido, todavia, o financiamento do Erário, sob o pretexto da maior eficiência do setor privado. A perspectiva, com isso, é de que as atividades estatais não privatizadas passem a ser realizadas pelo Terceiro Setor, em contraponto à efetiva implementação do SUS.

Convém destacar ainda, diante do exposto, que as ações e serviços de saúde não existem de forma isolada: dependem de intervenções profissionais em todos os níveis do sistema, pressupondo a efetividade da comunicação no atendimento às reais demandas de saúde da população. A consolidação dos princípios e diretrizes do SUS, sob a perspectiva da integralidade, requer uma visão de totalidade do sistema por parte de todos os envolvidos em sua composição, questão retomada pela Política Nacional de Humanização (PNH), lançada em 2003 (BRASIL, 2004). Ainda no que se refere à PNH, convém destacar que os assistentes sociais, junto aos demais trabalhadores da saúde, têm sido chamados a viabilizar essa política, que tem por cerne a humanização, ao passo em que o contexto contemporâneo na saúde favorece exatamente o oposto: o florescimento de valores individualistas e o fortalecimento da consolidação do projeto voltado para a privatização, uma das estratégias persuasivas da ordem burguesa (VIANNA, 1999).

Nesse sentido, o propósito do presente artigo é o de realizar um histórico da PNH, elencando posteriormente suas perspectivas na saúde e, mais especificamente, no Serviço Social, propondo a reflexão crítica sobre a participação do assistente social na implementação dessa política, que traz desafios conceituais, éticos e políticos a serem desvelados.

Política Nacional de Humanização: histórico e perspectivas na saúde

Como destaca Deslandes (2005), na década de quarenta do século passado a humanização já era discutida na formação médica nos Estados Unidos, principalmente no que diz respeito ao papel social do médico na produção do cuidado. Anos depois, em 1972, ocorreu também nos Estados Unidos o simpósio “Humanizando o Cuidado em Saúde”, que representa um marco da história da humanização. Com o passar dos anos, a humanização deixou de ser um assunto a ser tratado somente pela classe médica e, nos anos noventa, foi criado naquele mesmo país o primeiro programa de humanização, voltado à Unidade de Tratamento Intensivo.

Ainda nos anos 90, cresce o sentido que liga a [humanização](#) ao campo dos direitos humanos, como o direito à privacidade, à confidencialidade da informação, ao consentimento do usuário em face de procedimentos médicos e o atendimento respeitoso por parte dos profissionais, potencializando propostas, programas e políticas de saúde (FIOCRUZ, 2009a). Desse modo, como destacam Andrade e Vaitsman (2005), ocorre a configuração de um “núcleo do conceito de [humanização](#)”, com ênfase na dimensão ética da relação entre usuários e profissionais de saúde.

No Brasil, podemos citar pelo menos quatro importantes eventos que merecem figurar como antecedentes históricos da Política Nacional de Humanização: a Reforma Psiquiátrica, a Reforma Sanitária, a VIII Conferência Nacional de Saúde e a promulgação da Constituição Federal de 1988. Conforme Amarante (1995), a concepção de Reforma Psiquiátrica no Brasil, gestada na década de setenta, buscava a construção de um novo modelo de cuidado aos usuários dos serviços de saúde mental, que garantisse a sua cidadania e o respeito aos seus direitos e à sua individualidade, eliminando gradualmente a [internação](#). Este modelo seria substituído por uma rede de serviços territoriais de atenção psicossocial, visando à integração da pessoa que sofre de transtornos mentais à comunidade. Nos últimos anos, conforme dados da Coordenadoria Geral de Saúde Mental (BRASIL, 2005), estima-se que cerca de três por cento da população necessite de cuidados contínuos em saúde mental, em função de transtornos severos e persistentes (psicoses, neuroses graves, transtornos de humor graves, deficiência mental com grave dificuldade de adaptação). A magnitude do problema (no Brasil, cerca de 5 milhões de pessoas) exige uma rede de cuidados densa, diversificada e efetiva.

Já a Reforma Sanitária e a VIII Conferência de Saúde estiveram intimamente ligadas ao conceito de consolidação da democracia e à ampliação dos direitos de cidadania. No Brasil, o Movimento de Reforma Sanitária, no final da década de 70 e que culminou com a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, destaca a saúde como um direito de todos e um dever do Estado. Tal perspectiva está centrada nas duas principais diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS): a universalidade do acesso e a integralidade das ações.

A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, modificou de forma significativa a concepção em torno da Política de Saúde em nosso país. De acordo com Buss (1991), esta contou com a participação de aproximadamente cinco mil pessoas, dentre elas representantes de quase todas as entidades públicas do setor saúde. Sua maior conquista foi a elaboração de um projeto de Reforma Sanitária defendendo a criação de um sistema único de saúde que centralizasse as políticas governamentais para o setor, desvinculadas da Previdência Social e que, ao mesmo tempo, regionalizasse o gerenciamento da prestação de serviços, privilegiando o setor público e universalizando o atendimento. Por conseguinte, afirmava-se um conceito ampliado de saúde, como resultante de condicionantes sociais, políticos e econômicos. Nela, ainda, a participação em saúde é definida como o conjunto de intervenções que as diferentes forças sociais realizam para influenciar a formulação, a execução e a avaliação das políticas públicas para o setor saúde (BRASIL, 2006). De acordo com Bravo e Correia (2012), as lutas da saúde, articuladas à redemocratização do país, foram pontos centrais dessa conferência, que teve como marca *Democracia é Saúde*, estando aberta à participação de trabalhadores e da população pela primeira vez na história das conferências de saúde.

Conforme Romano e colaboradores (2006), a partir de 1997 o Ministério da Saúde formou um grupo de trabalho para discutir a criação do “Programa Nacional de Educação Continuada em Dor e Cuidados Paliativos para Profissionais de Saúde”, instituído, no âmbito do Sistema Único de Saúde, em 3

de janeiro de 2002. Como precursora, temos a XI Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada no ano 2000, que tinha como título “Acesso, qualidade e [humanização](#) na [atenção à saúde](#) com [controle social](#)”, suscitando a interferência nas agendas das políticas públicas de saúde. De 2000 a 2002, o Programa Nacional de [Humanização](#) da Atenção Hospitalar (PNHAH) constituiu-se enquanto um conjunto de “ações integradas que visam mudar substancialmente o padrão de assistência ao usuário nos hospitais públicos do Brasil, melhorando a qualidade e a eficácia dos serviços” (BRASIL, 2001). O PNHAH iniciou ações em hospitais com o intuito de criar comitês de [humanização](#) voltados para a melhoria na qualidade da atenção ao usuário e, mais tarde, ao trabalhador.

O PNHAH preconizava, ao menos em seu conteúdo formal, o aprimoramento das relações entre profissionais de saúde e usuários e a valorização da dimensão humana e subjetiva de todo ato de assistência à saúde. No entanto, cabe ressaltar que o PNHAH ainda carecia da contextualização necessária à compreensão da saúde sob a perspectiva da totalidade, presente na concepção de Reforma Sanitária e nos princípios do SUS, permanecendo restrita a ações pontuais. Desse modo,

tais iniciativas encontravam um cenário ambíguo em que a [humanização](#) era reivindicada pelos usuários e alguns trabalhadores e, por vezes, secundarizada por gestores e profissionais de saúde. Por um lado, os usuários reivindicam o que é de direito: atenção com acolhimento e de modo resolutivo; os profissionais lutam por melhores condições de trabalho. Por outro lado, os críticos às propostas humanizantes no campo da saúde denunciavam que as iniciativas em curso se reduziam, grande parte das vezes, a alterações que não chegavam efetivamente a colocar em questão os modelos de atenção e de [gestão](#) instituídos (FIOCRUZ, 2009a, n.p).

Entre os anos 1999 e 2002, como ressaltam Benevides e Passos (2005), além do PNHAH, algumas outras ações e programas foram propostos pelo Ministério da Saúde, relacionados ao campo da [humanização](#), dentre eles: Carta ao Usuário (em 1999); Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH, em 1999); Programa de Acreditação Hospitalar (em 2001); Programa Centros Colaboradores para a Qualidade e Assistência Hospitalar (em 2000); Programa de Modernização Gerencial dos Grandes Estabelecimentos de Saúde (em 1999); Programa de [Humanização](#) no Pré-Natal e Nascimento (em 2000); Norma de Atenção Humanizada de Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru (em 2000), dentre outros. Convém destacar que, ainda que a palavra [humanização](#) não tenha destaque em todos os programas e ações supracitados, o seu conceito os perpassa.

Em 2003, no governo do então presidente Luiz Inácio Lula da Silva, o processo acima descrito culmina na elaboração da Política Nacional de Humanização (PNH), que agregou essas experiências e as ampliou para a atenção e gestão da saúde. A PNH surgiu com o propósito de promover alterações no modelo assistencial aos usuários do SUS no eixo das instituições, gestão do trabalho, financiamento, atenção, educação permanente, informação e comunicação e gestão desta política. Entre estes, destacamos o eixo da atenção, na proposta de “uma política incentivadora do protagonismo dos sujeitos e da ampliação da atenção integral da saúde, promovendo a intersetorialidade” (BRASIL, 2004, p. 19).

Para esta finalidade, a humanização do SUS em sua operacionalização propõe

a troca e a construção de saberes; o trabalho em rede com equipes multiprofissionais; a identificação das necessidades, desejos 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; 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; construção de redes solidárias e interativas, participativas e protagonistas do SUS (BRASIL, 2004, n.p.).

O conceito de humanização já conta com um acúmulo de representações no campo de saúde (DESLANDES; MITRE, 2009, n.p.). De acordo com as autoras,

primeiramente, foi entendido, por muitos atores envolvidos no processo de saúde, como uma possível acusação unilateral e culpabilizante de maus-tratos ao usuário; a seguir, o conceito ultrapassou a noção de *caritas* e, hoje, [...] já enfrenta certo processo de banalização dos desafios que ele anuncia (e, conseqüentemente, esvaziamento) (Idem).

Contudo, a interpretação sobre a humanização representa um desafio conceitual, ético e político, pois quando supostamente desenvolvida em ações fragmentadas tende ao “voluntarismo, ao assistencialismo, ao paternalismo ou mesmo ao tecnicismo de um gerenciamento sustentado na racionalidade administrativa e na qualidade total” (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p. 390). É somente a partir do enfrentamento deste desafio conceitual que o processo de humanização na saúde pode constituir-se enquanto resposta aos anseios dos usuários e trabalhadores da saúde.

Nesse contexto, é importante lembrar que os assistentes sociais têm sido chamados, juntamente com outras categorias profissionais, a participar ativamente na implementação das ações de humanização no ambiente hospitalar. Desse modo, no presente trabalho, concebemos o conceito ampliado de humanização enquanto estratégia que oferece potencial de produzir outras formas de interação entre os que constituem os sistemas de saúde, fomentando seu protagonismo, em consonância com os princípios do SUS, não esquecendo, no entanto, dos entraves neoliberais, impeditivos de práticas universalizantes na saúde.

Serviço Social e humanização na saúde: elementos para o debate

Um dos maiores desafios postos ao assistente social é o desenvolvimento de sua capacidade em decifrar a realidade e construir propostas voltadas à efetivação de direitos. É por meio da compreensão da realidade social na qual a profissão está inserida que é possível compreender o “como” e o “em quê” consiste a atuação do assistente social. Desse modo, entende-se que a questão social, objeto da atuação profissional, é a base de fundação do Serviço Social na sociedade capitalista, estando ela vinculada a questões estruturais e conjunturais, bem como às formas históricas de seu enfrentamento, que envolvem a ação do capital, do Estado e dos trabalhadores. Desse modo, reforça-se a

[...] importância do estatuto do trabalho fundado em uma visão societária que atribui prioridade ontológica à produção e reprodução da vida social e às relações sociais historicamente particulares que a sustentam. São as relações sociais que fundam a sociedade do capital que também são as geradoras da “questão social” (ABEPSS/CEDEPSS, 1996, p. 5).

Na contemporaneidade, é exigido deste trabalhador o domínio na esfera da execução e da gestão de políticas sociais, devido à esperada capacidade de contribuição no esclarecimento dos direitos sociais e dos meios para exercê-los. Estamos, antes, falando sobre antigas demandas, revestidas de novas

nuanças. Permanece o limite tênue entre a aceitação de atividades preestabelecidas e, em direção oposta, a ação de um sujeito profissional que tem competência para propor, para negociar com a instituição os seus projetos, defendendo suas qualificações e funções profissionais (IAMAMOTO, 2007).

Compreender o Serviço Social enquanto trabalho significa reconhecer que os assistentes sociais também são trabalhadores que, em geral, vivem no contexto urbano e sofrem todas as consequências impostas pelas metamorfoses do mundo do trabalho, expressas através do desemprego estrutural, da redução dos postos de trabalho, da precarização das relações de trabalho, da redução dos direitos, da exigência de um trabalhador polivalente, etc. Tais fatores terminam por interferir no próprio exercício profissional, que, a partir da lógica do mercado, é redimensionado, em decorrência de alterações tanto nas demandas quanto nos serviços sociais.

No que diz respeito às mudanças nos serviços, a estes é incorporada a lógica da produção capitalista, alterando suas condições, relações de trabalho e formas de sociabilidade. Passam a operar mediações até então concebidas como estranhas ao universo profissional considerado como o de prestação de serviços vinculado à proteção social, e o assistente social, equivocadamente, reconhecido como um profissional liberal sem as devidas contextualizações, ou seja, sem a compreensão de que o profissional é portador de relativa autonomia.

Espera-se do assistente social a compreensão da rotina institucional para que este possa, a partir do movimento da realidade, identificar tendências e vislumbrar encaminhamentos que atendam às necessidades da população. Como afirma Sarreta (2008), a implantação e desenvolvimento do SUS em âmbito nacional requer a atuação do assistente social no processo de (re)organização dos serviços, nas ações interdisciplinares e intersetoriais, no controle social, entre outras demandas, buscando fortalecer a perspectiva da universalização do acesso a bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais.

Tecendo um paralelo com o campo da Saúde Pública, concordamos com Andrade e Vaitsman (2002) no que tange a uma concepção que vem se destacando: a de que o avanço na qualidade dos serviços e das ações de saúde, as preventivas ou de promoção, só é possível a partir da participação efetiva da população, que, por sua vez, tem a dimensão dos seus problemas e das possíveis soluções que atendam às suas necessidades. Convém destacar que as demandas que chegam ao Serviço Social atravessam as fronteiras das questões relativas à Política de Saúde: estão atreladas à assistência, exigindo conhecimento da rede por parte do profissional e a compreensão da saúde como um estado físico, mental e social, e não somente como a ausência de doenças.

As situações cotidianas e as demandas trazidas ao conhecimento do assistente social pelos usuários dos serviços de saúde têm relação direta com os seguintes aspectos: (1) os enfrentamentos com a equipe de saúde, que necessitam de abordagem na intervenção cotidiana; (2) a natureza do trabalho em saúde, que exige do profissional sucessivas aproximações para o alcance da demanda reprimida pelo usuário e que pode vir a repercutir no curso do tratamento; (3) a necessária articulação com a rede e com profissionais de outras instituições, o que exige uma qualificação profissional permanente; (4) o compromisso com o usuário, que se reflete na qualidade da orientação prestada; (5) as exigências institucionais, que repercutem tanto nas relações entre os profissionais, como também nas estabelecidas com os usuários dos serviços.

Durante os atendimentos, é comum os acompanhantes/cuidadores expressarem angústias e incertezas em relação ao usuário com previsão de alta iminente, relatando a preocupação quanto à

organização para recebê-lo em casa, dinâmica que, por sua vez, é muitas vezes interpretada pela equipe de saúde como uma recusa em aceitar o usuário novamente em casa. O que os usuários trazem muitas vezes, ao contrário da recusa, são dúvidas relacionadas à prática do cuidado, considerando a condição de saúde em que se encontra o paciente, somando-se a isso demandas relacionadas ao acesso aos programas sociais e recursos que permitem a continuidade do tratamento.

Pensar o direito de ser na saúde é privilegiar o “cuidado” com as diferenças entre os sujeitos – respeitando as relações de etnia, gênero e raça –, compreendendo que eles são portadores não somente de deficiências ou patologias, mas de necessidades específicas. Pensar o direito de ser é garantir acesso às outras práticas terapêuticas, permitindo ao usuário participar ativamente da decisão acerca da melhor tecnologia médica a ser por ele utilizada (FIOCRUZ, 2009b).

Nesse sentido, o atendimento, em sua essência, exige do assistente social a interlocução com a equipe de saúde no sentido de disseminar a quebra da discriminação e da consequente culpabilização das famílias pelas situações em que se encontram, considerando-as num contexto social mais amplo. Conforme a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (BRASIL, 2007), deve ser assegurado ao usuário

o direito a atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação; o direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos; a responsabilidade do cidadão para que seu tratamento aconteça de forma adequada; e o direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos (p. 1).

Contudo, o fato de existirem legislações e documentos que defendam o direito do usuário ao atendimento humanizado não assegura que tal princípio se efetive na rotina dos serviços de saúde. Como destaca Cunha (2010), o assistente social que atua na saúde lida cotidianamente com a

[...] realidade do hospital, que precisa desocupar o leito, possibilitando novas internações, tão logo usuário tenha condições de alta; o direito do usuário que está na fila de espera do hospital para ser atendido e que, muitas vezes, precisa se sujeitar a ficar vários dias na emergência até conseguir um leito e, por outro lado, o direito deste usuário internado, que necessita conhecer a rede e seus direitos para poder se reorganizar em função do adoecimento e de suas implicações (p. 45).

Diante do exposto, dentre as propostas da Política Nacional de Humanização para lidar com tais questões, destaca-se a formação de Grupos de Trabalho de Humanização (GTHs), considerados enquanto “encontro de pessoas interessadas em discutir o próprio serviço em que trabalham, ou que utilizam” (BRASIL, 2004). Estes são concebidos, na PNH, como espaços de promoção da aproximação entre as pessoas e de compartilhamento das tensões sofridas no cotidiano, sendo compostos por profissionais da saúde, técnicos, funcionários, coordenadores e também por usuários.

Não por acaso, o assistente social é chamado a contribuir na constituição dos GTHs, por sua habilidade em atuar na identificação e intervenção dos determinantes sociais que afetam a qualidade de vida e saúde dos usuários. A natureza da atuação do assistente social na saúde tem relação direta com o acesso da população usuária às informações e, conseqüentemente, com o privilegiamento da construção do direito à saúde. Acrescenta-se a isso o fato de a esfera da gestão estar requisitando cada vez mais o saber do assistente social, apostando na sua capacidade de articulação nas diferentes políticas públicas.

O Serviço Social, identificado e compreendido enquanto “um tipo de trabalho na sociedade”, configura-se como uma “especialização do trabalho, uma profissão particular inscrita na divisão social e técnica do trabalho” (IAMAMOTO, 2000, p. 22), em que o assistente social, juntamente com outros trabalhadores, participa de diferentes processos de trabalho; constitui-se como uma profissão necessária para dar conta das grandes tensões e crises sociais resultantes da questão social, compreendida como,

[...] conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação de seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade (IAMAMOTO, 2000, p. 27).

Contudo, nesse contexto, é inegável o tensionamento entre o fazer profissional crítico, que questiona os contornos e objetivos das políticas públicas, e o conservador, que executa sem questionar, não investindo na reflexão e na contextualização da ação. É neste “terreno de disputas” que o assistente social desenvolve sua prática profissional, através de um “processo denso de conformismos e rebeldias, forjados ante as desigualdades sociais, expressando a consciência e a luta pelo reconhecimento dos direitos sociais e políticos de todos os indivíduos sociais” (IAMAMOTO, 2002, p. 26).

Nesse sentido, Iamamoto (2007) ressalta a importância do desvendamento do que se encontra submerso nos acontecimentos. No caso específico da PNH, no presente estudo abordamos a necessidade de contextualização dos princípios preconizados por esta política, que tanto pode potencializar ações qualitativas na saúde quanto, ao inverso, reforçar a lógica de desresponsabilização governamental na área.

Dentre os aspectos positivos do programa, figuram o debate sobre a importância da melhoria do atendimento nos serviços públicos de saúde no Brasil e a abertura para a discussão em torno de propostas efetivas na saúde. Contudo, ao mesmo tempo em que a PNH sugere a observância dos fatores mencionados, ainda carece de aspectos essenciais à viabilidade da humanização da atenção, entre eles a contextualização das lacunas existentes nos campos social, econômico e cultural, persistentes na política de saúde no Brasil, o que impacta na operacionalização do programa pelos profissionais da saúde. Acrescente-se a isso o fato de que não houve o resgate da concepção de saúde proposta pela Reforma Sanitária e

é visível a dificuldade de aplicação prática, por exemplo, de conceitos como o da promoção da saúde, intimamente relacionado à compreensão de que a saúde é dependente dos resultados de outros setores da ação governamental, dificuldade que, para ser vencida, requer o entendimento, a aceitação e a defesa do conceito ampliado de saúde (AMÂNCIO-FILHO, 2004, p. 377).

Outro aspecto que repercute de forma negativa, não apenas na PNH, mas também no próprio SUS, é a ausência de resultados fidedignos de avaliação e monitoramento dos programas e políticas de saúde. Como destaca Santos-Filho (2006) em estudo que abordou as perspectivas de avaliação na PNH, a experiência na área de monitoramento e avaliação no SUS ainda é incipiente, apesar da existência de iniciativas de caráter mais abrangente. Tal incipiência se justifica por não ser usual o atrelamento de planos avaliativos no planejamento da atenção em geral.

Soma-se ao exposto anteriormente a necessidade de uma formação profissional em saúde que agregue conteúdos que valorizem “o abandono de uma prática educativa de cunho tecnicista, a-histórica e a-crítica, representando uma busca para situar o homem em sua realidade histórica” (AMÂNCIO-FILHO,

2004, p. 378). Tal formação deverá consistir em um processo que rompa com a dicotomia entre teoria e prática, agregando conceitos concernentes ao trabalho, educação e saúde. Entretanto, sabemos que, infelizmente, a formação dos profissionais em saúde ainda permanece centrada na doença, desconsiderando-a como “resultante das condições de alimentação, habitação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, lazer, acesso à posse da terra e a serviços de saúde” (BRASIL, 1986, p. 382). Desse modo, é fundamental que

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

É em função da consideração da saúde como resultado das condições de vida e de trabalho da população brasileira que enfatizamos, ainda, a importância de uma articulação adequada entre as políticas públicas na efetivação da PNH, tendo em vista a viabilização de ações que favoreçam o fortalecimento da Saúde e da Seguridade Social. É imprescindível analisar o impacto da reestruturação dos processos de trabalho e das formas de gestão na saúde, contidos na contrarreforma do Estado, uma vez que o ideário neoliberal propõe a construção de “novos” modelos de gestão e “soluções eficazes” na saúde.

O assistente social, junto aos demais profissionais da saúde, tem muito a contribuir para a necessária reflexão sobre as formas de acesso aos direitos, proporcionando entendimento acerca dos mesmos na sociedade contemporânea e seus reflexos na vida dos sujeitos. Nesse sentido, partimos da compreensão de que um dos desafios da humanização é o de ser acompanhada pelas contrapartidas necessárias à sua consolidação, a exemplo da motivação dos trabalhadores, possível através da promoção de condições de trabalho que permitam a concretização das demandas e da concessão de salários compatíveis.

É fato que a existência das políticas de proteção não representa garantia de acesso aos serviços ou à informação; por isso, no atendimento realizado pelo assistente social, deve ser incentivada a participação dos usuários nos conselhos, plenárias e fóruns, espaços onde o controle social se manifesta em direção à efetivação dos direitos. Conforme Silva (2000), a informação e educação em saúde possibilitam um processo democrático e político, através do qual se procura tornar transparente para os usuários o real significado das políticas sociais, sua lógica na sociedade capitalista, bem como os meios e condições para acessá-las.

No que concerne à PNH, a concepção de humanização em perspectiva ampliada tem o potencial de colaborar para a análise dos determinantes sociais do processo saúde-doença, bem como das condições de trabalho e dos modelos assistencial e de gestão (CFESS, 2010), desencadeando um processo de discussão, com a participação dos usuários. Inegavelmente, a realidade contemporânea oferece obstáculos à atuação profissional. No entanto, como bem ressalta Iamamoto (2008), esta deve ser decifrada, pois o seu deciframento permite a descoberta dos desafios e das possibilidades de trabalho, uma vez que a mudança “não depende apenas de nós, como frequentemente almejamos de forma voluntarista” (p. 162).

Conforme o informativo *Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde* (CFESS, 2010), concordamos que o assistente social necessita debater com a equipe de saúde o significado da humanização, com o propósito de evitar compreensões distorcidas, associadas muitas vezes a uma percepção romântica da atuação, baseada na escuta e na redução de tensões.

Pensar na “humanização como um conceito-experiência que, ao mesmo tempo, descreve, intervém e produz a realidade” (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p. 393), nos convoca a mantermos vivo o movimento a partir do qual o SUS se constitui enquanto política pública. Nesse sentido, a filosofia da PNH se configura como política que visa possibilitar a reflexão e participação dos usuários no que diz respeito ao exercício da cidadania. Com as devidas contextualizações, entendemos que a efetivação dos dispositivos da PNH depende de articulação entre a teoria e a prática em saúde.

Nesse sentido, Caldart (2006) relata a experiência da Política de Humanização da Assistência Social (PHAS), implementada no Rio Grande do Sul em 7 de novembro de 2003 sob as diretrizes da PNH, intitulando-a como “uma nova perspectiva das relações entre prestadores, gestores e servidores de saúde” (p. 26). Destaca ainda que

na relação com a saúde, nosso olhar por vezes é limitado, pois o que se observa nas unidades básicas de saúde, ou mesmo em hospitais públicos ou conveniados com o SUS, são as limitações no atendimento ao usuário que se encontra em situação de vulnerabilidade. Esta também é a chamada da mídia: as filas, as mortes, a falta da medicação, a falta de acesso, a precariedade, o desvio de dinheiro, a corrupção [...]. Do que é bem-feito, das iniciativas para os enfrentamentos dessas questões pouco se fala. Muitas vezes, esse também é mais um elemento para o desânimo dos profissionais da saúde (p. 29).

A análise de Caldart (2006) sobre a iniciativa supracitada – a PHAS – aponta o que outros autores destacam como um aspecto positivo da PNH: o destaque para o “que é bem feito” (Idem). Morais e Wünsch (2013), sobre a PNH, consideram ser fundamental “dar visibilidade à sua efetivação no contexto hospitalar a partir da identificação dos sujeitos envolvidos nesse processo, fundamentalmente os usuários e os profissionais da saúde” (p. 101), em estudo realizado com os usuários e cuidadores/familiares das crianças internadas e dos profissionais da saúde que exercem suas atividades na Unidade de Internação Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Destacam que atuam “garantindo informações sobre o acesso aos direitos sociais que auxiliarão o enfrentamento da situação” (p. 103), e que,

como assistente social, a aproximação e o trabalho com os usuários permitiu conhecer as dimensões que pautam o processo de saúde e doença das famílias e que, em uma situação de hospitalização, evidencia as diversas manifestações de desigualdade enfrentadas pela população. Além disso, a aprendizagem em serviço soma-se ao saber adquirido através dos eixos teóricos e da constante discussão e esforço em pautar prática profissional de acordo com a perspectiva do conceito ampliado de saúde (p. 111).

As percepções supracitadas partem da consideração de que, no âmbito institucional, os assistentes sociais, através do atendimento e das ações educativas, possibilitam o conhecimento dos direitos sociais, a reflexão sobre o processo saúde-doença, além de estímulo ao exercício do controle social, gerando a construção coletiva de estratégias que viabilizem a efetivação dos princípios da Política Nacional de Humanização. Conforme Vasconcelos (1997), a partir da socialização das informações, tanto nas abordagens individuais quanto nas coletivas.

[...] é do profissional – pelo lugar que ocupa e pela qualidade de sua inserção nas instituições – a responsabilidade e a atribuição de possibilitar e criar mecanismos, espaços e condições para que os usuários se voltem sobre o seu cotidiano – sempre presente em suas histórias intermináveis, mesmo que de forma fragmentada, desarticulada – na busca de seu desvendamento, conhecimento, percepção, compreensão, interpretação, ou seja, na busca de sua essência (p. 157).

É importante frisar, no entanto, que a PNH só terá seus dispositivos realmente efetivados uma vez que consiga agregar a teoria à prática, o conhecimento à transformação da realidade. As práticas em saúde devem ser contextualizadas enquanto alternativas reais em construção. Transformar a atuação na saúde impõe o desvelamento de um todo fragmentado, marcado pela lógica da especificidade das categorias profissionais. Diante do exposto, um importante desafio da humanização é a implementação do trabalho interdisciplinar. É a necessidade imperiosa não só do respeito aos demais profissionais da equipe, como também o reconhecimento de que o trabalho de cada um depende do outro.

Concordamos com Teixeira e Nunes (2006), que destacam a interdisciplinaridade – preconizada pela PNH –, como uma ferramenta que pode contribuir para o avanço da atenção qualitativa, visando à satisfação completa do usuário do serviço. Para tal, é necessário que a equipe se diversifique, inserindo profissionais que tenham em sua formação conteúdos teórico-metodológicos que possam trazer este conhecimento que se completa ao clínico e ao epidemiológico, a exemplo do Serviço Social, e que caminhem como alternativa ao modelo conservador de atenção à saúde. Tal entendimento se justifica pelo fato de que os profissionais que lidam de forma direta com o paciente devem partir do pressuposto de que os instrumentos de trabalho no hospital contemporâneo não são, apenas, as suas instalações e equipamentos, mas o saber de cada trabalhador.

O conhecimento abrangente dos fatores relacionados e dos problemas que afetam a saúde da população atendida pela instituição, tais como sua condição socioeconômica, credo e influências culturais, contribui para que os profissionais se aproximem de forma qualitativa da população atendida. Nesse aspecto, a perspectiva do trabalho em saúde na concepção ampliada da PNH exige a todo o momento uma ação reflexiva por parte dos trabalhadores, muito embora estes, repetidas vezes, não encontrem condições propícias ou não possuam os recursos necessários para tal ação. E quais são essas condições e recursos aos quais nos referimos? Estamos nos referindo ao fato de que, como bem destaca Amâncio-Filho (2004),

o trabalho em saúde se caracteriza pelas incertezas decorrentes da indeterminação das demandas, pela descontinuidade e pela disponibilidade para atender a todos os casos, inclusive aqueles excepcionais. Ele guarda algumas especificidades que o impedem de seguir uma lógica rígida, como a racionalidade dos critérios da produção material, sendo difícil sua normalização técnica e a avaliação de sua produtividade (p. 375).

A partir do exposto, no que tange à implementação da PNH sob a perspectiva ampliada, podemos destacar pelo menos três ações intrínsecas à atuação do assistente social na equipe de saúde:

- A composição na equipe interdisciplinar de saúde, trazendo como contribuição sua capacidade em identificar e trabalhar os determinantes sociais apresentados pelos usuários;
- A defesa da concepção ampliada de humanização, em consonância com os fundamentos centrais do Projeto de Reforma Sanitária e dos princípios do SUS; e

- O incentivo à participação dos usuários nos processos decisórios, estimulando o controle social, com vistas à ruptura do modelo conservador de atuação na saúde (centrado na doença).

Por fim, compreendemos que o conceito de humanização na saúde e a construção de um projeto democrático não estão dissociados, muito embora estejamos vivenciando as mazelas de um sistema voltado à individualização das demandas e centrado na “banalização do humano” (IAMAMOTO, 2007). Com isso, ressaltamos a importância de não nos acuardmos frente aos obstáculos que se apresentam na atualidade e nem desconsiderarmos que há uma gama de atividades e alternativas a serem desenvolvidas pelos profissionais de Serviço Social. Ao contrário: é de suma importância que nos aproximemos do debate em torno da humanização para que, de forma qualitativa, tenhamos arsenal teórico suficiente para discutir seus limites e possibilidades na saúde.

Considerações finais

O conceito de humanização conta com um acúmulo considerável de representações no campo de saúde, que varia da interpretação romântica da atuação profissional – baseada muitas vezes na escuta acrítica e no alívio de tensões –, à sua consideração enquanto obstáculo a um exercício comprometido com os princípios do SUS. Tais concepções antagônicas fazem com que a interpretação sobre a humanização represente ainda um desafio conceitual, ético e político.

O assistente social, ao atuar na identificação dos determinantes sociais que interferem nas condições de vida e de saúde dos usuários, tem como premissa a integralidade das ações na elaboração de estratégias para o enfrentamento das demandas apresentadas. Com isso, a sua inserção em equipes interdisciplinares é recorrente, dado que contribui para o seu chamamento à participação na humanização do atendimento.

Nesse sentido, para cumprir o propósito do presente estudo, realizamos um resgate dos principais elementos precursores da Política Nacional de Humanização no Brasil e de sua implementação na saúde. Ao fazer isso, percebemos que discutir a humanização na saúde nos convoca a repensar os elementos que balizam o trabalho e a formação profissional do assistente social, superando, conforme Netto (apud IAMAMOTO, 2008, n.p.), “os chavões próprios do voluntarismo e do messianismo”.

Vivenciamos na contemporaneidade os contornos de uma política econômica voltada para a redução dos gastos públicos em áreas prioritárias, e a saúde, nesse contexto, vem sendo paulatinamente bombardeada por propostas privatizantes, que ganham espaço junto às esferas decisórias das instituições e adeptos, cuja bandeira é a defesa do deslocamento da universalidade e da integralidade para o atendimento aos lucros. No entanto, a crítica só traz frutos quando associada a propostas efetivas. Nesse sentido, partimos da compreensão de que a PNH se apresenta enquanto uma política que traz em si o potencial de ser utilizada em perspectiva ampliada ou, inversamente, como cristalizadora de práticas conservadoras na saúde.

Em meio ao debate proposto, acreditamos ser de suma importância a leitura, não apenas pelo assistente social mas também pelos demais profissionais, da literatura em torno da humanização, desvendando os vieses em torno desse tema, que ainda carece de mais contribuições para a sua discussão efetiva na saúde e, principalmente, para a sua real apreensão pelos profissionais da área.

Referências

- ABESS/CEDEPSS. *Proposta básica para o projeto de formação profissional: novos subsídios para o debate*. Recife: ABEPSS/CEDEPSS, 1996.
- AMÂNCIO-FILHO, A. Dilemas e desafios da formação profissional em saúde. *Interface. Comunic, Saúde, Educ*, v. 8, n. 15, p. 375-380, mar./ago. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v8n15/a19v8n15.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2013.
- AMARANTE, P. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- ANDRADE, G. R. B.; VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e Saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 925-934, 2002. Disponível em: <http://www.unifesp.br/grupos/fibromialgia/redes sociais.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2013.
- _____. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 10, n. 3, p. 599-613, 2005.
- BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. Política social no Brasil contemporâneo: entre a inovação e o conservadorismo. In: BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. (Org.). *Política social: fundamentos e história*. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2008. p. 147-191.
- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface – Comunic., Saúde, Educ*, v. 9, mar./ago. 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, 2001.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: grupo de trabalho de humanização: GTH / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. OPAS. Brasília, novembro de 2005.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Cadernos RH Saúde*, Brasília, Ministério da Saúde, v. 3, n. 1, mar. 2006.
- _____. Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde. [Internet, 2007]. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/carta_direito_usuarios_2ed2007.pdf. Acesso em: 05 abr. 2013.
- _____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização (2010). Informações disponíveis em: <http://www.gespublica.gov.br/projetos-aco/es/pasta.2009-07-15.5584002076/Fundacao%20publica%20de%20direito%20privado.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2013.
- BRAVO, Maria Inês Souza. Política de saúde no Brasil. *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. 2006. Disponível em: <http://www.servicosocialesaude.xpg.com.br/texto1-5.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2013.
- _____; CORREIA, M. V. C. Desafios do controle social, na atualidade. *Serv. Soe. Soc.*, São Paulo, n. 109, mar. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010166282012000100008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 jun. 2013.
- BUSS, P. M. A. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 9., *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, set. 1991. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1991000300001&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 jun. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1991000300001>.
- CALDART, P. Caminhos e possibilidades à humanização na saúde. *Boletim da Saúde*, Porto Alegre. v. 20, n. 2, jul./dez. 2006.
- CFESS. *Parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde*. Brasília: CFESS, 2010.
- CUNHA, C. L. N. Serviço Social na saúde: os desafios para a garantia do acesso aos direitos sociais dos usuários. Trabalho de Conclusão de Curso. *Revista da Graduação*, v. 3, n. 2, 2010. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/graduacao/article/viewFile/7910/5594>. Acesso em: 04 mar. 2013.
- DESLANDES, S. F. A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, set. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232005000300018&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 jun. 2013.
- DESLANDES, S. F.; MITRE, R. M. de A. Processo comunicativo e humanização em saúde. *Interface*, n.13, supl. 1, p. 641-649, 2009.
- FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. Humanização. [Internet, 2009a]. *Dicionário da educação profissional em saúde*. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/hum.html>. Acesso em: 04 mar. 2013.
- _____. Fundação Oswaldo Cruz. Cuidado em saúde. [Internet, 2009b]. *Dicionário da educação profissional em saúde*. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/cuisau.html>. Acesso em: 03 mar. 2013.

GRANEMANN, S. A transferência dos hospitais universitários para uma empresa de direito privado possui consequências nefastas. Entrevista [9 de novembro, 2012]. Rio de Janeiro: ADUFF. Entrevista concedida a Bruno Marinoni. Disponível em: http://www.aduff.org.br/boletim/2003a_05m_13d.htm. Acesso em: 04 mar. 2013.

IAMAMOTO, M. V. O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

_____. Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do assistente social na atualidade. In: COFI/CFESS. Atribuições privativas do (a) assistente social em questão. Brasília, 2002.

_____. Capital fetiche, questão social e Serviço Social. In: _____. *Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social*. São Paulo: Cortez, 2007. p. 195-208.

_____. *O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. 15. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

MACHADO, Kátia. Integralidade, a cidadania do cuidado. *Radis*, Rio de Janeiro, n. 27, p. 15-16, nov. 2004.

MORAIS, T. C.; WÜNSCH, D. S. Os desafios para efetivação da humanização hospitalar: a percepção dos usuários e profissionais de uma unidade de internação pediátrica. *Textos & Contextos*, Porto Alegre, v. 12, n. 1, p. 100-113, jan./jun. 2013.

MOTA, A. E. *A cultura da crise e seguridade social: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90*. São Paulo: Cortez, 1995.

OLIVO, L. C. C. *As organizações sociais e o novo espaço público*. Florianópolis: FEPESE/Editorial Studium, 2005.

ROMANO, B. W. et al. Distanásia: vale a pena?. *Rev. SBPH*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, dez. 2006. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582006000200005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 jun. 2013.

SANTOS-FILHO, S. B. (2006) Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/perspectivas_avaliacao_pnh.pdf. Acesso em: 25 maio 2013.

SARRETA, F. O. O trabalho do assistente social na saúde. *Ciência et Praxis*, v. 1, n. 2, 2008.

SILVA, M. L. L. Um novo fazer profissional. *Caderno de Capacitação em Serviço Social e Política Social: o trabalho do assistente social e as políticas sociais*. Brasília: UNB, módulo 4, p. 111-124, 2000.

TEIXEIRA, M. J. O.; NUNES, S. T. A interdisciplinaridade no programa saúde da família: uma utopia? *Saúde e Serviço Social*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

VASCONCELOS, A. M. Serviço Social e Prática Reflexiva. *Em Pauta: Revista da Faculdade de Serviço Social da UERJ*, nº 10, p. 131-181, 1997.

VIANNA, M. L. W. As armas secretas que abateram a seguridade social. In: LESBAUPIN, I. (Org.). *O desmonte da nação: balanço do governo FHC*. Petrópolis: Vozes, 1999.

¹ A contrarreforma do Estado atingiu a saúde de diversas formas. Como destaca Mota (1995), o projeto do grande capital é alimentado por vetores privilegiados, através da defesa da privatização dos serviços e da constituição do cidadão consumidor.

² O texto original da Constituição Federal de 1988 não previu a Fundação Pública de Direito Privado e estendeu o Regime Jurídico Único aos servidores das Fundações Públicas (*caput* do art. 39 da Constituição). A Emenda Constitucional nº 19/1998 alterou a redação do art. 37, inciso XIX da Constituição e previu sua natureza pública de direito privado. O deferimento da Medida Cautelar nº 2.135-4 (2/8/2007) pelo Supremo Tribunal Federal determinou o retorno do texto original do *caput* do artigo 39 da Constituição Federal que havia sido suprimido pela EC nº 19/1998, por irregularidades no rito de votação. Com isso, levantou-se a polêmica jurídica sobre a possibilidade do Poder Público instituir fundações públicas de direito privado, no entendimento de que seria novamente obrigatória a adoção do regime estatutário para o seu pessoal (BRASIL, 2010).

³ Nessa entrevista, realizada em 9 de novembro de 2012, a professora Sara Granemann se pronuncia ao jornal da ADUFF quanto às principais consequências da adesão dos hospitais universitários federais à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).