

O SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH): aspectos ideológicos, ético-políticos e metodológicos.

Mirtes Nayanne Freitas Costa Guedes¹
Crislainy da Silva Ribeiro²
Maria Betânia Bezerra³
Aleson Pereira de Sousa⁴

RESUMO

Introdução: O presente texto, intitulado “O Serviço Social na Política Nacional de Humanização (PNH): aspectos ideológicos, ético-políticos e metodológicos”, intencionou discutir as relações ideopolítico, éticas e metodológicos, desvelando particularmente a conjuntura histórica da política de saúde e da profissão de Serviço Social, partindo do conhecimento de que em tempos atuais, e em plenos desenvolvimento e evolução dos direitos fundamentais de desenvolvimento humano, as relações de trabalho, juntamente com o trato ao público usuário na realidade do Sistema Único de Saúde ainda se desenvolvem de formas depreciativas, o que cexplica a deservoltura e a relação de proximidade ética, política, ideológica e metódica entre a PNH e a profissão de Serviço Social. **Objetivos:** Construir um aporte teórico-metodológico, ético-político entre a profissão e a PNH, matizando suas aproximações de valores e de direcionamento de ações que demarcam uma relação profissional direcionadas a democracia dos serviços na vanguarda dos direitos sociais e na expansão da cidadania. **Métodos:** Foi perquerida uma pesquisa qualitativa e exploratório de cunho bibliográfico, buscando em autores renomados, por meio de revistas científicas, artigos, sites e biblioteca específica que trabalhassem as categorias fundantes desse labor. **Resultados e discussão:** A saúde conseguiu avançar, tornando-se política pública, ganhando status de direito e dever estatal, normatizada juridicamente por diversos substratos legais. Adquiriu valores regados por forças sociais e humanísticas, confluída nos princípios de universalidade, integralidade e igualdade, ainda mais quando diante de profissionais se propôs a uma iniciativa humanizada, inaugurando a PNH, se consubstanciando de proposições de atendimento ampliado, justo, reconhecendo as necessidades particulares dos usuários, observando as condições de trabalho e relações desiguais em que as equipe profissionais muitas vezes estão inseridos em relações de poder dentro da rede de saúde. **Considerações Finais:** O Serviço Social, por sua vez, se encontra com as projeções humanizadas do SUS, já que como profissional da saúde, se inscreve na mediação dos direitos sociais, na luta pela ampliação desses direitos, tendo de assegurar atendimento, acesso ilimitado as demandas dos usuários em seus mais diversos agravamentos de saúde, corroborando para a diminuição do sofrimento dos pacientes, pleiteando uma relação justa, igualitária, centradas no alinhamento da expansão e emancipação do ser humano.

¹ Especialista em Saúde Pública pela Faculdades Integradas de Patos (2020). Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal de Campina Grande - UFCG (2017). E-mail: nayanneufcg@hotmail.com.

² Especialista em Saúde Pública pela Faculdades Integradas de Patos (2020). Bacharel em Fisioterapia pela Faculdades Integradas de Patos (2018). E-mial: crislainy_silva@hotmail.com.

³ Especialista em Saúde Pública pela Faculdades Integradas de Patos (2020). Bacharel em Enfermagem pela Faculdades Integradas de Patos (2019). E-mail: betaniabezerra2016@gmail.com.

⁴ Orientador: Doutorando do programa de Desenvolvimento e Inovação Tecnológica de Medicamentos pela Universidade Federal da Paraíba. Mestre em Biologia Celular e Molecular pela Universidade Federal da Paraíba (2017). Especialista em Citologia Clínica pela Faculdades Integradas de Patos (2014). Biomédico pela Faculdades Integradas de Patos (2012). E-mail: aleson.pereira.sousa@gmail.com.

Palavras-chaves: Política Públicas; Saúde; Política Nacional de Humanização; Serviço Social.

ABSTRACT

Introduction: The present text, entitled “Social Work in the National Humanization Policy (PNH): ideological, ethical-political and methodological aspects”, intended to discuss ideopolitical, ethical and methodological relations, particularly revealing the historical conjuncture of health policy and of the profession of Social Work, starting from the knowledge that in current times, and in full development and evolution of fundamental human development rights, labor relations, together with the treatment of the user in the reality of the Unified Health System, are still developing in derogatory ways, which explains the resourcefulness and the close ethical, political, ideological and methodical relationship between the PNH and the profession of Social Work. **Objectives:** To build a theoretical-methodological, ethical-political contribution between the profession and the PNH, tinting their approximations of values and directing actions that demarcate a professional relationship aimed at the democracy of services at the forefront of social rights and the expansion of citizenship. **Methods:** A qualitative and exploratory research of bibliographic nature was sought, searching for renowned authors, through scientific journals, articles, websites and a specific library that worked on the founding categories of this work. **Results and discussion:** Health managed to advance, becoming public policy, gaining the status of law and state duty, legally regulated by several legal substrates. It acquired values governed by social and humanistic forces, conflicting with the principles of universality, integrality and equality, even more when faced with professionals, it proposed a humanized initiative, inaugurating the PNH, substantiating proposals for expanded, fair service, recognizing particular needs users, observing the working conditions and unequal relationships in which professional teams are often inserted in power relationships within the health network. **Final Considerations:** Social Work, in turn, meets the humanized projections of SUS, since as a health professional, he subscribes to the mediation of social rights, in the struggle for the expansion of these rights, having to ensure care, unlimited access to the demands of users in their most diverse health problems, corroborating for the reduction of patients' suffering, demanding a fair, egalitarian relationship, centered on the expansion alignment and emancipation of the human being.

Keywords: Public Policy; Cheers; National Humanization Policy; Social Service.

1 INTRODUÇÃO

O trabalho intitulado “O Serviço Social na Política Nacional de Humanização (PNH): aspectos ideológicos, ético-políticos e metodológicos”, enseja analisar as relações ideológicas, políticas e éticas, apresentando um aporte histórico entre a Política de Humanização do Sistema Único de Saúde e a maturação do Serviço Social, elucidando as premissas da relação entre ambas.

No que concerne ao modelo de proteção social, a Carta Constituinte de 1988 instituiu a Seguridade Social, como um conjunto integrado de iniciativas públicas, privadas e da sociedade civil para garantir os direitos inerentes à saúde, a assistência social e a previdência social. Entretanto “à saúde coube cinco artigos (Art. 196 - 200) e nestes está inscrito que esta é um

direito de todos e dever do Estado, e a integração dos serviços de saúde de forma regionalizada e hierárquica, constituindo um sistema único” (BRAVO; MATOS, 2009, p.07).

O Sistema Único de Saúde (SUS) constitui-se como um dos sistemas mais avançados em termos legais e técnicos de cobertura social e assistência à saúde, construído arduamente pelas vozes democráticas, incorporando uma gama de profissionais direcionados ao trato medicinal e social, como o assistente social.

Apesar de consolidado como um sistema de atenção à saúde promissor, com o passar dos anos tornou-se hierárquico e engessado, obscurecido por relações de poder que desconstruíam a proposta inicial da política de saúde, como uma perspectiva coletiva, democrática e universalista. Assim, os processamentos no interior dos serviços e programas da política de saúde dimensionaram a necessidade da criação de uma política que centralizasse suas ações na mudança das práticas de saúde e no trato entre profissionais, gestores e usuários, a Política Nacional de Humanização (PNH), que merecem olhar profissional e denotam uma investigação mais particularizada.

Sendo o assistente social um profissional inscrito na divisão sócio-técnica do trabalho, analisa e reflete as situações trazidas pelos usuários, e mesmo pelos profissionais, na rede de saúde, vislumbrando não só o atendimento eficaz do paciente, mas angariando formas e meios de efetivação num patamar mais extensivo de seus direitos, visando a autonomia do cidadão em seu mais alto nível.

Assim sendo, tencionando os desafios e contradições inscritas na realidade do SUS para o trato com os profissionais que nele atua, bem como o trato social com a população usuária, reconhecendo o valor ético e o sentido social da profissão de Serviço Social, construímos uma caminhada na elucidação do surgimento e desenvolvimento, tanto da política de saúde, quanto da profissão de Serviço Social, alinhando as conformidades políticas, ideológicas e éticas, que caminham na direção das liberdades, do respeito mútuo, e na construção da autonomia dos seres civis.

Para tanto, o labor teórico foi dividido em três partes, na primeira foi refeita uma trajetória histórica das práticas de saúde, desde suas primeiras formas até a constituição da saúde como política pública e urgência da consolidação da Política Nacional de Humanização. Posteriormente, tecemos um contributo em torno da contextualização sócio-histórico da profissão de Serviço Social, partindo de suas protoformas até a constituição deste como profissional do Sistema Único de Saúde. Por último, foi construído um aporte teórico-metodológico, ético-político entre a profissão e a PNH, matizando suas aproximações de

valores e de direcionamento de ações que demarcam uma relação profissional direcionadas a democracia dos serviços na vanguarda dos direitos sociais e na expansão da cidadania.

2 MÉTODO

Para a edificação desse texto foi referenciado o método materialismo histórico dialético, justamente pela sua particularidade de problematizar as nuances da realidade concreta a partir de suas determinações objetivas, onde o real passa a ser investigado numa perspectiva de totalidade. Considerando a totalidade como dimensionamento das relações entre as esferas econômicas, políticas e sociais, que se inter cruzam e que se reproduzem numa sociedade marcada historicamente pela produção capitalista. Logo, será realizada uma pesquisa básica, objetivando a geração de conhecimento público e profissional. Pesquisa essa qualitativa de cunho exploratório e bibliográfico entre autores que condensam em livros, periódicos, artigos, anais, sites científicos e institucionais, matérias digitais, dentre outros que se debruçam a investigar e refletir didaticamente os conteúdos propostos nessa construção teórica.

3 TRAJETÓRIA SOCIO-HISTÓRICO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: da concepção a construção da Política Nacional de Humanização.

Ainda que apregoada como um direito e respaldada legalmente, a constituição da política de saúde não foi fruto da benevolência do Estado, mas ascendeu diante das vozes discordantes das vanguardas da rede de democratização que se estendeu no país durante a década de 1980 e que findou na promulgação da CF de 1988.

Em 1923 surgiram as primeiras medidas em saúde que trabalhavam duas categorias fundamentais: higiene e saúde do trabalhador, sendo inaugurado medidas que mais tarde teceu as protoformas do sistema previdenciário brasileiro, criando as CAP's (Caixas de Aposentadorias e Pensões) regulamentada através da Lei Eloy Chaves, dirigidas restritamente as “organizações trabalhistas mais atuantes política e financeiramente, como os ferroviários e os marinheiros, ligados à produção exportadora” (OLIVEIRA, 2012, p.36).

Só a partir da década de 1930 é que mediante o processo de industrialização e redefinições do papel do Estado começaram a ser delineadas algumas políticas sociais, sempre alinhadas com as atividades econômicas e tentando amortecer as reivindicações dos trabalhadores. No que tange a política de saúde, a mesma detinha um caráter nacional, dividida

em dois setores: saúde pública e medicina previdenciária, sendo que a saúde pública esteve até a década de 60 centrada em criar condições sanitárias mínimas para as populações urbanas, enquanto que a medicina previdenciária com as formações das IAPs (Institutos de Aposentadorias e Pensões) atendia toda malha de profissionais inseridos no processo de desenvolvimento econômico (BRAVO, 2001).

Nos anos que compreende o regime militar, as políticas de assistência ficaram à mercê do trato burocrático de caráter repressivo, a medicalização da vida social assumiu tanto a política de saúde como a previdenciária e as discussões em torno da ampliação de serviços e recursos não conseguiram ser resolvidas, já que existiam interesses individuais e diferenciados que convergiam entre os setores estatais e as iniciativas de empresas médicas, assim:

A política nacional de saúde enfrentou permanente tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses advindos das conexões burocráticas entre os setores estatal e empresarial médico e a emergência do movimento sanitário. As reformas realizadas na estrutura organizacional não conseguiram reverter a ênfase da política de saúde, caracterizada pela predominância da participação da Previdência Social, através de ações curativas, comandadas pelo setor privado. O Ministério da Saúde, entretanto, retomou as medidas de saúde pública, que embora de forma limitada, aumentaram as contradições no Sistema Nacional de Saúde (BRAVO, 2001, p. 08).

Dentro da década de 70, a Reforma Sanitária⁵ estabelece um novo trato a saúde, numa retórica mais transformadora e solidária, introduz paradigma denominado medicina social ou saúde coletiva, que eram organizadas observando as influências das determinações sociais no processo saúde-doença, o que representava o abandono das concepções de causalidades, substituindo-as pela dimensão de determinações (SILVA; ARIZONO, 2008).

Nos anos 80, ao se recupera do regime militar inicia-se no Brasil um processo de redemocratização política, tentando se libertar das amarras no círculo de direitos e se levantar da profunda crise econômica, legado pelo autoritarismo. Nessa década, a inauguração de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vidas da sociedade brasileira e das propostas da saúde pelo governo estabelecendo conteúdo democrático para a política em tela, envolvendo nessa luta a defesa pela universalização de um sistema, o reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado, dentre outras propostas (BRAVO, 2001).

Unidas a Reforma Sanitária essas discussões foram endossadas num fato substancial para o amadurecimento da saúde como uma política pública no Brasil, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília-DF, que introduziu nos debates sobre a saúde os

⁵ A principal proposta da Reforma Sanitária se condensa na defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais (CFESS, 2009).

movimentos sociais, entidades da sociedade civil, gestores e profissionais, em seu relatório final a afirmação da saúde como um direito constituinte, integrada a Seguridade Social, como assevera Silva e Arizono (2008, p. 02)

[...] assegurando a saúde como dever do Estado [...] incorporada pela constituinte na Constituição federal Brasileira de 1988. O acesso à saúde como direito de cidadania foi regulamentado pela Lei n. 8080 de 1990 e pela Lei 8142, do mesmo ano, que determinou a participação e o controle da comunidade, e o repasse de recursos.

A saúde passou a ser analisada não como um puro estado clínico, mas como um resultante que varia de acordo com a situação de saúde expressada em inúmeros fatores. Na contramão da consolidação da saúde como uma política que requer atenção da ação estatal, respaldada em corpo jurídico-normativo, a centralização das políticas neoliberais, que implicam na redução dos gastos do poder estatal em seu papel protetor e provedor, exauri a ampliação da cobertura assistencial, como problematiza a política de saúde, tanto no fazer técnico dos profissionais e condições de trabalho, quanto nas regulamentações das relações de trabalho.

Instaurando uma instabilidade de sentido e confiança na constitucionalidade do direito à saúde, os trabalhadores passam a não contar com meios objetivos de trabalho – equipamentos, insumos, mal remuneração etc. –, enquanto que a atenção aos usuários fica reduzida a uma “abordagem reducionista”. Assim, “as relações em todos os níveis, como entre gestores e profissionais e entre estes e usuários, são marcadas por posturas hierárquicas e burocratizadas, ficando a desejar, especialmente, para o usuário de saúde ” (SILVA; ARIZONO, 2008, p. 03).

Ensejando desenvolver reflexões sobre formas que intervisse nessas relações e estimulassem as mudanças de práticas, o projeto de humanização da saúde entra em debate durante a 9º e 11º Conferências de Saúde, adentrando no diretório do Ministério da Saúde em 2003. Proposta como força de política a humanização “deveria traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre todos que constituem o SUS. Era principalmente o modo coletivo e co-gestivo de produção de saúde e de sujeitos implicados nesta produção que deveria orientar a construção da PNH [...]” (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p. 562).

Conforme o Ministério da Saúde, em página oficial da Política Nacional de Humanização (PNH), expressa que a mesma se ampara em diretrizes como: a reformulação do acolhimento, com uma ambiência adequada de acordo com as demandas e as necessidades dos usuários; defende uma gestão participativa e cogestão incluindo os sujeitos sociais nos processos de análises e decisões acerca da política em tela; traduz um atendimento pautado numa clínica ampliada e compartilhada, que se revela como uma ferramenta prática para

abordar o processo saúde-doença considerando a subjetividade dos sujeitos, respeitando o sofrimentos dos processos de adoecimento dos usuários; reafirma a valorização do trabalhador, abrindo espaços para esses nos momentos de decisões, respeitando suas capacidades crítica-analíticas e defende de forma intransigente os direitos dos usuários eu são garantidos por lei, e por isso devem ser priorizados (BRASIL, ONLINE).

Aposta na transversalidade dos serviços e programas do SUS, apregoa a indissociabilidade entre gestão e atenção, como meio democrático de construir serviços e políticas em que os usuários e os profissionais nela atuantes possam ter voz ativa e participativa e contribui para um protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos coletivos, reconhecendo que usuários e trabalhadores da saúde corroboram para uma mesma finalidade, a recuperação dos altos níveis de saúde do paciente, tendo cada um sua respectiva responsabilidade (BRASIL, ONLINE).

4 SERVIÇO SOCIAL: das protoformas da atuação a um profissional da saúde.

Historicamente, o Serviço Social foi pormenorizado, assim como crítica Netto (1992), estigmatizado como um profissional “executor terminal de políticas sociais”. Contudo, entender o significado sócio-histórico dessa profissão requer um esforço analítico de determinados contextos históricos da sociedade capitalista, compreendendo que a reprodução do capital recria em seu movimento básico, as bases necessárias de continuidade dessa sociedade, consolidada na criação e expropriação do excedente, formulando interesses de classe inerentes as relações sociais, e reproduzindo “a contradição entre a igualdade jurídica de cidadãos ‘livres’ e a desigualdade econômica que envolve a produção cada vez mais social contraposta à apropriação privada do trabalho alheio” (IAMAMOTO, CARVALHO, 2013, p. 81).

Inseridos nesse contexto o Serviço Social, tendo seu exercício peculiarizado pela dinâmica da produção e reprodução das relações sociais, sendo prontamente polarizado pelos interesses sociais das classes sociais vigentes nessa sociedade capitalista, atuando no centro dos interesses dessas classes como mediador, já que participa, como assevera Iamamoto e Carvalho (2013, grifos dos autores), “*ao mesmo tempo e pela mesma atividade, da resposta às necessidades de sobrevivência da classe trabalhadora e da reprodução do antagonismo nesses interesses, reforçando as contradições que constituem o móvel básico da história*”.

Contudo, essa atuação contraditória se propõe como um desafio para o Serviço Social e não anula em nada o posicionamento crítico-reflexivo e direcionado para a defesa

intransigente dos direitos sociais, demarcando seu posicionamento ideopolítico a favor da luta da classe trabalhadora, que são valores que estão elencados no Projeto Ético Político da Profissão de Serviço Social (PEPSS).

O Serviço Social nasceu vinculado a doutrina social da Igreja Católica, sendo a “questão social” abordada como valor moral e religiosos, demarcada por uma atuação voltada para a formação da família e do indivíduo como meio de atendimento as necessidades sociais, materiais e morais dos indivíduos. Os referenciais orientadores da profissão vinham de fontes doutrinários, como as de São Tomás de Aquino e as Encíclicas “Rerum Novarum”, conhecido como tomismo e neotomismo (YAZBEK, 2009).

Já na década de 50 o suporte teórico-metodológico para a qualificação técnica-prática é de cariz positivista, principalmente na sua apreensão instrumental e imediata do ser social, analisando as relações sociais a partir das vivências imediatas que se apresentam de forma objetiva, inata. Essa corrente é questionada nos anos 60, quando então ascende um movimento do interior do Serviço Social latino-americano chamado de Processo de Renovação do Serviço Social brasileiro, do qual desdenhou três vertentes que se desenvolveu em três décadas diferentes, vertente modernizadora – década de 60 –, vertente fenomenológica – década de 70 – podendo destacar um fato ímpar no final dessa década que se apresentou como um divisor de águas, o “Congresso da Virada”⁶ – e a vertente marxista – década de 80. Essa última,

[...] a partir dos anos 80 e avançando nos anos 90, vai imprimir direção ao pensamento e a ação do Serviço Social no país. Vai permear as ações voltadas à formação de assistentes sociais na sociedade brasileira [...]; os eventos acadêmicos e aqueles resultantes da experiência associativa dos profissionais, como suas Convenções, Congressos, Encontros e Seminários; está presente na regulamentação legal do exercício profissional e em seu Código de Ética. (YAZBEK, 2009, p. 10).

Os anos de 1980 se destacou pela aproximação a vertente de caráter diferenciado, que se aproximava aos referenciais de perspectiva crítica, expressando as inquietações no interior da profissão em romper com o arcabouço conservador, a procura de um caminho que propusesse novas formas de elucidar o conjunto de problemas sociais, até que chegaram a teoria social de Marx, que hegemonicamente, mas com subversões, tem até então iluminado as reflexões acerca das engrenagens do sistema de produção capitalista e seus reflexos na (re)produção das relações sociais (NETTO, 2009).

⁶ [...] o III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (1979, conhecido como “o Congresso da Virada”), os segmentos mais dinâmicos do corpo profissional vincularam-se ao movimento dos trabalhadores e, rompendo com a dominância do conservadorismo, conseguiram instaurar na profissão o *pluralismo político*, que acabou por redimensionar amplamente não só a organização profissional [...] como, sobretudo, conseguiram inseri-la, de modo inédito no marco dos movimento dos trabalhadores [...] (NETTO, 2009, p.150, grifos do autor).

No resultado do acúmulo de todos esses desdobramentos, ainda na década de 90, foi possível construir o PEPSS, constituído a partir da dimensão política-organizativa da profissão, a dimensão da produção de conhecimento no interior da profissão, a construção das entidades deliberativas da profissão (CFESS e CRESS), juntamente com as entidades representativas estudantis, política sindical e dimensão jurídica política da profissão (NETTO, 2009).

O PEPSS é compositamente estruturado pelos aparatos de caráter jurídico-político de vinculação estritamente profissional, consolidada na materialização da Lei de Regulamentação da Profissão de Serviço Social (nº8.662/93), deliberando as atribuições, competências e entidades normativas de fiscalização da profissão; pelo Código de Ética (Resolução 2733/93), que norteia e imprime sentido político-ideológico a atuação profissional, e por último, as Diretrizes Curriculares de 1996 aprovadas pelo MEC em 2000, que dispões sobre as disposições de disciplinas e prerrogativas a seres observadas durante o processo de formação profissional,.

O PEPSS reconhece a liberdade como valor ético central, se comprometendo com a autonomia, a emancipação e a expansão dos indivíduos sociais o que imprime um direcionamento voltado a “*um projeto societário que propõe a construção de uma nova ordem social, sem exploração/dominação de classe, etnia e gênero*” (NETTO, 2009, p. 153, grifos do autor). Seguindo esse raciocínio o Assistente Social se constitui como um profissional especializado no trato das políticas públicas em geral, que tem na “questão social” sua matéria-prima trivial. Nesse limiar, a política de Saúde também demanda o exercício profissional do Serviço Social, amparada numa proposta que vislumbre o esgotamento das expressões da “questão social”, que se expandem nos diversos níveis da rede de saúde, indo da atenção básica, até as ações de média e alta complexidade⁷.

A atuação dos/as assistentes sociais transpassou a dinâmica da relação entre usuário e profissional, e atualmente se estende em ações como planejamento, gestão, assessoria, mecanismos de controle social, investigação e formação de recursos humanos. Destarte, na área da saúde estes profissionais, construíram um direcionamento jurídico, técnico-operativo, teórico-metodológico e ético-político denominado “Parâmetros de Atuação do/a Assistente Social na Saúde” que norteia as ações e medidas a serem tomadas pelos profissionais, tendo sua autonomia guardada no desenvolvimento de seu exercício profissional.

⁷ O atendimento direto ao usuário se dá nesses espaços, que na estrutura da rede de serviços brasileira, ganham materialidade a partir dos postos e centros de saúde, policlínicas, institutos, maternidades e hospitais gerais, de emergência e especializados, incluindo os universitários, independente da instância a qual seja vinculada seja federal, estadual ou municipal (CFESS, 2009, p. 20).

A luz desse documento as ações profissionais se desenvolvem nessas respectivas esferas, num caráter complementar e indissociável, “Assistencial; em Equipe; Socioeducativa; Mobilização; Participação e Controle Social; Investigação; Planejamento e Gestão; Assessoria; Qualificação e Formação Profissional” (CFESS, 2009, p. 21). Compondo a equipe profissional de forma interdisciplinar, a postos para contribuir para a melhor efetivação dos serviços de saúde no âmbito de atuação, e a concretização dos direitos sociais.

5 SERVIÇO SOCIAL NA PNH: aspectos e semelhanças ideológicos, éticas e metodológicas

Os pontos comuns que podemos associar entre o Serviço Social e a saúde – podendo assim incitar a PNH – não se limitam aos movimentos democráticos que repercutiram no fim dos anos 80 e adentraram os anos 90, tanto na profissão, como na política de saúde em direção da emancipação social pela redemocratização, da luta por melhorias de condições de vida e pela construção de direitos de valores democráticos com respaldo jurídico. Vale explicitar que o exercício profissional de Serviço Social no âmbito da saúde, que queira ter como norte o PEPSS, deve, necessariamente, estar atrelado ao projeto de reforma sanitária (SILVA; ARIZONO, 2008). Concomitantemente a essa prerrogativa, a PNH “não pode estar dissociada dos fundamentos centrais da política de saúde e a garantia dos princípios do SUS, e deve ter como referencial o projeto de Reforma Sanitário” (CFESS, 2009, p. 27).

Sabido que o PEPSS imprimi direcionamento ético a atuação profissional dos/a assistentes sociais, reconhecendo a liberdade como valor ético central, denotando dimensão política apontando para a bandeira da equidade e justiça social, pleiteando uma perspectiva universalizante referente ao acesso aos bens e serviços das políticas sociais, ampliando a consolidação da cidadania e a defesa dos direitos civis, sociais e políticos da classe trabalhadora, “o projeto se declara radicalmente *democrático*” (NETTO, 2009, p. 155, grifos do autor). Profissionalmente, o PEPSS não desvia ser olhar crítico e demanda projeções de grande responsabilidade profissional e social:

[...] o projeto implica o comprometimento 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, 2009, p. 155, grifos do autor).

Já o Código de Ética profissional – parte fundamental do projeto profissional – é enfático ao elaborar onze (11) princípios fundamentais a estrutura ideológica que deve subsidiar o trabalho do assistente social, merecendo destaque (BARROCO; TERRA, 2012, p. 120 - 131).

II – Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo;
V – 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;

VI – Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças;

VII – garantia do pluralismo, através do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e compromisso com o constante aprimoramento intelectual;

IX – Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste Código e com a luta geral dos trabalhadores;

X – Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional.

Enquanto isso, a PNH defendendo as mudanças de práticas na relação usuário-profissionais-gestores e estimulando novos modos de gerenciamento dos serviços e programas instalados no interior do SUS em seus diversos níveis, prescreveu na sua formulação e desenvolvimento de ações diretrizes como “acolhimento, a ampliação da clínica, a gestão democrática, a valorização do trabalhador e a garantia dos direitos dos usuários” (PASCHÉ; PASSOS; HENNINGTON, 2011, p. 4.544). Essas diretrizes tiveram por base princípios básicos: ampliação da transversalidade ou aumento do grau de abertura comunicacional; a inseparabilidade entre gestão e atenção e a aposta no protagonismo dos sujeitos em coletividade. Unidas, princípios e diretrizes, deram materialidade ao método da PNH:

[...] definido como inclusão de sujeitos e coletivos, seja na gestão [...] seja na cooresponsabilização no cuidado de si e dos outros e nos processos de trabalho. Assim, incluir toma um sentido ético-político, pois não se quer incluir para manipular, subjugar, nem para docilizar corpos e relações, mas partindo das diferenças e das perturbações que elas produzem [...], construir um plano comum que não despreza os sujeitos e suas experiências concretas da vida, nem se centralizam em alguma polaridade [...] (PASCHÉ; PASSOS; HENNINGTON, 2011, p. 4.544).

As prerrogativas éticas, políticas, metodológicas e ideológicas de ambas as partes se centram na defesa da autonomia e dos direitos dos usuários, dos trabalhadores e dos profissionais – estejam na gestão, ou na linha de cuidados com a saúde –, sendo possível identificar pontos semelhantes. A defesa de condições objetivas, materiais condizentes com a resolução do trabalho interfere nas condições subjetivas do profissional, e essa se condensa como uma das preocupações do PEPSS da profissão e da PNH, visto que é preciso condições

reais e eficientes de desenvolvimento de processos em saúde e salários compatíveis a atuação profissional para que os profissionais se sintam motivados a trabalhar. Necessitando ser “elaborado protocolos assistenciais e rotinas de trabalho e investimento na educação permanente das equipes, para repensar o modelo de atenção à saúde, e avaliar constantemente as dificuldades que se apresentam no processo coletivo de trabalho em saúde” (CFESS, 2009, p. 26).

A pluralidade e a abertura comunicacional, elencada nos dois contributos, indica a democratização das discussões e debates no interior da profissão e da política em tela, demarcando a propositura da construção de novas formas de pensar e relacionar problemas e sugestões de soluções. Ao mesmo tempo que se abre para inaugurar novas formas de gerir e executar serviços, estabelece limites conceituais, já que se propõe a um debate teórico-metodológico, considerando as correntes profissionais sem deixar de ser coerente e fiel ao método substancial das mudanças de práticas nas ações e nos modos de execução profissional, evitando a concepção romantizada e residual, diminuída a escuta e pacificação de tensões.

A concepção de humanização, na perspectiva ampliada, permite aos profissionais analisarem os determinantes sociais do processo saúde doença, as condições de trabalho e os modelos assistenciais e de gestão. Nesta direção, cabe aos profissionais desencadear um processo de discussão, com a participação dos usuários, para a revisão do projeto da unidade de saúde, das rotinas dos serviços e ruptura com o modelo centrado na doença (CFESS, 2009, p. 26).

Destaca-se outra compatibilidade ética-política quando se retoma a validação da participação dos usuários nas comunas de discussão, na formulação, acompanhamento e avaliação dos programas e serviços, considerando que a profissão prima pelo bom desempenho dos serviços prestados à comunidade usuária, desde o acolhimento aos complexos processos de atendimento, o que denota a observação dos direitos dos usuários na tentativa de “buscar mecanismos e instrumentos eficazes e éticos, para contribuir com a efetivação do acesso e ampliação de direitos” (BARROCO, 2012, p. 130). A PNH se move nesse mesmo direcionamento, objetivando um atendimento acolhedor, passível de percepção das condições não só fisiológicas, mas também psicossociais, estabelecendo vínculos entre profissional-usuário, que seja resolutivo, garantindo plenamente o conjunto de direitos previsto na CF.

O empenho pela construção de espaços de debates e discussões abertos nas dimensões da profissão de Serviço Social e na PNH encerram, na mesma hora que demarcam as impossibilidades de práticas e posicionamentos arbitrários e autoritaristas, reconhecendo que, veementemente, a política é uma construção coletiva e social, que precisa se abster de

unilateralidade, promovendo a valorização das dimensões subjetivas e sociais em torno das ações de atenção e gestão do SUS, assim como de cada profissional que compõe as equipes técnicas dos serviços e programas que integram o SUS, validando o poder de conhecimento e prática profissional que a equipe em conjunto pode fornecer a PNH, autenticando o fortalecimento com o compromisso dos direitos de trabalhadores e usuários, respeitando suas questões de gênero, etnia, orientação sexual, raça, e populações tradicionais (indígenas, quilombolas etc.) (BRASIL, 2004).

Quanto a universalidade, igualdade e integralidade de acesso aos serviços de saúde, que estão inseridos também como princípios e diretrizes, que se centralizam na humanização pelo vínculo estreito que esta detém com o SUS, Mattos (2009) assevera que dentro do SUS, essa tríade (universalidade, integralidade e igualdade) deve se robustecer de ações que devem ser prestadas em direção da antecipação do surgimento do “sofrimento”, ou dos efeitos da doença. Nessa direção o humaniza, assim como o Serviço Social lutam por um atendimento integral na rede de assistência laboratorial ampliada, eficaz no mapeamento da doença, como no tratamento, observando as particularidades dos usuários, protegendo-os como seres emancipados e detentores de direitos e posicionamento crítico.

A integralidade deve ter pleno alinhamento como as necessidades dos usuários e profissionais, não podendo estar limitada pelas opções dentro da rede SUS, deve ser ampliada, garantida, dentro, ou se necessário fora do sistema de saúde público, visando a demanda e o bem-estar físico, mental e social dos cidadãos. Essa esfera hoje condensa um desafio ao Humaniza, mas é preciso reiterar que “não basta garantir o acesso universal e igualitário aos brasileiros. As práticas de cuidado devem estar fortemente voltadas para dar resposta ao sofrimento das pessoas ou para evitar esse sofrimento” (MATTOS, 2009, p. 779).

A guisa de conclusão é imprescindível tomar consciência de que a profissão e a PNH apesar de consolidadas e observadas juridicamente, estão em contínuo processo de aperfeiçoamento que devem ser instauradas num processo dinâmico, coeso e coletivo, reconhecendo e valorizando todos os sujeitos sociais dessa construção. Ademais, a profissão de Serviço Social dentro da cena contemporânea tem e continuará se deparando com desafios, como acertou brilhantemente Iamamoto (2012, p. 20, grifos da autora), “um dos maiores desafios que o Assistente Social vive no presente é desenvolver sua capacidade de *decifrar a realidade* e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, [...] ser um profissional *propositivo e não só executivo*”.

Assim é dever categórico do profissional de Serviço Social fazer uso fruto dos desafios e impossibilidades demarcadas no cotidiano do exercício profissional, como força motriz para criação de possibilidades de atendimento as demandas da população usuária, esteja este profissional lotado em qualquer política social, sempre vislumbrando a ampliação da autonomia e expansão da cidadania, corroborando e atuando em assimetria com os valores ético-políticos da profissão, amparados pelo seu Código de Ética profissional e lei de Regulamentação.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo trilhado os caminhos teóricos até aqui, podemos perceber que a saúde pública brasileira e a profissão de Serviço Social, são esferas que em quase toda conjuntura política, econômica, ideológica e cultural deteve aproximações, tendo as duas tomado maturidade ética, metodológica e técnica no fim dos anos de 1980 e estendendo-se pelos anos de 1990, estando em vigor, o exercício e desenvolvimento até os dias que transcorre.

A saúde conseguiu avançar, tornando-se política pública, ganhando status de direito e dever estatal, normatizada juridicamente por diversos substratos legais. Adquiriu valores regados por forças sociais e humanísticas, confluída nos princípios de universalidade, integralidade e igualdade, ainda mais quando diante de profissionais se propôs a uma iniciativa humanizada, inaugurando a PNH, se consubstanciando de proposições de atendimento ampliado, justo, reconhecendo as necessidades particulares dos usuários, observando as condições de trabalho e relações desiguais em que as equipe profissionais muitas vezes estão inseridos em relações de poder dentro da rede de saúde.

O Serviço Social, por sua vez, se encontra com as projeções humanizadas do SUS, já que como profissional da saúde, se inscreve na mediação dos direitos sociais, na luta pela ampliação desses direitos, tendo de assegurar atendimento, acesso ilimitado as demandas dos usuários em seus mais diversos agravamentos de saúde, corroborando para a diminuição do sofrimento dos pacientes, pleiteando uma relação justa, igualitária, centradas no alinhamento da expansão e emancipação do ser humano.

Vale, sobretudo, salientar que ambas apregoam a equidade da justiça no atendimento e acesso humanizado, sendo especifica em cada caso atendido, tratando os pacientes de acordo com suas necessidades particulares, respeitando os limites e a aceitação da intervenção, se posicionando como um serviço não autoritário, nem arbitrário, colocando o paciente, suas condições físicas e mentais, suas crenças, saberes em primeiro lugar nos atendimentos, com

primazia ao bem estar do usuário, compreendendo que a saúde não se encerra na condição física do usuário, mas nas conjunções entre estado físico, mental e social dos seres humanos.

Os objetivos, princípios, valores éticos e a metodologia do PEPSS e do PNH estão seguindo uma mesma ótica, sempre a favor da efetivação dos direitos, sejam eles dos usuários ou dos profissionais, atuando numa perspectiva emancipadora, reconhecendo a liberdade, a transversalidade, a abertura comunicacional e o espírito de coletividade necessárias para uma efetiva aplicação dos serviços.

Todavia, a evolução da política de humanização, a adesão crescente dos profissionais de saúde e das redes de serviços de saúde a uma orientação de atendimento humanizado, não anula as transgressões, os abusos e as contradições ainda existentes nos serviços, nos programas e nas instituições de saúde à assistência a população. É necessário, antes de tudo, compreender que o ser humano está em contínuo desenvolvimento, e a política, relativamente, montada na centralização dos serviços de viés público, em formas de apadrinhamento, de cargo por recomendação política que fazem presente e se impõe como uma bandeira de luta diária e corriqueira no dia-a-dia do exercício profissional, tanto dos assistentes sociais, como dos profissionais do trato medicinal.

As barreiras objetivas – falta de condições físicas de trabalho –, como as barreiras subjetivas – profissionais fadados no engessamento do trato medicinal e social – vão sempre estar presentes nos diversos espaços institucionais. Por isso, se torna cabal caminhar na contramão da corrente, se opondo as atitudes arbitrárias, unilaterais, de injustiças sociais, lembrando sempre de todos os aparatos legais-normativos que dão legalidade aos direitos instituídos na CF-1988.

7 REFERÊNCIAS

BARROCO, Maria Lucia Silva; TERRA, Sylvia **Código de Ética do/a Assistente Social comentado**. Maria Lucia Silva Barroco; Sylvia Helena Terra; Conselho Federal de Serviço Social – CFESS, (organizador). – São Paulo: Cortez, 2012.

BENEVIDES, Regina. PASSOS, Eduardo. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. In: **Ciências e Saúde Coletiva** 10 (3): 2005. p. 561-571. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2005.v10n3/561-571/pt>>. Acessado em 18 de março de 2020.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: **Capacitação para Conselheiros de Saúde** – textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001. Disponível em: <

[http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica de Saude no Brasil Ines Bravo.pdf](http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica%20de%20Saude%20no%20Brasil%20Ines%20Bravo.pdf) >. Acessado em 15 de março de 2020.

_____. MATOS, Maurílio Castro de. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. In: **Serviço Social e Sociedade: Formação e Trabalho Profissional/ Ana Elizabete Mota...** [et al.], (orgs). – 4. Ed. – São Paulo: Cortez, Brasília < DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Política Nacional de Humanização. **Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Ministério da Saúde, Brasília, 2004.

_____. **Política Nacional de Humanização – Humaniza SUS**. Ministério da Saúde. Brasília ONLINE. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/>. Acessado em 05 de abril de 2020.

CFESS, Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Brasília: 2009.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. – 23.ed. – São Paulo: Cortez, 2012.

_____; CARVALHO, Raul de. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológico**. – 39.ed. – São Paulo: Cortez, 2013.

MATTOS, Ruben Araujo de. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. In: **Interfaces Comunicação Saúde Educação**, v. 13, 2009. p. 771-780.

NETTO, José Paulo. **A construção do Projeto Ético-Político do S.S. IN: Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional**. 4º ed. São Paulo, 2009.

OLIVEIRA, André Luiz de. **História da Saúde no Brasil: dos primórdios ao surgimento do SUS**. In: Encontros Teológicos nº61. Ano 27, número 1, 2012. p. 31-42.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E.; HENNINGTON, E. A. Cinco Anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública. In: **Ciências e Saúde Coletiva**, 16 (11). 2011. p. 4541-4548. Disponível em:<<https://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a27v16n11.pdf>>. Acessado em 10 de abril de 2020.

SILVA, Regina Célia Pinheiro da. ARIZONO, Adriana Davoli. A Política Nacional de humanização do SUS e o Serviço Social. In: **Revista Ciências Humanas – Universidade de Taubaté (UNITAU) – Brasil – Vol. 1, N 2, 2008**.

YAZBEK. Maria Carmelita. Os fundamentos do Serviço Social na contemporaneidade. In: **Curso de Especialização em Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. CFESS/ABEPSS, 2009.