



HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE:
INTENCIONALIDADE POLÍTICA
E FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

MARINA MONTEIRO DE CASTRO E CASTRO

Marina Monteiro de Castro e Castro

HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE: intencionalidade política e fundamentação teórica

EDITORA
U F J F



2ª edição
Juiz de Fora
2024



Reitora: Girlene Alves da Silva
Vice-reitor: Telmo Mota Ronzani
Pró-reitora de Pós-graduação e Pesquisa: Priscila de Faria Pinto
Pró-reitora Adjunta de Pós-graduação e Pesquisa: Isabel Cristina Gonçalves Leite

Selo Editorial Serviço Social

Diretora Editorial: Profa. Dra. Edneia Alves de Oliveira
Editora: Profa. Dra. Carina Berta Moljo
Diretores Associados: Prof. Dr. Alexandre Aranha Arbia, Prof. Dr. Marco José de Oliveira Duarte

Conselho Editorial:

Alcina Martins (Instituto Superior Miguel Torga - Portugal)
Ana Elizabete Mota (Universidade Federal de Pernambuco)
Carina Berta Moljo (Universidade Federal de Juiz de Fora)
Cláudia Mônica dos Santos (Universidade Federal de Juiz de Fora)
Elaine Rossetti Behring (Universidade Federal do Rio de Janeiro)
José Paulo Netto (Universidade Federal do Rio de Janeiro)
Marco José de Oliveira Duarte (Universidade Federal de Juiz de Fora)
Margarita Helena Rozas Pagaza (Universidad Nacional de La Plata - Argentina)
Maria Carmelita Yazbek (Pontifícia Universidade Católica de São Paulo)
Maria Lúcia Duriguetto (Universidade Federal de Juiz de Fora)
Marilda Villela Iamamoto (Universidade Federal do Rio de Janeiro e Universidade do Estado do Rio de Janeiro)
Miguel Ángel Oliver Perelló (Universitat Illes Balears - Espanha)
Paula Vidal Molina (Universidad de Chile - Chile)
Rodrigo Souza Filho (Universidade Federal de Juiz de Fora)
Vassilis Ioakimidis (University of Essex - Inglaterra)

Projeto Gráfico, Editoração e Capa: Aline Barboza Coelli

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da UFJF.

Saúde mental, drogas e interseccionalidade: implicações de gênero, raça, sexualidade e políticas públicas no contemporâneo / Organizadores: Marco José de Oliveira Duarte, Sabrina Pereira Paiva, Elizete Maria Menegat. – Juiz de Fora, MG: Editora UFJF, 2024.

Dados eletrônicos (1 arquivo: 6,7mb)

ISBN 978-85-93128-78-3

1. Serviço Social. 2. Saúde mental. 3. Drogas ilícitas. 4. Gêneros (Grupos sociais). 5. Sexualidade. 6. Identidade de gênero. I. Duarte, Marco José de Oliveira. II. Paiva, Sabrina Pereira. III. Menegat, Elizete Maria. IV. Título.

CDU: 36:616.89

DOI: 10.34019/ufjf.ebook.2021.00058



Rua Isaías Régis de Miranda, 680
Hauer, Curitiba, PR, Brasil
contato@reflexaoacademica.com.br



Campus Universitário, bairro São Pedro
Juiz de Fora, MG, Brasil
editora@ufjf.br / propp@ufjf.br / ufjf.br/editora



Faculdade de Serviço Social
Campus Universitário, bairro São Pedro
Juiz de Fora, MG, Brasil

NOTA DA AUTORA À 2ª EDIÇÃO

A reedição do livro *Humanização em Saúde: intencionalidade política e fundamentação teórica* se tornou necessária a partir da conjuntura vivenciada durante a pandemia da covid-19, que demonstrou a relevância do debate da humanização em saúde no Brasil.

A primeira edição deste livro analisa a Política Nacional de Humanização (PNH), desenvolvida nos governos do Partido dos trabalhadores (PT), e indica, em sua introdução, os desafios que se apontavam com o golpe de 2016.

A partir de então, vivenciamos uma profunda alteração nas políticas públicas e sociais que tiveram impacto não só na PNH, mas na conformação dos serviços públicos ofertados à população brasileira.

Assim, por trazer fundamentações e reflexões basilares para o entendimento da construção da PNH no país, mantivemos nesta edição a mesma estrutura de capítulos da primeira, à qual acrescentamos um epílogo que analisa a humanização em saúde a partir de 2016, com foco na pandemia da covid-19.

Juiz de Fora, julho de 2023.

PREFÁCIO

“Algo deve mudar para que tudo continue como está.”

Tomaso Di Lampedusa

É com grande alegria que recebo o convite de Marina Monteiro de Castro e Castro para prefaciar seu livro. Tive o prazer de acompanhar Marina na elaboração da sua tese de doutoramento no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, concluída em 2015, cujo material foi muito bem avaliado pela Banca Julgadora e indicado para publicação, dentre outras razões, pelo seu ineditismo.

Decorrente da sua trajetória na área da saúde, e pautado em preocupações prático-sociais com a qualidade ofertada no tratamento do Sistema Único de Saúde, o texto de Marina Monteiro de Castro e Castro é bastante singular à medida que privilegia desvelar a **intencionalidade política e fundamentação teórica** do amplo projeto de humanização que gradativamente vem ocupando o lugar do projeto de reforma sanitária dos anos de 1970. Por essa trajetória, foi-lhe possível endurecer nas análises, sem perder a leveza que lhe é peculiar, apresentando-nos um texto denso e bem fundamentado, mas com uma redação fluida, agradável e bastante acessível a estudantes, profissionais, militantes e intelectuais. Não há dúvida de que a militância política nas entidades e nos movimentos que lutam e reivindicam um modelo de saúde pública de qualidade é um rico espaço de pesquisa e amadurecimento pessoal e profissional. E Marina dele se apropria muito bem.

Posso dizer que este livro revela alguns enigmas que precisam ser enfrentados tanto pela academia quanto pelos movimentos sociais em defesa da saúde nos seus mais variados aspectos e segmentos (mental, reprodutiva, do trabalhador, dos usuários de álcool e outras drogas, materno-infantil etc.).

Dentre os enigmas, estão: o papel desempenhado pelas instituições financeiras multilaterais, como o FMI, Banco Mundial e o BID na orquestração de medidas econômicas e ideopolíticas dirigidas ao enfrentamento da crise e à restauração do capital; as novas estratégias direcionadas à construção de consensos; a perspectiva privatista/mercantilista que constitui a Política de Saúde nos anos 2000.

O livro procura elucidar o porquê, diante de uma conjuntura de aprofundamento das desigualdades, de uma crise global, mundial e de longa duração¹ cuja tendência destrutiva é produzida em meio às contradições que emanam da própria ordem burguesa, de haver a retomada de temas próprios de sociedades pré-capitalistas, bem como questionar o papel desempenhado pelos intelectuais militantes do projeto de reforma sanitária ao procederem uma verdadeira operação transformista daqueles conceitos, princípios e valores, inserindo-os na moldura teórico-cultural do pensamento pós-moderno, e as implicações prático-sociais dessa “virada ideológica à direita”.

Na “batalha das ideias”, historicamente, o processo pelo qual as classes dominantes buscam consenso está intimamente ligado a esse transformismo. A atual Política de Humanização ressignifica o mote do movimento de humanização dos anos de 1970/1980 e se converte em uma estratégia funcional à sustentação do *status quo*.

Diante dessa realidade, Marina avança na captação das condições sócio-históricas que permitem que o que estou denominando “ideologia” da humanização ganhe materialidade, tornando-se a principal estratégia da atual Política Nacional de Saúde.

A partir da análise crítica do referencial adotado no campo da Saúde Coletiva dos anos de 1990, o livro que Marina nos apresenta relaciona a Política de Humanização da Saúde construída pelo Banco Mundial ao discurso pós-moderno que lhe dá sustentação, assim como identifica que esse debate encontra fundamento nas teorias das redes e dos jogos de linguagem, aportes do campo pós-moderno, cujo enfoque vem no caldo cultural da lógica do capitalismo tardio. Ao decifrar esse enigma, encontra o debate da humanização estreitamente vinculado, de um lado, à retórica da “busca de sentidos”, em um saudosismo por uma essência humana perdida, um anticapitalismo romântico e a negativa existencialista de uma realidade concreta decorrente da lógica da mercadoria que atravessa todas as relações sociais no contexto dos novos modelos de gestão, e, de outro, à lógica produtivista, em defesa das organizações sociais (especialmente da EBSEH), com foco no “cliente”, agora comprador de serviços de saúde, na versão de um suposto capitalismo humanizado que gera processos de socialização pautados na humanização e essa como uma estratégia de gestão/controlar o trabalho em saúde.

¹ MÉSZÁROS, Istvan. *Para Além do Capital*. São Paulo: Unicamp, 2002.

Sabe-se que as ideologias, “como uma forma de consciência social”², destinam-se a viabilizar o alcance de objetivos práticos e estão profundamente articuladas à materialidade histórico-concreta na qual emergem e de onde dimanam as suas determinações objetivas.

É nesse exato espírito que a Política de Humanização deve ser compreendida. É ideologia porque procura “resolver” as insolúveis contradições sociais, e não leva em conta o caráter autodestrutivo do capital. A lógica da mercadoria que atravessa todas as relações sociais, a concentração de riqueza, a exploração do trabalho, a produção destrutiva do capital e sua taxa de utilização decrescente (Mészáros, 2002, op. cit.), o processo de barbarização da vida social, o desmonte das políticas sociais, da saúde pública, a precarização do trabalho e destruição dos direitos sociais possuem total incompatibilidade com uma perspectiva de humanização.

É justamente a estruturação da saúde e a lógica mercantil/privatista, o mix público-privado e a incorporação dos modelos de gestão à luz da lógica gerencialista que põem a necessidade da retomada da ideologia da humanização, pautada em um humanismo abstrato de extração cristã ou existencialista.

Não casualmente, o enfoque da Política Nacional de Humanização direciona-se ao sujeito no que se refere ao cuidado, gestão participativa, cogestão, corresponsabilidade, autonomia, sem levar em conta sua concreta inserção no mercado precarizado de trabalho (terceirizado e contratado via organização social). Destaco ainda que o enfoque se localiza não apenas no sujeito abstrato, abstraído das suas condições históricas (próprio das perspectivas conservadoras que se orientam tanto pelo racionalismo formal-abstrato quanto pelo irracionalismo, donde a unidade entre eles), mas ele é visto como cliente que utiliza os serviços de saúde.

Não há como negar que a humanização na saúde é condição *sine qua non* da qualidade e qualificação da política social pública. Não obstante tal reconhecimento, a análise dos fundamentos que sustentam a Política Nacional de Humanização nos permite vê-la como parte das tecnologias leves (de atendimento, resgate de vínculo, escuta, empoderamento etc.) cujo foco se encontra não nas condições estruturais de uma sociedade fundada nas desigualdades sociais, mas no relacionamento profissional-usuário, o que implica mudar os sujeitos para que tudo continue como está.

² MÉSZÁROS, Istvan. *O poder da ideologia*. São Paulo: Boitempo, 2004.

A humanização como ideologia surge da tentativa de restituição da dimensão subjetiva que no capitalismo se perde no *qui pro quo* que se dá no processo de produção de mercadoria, o qual Marx identifica como o processo de “coisificação do sujeito” e de “personificação das coisas.”³ A humanização atenderia às requisições de liberar os sujeitos dessa “maldição” da sociedade burguesa. Pressupondo que se trate de mera escolha do sujeito profissional, liberar os usuários do processo de coisificação, a partir do suposto resgate da sua individualidade e personalidade, a humanização com foco no sujeito, de extração liberal-burguesa, ao fim e ao cabo o responsabiliza os sujeitos pela sua própria situação.

Baseada em um eticismo abstrato, no resgate de uma “essência humana” perdida como uma reação romântica ao capitalismo ou uma visão moralista que impõe uma pauta de dever aos profissionais de saúde, o que em verdade essa ideologia sustenta é o desmonte da saúde pública, em prol de uma gestão entendida como humanizada, gerida por organizações sociais, a exemplo das Empresas Brasileiras de Serviços Hospitalares (EBSERH).

Para os assistentes sociais que atuam na fenomenalidade do real e que, por uma determinação do próprio cotidiano, apreendem a política social na sua manifestação aparente, a rica possibilidade de interpretação clara e rigorosa dos seus fundamentos é imprescindível.

Assim, expostas as ideias centrais do livro, eu o recomendo como uma referência teórica e política necessária. Para além da minha admiração e do carinho que nutro pela autora, estou convencida de que aqui pode ser encontrada uma chave de leitura que permite estabelecer as conexões reais dos processos sociais explicativos da temática, convertendo-se em munição para o enfrentamento do belo “canto da sereia da humanização”, aos que se encontram nas trincheiras, lutando e reivindicando um modelo de saúde pública, gratuita, de qualidade.

Rio de Janeiro, junho de 2017.

Yolanda Guerra

³ MARX, Karl. *O Capital*. Livro Primeiro. O processo de produção do capital. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006. v. 1.

*Dedico este livro aos trabalhadores e
trabalhadoras da área da saúde.*

O respeito e a humanização não se dão pela solidariedade humana, pela ajuda, pela pena, pelo tratamento dispensado, mas pelo direito de usufruir daquilo que a humanidade vem conquistando e produzindo, não pelas mãos de quem possui capital, mas pelas mãos de quem realiza trabalho.
(VASCONCELOS, 2000, p.136)

SUMÁRIO

NOTA DA AUTORA À 2ª EDIÇÃO	6
PREFÁCIO	7
INTRODUÇÃO	11
CAPITULO I	
HUMANIZAÇÃO E QUALIDADE NA ÁREA DA SAÚDE: ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO À CRISE DO CAPITAL	20
1.1 Reconfiguração das estratégias de controle do capital no contexto da reestruturação produtiva: qualidade e humanização	21
1.2 A reforma gerencial do Estado e os “novos modelos de gestão”: impactos na política de saúde no Brasil	36
1.3 As estratégias da qualidade e humanização da saúde no contexto da reestruturação produtiva e da reforma gerencial do Estado	49
1.4 A lógica mercadológica que sedimenta a política de saúde dos anos 2000	57
CAPITULO II	
O ARCABOUÇO IDEOTEÓRICO DA HUMANIZAÇÃO: FUNDAMENTOS E DEBATES	75
2.1 As bases teóricas do projeto de reforma sanitária	76
2.2 O debate teórico na saúde a partir dos anos 1990: crítica ao marxismo e discurso pós-moderno	93
2.3 Humanização: um conceito polissêmico	117
CAPITULO III	
PARA A CRÍTICA DA ATUAL POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE	128
3.1 Humanização em saúde: diretrizes políticas, teóricas e práticas para a gestão e o trabalho em saúde	129
3.2 Humanização e o “novo conceito de saúde”	157
EPÍLOGO	163
REFERÊNCIAS	173

INTRODUÇÃO

O presente livro é fruto de minha tese de doutoramento, defendida em 2015 na Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro.⁴ Esta teve por objetivo desvelar o debate da humanização na área da saúde, problematizando o arcabouço ideoteórico que o sustenta e sua intencionalidade política, a partir da análise das principais diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH).

A construção desse debate coaduna com as colocações de Yamamoto (2008) que apontam a necessidade de apropriação de categorias e princípios teórico-metodológicos, que são instrumentos de explicação dos processos sociais que perpassam o exercício profissional do assistente social.

O interesse pela temática é decorrente da minha trajetória na área da saúde, cuja inserção em diferentes espaços, especialmente junto ao Conselho Regional de Serviço Social 6ª região – seccional de Juiz de Fora (CRESS) e da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), permitiu discutir e problematizar os referenciais utilizados para análise da política, do trabalho e da formação em saúde. Decorre também das inquietações provenientes de pesquisas realizadas ao longo de minha trajetória acadêmica que indicaram que, nas produções do Serviço Social e da Saúde Coletiva, nos anos 2000, foram reforçados os debates referentes à qualidade do atendimento ofertado aos usuários e à aplicação de políticas, como a PNH, ao Sistema Único de Saúde (SUS).⁵

No âmbito do arcabouço teórico para análise dos elementos constitutivos do debate da humanização, avança-se na utilização de um referencial incorporado e fortalecido pela Saúde Coletiva a partir dos anos 1990, que se respalda em autores como Foucault, Deleuze e Guattari, que realizam uma crítica ao projeto da modernidade e se aproximam do campo pós-moderno. Esse campo teórico tem em sua base a crítica ao projeto de reforma sanitária (construído nos anos 1970) vincado na tradição marxista.

⁴ A tese, de mesmo título, foi orientada pela Profa. Yolanda Guerra e congregou em sua banca examinadora os professores: Dra. Maria Inês de Souza Bravo, Dr. Maurílio de Castro Matos, Dra. Maria Valéria Correia, Dra. Rita de Cássia Cavalcanti Lima.

⁵ Alude-se aqui à análise das produções desenvolvidas por assistentes sociais atuando na área da saúde, publicadas na Revista Serviço Social e Sociedade, no período de 1979 a 2013. Essa pesquisa foi realizada durante nosso processo de doutoramento, na Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Tal referencial é ancorado no debate da “micropolítica do trabalho”, que tem como base a noção de *cuidado*, reforçada por dimensões éticas ligadas à saúde (NOGUEIRA, 2002). Para Pinheiro e Guizardi (2004), essas dimensões devem ser ressaltadas, pois o cuidado é uma ação integral, que possui significados e sentidos voltados para o entendimento da saúde como o direito de ser em seus diversos âmbitos: ser social, ser político, ser cultural, e envolve uma dimensão ética, pois pode gerar modos de “produzir o bem comum” e “criar espaços públicos capazes de cultivar sentimentos públicos em torno daquilo que é comum a todos – a vida” (PINHEIRO; LOPES, 2010, p.10).

Como defensor da micropolítica, Merhy (2002) declara que o debate sobre o cuidado surge da necessidade de uma construção teórica que abranja as singularidades dos processos produtivos na área da saúde, posto que considera que a teoria mais geral utilizada (como o marxismo), apesar de sua contribuição, não tem se mostrado suficiente.

Pasche e Passos (2008) afirmam que a PNH (2003) será fruto do movimento teórico, prático e político do campo da Saúde Coletiva que, apesar de seu hibridismo, aponta o tema da humanização, da atenção e da gestão das práticas de saúde, destacando os sujeitos e o cuidado. “É nesta tradição e desta origem que a Política de Humanização emerge e se constitui como política pública de saúde” (PASCHE; PASSOS, 2008, p.94).

A identificação desses elementos apontou a necessidade de problematizar os fundamentos em torno do debate da humanização na área da saúde, bem como o arcabouço teórico, construído no campo da Saúde Coletiva, que irá incidir na política que hoje subsidia/respalda e é referência para a atuação e gestão na área, e ainda a intencionalidade da Política de Humanização — que é proposta em um contexto de ampliação da perspectiva de mercado para a área da saúde.

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

Dentre estas, tem-se o debate da qualidade que congrega formas de controle da dimensão subjetiva do trabalho, a partir de estratégias como a gestão compartilhada e participativa, o trabalho em equipe, a responsabilização do trabalho

e a construção de “novos modelos de gestão”, que serão incorporadas pela Política de Humanização.

As estratégias de combate à crise do capital se pautam também por uma política de ajuste voltada para a contenção dos gastos, por meio da racionalização da oferta e descentralização de responsabilidades. O Estado seria responsável por garantir um mínimo de serviços aos que não podem pagar e o setor privado, responsável pelos que acessam o mercado.

Nesse contexto, são destacados programas voltados para o combate à pobreza e políticas que desresponsabilizam o Estado e o setor público, desarticulando políticas sociais de trabalho, emprego, saúde, educação e previdência. Concomitantemente a esse processo, há uma responsabilização abstrata da “sociedade civil” e da “família” pela ação assistencial, principalmente via organizações não governamentais (ONGs) (NETTO, 2007).

Essa lógica vem acirrando as tensões em torno da defesa do projeto de reforma sanitária contra o projeto privatista e de um terceiro projeto para a saúde, que é o do “SUS possível” (SOARES, 2010a). Este tem resgatado traços conservadores e possibilistas para a conformação das políticas de saúde e contribuído para a desqualificação do trabalho profissional, como será visto nos capítulos 2 e 3.

Na conjuntura atual, há um tensionamento entre o padrão universalista e redistributivo de proteção social, previsto na Constituição de 1988 e nos princípios e diretrizes do SUS, e a lógica de mercado proposta à política de saúde, que coloca diversos impeditivos para o processo de humanização da saúde e da qualidade dos serviços prestados, pois incide na transferência de responsabilidade estatal para a sociedade, incentiva mecanismos da gestão empresarial, reforça um processo de responsabilização dos trabalhadores e usuários e psicologiza as relações sociais e o processo saúde-doença.

A crise do capital abrange ainda o debate em torno da chamada “crise” dos modelos analíticos e explicativos nas Ciências Sociais, principalmente da crítica às metanarrativas construídas por duas grandes matrizes teóricas da razão moderna: o positivismo de Comte e a teoria social de Marx (SIMIONATTO, 2009).

O fracasso das revoltas de maio de 1968, a crise do chamado Estado de bem-estar social e o colapso do socialismo real incidiram no questionamento das propostas do projeto de modernidade e das grandes narrativas de análise da realidade, abrindo campo para o debate pós-moderno.

É nesse contexto que se abre caminho para uma nova lógica cultural do capitalismo tardio, denominada de pós-modernidade, que traz como elementos a falta de profundidade, o a-historicismo, a exaltação da imagem e do simulacro (JAMESON, 2007), a identificação do social como um campo de multiplicidades e particularismos (ROUANET, 1998), tendo como alvo central a crítica ao marxismo e à esquerda socialista (ANDERSON, 1999).

O debate da pós-modernidade no Brasil acompanha os processos mundiais, sendo que o marco da introdução dessas ideias no país se situa nos anos 1990. Esse processo expressa uma virada ideológica decorrente de uma profunda derrota política das forças progressistas que combateram a ditadura, agravada pelas transformações societárias postas pelo neoliberalismo e a “Reforma do Estado” (EVANGELISTA, 2007).

Na saúde, ocorrerá uma tensão entre os marcos de análise, abrindo espaço para a consolidação de outro paradigma que não o marxista (COHN, 1992). Na produção científica da Saúde Coletiva, é verificada a filiação de autores à corrente pós-moderna de pensamento, a partir de uma crítica a teorias de caráter totalizante e à referência à constituição de identidades, valorização da subjetividade, do imaginário e dos fenômenos culturais em si mesmos ou como instância de mediação entre estrutura e ação social (LACAZ, 2001).

A conformação da política de saúde e de humanização será tensionada pelas mudanças trazidas pela contrarreforma do Estado, como também pelo arcabouço teórico desenvolvido no campo da Saúde Coletiva a partir dos anos 1990. Nesse contexto, temáticas como cuidado, cuidador, autocuidado, promoção da saúde, concepção da saúde, representação e discriminação positiva começam a surgir no campo da saúde coletiva (BRAVO, 2011).

Assim, essas mudanças terão rebatimentos na área da saúde em dois sentidos: a partir de um discurso sobre a “crise da saúde”, haverá um investimento via Estado, em políticas de qualificação e humanização; e no âmbito do debate teórico da saúde coletiva surgirá uma crítica ao projeto de reforma sanitária e sua vinculação à tradição marxista, sendo construído um arcabouço teórico respaldado na micropolítica do trabalho e no cuidado em saúde (que dará sustentação ao discurso da humanização).

Tendo por base esse referencial, este estudo defende que o debate ideoteórico e a Política de Humanização na área da saúde incorporam as diretrizes provenientes

do processo de reestruturação do capital, principalmente as vinculadas à discussão da “qualidade”.

Dessa forma, é primordial compreender os fundamentos desse debate para problematizar as políticas que direcionam o trabalho na área da saúde e que fomentam o mote da humanização, pois essas tais políticas sofrem interferência direta de uma lógica maior, de mundialização e acumulação do capital e suas estratégias ideológicas, uma vez que “a ideologia dominante tende a produzir um quadro categorial que atenua os conflitos existentes e eterniza os parâmetros estruturais do mundo social estabelecido” (MÉSZÁROS, 2004, p.69).

É importante ressaltar o protagonismo do Banco Mundial sobre a política de saúde dos países periféricos, a partir da construção de diversos documentos que irão traçar diretrizes para a área e propor financiamento de diversos projetos que reforçam a iniciativa privada e a redução do Estado com os gastos sociais.

A análise da PNH e dos Cadernos de Textos do HumanizaSUS, que englobam as cartilhas e o documento base para gestores e trabalhadores do SUS, demonstrou que as novas requisições postas aos trabalhadores, assim como as temáticas/conceitos que se apresentam nas produções teóricas, são disseminadas, especialmente, pela Política de Humanização. A PNH tem como eixos centrais o cuidado em saúde, a gestão participativa e cogestão, valorização do trabalhador, ambiência, trabalho em equipe, defesa dos direitos dos usuários, redes e protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos. Esses elementos são apresentados como aqueles que devem orientar a gestão e o trabalho em saúde, tornando-se motes no interior das diversas políticas da área da saúde.

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

No entanto, a PNH não é problematizada nos seus limites, no que concerne à precarização das condições e relações de trabalho, fragmentação do trabalho entre as equipes de saúde, dificuldades de acesso aos serviços de saúde, entre outros — que têm interferências diretas nos programas/Política de Humanização na saúde.

Essa problematização é importante, uma vez que as propostas de humanização são realizadas em um quadro, principalmente nos governos dos presidentes Lula (2003-2010) e Dilma (2011-2014), em que a política de saúde se afirma como fonte de investimento e lucratividade para o capital, acompanhando os ditames dos organismos internacionais que indicam a sua inserção em âmbito privado, a adequação da política ao ajuste fiscal e a construção de um discurso centrado no combate à pobreza.

As análises se sustentam no entendimento de que a humanização, apesar de ser um mote do movimento progressista da área da saúde, torna-se uma estratégia de respaldo à crise do capital, sendo destacadas a sua função mercadológica, a transferência da responsabilidade estatal para a sociedade civil, responsabilização dos trabalhadores e usuários pelas dificuldades existentes nos serviços de saúde, as alternativas possibilistas para enfrentamento da crise da saúde e a incorporação de uma perspectiva restrita de humanização que coaduna com a lógica de um “capital humanizado”.

Importante destacar que, após a finalização desta pesquisa, o Brasil sofreu uma rearticulação da burguesia que culminou no *impeachment* da então presidenta Dilma.

Conforme Demier (2017, p.95), esse processo foi dirigido pela oposição de direita, com aliados da mídia e judiciário, e conformou uma “democracia blindada” comandada pelo então vice-presidente Michel Temer. O autor destaca essa concepção respaldado na ideia de que a classe dominante brasileira não depôs ou alterou o regime democrático-liberal anteriormente constituído e se mostrou “imune às pressões populares”.

Temer instaurou um governo socialmente regressivo (DEMIER, 2017) que, a nosso ver, pode ser considerado como um novo “desmonte da nação” (LEBAUSPIN, 1999). Aos moldes do governo Fernando Henrique Cardoso (FHC) nos anos 1990, o atual governo realiza o que Netto (1999, p.75) havia apontado àquela época: um “desastre para as massas da classe trabalhadora”, constituindo-se um “governo direcionado contra os interesses e aspirações da massa dos trabalhadores brasileiros”.

Tal consideração pode ser visualizada nas propostas de reforma trabalhista e da previdência e na privatização dos serviços públicos, que já eram anunciadas nos documentos “Ponte para o futuro” (2015b) e “A Travessia Social” (2015a) do partido de Michel Temer.

O processo atual é reforçado ainda por uma “onda conservadora” (DEMIER, 2017) expressa no avanço da extrema direita, no chamamento pela intervenção militar, nas intolerâncias de classe, raça, orientação sexual e no culto da violência policial (LOWY, 2015).

O que pode ser visto é que o atual governo se converte em um “arranjo político voltado centralmente para a retirada de direitos democráticos” (DEMIER, 2017, p.98). Na saúde, temos um avanço agressivo do projeto privatista e de mercado que pode ser visto por meio da proposta de criação de planos populares de saúde, no estímulo a gestão do capital estrangeiro em setores estratégicos para o mercado e a proposta de revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Ressaltamos que, apesar da opção de continuidade de um mesmo modelo econômico nos governos do Partido dos Trabalhadores, é perceptível que estes construíram avanços, principalmente, no campo social com aumento dos gastos e a constituição de políticas voltadas para a consolidação de direitos, como a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) e a criação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). No âmbito da saúde, tivemos avanços na PNAB, em programas especiais, com o combate a tuberculose, tabagismo, AIDS, o reforço à saúde da mulher, a criação da Política Nacional de Saúde para Pessoa com Deficiência e a constituição da própria Política de Humanização.

Dessa forma, a análise crítica da relação entre política social e política econômica e da sua fundamentação teórica como aqui se apresenta se torna fundamental para estabelecermos as estratégias e táticas (PAULA, 2016) a serem utilizadas para a defesa do direito à saúde e da efetivação da PNH em meio a tantos retrocessos.

A apresentação deste livro foi organizada em três capítulos. No primeiro, é exposta a discussão em torno do debate sobre humanização na área da saúde, problematizando a reestruturação produtiva e as estratégias de controle do capital, principalmente as vinculadas ao debate da qualidade do trabalho e dos serviços, que darão sustentação às diretrizes da humanização. Explicita-se também o processo de contrarreforma na política de saúde no Brasil, a perspectiva mercadológica para a área e o seu atrelamento às diretrizes do Banco Mundial, fortalecidas gradativamente nos governos Fernando Henrique Cardoso (FHC) (1995-2002), Lula (2003-2010) e Dilma (2011-2014), impactando diretamente na construção da Política de Humanização do atendimento em saúde.

O capítulo dois abarca os desdobramentos ideoteóricos da crise do capital e os seus impactos no debate teórico da área da saúde. A exposição do material parte dos elementos centrais da construção do projeto de reforma sanitária no Brasil (a partir dos anos 1970) e sua vinculação ao marxismo, para, posteriormente, destacar a crítica que incidirá na construção de um debate teórico que se aproxima do campo pós-moderno. A defesa realizada neste capítulo é a de que esse arcabouço teórico subsidiará o debate da humanização e a construção de sua política.

A partir desse referencial, no capítulo três, é apresentada uma análise crítica da Política Nacional de Humanização, construída a partir de 2003, e suas temáticas centrais: cuidado em saúde, gestão participativa e cogestão, valorização do trabalhador, ambiência, trabalho em equipe, defesa dos direitos dos usuários, redes e protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos. Esses temas são problematizados tendo em vista o cenário de mercadorização da saúde, apresentado no capítulo um.

Este livro busca desmistificar o debate em torno da humanização e identificar os processos que o envolvem no campo ideoteórico e político, bem como contribuir com os fundamentos teórico-metodológicos e políticos do trabalho profissional do assistente social, entendendo que pensar os fundamentos é uma forma de resistência às análises que não passam da aparência e da aparente objetividade do real (GUERRA, 2004). É nessa lógica que se reafirmam as bases teóricas de nosso projeto ético-político profissional, centrado na tradição marxista, pois, nos termos de Netto (1996, p.127-128):

Somente uma perspectiva teórico-crítica que permita apreender o movimento histórico que se contém nas transformações societárias em curso e a negatividade que ele comporta, perspectiva fundada a um projeto social anticapitalista sem vincos utópicos-românticos, pode assegurar que os componentes sociocêntricos e emancipadores que a cultura profissional recentemente abrigou sejam potenciados e atualizados.

Esperamos que este livro possa contribuir com a desmistificação dos processos que envolvem a Política de Humanização e avançar nos fundamentos teóricos, políticos, econômicos e ideológicos da humanização em saúde. Com isso, buscamos resgatar os fundamentos críticos do projeto da reforma sanitária e as bases para a formulação de uma política de saúde que teórica e praticamente atenda, efetivamente, às necessidades dos trabalhadores e dos usuários dos serviços de saúde.

Ao longo deste estudo, pudemos contar com amigos, mestres, interlocutores e familiares que contribuíram significativamente na construção deste trabalho, aos quais sou imensamente grata. Agradeço, especialmente, a minha orientadora Yolanda Guerra que me abriu novas possibilidades no campo do pensamento e por todo o afeto no processo de orientação. Agradeço ainda aos mestres Maurílio Matos, Maria Inês Bravo, Rita Cavalcanti e Valéria Correia que influenciaram diretamente os caminhos traçados neste livro.

CAPÍTULO I

HUMANIZAÇÃO E QUALIDADE NA ÁREA DA SAÚDE: ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO À CRISE DO CAPITAL

1. INTRODUÇÃO

As transformações societárias que ocorreram a partir da II Guerra Mundial (momento em que se instala uma nova ordem do capital) indicaram a necessidade de estabelecer novos patamares para a acumulação, devido à crise do capital, traçando diferentes diretrizes no campo político, ideológico, social, cultural, artístico, ético e estético.

A nova forma de produção/reprodução capitalista, centrada na acumulação flexível, a crise do Estado de Bem-Estar Social e do socialismo real, e o fracasso das lutas políticas de 1968 a 1976 trarão transformações no âmbito das relações sociais de produção/reprodução do capital.

A partir das mudanças ocorridas com a crise do capital dos anos 1970, o debate da “qualidade” e da “humanização” entrará em voga, principalmente por meio da reestruturação produtiva, pela qual se buscarão novas formas de valorização do capital devido à crise e ao decréscimo da taxa do valor de uso das mercadorias (ANTUNES, 2005b), abrindo a procura por instrumentos inovadores de controle de qualidade nas indústrias.

No Brasil, é nos anos 1990 que será inaugurada “a cultura da qualidade”, por meio de uma campanha junto aos setores produtivos de bens e serviços. Essa proposta estará afinada com os novos rumos do país, traçados pela política neoliberal, pela contrarreforma do Estado, pela necessidade de “modernizar” o Brasil, como também pelas recomendações do FMI e do Banco Mundial (DRUCK, 2000).

Na área da saúde, será incorporado um conjunto de estratégias de melhoria de qualidade, com enfoque na dimensão interpessoal da relação entre profissionais de saúde e usuários dos serviços (GUSMÃO-FILHO, 2008). É a partir dessa perspectiva que o termo “humanização” foi adotado com o intuito de valorizar a qualidade do

cuidado do ponto de vista técnico, associado ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais, e também à valorização do profissional e do trabalho em equipe (DESLANDES, 2004).

Neste capítulo, serão apresentados os argumentos teóricos que indicam que o debate da humanização na área da saúde incorpora os direcionamentos oriundos do tema da qualidade advindo do processo de reestruturação produtiva e se apresenta como uma estratégia de enfrentamento da crise do capital, uma vez que se tem um quadro em que a política pública de saúde é cada vez mais pressionada por uma lógica de mercado que desconfigura a sua natureza e abre a área para os propósitos da acumulação de capital.

Esse processo de reestruturação capitalista, conjugado à indicação de uma crise da saúde no Brasil provocada, especialmente, pelas diversas situações de precarização dos serviços e do acesso à saúde, dará o mote para a chamada humanização do setor e para procura de novos padrões de qualidade.

1.1 Reconfiguração das estratégias de controle do capital no contexto da reestruturação produtiva: qualidade e humanização

A crise do capital dos anos 1970 levou à necessidade de organização processual de um novo modelo de acumulação, realizando uma reestruturação na produção, estabelecendo novos modelos de produção e organização do trabalho e novos patamares para a relação entre capital, trabalho e Estado.

Nesse período, o padrão de acumulação capitalista vigente (centrado no fordismo/taylorismo e baseado no modelo keynesiano de Estado) começa a se exaurir, abalando a acumulação do capital. A capacidade de o Estado exercer as suas funções de forma ampla e a absorção de novos trabalhadores no mercado de trabalho (explosão da juventude em 1968) se mostram limitadas devido ao avanço tecnológico. Ocorre também, nesse período, um grande crescimento da dívida pública e privada, acoplado a uma queda na taxa de lucro, e, em 1973, a grande recessão, causada pelos altos preços do petróleo.

É necessário compreender que as crises são próprias do capitalismo e são determinadas pela sua dinâmica contraditória. As crises podem ser analisadas a partir de três questões essenciais (mas não únicas): a anarquia de seu modo de produção — posto que não há planejamento e controle global, já que os capitalistas comandam

autonomamente sua produção e a busca pelo lucro; a queda da taxa de lucro — que cada capitalista trata de uma forma; e o subconsumo das massas trabalhadoras — cujo poder aquisitivo é limitado (NETTO; BRAZ, 2007).

As crises expressam a contradição do modo de produção capitalista, uma vez que colocam em exposição as suas fragilidades e, ao mesmo tempo, criam as condições para a guinada de um novo ciclo de expansão, podendo levar ao auge o crescimento da produção.

A crise estrutural se manifesta em várias dimensões internas, como também nas instituições políticas. Três dimensões que são vitais no desencadeamento da crise (e para o próprio capital) se relacionam com o processo de produção, consumo e circulação/distribuição/realização. “Uma crise estrutural afeta a *totalidade* de um complexo social em todas as relações com suas partes constituintes ou subcomplexos, como também a outros complexos aos quais é articulada” (MÉSZÁROS, 2006, p.797).

A crise pode ser detonada por incidente econômico ou político qualquer (a falência de uma grande empresa, um escândalo financeiro, a falta repentina de uma matéria-prima essencial, a queda de um governo). Bruscamente, as operações comerciais se reduzem de forma dramática, as mercadorias não se vendem, a produção é enormemente diminuída ou até paralisada, preços e salários caem, empresas entram em quebra, o desemprego se generaliza e as camadas trabalhadoras padecem a pauperização absoluta (NETTO; BRAZ, 2007, p.159).

Segundo Mézáros (2006), na atualidade, a novidade histórica é que a crise do capital se tornou estrutural por manifestar quatro aspectos: o *caráter universal*, isto é, não restrito a uma esfera particular; o seu alcance *global*, podendo afetar diferentes países; a *escala de tempo* extensa e podendo ser considerada também *permanente*, diferente das crises cíclicas; e, por fim, o seu desdobramento de forma *rastejante*, já que se evita a ocorrência de crises nos moldes anteriores (rupturas drásticas e colapsos espetaculares e dramáticos) por meio de uma complexa articulação para a administração das crises e o deslocamento temporário das contradições.

Mézáros (2009, p.29) aponta que “o que está profundamente em caso hoje não é apenas uma crise financeira maciça, mas o potencial de autodestruição da humanidade no atual momento do desenvolvimento histórico, tanto militarmente como por meio da destruição em curso da natureza”.

Importante ressaltar a diferença analítica de Mandel e Mészáros. A análise de Mandel parte de uma interpretação marxista das causas da longa onda de crescimento rápido da economia capitalista internacional no pós-guerra, com o objetivo de verificar os limites que asseguravam a substituição por outra longa onda de crise econômica. O autor, a partir do período histórico analisado (pós-1945 a 1972), indica que o capitalismo é permeado por períodos de expansão e estagnação, sendo suas crises cíclicas (MANDEL, 1985). Já Mészáros (2006), ao analisar o capitalismo em seu processo histórico até os dias atuais, considera que as crises são estruturais, isto é, são intrínsecas à configuração desse modo de (re) produção e aponta a condição destrutiva do capitalismo.

A crise do capital gera efeitos terríveis sob a humanidade devido à sua lógica de produção/reprodução que cada vez mais se mostra perversa e desumana. O desdobramento dessa lógica é a miséria, pobreza, fome, desnutrição, subnutrição; o não acesso aos bens necessários à manutenção de uma vida digna; pessoas vivendo em condições subumanas e sendo consideradas como supérfluas (TONET, 2009).

Populações inteiras são submetidas às condições de vida mais degradantes e praticamente descartadas como supérfluas, pois o capital não pode incluí-las no seu processo de reprodução. Milhões de pessoas são obrigadas a viver em condições subumanas porque não tem acesso ou têm um acesso precaríssimo à alimentação, à saúde, à habitação, ao vestuário, ao saneamento, ao transporte etc. Outras pessoas se deslocam de regiões e países mais pobres para outros lugares onde se concentram melhores possibilidades de ganhos e de vida, com todas as consequências – econômicas, sociais, políticas e ideológicas – que esse deslocamento traz consigo (TONET, 2009, p.111-112).

Dessa forma, demarca-se que a crise é material e não de valores (como apregoada pela ideologia burguesa). Como aponta Tonet (2009, p.108):

Não se trata de nenhum economicismo, ou seja, de afirmar que a causa direta e imediata de todos os problemas atuais da humanidade está na economia. Trata-se apenas de deixar claro que a raiz mais profunda da crise que o mundo vive hoje está nas relações que os homens estabelecem entre si na produção da riqueza material. Assegurado isso, também deve ser deixado bem claro que há uma relação de determinação recíproca entre essa raiz e as outras dimensões da realidade social. Do mesmo modo, também há uma influência recíproca entre todas as dimensões que compõem a totalidade social.

A crise global dos anos 1970 é particularizada, especialmente, pela crise do Estado de Bem-Estar Social (*Welfare State*) e pela crise do socialismo real, que irão trazer implicações no que tange à possibilidade de validar um capitalismo

democrático, por um lado, e de efetivação de um projeto de sociedade socialista, por outro (NETTO, 2001). Essa crise tem uma importante significação histórico-social que reverbera no âmbito da ordem burguesa e da chamada pós-modernidade, com a desqualificação da teoria social de Marx, o sepultamento da revolução e com a declaração de que o capitalismo é o fim da história.

Há ainda outro marco, que é a derrota dos movimentos sociais e forças políticas revolucionárias que se organizaram a partir dos anos de 1960, especialmente em 1968. O esvaziamento e a neutralização das contestações sociais conduzidas por jovens e operários, pelas forças conservadoras, terão impactos significativos na esquerda. A derrota gerou uma impotência e um desencanto generalizado quanto à possibilidade de realizar uma mudança societária estrutural.

Herdeiros dessa apatia, os novos movimentos sociais caudatários desse processo (negros, mulheres, hippies etc.) serão absorvidos pela indústria cultural e neutralizados pela institucionalização dos novos padrões de comportamento e de suas demandas sociais (EVANGELISTA, 2007).

Para Eagleton (1998), a esquerda passou a misturar um pragmatismo a uma desilusão provocada pelos resultados das lutas, dando lugar a uma ideologia de esquerda que pode ser considerada como um pessimismo libertário. A transformação política é posta como fora de questão, porém é dada ênfase à necessidade de os grupos sociais (negros, mulheres etc.) se articularem em torno da luta por emancipação política e social.

Outro processo que se manifesta a partir da crise nos anos 1970 é o da mundialização do capital (CHESNAIS, 1996), principalmente no que tange à expansão financeira em articulação ao capital industrial, que conduz à ampliação da exploração do trabalho e à radicalização das desigualdades (IAMAMOTO, 2008).

Harvey (2005b) designa esse estágio como um “novo imperialismo”, que se sustenta no acirramento desses processos e que é conduzido, principalmente, pelos EUA. Mészáros (2009) coloca que, no período pós-II Guerra Mundial e nas últimas décadas, houve um notável fortalecimento norte-americano. Diversos mecanismos foram utilizados para a sustentação dessa lógica, dentre os quais se destacam o

“Consenso de Washington”, o Banco Mundial, o FMI e a Organização Mundial do Comércio (OMC).⁶

A marca desse novo imperialismo é a acumulação por espoliação (HARVEY, 2005b), que tem como características:

A abertura de mercados em todo mundo, através das pressões exercidas pelo Fundo Monetário Internacional, Banco Mundial e Organização Mundial do Comércio que, ao estimularem a aplicação de excedentes ociosos de capital – que não encontram empreendimento lucrativo em seus países de origem-, investem nos países periféricos, de onde jorram remessas de lucros. Este processo torna-se campo de investimento transnacional, desde o patenteamento de pesquisas genéticas, passando pela mercantilização da natureza, através do direito de poluir, até a privatização de bens públicos, com a transformação dos serviços sociais em negócios, implicando degradação do meio ambiente, ampla especulação imobiliária, como vem acontecendo com o litoral do nordeste, e criação de nichos produtivos locais, entre outros (MOTA, 2009, p.60).

No âmbito das alterações em torno dos modelos de produção e organização do trabalho, houve a substituição da produção em série e de massa pela flexibilização da produção e das relações de trabalho, que deram origem a modernas estratégias de produção em busca de lucratividade, consubstanciando o modelo de acumulação flexível (HARVEY, 2007).

Esse modelo investiu na especialização do produto, ao lançar bens não padronizados no mercado. Passaram a ser utilizadas máquinas universais programáveis e redes de subcontratação por meio de um relacionamento cooperativo entre empresas. Surgiu uma busca incessante pela qualidade total dos serviços e produtos, que passou a exigir outro perfil dos trabalhadores. O novo modelo implicava ainda na flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados, produtos, padrões de consumo, contratos de trabalho, salário, direitos trabalhistas e sociais, e o trabalho em tempo parcial, temporário ou subcontratado.

Já o processo de reestruturação da produção ensejou a origem do toyotismo (ALVES, 2005), que trouxe uma nova forma de organização do trabalho a partir do desenvolvimento da produção articulada com a demanda — variada e heterogênea —, bem como o trabalho em equipe com multivariabilidade de funções e o *just in time*, ou seja, deve-se ter o máximo de aproveitamento do tempo de produção, funcionando

⁶ O “Consenso de Washington” (EUA, 1989) foi o centro difusor do neoliberalismo (PAULA, 2007). Nesse evento, foi posto um receituário para enfrentar a crise capitalista, pelo qual as instituições financeiras multilaterais passaram a exigir que países periféricos programassem políticas para a resolução dos seus problemas internos.

de acordo com “o sistema de *kanban*, placas ou senhas de comando para reposição de peças e de estoque” (ANTUNES, 2002, p.181, grifo do autor). Tem-se ainda a horizontalização do processo produtivo e a transferência a terceiros do que anteriormente era produzido pela empresa.

Harvey (2007) aponta que a acumulação flexível parece realizar uma recombinação das duas estratégias de procura de mais-valia definidas por Marx, pois se apoia na extensão da jornada de trabalho em relação ao salário necessário à garantia da reprodução da classe trabalhadora (mais-valia absoluta) e na mudança organizacional e tecnológica, a fim de gerar lucros temporários para empresas inovadoras e lucros generalizados com a redução dos custos dos bens que definem o padrão de vida do trabalho (mais-valia relativa).

A passagem para mais horas de trabalho associadas com uma redução geral do padrão de vida através da erosão do salário real ou da transferência do capital corporativo de regiões de altos salários para regiões de baixos salários representa uma faceta da acumulação flexível de capital. Nos termos da segunda estratégia, a mais valia relativa enfatiza a importância de forças de trabalho altamente preparadas, capazes de compreender, implementar e administrar padrões novos, mas muito mais flexíveis, de inovação tecnológica e orientação de mercado. Surge então um estrato altamente privilegiado e até certo ponto poderoso da força de trabalho, à medida que o capitalismo depende cada vez mais da mobilização de forças de trabalho intelectual como veículo para mais acumulação (HARVEY, 2007, p.174-175).

Um dos elementos-chave desse novo cenário é a compressão do tempo-espaço (HARVEY, 2007). A acumulação flexível e a ampla entrada de novas formas organizacionais e tecnologias produtivas aceleraram o giro da produção e, conseqüentemente, a troca e o consumo. Dentre essas transformações, o autor destaca os sistemas de comunicação, a agilidade nos fluxos de informação, a racionalização das técnicas de distribuição, como empacotamento e controle de estoque, que possibilitaram maior velocidade de circulação das mercadorias, além dos bancos eletrônicos, o dinheiro de plástico e os serviços e mercados financeiros, que agilizaram o fluxo de dinheiro e aceleraram os mercados globais de ações.

Terá destaque nesse campo de mudanças a apropriação de novas formas de controle do trabalho, por meio de um processo que visa à adaptação do comportamento do trabalhador aos novos métodos de produção, à obtenção de consensos e adesão às metas de qualidade e produtividade (CESAR, 1999).

O modelo japonês ou toyotismo será o precursor na difusão de novas modalidades de controle do trabalho e será implementado no Brasil a partir dos anos

1980, sendo intensificado nos 1990. De acordo com Coriat (1993), esse modelo tem por base mudanças na organização do trabalho e na gestão da produção. Para a organização do trabalho, é proposta a não alocação do trabalhador a um posto de trabalho específico, incentivando a polivalência e a rotatividade de tarefas; a prevalência do grupo de trabalho sobre os indivíduos e uma divisão de trabalho em que há a difusão entre direção e execução (HIRATA, 1993).

No âmbito da gestão, são incorporadas estratégias que estimulam o envolvimento dos trabalhadores por meio de compromissos e contrapartidas, com o objetivo de criar condições de envolvimento e participação dos trabalhadores em relação às metas da empresa (CORIAT, 1993). Isto é, a

[...] aceitação por parte dos trabalhadores de que a consecução de alguns objetivos da empresa possam também resultar em algumas contrapartidas: estabilidade no emprego, maiores salários, benefícios indiretos, maior valorização profissional, melhores condições de trabalho (RUAS *et al.*, 1993, p.106).

Os fundamentos dos novos métodos de gestão estão expressos na política de racionalização de custos, redução dos níveis hierárquicos de cargos nas empresas, política de remuneração sob a forma de bônus de salários nos programas de qualificação, restrição das negociações do sindicalismo de classe e nos processos de terceirização. Esses processos vêm acompanhados de motes como excelência, motivação, carisma, ética e caráter (SOUZA, 2011).

Para Souza (2011), o objetivo maior dessas novas propostas é construir formas alternativas de controle que apresentem uma face mais “humanizada” do capital. A proposta da “humanização da empresa” vem acompanhada da justificativa de que há uma “desumanização de ideais” e, por isso, deve haver maior humanização da coisa organizacional. “Se os ideais são agora abstratos (eficiência, qualidade, inovação, participação, comunitarismo), as organizações ao virarem ‘nós’, humanizam-se como ‘nossa turma’, ‘nossa casa’” (LEITE, 2002, p.91).

Nesse processo, são criados programas de motivação ao trabalho e à participação na gestão pelos trabalhadores e as principais técnicas e métodos empregados são o *just in time*, *kanban* e os círculos de controle de qualidade (CCQ), enfatizando a questão relacional.

O *just in time* é uma estratégia de competição industrial cujo objetivo é capacitar a empresa para

[...] responder rapidamente às flutuações do mercado, através de instrumentos e técnicas que visam atingir um elevado padrão de qualidade, associados a uma significativa redução no custo do produto e grande elevação da produtividade. Para que isso se torne exequível, os japoneses adotaram um enfoque bastante integrado no que se refere as áreas de marketing, produção de qualidade, planejamento e controle de materiais e produção, desenvolvimento de pessoal e engenharia do produto e do processo (RUAS *et al.*, 1993, p.104-105).

Já o sistema de *kanban* se baseia em placas ou senhas de comando para reposição de peças e de estoque e os CCQs são espaços em que grupos de trabalhadores são motivados pelo capital à discussão sobre trabalho e desempenho com vistas à melhoria da produtividade (ANTUNES, 2002).

Dentre as estratégias, aquelas que terão interferências diretas no setor de serviços e, assim, na área da saúde são: a produção passa a atender às exigências mais individualizadas do mercado consumidor; o trabalho em equipe, com multivariabilidade de funções; e os grupos de debate sobre trabalho e desempenho, com vistas à melhoria da produtividade, constituindo-se como “a nova forma de apropriação do *saber fazer intelectual* do trabalho pelo capital” (ANTUNES, 2005b, p.55, grifos do autor), associado também à reengenharia e à empresa enxuta.⁷

A busca pela “qualidade total” trouxe, dessa forma, a qualidade como filosofia de gestão, incluindo os trabalhadores no compromisso pela qualificação dos produtos (GUSMÃO FILHO, 2008), transformando-se em um dos principais motes para adesão dos trabalhadores às mudanças gerenciais. Antunes (2005b, p.50) aponta que a “qualidade total” faz parte de uma estratégia do capital, uma vez que “deve adequar-se ao sistema de metabolismo socioeconômico do capital, afetando desse modo tanto a produção de bens e serviços como as instalações e maquinarias e a própria força humana de trabalho”.

O discurso da qualidade total surge com uma chamada sobre a necessidade de “re-humanizar” as relações na empresa e contribuir para a “promoção de relações favoráveis a um aumento da produtividade e do diferencial no mercado” (SOUZA; MOREIRA, 2008, p.329). De fato, o que se vê é que os mecanismos de trabalho em equipe e a transferência das responsabilidades de elaboração e controle da qualidade

⁷ “A reengenharia requer uma reestruturação radical dos processos empresariais, para alcançar melhorias em indicadores de desempenho. Entre as instruções práticas [...] estão: o *dowsizing*, que implica na redução dos níveis hierárquicos da organização, ou em outras palavras, na extinção e reorganização de cargos, a terceirização das atividades que não criam valor adicionado aos produtos e serviços da empresa; e o uso intensivo de tecnologias de informação” (PAULA, 2007, p.60).

da produção para os trabalhadores serão utilizados diretamente como estratégias no aumento da exploração do trabalho, na medida em que o trabalhador é responsabilizado/culpabilizado pelos índices de produtividade e qualificação dos serviços que realiza.

Agregado a esse processo, tem-se a interferência do pensamento pós-moderno nos valores e comportamentos exigidos ao trabalhador. Harvey (2007) relata que o pós-modernismo tem um modo particular de experimentar, interpretar e ser no mundo, que tem impactos na personalidade, motivação e comportamento. A falta de profundidade, a superficialidade, o presentismo, a esquizofrenia da realidade marcam a condição pós-moderna — que aguça a transformação do homem em mercadoria (JAMESON, 2007).

O capitalismo contemporâneo se utiliza de uma ofensiva ideológica de raiz conservadora, que coloca o mercado no centro das relações sociais e destaca fatores como a falta de vontade política, falta de recursos, dificuldades de gestão, corrupção e incompetência como elementos que precisam ser superados, deslocando a análise da raiz da questão da crise — que está nas relações de produção fundadas na propriedade privada e na própria escassez, que é necessária à reprodução do capital (BEHRING, 2003; TONET, 2009).

Avaliando esse processo, Mota (2000, p.72) indica a existência de uma “cultura da crise” como condição para viabilizar o estabelecimento de consenso para as mudanças, “que adquirem o estatuto de iniciativas positivas no enfrentamento da crise econômica”.

Há ainda um ataque à consciência de classe do proletariado, por meio do desenvolvimento de uma manipulação ideológica que visa integrar o trabalhador, ou melhor, o “colaborador” à sociedade capitalista como consumidor, parceiro social ou cidadão. O objetivo maior é evitar que as crises sociais ameacem o sistema e que seja garantido o processo de valorização e acumulação do capital.

Dessa forma, há uma combinação simultânea da função diretamente econômica, do esforço em despolitizar a classe operária e do

[...] mito de uma economia onipotente, tecnologicamente determinada, que pode supostamente superar os antagonismos de classe, assegurar um crescimento ininterrupto, aumento constante do consumo e assim, produzir uma sociedade “pluralista” (MANDEL, 1985, p.341).

Essa ofensiva ideológica encobre a realidade objetiva e a lógica desumanizadora do capital por meio de um discurso ético que proclama valores humanistas, a solidariedade, os direitos humanos, a honestidade, o respeito à vida e à pessoa humana (TONET, 2009), que não colocam em questão os valores dissipados pela sociabilidade burguesa.

Contraditoriamente, por outro lado, tem-se o individualismo exacerbado como um importante elemento, intrínseco à crise do capital, levando-se em conta que o capital tem no indivíduo e em seus interesses o eixo ao redor do qual tudo gira. O individualismo passa a ser exaltado, principalmente depois do fracasso dos esforços coletivos, via revolução, de alterar esse sistema de produção, reprodução e relação. “Como já não se visualizam soluções coletivas, é levada ao paroxismo a ideia de que a solução dos problemas é individual, de que o sucesso ou fracasso na vida dependem dos próprios indivíduos, considerados isoladamente” (TONET, 2009, p.120).

Borón (1999) assinala que a vitória ideológico-cultural da reestruturação do capitalismo pode ser expressa em quatro dimensões: a tendência à mercantilização de direitos conquistados pelas classes populares, os quais passam a ser convertidos em bens e serviços a serem adquiridos no mercado; o deslocamento do equilíbrio entre mercados e Estado, reforçado por um movimento de satanização do Estado e exaltação do mercado; e a criação de um “senso comum” neoliberal, impulsionado pela mídia, que viabilizou as reformas capitalistas e gerou um conformismo perante a situação de crise.

Há também a divulgação da não existência de “outra alternativa” societária, naturalizando as relações sociais capitalistas e a mudança nos sentidos das palavras historicamente originárias do campo democrático e progressista, como o termo reforma. Esta, que antes remetia a uma concepção iluminista de busca por uma sociedade igualitária, democrática e humana, passa a ser utilizado pra designar processos antidemocráticos.

As reformas econômicas postas em prática nos anos recentes na América Latina são, na realidade, “contrarreformas” orientadas a aumentar a desigualdade econômica e social e para esvaziar de todo conteúdo as instituições democráticas (BORÓN, 1999, p.11).

Assim, Mota (2000, p.108) assinala que essa cultura

É formadora da hegemonia do grande capital e também protagonista do consentimento ativo das classes subalternas, na medida em que seja capaz de elaborar uma visão socializadora da crise, conseguindo estruturar campos de lutas, formar frentes consensuais de intervenção e construir espaços de alianças.

É nesse contexto que o debate pós-moderno ganha força. Com as transformações societárias, a existência de uma sociedade pós-moderna é justificada pela perda da possibilidade de as vanguardas se escandalizarem e de a emancipação se efetivar pela ciência ou revolução; pelo fato de a razão, antes combatente do obscurantismo e superstição, ter se tornado agente de dominação; e a economia e a sociedade terem passado a serem regidas por novos imperativos tecnológicos que invadem a vida pessoal (ROUANET, 1998). As categorias razão, progresso, emancipação e sujeito são postas como ilusões das quais devemos nos desfazer (TONET, 2006).

De acordo com Souza (2010), os novos modelos gerenciais, reforçados pela cultura pós-moderna, possibilitam uma captura da subjetividade do trabalho, isto é, produzem uma subjetividade que aceita os riscos de conviver com a crise capitalista e as relações flexíveis de trabalho. As concepções gerenciais passam a incorporar palavras como transitoriedade, qualidade e excelência, ética do trabalho, criatividade e autonomia, flexibilidade, riscos.

O trabalhador, orientado por tais preceitos, é induzido a pensar o mundo e o trabalho segundo os valores de transitoriedade, de flexibilidade e de descontinuidade. A intenção desses modelos é produzir um indivíduo trabalhador suscetível e adaptável às contínuas oscilações do mercado financeiro e do desenvolvimento industrial, à redução de benefícios e direitos sociais e à crise no mundo do trabalho (SOUZA, 2010, p.215).

O investimento na subjetividade demonstra a necessidade de ampliação da subordinação do trabalho e se apresenta como uma das consequências mais perversas dos modelos gerenciais, porque mexe com o desejo dos trabalhadores de conseguirem triunfar e vencer obstáculos em um cenário de disputas e competição (SOUZA, 2010).

Para Alves (2007), estamos diante de um intenso processo de luta de classes no terreno da ideologia, que captura a subjetividade humana e envolve o trabalhador nas tarefas de produção em equipe e no aprimoramento dos procedimentos de produção.

Os estudos de Souza (2010, p.216) apontam que a dimensão da subjetividade passa a ser o centro da dinâmica organizacional, pois é preciso “formar um trabalhador que reconheça o significado da subjetividade para a garantia da qualidade do produto”. Dessa forma, a subjetividade, antes ignorada nos processos produtivos, é incorporada por meio dos sistemas de qualidade que passam a reconhecer os sujeitos e as relações intersubjetivas travadas por eles.

A centralidade da subjetividade gera uma dissociação entre a consciência e a realidade efetiva, perdendo a possibilidade analítica da realidade tal como se produz e reproduz. Essa perda tem vinculação direta, como pode ser visto, com o processo de produção de mercadorias e de reprodução da sociedade capitalista, que incide sobre a consciência de classe e a naturalização das relações sociais.

Com a plena instauração do capitalismo, esse caráter mistificador da produção se torna cada vez mais intenso. O envolver da realidade social parece, cada vez mais, regido por lei de caráter puramente natural. Neste sentido, quanto mais ampliada e intensificada a produção de mercadorias, maior será o “véu nebuloso e místico” (Marx) que impregnará esse processo. A consequência disso foi a ampliação e o predomínio cada vez maior deste fosso entre a consciência e a realidade efetiva, conferindo à razão e à ação um caráter cada vez mais manipulatório (TONET, 2013, p.59-60).

Agredada a esse processo, tem-se a individualização no trato das questões coletivas, que isola os sindicatos e impacta diretamente na organização coletiva dos trabalhadores e no seu pertencimento de classe.

As formas de verificar o desempenho dos trabalhadores ocorrem também de forma individual, quebrando a dimensão coletiva do trabalho e aguçando a competitividade, ao estabelecer critérios meritocráticos de julgamento, sistemas de avaliação de desempenho e sistema de remuneração e ascensão funcional, condicionado à geração de resultados (CÉSAR, 1999).

Outro elemento que surge fortemente é a gestão participativa, uma vez que o envolvimento será a palavra-chave para a consolidação de uma lógica gerencial que priorize os aspectos subjetivos (SOUZA, 2010). A participação, a iniciativa individual, a liderança e a democratização das relações intergrupais são postas como medidas que possibilitam a adesão do trabalhador à lógica da empresa. Dessa forma, “a gestão da força de trabalho”, apresentando-se como menos burocratizada, mais moderna e eficiente, envolve e compromete o trabalhador, por meio do desenvolvimento de atitudes participativas no controle da qualidade, responsabilizando-o pela qualidade

das ações realizadas e seus resultados. É instituída uma “parceria” com a gestão, em torno da “qualidade total”.

De acordo com César (1999), o que se vê é a constituição de um novo perfil de comportamento integrado ao “novo” processo produtivo, que é capaz de aliar as exigências de qualificação, o engajamento à empresa e a não participação na mobilização sindical. Pode ser visto que essas estratégias possibilitam, mais uma vez, uma maior exploração do trabalho, na medida em que o ideário participativo promove

[...] qualitativamente uma nova subjetividade, que adquire uma estatura de mais autonomia e liberdade. O controle adquire maior sutileza, pois as empresas precisam usar métodos mais persuasivos para alterar os saberes e as condutas comportamentais dos trabalhadores (SOUZA, 2010, p.217).

A busca pelo equilíbrio, harmonia, construção de consensos e colaboração também integrará essa cultura organizacional que não trará à tona as contradições e divergências do “mundo de trabalho”, individualizando os problemas, ou seja:

As contradições são passíveis de serem idealmente resolvidas pelos trabalhadores como problema pessoal, ou seja, de adequação às novas mudanças. É o sujeito que não se adapta às mudanças. O problema está no indivíduo e não na realidade social ou na empresa. *Investe-se na subjetividade para que concretize, então, o “contrato psicológico”*. O apelo ao afetivo reflete, contraditoriamente, a conquista da autonomia e a submissão do trabalhador (SOUZA, 2010, p.218).

De acordo com Hirata (1993), é com o modelo japonês que ganha destaque o debate sobre a relação entre subjetividade e trabalho, exaltando o relacionamento subjetivo como tarefa. Para os defensores dessa proposta, a questão da subjetividade é evidenciada, principalmente, por meio da lógica dos sistemas de qualidade, uma vez que essa não se realiza fora da relação intersubjetiva e “não há produtividade plena, sem o reconhecimento da subjetividade do trabalhador” (LOSCIER, 2002, p.72). É desse processo que surgirá um conjunto de noções, como ambiência, clima, mentalidades, cultura, pesquisas de motivação, tendências, construção de perfil etc.

O trabalho em equipe também será fomentado a partir de um estímulo ao comprometimento do trabalhador com sua equipe de trabalho, expressando uma exploração do trabalhador pelo trabalhador, principalmente quando se tem metas de produtividade ou bônus salariais vinculados ao trabalho em equipe e o desenvolvimento de uma pressão coletiva exercida pela equipe de trabalho, que faz

com que “o carrasco dos trabalhadores [seja] o próprio coletivo constituído pelo capital” (ALVES, 2007, p.196).

A formação do trabalho em equipe se pauta em uma lógica que reconstitui

O trabalhador coletivo como força produtiva do capital. A constituição das equipes de trabalho e a empresa em rede são manifestações concretas desse novo trabalhador coletivo. Exige-se, deste modo, cada vez mais, habilidades comunicacionais necessárias para a consecução das redes informacionais que constituem as equipes de trabalho e o trabalho em rede (ALVES, 2007, p.187).

Essa perspectiva vai de encontro das contribuições de Marx, o qual aponta que é na realização do trabalho que o homem estabelece relações com outros homens, pois aquele não pode nunca ser realizado isoladamente. Por isso, o trabalho é, necessariamente, coletivo. Por ser realizado coletivamente, o trabalho gera a necessidade de os homens se comunicarem entre si e, assim, surge a necessidade do estabelecimento de uma linguagem articulada, pela qual os homens irão expressar suas representações e concepções de mundo. É esse caráter coletivo que faz com que o trabalho tenha também um caráter social.

O trabalho é, sempre, atividade coletiva: seu sujeito nunca é um sujeito isolado, mas sempre se insere num conjunto (maior ou menor, mais ou menos estruturado) de outros sujeitos. Essa inserção exige não só a coletivização de conhecimentos, mas, sobretudo, implica convencer ou obrigar outros à realização de atividades, organizar e distribuir tarefas, estabelecer ritmos e cadências, etc. – e tudo isso, além de somente ser possível com a comunicação propiciada pela linguagem articulada [...]. Esse caráter coletivo da atividade do trabalho é substantivamente, aquilo que se denominará social (NETTO; BRAZ, 2007, p.34).

A cooperação é a forma de trabalho pela qual muitos trabalhadores realizam uma atividade conjunta tendo por base um plano determinado, inseridos no mesmo processo de produção ou em processos de produção diferentes que sejam interligados. O efeito que o trabalho combinado produz não pode ser produzido pelo trabalho individual, que só chegaria a um mesmo resultado em um espaço de tempo mais longo ou em uma escala reduzida. “Não se trata aqui da elevação da força produtiva individual através da cooperação, mas da criação de uma força produtiva nova, a saber, a força coletiva” (MARX, 2001, p.379).

A defesa da “ética” também aparece no âmbito do trabalho em equipe e das relações estabelecidas no trabalho. Essa “ética” será induzida pelo discurso superficial da lealdade, compromisso, confiança, para além das diferenças e contradições

existentes na realidade. Nessa perspectiva, uma empresa capitalista “ética” seria aquela que tem compromisso, respeito ao cliente e a “criatividade” do trabalhador (BARRETO, 2002).

O que se vê, de fato, é uma ideologia pautada nos princípios capitalistas que reproduz o modo de ser no mundo do capital, ou seja, a valorização da lógica mercantil, de comportamentos coisificados, da competência, competitividade e da individualização. Dessa forma, “o trabalhador participa de sua autodestruição ética ao se submeter a essa nova cultura do trabalho flexível que manipula as relações humanas no trabalho” (SOUZA, 2010, p.226).

É importante destacar a funcionalidade dessa “ética” para a reprodução do capital, uma vez que possibilita que as contradições não emirjam ao induzir formas de pensar e valores sob a ótica da sociedade burguesa, contribuindo para a quebra da consciência de classe. A lógica apresentada parte de uma base de sustentação ideológica que atinge a objetividade e subjetividade dos trabalhadores, interferindo em sua consciência de classe, valores e organização política (ABRAMIDES; CABRAL, 2003).

Esses processos obscurecem os mecanismos de exploração e dominação do trabalho, a partir do envolvimento dos trabalhadores e sua integração ideológica aos projetos de autovalorização do capital. Uma das estratégias é a incorporação de motes defendidos pelo movimento dos trabalhadores, como participação, trabalho em equipe e gestão compartilhada.

Portanto, foi em parte pela necessidade de controlar as ações de confronto da classe trabalhadora que a reorganização produtiva incorporou temáticas anteriormente formuladas nas reivindicações e revoltas operárias (JINKINGS, 2002, p.7).

O apregoado desenvolvimento dos processos de qualidade se converte na expressão *fenomênica, involucral, aparente e supérflua* de um mecanismo produtivo que visa à reprodução ampliada do capital (ANTUNES, 2005b, p.51). As novas formas de gestão e controle do trabalho apontam no sentido de mascarar as contradições entre capital e trabalho, por meio de um discurso de colaboração que nega a condição de classe e amplia as formas de alienação.

Dessa forma, a busca por qualidade e humanização é envolta por requisições ideológicas de controle do capital, que primam pela adesão do trabalhador ao processo de trabalho por meio da criatividade, autonomia e engajamento. “É a

potencialização dessas concepções, talentos e habilidade que norteia a nova ‘dimensão humana’ gerencial que investe nos seres humanos” (SOUZA, 2011, p.32).

Na verdade, o que se vê é o incentivo a uma “humanização” que tem por base relações essencialmente desumanas e que se utiliza da reconfiguração de princípios como a cooperação, solidariedade, criatividade e participação, que são próprios de um projeto emancipatório (SOUZA, 2011).

Apesar de o trabalho ser o ponto inicial para o processo de humanização do ser social, o trabalho é remetido a processos que impedem o desenvolvimento da individualidade e da personalidade humana.

O fortalecimento desse ideário dito “humanista” torna-se um instrumento eficaz no movimento do capital em busca de sua legitimidade, porque supõe o respeito do capital à condição humana do trabalho. Na verdade, ele tem um mero efeito manipulador diante do princípio objetivo da lucratividade capitalista (SOUZA, 2011, p.32-33).

No setor de serviços, e especificamente na área da saúde, o debate em torno da qualidade e da humanização acompanhará as necessidades advindas da reestruturação do capital em busca de novos modelos gerenciais, a partir de uma avaliação da “crise da saúde” e de “ações desumanizadoras”, estabelecidas nos serviços. Desse modo, possibilita a incorporação de resultados que tenham como parâmetros a resolutividade, eficácia, eficiência, efetividade e outros elementos que compõem o conceito de qualidade vinculado à lógica capitalista.

1.2 A reforma gerencial do Estado e os “novos modelos de gestão”: impactos na política de saúde no Brasil

O processo de reestruturação produtiva se efetivará no Brasil a partir dos anos 1990, por meio da incorporação dos receituários provenientes da acumulação flexível e do modelo japonês nos ramos produtivo e de serviços (ANTUNES, 2004). Aqui, esse processo terá particularidades devido à sua inserção, de forma dependente, na reestruturação capitalista, alinhando-se ao padrão da concorrência internacional e, concomitantemente, às tentativas de introduzir modificações na organização da atividade produtiva em um país marcado pela industrialização tardia (SOUZA, 2011).

Dessa forma, é a partir então dos anos 1990 que a “cultura da qualidade” avançará no país. Segundo Druck (2000), dois foram os determinantes principais para

esse avanço: a abertura da economia, que exigiu mudanças gerenciais para enfrentar a competitividade, e a política recessiva colocada em prática pelo Governo Collor, que também impulsionou a busca por novos mecanismos de lucratividade. Como parte desse processo, foi lançado em 1990 o “Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade” (PBQP), que tinha o objetivo de gerar competitividade à economia brasileira. “Configurou-se como o Programa 2.057 do Plano Plurianual 2000-2003 e foi uma iniciativa do governo brasileiro para enfrentar a recessão econômica e inserir o Brasil no movimento da reestruturação capitalista” (SOUZA, 2011, p.128).

A adoção formal dos conceitos de qualidade no setor público se dará efetivamente com a criação do PBQP e, na área da saúde, o Departamento Nacional de Auditoria do Ministério da Saúde se colocará como “um núcleo de propagação e organização desse movimento gerencial nos diferentes níveis governamentais do Sistema Único de Saúde (SUS)” (PUCCINI; CECÍLIO, 2004, p.1344).

As iniciativas pioneiras de implementar programas de qualidade foram de hospitais e prestadores de serviços de saúde do setor privado, inspiradas nas experiências da indústria, especialmente as orientadas para a satisfação do cliente (GUSMÃO-FILHO, 2008) e induzidas pelo trabalho que a Organização Mundial de Saúde (OMS) desencadeou sobre a questão da qualidade da assistência hospitalar na América Latina.

Essa lógica é instaurada no bojo do processo de contrarreforma do Estado no Brasil. Nesse período, ganharam evidência termos como eficiência, custos e capitalização para análise das políticas sociais, a introdução de contratos flexibilizados e temporários nos serviços públicos e a perda progressiva de proteção social.

Para as políticas sociais, houve um tensionamento entre um projeto de caráter universalista e democrático, respaldado na participação e controle popular, da universalização dos direitos e da primazia do Estado na condução das políticas públicas, e outro, de inspiração neoliberal, que indicava a subordinação dos direitos sociais à lógica orçamentária e da política social à política econômica.

A partir da eleição de Collor em 1989, que marca a entrada do projeto neoliberal no Brasil, foi realizada uma grande reforma administrativa, com drásticos cortes de pessoal, restrição de gastos sociais, privatizações e fragmentação na área social. O seguimento do receituário neoliberal e dos ditames do Banco Mundial e do FMI rebateu diretamente no racionamento da oferta e na queda da qualidade dos serviços

prestados no âmbito da seguridade social. Importante destacar que, apesar de o Governo Collor (1990-1992) marcar efetivamente a entrada do projeto neoliberal no país, anteriormente, no Governo Sarney (1985-1995), já haviam sido adotadas diversas medidas que colocavam como centro a lógica do mercado para superar a instabilidade econômica, a hiperinflação e a crise fiscal do Estado, que assolavam o Brasil naquele período (SOUZA-FILHO, 2011).

No que tange à área da saúde, o governo Collor referendou um boicote sistemático à implantação do SUS, a partir de diversos vetos à Lei 8.080 de 1990, que dispõe sobre a constituição do Sistema Único de Saúde, e do protelamento da realização da IX Conferência Nacional de Saúde (CNS), principal mecanismo institucionalizado de debate público para as propostas da área da saúde. A seguridade social, disposta na Constituição Federal de 1988, sobre o tripé articulado entre saúde, previdência e assistência social, foi redimensionada em três ministérios, quebrando o seu conceito, levando a problemas gerenciais, administrativos e à precarização dos serviços sociais. Os recursos provenientes para a seguridade social passaram a ser alocados no Tesouro Nacional, isto é, na área econômica, descaracterizando o orçamento da Seguridade Social proposto na Constituição Federal de 1988 (SOARES, 2001).

O ideário neoliberal será adensado nos governos FHC, principalmente, por meio da “Reforma do Estado”, que submeterá o conjunto dos direitos conquistados na Constituição Federal de 1988 à lógica do ajuste fiscal. Para o enquadramento nessa (re)organização do capital, o “ajuste neoliberal” (SOARES, 2002) será tomado como uma estratégia de redefinição global no campo político-institucional e das relações sociais. Dentre os mecanismos internacionais utilizados para a sustentação desse processo, destacam-se o “Consenso de Washington”, que traçou a base doutrinária e política, o Banco Mundial, o Fundo Monetário Internacional e a Organização Mundial do Comércio (OMC), que operacionalizaram e colocaram os países periféricos na rota do capital internacional.

O receituário do Consenso de Washington pode ser sintetizado em dez medidas: o ajuste estrutural do déficit público, a redução do tamanho do Estado, a privatização das estatais, a abertura ao comércio internacional, o fim das restrições ao capital externo, a abertura financeira às instituições internacionais, a desregulamentação da economia, a reestruturação do sistema previdenciário, o

investimento em infraestrutura básica e a fiscalização dos gastos públicos (PAULA, 2007).

As críticas referentes ao quadro político, econômico e social do Brasil, principalmente forjadas pelos setores burgueses, apontavam que a resposta à crise nacional deveria se pautar pelo incentivo a um desenvolvimento dependente e associado, aliado às recomendações de estabilização econômica do ajuste neoliberal, a uma reforma gerencial e a uma nova administração pública (PAULA, 2007).

É certo que as pressões para uma reconfiguração do Estado, nos anos 1990, estavam vinculadas à reação burguesa à crise do capital, que se inicia nos anos 1970. O Estado seria responsável por garantir um mínimo de serviços aos que não podem pagar e o setor privado, responsável pelos que acessam o mercado, enquanto as tentativas de ajuste fiscal, a abertura comercial e a privatização se tornavam prioridades do governo.

Para Netto (2001, p.77), a essência do neoliberalismo está

[...] na argumentação teórica que restaura o mercado como instância mediadora societal elementar e insuperável e uma proposição política que repõe o Estado mínimo como única alternativa e forma para a democracia.

Essa argumentação começa a ser difundida, principalmente, pelas obras de Hayek, *O caminho da servidão*, de 1944; de Popper, *A sociedade aberta e seus inimigos*, de 1945; e de Friedman, *Capitalismo e Liberdade*, de 1962.

Dessa maneira, a ofensiva neoliberal irá colocar o mercado como mediador da sociedade e reduzir as funções sociais do Estado. Esse passa a intervir junto às camadas da população que não possuem poder aquisitivo para fazer uso dos serviços privados, o que promove a despolitização das relações sociais e dos direitos historicamente conquistados, valorizando o assistencialismo e o “favor”.

Para Bresser-Pereira (1999; 2006), principal idealizador da “Reforma do Estado”, para superar a crise, era preciso criticar o estatismo e o protecionismo sem, no entanto, negar um papel ativo para o Estado no desenvolvimento econômico e na defesa do interesse nacional, promover a poupança interna e o aumento da competitividade das empresas brasileiras no exterior. Em sua análise, é possível perceber que o Estado é tratado de forma estanque, autônoma, aparentemente independente do projeto político e econômico que o orienta e compõem.

O autor tentou demonstrar que a crise do Estado estava relacionada com três componentes que abalam a legitimidade e a governabilidade do Estado: a crise fiscal, a crise do seu modo de intervenção e a crise de sua forma burocrática de administração. No seu entendimento, o conceito de crise fiscal do Estado implica a incapacidade do Estado de atender às demandas dos diversos setores da economia, principalmente os mais modernos. Para ultrapassar essa crise, seria necessário não só estabilizar, por meio da disciplina fiscal, e reduzir o papel do Estado, liberalizando a economia e privatizando empresas estatais, mas também reduzir ou quitar a dívida pública, recuperando a capacidade de poupança do Estado e definindo uma nova estratégia de desenvolvimento ou novo padrão de intervenção, pelo qual o Estado desempenharia um papel menor, promovendo o desenvolvimento tecnológico, liberando o mercado e reduzindo gastos na área social.

Como demonstra Bresser-Pereira (2007a, p.11), é necessário trazer para o Estado a “eficiência administrativa – ou seja, transpor para os serviços públicos a eficiência econômica que os mercados asseguram à produção de bens e serviços”. Para a crise burocrática, a solução seria a reforma gerencial e, para a crise do modo de intervenção estatal, a resposta seria a formulação de uma nova administração pública, a partir do Plano Diretor de Reforma do Estado (PDRE/MARE) de 1995.

Esses motes respaldavam o argumento de que, se a crise se expressava na insolvência fiscal do Estado e na rigidez e ineficiência excessiva do serviço público, ficava visível a necessidade de “Reforma do Estado” para que este pudesse “recuperar a governabilidade (legitimidade) e a *governance* (capacidade financeira e administrativa de governar)”, passando a objetivar a “garantia de taxas de poupança e investimento adequadas, eficiente alocação de recursos e distribuição de renda mais justa” (BEHRING, 2003, p.173).

As propostas seguiram os ditames postos pelos organismos internacionais, que estabeleceram: (1) a necessidade de “revigoramento” das instituições públicas, por meio da criação de normas e restrições legais que controlassem a “ação arbitrária” da burocracia estatal; (2) a introdução de maior pressão competitiva no interior do Estado, tanto por meio da criação de uma burocracia baseada no mérito, “enxuta”, “corporativa” e bem remunerada como pela concorrência na provisão de bens e serviços entre o setor público, empresas e ONGs; e (3) a necessidade de “aproximar o Estado do povo”, aumentando a “participação social” por meio da privatização ou

terceirização da prestação e gestão de serviços sociais básicos e da criação de conselhos deliberativos público-privados (BRESSER-PEREIRA, 2006, 2007b).

A “Reforma do Estado”, iniciada por Bresser-Pereira, em 1995, tinha como objetivos implantar uma cultura gerencial; garantir a propriedade e o contrato, a autonomia e a capacitação gerencial do administrador público e assegurar a democracia por meio da prestação de serviços públicos orientados para o cidadão-cliente (PAULA, 2007).

A ampla “Reforma do Estado” será direcionada com o intuito de liberar a circulação de capital e ampliação de mercados. Segundo os teóricos neoliberais, a intervenção estatal restringe o mercado e a iniciativa individual ao “provocar uma crise fiscal do Estado e uma revolta dos contribuintes, mas, sobretudo, porque desestimula o capital a investir e os trabalhadores a trabalhar” (LAURELL, 2002, p.182). Dessa forma, a solução da crise seria a reconstituição do mercado, a competição e o individualismo, por meio da eliminação da intervenção do Estado na economia e da redução das funções relacionadas ao bem-estar social.

Os neoliberais utilizam dos seguintes argumentos para justificar a ineficiência e ineficácia do Estado:

É ineficaz porque tende ao monopólio econômico estatal e à tutela dos interesses particulares de grupos produtores organizados, em vez de responder às demandas dos consumidores espalhados no mercado; e ineficiente por não conseguir eliminar a pobreza e, inclusive, piorá-la com a derrocada das formas tradicionais de proteção social, baseadas na família e na comunidade. E, para completar imobilizou os pobres, tornando-os dependentes do paternalismo estatal (LAURELL, 2002, p.162).

É nesse sentido que a privatização se torna elemento central no projeto neoliberal, devendo os setores estratégicos geridos pelo Estado serem repassados à iniciativa privada e desregulados. De acordo com essa lógica, a combinação entre privatização, desregulação e competição elimina entraves burocráticos, aumenta eficiência e a produtividade, melhora a qualidade e reduz custos.

Conforme Behring e Boschetti (2007), o quadro de reformas, propostas em contraposição ao precário cenário político, social e econômico do país, expunha uma “aparente esquizofrenia” do discurso utilizado: na medida em que se argumentava que o problema estaria localizado no Estado e, por isso, seria necessário reformá-lo, para corrigir distorções e reduzir custos, a política econômica destruía amplamente os meios de financiamento do Estado brasileiro, por meio de uma inserção internacional

que colocou o país na rota dos especuladores do mercado financeiro, ampliando as dívidas internas e externas e a desigualdade social.

No âmbito das políticas sociais, o caráter recessivo das políticas econômicas provocou cortes lineares nos gastos sociais e deterioração dos padrões do serviço público. Vários países foram obrigados a realizar programas de caráter emergencial, focalizados e, em países com políticas sociais universais (como a saúde no Brasil), houve um desmonte que agravou as condições sociais. A intervenção estatal se voltou para a organização de programas de alívio da pobreza, para aqueles comprovadamente pobres, ao estímulo do “terceiro setor” e à privatização de serviços sociais.

De forma geral, a ofensiva do grande capital trouxe estratégias de desregulamentação, flexibilização e privatização das políticas, serviços e direitos sociais (NETTO, 1999).

Outro grande mote da “Reforma do Estado” foi o Programa de Publicização. Este era tido como estratégia que daria o caráter democrático da nova administração pública e seria assegurado tanto pela constituição de uma esfera pública não estatal, formada por agências executivas e organizações sociais, quanto pela regulamentação do “terceiro setor”, para a execução de políticas públicas.

Entretanto, o que foi visto foi um esvaziamento do setor público e um desmantelamento dos serviços sociais, que se fizeram acompanhar por um retorno à família e aos órgãos da sociedade civil sem fins lucrativos, como agentes de bem-estar social (SOARES, 2002).

Duriguetto (2007) salienta que a chamada à participação da sociedade civil não ocorreu na direção do controle social na gestão e implementação das políticas sociais, mas na direção de transferir a ela o papel de agente do bem-estar social, responsável pelo desenvolvimento de ações solidárias, voluntárias e filantrópicas. Tem-se ainda o incentivo ao serviço voluntário não remunerado, desprofissionalizando a intervenção na área social e a remetendo à solidariedade e ao bem-comum (BEHRING; BOSCHETTI, 2007).

Como pode ser visto, o Programa de Publicização expressou um ataque aos direitos constitucionais e à participação popular na formulação e fiscalização das políticas públicas, na medida em que a Constituição Federal de 1988 garante elementos democráticos na gestão de tais políticas, fundamentados nos princípios da descentralização, municipalização e participação da sociedade civil; gerou ainda a

emergência de “novos protagonistas da sociedade civil”, tais como a empresa socialmente responsável, o voluntariado, as ações em rede, o empoderamento e o empreendedorismo social, que deram sustentação à redefinição da intervenção social do Estado (DURIGUETTO, 2007).

Lebauspín e Mineiro (2002) apontam que a saúde foi a política social mais afetada pela política neoliberal de FHC. Seguindo as orientações do Banco Mundial, a reforma na área da saúde foi subordinada aos princípios da eficiência, efetividade e economia dos gastos públicos e direcionada para a privatização, a partir do incentivo à criação de planos e seguros de saúde e da expansão da indústria farmacêutica. O ajuste fiscal também ocorreu na área a partir do corte de custos:

Em uma entrevista concedida em setembro de 1998, o Ministro José Serra evidenciou como pretendia colaborar com o ajuste fiscal, cortando custos: entre eles, a diminuição de R\$ 700 milhões com a extinção de 26 gerências regionais de saúde, com o deslocamento de três mil funcionários para outra área federal; o combate às epidemias contribuiria com uma redução de R\$ 50 milhões (CARVALHO, 2002, p.2 *apud* LEB AUSPIN; MINEIRO, 2002, p.43).

Na saúde, as políticas passaram a ser alvo das contenções de gastos e se voltaram para a regulação mercantil. A universalização do acesso à saúde é atacada, pois era vista como uma das causas da elevação do déficit público. Na verdade, os altos custos dos serviços de saúde eram proporcionados pelo modelo de atenção centrado no hospital e voltado para as inovações tecnológicas, equipamentos, maquinarias e alto grau de medicalização, que gerava baixa resolutividade e elevados custos.

Porém, reconhecer esse fato implicava em reconhecer também que havia interesses de grandes e poderosos grupos econômicos em manter a indústria de alta tecnologia em diagnose e terapêutica, que em grande medida servia ao desenvolvimento econômico e de acumulação de riqueza de vários países (FRANCO; MERHY, 2003).

De acordo com Pereira (2007, p.162), o trabalho nos serviços de saúde passou a absorver cada vez mais características do trabalho que produz valor por meio da

Privatização crescente da área da saúde, onde esse trabalho se torna produtivo – na relação do trabalhador da saúde com os “donos” das instituições privadas –, quer pela tecnologização da ciência – na perspectiva da razão instrumental –, quer pela produção de uma subjetividade alienada de seus trabalhadores. Soma-se a isso o processo de semiformação que são submetidos a sociedade e os indivíduos, indo de encontro à construção e

internalização de valores éticos e políticos a favor de um processo civilizatório.

Com a Reforma, aplica-se também uma nova política de recursos humanos (caracterizada como uma tarefa prioritária), com o argumento da necessidade de se estabelecer uma política voltada para a captação de novos servidores, o desenvolvimento de pessoal, a implantação de um sistema remuneratório adequado, que estimulasse o desempenho por meio de incentivos, e a instituição e reorganização de carreiras e cargos de forma a compatibilizá-los com a necessária reconstrução do aparelho do Estado (MARE, 1997).

Os recursos humanos do SUS foram afetados diretamente com a ausência de concurso público e aumento de servidores celetistas ou com contrato precarizado, indo de encontro aos direcionamentos retirados na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), os quais previam a isonomia salarial, a estabilidade, níveis de remuneração e formas de contratação adequadas. O que se passou a ver foi a multiplicação de prestadoras de serviços de saúde com qualificações diversas, aumento dos trabalhadores terceirizados, desvios de funções e gestões que não primam pelos espaços de participação coletiva. No âmbito dos recursos humanos, houve uma flexibilização dos contratos e relações de trabalho, a ampliação das terceirizações e a queda dos salários, bem como o ataque aos direitos trabalhistas e à organização sindical, ao fragmentar a organização dos trabalhadores, retirar-lhes a estabilidade e precarizar as condições de trabalho do prestador de serviço público.

A política de saúde no período FHC convergiu, assim, para um contexto em que

Os gastos com investimentos são praticamente anulados, impossibilitando a expansão dos serviços e produzindo uma saturação dos mesmos por excesso de demanda. A redução dos gastos de custeio leva a uma falta crônica de insumos básicos (verificável, sobretudo, nas escolas e unidades de saúde) e a uma drástica redução dos salários dos funcionários. Isto se traduz numa situação de contínua degradação profissional e em condições de trabalho cada vez piores, generalizando uma queda na qualidade dos serviços (SOARES, 2001, p.76).

Há ainda um ataque direto aos projetos, ideologias e práticas vinculadas ao campo do trabalho, ao difundir a prevalência dos interesses individuais em detrimento aos coletivos, negando o direito e as conquistas dos trabalhadores. Decerto, o que ocorre é uma deslegitimação ideológica do trabalho assalariado e dos valores a ele

associados, gerando uma quebra do coletivo do trabalho, o esvaziamento do poder sindical e da organização dos trabalhadores, a flexibilização do trabalho, a desregulamentação dos direitos trabalhistas e a superexploração da força de trabalho (DURIGUETTO, 2007).

As propostas do Banco Mundial para a área da saúde no Brasil serão adensadas nos anos 1990 a partir de três documentos: “Brasil: novo desafio à saúde do Adulto”, de 1991; “A organização, prestação e financiamento da Saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90”, de 1995; e o “Informe sobre a Reforma do Setor Saúde no Brasil”, de 1995 (CORREIA, 2007).

No caso da área da saúde, o interesse do Banco Mundial por essa política se relaciona à sua possibilidade de contribuir com o avanço do capitalismo, principalmente via crítica à intervenção do Estado nas políticas públicas, e ao fato de a saúde se colocar como área de valor produtivo, constituindo-se como importante mercado a ser explorado pelo capital (RIZZOTTO, 2000). A área da saúde se apresenta, assim, como de grande interesse do capital, ou seja, dos grupos privados de saúde, indústrias farmacêuticas e de equipamentos, nacionais e internacionais (CORREIA, 2007, p.7). Dessa forma, a interferência do Banco Mundial ocorre no sentido de fortalecer o mercado de saúde.

Ao mesmo tempo, a intervenção na área se dá pela necessidade de esse Banco difundir uma face humanitarista diante do agravamento das condições de vida da maioria da população e do aumento da pobreza e da desigualdade social (RIZZOTTO, 2000; CORREIA, 2007).

O interesse do Banco Mundial na área da saúde já era sinalizado nos documentos elaborados nos anos 1970. Àquela época, era apontado que o setor gera benefícios ao “valor humano”, bem como retornos econômicos semelhantes aos de investimento em infraestrutura, como, por exemplo, na área da irrigação ou estradas. Interessante observar que a saúde é também comparada à área da educação, pois ambas possuem um forte elemento produtivo e “o Banco tem enfatizado atividades que têm tanto um impacto redistributivo, porque são direcionadas para os pobres, e uma orientação de investimento, uma vez que tem seus benefícios econômicos” (BANCO MUNDIAL, 1975, p.61, trad. nossa).

Nos documentos do Banco Mundial, consta que este se colocaria como financiador de projetos na área da saúde, tendo o objetivo de: minimizar quaisquer efeitos secundários adversos sobre a saúde, resultantes das suas operações de

crédito em outros setores (como projetos de irrigação, drenagem, assentamento etc.); fazer uma série de intervenções essenciais, necessárias para melhorar a saúde dos grupos de baixa renda (por exemplo: projetos que envolvam abastecimento de água, saneamento básico, nutrição, planejamento familiar, locais e serviços para habitação de baixo custo e de formação de pessoal de saúde); e construir experiências na área, para testar elementos selecionados de um reformado sistema de promoção da saúde, que envolva discussões com governos sobre o custo-efetividade do setor de saúde (PEREIRA, 2010).

É intrínseca a esse processo a institucionalização do discurso da redução da pobreza como parte da agenda internacional do desenvolvimento, que coloca o Banco como pesquisador, financiador, disseminador de informações, produtor e compilador de dados de diversas áreas. Dessa forma, há a disseminação de um novo campo de estudos e da imposição e legitimação de

[...] um novo vocabulário (entrado em termos como eficiência, mercado, renda, ativos, vulnerabilidade, pobre etc.), em detrimento de outro (como igualdade, exploração, dominação, classe, luta de classe, trabalhador), forjado nas lutas sociais e caro à tradição socialista (PEREIRA, 2010, p.207).

O Banco Mundial apresentou, em seus documentos dos anos 1990, vários indicadores do agravamento da pobreza com a crise, orientando propostas de focalização no combate à pobreza ou propostas de “humanização da globalização”, como posto pelo FMI (SOARES, 2002). Mota (2000, p.85) sinaliza que as estratégias principais do Banco Mundial, indicadas nesses documentos, são: “a utilização produtiva do bem de que os pobres mais dispõem: o trabalho”, incentivando as estratégias de combate à pobreza; a “necessidade de prestação de serviços sociais básicos aos pobres” e a privatização dos serviços de quem contém melhor renda.

De forma geral, as diretrizes postas nos documentos para a área da saúde se chocam com os avanços formais da reforma sanitária, ocorrida nos anos 1980, que institucionalizou o SUS, ao colocar em questão a universalidade do acesso aos serviços de saúde, as bases de financiamento e custo/efetividade do sistema de saúde brasileiro. A ampliação do setor privado surge, mais uma vez, como estratégia para se atingir a qualificação dos serviços.

É com a publicação do “Relatório sobre o desenvolvimento mundial de 1993: investindo em saúde” que a área da saúde se coloca, de fato, na rota do capital, estando alinhada às recomendações do Consenso de Washington.

Rizzotto (2000), realizando uma síntese do Relatório Anual do Banco Mundial, de 1993, apresenta como propostas dessa entidade para o setor de saúde, entre outras, a adoção pelos países de políticas de crescimento econômico que beneficiem os pobres (inclusive, quando necessário, políticas de ajuste que assegurem gastos em saúde eficazes em função dos custos). Os governos devem concentrar recursos na compensação das deficiências do mercado e no financiamento eficiente de serviços que beneficiem, sobretudo, os pobres. Assim, propõem-se a redução dos gastos do governo com instalações de atendimento terciário, com capacitação de especialistas e com intervenções que propiciem pouco ganho em saúde em relação ao dinheiro despendido, bem como a redução do financiamento e implementação de um pacote de intervenções de saúde pública a fim de combater as grandes externalidades que envolvem o controle de doenças infecciosas, a prevenção da AIDS, o combate à poluição ambiental e a comportamentos que colocam a vida de terceiros em perigo (como dirigir embriagado).

Outras propostas para os governos são: a garantia de financiamento e implementação de um pacote de serviços clínicos essenciais e o aprimoramento da administração dos serviços de saúde do governo, mediante medidas como descentralização de responsabilidades, contratação de serviços especializados de terceiros e autonomia orçamentária. Para os governos que financiam a saúde pública e pacotes nacionais de serviços clínicos essenciais, é proposto que os serviços clínicos restantes sejam financiados pelo setor privado ou pela previdência social, segundo parâmetros de políticas estabelecidas pelo governo. Os governos podem incentivar a diversificação e a concorrência na prestação de serviços de saúde e no seguro-saúde.

Nesse relatório, é apresentado um diagnóstico dos sistemas de saúde dos países “em desenvolvimento”, sendo elencados pelo Banco Mundial diversos problemas, como:

A “má alocação de recursos”, onde o dinheiro público estaria sendo gasto em intervenções de pouca eficácia em função dos custos; a “desigualdade social”, que segundo o Banco Mundial ocorre quando os gastos públicos com saúde privilegiam os mais favorecidos sob a forma de assistência médica hospitalar, sofisticada, de nível terciário; a “ineficiência” na administração dos serviços de saúde e os “custos estratosféricos” da assistência médico-hospitalar, que se daria em função do aumento de especialistas e da incorporação de novas tecnologias médicas, exames e tratamentos dispendiosos (RIZZOTTO, 2000, p.135).

A solução proposta pelo Banco partiu da adoção de três medidas estratégicas: a criação de uma “ambiência econômica” para que as famílias melhorassem suas condições de saúde; o redirecionamento dos gastos governamentais para programas de baixo custo e focalizados nos pobres; e a diversificação do financiamento e da prestação de serviços de saúde por meio da livre concorrência. Ou seja, trata-se de uma intervenção para: aumentar a oferta dos bens públicos, já que o mercado privado não os proporciona; financiar o atendimento clínico essencial, para reduzir a pobreza, já que os mercados privados não têm como foco os pobres; e regulamentar os seguros privados para neutralizar problemas advindos do mercado regulado (CORREIA, 2008).

Nos anos 1990, os principais projetos financiados pelo Banco Mundial foram o Projeto de Vigilância e Controle de Doenças (VIGISUS), o Projeto de Extensão e Consolidação da Saúde da Família, o Projeto de controle de AIDS e DST. Tem-se ainda o Reforço e Reorganização do SUS (REFORSUS), que no âmbito dos contratos de empréstimo com o Banco Mundial recebe a denominação de “Projeto de Reforma do Setor Saúde”.

Rizzotto (2000) sinaliza que esses projetos foram utilizados como estratégias de contrarreforma do Estado, na medida em que, em sua elaboração e desenvolvimento, são destacadas mais uma vez as diretrizes do Banco Mundial para o setor de saúde brasileiro: defesa da participação da rede privada nos serviços de saúde, focalização dos serviços públicos na população pobre, estabelecimento de prioridades a partir da relação custo/benefício e reformas no âmbito da gestão, principalmente as referentes às relações institucionais e ao financiamento.

Dessa forma, os programas e projetos desenvolvidos nos anos 1990 apresentam uma aproximação da política nacional às diretrizes de desenvolvimento do capitalismo internacional. Esse alinhamento pode ser visto no *Informe sobre a Reforma do setor saúde no Brasil*, elaborado pelo Ministério da Saúde e apresentado em 1995 na reunião especial sobre *Reforma Sectorial en Salud*, promovida pela Organização Pan-americana da Saúde (Opas), pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e pelo Banco Mundial. Nesse informe, é exposto o comprometimento com a alteração das bases organizacionais do sistema de saúde nacional (CORREIA, 2007).

Embasada em estratégias que incluem a privatização do financiamento e da prestação dos serviços sociais, o corte de gastos sociais (com eliminação de

programas e redução de benefícios sociais), a focalização no combate à pobreza e a descentralização em nível local, a proposta neoliberal ataca diretamente a proposta de universalidade, igualdade e gratuidade dos serviços sociais (LAURELL, 2002).

Assim, o processo de “Reforma do Estado”, proposto pela vertente gerencial durante o governo FHC, inspirado nos ideários neoliberais, acirrou, em nosso país, os tempos de crise, de globalização, de hegemonia do capital financeiro e crescimento da população sobrando (BEHRING; BOSCHETTI, 2007).

As modificações trazidas foram traduzidas para a população em desemprego, encarecimento da moradia, desamparo social, quebra dos direitos historicamente conquistados, empregos informais, doenças, entre outros óbices, que resultaram na deterioração das condições de vida da maioria da população.

Esse é o cenário que irá justificar a necessidade de se pensar estratégias de qualidade e humanização para área da saúde, por meio de novos modelos gerenciais e da reorganização do trabalho.

1.3 As estratégias da qualidade e humanização da saúde no contexto da reestruturação produtiva e da reforma gerencial do Estado

A lógica gerencial e mercadológica para os serviços públicos, difundidas pela contrarreforma do Estado, estimula, na área da saúde, a implantação de sistemas de garantia ou de gestão da qualidade e de programas de humanização, com vistas a enfrentar os problemas provenientes da “crise da saúde”. As principais estratégias incorporadas na área consistem na implantação dos padrões da *Internacional Organization for Standardization (ISO)*, acreditação hospitalar ou sistemas de gestão pela qualidade (os modelos mais comuns são a Gestão pela Qualidade Total e o modelo Prêmio Nacional da Qualidade).⁸

Avedis Donabedian será a principal referência para as análises e propostas sobre a “qualidade em saúde”. A partir de uma perspectiva de gestão da qualidade, de acordo com Gusmão-Filho (2008), Donabedian (1966; 1988; 1996) aponta três dimensões essenciais para se atingir a qualidade em saúde: a técnica — aplicação de conhecimentos científicos e técnicos na solução do problema de saúde do paciente;

⁸ Organização Internacional sediada em Genebra, Suíça, responsável pela elaboração de normas organizacionais de aplicação internacional. As normas ISO 9000, assim como suas reedições e revisões, tratam da gestão da qualidade (GUSMÃO-FILHO, 2008, p.39).

a interpessoal — referente às relações estabelecidas entre profissionais e pacientes; e a ambiental — trata das comodidades oferecidas ao paciente, visando ao seu conforto e bem-estar (GUSMÃO-FILHO, 2008).

Importante observar que nos estudos de Donabedian é atribuída relevância, especialmente, ao desempenho técnico dos médicos, seja pela aplicação de seu conhecimento ou na utilização de tecnologias, e à relação estabelecida com os usuários dos serviços de saúde, ressaltando os preceitos éticos, as normas sociais e as expectativas e necessidades dos usuários.

Donabedian avança com o desenvolvimento de uma matriz conceitual para a avaliação da qualidade em saúde, que envolve a tríade estrutura, processo e resultado:

A estrutura relaciona-se às características mais estáveis da assistência médica ou de saúde – recursos físicos, humanos, materiais e financeiros; disponibilidade de equipamentos, organização dos serviços, capacidade dos profissionais de saúde. O *processo*, a todas as atividades desenvolvidas entre os profissionais de saúde e os pacientes, com bases em padrões aceitos – aspectos técnicos, administrativos, éticos e da relação entre médico-profissional-equipe de saúde e paciente. Por fim, o *resultado*, ou seja, o produto final da assistência prestada – saúde, satisfação de padrões e expectativas (DONABEDIAN, 1988 *apud* GUSMÃO-FILHO, 2008, p.38).

Essa matriz deve estar vinculada ao que o autor considera como os sete pilares da qualidade em saúde: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Assim, “a qualidade da atenção à saúde se define como um arranjo ideal de um vasto conjunto de elementos presentes na estrutura, no processo e no resultado” (PUCCINI; CECÍLIO, 2004, p.1.342).

Outro autor que influenciará a área da saúde é D. M. Berwick. Este irá utilizar os conceitos de qualidade da indústria na atenção à saúde, mais associada à estrutura e funcionamento do sistema organizacional do que à ação individual do trabalhador (GUSMÃO-FILHO, 2008).

Puccini e Cecílio (2004) destacam que a área da saúde incorporará a discussão da qualidade posta no contexto mais geral, expressando uma aspiração declarada em torno de distintos objetivos e um vasto conjunto de elementos que determinam um produto no mercado. A qualidade

[...] sempre foi um objetivo a ser alcançado que, na realidade cotidiana do fazer, era modulado pelas possibilidades da ação prática, dos estilos gerenciais e dos interesses de um determinado corpo proprietário ou dirigente (PUCCINI; CECÍLIO, 2004, p.1.342).

Com as formulações advindas da “qualidade total”, a qualidade passa a se afirmar como um conceito paradigmático, vinculado ao mundo das mercadorias.

A qualidade, em si, vem se afirmando como um conceito paradigmático para a formulação de modelos gerenciais, desenvolvidos como resposta a certas dificuldades das empresas privadas e que, também, são, muitas vezes, transpostos de forma acrítica para o setor público. Assim, a ideia geral de qualidade como qualificação do fazer, naturalmente expressando diferentes significados conforme a posição social do seu proponente no processo produtivo, estreita-se com o movimento pela “Qualidade Total”, e vai ganhando um sentido mais comprometido e articulado com os interesses do sistema social produtor de mercadorias (PUCCINI; CECÍLIO, 2004, p.1.342-1.343).

Independentemente do ponto de partida e das perspectivas de análise, o que é relevante identificar é que os autores tratam a qualidade na saúde a partir de uma lógica mercadológica, em nível individual, não incorporando as contradições existentes nos serviços e na política de saúde, bem como as necessidades e demandas dos usuários. A concepção de qualidade a ser defendida é a vinculada diretamente ao atendimento dos interesses da população em detrimento da perspectiva que a vincula à eficiência econômica, a metas produtivistas e indicadores de mercado.

No ano de 1992, a Opas promoveu em Brasília o primeiro seminário sobre acreditação e apresentou o seu manual para acreditação de hospitais. Como desdobramento desse seminário, foi lançado, em 1994, pelo Ministério da Saúde, o Programa de Avaliação e Certificação de Qualidade em Saúde (PACQS). Calcadas em pilares bem demarcados pela iniciativa privada, tais estratégias de certificação de qualidade passam a ser colocadas como essenciais na sobrevivência das empresas de saúde, em um mercado altamente competitivo.

De acordo com Carvalho *et al.* (2004), cinco foram os princípios norteadores dessa estratégia: direcionamento para indicadores de resultados; estabelecimento de um programa nacional de acreditação, com destaque para as ferramentas de qualidade, principalmente as gerenciais; estabelecimento de protocolos clínicos; avaliação de satisfação do usuário; e controle social.

A temática da qualidade e da humanização irá se fortalecer e aparecerá na IX Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1992. A humanização é destacada no Caderno de textos da CNS por meio da apresentação do modelo “Em defesa da Vida”

para o SUS — proposta criada em Campinas/SP, no final dos anos de 1980, a partir de experiências desenvolvidas em diversos municípios, como Ipatinga, Belo Horizonte, Betim, Volta Redonda.

Os defensores dessa proposta (MERHY *et al.*, 1992) apontam que a ideia era pensar um modelo de atenção à saúde que pudesse transpor os princípios do SUS para a realidade e servir de base para se pensar o debate da humanização. Esse modelo tinha como princípios a saúde como direito de cidadania e, para tal, propunha a reorganização dos serviços e processo de trabalho em saúde, com vistas a humanizar as relações entre trabalhadores e usuários; a identificação das necessidades dos usuários e a garantia do acesso; a utilização de recursos tecnológicos adequados; o acesso à informação; a gestão democrática; e o controle social.

O debate da humanização para a saúde aparece principalmente concernente à relação instituição-usuário, focalizado em torno de questões individuais e relacionais. As estratégias elaboradas e implementadas pelo grupo que propôs esse modelo foram, entre outras, o acolhimento ao usuário, visando humanizar as relações entre trabalhador e usuário e produzir relações de vínculo entre usuário e equipe de saúde; responsabilização dos trabalhadores pelo problema de saúde apresentado pelo usuário; autonomia da equipe para a elaboração de projetos terapêuticos dos usuários; integração da equipe multidisciplinar; e utilização de forma ampliada das “tecnologias leves”. De acordo com Merhy *et al.* (2014), as tecnologias leves são as tecnologias de relações, encontros de subjetividades, e se sobrepõem aos saberes tecnológicos estruturados, permitindo a realização de práticas de acolhimento, vínculo, escuta, autonomização.

No entanto, a retórica da humanização vai avançando a partir de uma lógica privatista, que subjaz à política de saúde, como pode ser visto com a criação do Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde, em 1995, que desencadeou uma articulação com a Federação Brasileira de Hospitais e o lançamento, pelo Ministério da Saúde, do Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar em 1998. Em tal manual (BRASIL, 2002, p.3), aponta-se para a intenção de incorporar uma lógica gerencial de mercado, uma vez que

[...] o incremento de eficiência e eficácia nos processos de gestão é necessário para assegurar uma assistência melhor e mais humanizada à

saúde dos seres humanos que procuram os hospitais, necessitados de cuidados e apoio.

Tal processo se realiza e avança com a criação da Organização Nacional de Acreditação (ONA), no ano de 1999, uma organização privada, mantida por entidades nacionais do setor de saúde, com o propósito de estimular os serviços nacionais de saúde a atingir padrões mais elevados de qualidade, pela acreditação. Por meio de um convênio com o Ministério da Saúde e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), a entidade passa a operacionalizar o desenvolvimento do processo de acreditação em hospitais e outras organizações prestadoras de serviços de saúde no país (GUSMÃO-FILHO, 2008).

É a partir dessas contradições e proposições que o debate sobre a qualidade e a humanização irá avançar no interior do Ministério da Saúde. Entre os anos de 1999 e 2002, ações e programas foram propostos pelo Ministério da Saúde com esse mote, como a Carta ao Usuário (1999), o Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares (PNASH) (1999), o Programa de Acreditação Hospitalar (2001), o Programa Centros Colaboradores para a Qualidade e a Assistência Hospitalar (2000), o Programa Modernização Gerencial dos Grandes Estabelecimentos de Saúde (1999), o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (2000) e a Norma de Atenção Humanizada de Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru (2000) (BENEVIDES; PASSOS, 2005b).⁹

No ano de 1999, também foi criado, pelo Ministério da Saúde, o prêmio Galba de Araújo que tinha por objetivo premiar as unidades de saúde que desenvolvessem práticas de humanização exitosas no âmbito do atendimento à mulher e ao recém-nascido.

No ano 2000, o Brasil é escolhido para sediar a *Internacional Conference on the Humanization of Childbirth*, um evento realizado pela OMS e o Fundo das Nações Unidas para as Crianças (Unicef). Nessa conferência, o termo “humanização” foi ampliado para as diferentes realidades da área da saúde e houve uma convocação para que os governos se engajassem na “promoção da humanização”, gerando diversas declarações sobre os direitos dos pacientes. Essas demarcaram um

⁹ A Carta ao Usuário é fruto das discussões realizadas pelo Conselho de Saúde do Estado de São Paulo, que lançou, em 1995, a Cartilha dos Direitos do Paciente e gerou a Lei Estadual n. 10.241 (1999). A lei aponta como direitos dos usuários: atendimento digno, atencioso e respeitoso; ser identificado e tratado pelo seu nome ou sobrenome; e não ser identificado ou tratado por números, entre outros (CARVALHO; HIRATA, 2013).

paradigma que passou a distinguir os “direitos dos usuários” em “direitos individuais” e “direitos coletivos” (GURGEL; MOCHEL, 2007, p.81). Nos anos de 1990, vários países signatários da OMS já haviam assinado declarações em torno dos “direitos dos pacientes”. Dessas declarações, destaca-se a

Declaração sobre a promoção dos direitos dos pacientes na Europa, assinada em 1994, cujo objetivo é o de promover o respeito pela pessoa individualizada e a equidade em saúde (GURGEL e MOCHEL, 2007, p.81).

É no quadro do processo de “Reforma do Estado” e de enxugamento das políticas sociais públicas que é elaborado, em 2001, o primeiro programa que tem a humanização como foco: o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH). A partir de um diagnóstico de que a qualidade da atenção seria um dos nós mais críticos do Sistema de Saúde brasileiro (BRASIL, 2001b), o PNHAH é criado tendo o objetivo de promover a cultura de um atendimento humanizado na área da saúde, que promovesse articulações entre profissionais de saúde, usuários e comunidade.

Na apresentação do documento, é dito que o PNHAH propõe “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 prestados (BRASIL, 2001b, p.7, grifos nossos). Para tanto, é colocado como fundamental o aprimoramento das relações entre profissional de saúde e usuário, dos profissionais entre si e do hospital com a comunidade, além da valorização da dimensão humana e subjetiva, presente na assistência à saúde.

Os objetivos do PNHAH seriam: difundir uma nova cultura de humanização na rede hospitalar pública brasileira; melhorar a qualidade e a eficácia da atenção dispensada aos usuários dos hospitais públicos no Brasil; capacitar os profissionais dos hospitais para um novo conceito de assistência à saúde, que valorize a vida humana e a cidadania; conceber e implantar novas iniciativas de humanização dos hospitais que venham a beneficiar os usuários e os profissionais de saúde; fortalecer e articular todas as iniciativas de humanização já existentes na rede hospitalar pública; estimular a realização de parcerias e intercâmbio de conhecimentos e experiências nessa área; desenvolver um conjunto de indicadores de resultados e sistema de incentivos ao tratamento humanizado; e modernizar as relações de trabalho no âmbito dos hospitais públicos, tornando as instituições mais harmônicas e solidárias, de modo

a recuperar a imagem pública dessas instituições junto à comunidade (BRASIL, 2001b).

Atingir os objetivos traçados seria essencial para a requalificação dos hospitais públicos, que “poderão tornar-se organizações mais modernas, dinâmicas e solidárias, em condições de atender às expectativas de seus gestores e da comunidade” (BRASIL, 2001b, p.7).

Deslandes (2004) afirma que o programa se colocou muito mais como uma diretriz de trabalho do que como um aporte teórico-prático. No entanto, a partir da análise dos documentos oficiais do PNHAH (BRASIL, 2001a, b), é possível verificar a concepção de humanização apregoada. Essa aparece limitada a uma mudança da cultura, centrada na qualidade do fator humano e no relacionamento estabelecido entre profissionais e usuários no processo de atendimento. A valorização humana e subjetiva é posta como central para contribuir para a requalificação dos hospitais públicos e promover uma nova cultura de atendimento.

A primeira demarcação a ser realizada se refere à centralidade dos hospitais para o desenvolvimento do programa. É certo que os hospitais sempre simbolizaram o poder social da profissão médica e a institucionalização dos conhecimentos médicos especializados, prevalecendo um modelo unifatorial da doença, decorrente de uma visão clínica que tem como suporte o Relatório Flexner, publicado em 1910 pela Fundação Carnegie. Segundo Mendes (1998, p.238-239), “Este [relatório] se fundamenta no biologismo, individualismo, especialização, tecnificação e curativismo”. Essa lógica sempre permeou as práticas de saúde nas instituições hospitalares, ficando estas a cargo do tratamento, cura e recuperação da doença de forma pura e simples.

Dessa forma, pode ser visto que os determinantes que perpassam a realidade dos hospitais estão além das relações, linguagem ou comunicação estabelecida, mas estão impregnados por uma lógica construída em torno dos hospitais, exaltando a sua complexidade, especialização e o aprofundamento do conhecimento específico, dificultando o entendimento da totalidade e desconsiderando o homem como determinado por relações afetivas, experiência de vida e como parte de uma totalidade social (PIRES, 1998).

Assim, de acordo com Carapinheiro (1998), o hospital apresenta traços estruturais que caracterizam instituições totalitárias:

Com o isolamento do doente em relação ao mundo exterior, a promiscuidade na organização do agrupamento físico dos doentes, o cumprimento de um regulamento hospitalar que programa a sua vida quotidiana e a apreciação dos comportamentos dos doentes a partir da referência única a uma ideologia centrada na doença/cura (CARAPINHEIRO, 1998, p.56).

A lógica mercadológica, o ataque aos mecanismos de participação popular e ao trabalho realizado nos serviços de saúde, é visto claramente no PNHAH, que propõe uma mudança de cultura por meio de uma filosofia organizacional que sinaliza a necessidade de construção de um modelo de gestão que prime por uma cultura pautada pelo respeito, pela solidariedade entre os agentes envolvidos e os usuários, com enfoque na responsabilização dos sujeitos.

A participação dos usuários é estimulada por recursos institucionais como ouvidoria, trabalhos de sala de espera, preparação das altas, alojamento conjunto e ampliação do horário de visitas. Esses mesmos recursos são postos como essenciais para supostamente ampliar os direitos dos usuários e legitimar o prestígio das instituições hospitalares, desqualificando os espaços de controle social e os movimentos sociais populares.

Outro elemento que aparece é o estímulo ao voluntariado nos serviços de saúde. No manual do PNHAH, o voluntariado é justificado pela disposição crescente da população e das instituições não governamentais de se engajarem em ações filantrópicas e caritativas, diferentes formas de solidariedade e participação social.

É possível identificar que há uma visão reducionista da humanização, que não considera os problemas estruturais decorrentes da lógica neoliberal e do processo de contrarreforma do Estado, implantados desde o início dos anos 1990 e que serão sedimentados no Governo FHC. As falhas no atendimento, a limitação do acesso e as más condições de trabalho, entre outros fatores, são postas como problemas relacionais, comunicacionais e de gestão, sem problematizar as bases estruturais em que essas questões estão postas.

É dado reforço ao projeto de “Reforma do Estado” ao estimular elementos que contribuem para a retirada do Estado na efetivação das políticas públicas de saúde e também por contribuir com a desregulamentação do trabalho e desestimular mecanismos de participação popular que, de fato, sejam instrumentos de mobilização, controle e dinamização de recursos e propostas.

A proposta de humanização para a área da saúde irá avançar nos anos 2000, principalmente a partir do governo Lula. Nesse mesmo período, é visível que a saúde

é retomada como eixo central do desenvolvimento econômico brasileiro, reforçando a vinculação a um projeto de mercado que busca colocar o Brasil na rota do desenvolvimento capitalista mundial. A saúde sempre teve importância no desenvolvimento econômico brasileiro, como pode ser visto em Bravo (2007). A autora salienta a permanente presença do atendimento em hospitais privados com interesses lucrativos e a pressão da organização médica sob o Estado para financiamento de seus serviços.

Seguindo a lógica de apoio aos capitalistas do setor de saúde, este se torna uma área de grande retorno financeiro, seja por meio das grandes multinacionais de medicamentos, seja por meio dos seguros de saúde, integrando-se a um conjunto de estratégias de expansão da acumulação de capital (LIMA, 2010), que colocam a proposta da humanização em questão.

Dessa forma, no próximo item será realizada uma análise dos processos políticos e econômicos que atravessam a política de saúde dos governos Lula e Dilma, que trazem como consequências a sua precarização, focalização, seletividade e ataque direto aos direitos dos trabalhadores da área, incidindo diretamente nos direcionamentos da Política Nacional de Humanização, proposta no ano de 2003.

1.4 A lógica mercadológica que sedimenta a política de saúde dos anos 2000

O governo Lula inicia seu mandato (2003-2006) com a proposta de um modelo de administração pública que almejava atingir baixos índices de pobreza e desigualdade. Para a saúde, estabelece-se a descentralização do SUS, a horizontalidade da estrutura do Ministério da Saúde (MS), a sustentação dos hospitais universitários, a efetivação de uma política do SUS de humanização do atendimento e o fortalecimento do controle social por meio dos Conselhos de Saúde (BRAVO; MENEZES, 2008).

O MS expôs alguns desafios a esse setor no início do governo Lula, pautado na concepção da reforma sanitária e ressaltando a necessidade de medidas que reforçassem a integralidade, intersectorialidade e a articulação dos trabalhos em equipe, assim como a ligação entre ensino, gestão, atenção e controle social, e a substituição de paradigmas assistenciais verticais (BRAVO; MENEZES, 2008).

No entanto, o governo Lula estabeleceu a mesma política macroeconômica presente no governo de FHC, mantendo a fragmentação e focalização das políticas

sociais e a subordinação aos interesses econômicos (BRAVO; MENEZES, 2008). Com a redução dos investimentos, o caráter universal das políticas declinou, tendo um rigoroso viés focalizador e seletivo, direcionando-se apenas à população em situação de “pobreza absoluta” (BEHRING; BOSCHETTI, 2007).

Bravo e Menezes (2008, p.25) avaliam que entramos nos anos 2000 dando continuidade à política de saúde dos anos 1990. Essa afirmação é justificada pela “ênfase na focalização, na precarização, na terceirização dos recursos humanos, no desfinanciamento e na falta de vontade política para viabilizar a concepção de Seguridade Social”.

Logo no início do governo Lula, é lançada a Reforma da Previdência do setor público, indicando aquilo que seria uma característica de seu governo: continuidade da política neoliberal, alavancada nos dois mandatos de FHC. Outro traço desse processo é a ênfase às políticas sociais focalizadas, como o Programa Fome Zero, a centralidade dada ao Bolsa Família e o trato particular dado aos recursos da Seguridade Social pela equipe econômica.

Para Marques e Mendes (2005a), esses encaminhamentos do governo colocaram em xeque as conquistas e os avanços anteriores de legitimação dos direitos sociais e instituiu políticas assistenciais não fundadas em direitos. Com a expansão do Bolsa Família, também há o desenvolvimento de outra base de apoio social para o governo Lula, que passa, então, a ser ancorado nos segmentos mais pobres da população, diferentes da base de apoio estruturada na organização social, sindical e política dos trabalhadores.

Importante frisar que esses programas assistenciais focalizados, de caráter assistencial e compensatório, são intrínsecos à agenda neoliberal e aos ditames do Banco Mundial, demonstrando as intenções do novo governo.

Outro problema do governo Lula é o trato com o orçamento das políticas sociais, que torna claro que um dos objetivos é eliminar os preceitos constitucionais que reservam um percentual do dinheiro arrecadado para gastos com a saúde e educação, por exemplo.

Segundo Marques e Mendes (2005b), ao propor mudanças nessa ordem, o governo Lula indica um duplo movimento em torno do orçamento: desvincula os recursos destinados aos gastos sociais com saúde e educação e, ao mesmo tempo, libera esses recursos para pagamento da dívida externa e para incentivar investimentos a serem realizados por meio das Parcerias Público-Privadas (PPP).

Estas são realizadas principalmente via instauração das organizações sociais (OSs), isto é, de entidades públicas não estatais que geram atividades públicas utilizando-se de financiamento público em uma lógica mercadológica.

As OSs, caracterizadas como “parceiras do Estado”, foram aprovadas no Congresso Nacional pela Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998, e qualificadas como pessoas jurídicas de *direito privado*, sem fins lucrativos. Por meio de contrato de gestão ou termos de parcerias, foram transferidos serviços e unidades, bens móveis e imóveis, recursos humanos e financeiros e dada autonomia para gerenciar, contratar, executar e prestar serviços públicos, ausentes de controle social, distantes das garantias constitucionais, abrindo a disputa para as empresas privadas gerenciarem os serviços sociais públicos, pela lógica da eficácia e menor custo.

Nos primeiros anos do governo Lula (que prosseguiu nessa linha), foram mantidos todos os parâmetros macroeconômicos herdados dos Governos FHC, ficando intocáveis o superávit primário, a desvinculação de receitas da União, taxas de juros que incentivam a exportação, principalmente o agronegócio (que não agrega empregos e não se volta para o mercado interno), a manutenção dos pagamentos dos juros, encargos e amortizações da dívida pública para credores nacionais e internacionais e o aumento da arrecadação da União, sem convertê-la em investimentos produtivos ou em políticas sociais (BEHRING, 2004; MARQUES; MENDES, 2005b, 2007).

O rebatimento das políticas de saúde da era FHC pode ser observado com grande clareza nesse governo, tanto por meio da precarização das políticas como pela terceirização dos recursos humanos (FILGUEIRAS; GONÇALVES, 2007). O governo Lula defendeu a flexibilização das leis trabalhistas, submetendo-se às exigências dos capitais transnacionais, com severos cortes de pessoal e com a precarização das relações de trabalho (ANTUNES, 2005a; MARCOSIN; SANTOS, 210).

No segundo mandato de Lula (2007-2010), avança-se o processo de ênfase ao mercado, estímulo ao desenvolvimento econômico e focalização das políticas sociais. Bravo e Menezes (2011) apontam como marco desse processo a proposta de Reforma Tributária, que visa à simplificação e desburocratização do sistema tributário brasileiro, eliminação da guerra fiscal, desoneração parcial da tributação sobre a folha de salários, eliminação de distorções e cumulatividade e aumento da competitividade econômica.

Diante desse cenário, apesar de serem percebidas inovações no governo Lula, é nítido que o projeto de reforma sanitária perde espaço para o projeto voltado ao mercado (BRAVO, 2006).

Em análise das prioridades do governo Lula de 2003 a 2008, Machado *et al.* (2011a) constata quatro políticas prioritárias: a Estratégia de Saúde da Família (ESF), o Brasil Sorridente, Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (Samu) e a Farmácia Popular.

Considera-se que as políticas trazem avanços para o acesso à saúde. No entanto, é preciso problematizar as premissas dessas prioridades, que apontam muito mais para um favorecimento do projeto de saúde articulado ao mercado ou de atendimento focalizado às populações mais pobres, como determinado pelo Banco Mundial para os países periféricos.

Podemos perceber que a ESF foi central nos dois mandatos de Lula. Para além do saldo positivo que se tem com a ampliação do atendimento e acesso da população à atenção primária, de acordo com Teixeira (2002), ao discutir sobre a ESF devem ser levadas em consideração as formas e critérios para contratação da força de trabalho, o modelo de contrato, a jornada de trabalho, o salário e as diferenciações desses elementos com o conjunto da rede básica de saúde.

Seguindo essa análise, a autora aponta que é possível identificar que a ESF não vem promovendo concurso público, o que aumentaria o risco de favorecer as relações de apadrinhamento, clientelismo e subordinação presentes na cultura nacional. Tem-se ainda a reprodução, pelas instituições públicas, de estratégias utilizadas pelo modelo gerencial de mercado, como o controle dos trabalhadores a partir de ponto biométrico e metas de produção (CASTRO; OLIVEIRA, 2011).

Outra questão é que a ampliação e o incentivo à ESF vão ao encontro das propostas do Banco Mundial de eliminação gradual dos subsídios aos grupos mais abastados e de focalização dos pacotes de saúde para os setores mais pobres, incentivando a busca pelo seguro saúde no setor privado, o financiamento pelos governos de pacote restrito de medidas de saúde pública e de intervenções em clínicas essenciais.

O processo de redução do Estado retomou também a família como sujeito fundamental na provisão de bem-estar. No bojo das transformações societárias pautadas no ideário neoliberal, há uma chamada à família para a responsabilização da provisão das condições objetivas e subjetivas de sua vida, ocorrendo

concomitantemente uma retração da responsabilidade do Estado sob a proteção social dos membros da sociedade (CASTRO, 2008).

No que concerne à problematização em torno do Brasil Sorridente, recorreremos aqui aos estudos de Bartole (2006). De forma geral, a autora expõe que a proposta do Brasil Sorridente está atrelada diretamente à prioridade que o governo estabeleceu em torno do Programa “Fome Zero” e que não é identificada nas análises da retórica governamental: a defesa do SUS. A ampliação da saúde Bucal atrelada ao Fome Zero se dá pela necessidade de garantir aos brasileiros “condições para mastigar bem”, por meio da manutenção dos dentes em condições funcionais e saudáveis ou sua substituição, quando necessário (BARTOLE, 2006).

A autora aponta que a preocupação maior foi a consolidação de uma marca de governo e não a apresentação de uma proposta de política de saúde propriamente dita:

[...] **Levar a sério a saúde bucal** do nosso povo, porque, no Brasil, lamentavelmente, qualquer parte do corpo humano sempre foi tratada como uma questão de saúde pública, mas a boca, **por onde entra tudo que a gente come**, nunca foi tratada com o menor **respeito** por todos aqueles que pensam em saúde neste país (BRASIL, 2004, p.3 *apud* BARTOLE, 2006, p.77, grifos do autor).

Em relação ao Samu, estudos como o de Machado *et al.* (2011a; 2011b) apontam que, em que pese a relevância do atendimento pré-hospitalar, podem ser identificados alguns problemas nesse tipo de serviço, como as dificuldades na capacidade de atendimento, tendo-se em vista que a maioria das ambulâncias disponíveis é de suporte técnico de enfermagem e transporte e somente 21,5% são ambulâncias de suporte avançado, contando com a presença do profissional médico e equipamentos para cuidados intensivos, além da não existência de uma rede de serviços de saúde integrada e preparada para esse tipo de atendimento.

Para além dessas considerações operacionais, identifica-se que o Samu faz parte de uma estratégia vinculada à Política Nacional de Urgência e Emergência, criada com o intuito de estruturar e organizar a rede de urgência e emergência no país, assim como as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), também enfocadas nesse governo, com o objetivo de diminuir as filas nos prontos-socorros dos hospitais. Esses processos demonstram a centralidade no modelo biomédico centrado na doença, nos hospitais e na rentabilidade, contribuindo para a manutenção de uma cultura de que são os hospitais que respondem às questões de saúde/doença.

Para Machado *et al.* (2011b), há uma pressão pela ampliação dos serviços de emergência em virtude das mudanças demográficas, epidemiológicas e sociais, postas pelas transformações societárias contemporâneas, que têm feito com que muitos países organizem sistemas para atendimento às urgências. Segundo a pesquisa das autoras, o que se tem visto é que tais sistemas apresentam bons resultados em termos de diminuição da morbidade e mortalidade, mas nenhum modelo é comprovadamente eficaz.

Outra questão para a expansão do setor secundário é a ênfase nas indústrias de equipamentos de saúde, que têm contribuído significativamente no processo de acumulação de capital, secundarizando elementos que, de fato, poderiam contribuir para a melhoria da saúde da população, como os investimentos na atenção primária à saúde e em serviços básicos.

A Farmácia Popular, por sua vez, ao enfatizar o copagamento dos medicamentos, colide diretamente com as diretrizes do SUS que preveem o atendimento integral à saúde, inclusive na assistência farmacêutica, e utiliza o programa para incentivo ao consumo e fomento ao mercado de medicamentos. Em um contexto de acentuadas desigualdades de renda, o copagamento pode significar o agravamento das iniquidades do acesso ao sistema de saúde (MACHADO *et al.*, 2011a).

As autoras identificam também, como uma questão problemática, a indução de expansão de uma oferta farmacêutica que reitera o caráter mercantil da oferta de serviços de saúde — traço histórico do sistema de saúde.

No plano legal, um encaminhamento que fortalece o mercado ocorreu em 2007, com o Projeto de Lei n. 92, de 4 de junho daquele ano, que cria as fundações públicas de direito privado na área da saúde, ainda em discussão no Congresso Nacional. A proposta de fundação estatal de direito privado foi aprovada em diversos estados a partir de 2007. O Rio de Janeiro foi o primeiro a aprovar a lei que a regulamenta, em dezembro de 2007, seguido por estados como Bahia, Sergipe, Pernambuco, Acre e Tocantins.

No ano de 2009, essa proposta foi reapresentada ao Congresso Nacional em caráter de urgência, contrariando as propostas do Conselho Nacional de Saúde, que denunciava que esse modelo de gestão é vulnerável às práticas clientelistas para ocupação de cargos de gestão, à partidarização e à entrada de trabalhadores sem

qualificação técnica necessária, em um serviço público que prega a impessoalidade, a transparência e a democracia (LIMA, 2010; BRAVO; MENEZES, 2011).

Interessante observar que tais encaminhamentos ocorrem posteriormente ao lançamento pelo Banco Mundial do relatório para o Brasil n. 36601-BR, com o título “Governança no Sistema Único de Saúde do Brasil: melhorando a qualidade do gasto público e gestão de recursos” (2007), que apresenta indicações para planejamento e orçamento do SUS e gestão de insumos materiais, recursos humanos, produção e qualidade.

O presente relatório reforça a ideia de que há ineficiência e baixa qualidade nos serviços de saúde prestados no Brasil e, portanto, dispõe uma série de reformas, principalmente as vinculadas às falhas na governança e à ausência de *incentivos* e *responsabilização*, que garantam que os serviços prestados sejam de custo e qualidade aceitáveis (BANCO MUNDIAL, 2007).

Ao avaliar a alocação e gestão de recursos, planejamento, orçamentação e execução do orçamento, o Banco Mundial identifica fragilidades na prestação de contas dos serviços fornecidos, decorrentes da estrutura e processo dos fluxos financeiros e das práticas de gestão. As soluções apontadas pelo Banco Mundial se concentram em quatro campos: planejamento e orçamentação no SUS, gestão de insumos materiais, gestão de recursos humanos e gestão da produção e da qualidade.

O que se vê na análise dos quatro eixos são indicações de alternativas vincadas na lógica da gestão empresarial, focada nos custos, na produtividade, eficiência, efetividade, avaliação de resultados, gestão para o controle dos trabalhadores e incorporação de estratégias de “qualidade”.

É decorrente desse entendimento que, em 2007, foi lançado o Programa Mais Saúde (BRASIL, 2008b), conhecido como Programa de Aceleração do Crescimento da Saúde (PAC da Saúde). Um dos eixos estratégicos para a política de saúde foi a sua incorporação na base produtiva e na inovação, a partir da Política de Desenvolvimento Produtivo (PDP), lançada em 2008, que situou a formação de um Complexo Industrial da Saúde (BRASIL, 2014a) como uma das seis áreas estratégicas portadoras de futuro (BRASIL, 2010a).

No ano de 2008, outro documento do Banco Mundial é lançado visando ao estabelecimento de estratégias de parceria com o Brasil:

O Grupo Banco Mundial desempenhou um papel de apoio que foi além da sua pequena contribuição financeira (uma média anual de aproximadamente

US\$500 milhões em empréstimos da IFC, incluindo os financiamentos levantados em bancos comerciais, US\$50 milhões em garantias da MIGA e US\$1,5 bilhão em empréstimos do BIRD, no contexto de uma economia de US\$1 trilhão). Possivelmente, o fator mais importante da estratégia do Banco para o Brasil foi o seu compromisso com as prioridades do governo do Presidente Lula (BANCO MUNDIAL, 2008a, p.9).¹⁰

Nesse relatório, é posto que as causas estruturais para o baixo crescimento econômico do país são atribuídas, dentre outros fatores, ao alto nível de taxas e à baixa qualidade dos gastos públicos, à elevada carga tributária destinada ao setor privado, à ineficiência da gestão do setor público e dos arranjos institucionais e à legislação trabalhista, posta como inflexível (BANCO MUNDIAL, 2008a).

Como principais eixos desse novo acordo de cooperação, existem a melhoria da qualidade da educação e o aumento dos gastos em saúde, com enfoque voltado para os serviços básicos e financeiros da população pobre e de renda média. Para tal, deve-se aperfeiçoar a governabilidade corporativa, desenvolver o mercado de capitais e estabelecer parcerias público-privadas (PPPs e concessões).

Os fundamentos macroeconômicos, a boa governabilidade e gestão do setor público se pautam, de acordo com Banco Mundial (2008a), na eficiência e eficácia da gestão pública, na melhoria da qualidade dos gastos públicos e no envolvimento dos estados com as reformas do setor público, orientadas para resultados, e na articulação dos setores. Dessa forma, reforça-se a perspectiva da priorização da prestação de serviços públicos orientados para o cidadão-cliente, a focalização dos programas sociais, a garantia da propriedade e do contrato, e a formação de uma cultura gerencial para o setor público, vincada em patamares mercadológicos.

Para a área da saúde especificamente, é indicada a necessidade de fortalecer a infraestrutura por meio de uma maior participação privada, de financiamento da moeda local e de realização de reformas.

O principal desafio para que o governo possa expandir o desenvolvimento do setor privado é continuar implementando reformas complementares e sistemáticas em uma ampla gama de áreas de políticas, com massa crítica suficiente para exercer um impacto significativo sobre o crescimento (BANCO MUNDIAL, 2008a, p.46).

¹⁰ A IFC, membro do Grupo Banco Mundial, é a maior instituição de desenvolvimento global voltada para o setor privado nos países “em desenvolvimento”; a Miga – *Multilateral Investment Guarantee Agency* é a Agência Multilateral de Investimento do Banco Mundial; e o Bird, o Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento.

O reforço ao mercado privado e às PPPs é claro em todo o conteúdo do documento, principalmente ao ser apontado que:

[...] o apoio do Banco Mundial ao desenvolvimento humano no Brasil se concentrará em ajudar os governos nos diferentes níveis (federal, estadual e municipal) a fortalecer a qualidade e a eficiência dos gastos e da oferta de serviços sociais com vistas a formar capital humano para as agendas de equidade e crescimento. No âmbito desse mesmo objetivo, a IFC tentará levantar recursos privados, mediante investimentos diretos, serviços de aconselhamento, mercados de capital locais (especialmente relacionados ao financiamento estudantil) e apoio às PPPs (BANCO MUNDIAL, 2008a, p.52).

Para a área dos serviços sociais, é traçado pelo Banco Mundial um caminho que avigora o estabelecimento de “parcerias com clientes visando tratar de questões sistêmicas e transformativas relacionadas à qualidade eficiência e gestão do setor público” (BANCO MUNDIAL, 2008a, p.52). E, especialmente para a área da saúde, a estratégia do banco seria de ajudar os governos federal, estaduais e municipais a encontrarem estratégias que pudessem solucionar os problemas dos elevados custos da área, a má qualidade e a falta de acesso aos sistemas públicos — que são atribuídos ao alto gasto do Estado e à baixa iniciativa privada.

Nesse sentido, as propostas do Banco Mundial para a área da saúde, de 2008 a 2011, trazem como elementos centrais o alinhamento dos incentivos e o fortalecimento da prestação de contas, para melhorar a eficiência e o uso dos recursos, aumentar a qualidade da assistência e conter os custos em ascensão; o fortalecimento da capacidade do sistema de saúde para lidar com a expansão das doenças não transmissíveis (DNTs); e a relevância das deficiências do mercado de serviços e de seguro privado (BANCO MUNDIAL, 2006).

A assistência do banco levaria em conta as questões de incentivos, prestação de contas do sistema e capacidade para lidar com DNTs, visando a transformar os esquemas de financiamento e oferta de serviços por meio de SWAp, como é conhecido o *Sector Wide Approach*, uma operação de crédito desenvolvida junto ao Banco Mundial, que tem como característica principal o apoio à gestão do governo direcionada à inclusão social, viabilizando programas nas áreas de saúde, educação, abastecimento de água, tratamento de esgoto, recursos hídricos e meio ambiente.

Tais créditos seriam destinados à melhoria do desempenho dos cuidados primários de saúde e atendimento de saúde complexo (QualiSUS) e um possível SWAp “global”, associado ao programa do governo com vistas a fornecer assistência

técnica integrada para o fortalecimento institucional (BANCO MUNDIAL, 2008a; 2008b).

O Banco Mundial propõe ainda a formulação de um programa de Atividades de Análise e Aconselhamento (AAA) com o objetivo de: (a) avaliar em mais detalhes as questões relativas à qualidade, eficiência e governabilidade do sistema de saúde descentralizado do Brasil — considerando especialmente a recente adoção dos pactos de saúde intergovernamentais; (b) examinar os problemas existentes nos mercados de oferta de serviços de saúde e de seguro privado e seus efeitos nas despesas com saúde pública e privada. O apoio no nível estadual também é promissor, utilizando SWAps multissetoriais concentrados na reforma, qualidade e eficiência da área de saúde.

O Brasil se alinhará a essa proposta por meio de diferentes encaminhamentos, que vão de encontro ao projeto de reforma sanitária e às diretrizes e princípios do SUS, fortalecendo a lógica privatista.

Pode-se destacar também o Projeto de Reestruturação e Qualificação da Gestão dos Hospitais Federais do Rio de Janeiro (lançado em junho de 2009), que traz em sua essência a subordinação do público ao privado, por meio de um modelo de gestão e administração atrelado a metas, resultados e qualidade (LIMA, 2010).

Esse processo abriu as portas para que, no último dia do governo Lula, fosse sancionada a Lei 12.550/2011, que autorizou a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), empresa pública com personalidade jurídica de direito privado. A implantação dessa empresa representa uma séria ameaça para o Sistema Único de Saúde, consolidando o projeto privatista em curso, ao submeter saúde e educação aos interesses do mercado.

Tem-se ainda, durante o governo Lula, a criação do QualiSUS (2003). Essa política surgiu com o discurso da necessidade de se elevar a qualidade da assistência prestada na área da saúde, tendo como pilar a humanização. O QualiSUS foi dinamizado com o “Programa de Formação e Melhoria da Qualidade das Redes de Atenção à Saúde – QualiSUS Redes” (2009), que propõe apoio à organização das redes regionalizadas de atenção à saúde no Brasil e é um projeto de cooperação entre o Banco Mundial e o Ministério da Saúde.

Esse projeto segue a lógica do banco de financiamentos regionalizados e do desenvolvimento de uma ação que incorpore toda a rede de saúde e o foco nas Doenças Crônicas Não Transmissíveis, uma vez que

[...] o fortalecimento do capital humano é essencial para a agenda do crescimento, em termos do desenvolvimento de uma força de trabalho mais qualificada, saudável e ágil, capaz de inovar e de se adaptar às novas tecnologias para aumentar a produtividade (BANCO MUNDIAL, 2008a, p.50).

Em busca da chamada “qualidade dos serviços de saúde” e do reforço à humanização da saúde (BRASIL, 2009; 2014b), o QualiSUS demonstra a vinculação da política com as necessidades de fomento da economia, ao ser destacada a melhoria da capacidade de gestão, controle social, superação de iniquidades, integralidade e racionalidade dos investimentos em infraestrutura, a partir do reforço da articulação entre a lógica econômica e sanitária, “entendendo que, para o melhor desempenho, a infraestrutura e a sustentabilidade econômica e tecnológica do setor precisam ser consideradas” (TARSO, 2004, s/p).

No documento publicado pelo governo Lula com o balanço dos seus dois mandatos, intitulado “Brasil 2003-2010” (BRASIL, 2010a), é apontado que um novo direcionamento foi estabelecido para a saúde no Brasil, a partir de 2003. Interessante observar que nesse documento está posto que a saúde foi tratada nesse período no contexto das políticas sociais e dos direitos de cidadania, mas também passou a ser considerada central para o projeto de desenvolvimento nacional, por meio da articulação entre as dimensões social, econômica e tecnológica do setor. Dessa forma, “reconheceu-se o caráter estratégico do chamado Complexo Industrial da Saúde (CIS), que envolve todas as atividades produtivas em saúde, abarcando tanto o setor industrial quanto o de serviços” (BRASIL, 2010a, p.69).

A eleição de Dilma em 2010 foi legatária da trajetória do governo Lula e do consenso social construído no seu primeiro governo. Nos primeiros anos do mandato, é possível observar que as posições assumidas indicam um governo ainda mais privatista e comprometido com o atual modelo econômico. Dilma iniciou seu governo com cortes orçamentários, restrição de investimentos, privatizações e leilões do petróleo do pré-sal, o que aumentou a insatisfação dos grupos sociais quanto à condução do governo, como pôde ser visto pela greve da educação em 2012 (BRAVO; MENEZES, 2011).

No balanço inicial que Bravo e Menezes (2011) realizam do governo Dilma, as autoras observam que é nítido o fortalecimento da perspectiva de mercado nesse governo. É destacado como elemento central nesse processo o encaminhamento da EBSE RH enquanto projeto de lei (PL 1749/2011) e o tensionamento realizado junto

às universidades e aos diretores dos hospitais universitários para adesão à empresa, em contraposição à 14ª Conferência Nacional de Saúde, que se posicionou contrária à privatização da saúde e à EBSEH.

De acordo com March (2012), a proposta da EBSEH aprofunda e explicita a essência privatista colocada para as políticas sociais, ao ser caracterizada como sociedade anônima e permissível o seu patrocínio por entidade fechada de previdência privada. Dessa forma, seria uma reedição das Funções Estatais de Direito Privado e Organizações Sociais, ou seja:

[...] transferência de patrimônio público, flexibilização dos direitos dos trabalhadores do serviço público, estabelecimento de financiamento das políticas sociais mediante a celebração de contratos de gestão, possibilidade de captar recursos com a venda de serviços e consequente mercantilização das políticas e direitos sociais, dentre outros (MARCH, 2012, p.67).

Outra mudança jurídico-formal ocorre com a aprovação do Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei 8.080 de 1990, na qual também é dada ênfase às parcerias público/privadas e não há referência aos Conselhos de Saúde (BRAVO e MENEZES, 2011). De acordo com Kruger (2014, p.224), o texto do decreto é bastante operacional para os gestores e o papel deliberativo dos Conselhos de Saúde é substituído pelos termos ouvidos dos conselhos nos processos de planejamento e no monitoramento dos Contratos Organizativos da Ação Pública de Saúde (COAP). O decreto faz referência ao acesso, que deve ser universal, igualitário e ordenado; estabelece também que o COAP deve ser firmado entre os entes federativos, mas não deixa claro se o serviço do SUS deve ser prestado por gestor público nem se o trabalhador da saúde deve ser contratado pelo regime público, abrindo as portas para as chamadas inovações na gestão pelo direito privado.

O quadro exposto anteriormente indica que, desde os anos 1990, a saúde é enfatizada como mercadoria e como central para o desenvolvimento capitalista do país, sendo nítido o fortalecimento da perspectiva de mercado para a área. No sentido de qualificar as análises, serão elencados a seguir alguns dados apresentados por diferentes pesquisas, que confirmam essa lógica.

Santos *et al.* (2012) realizam um importante debate sobre o crescimento da saúde no fomento da economia, sinalizando a elevação da participação do setor privado na área e a amplitude da movimentação de recursos financeiros. De acordo com tais autores, as atividades na área da saúde foram responsáveis, em média, por

5,5% do valor adicionado total da economia brasileira no período de 2000 a 2007. No ano de 2007, os serviços hospitalares privados passaram a apresentar a maior renda média entre as atividades de saúde, estando 3,7 vezes acima da média da economia (SANTOS *et al.*, 2012).

De forma geral, a renda gerada pelas atividades econômicas ligadas à área da saúde cresceu 8,9% entre 2005-2007, sendo que em 2007 movimentou 137,9 bilhões (IBGE, 2014).

As atividades que tiveram o maior aumento de participação na economia foram a saúde pública e o comércio de produtos farmacêuticos, médicos, ortopédicos e odontológicos. Importante ressaltar que os maiores investimentos no âmbito da saúde pública têm sido no sentido de fomentar as atividades básicas destacadas pelo Banco Mundial e que, somadas às atividades do âmbito privado, extrapolam o investimento em saúde pública.

De acordo com o IBGE (2014), o consumo de bens e serviços de saúde no ano de 2007 representou 8,4% do PIB, sendo que as famílias chegaram a gastar R\$ 128,9 bilhões (4,8% do PIB). Desses, R\$ 69 bilhões foram para gastos com serviços de saúde e R\$ 45 bilhões para a aquisição de medicamentos, mostrando a relevância da área para a economia nacional. Esses dados demonstram também a elevação dos gastos da população com os serviços de saúde, na medida em que os serviços públicos se encontram com frequentes entraves para serem acessados, como a burocracia e a “desumanização”.

No campo das internações hospitalares, Farias *et al.* (2011) demonstram o aumento do setor privado (que deveria apenas ser complementar) no fornecimento das internações, movimentando um grande volume de recursos. Do total das 11.338.039 internações ocorridas no ano de 2008, 56,6% foram de responsabilidade do setor privado/conveniado, com grande destaque para a rede filantrópica, representando um montante de R\$ 6.998.043.548,10, que perfazem 60,4% dos gastos com internações naquele ano (FARIAS *et al.*, 2011). Se somados aos benefícios fiscais que os hospitais filantrópicos/conveniados possuem, pode-se avaliar que essas instituições são duplamente favorecidas, pois, além do valor médio das internações, ainda contam com redução fiscal (FARIAS *et al.*, 2011).

Os dados disponibilizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nos confirmam também o crescimento do mercado de seguros e planos privados de saúde no Brasil e a alta arrecadação nos anos de 2003 a 2012, indicando a elevação

da participação dos seguros privados de saúde e alto volume de circulação financeira, tanto no ramo médico-hospitalar como no ramo odontológico.

Analisando a mercantilização no processo de vendas de medicamentos e vacinas, Temporão (2003) levanta dados importantes sobre o aumento de venda de medicamentos no país. O autor destaca que os grandes produtores de medicamentos são multinacionais que, por meio de suas filiais no Brasil, movimentam o setor privado a partir do desenvolvimento de pesquisa e de estratégias de marketing e comercialização.

Dentre essas estratégias, estão as relações estabelecidas com os médicos de várias especialidades, sociedades médicas e universidades. No caso das vacinas, Temporão (2003) sinaliza a introdução da mercantilização nas práticas de prevenção, espaço que sempre foi de total intervenção do poder público — o que demonstra o “fortalecimento da lógica e dinâmica capitalista no interior do sistema de saúde brasileiro” (TEMPORÃO, 2003, p.1339).

Em pesquisa realizada também no campo dos medicamentos, Helfer *et al.* (2012) demonstram a elevada dispensação de medicamentos no setor privado, se comparado ao público. Tendo por objetivo avaliar a capacidade aquisitiva do trabalhador para pagar os medicamentos utilizados para tratamento de doenças crônicas e a disponibilidade destes no setor público, no estado do Rio Grande do Sul, os autores demonstraram que há uma baixa disponibilidade dos medicamentos no setor público, devido ao precário financiamento e à falta de incentivo à assistência farmacêutica nesse âmbito, principalmente na atenção primária à saúde. Ao mesmo tempo, como já posto, há um incentivo do governo para a Farmácia Popular, que fomenta a lógica privada de aquisição de medicamentos.

No âmbito do orçamento para a área da saúde, os dados elaborados pela Auditoria Cidadã da Dívida expressam o enorme montante de recursos gastos com juros e amortizações da dívida no ano de 2013 (40,03%, correspondentes a 718 bilhões) e o baixo índice de gastos com as políticas sociais, dentre elas a política de saúde.¹¹

¹¹ “Associação sem fins lucrativos que iniciou suas atividades após o Plebiscito Popular da Dívida Externa, realizado no Brasil em setembro do ano 2000. Vem realizando, desde 2001, estudos, publicações, eventos, além de atividades para a mobilização de entidades da sociedade civil nacional e internacional” (AUDITORIA CIDADÃ DA DÍVIDA, 2014, p.1).

Para 2014, com o Orçamento Geral da União de R\$ 2,383 trilhões, a previsão do governo Dilma era de ampliação dos gastos com pagamento de juros e amortização da dívida (42,04%) e redução de gastos com políticas sociais. Na área da saúde, para a qual foram destinados 4,29% do orçamento em 2013, a previsão orçamentária em 2014 foi de 4,11%. Para a previdência social, identifica-se a queda de 24,11% (2013) para 19,87% (2014); e, na assistência social, os dados sinalizam que os recursos em 2013 estiveram na casa dos 3,41% e, em 2014, a previsão foi de diminuição desse valor para 2,86%.

Apesar de se ter um aumento da previsão orçamentária de R\$ 1,783 trilhão, em 2013, para R\$ 2,383 trilhões, em 2014, os recursos não se voltam para investimentos nas políticas sociais públicas, enquanto se eleva o investimento em áreas estratégicas para o capital e a canalização de recursos para o pagamento de juros e amortizações da dívida. Nesse campo, é importante apontar o debate posto pelo governo Dilma sobre o superávit primário brasileiro. A proposta era de zerar a meta de superávit primário, com a justificativa de que a crise diminuiu a arrecadação. No entanto, tal proposta incide, especialmente, sobre os gastos sociais e não sobre a dívida pública.

O quadro expresso vai de encontro à análise do Banco Mundial (2007; 2008a; 2008b; 2008c), que aponta o “excesso de gastos sociais do Estado brasileiro” (2008a, p.44) e a necessidade de subsídios direcionados ao capital, como podemos ver no relato a seguir:

Com despesas acima de 40% do PIB, o Brasil possui o maior setor público entre os países de renda média. Os gastos obrigatórios determinados pela Constituição e por outros instrumentos legais aumentaram com rapidez e, se não houver alguma mudança, poderão se tornar explosivos. Atualmente, 80% das despesas do orçamento têm destinação específica, restando apenas 20% para os gastos discricionários. As receitas também são destinadas o que leva a altos níveis de rigidez orçamentária. Ao longo do tempo, a composição do gasto público atribuiu maiores parcelas para o consumo do governo e a previdência social, distanciando-se do investimento público e dos subsídios direcionados ao capital. Há deficiências significativas no planejamento, na distribuição de verbas, nos processos de execução e avaliação do orçamento que afetam todos os setores (BANCO MUNDIAL, 2008a, p.44).

Os dados apresentados demonstram a ampliação do setor privado na área e o processo de mercadorização da saúde, construído como alternativa no âmbito da crise do capital, provocando impactos diretamente na efetivação dos princípios e diretrizes do SUS e na proposta de humanização da saúde.

Como pode ser percebido, a política de saúde vem sofrendo sucessivas contrarreformas, que impactam diretamente em sua lógica pública e tensionam o projeto de reforma sanitária construído nos anos 1980.

Na publicação do Banco Mundial de 2013 que avalia o SUS, também podem ser identificados diferentes indicadores do fortalecimento dessa perspectiva, ao serem apontados como centrais a problematização dos gastos governamentais com a saúde, o financiamento intergovernamental e os gastos privados diretos (BANCO MUNDIAL, 2013). Interessante observar que, no presente relatório, a melhoria da “eficiência e qualidade” dos serviços de cuidados de saúde é delegada aos “novos modelos” de prestação de serviços disponibilizados pelas OSs e PPPs.

Soares (2010a), ao sistematizar a refuncionalização de princípios e diretrizes do SUS a partir da contrarreforma na política de saúde, indica que esta ocorre por dentro do próprio sistema, descaracterizando as conquistas formais do projeto de reforma sanitária. Nesse sentido, tem-se a focalização do acesso aos serviços de saúde em contraposição à universalidade; o subfinanciamento e o incentivo à participação do Estado no financiamento privado; a desvalorização das instâncias de controle social e a desqualificação da participação popular; e o enfoque da atenção aos serviços especializados e emergenciais, em detrimento da integralidade da atenção, entre outros.

Em suma, corroborando Correia (2008), as contrarreformas na política de saúde apontam para o rompimento do caráter universal do sistema público de saúde, flexibilizam a gestão na lógica custo/benefício e estimulam a ampliação do setor privado na oferta de serviços de saúde. Essas mudanças podem ser observadas na sistematização realizada por Soares (2010a), que destaca a refuncionalização dos princípios e diretrizes do SUS, uma vez que, em vez da universalidade, temos um acesso focalizado aos mais pobres, que se deparam com extensas filas para acessar o sistema de saúde; a integralidade é revertida em ações precarizadas e focalizadas na pobreza, com ênfase aos atendimentos emergenciais, fragmentação do sistema e da referência e contrarreferência; e a participação da comunidade é desvalorizada e burocratizada, impedindo que ocorra, de fato, o controle social.

Esses processos têm impactos diretos na possibilidade de implantação de uma política efetiva de humanização na área da saúde, como também determinam os direcionamentos dessa política.

A lógica de construção da política de saúde e da PNH tem como base uma racionalidade que flexibiliza os princípios político-emancipatórios da racionalidade que orientou o movimento sanitário, incorporando à política de saúde elementos que buscam a “modernização” e o “aperfeiçoamento” do SUS (SOARES, 2010b), sob o discurso do “novo”. Essa racionalidade é identificada principalmente a partir do governo Lula, momento em que intelectuais do movimento sanitário passam a ocupar cargos no Ministério da Saúde. Soares (2010a) afirma que, se nos anos 1980 e 1990 o embate ocorria entre os projetos de reforma sanitária e privatista, a partir do governo Lula, ganha corpo um “novo” projeto, articulado ao privatista, que pode ser chamado de “SUS possível”:

Se o movimento de reforma sanitária já vinha em processo de refluxo e fragmentação, no Governo Lula ocorre de fato o transformismo de grande parcela das lideranças dos trabalhadores e, entre estas, as do movimento sanitário. Isto possibilita que muitos defensores da saúde pública se engajem na produção e defesa de inovações na gestão da política de saúde sob o argumento da reatualização e modernização da reforma sanitária, quando na verdade, a estão negando (SOARES, 2010a, p.52).

É nesse campo que se torna relevante o papel dos intelectuais e lideranças do movimento de reforma sanitária na condução, indução e legitimação da contrarreforma na política de saúde, a partir da indicação, em suas análises, da ruptura com elementos progressistas do movimento e com a racionalidade político-emancipatória.

Os intelectuais tornam-se fundamentais, ao contribuírem decisivamente para a refuncionalização dos princípios originais do sistema e, com isso, possibilitarem uma menor resistência às mudanças e uma melhor adesão a elas (SOARES, 2010a, 59).

Iasi (2012), ao analisar as metamorfoses da consciência de classe e as mudanças ocorridas no Partido dos Trabalhadores (PT), destaca que os intelectuais do partido sofreram um “transformismo”, tal como posto por Gramsci, isto é, há uma cooptação dos intelectuais, que antes defendiam interesses progressistas e alinhados às lutas da classe trabalhadora. Tal conduta será sedimentada pela lógica posta pelo partido na condução de seus governos que subordinaram as políticas públicas destinadas à melhoria das condições de vida dos trabalhadores ao crescimento econômico (IASI, 2012), com claro benefício ao grande capital.

Dessa forma, a racionalidade posta no SUS tem como base a racionalidade instrumental hegemônica, necessária para a legitimação e composição do pensamento burguês contemporâneo. Tem destaque nesse campo, como já assinalado, o Banco Mundial, que se coloca como importante formulador e divulgador da racionalidade da contrarreforma (SOARES, 2010a).

A intencionalidade política e o arcabouço ideotéorico em torno da humanização estarão ancorados nessas perspectivas, como será demonstrado nos capítulos 2 e 3.

CAPÍTULO II

O ARCABOUÇO IDEOTEÓRICO DA HUMANIZAÇÃO: FUNDAMENTOS E DEBATES

Como posto anteriormente, a partir dos anos 1990, haverá um tensionamento diante do SUS, que abrirá a disputa entre o projeto de reforma sanitária e o Projeto de Saúde articulado ao mercado, ou seja, de modernização do modelo médico assistencial privatista (BRAVO, 2007). Impacta esse confronto a inserção da mercantilização da saúde como central na reforma sanitária do Banco Mundial (CORREIA, 2008) e que, no Brasil, expressa-se no ataque às regulamentações da política de saúde, ao direito à saúde e à implementação do SUS.

Esse contexto, que tem como fundamento a crise do capital, do *Welfare State* e do socialismo real, terá impactos na produção de conhecimentos e no surgimento de diferentes abordagens para o trato da saúde no Brasil.

Bravo e Menezes (2011), ao analisarem as mudanças do referencial teórico que foi hegemônico nos anos 1980, destacam a abertura das entidades científicas da área da saúde a outros referenciais e à crítica ao marxismo. Assim, apontam que o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes) passa a reconhecer o marxismo como uma das múltiplas teorias críticas que possibilitam uma posição política comprometida com a mudança social; contudo, o Cebes tem como argumento que a “crise do marxismo” é algo dado em escala mundial e reconhece como legítimas as correntes de pensamento que salientam a autonomia da ação dos sujeitos, a ética e a intersubjetividade comunicativa a partir de autores como Heller, Arendt, Habermas, Bourdieu, Taylor, Giddens, Rorty etc. Para as autoras, essa posição que clama pela defesa do pluralismo, ao ter a teoria social crítica como hegemônica, fica suscetível ao ecletismo.

Canesqui (1997) destaca que as vertentes identificadas no debate da saúde são: a que se opõe criticamente ao naturalismo do saber médico hegemônico e aborda a multicausalidade do processo saúde-doença; a que procurou apresentar uma “teoria social da saúde” — por meio de uma lógica de segmentação e especialização da área da saúde, no âmbito das Ciências Sociais, perdendo a dimensão de totalidade; e outra

vertente que reconhece a multidisciplinaridade da Saúde Coletiva, a diversidade dos seus objetos e discursos e coloca como seus problemas centrais as relações entre natureza e cultura e a crítica ao universalismo naturalista do saber médico. As temáticas que se desdobram são as relações entre o sujeito e o corpo, as coisas, instituições e práticas sociais, mediadas pela linguagem e códigos culturais (CANESQUI, 1997).

Bravo e Menezes (2011) identificam como novas temáticas que passam a compor as produções da Saúde Coletiva: o cotidiano sem referência à perspectiva de totalidade social, a categoria luta de classes e historicidade; promoção da saúde, cuidado e autocuidado, humanização, estilo de vida; responsabilização do indivíduo pela sua saúde e estímulo aos sujeitos a procurarem alternativas fora do sistema de saúde e do Estado. O conceito de determinação social da saúde e da doença também é reduzido a fatores sociais que promovem a saúde ou causam doenças, havendo uma retomada do pressuposto positivista da epidemiologia tradicional.

Esse direcionamento influi diretamente na direção social da reforma sanitária, que passa a ser orientada pela social-democracia, não tendo como preocupação a superação do capitalismo, trazendo um redirecionamento aos principais elementos do projeto de reforma sanitária.

Os novos influxos teóricos para análise da área da saúde, inspirados no pensamento pós-moderno, servirão de subsídio para a construção dos principais referenciais do debate da humanização e da PNH.

Sendo assim, é necessário, para compreendê-los, reconstruir o aparato teórico elaborado pelo movimento sanitário dos anos 1970, principalmente no que tange à sua vinculação ao marxismo, para, posteriormente, apresentar as transformações no âmbito do conhecimento ocorridas na área da saúde, a partir dos anos 1990 no Brasil, que darão sustentação à Política Nacional de Humanização, proposta em 2003.

2.1 As bases teóricas do projeto de reforma sanitária

O movimento sanitário que ocorre no Brasil, a partir dos anos 1970, contará com a atuação de novos sujeitos na discussão das condições de vida da população brasileira e na elaboração de propostas para o setor de saúde, que passou a ser tratado, na cena política, como um elemento pertinente à construção da democracia. O movimento sanitário tinha como propostas: universalização do acesso; saúde como

direito social e dever do Estado; reestruturação do setor por meio de um sistema unificado de saúde; descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal; financiamento e democratização do poder local, por meio de novos mecanismos de gestão —os Conselhos de Saúde (BRAVO, 2007).

No âmbito da produção teórica, será o campo da Saúde Coletiva que impulsionará uma nova perspectiva sobre a saúde, principalmente via articulação entre Ciências Sociais e Saúde.

A Saúde Coletiva será um campo marcado por tensões epistemológicas e sua constituição é resultante da reunião de um conjunto de correntes de pensamento e de práticas vinculados ao campo médico-sanitário, à medicina social, saúde comunitária e outras vertentes vinculadas à medicina previdenciária e aos programas de extensão de cobertura dos serviços de saúde (CANESQUI, 1997).

O que marca as denominações Saúde Coletiva e medicina social é a filiação ao pensamento social da saúde às primeiras manifestações políticas do proletariado moderno, em 1848. Dessa forma, a Saúde Coletiva se vincula ao projeto da modernidade a partir de uma perspectiva radical, que nos anos 1969/1970 consolida esforços científicos para compreender os problemas de saúde da América Latina e do Brasil (STOTZ, 1997). Desse modo, a reforma sanitária brasileira tem suas raízes no projeto da modernidade e no movimento da medicina social, ocorrido no século XIX.

É nesse século que ocorreram as primeiras investigações epidemiológicas, tratando de temas como surtos epidêmicos, doenças ocupacionais e mortalidade infantil. Destacam-se os estudos de Engels (2008) sobre a situação da classe trabalhadora na Inglaterra; de Snow sobre as epidemias de cólera em Londres (1990); e de Virchow (2008), que problematizou as epidemias de tifo na Silésia. Todos os autores relacionavam a situação de saúde às condições de vida, ressaltando o risco de adoecer e morrer nas camadas mais pobres (NUNES, 2006b).

Os princípios básicos do discurso sanitarista foram decorrentes das Revoluções de 1848, da Revolução Francesa e da denúncia das precárias condições de vida e trabalho da classe operária, levando ao debate da saúde algumas questões centrais: a saúde das pessoas deve ser de interesse societário e a sociedade tem a obrigação de proteger e assegurar a saúde de seus membros; as condições socioeconômicas têm impacto sobre saúde e doença e, por isso, devem ser estudadas cientificamente; e as medidas a serem tomadas para a proteção da saúde devem ser tanto médicas quanto sociais (ROSEN, 1983).

O movimento sanitário brasileiro, construído na década de 1970, traz elementos de continuidade e ruptura com o ideário da reforma sanitária do século XIX. Para Masson (2007), a continuidade é vista na sua natureza moderna e no fato de invocar as lutas dos democratas radicais europeus, durante o século XIX. O elemento de ruptura, por sua vez, pode ser localizado no fato de a reforma sanitária do século XX ser decorrente de uma luta emancipadora e racional, forjada no capitalismo monopolista em sua fase imperialista e posterior à Revolução Russa de 1917.

Nunes (2006a; 2006b), em sua análise sobre a história da Saúde Coletiva no Brasil, apresenta como trabalhos de destaque no âmbito da teoria marxista a produção de Donnangelo (1975) e Donnangelo e Pereira (1976), assim como a produção de Sérgio Arouca, Braga e Paula (1971), tratando a saúde enquanto questão social sob o contexto da economia exportadora capitalista; de Mendes Gonçalves (1979), discutindo o trabalho médico na perspectiva do materialismo histórico; e de Madel Luz (1979), estudando as instituições de saúde na sua relação entre macropoder e micropoder. Na perspectiva funcionalista, existe a pesquisa de Célia Santos (1973), e, com base na história arqueológica de Foucault, o estudo de Roberto Machado (1978).

A década de 1970 é fundamental para o desenvolvimento da discussão da reforma sanitária na América Latina e no Brasil. Em contraposição à sociologia médica americana, será difundida uma corrente de pensamento na América Latina, que tem como expoente Juan César Garcia. Este denunciou que a sociologia americana, via organismos internacionais, direcionava a ação médica e de saúde pública a partir de modelos de prevenção e educação como verdades absolutas, normas e comportamentos impostos à revelia das culturas locais (NUNES, 1992; 1999).

Na mesma época, a reforma sanitária é desencadeada na Itália e suas propostas servem de base para os movimentos no Brasil, principalmente por meio de Berlinguer. Na Itália, essa reforma ocorreu em um momento de conscientização do movimento operário sobre a relação entre as exigências da saúde, a organização produtiva, as reformas legislativas e as mudanças no poder, a partir de uma compreensão de que a política sanitária e assistencial pode ser um estímulo para a melhoria do ambiente de trabalho (e fora dele), para participação na vida democrática e transformação das instituições (BERLINGUER, 1988).

As ideias de Gramsci serão difundidas principalmente a partir de Berlinguer, enfatizando a relação entre medicina e política, o entendimento da saúde enquanto processo social e a necessidade da conformação de uma consciência sanitária.

Partindo do entendimento de que o desenvolvimento capitalista colocou em movimento processos incontrolláveis do equilíbrio homem/ambiente, gerando doenças modernas como tumores, doenças cardiovasculares, intoxicações, violências e acidentes, são colocados como pauta para a reforma sanitária os seguintes fenômenos: a deterioração ambiental e o agravamento do quadro epidemiológico; as distorções da assistência sanitária, como conteúdo científico e como relação humana política; e o desequilíbrio crescente entre os custos econômicos que a coletividade enfrenta e os benefícios de saúde que os indivíduos recebem.

A saúde enquanto mercadoria é também problematizada por Berlinguer (1988), ao destacar que a sociedade capitalista cria doenças e as distribui desigualmente, e ainda permite que sejam tratadas na proporção direta das riquezas materiais e inversa às necessidades de saúde. É necessário destruir essas ideias pelo conceito de que “a saúde não se compra como um produto, mas pode ser criada mudando hábitos, tecnologias, alienações, incongruências sociais e ambientais” (BERLINGUER, 1988, p.22).

É a partir desse arcabouço teórico que foi disseminada uma produção intelectual pautada no materialismo histórico, contrapondo-se ao funcionalismo americano. O marco para essa adoção na América Latina foi a reunião realizada em 1972, em Cuenca, no Equador — momento em que se estabeleceu um “acordo político-intelectual” em torno de um novo campo teórico de análise e reflexão sobre a questão sanitária, tendo como norte as relações com a estrutura política e econômica. A corrente hegemônica, que passa a dar o tom das investigações em saúde, é o marxismo, sob a denominação de “Materialismo Histórico Estrutural” (NUNES, 1999; BURLANDY; BODSTEIN, 1998).

Tal vertente teve influência direta do pensador Louis Althusser. De acordo com Coutinho (2010), Althusser e sua escola têm como pretensão apresentar uma leitura “correta” de Marx. Porém, em suas análises, Althusser distingue radicalmente os dois momentos do método marxista: o materialismo histórico e o materialismo dialético, perdendo a dimensão de totalidade do método de Marx.

A radical distinção praticada por Althusser [...] inverte a ordem hierárquica entre a ontologia (análise do ser) e a epistemologia (a análise do

conhecimento). Já nessa inversão revela-se um traço idealista, uma posição antimaterialista. Althusser, desse modo, orienta-se paradoxalmente num sentido [...]: no sentido de esvaziar o marxismo de sua dimensão ontológica. Para ele, o materialismo dialético reduz-se à pura teoria do conhecimento, à epistemologia. [...] [E] a conversão da filosofia em uma “prática” ou em uma “atividade” tem o mesmo objetivo: afastar do terreno da razão as afirmações acerca da realidade, ou seja, negar o caráter ontológico da investigação filosófica (COUTINHO, 2010, p.191-193).

No Brasil, essa proposta será disseminada pelo campo denominado de Saúde Coletiva (nos demais países, denominado de Medicina Social), por meio da consolidação de uma rede de instituições de pesquisa e ensino que fundamenta as investigações e confere identidade teórico/temática à sua produção (BURLANDY; BODSTEIN, 1998). A Saúde Coletiva se constituiu enquanto uma crítica ao universalismo naturalista patológico, que teve desdobramentos no plano político ideológico (BIRMAN, 1991).

O campo da Saúde Coletiva dissipará o pensamento social em saúde no Brasil por meio da criação do Cebes, em 1976, e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), em 1979. É nessa década também que são criados os primeiros cursos de pós-graduação *scripto sensu* em Saúde Coletiva. O Cebes foi quem deu a direção política desse processo, tendo destaque a sua articulação com os movimentos sociais e o veículo de propagação de suas ideias: a revista *Saúde em Debate*, que trazia em suas edições um conteúdo político sobre o movimento de reforma sanitária.

O avanço da Saúde Coletiva é demarcado pelos aspectos relacionados à dinâmica social brasileira dos anos 1970 — momento de efervescência política e crise econômica, não só no Brasil, mas também em toda a América Latina. Em nosso continente, ocorreram golpes de Estado e ditaduras em nome da defesa da sociedade, diante das ameaças do socialismo e em função da manutenção da dependência econômica ao capitalismo monopolista de base imperialista, sob a hegemonia dos Estados Unidos.

As ditaduras instauradas tinham por objetivo: (1) neutralizar as forças sociopolíticas que eram capazes de se contrapor ao modelo de internacionalização do capital, (2) adequar os padrões de desenvolvimento dos países latino-americanos ao novo cenário econômico e (3) impulsionar as correntes políticas contrárias ao socialismo, visando suprimir o espaço de intervenção dos atores revolucionários (NETTO, 2001).

A partir da década de 1970, tem-se um período de associação entre capital internacional, nacional e estatal, que fomentou a industrialização e urbanização do Brasil. É um momento também de crise do capitalismo, que gerou a necessidade de se repensar as políticas sociais, de forma a se tornarem mais universais, bem como se buscou a legitimação política perante a sociedade e a reordenação do Estado.

É nesse contexto que é forjado o movimento de reforma sanitária. Cohn (1989) destaca que, apesar de o movimento não ser homogêneo e consensual, manteve-se articulado em torno da luta contra o governo autoritário e da defesa da proposta da reforma sanitária brasileira. Em sua origem, teve larga influência do Partido Comunista Brasileiro (PCB), mas se tornou rapidamente um movimento suprapartidário, aglutinando diferentes partidos, setores e pessoas (embora sob a hegemonia do PCB) (AROUCA, 1992).

No entanto, duas posições no movimento sanitário são identificadas: a social-democrata, com suas tendências institucionais, e a socialista, com uma perspectiva de transformação societária. O primeiro grupo era composto de autores como Campos, Merhy e Gallo; e o segundo, por Arouca, Donnangelo e Jaime de Oliveira. O ponto comum era a defesa da ruptura do modelo assistencial hegemônico e a diferença girava em torno do entendimento sobre a democratização e a inserção no processo social mais global (COHN, 1989; GALLO; NASCIMENTO, 2006).

Para Escorel (2008), foi ao final dos anos 1960, a partir dos departamentos de medicina preventiva, criados em faculdades de medicina (a partir da Reforma Universitária de 1968), que se buscaram as bases universitárias para o movimento sanitário. De acordo com a autora, é em alguns desses departamentos situados em São Paulo que se abre o questionamento ao ideário preventivista e sua sustentação filosófica, o funcionalismo, por serem insuficientes e inadequados para modificar a realidade sanitária do país.

Esse grupo irá construir o que denominou de “teoria social da saúde”, ancorada na abordagem histórico-estrutural, materialista, marxista e que tinha como eixo de análise o caráter político da área da saúde e a determinação social do processo saúde-doença. De acordo com Escorel (2008), diferentes correntes de pensamento buscavam a conceituação do “social” em saúde. Pretendia-se construir uma produção teórica que considerasse o social como determinante das condições de saúde e apontasse o profissional de saúde como um sujeito de transformação social. O que se buscava era uma ruptura com o modelo técnico-assistencial médico-hegemônico,

que seguia as diretrizes do desenvolvimento tecnológico na área e da acumulação de capital.

A publicação, em 1975, do livro *Medicina e Sociedade*, de Donnangelo, e a circulação do material que abordava *O dilema preventivista*, de Arouca, marcam a incorporação de conceitos básicos, como: a determinação social da doença, a historicidade do conceito saúde-doença, o “processo de trabalho”, poder médico e medicalização; e como conceitos estratégicos: a prática política e a consciência sanitária, com vistas à transformação social.

A grande questão posta é o trato político da saúde e doença e a incorporação de que a organização e os processos da sociedade capitalista têm impactos decisivos na saúde da população. O marxismo é resgatado como “crítico da cultura moderna burguesa”, e, ancorada nas proposições de Gramsci, uma das estratégias, apesar de não consensual, foi a ocupação de espaços institucionais por entendê-los como locais onde os pensamentos diferenciados podem se confrontar e, por isso, são palco de luta e de disputa entre interesses diferentes (COHN, 1989).

Teixeira (2006b) demarca que a reforma sanitária se brasileira inscreve no processo de construção democrática, uma vez que propõe o deslocamento efetivo de poder, formulando propostas contra-hegemônicas e se articulando com outras forças sociais comprometidas com a transformação, a partir de um projeto globalizante, atravessado pela luta de classes. É marcada, também, pela construção de um acervo de conhecimentos necessários à explicação dos fenômenos saúde-doença, à transformação do perfil epidemiológico e à organização social da prática médica.

A introdução da concepção histórico-estrutural na saúde inaugura um novo paradigma de conhecimento da relação entre medicina e sociedade e do papel do Estado nesse processo, tendo por base o caráter de classe das sociedades modernas. Há a desvinculação de uma perspectiva meramente biológica e a saúde passa a ser vista como uma questão de política pública, vinculada a fatores econômicos, políticos, culturais e ideológicos, bem como às condições de vida e trabalho dos sujeitos.

O desenvolvimento da consciência sanitária é posto como central. A consciência do cidadão é analisada a partir da estrutura de classes e pela observância de que o processo saúde-doença é coletivo em individualidades isoladas, isto é, há um corpo biológico e um corpo socialmente investido, que é o corpo produtivo.

Donnangelo (1975) aponta que as práticas de saúde obedecem a uma lógica determinada pelos interesses do capital, voltada para a reprodução da força de

trabalho, uma vez que o corpo do trabalhador é insumo para a produção de mercadorias e serviços. Assim,

[...] cuidar deste valoroso ente, o corpo dos trabalhadores, é uma das funções precípuas dadas ao serviço de saúde, para manutenção do sistema produtivo [...]. A força de trabalho expressa através do corpo sadio é recurso fundamental à produção e à acumulação de capital. Recebe determinada atenção do sistema de saúde, com objetivos vinculados à necessidade de reprodução da força de trabalho frente ao processo de produção econômica (DONNANGELO, 1975, p.25-26).

O conceito de reforma sanitária teria, segundo Dâmaso (2006), um sentido forte por tratar, conceber e fazer saúde por meio de um fundamento revolucionário da transformação setorial, que prevê ressonâncias estruturais sobre o conjunto social, além de que “essa decisão – teórica e estratégica – aproxima cada vez mais a democratização da saúde de sua concepção socialista” (DÂMASO, 2006, p.73). É no marxismo, e de modo essencial em Gramsci, que se buscará a fundamentação intelectual de mudanças simultaneamente reformadoras e revolucionárias.

Esse processo passa pela ampliação da consciência sanitária, do desenvolvimento de uma nova ética profissional, pela construção de alianças políticas na luta pelo direito à saúde, pela criação de instrumentos de gestão democrática e controle social sobre o sistema de saúde e também pela construção de um paradigma analítico, oriundo do campo disciplinar denominado medicina social ou Saúde Coletiva (TEIXEIRA, 2006b).

A busca de compreensão da saúde enquanto totalidade concreta foi sistematizada por Arouca em 1982 e passou a ser analisada pelo movimento sanitário:

- I. Um campo de necessidades geradas pelo fenômeno saúde, enfermidade;
- II. A produção dos serviços de saúde com sua base técnico-material, seus agentes e instituições organizados para satisfazer necessidades;
- III. Ser um espaço específico de circulação de mercadoria e de sua produção (empresas, equipamentos e medicamentos);
- IV. Ser um espaço de densidade ideológica;
- V. Ser um espaço da hegemonia de classe, através das políticas sociais que tem a ver com a produção social;

- VI.** Possuir uma potência tecnológica específica que permite solucionar problemas tanto a nível individual como coletivo (TEIXEIRA, 2006a, p.30-31).

Teixeira (2006b) sinaliza que, nos debates da reforma sanitária, é possível localizar a relação entre estrutura de classes e as políticas e práticas em saúde em três níveis: econômico, por meio das diferentes necessidades de reprodução ampliada do capital que incidem e/ou se realizam no setor da saúde; político, ao analisar as políticas de saúde como parte do processo de legitimação do poder de Estado e, conseqüentemente, da manutenção do domínio de classe; e ideológico, ao desvendar as articulações entre a produção científica, as práticas sociais e o conjunto de valores que organiza o universo cultural e moral dos profissionais de saúde, com a inserção desses agentes na estrutura social.

Em relação ao Estado, a sua incorporação enquanto categoria de análise contribuiu para se pensar a sua intervenção por meio das políticas de saúde. Para tanto, é realizada a crítica ao Estado ditatorial e à necessidade de se construir novas relações entre Estado e sociedade, sob bases democráticas.

A categoria “medicina estatal” foi utilizada para apreender as modificações do aparelho do Estado como resposta às alterações da medicina no processo de acumulação e da prática médica como ação estatal. Essa análise vem acompanhada de precauções metodológicas que consistem em entender que as políticas sociais são balizadas por fatores políticos e pelas formações sociais, não possuindo uma explicação única, bem como as políticas sociais podem servir tanto ao capital quanto ao trabalho (COHN, 1989).

Em relação a Gramsci, os elementos que serão bastante utilizados pelo movimento sanitário passam pelas análises sobre a sociedade civil e o caráter processual e molecular da transição revolucionária, bem como a necessidade de expansão de hegemonia das classes subalternas a partir da conquista de posições. O movimento sanitário delineará sua estratégia direcionando as ações políticas dos militantes do movimento.

É em decorrência dessa análise que se adota o conceito de determinação social do processo saúde/doença, a partir da noção de determinações contraditórias e simultâneas de necessidades, tanto do capital como do trabalho. Essa preocupação é reforçada pelo quadro social que o Brasil e a América Latina viviam nos anos 1980.

A situação econômica era marcada por um intenso quadro de miséria e fome, com grande concentração de renda, aumento da dívida externa, arrocho salarial, dependência e subordinação à economia norte-americana e, sobretudo, por uma recessão mundial e uma inflação galopante.

Laurell (1993), em texto que realiza a defesa da saúde como processo social, destaca que a doença tem caráter histórico e social e, por isso, é preciso compreender o processo saúde/doença a partir de suas causalidades e determinações. Tal concepção se difere da apregoada pela sociedade capitalista, segundo a qual o conceito saúde-doença está centrado na biologia individual.

Assim, o caráter social do processo saúde-doença encontra seu cerne na relação entre sua forma empírica, encontrada na coletividade, no conflito capital/trabalho, e seus rebatimentos no processo saúde-doença do indivíduo. O processo saúde/doença coletivo enfatiza a compreensão do problema da causalidade, da determinação, uma vez que é insustentável explicar a doença como efeito da atuação de apenas um agente, como pretende o modelo monocausal, ou a partir da multicausalidade — que parte da suposição de que é impossível se chegar à essência das coisas.

Nesse sentido, o processo de saúde-doença da coletividade é

[...] o modo específico pelo qual ocorre no grupo o processo biológico de desgaste e reprodução, destacando como momentos particulares a presença de um funcionamento biológico diferente com consequência para o desenvolvimento regular de atividades cotidianas, isto é, o surgimento da doença. Definido desta maneira, o processo saúde-doença manifesta-se empiricamente de diversas maneiras. Por um lado, expressa-se em indicadores, tais como a expectativa de vida, as condições nutricionais e a constituição somática e, por outro, nos modos específicos de adoecer e morrer, isto é, no perfil patológico do grupo, dado pela morbidade ou mortalidade (LAURELL, 1993, p.152).

Laurell (1993, p.157) propõe que, em termos gerais, o processo saúde-doença

[...] é determinado pelo modo como o homem se apropria da natureza em um dado momento, apropriação que se realiza por meio de processo de trabalho baseado em determinado desenvolvimento das forças produtivas e relações sociais de produção.

Por isso, o materialismo histórico e as categorias “processo de trabalho” e “classe social” são fundamentais para desenvolver esse entendimento e qualificar a compreensão da essência do processo saúde-doença e sua determinação.

Importante ressaltar que esse conceito será questionado a partir das transformações societárias dos anos 1990, sendo reduzido a determinantes sociais da saúde, vinculados a *fatores* que interferem no processo saúde-doença.¹²

Os determinantes sociais de saúde são “os *fatores* sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de *problemas* de saúde e seus fatores de risco na população” (BUSS; PELEGRINI FILHO, 2007, p.78, grifos nossos). Essa conceituação se distancia da reflexão sobre as desigualdades sociais estruturais, inerentes à sociedade capitalista, e o reflexo destas no campo da saúde.

As mudanças nas práticas de saúde também são enfatizadas principalmente a partir de Berlinguer (1988; 1996), que aponta que atividades sanitárias devem promover em toda parte a educação sanitária, alimentação, fornecimento de água, saneamento ambiental, tutela maternal e infantil, planejamento familiar, vacinações, luta contra endemias locais, tratamento de doenças correntes, distribuição de remédios etc. Trabalhar em grupo, corresponder às necessidades de saúde da coletividade, concentrar as energias onde vivem as pessoas, envolver a população e verificar o rendimento sanitário dos serviços são tarefas postas como essenciais para mudanças na assistência sanitária.

Na prática, o ponto de partida deve ser a apropriação do conhecimento epidemiológico pelas massas, o salto da consciência para compreender que as doenças individuais fazem parte de uma coletividade.

A organização sanitária, se vitalizada pela democracia e tornada eficiente pela competência, pode patentear os múltiplos nexos de causalidade de tipo biológico, psicológicos e ambiental que estão na origem das doenças e, portanto, consignar à dinâmica das lutas sociais, da produção e reprodução da vida material e da administração pública, os conhecimentos que hoje são insuficientes aprofundados ou insuficientemente socializados, porque sepultos na relação entre médico e doente. Esse poder sobre a doença, essa capacidade de partir das exigências de saúde para mudar tudo que se lhe oponha é o verdadeiro jogo da reforma sanitária e é a verdadeira razão que aconselhou a fazer coincidirem os poderes organizadores do novo Serviço com as articulações do Estado constitucional (BERLINGUER, 1988, p.51).

¹² Em 2005, a OMS criou a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde e, em 13 de março de 2006, por meio de Decreto Presidencial, foi criada no Brasil a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS).

Sintetizando, Fleury (2009b) indica que a estratégia expansionista da hegemonia do projeto de reforma sanitária é dada por meio da busca pela consolidação de:

- a) reconhecimento político e institucional do movimento sanitário como sujeito e dirigente do processo reformador;
- b) ampliação da consciência sanitária de forma a possibilitar o consenso ativo dos cidadãos (usuários e profissionais) em relação ao processo transformador do setor, bem como a natureza social das determinações que incidem sobre o processo saúde/doença e sobre a organização do cuidado médico;
- c) o resgate da saúde como um bem de caráter público, embora contraditoriamente limitado pelos interesses gerados pela acumulação de capital;
- d) definição de uma norma legal e do aparato institucional que visem à garantia da universalização e equidade.

Imbuídas desse conteúdo, as ações em saúde devem ser direcionadas pelos seguintes princípios: ético-normativo, que insere a saúde como parte dos direitos humanos; científico, que compreende a determinação social do processo saúde-doença; político, que assume a saúde como direito universal inerente à cidadania em uma sociedade democrática; e sanitário, que entende a proteção à saúde de forma integral, passando pela promoção, cura e reabilitação (FLEURY, 2009b).

A reforma sanitária não pode ser entendida como pura mudança de serviços e de poderes, mas como um amplo movimento cultural, social, sindical e político, do qual deve participar ampla parcela da população. Para que a saúde se sobreponha à doença, é preciso mudar profundamente o comportamento cotidiano, os modelos de vida, a produção e o consumo, as formas de participação na atividade comunitária, a direção política do governo e das administrações locais (BERLINGUER, 1988).

A reforma sanitária não é apenas constituída de normas processuais, de decretos, de mudanças institucionais. Deve ser um processo de participação popular na promoção da saúde, que envolva milhões de cidadãos; deve impor mudanças sociais, ambientais e comportamentais que tornem a existência mais saudável; deve mobilizar dezenas de milhares de conselheiros de regiões, de província, de municípios, de circunscrições, de quadros dos movimentos sindicais, femininos, cooperativos, juvenis e milhares de assessores e de prefeitos; deve transformar as atividades de médicos, técnicos e enfermeiros (BERLINGUER, 1988, p.3).

Assim, a reforma sanitária brasileira, além de um projeto político-social, é também a trajetória de constituição e reformulação de um campo de saber, uma estratégia política e um processo de transformação institucional, que contribuiu para a garantia constitucional do direito universal à saúde e da construção institucional do Sistema Único de Saúde (FLEURY, 2009b).

Essas proposições foram hegemônicas até os anos 1970/1980, porém as modificações do cenário político, social, cultural e econômico, que se desencadearão no Brasil e no mundo a partir dos anos 1990, trarão sérios debates e embates para a proposta de reforma sanitária vinculada no marxismo e no projeto societário socialista.

O projeto de reforma sanitária construído será tensionado no contexto da crise instaurada no projeto autocrático burguês, aliada à ofensiva generalizada do imperialismo aos países de capitalismo periférico, o que configurou um cenário social marcado por uma série de embates, como já exposto.

A constituição desses processos não ocorreu sem tensões. As diferenças de proposições dentro do próprio campo do movimento sanitário logo começaram a surgir e podem ser visualizadas nas publicações dos artigos “O Partido dos Trabalhadores e a saúde na Constituinte” (JORGE, 1998) e “A reforma sanitária na perspectiva do socialismo – a proposta política do PCB” (PCB, 1988).

O primeiro texto realiza uma análise que critica a ordem capitalista e trata a reforma sanitária a partir dos limites dessa sociedade. Defende que a situação de saúde do Brasil nos anos 1980 não corresponde ao estágio do desenvolvimento capitalista vigente, pois não foram resolvidos os problemas das formas mais atrasadas de acumulação de capital, exploração do trabalho e ocupação do solo. O principal objetivo disposto é a implantação de um novo sistema de saúde e a participação popular é enfocada como mecanismo de direção pautado nos interesses dos trabalhadores.

Progressivamente, um sistema unificado de saúde deveria ser implementado, pautado nas condições locais e organizado em módulos de saúde, visando à ampliação e melhoria do atendimento da rede pública.

Por outro lado, o segundo texto, elaborado pelo PCB, partia do entendimento de que não se poderia reduzir a reforma sanitária às formulações institucionais para enquadrá-la em uma sociedade democrática e moderna. As formulações desse grupo se vinculam ao projeto de sociedade socialista, e a reforma sanitária é referida como

Um conjunto de transformações que devem ser realizadas em nossa sociedade, para que os brasileiros venham a ter mais saúde. Abrange mudanças que vão desde a reforma agrária de fato, até as apontadas como necessárias à construção de um Estado democrático passando por outras relativas à reforma urbana, a uma distribuição mais justa da renda nacional, ao rompimento com a dependência externa, ao controle social dos meios de comunicação de massas, à garantia pelo Estado de ensino gratuito em todos os níveis, ao controle de qualidade do ambiente etc., inclusive ao acesso universal e sem discriminação de todos os brasileiros de assistência à saúde (PCB, 1988, p.76).

Dessa forma, a reorganização do sistema de saúde seria apenas um dos componentes do processo de reforma sanitária e não deveria se esgotar nele. Nesse sentido, o PCB coloca como tarefa a defesa dos princípios da VIII Conferência Nacional de Saúde, impedindo a descaracterização, tanto por propostas institucionais como por reivindicações específicas, da proposta de reforma sanitária vinculada aos interesses e necessidades da população.

As concepções diferentes em torno da reforma sanitária podem ser verificadas também em “*A reforma sanitária necessária*”, publicado por Campos (1988). Nesse, o autor realiza um debate com o artigo “Por uma teoria da Reforma Sanitária”, de Jaime de Oliveira (1988).

Oliveira (1988) indica a existência de um movimento inovador no âmbito da prática política no campo da saúde e do movimento sanitário, centrado na luta pela democratização do Estado e na formulação de um projeto contra-hegemônico, direcionado à ampliação da consciência sanitária e do direito à saúde, que visava à reconstrução da sociedade em novas bases (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Entendendo que persiste na saúde uma tensão entre as tendências racionalizadoras do modelo assistencial dominante e resistências empresariais privadas e intraburocráticas, Oliveira (1988) indica ainda o trato do movimento de reforma sanitária a partir das categorias marxistas e gramscianas de “transição”, “guerra de posição”, “guerra de movimento”, “hegemonia”, “Estado ampliado” e “democracia progressiva”, apontando para a análise da ordenação política dominante e a transição ao socialismo por meio da destruição do Estado.

Em contraposição, Campos (1988) afirma que os problemas políticos passam por uma “série de dificuldades relacionadas aos próprios limites teóricos e da prática do ‘partido sanitário’” — leia-se PCB (CAMPOS, 1988, p.181). Esses limites são evidenciados na escolha dos instrumentos para viabilizar as transformações, uma vez

que se opta por uma tentativa de impor reformas por intermédio do poder estatal, sendo estratégica a ocupação de espaços no Estado.

Assim, eram nítidas as concepções distintas em relação à reforma sanitária brasileira: um *projeto contra-hegemônico*, que tinha como intencionalidade provocar uma mudança no enfrentamento da questão da saúde na sociedade, e uma proposta de *reforma setorial* do sistema de saúde, via reforma administrativa. Essa dupla dimensão, societária e setorial, marca o debate em torno do projeto de reforma sanitária (PAIM, 2007).

Embutidos nessa perspectiva, a partir da década de 1970/1980, com a abertura política, a transição democrática, a vitória das forças democráticas nas eleições e a entrada nos governos de representantes do movimento sanitário, são propostos vários modelos técnico-assistenciais e de gestão para a saúde, dentre os quais se destacam:¹³

- a) a Ação Programática em Saúde, elaborada por professores do departamento de Medicina Preventiva da USP, nos anos de 1970, que teve como características a organização do processo de trabalho por meio de atividades orientadas pela demanda espontânea, a hierarquização de atividades e a articulação entre equipes multiprofissionais, entre outras;
- b) os Sistemas Locais de Saúde (Silos), proposta que foi difundida pela Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) e pela OMS, na metade dos anos de 1980, e operacionalizada nos estados do Ceará e da Bahia, tendo como formulações-chave o território e o problema;
- c) o Modelo em Defesa da Vida, originado em Campinas (SP) ao final dos anos de 1980, que tinha como proposta a gestão democrática, a saúde como direito de cidadania e o serviço público de saúde voltado para a defesa da vida individual e coletiva.

Silva Junior e Alves (2007) salientam que essas propostas possuem certo consenso entre as indicações apresentadas para a reformulação dos serviços de saúde, no que se refere principalmente à noção de território como um território-processo, isto é, lugar onde a sociedade se estrutura, reproduz a vida, organiza a cultura e vive sua história; à percepção das desigualdades regionais e microrregionais

¹³ Como exemplos, têm-se Jainirson Paim, médico, professor da UFBA, que foi assessor do secretário estadual de saúde da Bahia, no período de 1987 a 1990, e Prof. Gastão Wagner Campos, médico, que foi secretário municipal de saúde de Campinas, de 1989 a 1991 (SILVA-JUNIOR, 1998).

e ao estabelecimento de estratégias de redistribuição de recursos com vistas à equidade; à ampliação da percepção dos trabalhadores sobre os usuários; à articulação do setor de saúde com outros setores; e à gestão descentralizada e democratizada.

Com a institucionalização da saúde, surge um debate em torno da “dialética do possível”. De acordo com Teixeira (1987), esse conceito foi utilizado por Saraiva Felipe como sendo a forma de diminuir a “distância entre a intenção e o gesto” (SARAIVA FELIPE, 1987, p.502).¹⁴ Cabe observar que nesse período já se assinalava uma perspectiva possibilista, ou seja, como não há possibilidades de mudanças, deve haver uma adequação à realidade instaurada. “O corolário do possibilismo conservador, filho predileto do pensamento único, é que nada pode mudar, nem mesmo em um país com as condições excepcionais do Brasil” (BORÓN, 2004, p.1).

Dialogando com o autor, Teixeira (1987, p.100) propõe que, com a institucionalização, parece “natural” atuar conforme a “dialética do possível” no projeto de transformação setorial. No entanto, ressalva que o projeto de reforma sanitária se funda “na concepção das classes como sujeito, não de um direito, mas de um processo de transformação da natureza do Estado capitalista enquanto pacto de dominação” (TEIXEIRA, 1987, p.101).

Porém, nesse novo cenário de correlação de forças, é dada ênfase à dimensão institucional da reforma sanitária, tendo como estratégia a ocupação do aparelho do Estado — o que culminou no afastamento dos movimentos sociais. Paim (2007) relata que, nesse período, a reforma sanitária começa a se tornar ausente no discurso das entidades e movimentos sociais. A Abrasco, por exemplo, não mencionou a reforma sanitária nas suas publicações de 1989-1991, e o movimento sindical passou a se preocupar com a assistência à saúde apenas para seus sindicalizados.

Ao tempo que os movimentos sociais recuavam, ganhavam destaque como protagonistas do processo político da saúde o movimento municipalista e os gestores, principalmente via Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Dessa forma, houve uma secundarização dos demais componentes do projeto de reforma sanitária, a desarticulação dos movimentos sociais em torno da luta pela saúde e a ênfase nas reformas setoriais para a área (PAIM, 2007).

¹⁴ Saraiva Felipe foi ministro da Saúde do governo Lula nos anos de 2005-2006.

Para além das divergências, em decorrência das lutas do movimento sanitário, os ideais da reforma sanitária foram assimilados na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde (LOS), de 1990, tornando a saúde um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado garanti-la por meio de políticas econômicas e sociais, que reduzam os riscos de doenças e agravos, além de garantir acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, provendo as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

A saúde passou a ter como fatores determinantes e condicionantes a alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços sociais, formando o que foi identificado como conceito ampliado de saúde.

A partir dessa exposição, é possível observar que o marco teórico construído pelo projeto de reforma sanitária dos anos 1970 parte de um campo político e de análise da política de saúde que compreende a integralidade do indivíduo e analisa este enquanto sujeito social, inserido em um contexto que determina o processo saúde-doença.

Nessa perspectiva, tal marco defende a responsabilidade estatal no provimento de políticas sociais, criticando a redução da saúde, pelo sistema capitalista, a mero objeto de lucro, tratado por critérios de mercado. Defende, portanto, o modelo socialista, em vista de sua potencialidade de equacionar desigualdades, por meio de políticas sociais mais equânimes. Propõe, por fim, a construção de um quadro conceitual-metodológico fortemente influenciado pelo materialismo histórico do marxismo (BURLANDY; BODSTEIN, 1998).

As políticas de saúde são compreendidas, assim, na especificidade da sociedade capitalista, tendo como referência o Estado enquanto agente privilegiado na promoção dessas políticas, bem como instrumento de controle político e econômico.

É ainda posta em questão a tarefa reguladora que a medicina assume frente à vida privada, principalmente nas classes subalternizadas, assim como fato de as particularidades das políticas de saúde se voltarem prioritariamente para os trabalhadores, com o objetivo de discipliná-los e adaptá-los às relações socioeconômicas vigentes. Ao mesmo tempo, é apreendida a contradição dessa política que proporciona condições mínimas de reprodução da força de trabalho.

Reforçamos que as instituições médicas desempenham um papel importante para o sistema econômico, ao possibilitar a reparação e reprodução do trabalhador, bem como o controle e/ou prevenção de doenças que têm impactos mais significativos em sua vida.

No entanto, o processo de redemocratização e a consolidação do SUS, a nova configuração do Estado brasileiro, associada ao avanço do projeto reformista, das conquistas populares e democráticas no plano jurídico-institucional, do desempenho negativo na qualidade e no acesso aos serviços de saúde e das condições sanitárias da população, aliados à chamada crise do socialismo real e das grandes metanarrativas, irão trazer para a área da saúde novos tensionamentos teóricos que colocam em questão não só o projeto de reforma sanitária, mas também as possibilidades de transformação social, indicando ainda o esgotamento das análises de Marx.

2.2 O debate teórico na saúde a partir dos anos 1990: crítica ao marxismo e discurso pós-moderno

Como já apresentado, nos anos 1990, o SUS vivenciou problemas na implantação e operacionalização, referentes ao financiamento, gerenciamento e à falta de reformas na máquina administrativa e assistencial. Merhy (1997b) observa que são inúmeros os exemplos que mostram a baixa capacidade resolutiva das ações de saúde, as desigualdades no atendimento e o baixo impacto que as ações em saúde têm causado nos principais problemas da população, além de pouca contribuição para a melhoria da qualidade de vida e da presença de doenças erradicáveis e evitáveis (CAMPOS, 1997a).

É nesse contexto que o debate da humanização ganhará ênfase, a partir do discurso da necessidade de estabelecer novos patamares de qualidade tanto na relação entre trabalhadores e usuários quanto na gestão dos serviços de saúde. Ao passo que esse debate é posto, vê-se na área da saúde uma virada teórica, a partir da crítica ao projeto de reforma sanitária e de um discurso sobre a necessidade de se pensar a saúde e o trabalho sobre novas bases. Isto é, o tema da humanização surge ancorado nas novas perspectivas postas no âmbito da Saúde Coletiva.

São atacados os pilares do projeto de reforma sanitária, respaldado na tradição marxista, colocando em voga um referencial teórico embasado na perspectiva pós-

moderna que abandona a memória histórica e a análise crítica da sociedade burguesa como um todo e, mais especificamente, de suas determinações sobre o processo saúde/doença, constituindo o suporte teórico-ideológico da transformação do corpo e da saúde em mercadoria.

Tal processo ocorreu, principalmente, por meio da crítica aos vínculos teóricos e políticos defendidos pelo movimento de reforma sanitária; vínculos que passaram a ser considerados ultrapassados, em vista do refluxo e do esgotamento das energias utópicas revolucionárias (COHN, 1992; LACAZ, 2001). Essa crítica, portanto, buscava se justificar pelo contexto decorrente das transformações sociais, políticas e econômicas, desencadeadas a partir dos anos 1970, que configuraram, segundo Campos (1997a, p.113), um cenário com “excesso de derrotas, excesso de pragmatismo, de realismo cínico”, que esfrangalhou o antigo movimento sanitário.

Nunes (1999) aponta que o pensamento sanitário será soberano até a metade dos anos 1980, com ênfase nas análises macrossociais e estruturalistas. Posteriormente, a área começa a se abrir para a fenomenologia, o interacionismo simbólico e às teorias da ação e comunicação, passando a se referenciar pelos conceitos de campo e *habitus*, de Bourdieu; pela perspectiva da ação comunicativa de Habermas; da análise do discurso de Foucault; e pelos aspectos simbólico-culturais das práticas médicas, de acordo com Geertz.

As abordagens que passam a marcar a produção das Ciências Sociais no campo da saúde englobam três abordagens principais (NUNES, 1999). A primeira expõe a crítica ao marxismo estrutural-funcional no estudo do Estado e das políticas de saúde, indicando que essa análise foi restritiva devido ao seu alto grau de generalização e abstração. É destacada como principal questão a ser enfrentada a articulação entre as dimensões micro e macrossocial, vinculadas aos atores coletivos e às novas identidades sociais.

A segunda abordagem apresentada se refere à necessidade de tratar o conceito saúde/doença a partir dos sujeitos sociais enfermos e de sistemas de signos, significados e ações. A terceira é a crítica sobre a adoção de teorias de cunho totalizante e a utilização de referências teóricas que enfatizam a constituição das identidades, valorizam a subjetividade, o imaginário e os fenômenos da cultura, em si mesmos ou como instâncias mediadoras entre as estruturas/sistemas e a ação social. As práticas discursivas também são apontadas como recurso importante para os estudos histórico-sociais da saúde.

Essas abordagens se desdobram, especialmente, do *ethos* pós-moderno que se instaura no Brasil a partir do início dos anos 1990. É nesse contexto, também, que “muitos intelectuais ex-marxistas e/ou pós-marxistas passam a ocupar cargos governamentais e, sem dramas de consciência, são responsáveis pela aplicação do receituário neoliberal” (EVANGELISTA, 2007, p.192).

Conforme Jameson (2007), o pós-modernismo não é uma cultura nova, mas uma parte desse novo estágio do capital, uma vez que uma cultura verdadeiramente nova só poderia surgir por meio da luta coletiva por um novo sistema social. A cultura pós-moderna global é a expressão interna e superestrutural de uma nova era de dominação mundial, militar e econômica dos EUA, marcada pela tortura, guerra, sangue e terror. Dessa forma, o autor salienta que o pós-modernismo é um fenômeno histórico e se apresenta enquanto uma dominante cultural do capitalismo tardio.

A primeira obra, no campo das Ciências Humanas e Sociais, sobre o pós-moderno foi publicada em 1979, por Jean-François Lyotard, e intitulada de *A condição pós-moderna*. Lyotard foi militante de um grupo de extrema esquerda *Socialisme ou Barbarie* (1954-64) e militou, posteriormente, no grupo *Pouvoir Ouvrier*. Rompeu com o grupo quando se convenceu de que o proletariado não era mais o agente revolucionário contra o capitalismo. Participou do movimento universitário de 1968 na França (ANDERSON, 1999).

Na introdução do citado livro, o autor deixa claro que o seu estudo tem por objetivo analisar a posição do saber frente às sociedades mais desenvolvidas, posição que designa de pós-moderna, cuja base é a incredulidade relativa aos metarrelatos, principalmente os referentes ao campo marxista.

Lyotard (2011) tem como hipótese central o fato de a pós-modernidade estar vinculada à existência de uma sociedade pós-industrial, informatizada, que modificou o estatuto do saber. Segundo o autor, o saber, que anteriormente era utilizado como parte da formação que impulsionava os sujeitos a chegarem a uma condição de cidadãos participantes, passa a ser algo que existe para ser vendido e consumido. Nesse campo, o saber informacional, sob a forma de mercadoria, coloca em movimento a competição mundial pelo poder.

O saber científico é tratado como um discurso que se utiliza da linguagem e seu método é baseado nos jogos de linguagem, contemplando a exposição dos fatos e aspectos pragmáticos.

Marcam esse processo a superficialidade, a banalização, o modismo, a massificação, que são postos em voga devido à necessidade de giro rápido do capital e a busca de lucro. A perenidade vem articulada à efemeridade, já que parece que a vida, em todas as suas esferas, é instável, ao mesmo tempo que o capitalismo parece ser insuperável (TONET, 2009).

A velocidade do tempo de giro impacta, conseqüentemente, no sentido da continuidade e o passado é comprimido pelo presente. Ao mesmo tempo, incide no que Harvey (2007) considera como a necessidade de descobrir ou produzir algum tipo de verdade eterna, já que as relações são efêmeras, voláteis e desprovidas de valores sólidos. Os desdobramentos são os *revivals* religiosos, a busca pela autenticidade da política, o retorno pelo interesse em instituições como a família e a comunidade e uma crescente mercantilização das atividades e relações sociais, envolta em fetiches.

Tendo por base essas referências, o “pensamento pós-moderno” irá se desenvolver. No campo acadêmico, um elemento é fundamental: a sua base antiontológica e neo-irracionalista (ROUANET, 1998; NETTO, 2004b; RODRIGUES, 2006).

Netto (2004b, p.154) destaca que esse fenômeno recusa “a preocupação da formação de uma cultura heurística capaz de envolver mais que as expressões imediatas das conjunturas”. Evangelista (2002, p.31) afirma que, se para os pós-modernos

[...] é impossível a descoberta de um sentido no processo histórico-social, que possa ser racionalmente apreendido, instaura-se o império da incognoscibilidade com a relativização de todo conhecimento, permitindo uma multiplicidade inesgotável de interpretações, todas válidas. A realidade teria como característica essencial o seu caráter fragmentário, que impede qualquer possibilidade de síntese ou totalização, que apreenda o real. É daí, que advém o jogo da crítica ao marxismo.

É nesse contexto que se coloca a existência de uma sociedade pós-industrial, o capitalismo como fim da história e que a categoria trabalho, assim como as análises de Marx, não são mais centrais. Segundo Mészáros (2006, p.796),

Naturalmente, quando já não é mais possível ocultar as manifestações da crise, a mesma mistificação ideológica que ontem anunciava a solução final de todos os problemas sociais hoje atribui o seu reaparecimento a fatores puramente tecnológicos, despejando suas enfadonhas apologias sobre a “segunda revolução industrial”, “o colapso do trabalho”, a “revolução da informação” e os “descontentamentos culturais da sociedade pós-industrial”.

A perda da dimensão da luta de classes pode ser percebida quando Lyotard (2011) aponta que a legitimidade sociopolítica está articulada à nova atitude científica: o herói é o povo; o sinal de legitimidade, seu consenso; e a deliberação é a forma de normatização.

Dessa forma, verificamos que a crise do capital confere à realidade um caráter mais fetichizado e fragmentado, conduzindo a cientificidade a uma condição manipulatória e distante de categorias fundamentais, como luta de classes, revolução, alienação.

Na medida em que a crise avança e as esperanças de mudanças sociais passam a ser denunciadas como “grandes narrativas ilícitas, mais inclinadas ao totalitarismo do que à liberdade” (EAGLETON, 2011, p.70), o marxismo é questionado em sua raiz.

Essa crítica tem ancoragem no processo mais amplo da chamada “crise” dos modelos analíticos e explicativos das Ciências Sociais, principalmente da crítica às metanarrativas que, no campo marxista, ganha consistência em decorrência da queda do muro de Berlim (1989). A “crise do marxismo” é clamada pela defasagem de suas teses constitutivas ante a realidade social efetiva, uma vez que não culminou na revolução socialista (EVANGELISTA, 2002).

Outra justificativa para a crise teórica seriam os acontecimentos dos anos de 1960 e a constituição dos “novos movimentos sociais” que invalidou o protagonismo do movimento operário nas lutas pela transformação social.

O surgimento dos *novos movimentos sociais* levou à constituição de *novos sujeitos políticos* que, assim, implicou na criação de *novos espaços políticos*, fora do plano institucional, que ensejarão novas práticas sociais e novas representações simbólicas (EVANGELISTA, 2002, p.17).

Harvey (2007) observa que o movimento de 1968 deve ser considerado um arauto cultural e político da virada ao pós-modernismo, já que se questionaram as formas de poder institucionalizado, incorporando gestos antiautoritários, hábitos iconoclastas e a crítica à vida cotidiana.

O universalismo iluminista será confrontado, tendo em vista as experiências, culturas, valores e identidades. Dessa forma, não há sujeitos políticos universais e a política de classes é substituída pela política de identidade. Esse processo é envolto de um pessimismo político, que vê resultados apenas nas resistências particulares e

separadas, já que não se pode chegar à raiz dos problemas da sociedade e aos poderes que oprimem os homens (WOOD, 1999).

Nesse contexto, Jameson (2007) afirma que o pós-modernismo é a compensação para o fracasso político de 1968. “A derrota política e a frustração das expectativas de mudança social geraram um sentimento coletivo de desalento, de impotência e de apatia políticas” (EVANGELISTA, 2007, p.93). O pós-moderno é posto como uma civilização mundial de tolerância pluralística e de opções diferenciadas, tirando o significado das polaridades entre esquerda e direita, capitalista e classe operária. A tecnologia passa a comandar a realidade e não há mais inimigos a serem derrotados (ANDERSON, 1999). O desdobramento é a construção de uma nova esquerda que nutre aversão pelo poder e pelos instrumentos tradicionais de luta do movimento operário e que

Não almeja apropriar-se do Estado ou derruir a propriedade dos meios de produção, mas dar visibilidade às resistências cotidianas, espontâneas e imediatas, empreendidas por sujeitos múltiplos e heterogêneos contra um poder difuso que tem seu epicentro não na exploração de classes, traço peculiar e estrutura do modo de produção capitalista, mas no saber racional. Um esquerdismo de novo tipo que ao acusar o iluminismo de produzir efeitos destrutivos que deveriam ser antes creditados aos imperativos capitalistas de autoexpansão, produtivismo, maximização do lucro e competição, acaba, a despeito de sua intenção, por entorpecer as forças vivas de contestação à ordem social vigente (RODRIGUES, 2006, p.14).

É nesse sentido que o projeto da modernidade é colocado em questionamento e o marxismo será “entendido, equivocadamente, como um modelo determinístico e insuficiente para captar as expressões da subjetividade, da cultura, do simbólico, do imaginário, do cotidiano e das representações sociais” (SIMIONATTO, 2009, p.5).

A “crise” posta é fruto da própria lógica de desenvolvimento do modo de produção capitalista e das transformações ocorridas, em termos mundiais, a partir do século XX, que colocaram em questão o conhecimento e os modelos de interpretação do mundo. O marxismo, ao contrário do seu esgotamento, mostrava, nesse cenário, sua validade e atualidade para análise da sociedade capitalista.

No âmbito da Saúde Coletiva, a crítica ao pensamento marxista é realizada no que concerne à sua apropriação e validade para tratar e dar resposta à realidade e ao processo saúde-doença. Dessa forma, a relação entre teoria e prática é problematizada, principalmente no que se relaciona às dificuldades de aplicabilidade de sua teoria (CANESQUI, 1997), uma vez que, com a democratização, abre-se

espaço para um conjunto de mobilizações e lutas pela implantação do projeto de reforma sanitária, o qual questiona a relação entre prática política e produção teórica (BURLANDY; BODSTEIN, 1998).

Nesse cenário, Campos (1997a, p.115) frisa que, àquela época, vinham se insistindo em caminhos que não permitiam “a liberdade de repensar teorias reprovadas no teste do princípio da realidade”; e analisa que na Saúde Coletiva é possível identificar “a onipotência do discurso a uma quase impotência das práticas”.

Luz (1997) acrescenta que as representações populares e o imaginário social são impregnados pelas instituições médicas e que, com esse novo contexto, colocam-se como questões: o que acontece com as representações e o imaginário quando as instituições legitimadas se apresentam falidas? Que novas instituições poderão substituí-las se elas forem superadas pela história (como foi o muro de Berlim)? E se essas instituições já existem, esboçadas de algum modo por novas práticas sociais em saúde, quais são as suas características principais e o que as diferencia das atuais?

É perceptível uma crítica da relação entre teoria e prática, como se a teoria tivesse de responder às questões da prática. Guerra (2000) aponta que, no âmbito da tradição marxista, a teoria é a reprodução ideal do movimento do real (a ser conhecido) e reconstitui o objeto que está posto no real pelo pensamento. Assim, a teoria quer conhecer a realidade, extrair as legalidades, as racionalidades, as conexões internas postas nos produtos, nas ações práticas do homem, e tem a perspectiva de modificar de imediato o conhecimento que se tem sobre o concreto, e não o próprio concreto.

O concreto, por sua vez, é inesgotável, vai além das leis e se relaciona com as essências e aparências que constituem a totalidade, que carrega um complexo de relações, causas e efeitos. Dessa forma, a teoria não fornece soluções para a prática, mas nos ilumina na leitura da realidade. O âmbito da teoria, no materialismo histórico-dialético, é o âmbito da produção de conhecimentos, da antecipação ideal, da possibilidade; é um desencadeador de possibilidades ou de resultados ideais para a ação. Dessa forma, a teoria nos fornece um método de análise da realidade.

O destaque referente à articulação entre teoria e prática é sustentado pelas análises de Vázquez (2007, p.243), que indica que a teoria depende da prática uma vez que a prática é fundamento da teoria, pois “determina o horizonte de desenvolvimento e progresso do conhecimento”.

Na teoria marxiana, a perspectiva de revolução é entendida a partir da necessidade de conhecimento da realidade e da ação coletiva, para transformação da realidade. Os trabalhadores contêm o potencial revolucionário porque são explorados, possuindo uma condição social concreta que imprime neles a vontade de mudança. É o desvelamento dessa realidade, da sua condição de trabalhador alienado, que irá propiciar a transformação da realidade.

É nessa lógica que a teoria tem a potencialidade de modificar de imediato o conhecimento que se tem sobre o concreto, avançar nas explicações sobre o real e desvendar as possibilidades de ação no processo social para se abrir o processo revolucionário. A compreensão da teoria de uma perspectiva de totalidade tem, como ponto de partida do conhecimento e da realidade, o concreto: que é uma totalidade complexa, sendo necessário decompô-la em seus elementos constituintes, articulando-os com suas relações contraditórias (GARAUDY, 1967).

A realidade como totalidade concreta envolve um todo estruturado em desenvolvimento e em autocriação. A totalidade, então, significa realidade como um todo estruturado, dialético, no qual ou do qual um fato qualquer pode vir a ser racionalmente compreendido. Os fatos só são conhecimentos da realidade se entendidos como pertencentes a um todo dialético (KOSIK, 1976).

No campo marxista, a totalidade compreende a realidade em suas determinações, relações e conexões, estando em antítese ao empirismo; compreende intrinsecamente a dialética da lei e da causalidade dos fenômenos e da própria realidade; e ainda é concebida como tal porque é criação da produção social do homem. Essas noções apreendidas de forma conjunta, relacional e dialética identificam a noção de totalidade aberta, apresentada pelo autor (KOSIK, 1976).

Dessa forma, no século XX, ocorreu um ataque à concepção da realidade como totalidade. Para os empiristas e existencialistas, o mundo havia se dividido, deixando de ser uma totalidade e se transformando em um caos, sendo a totalidade do mundo reduzida a fragmentos e substituída pela individualização dos horizontes subjetivos (KOSIK, 1976).

Outra questão importante desse período se refere ao desenvolvimento da ciência. Essa se especializou e diferenciou de tal forma que cada vez mais se torna transparente a unidade material interna dos mais diversos e afastados campos do real. Esse fato apresenta de maneira nova o problema da unidade do mundo, pois

esses avanços da ciência representaram uma compreensão cada vez mais especificada de cada campo do real e de cada fenômeno.

Buhr (1998) destaca que o desvelamento dos fetiches da sociedade capitalista é crucial para que se possa fazer uma análise da realidade que traga à tona o sujeito revolucionário, este como sendo aquele que, pelo conhecimento da realidade concreta, da sua desalienação, da compreensão do trabalho como central em sua vida, será capaz de operar uma transformação social.

Cabe destacar também o fetichismo da racionalidade instrumental que está relacionado com a orientação do pensamento e da ação dos homens em busca da eficácia. Tem-se uma busca incessante pelos meios a serem utilizados para se alcançar objetivos determinados, sem a consideração dos valores deles. Esse fato leva à conformação de um cientificismo que valoriza a

[...] crença de que as ciências e as técnicas detêm a chave de todos os problemas da humanidade e, encontra sua condição fundamental na reificação generalizada da práxis social subordinada à "lógica" da reprodução do capital. Considerando a aparências das coisas, exteriorizando-se em relação aos atores sociais em um funcionamento autônomo, as relações sociais se prestam, de fato, a serem tratadas como coisas [...] (BUHR, 1998, p.169).

A partir das colocações expostas, corrobora-se a ideia de que a "teoria do pós-modernismo" tem como marca a surdez histórica, um trato da realidade deslocada de seu fundamento e da sua essência, como se fosse autônoma, tendo um caráter especulativo (JAMESON, 2007). Eagleton (1998) atribui essa questão ao fato de que o entendimento da inviabilidade da transformação política gera uma perda do interesse pelo conhecimento rigoroso e determinado.

No que tange ao marxismo, reforça-se a sua atualidade, respaldada em Eagleton:

O marxismo não era supérfluo porque o sistema havia alterado as suas posições; havia perdido prestígio porque o sistema era, mais intensamente ainda, o que havia sido antes. Havia mergulhado numa crise; e, acima de todos os outros, havia sido o marxismo que dera explicação de como essas crises vinham e iam. Assim, do ponto de vista do próprio marxismo, o que o fez parecer redundante foi exatamente o que confirmava a sua relevância. [...] O que levou a que muitos desistissem de uma mudança radical foi o fato de parecer difícil demais derrotar o sistema, e não que houvesse mudado suas posições (2011, p.70).

No âmbito da crítica à tradição marxista no seio da Saúde Coletiva, outra questão salientada é a de que as produções teóricas tiveram por base as leituras funcionalistas e estruturalistas do marxismo e isso gerou truncamentos mecanicistas no enquadramento das políticas sociais (ora sob o ângulo da acumulação, ora sob a perspectiva da legitimação), reduzindo-as ao mero papel de reprodução do modo de produção e à análise da determinação social da doença.

Esse trato do marxismo gerou inúmeros problemas: substituição da reflexão sobre a causalidade pela lógica da determinação acumulação x legitimidade; a subordinação das manifestações histórico-concretas a um modelo estrutural; e a concepção da determinação como fenômeno externo ao Estado, deixando de lado a luta e os interesses de classe (CANESQUI, 1997; BODSTEIN, 1992).

Burlandy e Bodstein (1998) analisam que o marxismo incorporado à produção científica em saúde, nos anos 1970, corresponde fundamentalmente à abordagem determinista-estruturalista que utilizou largamente o marxismo de Althusser e sua ideia das estruturas econômica, política e ideológica, e o seu entendimento de Estado como um simples instrumento do capital para o exercício da dominação dos trabalhadores. Assim, o marco conceitual da reforma sanitária foi realizado por meio de uma análise estrutural da questão da saúde por meio de sua inserção na sociedade capitalista e no sistema de classes, relacionando a problemática da Saúde Coletiva ao sistema político-econômico concentrador de renda e ao regime político autoritário.

Thompson (1978), tecendo a crítica à Althusser, destaca que o autor, em suas proposições, afasta-se de uma análise marxista histórica e política substantiva, pois se desvia do método histórico do próprio Marx. Essa afirmativa é justificada por questões como:

(1) A epistemologia de Althusser é derivativa de um tipo limitado de processo acadêmico de aprendizagem, e não tem validade geral; (2) em consequência, não tem categoria (nem um meio de “tratar”) da “experiência” (ou a influência do ser social sobre a consciência social); por isso, falsifica o “diálogo” com a evidência empírica inerente à produção do conhecimento e à prática do próprio Marx, incidindo, portanto, continuamente, em modos de pensar que a tradição marxista chama de “idealistas”; (3) em particular, confunde o necessário diálogo empírico com o empirismo, e faz consistentemente uma representação falsa (de formas ingênuas) da prática do materialismo histórico (inclusive a própria prática de Marx); (4) a resultante crítica do “historicismo” é em certos pontos *idêntica* à crítica especificamente antimarxista do historicismo (tal como representada por Popper), embora seus autores delas derivem conclusões opostas (THOMPSON, 1978, p.12-13).

É necessário notar que a apropriação enviesada do marxismo ocorreu no âmbito de todas as Ciências Sociais e não só no campo da saúde. Netto (1998) observa que, no Brasil, houve uma carência de uma herança intelectual e práctico-política socialista, fundamentada nas fontes originais da tradição marxista. É somente a partir de meados dos anos 1950 que emerge uma tradição marxista para além do Partido Comunista; no entanto, com o golpe militar de 1964, foi interrompida a sua constituição.

A consequência desse processo foi a ultrapassagem do monopólio político-partidário de inspiração socialista revolucionária pela instauração de um marxismo acadêmico. A ditadura colocou componentes nefastos na cultura de esquerda: substituiu o exame das matrizes originais da teoria social revolucionária por seus comentaristas e/ou vulgarizadores e introduziu o oportunismo teórico e a crítica abstrata, ao elucidar que as fontes ou inspirações marxistas

[...] não variam segundo exigências imanentes da reflexão, mas ao sabor de conjunturas e a avaliação do passado é posta sem a menor consideração concreta dos efetivos condicionalismos histórico-sociais e políticos que sob eles incidiram, operando juízos de valor francamente moralistas (NETTO, 1987, p.111).

Apesar da identificação de equívocos, estes não devem ser creditados à Teoria Social de Marx, mas aos desvios de sua apropriação.

De forma geral, é posto o alinhamento do debate da Saúde Coletiva ao movimento maior desencadeado pela crise do capital. Conforme Bodstein (1992), valendo-se de Castoriadis, o “paradigma sociológico marxista” reduz os agentes, atores e classes sociais a instrumentos de uma força externa ou de um conjunto de leis originadas na estrutura ou no sistema social. Por isso, o paradigma das classes sociais deve ser questionado tendo em vista que o processo de redemocratização alargou as bases de intervenção do e no Estado (já que agora é mediador e viabilizador do direito à saúde), sendo necessário reconhecer o espaço da cidadania moderna e o conjunto de seus sujeitos e de suas possíveis identidades como centrais na vida política e social, tais como os novos movimentos sociais.

O trabalho assalariado também é posto em questão, já que há outros processos ou relações sociais como as que se estabelecem entre consumidores, homem/mulher/cidadão/Estado, que não são menos relevantes e nem diretamente derivados da categoria “trabalho assalariado”.

Discordamos das colocações a partir das seguintes justificativas: a categoria “trabalho” é central, uma vez que o trabalho distingue o homem da natureza, transformando-o em ser social, e é no trabalho que a dimensão teleológica se configura como uma experiência essencial da vida cotidiana, inseparável dos seres sociais, sendo, portanto, central na vida dos homens. Além disso, o trabalho não está fadado ao fim nesta sociedade, pois ele é o próprio centro da estruturação capitalista, uma vez que a geração de riquezas ainda ocorre pela extração de mais-valia.

O trabalho humano aparece na obra de Marx como determinação ontológica fundamental, mas na sociedade capitalista adquire um caráter alienado. Há, ainda, as próprias características postas pela ordem do capital ao trabalho: dispersão dos trabalhadores em termos geográficos, heterogeneidade cultural, diversidade étnica, religiosa e de línguas, estratificação racial e as próprias condições dos trabalhadores no mundo, que variam em termos de salários e benefícios sociais. É essa “multiface” do trabalho que faz com que haja uma variedade de formas de resistência e de alternativas à luta contra o capital (HARVEY, 2009).

Boaventura de Sousa Santos (1997) é um autor que aponta que é ponto de dúvida, perante as transformações atuais, que a classe operária tenha interesse por uma transformação socialista ou tenha condições de concretizar essa transformação. Santos (1997, p.41) afirma que “não surpreende que tanto a primazia explicativa, como a primazia transformadora das classes estejam hoje a ser radicalmente questionadas”.

O intelectual, com inserção nos movimentos sociais e políticos do campo democrático e progressista, aponta, em suas diversas publicações, a transição da ciência moderna à ciência pós-moderna (NETTO, 2004a).¹⁵

Discordamos do autor, pois é a crise global do capital que traz um novo cenário para a classe trabalhadora, gerando diferentes formas de resistência e de lutas contra o capital, o que acarreta uma falsa ideia do fim da classe trabalhadora. O próprio capitalismo desenvolve um processo de construção de fetichismos que são inerentes à sua práxis e que interferem na produção de conhecimento. Esses fetiches provocam um descrédito geral que atinge referências, ideais e valores.

¹⁵ Dentre essas publicações, destacam-se: *Um discurso sobre as ciências* (1988); *Introdução a uma ciência pós-moderna* (1989); *Pela mão de Alice – O social e o político na pós-modernidade* e *A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência* (2000).

Interessante observar que, apesar da crítica realizada, Bodstein (1992) ressalta que a interpretação marxista deve ser leitura obrigatória para todos que pretendam trabalhar no campo das Ciências Sociais e da Saúde, assim como deve ser o ponto de partida para o aprofundamento do debate atual sobre o setor da saúde. Porém, ainda segundo ela, é preciso observar o reducionismo do político ao econômico, do específico e particular ao geral, ou ainda, do empírico (realidade concreta) à teoria, o que consiste em algumas das consequências da aplicação mecânica do paradigma estrutural-marxista.

É observado um reducionismo ao ser apontado que o marxismo é contextual, isto é, se a sociedade está mobilizada e tensionando a arena política, o marxismo deve ser utilizado; caso contrário, deve ser guardado. Nesse campo, devemos ficar atentos a modismos e apropriações esvaziadas de rigor teórico, que culminam no ecletismo.

No entanto, Bodstein (1992) generaliza essa perspectiva para todo o marxismo, ao colocar que o atrelamento da análise aos níveis estruturais acaba por condicionar as mudanças e inovações políticas a transformações meta-históricas, ou seja, atreladas à derrubada do Estado ou à derrocada do sistema.

O conflito político em torno das políticas redistributivas dos chamados novos movimentos da cidadania e das novas identidades culturais são quase que completamente subsumidos diante das “grandes transformações estruturais” (BODSTEIN, 1992, p.147).

Burlandy e Bodstein (1998, p.551) apontam que, com a viabilização do projeto de reforma sanitária, há a preocupação de conformar um novo projeto político ou de construir um novo bloco histórico, já que não faria mais sentido pensar em um Estado funcional ao sistema capitalista. Esse fato é explicado pelas autoras a partir do quadro internacional e da investida neoliberal:

[...] demonstra, inclusive para a própria esquerda, que as políticas sociais e o chamado *Welfare State*, nunca foram exatamente funcionais ao mercado, como as análises de inspiração marxistas faziam crer.

Outra justificativa é a de que essas políticas têm relevância

[...] significativa no contexto das democracias modernas – às voltas com a necessidade de reinvenção de novas formas de solidariedade e de coesão social –, redefinindo o papel do governo, o alcance da intervenção pública e a própria agenda social (BURLANDY; BODSTEIN, 1998, p.551).

De fato, o que se pode ver é que essas mudanças são orientadas por um ideário neoliberal que preconiza a diminuição dos gastos e serviços sociais públicos, pela eliminação de programas e a redução de benefícios; toma o mercado como mecanismo dos recursos econômicos e de satisfação das necessidades dos indivíduos; bem como ressalta a competição e o individualismo; desregulamenta e flexibiliza as relações trabalhistas, rechaça os direitos sociais; e, por fim, responsabiliza a sociedade pela satisfação desses direitos (LAURELL, 2002).

O neoliberalismo coloca o mercado como mediador da sociedade e reduz as funções sociais do Estado. Este passa a intervir junto às camadas da população que não possuem poder aquisitivo para fazer uso dos serviços privados e promove a despolitização das relações sociais e dos direitos historicamente conquistados, valorizando o assistencialismo e o “favor”.

Assim, a proposta neoliberal se centra na despolitização das relações sociais ao rechaçar qualquer regulação política do mercado e atacando todos os mecanismos democráticos (HARVEY, 2005a).

O que desejam e pretendem, em face da crise contemporânea da ordem do capital, é erradicar mecanismos reguladores que contenham qualquer componente democrático de controle do movimento do capital. O que desejam e pretendem não é “reduzir a intervenção do Estado”, mas encontrar as condições ótimas (hoje só possíveis com o estreitamento das instituições democráticas) para direcioná-las segundo seus particulares interesses de classe (NETTO, 2001, p.81).

Estas formaram fontes fecundas para a argumentação pós-moderna: a crítica às metanarrativas, a discussão do poder e do conhecimento e a análise da micropolítica das relações de poder são temas incorporados ao debate teórico.

Pelo desdobramento dessa análise, é identificada a importância de Foucault como um autor que trouxe impulsos inovadores para as Ciências Sociais e foi incorporado pelo campo da Saúde Coletiva, principalmente no que concerne à ênfase nos discursos, práticas e instituições de controle do corpo e de aprisionamento dos indivíduos à ordem dominante, “até então desprezados pelas análises de viés marxista” (BURLANDY; BODSTEIN, 1998, p.551).

Rouanet (1998) aponta que tanto Foucault como Castoriadis (2010) são pertencentes a uma corrente teórica que, desde o final dos anos 1960, traz o questionamento ao projeto da modernidade a partir de ideias que se filiam a Nietzsche e Heidegger. Nietzsche realiza uma crítica dirigida contra a razão, que coloca em

questionamento a modernidade. Para esse pensador, o mundo moderno é um nihilismo, concebido como esvaziamento e esterilização dos valores vitais pela razão e pela moral. Heidegger prossegue dizendo que o pensamento ocidental é uma longa tentativa de escamotear e reprimir o Ser em benefício do Ente.

Rouanet (1998) coloca que, apesar da crítica à modernidade, os autores questionam a razão em uma perspectiva crítica, e não conservadora. Assim, não podem ser considerados irracionistas, já que “a razão não é denunciada enquanto tal, e sim na medida em que perde sua função subversiva e transforma-se em alibi do poder, agente da heteronomia, adversária do prazer ou instrumento da repressão” (ROUANET, 1998, p.242).

Foucault, como um importante pensador que influenciará fortemente o campo da Saúde Coletiva por meio de suas análises sobre a micropolítica e as relações de poder nas localidades, contextos e situações, faz o debate sobre a prisão, o asilo, o hospital, a universidade, independentemente do domínio de classe. Para Foucault, “o único irreduzível do esquema de coisas [...] é o corpo humano, por ser ele o ‘lugar’ em que todas as formas de repressão terminam por ser registradas” (HARVEY, 2007, p.50).

Harvey (2007) considera que, apesar de Foucault anunciar que “não há relações de poder sem resistências”, está claro no pensamento do autor que essa resistência deverá ser multifacetada e pluralista às práticas localizadas de repressão. A sua ideia respaldou os movimentos sociais dos anos 1960, constituídos por grupos feministas, gays, étnicos, religiosos etc., desiludidos com o comunismo e as práticas políticas dos partidos comunistas, sem a intenção de desafiar o capitalismo.

É por estes e outros elementos que Rodrigues (2006) designa Foucault como um pensador “proto” pós-moderno. Autores como Derrida e Deleuze ou Adorno e Horkheimer poderiam ser pensados como antecessores do pós-modernismo, mas é Foucault que se torna um pensador fundamental para a análise da pós-modernidade.

Rodrigues (2006) defende que é nesse autor que se pode observar uma proposta teórico-política sistemática que converge com a lógica cultural do capitalismo tardio. A autora, conforme já sinalizado por Harvey, observa que o sucesso de Foucault se dará após a constituição da nova esquerda em 1968, que, apesar das divergências, teve como características comuns a destruição do legado iluminista crítico, que foi fonte de inspiração da luta democrática e socialista.

Ancoradas nesses debates, Burlandy e Bodstein (1998) relatam que é necessário repensar as perspectivas sobre a modernidade, o desenvolvimento capitalista e o processo de medicalização, ampliando o sentido da modernidade a partir das categorias de política, cidadania e direitos sociais.

Para respaldar essa análise, utilizam-se ainda de autores como Habermas e Touraine (sociedade pós-industrial) para justificar a necessidade de se construir uma nova racionalidade e “acentuar os novos sentidos construídos e, em constante reconstrução, em torno da ideia de sujeito, de política, de democracia, de público, de cidadania, de direitos do homem, redefinindo, dessa forma, a relação entre Estado e sociedade” (BURLANDY; BODSTEIN, 1998, p.220).

Interessante observar que, conforme Anderson (1999), é com o discurso de Jurgen Habermas, “Modernidade – Um projeto incompleto”, proferido em 1980 na cidade de Frankfurt, que a pós-modernidade foi afirmada como um referencial padrão. Em suas colocações, o principal filósofo europeu da época afirmara que o projeto de modernidade ainda tinha de ser realizado. Em outro discurso, proferido em 1982 em Munique, com o tema “Arquitetura moderna e pós-moderna”, o filósofo problematiza o espaço urbano e as transformações sofridas no pós-guerra, o que “torna fútil toda tentativa de recriar um significado urbano coerente” (ANDERSON, 1999, p.51).

Habermas é um pensador que não nega a modernidade, mas a coloca como um projeto incompleto, que deve se realizar a partir de um novo paradigma — o da racionalidade comunicativa. O autor exalta a importância do mundo da vida, dos acontecimentos, organizações, leis, cultura, padrões de subjetividade e de valores e o modo de organização e de distribuição de riquezas, levando sempre em consideração a postura e a capacidade de ação dos “agrupamentos humanos”, perdendo, contudo, a perspectiva de classe ao analisar as possibilidades de organização dos movimentos sociais. Na análise de Habermas sobre o mundo da vida, há um distanciamento das interferências do Estado e do mercado na sociedade civil, secundarizando as contradições e os conflitos de classe.

Rouanet (1998), ao analisar o pensamento de Foucault e de Habermas, coloca que ambos devem ser situados ao mesmo tempo no modernismo e no pós-modernismo. Foucault, apesar de ter em seu pensamento elementos pós-modernistas, alimenta-se das energias subversivas da modernidade cultural; e Habermas, ao mesmo tempo que critica o projeto da modernidade, abandona o paradigma do sujeito, mantendo suas análises dentro do campo da modernidade.

Netto (2004b), por sua vez, indica que, apesar de muitas vezes as concepções de Habermas operarem em prol do caldo cultural contemporâneo, o autor se recusa a considerar esgotadas as promessas da modernidade. Netto (2004b) ressalta que o autor possui profunda honestidade, seriedade e cuidados críticos em suas análises e, por isso, não apresenta as condições para ser considerado pós-moderno. No entanto, tem clareza que a sua Teoria da Ação Comunicativa é uma alternativa não marxista, mas racionalista e humanista.

Dessa forma, a chamada crise dos paradigmas das Ciências Sociais é colocada como central para apresentar a obsolescência das teorias clássicas e a crítica à categoria trabalho como categoria sociológica-chave, necessitando serem realizados uma revisão crítica e um revigoramento das abordagens já consolidadas.

No âmbito da Saúde Coletiva, Bodstein (1997), por exemplo, aponta a necessidade de recuperação do legado das Ciências Sociais, “empobrecido pelo marxismo de caráter estruturalista e pelo compromisso com o saber militante”, e ressalta a importância de valorizar as ações, representações, interpretações, expectativas e crenças, superando “esquemas teóricos simplificadores” (BODSTEIN, 1997, p.221).

Observações são realizadas afirmando que o pensamento marxista traz dificuldades de abordar a dimensão biológica, uma vez que deixa em segundo plano a singularidade e a complexidade do adoecer, apesar de ter contribuído com a abordagem da saúde como questão social e política e ainda objeto da intervenção estatal (CANESQUI, 1997). É nesse sentido que os críticos apontam que grande parte da produção teórica em torno das políticas de saúde e da chamada reforma sanitária, no Brasil, consolidou um pensamento militante necessário, mas de escasso valor explicativo.

A utilização de um novo paradigma para as análises do campo da Saúde Coletiva é posta como essencial para tratar a realidade contemporânea e a construção de novas utopias. A crítica apresentada é respaldada no debate pós-moderno, utilizando-se, principalmente, das produções de Boaventura de Souza Santos (BURLANDY; BODSTEIN, 1998).

Briceño-Léon (1997), fazendo análise das tendências da pesquisa em Ciências Sociais e Saúde na América Latina, destaca que ela está em transição e que é um momento em que paradigmas e posturas diferentes interagem, marcados pela noção de que ninguém seja possuidor da verdade.

O que o autor confere como diferenciado nas produções acadêmicas é que “agora fica-se meio a favor ou contra, ou simplesmente procuram-se construir poderes alternativos próprios e não apenas críticas ao poder constituído” (BRICEÑO-LÉON, 1997, p.41). Acrescenta ainda que a opção por um paradigma acabou e que a orientação deve ser pluriparadigmática, “embora aqueles que decidissem utilizar-se de apenas um paradigma o fizessem conscientes da sua limitação” (BRICEÑO-LÉON, 1997, p.42).

Campos (2000a) também aponta que deveria haver a construção de teoria sobre a produção da saúde que contemplasse todos os mecanismos sociais pelos quais se geram saúde e enfermidade.

Uma teoria sobre a produção da saúde funcionaria como patrimônio orientador de todas as práticas sanitárias e não seria construída somente com base em uma perspectiva centrada no social ou na epidemiologia, mas no uso diversificado de diversos saberes (CAMPOS, 2000a, p.226).

O autor ainda acrescenta: “[...] a compreensão dessa articulação de conhecimentos nega, portanto, a existência automática, e em princípio, de uma dominância da determinação social da doença” (CAMPOS, 2000a, p.226).

A realidade passa a ser tratada deslocada de um referencial totalizante e o próprio real é dado como impossível de ser explicado e entendido na articulação entre suas partes. O conhecimento passa a ser contextual e cada contexto é um espaço e uma rede de relações, dotadas de uma marca específica da intersubjetividade, a qual, por sua vez, é desconectada do conteúdo histórico-social. Assim, a preocupação passa a ser com a busca de referenciais que expliquem e deem respostas aos problemas contemporâneos.

É possível destacar aqui ainda outros dois elementos do influxo pós-moderno: a questão da verdade e o ecletismo. No campo pós-moderno, a verdade não existe; existem quantas verdades forem possíveis de ser alcançadas, já que o objeto é construído pelo sujeito e não está no real. A verdade seria uma disputa retórica, um discurso (NETTO, 2013). Para a construção dessas “verdades”, utilizam-se diferentes fontes, conforme as necessidades de análise, já que não há uma fidelidade teórica, ao objeto e à realidade, uma vez que os jogos de linguagem apresentarão a realidade, configurando, dessa forma, o traço eclético das produções.

Defensora da necessidade de construção de um novo paradigma, Luz (1997) aponta que, na área da saúde, há um esgotamento do modelo de racionalidade global,

legatário do iluminismo e enfatiza os modelos vitalista e espiritualista. Tais modelos, que consideram o corpo uma totalidade bioenergética, têm as categorias da vida, saúde e equilíbrio (ou harmonia) como centrais para seu paradigma de conhecimento e de prática terapêutica (LUZ, 2005). Valoriza também a relação do homem com seus pares e seu meio, buscando o equilíbrio dinâmico de sua energia vital, que varia conforme as relações familiares e sociais, sentimentos, pensamentos e comportamentos dos indivíduos (LUZ; BARROS, 2012).

Para Luz (1997; 2004), a crise sanitária contemporânea é desencadeada por processos econômicos, políticos, sociais e culturais do capitalismo globalizado que fragilizou a sociedade e aumentou a busca por atenção médica e cuidado terapêutico. Esse fato ocorreu diante da precarização das relações de trabalho e das relações empregatícias, da despolitização, da fragmentação dos direitos sociais (fruto da organização dos trabalhadores) e da disseminação de valores contrapostos à solidariedade social (familiares, religiosos, corporativos, de classe).

Assim, apresenta que o paradigma da vitalidade/energia é posto em relevância nos anos 1990, com ênfase nas terapias alternativas e de aspectos como representações, crenças, sentimentos ou práticas religiosas, otimismo, pertencimento a redes ou grupos de apoio, que têm sido considerados como fatores positivos para a recuperação da saúde, superação da doença, melhoria da qualidade de vida (mesmo em doentes incuráveis).

As chamadas terapias alternativas (homeopatia, medicina tradicional chinesa, fitoterapia) são apresentadas para a ressignificação da saúde, do adoecimento e da cura. De acordo com Luz (s/a), essas práticas terapêuticas representam a possibilidade de retirar os sujeitos do isolamento social, que nessa sociedade está posto pela pobreza, envelhecimento e doença, e ainda favorecem

[...] o restabelecimento da comunicação, a criação de interações sociais, a formação de grupos, redes e mesmo movimentos – ainda que focalizados pela “saúde”, ou pelo menos pela cura. Relações de solidariedade, ou ao menos de cooperação e apoio mútuo, ainda que localizadas, restritas ao espaço onde se desenvolvem as atividades, tendem a se estabelecer, tornando-se o ponto de partida para a renovação da sociabilidade, para a constituição de “novos amigos”, de “trocas sociais” (de informações, experiências, conselhos, orientações) que vão pouco a pouco formando um tecido social comunicativo, com criação e extensão de atividades para fora do âmbito das práticas de saúde. O isolamento é aos poucos vencido e ressurgem nos indivíduos o otimismo e a esperança, com o restabelecimento da confiança no outro, mesmo que no restrito grupo e no curto espaço de tempo onde a atividade é exercida (LUZ, s/a, p.11).

A saúde é vista como recuperação da vida e da alegria, individuais e coletivas, como vitalidade. Luz (s/a, p.13) levanta a hipótese de que

[...] o apelo à saúde tornou-se tão importante na cultura contemporânea porque os valores que asseguram sua presença estão ausentes. A cooperação, a cordialidade, a solidariedade, mesmo “focalizada”, o prazer de estar em contato com o outro e consigo mesmo, que favorecem a integração e a criatividade sociais, estão negados pelos valores da sociedade atual. O fato de certas atividades trazerem-nos de volta como base da saúde nos indica que talvez seja o momento de trazê-los para frente da cena da cultura para que a saúde, como vitalidade e alegria, possa ser realidade e não **utopia**. Isto supõe, a meu ver, a superação ética e política dos valores atualmente dominantes. Supõe a superação ética do individualismo (e seu fiscalismo narcisista), da competição e do consumismo como fundamentos das relações sociais que caracterizam o capitalismo mundializado (grifo da autora).

No entanto, apesar de expressar um apelo a princípios relevantes, tais como solidariedade, cordialidade, ética, dentre outros, é possível notar que tal paradigma coloca em questão a razão e opera a despolitização do trato da questão da saúde, que passa a ser tratada no campo da micropolítica com diversos códigos sociais, debates étnicos, sexual, racial, religioso, alternativas de empoderamento e busca por uma qualidade de vida inatingível nesta sociedade. O debate de classe também perde espaço, refletindo na ausência de um projeto coletivo para a saúde e a sociedade.

A partir das questões apresentadas, pode-se indicar que as perspectivas lançadas vão ao encontro do pensamento pós-moderno: a crítica ao projeto da modernidade e às metanarrativas, a crítica à teoria da revolução e a possibilidade de transformação social e a necessidade de se buscar um novo paradigma de análise da realidade. Outro elemento que pode ser visto é a indicação de que há uma crise de valores e não uma crise do capitalismo.

No âmbito da relação Estado/sociedade e articulação dos movimentos sociais, ancorado nos estudos de Bodstein (1997), é perceptível uma crítica às análises marxistas e às matrizes teóricas clássicas. Para a autora, como se vive um cenário de mudanças no padrão entre Estado e mercado, revolução tecnológica e globalização, “a flexibilidade teórico-metodológica é mais do que nunca pertinente” (BODSTEIN, 1992, p.221).

É diante desse cenário que a autora coloca que as teorias da pós-modernidade surgem para dar conta desse novo contexto:

[...] A velocidade da transformação em todos os níveis da sociedade e da política é de tal ordem que justifica, no caso daqueles que se dedicam à pesquisa social, esse sentimento ambíguo de permanente busca de novos paradigmas e, simultaneamente, de rejeição às explicações globalizantes. As chamadas teorias da pós-modernidade sem dúvida refletem esse sentimento. Apesar da ansiedade epistemológica própria da provisoriedade e da incerteza, é conveniente deixar de lado as metateorias, apostando mais em explicações de médio alcance, na pluralidade metodológica e nas teorias menos globalizantes (BODSTEIN, 1992, p.223).

Bodstein (1992) sinaliza que é necessário acabar com a rigidez teórica na análise sobre a dependência estrutural do Estado diante do capital, abrindo espaço para a possibilidade de negociação e de fortalecimento de novas organizações sociais e seus interesses contra-hegemônicos, e para reflexão sobre a ação dos sujeitos que constroem o sistema de saúde.

A justificativa para tal colocação é a de que a conjuntura democrática provoca diversos impactos na produção teórica do campo da Saúde Coletiva e evidencia a importância de categorias como direitos, cidadania e democracia. Os serviços de saúde devem ser objeto de demanda e reivindicações das classes populares, por isso é necessário levantar os conflitos e processos que perpassam os diferentes segmentos de profissionais de saúde, envolvidos em uma diversidade de instâncias e práticas de saúde.

É nesse quadro que se encontra o respaldo para a busca de novos marcos conceituais e a crítica aos referenciais teóricos já consagrados. Assim, haverá uma defesa explícita da necessidade de se recuperar as políticas sociais e de saúde enquanto relações entre sujeitos sociais, e, por isso, deve-se

[...] atentar para os limites do alcance explicativo dos modelos teóricos excessivamente generalizantes e, por outro lado, dar maior ênfase ao processo de formação e de ação de sujeitos e atores coletivos, em detrimento de abordagens estruturalizantes (BODSTEIN, 1992, p.9).

Burlandy e Bodstein (1998) apontam, nesse contexto, a importância de compreender o nível local dos serviços de saúde em sua relação com o cotidiano de vida da população usuária. A centralidade antes conferida à temática do Estado/sociedade dá lugar a um deslocamento de foco para as microrrelações, como: rede de relações, gestão das políticas sociais, formulação e implementação das políticas públicas. Novas categorias também se desdobram nesse processo: cotidiano e representação social, acompanhada da utilização de abordagens metodológicas

com o enfoque da psicanálise e da técnica da pesquisa participante; enfoque nos valores culturais da população usuária e sua influência na concepção de saúde/doença; e análise da gerência e administração em nível local dos serviços.

Essas colocações vão ao encontro das análises pós-modernas de Santos (1989; 1997), quando o autor aponta a necessidade de analisar as condições sociais para a conformação de uma teoria da sociedade. Para tal, salienta que todo conhecimento é contextual, isto é, o contexto é essencial para identificar o conhecimento que é produzido e aplicado nas sociedades capitalistas. Esse contexto é marcado por um espaço e uma rede de relações dotadas de uma marca específica da intersubjetividade, que irá designar características dos vários elementos que a constituem.

Dessa forma, o autor entende que a teoria de Marx possui um reducionismo econômico e a insustentabilidade desta nos dias de hoje se afirma nos processos cada vez mais globais, na intervenção do Estado na vida social e econômica, na politização de diversos setores e no desenvolvimento da cultura de massas e da indústria cultural. Para dar conta desse processo, o autor destaca os conceitos de espaços estruturais de modos de produção de poder e poder local.

No que concerne à relação Estado/sociedade e movimentos sociais, Luz (1997), em seu texto “Novas realidades em saúde, novos objetos em ciências sociais”, observa que as Ciências Sociais não têm respondido aos desafios gerados pela crise geral da saúde das populações e que se encontram prisioneiras de objetos e reflexões herdadas do século XIX, como as relações entre Estado e política, movimentos sociais, as relações definidas classicamente como relações sociais de produção. Em um contexto de transformações societárias, como posto nos anos 1990, a autora indica que é necessário repensar os temas clássicos das Ciências Sociais, sobretudo os que se constituem como novos temas, novas relações e novos movimentos sociais, como os urbanos, das mulheres, gays, pacientes, moradores, jovens etc.

Como pode ser visto, essas colocações também se correlacionam com o debate pós-moderno, ao se destacar que a luta dos movimentos sociais passou a ser localizada e contemplada por inúmeras identidades, não sendo possível falar de um sujeito revolucionário. Santos (1997), por exemplo, expõe que a classe trabalhadora hoje é heterogênea e enfrenta diferentes formas de opressão, que condicionam frações de classe transnacionais (e não mais nacionais), o compromisso de classe (e

não mais a luta de classes) e a institucionalização dos conflitos, como foi feito com o Estado de Bem-Estar Social.

Como posto, esse debate é estimulado pelas derrotas dos movimentos sociais e forças políticas revolucionárias, que se organizaram a partir de 1968, o que culminou na descrença na possibilidade de se realizar uma mudança societária estrutural, impulsionando a necessidade de os grupos sociais (negros, mulheres, etc.) se articularem em torno da luta por emancipação política e social.

A crise global do capital traz um novo cenário para a classe trabalhadora a partir da dispersão em termos geográficos, culturais, étnicos, religiosos, linguísticos e inclusive das próprias condições dos trabalhadores no mundo, que variam em termos de salários e benefícios sociais (HARVEY, 2009). Essa “multiface” do trabalho faz com que haja uma variedade de formas de resistência e de alternativas à luta contra o capital, gerando uma falsa ideia do fim da classe trabalhadora.

A relação Estado/sociedade também é posta dentro dos limites do capitalismo e da luta por direitos de grupos particulares, de necessidades específicas, e do projeto sociopolítico burguês, que aponta que “a liberdade deve restringir-se à liberdade de concorrer no mercado, à igualdade esgota-se na formalidade jurídica e a fraternidade se resolve na retórica e no moralismo” (NETTO, 1998, p.XIX).

No contexto de transformações societárias, há um ataque à consciência de classe do proletariado por meio de uma manipulação ideológica que visa integrar o trabalhador à sociedade capitalista; e a multiface da classe trabalhadora, aguçada pelos processos de mundialização e financeirização, contribui para a visão distorcida da realidade. No entanto, reforça-se a tese de Harvey (2009) de que, para o desvelamento desses fetiches e a mobilização em torno da luta anticapitalista, o chamamento feito por Marx e Engels, no *Manifesto Comunista* (2007), pela união de todos os trabalhadores, torna-se mais imperativo do que nunca.

Precisamos de uma vanguarda socialista revitalizada, de um movimento político internacional capaz de reunir de modo apropriado a multiplicidade de descontentes gerada pelo exercício indistigado do poder burguês em busca de um neoliberalismo utópico (HARVEY, 2009, p.73).

É o proletariado (em suas mais diversas conformações) que, enquanto classe em si e para si, contesta as condições geradas pelo capitalismo. Isso decorre porque, conforme Marx e Engels (2007), o desenvolvimento do capital incide diretamente no desenvolvimento do trabalhador, sendo este o produto mais autêntico da sociedade

burguesa e a classe que traz no seu bojo o caráter revolucionário. “Esses operários, constrangidos a vender-se a retalho, são mercadoria, artigo de comércio como qualquer outro; em consequência, estão sujeitos a todas as vicissitudes da concorrência, a todas flutuações do mercado” (MARX; ENGELS, 2007, p.46).

Harvey (2009) apresenta que essa vanguarda deve surgir a partir da criação de organizações, instituições, programas, doutrinas, estruturas formais, que possuam um objetivo comum, que seja coerente com a realidade social e com as condições históricas e geográficas concretas, nas quais se desenvolvem as ações do homem, tendo por finalidade a construção de um movimento que enfrente os predicados universais e transnacionais da acumulação capitalista.

Na contemporaneidade, o fortalecimento da sociedade civil e dos movimentos sociais se torna imperativo, uma vez que o cenário de focalização e seletividade das políticas sociais, de destituição de direitos, manipulação dos espaços de controle social e desqualificação dos espaços públicos gera uma descrença nos espaços coletivos e de organização popular.

Os movimentos sociais possibilitam o tensionamento da política de saúde como espaço de lutas entre interesses contraditórios, diferentes projetos societários e direções para a política de saúde. Somente os movimentos sociais organizados podem interferir na participação democrática e nas questões de interesse coletivo.

A análise apresentada indica que o caminho teórico percorrido pela Saúde Coletiva a partir dos anos 1990 traz à tona um referencial distante do construído pelo movimento de reforma sanitária, principalmente o ancorado na tradição marxista, colocando em questão categorias fundamentais para a análise da realidade.

É possível perceber a ênfase na subjetividade, nas perspectivas relacionais, na comunicação e na linguagem, além da identificação do social como um campo de multiplicidades e particularismos. Como exposto no capítulo anterior, esses elementos foram incorporados na Política de Humanização e no seu debate. A mudança teórica identificada na área da saúde traz uma nova perspectiva para se entender a saúde, respaldada na discussão da micropolítica e do cuidado em saúde, eixos centrais da Política de Humanização.

2.3 Humanização: um conceito polissêmico

A ideia de humanização é carregada de polissemias e concepções no âmbito da Filosofia e das Ciências Humanas e perpassa diferentes campos, como Administração, Economia e Saúde, dentre outros, no sentido da reorientação das práticas em diversos ramos de serviços.

Em se tratando de um conceito polissêmico, a perspectiva da humanização indica desde a busca por qualidade total e otimização do trabalho em empresas, passa pela identificação do homem com o seu trabalho, pela melhoria de acessibilidade e investimento em sinalizações, conforto e ambiência, até a defesa de direitos de cidadania e pressupostos éticos (SOUZA; MOREIRA, 2008).

A humanização engloba ainda uma perspectiva caritativa, messiânica, baseada em uma vertente moral, que evoca valores humanitários, como respeito, solidariedade, compaixão, empatia, bondade (CASATE; CORRÊA, 2005; RIOS, 2009), e se sustenta no senso comum, à medida que se vincula à ideia do “tratar bem”, contribuindo para a banalização da relação entre os sujeitos, o que dá margem para o estabelecimento de relações clientelistas entre profissionais e usuários (ALVES *et al.*, 2007).

Segundo Casate e Corrêa (2005), da década de 1950 à de 1980, a humanização teve como enfoque as relações interpessoais estabelecidas com o “doente” e as relações administrativas das instituições, especialmente a hospitalar.

Deslandes (2005) aponta que, no período citado, o balanço teórico sobre o tema da humanização indica que a reflexão perpassa práticas e modelos de atendimento que poderiam ser considerados “desumanizantes”, sendo ressaltadas: por um lado, as condições precárias de trabalho que levam a falhas, estresse e defesas psíquicas dos profissionais e, por outro, longas esperas, dificuldade de acesso e má acolhida aos pacientes.

Por outro lado, tem-se a vertente positivista da racionalidade biomédica, que ignora as necessidades subjetivas, culturais e pessoais dos pacientes, conduzindo a um atendimento impessoal, focado na patologia e não na pessoa que sofre, bem como no uso de tecnologia como substitutivo da relação profissional-paciente, sendo desvalorizadas a comunicação e a empatia entre ambos.

No campo da medicina, o debate da humanização se adensa nos anos 1970, com a realização do Simpósio “Humanizando o Cuidado em Saúde”, nos EUA, em

1972, com expressiva contribuição da sociologia média norte-americana.¹⁶ Os motes para a realização de tal encontro eram a crítica à racionalidade médica hegemônica, marcada pela ênfase em procedimentos, impessoalidade, falta de informação e subordinação do paciente ao médico, por um lado; e a necessidade de colocar em evidência as atitudes relacionais e a intersubjetividade, por outro (DESLANDES, 2005).

No Brasil, em um contexto de ataque às políticas sociais, as denúncias em torno da “desumanização da saúde” ganham notoriedade a partir do movimento de reforma sanitária que passou a revelar a crise da saúde brasileira e o agravamento das condições de vida da população.

É a partir do movimento sanitário que a crítica em torno da qualidade dos serviços de saúde, do trabalho dos médicos e das baixas condições de trabalho é posta à tona, tendo em vista “a mercantilização da medicina promovida em forma consciente e acelerada por uma política governamental privatizante, concentradora e anti-popular” (CEBES, 1980, p.11). São destacadas nesse momento as mobilizações em torno da humanização do parto e nascimento, como o “Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde”, dos anos 1980, e a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (Rehuna), fundada em 1993.

No bojo do movimento de reforma sanitária, era sinalizada a crise da condição de saúde e a crítica à organização dos serviços, sendo postos como elementos transformadores:

[...] a generalização da consciência sanitária, a construção de um paradigma analítico fundado na determinação social da saúde e da organização das práticas, o desenvolvimento de uma nova ética profissional, a construção de um arco de alianças políticas em torno da defesa do direito à saúde e a criação de instrumentos de gestão democrática e controle social do sistema de saúde (FLEURY, 2009b, p.160).

As propostas para a superação desse quadro passavam, entre outros, pelo reconhecimento da saúde enquanto direito universal, o que implica na promoção permanente das condições que viabilizem a preservação da saúde, que são de caráter socioeconômico e se relacionam com o emprego, salário, nutrição, saneamento,

¹⁶ Almeida (2014) relata que a socióloga norte-americana Howard publicou o primeiro trabalho com o intuito de conceituar os termos humanização e desumanização. Ver em: HOWARD, J. “Humanization and desumanization of health care: a concept view”. In: HOWARD, J. e STRAUSS, A. (editors). *Humanizing health care*. New York (US): John Wiley & Sons; 1975.

habitação e preservação ambiental; pela responsabilidade do Estado no provimento e gerência da política de saúde e a democratização dos serviços de saúde via participação popular; pelo estabelecimento de salários justos, estabilidade no emprego e melhores condições de trabalho; pela coibição do uso do saber e da autoridade para a realização de violência física ou moral contra a “pessoa humana” e modificação dos currículos de formação dos profissionais da área da saúde (CEBES, 1980).

Cresce a um só tempo a mobilização popular contra o desemprego, os baixos salários e suas péssimas condições de vida. Cresce também, e mais especificamente, a irritação da população contras as filas, a burocracia, a corrupção e os custos da má atenção médica que recebem. Crescem, finalmente, as reclamações e reivindicações sindicais contra os convênios e contratos com as empresas médicas (CEBES, 1980, p.11).

A crença era de que, com o processo de democratização e a constituição de um Sistema Único de Saúde pautado, na universalidade, equidade, participação popular e integralidade, a má qualidade das práticas assistenciais seria solucionada. Porém, de fato, o que ocorria é que a conjuntura nacional de redução dos gastos com a política de saúde e o privilégio da assistência médico-hospitalar curativa e de alta tecnologia deixavam em segundo plano as necessidades reais de saúde da população, em prol dos empresários e industriais da saúde.

O debate em torno da humanização se legitimará com a realização, em Brasília, da 11ª Conferência Nacional de Saúde, em 2000 (CFESS, 2013e). Nos anais e no relatório final da conferência, que contou com a participação de 2.500 delegados, é apresentado um balanço sobre os efeitos da “Reforma do Estado” na área da saúde, principalmente no que tange aos novos padrões de gestão, vinculados no mercado; à diminuição do Estado no desenvolvimento da política de saúde; à fragmentação e focalização dos programas de saúde e à restrição aos direitos dos cidadãos. Outro elemento destacado são as crescentes denúncias em torno da baixa qualidade dos serviços de saúde e as dificuldades de acesso aos serviços fornecidos.

O agravamento das condições de vida e saúde da população é posto como decorrente do projeto social e econômico de FHC, que, na área da saúde, podia ser visto por meio de intervenções na saúde de cunho campanhista, a pretexto de atender demandas reprimidas, gerando dificuldades para os servidores e prejuízos para os usuários, além de desarticulação do sistema de saúde e precariedade no acesso ao

SUS, pela pressão da demanda, tensionando a ampliação dos planos e seguros de saúde (CNS, 2000).

É a partir desse quadro que a Conferência Nacional afirma a necessidade de reorientação da política de saúde e de consolidação do SUS, ressaltando, entre outros:

1. A melhoria das condições de saúde e da existência efetiva de políticas sociais intersetoriais e de um compromisso irrestrito com a vida e a dignidade humana, capaz de reverter os atuais indicadores de saúde, contribuindo assim para a melhoria da qualidade de vida da população;
2. Uma política de recursos humanos para o SUS, com contratação por meio de concurso público, centrada na profissionalização, na multiprofissionalidade, no aprimoramento continuado, no compromisso humano e social e em condições dignas de trabalho e salário.
3. Acesso universal à atenção integral, equânime e humanizada, garantindo o financiamento de todos os níveis de saúde, com autonomia dos municípios e estados na elaboração e execução de seus planos, com aprovação dos respectivos conselhos de saúde (CNS, 2000, p.15).

A conceituação de humanização utilizada indica o entendimento de que o modelo político, econômico e social adotado transforma a saúde e a vida em mercadorias, desvinculando esses processos dos valores humanos ou compatibilizando estes com valores próprios da acumulação e concentração de capital, dificultando a consolidação do SUS, que é baseado na solidariedade social, na universalidade do acesso e na integralidade da atenção.

No entanto, ao transpor esse conceito para se pensar os serviços de saúde, a humanização fica restrita ao cuidado direto do usuário dos serviços de saúde e aos processos de trabalho, apesar de ressaltar a resolutividade dos serviços, a necessidade de recursos materiais e de condições dignas de trabalho.

A discussão realizada nesta 11ª CNS sobre Atenção à Saúde e gestão do SUS destaca a necessidade de humanização do cuidado prestado aos usuários das ações e serviços de saúde e de ampliação máxima da qualidade técnica da assistência requerida em cada caso ou situação, melhorando o acolhimento das pessoas e a capacidade resolutiva de cada tratamento. A falta de recursos materiais contribui para a diminuição da qualidade dos serviços prestados. E, se a humanização dos processos de trabalho no SUS depende, em parte, de questões como afinidade com o trabalho, também depende das condições de trabalho a que o trabalhador está submetido (CNS, 2000, p.21).

Porém, nas propostas apresentadas para o modelo assistencial e gerencial garantir o acesso, a qualidade e a humanização na atenção a saúde, a integralidade aparece como uma questão central, na medida em que o SUS deve ser capaz de

atender aos problemas de saúde individuais e coletivos, primando pela qualidade da saúde e não apenas tratando doenças e acometimento graves, com risco à vida.

Apesar desses avanços, como referencial teórico para a organização da atenção à saúde é apontado o modelo “Em defesa da Vida” (CNS, 2000, p.112). Campos (s/a, p.13) observa que um dos pressupostos desse modelo é a compreensão de que “defender a vida é o que assegura valor de uso ao trabalho em saúde”, e, por isso, a ética dos profissionais de saúde deve estar fundada no princípio de defesa da vida e, em segundo plano, devem vir o interesse econômico, as conveniências políticas, as normas burocráticas. Dessa forma, os usuários não seriam reduzidos à condição de objeto “ou de algo muito mais próximo ao estado de coisa do que de sujeito” (CAMPOS, 1997b, p.243).

O autor, quando aponta que os serviços de saúde são permeados por relações contraditórias, demarca que podem ser observadas duas influências mais diretas sobre o modelo “Em defesa da Vida”: o interesse econômico dos produtores e a disputa pelo poder, “que ‘contaminam’ o cotidiano dos serviços, alterando os resultados e criando, na prática, objetivos adicionais que, em muitos casos, acabam por pesar mais do que a defesa da vida” (CAMPOS, s/a, p.23).

Fica evidente, a partir da análise do autor, que, apesar de legítima a defesa da vida, não é considerado o fato de que as políticas de saúde têm sido, ao longo da história, utilizadas como forma de fomentar a valorização do capital. Aliado a esse direcionamento, não se pode perder de vista que o trabalho em saúde interage com a totalidade social e é resultante da dinâmica da macroestrutura de sua produção, englobando a organização social da produção dos serviços, as organizações corporativas, os projetos profissionais coletivos, as políticas de saúde e as relações estabelecidas entre os conhecimentos, instrumentos e o trabalhador (SCHRAIBER; MACHADO, 1997). Dessa forma, discorda-se de Campos (s/a, p.22) quando apresenta que a “defesa da vida deveria ser um traço distintivo dos serviços de saúde [...] que os distinguisse dos estabelecimentos de comércio, ou de educação ou mesmo da área política”.

De acordo com Merhy *et al.* (2004), os referenciais teóricos utilizados para se pensar o modelo “Em defesa da Vida” foram a Teoria da Ação Comunicativa, de Habermas, bem como a análise institucional e a psicanálise, que contribuíram para compreender os problemas institucionais, o jogo de interesses e a atuação em equipe. Para a discussão do “processo de trabalho em saúde”, os autores partiram tanto das

contribuições de Mendes Gonçalves como da análise de micropolítica do trabalho proposta por Merhy.

Uma temática que vai aparecer com bastante ênfase articulada à humanização é a da micropolítica do trabalho em saúde. Merhy (2002) declara que esse debate surge da necessidade de uma construção teórica que abranja as singularidades dos processos produtivos na área da saúde, considerando que a teoria mais geral utilizada para essas análises, apesar de sua contribuição, não tem se mostrado suficiente.

De acordo com Merhy (1997c), a micropolítica deve ser compreendida como um cenário de disputa de distintas forças instituintes que perfazem os modos de produção, os processos imaginários e de desejos e os distintos campos de conhecimento do homem. Na micropolítica, o processo de trabalho está disponível para o trabalho vivo em ato, voltado principalmente para a execução de tecnologias leves, isto é, tecnologia das relações, que promovem o encontro entre trabalhador e usuário pautado na ética do compromisso com a vida,

[...] e expressas em ato nas dimensões assistenciais do trabalho vivo em saúde, com a relação do acolhimento, a criação do vínculo, a produção da resolutividade e a criação de maiores graus de autonomia (MERHY, 1997c, p.105).

A abordagem da centralidade dos profissionais enquanto sujeitos políticos fundamentais na estruturação do sistema é incorporada também no campo da micropolítica. Burlandy e Bodstein (1998) apontam que essa abordagem (que surge nos anos 1990) não encontrava espaço em análises macroestruturais. Assim, mostra-se inovadora na medida em que se baseia em uma dimensão pedagógico-educativa da relação médico/paciente, que se localiza na rede de micro-poderes que se estabelece no interior dos serviços de saúde.

Campos (2000a; 2000b) complementa afirmando que o saber em Saúde Coletiva tendeu a subestimar a importância dos sujeitos na construção do cotidiano e da vida institucional e destaca que a intersubjetividade e a inter-relação são essenciais na constituição dos sujeitos.

Tal direcionamento respalda os documentos e propostas de humanização na saúde, com um claro corte individual e institucional, que ressalta as relações estabelecidas entre equipe e usuário e as questões subjetivas, afastando-se do debate inicial sobre a qualidade dos serviços, que problematiza os reflexos trazidos pela contrarreforma do Estado para a política e os serviços de saúde.

Benevides e Passos (2005a) sinalizam que a pauta da humanização vai se colocando a partir de diferentes concepções, que visavam, por um lado, o resultado dos programas e, por outro, a produção de saúde e de sujeitos e a alteração dos modelos de gestão e atenção.

Como posto, em 2001, surgirá o primeiro programa governamental para a humanização em saúde e, em 2003, será constituída a Política Nacional de Humanização.

Ao analisar as bases teóricas dos documentos oficiais sobre a humanização, verifica-se que as referências utilizadas para as análises dessa proposta e da instituição hospitalar aparece o discurso do poder.

O reforço a esse tema pode estar vinculado à tese defendida por Mattos (2009) de que ao longo dos anos 1980/1990 um dos temas mais tensos foi concernente às práticas e instituições médicas. Tal debate teve forte impacto das conferências proferidas por Michel Foucault no Brasil, em 1974, que trouxeram à tona uma análise crítica das instituições médicas e de suas práticas, a partir do referencial do poder. Isto é, uma crítica à forma como os profissionais de saúde exercem seu poder sobre os outros e às estratégias de subordinação às ordens médicas.

Outro elemento importante identificado é o entendimento do ser humano como um ser de linguagem e relações. Barjas Negri, no manual da PNHAH (2001a, p.3), apresenta que o que “diferencia o ser humano dos animais irracionais é que seu corpo biológico é envolvido, desde a infância, por uma rede de imagens e palavras”. E acrescenta que “é esse ‘banho’ de imagem e de linguagem que vai moldando o desenvolvimento do corpo biológico, transformando-o em um ser humano, com um estilo de vida singular”.

É notável que tal perspectiva vai ao encontro do debate pós-moderno, que exalta os jogos de linguagem, as imagens, como sendo a forma como a realidade se apresenta. Deriva dessa análise o a-historicismo, a falta de profundidade e discursos vazios que desmaterializam a realidade e, extingue, “efetivamente, qualquer sentido prático de futuro e de um projeto coletivo” (JAMESON, 2007, p.73).

Na base desse “discurso”, está a crítica ao projeto da modernidade e, principalmente, a crítica às análises do campo marxista, que compreende que é o trabalho que diferencia o homem da natureza e conduz à formação de um ser distinto do ser natural: o ser social. O trabalho humano se diferencia dessas atividades porque

é racional e consciente, possuindo uma prévia intencionalidade. Quando a intencionalidade e idealização são colocadas em prática e o homem modifica a natureza, a realização do trabalho constitui uma transformação e objetivação do próprio homem.

O ser social irá se particularizar por possuir a capacidade de realizar atividades teleologicamente orientadas; objetivar-se material e idealmente; comunicar-se e se expressar pela linguagem articulada; tratar suas atividades e a si mesmo de modo reflexivo, consciente e autoconsciente; escolher entre alternativas concretas; universalizar-se, sociabilizar-se (NETTO; BRAZ, 2007, p.41); e, assim, transformar a própria realidade.

Nos textos oficiais, apresenta-se a ênfase no entendimento de que “sem comunicação não há humanização” e que a possibilidade comunicacional é a “referência conceitual mais importante” (DESLANDES, 2004, p.11), podendo, inclusive, gerar uma nova ética.

A comunicação e interlocução entre equipes de trabalho e usuários é algo importante, porém, no estabelecimento da comunicação necessária ao trabalho, os homens irão expressar suas representações e concepções de mundo e a dimensão ética será construída, pois o trabalho, como atividade direcionada a determinados fins, relaciona-se com valores, com o dever ser (IAMAMOTO, 2001).

Dessa forma, quando se fala em comunicação e linguagem, o gestor ou profissional pode utilizá-las para desenvolver uma ação persuasiva e de controle ou construir uma ação que imprima rumos alternativos, voltados para mudanças na maneira de ser, de sentir, de ver e agir dos indivíduos.

Iamamoto e Carvalho (1998), por exemplo, discutindo sobre a utilização da linguagem no trabalho do assistente social, observam que é por meio da linguagem que o profissional pode realizar ações de cunho socioeducativo ou de cunho controlador. Por isso, os autores (1998, p.115) consideram que o profissional deve ter clareza do seu compromisso social, “no sentido de solidarizar-se com o projeto de vida do trabalhador ou de usar o acesso à sua vida particular para objetivos que lhe são estranhos”.

Incorporando as mudanças no arcabouço teórico da Saúde Coletiva, na PNH, a humanização é entendida como o aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos, bem como uma mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho, que se fundamenta na troca e

construção de saberes entre profissionais, no trabalho em equipe e nas necessidades, desejos e interesses dos diferentes atores do campo da saúde.

Entende-se a proposta de humanização como um conjunto de princípios e diretrizes que afirma a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores); o fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; o aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; o estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; a identificação das necessidades sociais de saúde, dos usuários e dos trabalhadores; e o compromisso com a ambiência, com a melhoria das condições de trabalho e de atendimento (DESLANDES; MITRE, 2009, p.642).

Com um referencial ancorado ao pensamento pós-moderno e que tem como base a crítica ao projeto de reforma sanitária e ao pensamento marxista, a PNH vai se afirmando em torno da formulação de um “novo conceito de saúde”, pautado nas noções de cuidado e micropolítica do trabalho em saúde, entre outras, já indicadas neste livro.

Para Souza e Moreira (2008, p.328), o debate da humanização na sociedade atual se encontra diluído em “uma grife, uma marca, que garantiria ou pretenderia garantir a qualidade a quem a utiliza”. Dessa forma, como destacado por Puccini e Cecílio (2004, p.1348), recusa-se a compreensão da

[...] humanização limitada a uma coletânea de ações para a amenização das contradições sociais. Este caminho não difere do movimento da “qualidade total” e não traz nada de novo em relação a ele, acrescentado apenas um toque romântico e sensível no seu proceder.

Nesse movimento, Puccini e Cecílio (2004) destacam que a humanização se colocou ora como complementar, ora em disputa com as proposições direcionadas para a “gestão da qualidade total”. Para os autores, a questão central nesse processo é demarcar os sentidos diferenciados que tais proposições possuem, uma vez que:

O movimento pela humanização é, em última instância, também uma busca pela qualificação da produção ou prestação de serviços, mas delinea-se, na sua implementação, uma força e um potencial de crítica e ruptura com um compromisso mercadológico obrigatório de tudo ou, ainda, com uma normalização institucional tecno-burocrática e à busca obtusa pelo desempenho produtivo (PUCCINI; CECÍLIO, 2004, p.1.344).

Dessa forma, ao se pensar a humanização na saúde, deve-se analisar as demandas por mudanças na área, articuladas com concepções e valores mais gerais da sociedade. Aqui se defende um projeto societário que propõe a construção de uma

nova ordem societária, na qual não haja exploração e dominação de classe, etnia e gênero; que ressalta a democratização com a socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida; que tenha a liberdade como valor ético central e afirme o compromisso com a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais (NETTO, 2006).

Finalidades e projetos comuns, que englobam profissionais, gestores e usuários, são essenciais:

Isto é, novos fins do trabalho em saúde no setor público, sob a ótica do direito social, só encontram sua afirmação democrática com a incorporação do cidadão na definição de projetos, na afirmação do tipo de sociedade que se deseja, na ação política como materialização das possibilidades de gestão de projetos de interesse geral (PUCCINI; CECÍLIO, 2004, p.1.350).

A fundamentação da “desumanização” nos serviços de saúde também deve ser desvelada. Esta tem por base a desumanização entre os homens na sociedade capitalista, fruto da exploração e alienação do trabalho e das relações sociais estranhadas, e não se refere apenas às falhas de atendimento ou às condições de trabalho.

O trabalho humano é uma determinação ontológica fundamental, mas na sociedade capitalista, que tem a lógica da propriedade privada como seu centro, torna-se fundamento de toda alienação. O homem, ao ver o produto do seu trabalho como alheio, não se reconhece como ser genérico e não reconhece os outros homens, ocorrendo a alienação.

Marx (1994) considera a alienação sob dois aspectos. O primeiro se refere à relação que o trabalhador estabelece com o produto do trabalho: o trabalhador o apreende como um objeto alheio, que tem poder sobre ele. O segundo se relaciona com o ato da produção dentro do trabalho: o trabalhador reconhece seu trabalho como alheio, como uma atividade voltada contra ele, que provoca sofrimento, desgaste.

[...] o objeto que o trabalho produz, o seu produto, se lhe defronta como um ser alheio, como um poder independente do produtor. O produto do trabalho é o trabalho que se fixou num objeto, se fez coisa, é a objetivação do trabalho. A realização efetiva do trabalho é a sua objetivação. No estado econômico – político esta realização efetiva do trabalho aparece como desefetivação do trabalhador, a objetivação como perda e servidão do objeto, a apropriação como alienação, como exteriorização (MARX, 1994, p.149).

Segundo Antunes (2005b, p.9), o trabalho como atividade vital é visto como um trabalho alienado, sendo expressão da relação social que se funda na propriedade privada, no capital e no dinheiro:

Alienado frente ao produto do seu trabalho e frente ao próprio ato de produção da vida material, o ser social torna-se um ser estranho frente a ele mesmo: o homem estranha-se em relação ao próprio homem, tornado-se estranho em relação ao gênero humano.

Esse processo é fortalecido pelo “fetichismo do eu” que perpassa pelo individualismo, isto é, uma atitude na qual os indivíduos pensam, desejam, agem, de forma autônoma, estando aparentemente separados uns dos outros (BIHR, 1999).

O autor aponta ainda que, apesar de o trabalho ser o ponto inicial para o processo de humanização do ser social, na sociedade capitalista esse é remetido às barreiras sociais que impedem o desenvolvimento da individualidade e da personalidade humana. O homem se sente estranhado em relação ao produto do seu trabalho, ao processo de produção da vida material, às relações sociais, tornando-se estranho a si mesmo.

A tomada de consciência se torna essencial para o desvelamento desses processos, na perspectiva de realizar uma análise que abranja o conhecimento da realidade concreta e promova caminhos para a desalienação, operando a transformação social e a objetivação do próprio homem.

Adota-se uma concepção de humanização que problematiza as relações sociais estabelecidas na sociedade capitalista e seus processos de alienação e estranhamento.

No âmbito da saúde, essa concepção deve abranger os determinantes do processo saúde-doença, as condições de trabalho e os modelos assistenciais e de gestão; e estar articulada aos fundamentos centrais da política de saúde e à garantia dos princípios e diretrizes do SUS, tendo como referência os ideais defendidos no projeto de reforma sanitária, construído nos anos 1970 (CFESS, 2013e).

Dando prosseguimento a esta discussão, no capítulo 3 será apresentada a incorporação da humanização no âmbito da política de saúde a partir do governo Lula e as novas diretrizes políticas, teóricas e práticas postas para a gestão e o trabalho em saúde. Tal discussão é realizada tendo por base o cenário da política de saúde a partir dos anos 2000 e o fortalecimento da perspectiva mercadológica na área.

CAPÍTULO III

PARA A CRÍTICA DA ATUAL POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE

A humanização se torna política nacional no ano de 2003, com a criação da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde — HumanizaSUS ou Política Nacional de Humanização — PNH. Esta foi lançada durante o XX Seminário Nacional dos Secretários Municipais de Saúde e I Congresso Brasileiro de Saúde e Cultura de Paz e Não Violência, realizado em Natal (RN), em 2003, e apresentada ao Conselho Nacional de Saúde, na 141ª reunião ordinária, nos dias 14 e 15 de abril de 2004 (MORI; OLIVEIRA, 2009).

A PNH foi formulada, segundo seus idealizadores, com o intuito de realizar mudanças no cenário atual da atenção à saúde para suprir lacunas referentes, principalmente, ao trabalho profissional, à relação profissional-usuário e à gestão dos serviços (BRASIL, 2006).

O embasamento para tais propostas foram pesquisas de satisfação dos usuários, realizadas em 1998 e 2002, pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), e uma pesquisa da OMS para avaliação do desempenho de sistemas de saúde no Brasil (2003), as quais apontaram a insatisfação da população com as filas e o baixo acolhimento, sem classificação da gravidade e necessidade; a deficiência do atendimento nas urgências/emergências, com baixa capacidade instalada e sobrecarga de atendimentos de baixa complexidade; e ainda baixa resolutividade da rede básica e assistência especializada insuficiente para rede básica e emergências (TARSO, 2004; CONASS, 2003).

Deslocando do conceito e do debate desencadeado pelo movimento sanitário, a proposta de humanização chega aos anos 2000 focalizada e segmentada por áreas (idoso, mulher) e níveis de atenção, recortando e restringindo o acesso à saúde; vinculada a certas profissões, como a Psicologia e o Serviço Social; reforçada por uma forte característica de gênero; ou ainda orientada pelas exigências do mercado com o foco no cliente e na garantia da qualidade total dos serviços (BENEVIDES; PASSOS, 2005b).

Diante desse cenário, tendo por base o referencial apresentando, este capítulo traz uma análise da PNH com o objetivo de identificar a intencionalidade política que a compõe em tempos de crise do capital e da chamada “crise da saúde”.

Para tal, são destacados os principais eixos da PNH que incidem sobre o debate teórico e o desenvolvimento do trabalho e gestão em saúde, a saber: cuidado em saúde, gestão participativa e cogestão, valorização dos trabalhadores e trabalho em equipe, defesa dos direitos dos usuários, redes e protagonismo dos sujeitos, entre outros.

A análise apresentada indica que a PNH materializa as propostas de flexibilização do projeto de reforma sanitária construído nos anos 1970, incorporando um conceito de saúde que “camufla” as reais condições de vida, trabalho e saúde dos usuários e trabalhadores e contribui para a mercadorização da saúde.

3.1 Humanização em saúde: diretrizes políticas, teóricas e práticas para a gestão e o trabalho em saúde

A PNH é criada em 2003, pelo Ministério da Saúde, em um contexto de efervescência política pela eleição de Lula e com a entrada no quadro do Ministério da Saúde de sujeitos que compuseram o movimento de Reforma Sanitária.¹⁷ A apresentação do HumanizaSUS aponta que este busca colocar em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e das práticas de saúde.

A justificativa para a proposta de tal política se encontra nas debilidades no SUS, já que, apesar dos avanços trazidos com a sua implementação (que possibilitou o acesso à saúde de modo universal, estando pautada em princípios como a integralidade e a equidade), há ainda questões e problemas que necessitam ser respondidos e solucionados. Dentre esses problemas, estão a fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os profissionais, a precária interação entre as equipes, a dificuldade de lidar com a dimensão subjetiva da atenção e o

¹⁷ Importante destacar que, à época do lançamento da PNH, Gastão Wagner de Souza era secretário-executivo do Ministério da Saúde (MS). A PNH ficou alocada na Secretaria Executiva do MS até 2007. Em 2008, passou a fazer parte da Secretaria de Atenção à Saúde do MS, sob o Programa de Promoção da Capacidade Resolutiva e da Humanização da Atenção à Saúde (CONCEIÇÃO, 2009b).

desrespeito aos direitos dos usuários, entre outros, que demandam um olhar mais abrangente sobre a atenção e gestão no SUS.

Assim, a Política Nacional de Humanização propõe uma transversalidade de ações a partir da criação de espaços de troca entre gestores, trabalhadores e usuários de forma horizontal, produzindo um suposto modelo de produção de cuidados, centrado na comunicação e dotado de caráter resolutivo.

Os princípios norteadores da PNH, conforme Brasil (2004b), são:

1. Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão.
2. Estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos.
3. Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade.¹⁸
4. Atuação em rede com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS.
5. Utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços da gestão, na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos.

No âmbito das estratégias gerais para efetivação da PNH, destacam-se aquelas que dizem respeito ao trabalho e à gestão na saúde:

No eixo da gestão do trabalho, propõe-se a promoção de ações que assegurem a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, reconhecendo, fortalecendo e valorizando seu compromisso com o processo de produção de saúde e seu crescimento profissional.

No eixo da atenção, propõe-se uma política incentivadora do protagonismo dos sujeitos, da democratização da gestão dos serviços e da ampliação da atenção integral à saúde, promovendo a intra e a intersetorialidade com responsabilização sanitária pactuada entre gestores e trabalhadores (BRASIL, 2004b, p.11).

Para a operacionalização dos princípios do SUS, é instituído que ocorra 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

¹⁸ De acordo com Brasil (2010b), grupalidade é uma experiência que não se reduz a um conjunto de indivíduos nem tampouco pode ser tomada como uma unidade ou identidade imutável. É um coletivo ou uma multiplicidade de termos (usuários, trabalhadores, gestores, familiares, etc.) em agenciamento e transformação, compondo uma rede de conexão na qual o processo de produção de saúde e de subjetividade se realiza.

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 dessa 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; e a construção de redes solidárias e interativas, participativas e protagonistas do SUS.

Os resultados esperados, segundo o documento da PNH, são a redução das filas e do tempo de espera, com ampliação do acesso; atendimento acolhedor e resolutivo, baseado em critérios de risco; implantação de modelo de atenção com responsabilização e vínculo; garantia dos direitos dos usuários; valorização do trabalho na saúde e gestão participativa nos serviços.

Propondo uma “mudança” na saúde, a Política de Humanização traz o discurso da valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores), a partir de valores como a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2006).

Importante relembrar o contexto político, social e econômico em que a política é proposta e o avanço das críticas realizadas ao projeto de reforma sanitária, apesar de uma das justificativas para a implantação da política ser a defesa do SUS e de seus princípios. Como dito, o tema da humanização se instituiu de fato nos anos 2000, momento de refluxo das propostas de mudanças das práticas de saúde, defendidas pelo movimento sanitário nos anos 1970 e 1980 (BENEVIDES; PASSOS, 2005b).

Pelo contexto social do país e as dificuldades de efetivação dos princípios e diretrizes do SUS, a humanização passa a ser reivindicada no sentido de enfrentar as denúncias de “ações desumanas” e os discursos da urgência de se encontrar respostas para a crise da saúde, identificada por diversos setores como falência do modelo SUS. Por um lado, os usuários reivindicavam a atenção com acolhimento e de modo resolutivo; por outro, os profissionais requeriam melhores condições de trabalho, tendo em vista a precarização/sucateamento de muitos serviços de saúde (BENEVIDES; PASSOS, 2005b). Isso corroborava os críticos da proposta, o que de fato era passível de denúncia eram os modelos de atenção e de gestão instituídos.

No período de 2003-2004, o Ministério da Saúde realizou vários movimentos no sentido de impulsionar a PNH, destacando-se: o Prêmio HumanizaSUS David Capistrano, o Seminário Nacional HumanizaSUS e a criação do Coletivo HumanizaSUS-MS (MORI; OLIVEIRA, 2009).

O Prêmio David Capistrano, instituído por meio da Portaria n. 2046/GM, de 19 de dezembro de 2003, reconhece e valoriza as instituições que se destacam por ofertar práticas de atenção e gestão humanizadas, fomentando um “SUS que dá certo” (MORI; OLIVEIRA, 2009). A primeira edição do prêmio ocorreu em 2004. Já o Seminário teve grande alcance na divulgação entre gestores, trabalhadores e usuários, atores e autores do SUS, contando com a presença de mais de mil participantes. Nesse evento, foram realizadas rodas de conversa, oficinas temáticas e apresentação de trabalhos de experiências de todo país. Por fim, o Coletivo HumanizaSUS-MS foi um grupo composto originalmente por representantes de todas as secretarias do MS, criado com o objetivo de buscar alternativas exitosas no âmbito da PNH.

A partir da instauração da PNH foram desencadeados outros encontros, seminários e debates em âmbito local, regional e nacional para discussão da humanização da saúde. Como exemplo, tem-se a realização de diversas reuniões do Colegiado de Diretores de Hospitais do Rio de Janeiro (2005), para a discussão sobre a PNH; o Seminário da PNH ocorrido em Vitória em 2008; e a criação da rede HumanizaSUS – Rede de Colaboração para Humanização da Gestão e Atenção no SUS.

Destacam-se como iniciativas mais significativas o II Seminário Nacional de Humanização – Trocando Experiências, Aprimorando o SUS (2009), que teve por objetivo socializar as experiências desenvolvidas no SUS durante os cinco anos de implementação da PNH (CONCEIÇÃO, 2009a); e o Seminário de 10 anos da Política Nacional de Humanização (2010), que buscou analisar a trajetória e o papel de suas diretrizes na melhoria da atenção e gestão do SUS (LAPPIS, 2014).

A partir do cenário apresentado e com o intuito de problematizar e desmistificar a discussão em torno da humanização na área da saúde, como assinalado na introdução, identificaram-se algumas temáticas e eixos que são ressaltados como centrais na PNH: *cuidado em saúde, gestão participativa e cogestão, valorização do trabalhador, ambiência, trabalho em equipe, defesa dos direitos dos usuários, redes e protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos.*

Um primeiro elemento valorizado com a PNH é o debate sobre o *cuidado em saúde*. Ao percorrer os diversos documentos da Política de Humanização e o referencial teórico que discute a temática (AYRES, 2005; BENEVIDES; PASSOS, 2005; DESLANDES, 2005; 2004; NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004, entre outros), identificou-se o reforço às “práticas cuidadoras”, ao “cuidado da atenção”, e à “produção do cuidado”.

Merhy (2002) declara que essa incorporação surge da necessidade de uma construção teórica que abranja as singularidades dos processos produtivos na área da saúde, colocando a produção do cuidado como objeto central do processo de trabalho em saúde, o que produziria atos comprometidos com as necessidades dos usuários.

Para Pinheiro e Guizardi (2004), a busca coletiva por cuidado vem sendo mencionada como umas das principais demandas por atenção à saúde pela sociedade brasileira, devido à crise sanitária e ao quadro atual da política de saúde no Brasil.

Nas produções analisadas que debatem o cuidado em saúde, uma linha de argumentação bastante utilizada é a proposta por Pinheiro e Guizardi (2004), que aponta que o cuidado é concebido como uma ação integral que se orienta pelas ações dos outros, as quais podem ser diferenciadas entre atividade racional orientada para determinados fins e atividade comunicacional mediada por símbolos, tendo por fundamento a compreensão da saúde como direito de ser, em seus diversos âmbitos (ser social, ser político, ser cultural etc.). Como citam Pinheiro e Guizardi (2004), direito de ser no sentido proposto por Heidegger como sendo o respeito às diferenças e suas relações com as questões de raça, gênero, etnia, na consideração das pessoas com deficiências ou patologias em suas necessidades específicas ou ainda na garantia do acesso às outras práticas terapêuticas, propiciando ao usuário sua participação nas decisões sobre seu tratamento ou na escolha de tecnologias a serem utilizadas.¹⁹

Apesar de o Cuidado em Saúde ser definido de diferentes formas, o substrato teórico utilizado para a sua análise se encontra em Heidegger, Foucault, Deleuze, Guattari e Habermas. Interessante observar, como já foi abordado, que os autores são críticos

¹⁹ As produções consultadas são, especialmente, do Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade na Saúde (LAPPIS), a saber: Pinheiro e Mattos (Orgs.), 2001; 2003; 2004; 2005; 2006; 2008; Pinheiro e Lopes (Orgs.), 2010; Pinheiro e Silva Junior (Orgs.), 2010; Pinheiro *et al.* (Orgs.), 2007.

da modernidade e, em especial, da razão moderna e suas possibilidades de conhecimento da realidade (e de superação dela).

Heidegger, por exemplo, será o principal expoente do irracionalismo no pensamento burguês na América e na vertente existencialista francesa. Para Lukács (1959), o que marca o irracionalismo é o conteúdo fundamental de repulsa ao marxismo e de afirmação dos preceitos da burguesia reacionária, que geram no homem uma situação de “conforto” perante o mundo.

Nos encontramos aquí con una nota muy importante del irracionalismo: uno de los servicios más señalados que esta filosofía presenta a la burguesía reaccionaria consiste precisamente en ofrecer al hombre cierto “confort” en lo tocante a la concepción del mundo, la ilusión de una libertad total, la ilusión de la independencia personal y la dignidad moral e intelectual, en una conducta que lo vincula en todos y cada uno de sus actos a la burguesía reaccionaria y lo convierte en servidor incondicional suyo (LUKÁCS, 1959, p.19).

Lukács (1959) em *El asalto a La Razón* aponta que o irracionalismo é a resposta mais clara do pensamento reacionário e que se manifesta na luta constante contra o materialismo e o método dialético, sendo uma expressão filosófica da luta de classes. Analisando o caminho filosófico traçado pela Alemanha, de Shelling até Hitler, Lukács considera que o irracionalismo moderno realiza um ataque à ideia de progresso da razão em dois momentos: no primeiro, é realizado um ataque à filosofia idealista e à ideia de progresso da razão sustentada por Hegel; e, no segundo, a crítica é em torno à ideia de progresso sustentada pelo marxismo a partir da Comuna de Paris, sendo Nietzsche o principal expoente dessa ideia. Para Lukács (1959), a diferença central desses momentos é que, no segundo, a crítica se dirige diretamente à concepção de mundo do proletariado, ao socialismo.

No que se refere à Habermas, a sua teoria da razão comunicativa será amplamente utilizada para dar suporte à “atividade comunicacional” necessária para o cuidado em saúde, assim como os símbolos e imagens que derivam dessa relação.

Para Merhy (2004), o objeto central do “processo de trabalho em saúde” deve ser a produção do cuidado para se atingir a cura e a saúde, a partir da produção de atos de saúde comprometidos com as necessidades dos usuários. As tecnologias de relações, os encontros de subjetividades, sobrepõem-se aos saberes tecnológicos estruturados, permitindo a realização de práticas de acolhimento, vínculo, escuta, autonomização. O trabalho em saúde se realiza junto às pessoas (e não sobre coisas

ou objetos), por meio de um encontro entre trabalhador e usuário, em seus espaços intercessores, permeado por suas histórias de vida.

É notório que o cuidado deve permear as ações em saúde em seu sentido mais amplo, perpassando valores humano-genéricos e profissionais que direcionam a intencionalidade e as finalidades dos profissionais que atuam na saúde. No entanto, essa análise não pode ser descolada dos processos reais que perpassam a política e os serviços de saúde, quais sejam: a precarização das relações de trabalho e das relações empregatícias, a despolitização e fragmentação dos direitos sociais, a disseminação de valores da sociabilidade burguesa (como a competição e individualidade), do mesmo modo que também se devem analisar os serviços de saúde como espaços contraditórios, permeados por projetos societários diferenciados, lutas corporativas e estratégias de classe.

Para dar ênfase ao cuidado da atenção, são postos como estratégias o acolhimento, a escuta e o vínculo/responsabilização. Esses elementos são enfatizados na PNH, principalmente a diretriz do acolhimento. Este é definido como a capacidade de acolher as demandas e necessidades como pressuposto básico do contrato entre unidade de saúde/equipes e usuário e sua rede sociofamiliar (BRASIL, 2010a).

De acordo com a PNH, acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva. Para operacionalização do acolhimento, é proposta uma escuta qualificada oferecida pelos trabalhadores às necessidades do usuário, a fim de garantir o acesso oportuno desses usuários a tecnologias adequadas às suas necessidades, ampliando a efetividade das práticas de saúde.

Assim, o acolhimento está disposto da seguinte forma:

Processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde que implica responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde a sua chegada até a sua saída. Ouvindo sua queixa, considerando suas preocupações e angústias, fazendo uso de uma escuta qualificada que possibilite analisar a demanda e, colocando os limites necessários, garantir a atenção integrada, resolutiva e responsável por meio do acionamento/articulação das redes internas (visando à horizontalidade do cuidado) e redes externas, com outros serviços de saúde, para continuidade da assistência quando necessário (BRASIL, 2008a, p.51).

Na bibliografia que aprofunda a discussão sobre o acolhimento (FRANCO *et al.*, 2003; SILVA JUNIOR *et al.*, 2005; CECÍLIO *et al.*, 2003, MERHY, 1997a), este é visto enquanto postura, técnica e princípio de reorientação de serviços, pautado na escuta e no vínculo, com vistas à ampliação do acesso, à humanização do atendimento e à reorganização do processo de trabalho.

No entanto, tendo em vista o cenário de precarização dos serviços de saúde, o acolhimento se torna, muitas vezes, uma estratégia mistificada, na medida em que há dificuldades de os usuários acessarem os serviços ou não há meios e disponibilidade de recursos humanos e financeiros para o usuário ter atendida sua necessidade em saúde.

Importante destacar também que as análises sobre o acolhimento reforçam que a disponibilidade do trabalhador da saúde, para ouvir os usuários e suas necessidades, deve envolver a realidade permeada por desejos, crenças, temores, esperanças e ainda os fatores socioeconômicos que os envolvem (SILVA JUNIOR *et al.*, 2005), configurando esse processo como um encontro de subjetividades (CECÍLIO, 2001) ou como uma relação terapêutica (SILVA JUNIOR; MASCARENHAS, 2004).

Para tal análise, utiliza-se como referência o campo da psicanálise:

Escuta, no campo da psicanálise, ocupa lugar privilegiado, por ser algo relacionado às palavras ditas ou silenciadas. Neste contexto, a escuta não limita seu campo de entendimento apenas ao que é falado, mas também às lacunas do discurso, que são fios de significados a serem trabalhados. [...] Para escutar, também é imprescindível conhecer quem se escuta, quem está falando, como e sobre o que se fala (SILVA JUNIOR; MASCARENHAS, 2004, p.244).

No entanto, os usuários dos serviços públicos de saúde recebem diretamente os rebatimentos das expressões da questão social, isto é, das desigualdades geradas pela sociedade de classes, que reverberam na vida desses sujeitos de distintas formas: moradias precárias, falta de saneamento básico, condições precárias de trabalho etc. O acolhimento pode se fazer dispositivo de alteração de práticas em saúde quando se acolhe a miséria, a fome, a dor, a violência, além de haver mecanismos efetivos para encaminhamento dessas necessidades (CASTRO, 2009).

Souza e Mendes (2009), avançando no debate em torno dos entraves ou problemas de compreensão da PNH, sinalizam que há uma tendência de uma parcela de gestores, profissionais de saúde e usuários de entender a

[...] apropriação dos processos de trabalho em saúde apenas ou, sobretudo, em função: da garantia administrativa/burocrática do direito de acesso aos serviços de saúde (número de vagas e de leitos, quantidade de profissionais, disponibilidade de tecnologias, de procedimentos etc.); da melhoria do acolhimento formal ao usuário (polidez, informações mais claramente transmitidas, ambiente físico mais bem higienizado, mobiliado e arrumado etc.); melhor capacitação técnica dos profissionais; rapidez no atendimento, etc. (SOUZA e MENDES, 2009, p.683).

Longe de negligenciar esses aspectos, entende-se que relações solidárias, ações de responsabilidade, vínculo, escuta e acolhimento são importantes na prática em saúde. No entanto, esses elementos não podem ser tomados esvaziados de uma análise crítica dos serviços de saúde e das dificuldades de se viabilizar essa “perspectiva cuidadora” em um contexto de relações “desumanizadas” e de condições materiais precarizadas. Essas atitudes, postas como conduções individuais dos profissionais, esvaziam o caráter político e histórico do processo saúde/doença.

A *gestão* é outro eixo estratégico disposto na PNH. Como visto, a partir dos anos 1990, é dado enfoque à construção de “novos modelos de gestão”, vinculados a estratégias construídas no setor privado, para fomento do mercado.

Correia (2011) aponta que, na área da saúde, os “novos modelos de gestão” são introduzidos por meio de uma lógica privatista que induz à criação das OSs, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) e Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs). A autora expõe como argumentos contrários a esses “novos modelos de gestão” o fato de integrarem o processo de contrarreforma do Estado brasileiro, privatizarem os serviços públicos, ameaçarem os direitos sociais, contrariarem a legislação do SUS, prejudicarem os trabalhadores, limitarem o controle social e propiciarem o desvio de recursos públicos.

Dentro desse campo, é dado destaque às estratégias da *gestão participativa e da cogestão*. Na PNH, estas são colocadas como centrais para o desenvolvimento da humanização em saúde. Essas estratégias se realizam por meio da

[...] inclusão de novos sujeitos nos processos de análise e decisão quanto a ampliação das tarefas da gestão – que se transforma também em espaço de realização de análise dos contextos, da política em geral e da saúde em particular, em lugar de formulação e de pactuação de tarefas e de aprendizado coletivo (BRASIL, 2004, p.1).

Para tal, a PNH aponta como dispositivos os espaços coletivos de gestão, que permitam o acordo entre necessidades e interesses de usuários, trabalhadores e gestores; e os mecanismos de participação de trabalhadores e usuários, como:

colegiados gestores, mesas de negociação, contratos internos de gestão, câmara técnica de humanização (CTH), grupo de trabalho de humanização (GTH) e gerência de porta aberta, entre outros (BRASIL, 2008a).

Para Rios (2009, p.257-258), essas estratégias devem ser utilizadas no sentido de propiciar:

- a criação de espaços de discussão para a contextualização dos impasses, sofrimentos, angústias e desgastes a que se submetem os profissionais de saúde no dia-a-dia pela natureza de seu trabalho;
- o pensar e decidir coletivamente sobre a organização do trabalho, envolvendo gestores, usuários e trabalhadores em grupos com diversas formações;
- a criação de equipes transdisciplinares efetivas que sustentem a diversidade dos vários discursos presentes na instituição, promovendo o aproveitamento da inteligência coletiva.

Apesar de se considerar importante a abertura de canais de participação para trabalhadores e usuários, tal concepção se afirma nas propostas de gestão participativa, elaboradas a partir dos anos 1990, que visam à busca por respostas criativas para problemas que envolvem escassez de recursos e que podem ser resolvidos por meio do estímulo ao potencial produtivo e à participação cidadã (SOUZA FILHO, 2010). Na cartilha do HumanizaSUS, é destacado que, com os mecanismos de gestão participativa e cogestão,

[...] a implementação das diretrizes do SUS estará assegurada e será possível, ao mesmo tempo, garantir motivação, estímulo à reflexão e aumento da autoestima dos profissionais, bem como o fortalecimento do empenho no trabalho, a criatividade na busca de soluções e o aumento da responsabilidade social. Pressupõe, também, interação com troca de saberes, poderes e afetos entre profissionais, usuários e gestores (BRASIL, 2007, p.10).

Santos-Filho e Barros (2007), relatando algumas experiências de assessoria à CTH e GTA, destacam a importância de tais dispositivos para a construção de redes e suporte aos trabalhadores, uma vez que estes devem se tornar multiplicadores da PNH, constituindo-se sujeitos comprometidos com a mudança nos modos de atender e gerir o trabalho em saúde. Assim,

[...] os membros da CTH precisam conversar com os trabalhadores de sua Unidade, discutir o plano, ver modos de implementá-lo, apresentar as propostas, negociar prazos, trabalhar os indicadores e, principalmente, estimular a construção coletiva do trabalhador (SANTOS-FILHO; BARROS, 2007, p.208).

Os exemplos analisados indicam que as estratégias propostas pela PNH para uma gestão “participativa” enfatizam elementos que enfocam a subjetividade do trabalhador e forjam a ideia de autocontrole, determinado pela autonomia e criatividade do trabalhador.

Na análise, realizada por Souza (2012), dos pôsteres apresentados no II Seminário de Humanização, é possível visualizar que as ações provenientes dos GTHs e demais estratégias participativas têm sido voltadas para:

[...] minimizar tensões; valorização da comunicação como ferramenta para criação de vínculo; escuta individual, terapia ocupacional; atividades para diminuição da ansiedade; atividades para elevação de autoestima, mobilização de afetos; método de roda nas reuniões de equipe; “hotelzinho do amor”; “mãos de fada”, onde auxiliares e técnicos de enfermagem tornam-se professoras que ensinam e estimulam a prática do bordado e crochê etc. (SOUZA, 2012, p.9).

Além do enfoque subjetivo e ações paliativas e caritativas, conforme já assinalado, a adesão ao trabalho pelo incentivo à criatividade, à autonomia e ao engajamento no processo de trabalho, e a criação de formas de adesão que convençam o trabalhador da importância de sua cooperação são próprios da nova cultura empresarial advinda da reestruturação produtiva que se apropria dos princípios da cooperação, solidariedade, criatividade e participação (SOUZA, 2011).

De fato, o que ocorre é que as políticas ditas “participativas” conferem

[...] uma aparência de democratização das relações de poder nos espaços produtivos, ao mesmo tempo em que atrelam condições de trabalho, emprego e salariais ao cumprimento de metas de produtividade (JINKINGS, 2002, p.9).

Tais propostas procuram a adesão do trabalhador e usuários à responsabilização pela política de saúde e à definição dos “rumos da política”. Como exposto, tais estratégias têm a sua fundamentação nas novas formas de controle e gestão do trabalho, desencadeadas pela reestruturação produtiva, que trouxe para o centro do debate a busca pela qualidade dos serviços pautada em uma lógica de mercado, que pressupõe a competitividade, a flexibilidade, a excelência e a produtividade.

Outro elemento interessante, no âmbito da gestão da PNH, refere-se aos recursos financeiros para efetivação da política. Conceição (2009b, p.84) esclarece que, apesar de ser instituída enquanto uma política transversal, a PNH não conta com

um aporte de recursos para estruturação das ações e serviços no âmbito do SUS, isto é, “não há um repasse fundo a fundo para que as secretarias de saúde realizem atividades ou estruturam ‘serviços de humanização’”.

Como exemplo, a autora apresenta que, no Plano Plurianual (PPA) de 2004-2007, foi criado o programa de “Investimento para a humanização e ampliação do acesso à atenção à saúde”, com distribuição de várias ações orçamentárias. No entanto, não houve recursos diretos para finalidades exclusivas da PNH, sendo o investimento maior no âmbito da humanização destinado ao QualiSUS e ao Cartão Nacional de Saúde.

O novo patamar gerencial incorporado pela administração pública faz com que ainda prevaleçam direcionamentos para o trato com a política pública com base em formulações respaldadas na lógica de mercado e que desenvolvem uma prática ideológica dos modos de gestão e controle do trabalho dos ambientes produtivos.

Dessa forma, pensar em modelos e estratégias humanizadas de gestão na saúde deve atender aos seguintes requisitos: permitir a adoção de soluções de acordo com a diversidade do território nacional, respeitando as realidades locais, regionais e estaduais; atender às necessidades individuais e coletivas, respeitando as diferenças de gênero, idade e raça; garantir serviços humanizados, com qualidade e resolutivos, em todos os níveis de atenção, entendidos como direito de cidadania; adotar o modelo de vigilância à saúde e a territorialização em sua estruturação; e serem flexíveis, permitindo implantar, de forma integrada, práticas alternativas de atenção à saúde (CEBES, 1980).

Nesse processo, uma estratégia destacada pela PNH é a *valorização do trabalhador*. Esta é posta como diretriz e sua importância se justifica pela necessidade de dar visibilidade à experiência dos trabalhadores e incluí-los no processo de tomada de decisões para qualificar os processos de trabalho (BRASIL, 2010b).

Em diversos pontos da política, ressaltam-se a necessidade de haver condições e ambientes de trabalho adequados e a centralidade do trabalhador no processo, na relação com o usuário, além de sua responsabilização na garantia da qualidade dos serviços prestados.

Ao mesmo tempo em que a PNH dispõe sobre esse processo, tem-se o Relatório n. 36601-BR, do Banco Mundial, de 2007, que apresenta uma pesquisa e a análise da gestão de recursos humanos nos serviços públicos de saúde, levantando diversos elementos que indicam uma lógica mercadológica para o trato dos

trabalhadores da saúde, como também um ataque às garantias legais dos servidores públicos, o que vai ao encontro dos direcionamentos assumidos a partir da reestruturação produtiva de ofensiva ao trabalho.

O tom do relatório é de que há um peso significativo com gasto de pessoal no orçamento total da saúde no Brasil e, por isso, é necessária uma agenda de reformas para que “a força de trabalho na área da saúde forneça assistência de qualidade a custos razoáveis” (BANCO MUNDIAL, 2007, p.56).

Essas reformas passam pela necessidade de monitorar o desempenho de pessoal e responsabilizá-los pelos seus atos, aumentar a flexibilidade na gestão dos recursos humanos (contratação, demissão) e ampliar o uso de técnicas e instrumentos sofisticados de gerenciamento.

No “resumo da avaliação” realizada pelo Banco Mundial, o problema de recursos humanos na área da saúde pública no Brasil se concentra em dois campos. O primeiro trata da legislação que governa o setor público, sendo necessário reformá-la, pois é “rígida, permitindo pouca flexibilidade na contratação, demissão ou no oferecimento de incentivos para o desempenho” (BANCO MUNDIAL, 2007, p.60).

O segundo se refere ao campo da gestão, já que há práticas inadequadas e ausência de gerenciamento, o que leva à composição ineficiente do quadro de profissionais, alocação inadequada e ineficiente de pessoal frente às necessidades ou demandas, ausência de sistemas efetivos de incentivos e de avaliação de desempenho e de possibilidade de ascensão profissional, além de treinamento e capacitação de pessoal sem foco definido e sem avaliação de impacto.

Esses recursos humanos, porém, são mal administrados. O controle de pessoal é fraco, com pouca supervisão das horas de trabalho e do absenteísmo, resultando numa força de trabalho real menor do que a nominal. Mesmo quando os funcionários estão presentes muitos tem baixa qualificação e motivação. A estrutura de incentivos desestimula a produtividade e a eficiência. [...]. Maior responsabilidade pela prestação de contas, controle e treinamento e uma estrutura de incentivos que motiva a eficiência, podem alavancar os recursos humanos existentes a proporcionar mais serviços com uma qualidade de atendimentos maior aos pacientes (BANCO MUNDIAL, 2007, p.60).

No relatório,

A responsabilização é o conceito chave que capta a responsabilidade dos atores e as consequências que serão enfrentadas por eles com base em seu desempenho. Isso significa que um desempenho ruim é sancionado e um bom desempenho é recompensado para promover qualidade e impacto (BANCO MUNDIAL, 2007, p.i).

Em conformidade com os direcionamentos gerenciais propostos no âmbito da qualidade total, vê-se que a responsabilização atribuída indica a penalização do trabalhador em caso de não realização de um trabalho *eficiente e com qualidade*, sem uma análise mais profunda das condições de trabalho e da lógica fragmentada da política de saúde, que traz inúmeros desafios para os trabalhadores da saúde. A lógica impregnada é gerencial e conforme as orientações de mercado.

No entanto, o trabalhador tem responsabilidades que lhe são atribuídas pelos contratos de trabalho e, mais ainda, pelos projetos e códigos de ética das diferentes profissões, que devem ser seguidos, apesar do contexto apresentado.

Perante esse tensionamento, é necessário que o trabalhador analise as condições objetivas para a realização do seu trabalho e defina as finalidades, os meios e possibilidades de realização de sua ação, bem como os possíveis resultados (GUERRA, 2002), a partir de uma leitura crítica da realidade, que confronte os distintos projetos em curso para a área da saúde e articule também formas de resistência a esse processo.

Diferentemente dessa lógica, na PNH há a articulação do debate entre valorização/responsabilização/autonomia do trabalhador. Nos documentos da PNH, o trabalho em saúde é caracterizado como um

conjunto de fenômenos que caracterizam o ser vivo” e os trabalhadores são “convocados a criar, a improvisar ações [...]. A atividade do trabalho, [...] é submetida a uma regulação que se efetiva na interação entre os trabalhadores da saúde, numa dinâmica intersubjetiva. Somos gestores e produtores de saberes e novidades” (BRASIL, 2008a, p.68).

Tais colocações encontram respaldo teórico nas análises de Merhy (1997c) e Campos (1997b; 2000b). Para esses autores, o usuário de um serviço de saúde, quando o procura, está atrás do consumo de ações que irão auxiliá-lo para que sua saúde seja restabelecida. Essa troca “permite o acesso a algo que para ele tem um valor de uso por produzir um ‘bem’ [...] cuja finalidade é mantê-lo vivo e com autonomia para exercer seu modo de caminhar a vida” (MERHY, 1997c, p.87).

Imbuído dessa reflexão, Merhy (1997c) aponta que o trabalho em saúde possui características muito específicas, pois o consumo pelo usuário ocorre no mesmo momento da produção da ação. Por esses fatos, o autor considera que o processo de trabalho em saúde não ocorre de modo idêntico ao do mundo produtivo das fábricas, pois as ações em saúde são menos estruturadas e estão constantemente diante da

relação trabalhador/usuário — espaço que potencializa o trabalho vivo em ato e o jogo das necessidades em saúde. Campos (1997b), por sua vez, afirma que, se o objetivo final é a produção da saúde, centrada em uma perspectiva cuidadora, a organização do trabalho é centrada no trabalho em equipe, na humanização da assistência e na ética da responsabilidade.

Como já assinalado, pode ser visto que os autores se utilizam de categorias e conceitos da economia política, ressignificando-os, realizando abstrações entre a esfera da produção e a de serviços, para analisar o “trabalho em saúde”.

Para Merhy (1997b), os trabalhadores devem se responsabilizar pela qualidade da assistência que ofertam, produzindo um compromisso cotidiano com o cuidado e devem também colocar sua sabedoria e tecnologia a serviço do usuário, primando por uma “cidadanização” da assistência à saúde, construindo a dignidade do trabalhador e do usuário.

É nesse contexto que é posto que, no trabalho em saúde, a autonomia do trabalho vivo *seria bem ampla*, pois as ações se configuram em processos de intervenção em ato e necessitam de respostas no momento da sua execução (MERHY, 1997c; 1997d).

O entendimento de Merhy (1997c) pode ser confrontado, tendo em vista que o assalariamento, a autonomia do profissional, é relativa, pois o trabalho do profissional é sempre perpassado por processos de correlação de forças, por pressões políticas e por negociações que vislumbram a realização de um trabalho de qualidade (CASTRO, 2009).

Iamamoto (2006, 2008), ao realizar uma análise sobre a autonomia profissional do assistente social, fornece elementos importantes para esta reflexão. De acordo com a autora, a autonomia profissional é tensionada pelas exigências dos empregadores quanto aos propósitos, demandas e regulamentações específicas sobre o exercício e organização do trabalho; pelas funções e atribuições; pela política de gestão da força de trabalho; e ainda por determinações contratuais (salário, jornada). Assim, as relações estabelecidas com os sujeitos sociais que contratam o profissional irão determinar as necessidades sociais que o trabalho deve responder, delimitar a matéria sobre a qual incide o trabalho e interferir nas condições em que se operam os atendimentos (IAMAMOTO, 2008).

Nesse sentido, a autonomia profissional é sempre tensionada pelas requisições do empregador e os projetos profissionais.

Ao se negligenciar as relações sociais por meio dos quais se dá a realização da atividade profissional, considerando apenas a qualidade do trabalho, corre-se o risco de resvalar a explicação para uma análise a-histórica (IAMAMOTO, 2007, p.216).

Em contraposição a essa discussão, vê-se que os apontamentos expressos na PNH sobre a autonomia são estranhos à perspectiva de totalidade social e são descartadas as mediações que envolvem as necessidades sociais, os interesses econômicos, políticos e culturais e as possibilidades de escolha dos indivíduos sociais, que são determinadas diretamente pela sociedade de classes, por necessidades e interesses contraditórios que atendem projetos societários distintos.

É possível observar o afastamento dos elementos que perfazem o trabalho em saúde, englobando a organização social da produção dos serviços, as organizações corporativas, os projetos profissionais coletivos, as políticas de saúde e as relações estabelecidas entre os conhecimentos, instrumentos e o trabalhador (SCHRAIBER; MACHADO, 1997).

No que toca à ênfase nos sujeitos, é necessário deixar claro que as dimensões mais amplas, congregadas à própria diversidade dada pelas condições e relações de trabalho, como infraestrutura, salários, vínculos, direitos, burocracia excessiva, repercutem diretamente na realização do trabalho em saúde. Essa colocação deve ser referência de análise, para que os trabalhadores não sejam culpabilizados por fracassos e desinteresses, como se as dificuldades e problemas fossem causados por debilidades individuais (PEREIRA, 2007). A saúde, enquanto uma política social, está inserida no processo de desenvolvimento do capital, nas formas de acumulação de riquezas, no movimento das forças sociais e no processo de intervenção do Estado. Dessa forma, o desenvolvimento do trabalho é mediado por condições objetivas postas por esses processos.

O trabalho em saúde deve ser direcionado pela socialização de informações, garantias, defesa e busca pela ampliação de direitos, coletivização de demandas, educação, prevenção, promoção e vigilância em saúde, defesa do acesso e qualidade dos serviços prestados. Esses direcionamentos apontam para ações pautadas na lógica do direito e não do favor, tendo como orientação os princípios do SUS e o reforço da cidadania.

O debate sobre as condições de trabalho adequadas vem acompanhado da discussão sobre a *ambiência*, posta como uma diretriz da PNH. Essa temática

também é derivada do modelo japonês de qualidade total, a partir de uma proposta de “ambiência organizacional” que valorize as relações intersubjetivas, como pode ser visto nas análises de Freitas *et al.* (2013, p.655):

Na PNH, o ambiente é um elemento importante e a ele a política dedica especificamente três dispositivos que trazem este conceito no centro das proposições: o acolhimento com classificação de risco, a ambiência e os projetos cogерidos de ambiência. O discurso da humanização defende o ambiente como um espaço de interação entre sujeitos, bem como ferramenta facilitadora do processo de trabalho, em que devem ser garantidos o direito à privacidade e o respeito à individualidade, possibilitando a produção de subjetividades.

De acordo com a PNH, ambiência é criar espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade e provoquem mudanças no processo de trabalho.

No entanto, essa proposta passa não por modificações que gerem de fato condições dignas de trabalho, que incluam a garantia de um conjunto de recursos humanos e materiais, bem como contratos, remuneração, plano de carreira, estabilidade e jornada de trabalho que proporcionem condições de vida adequadas aos trabalhadores; mas por uma discussão sobre projeto arquitetônico, reformas e uso de espaços utilizados por trabalhadores e usuários.

O conceito de ambiência advém da arquitetura e implica em “ferramenta facilitadora de mudança no processo de trabalho” (BRASIL, 2010b, p.125), envolvendo três eixos: o espaço que visa à confortabilidade, valorizando elementos como cor, cheiro, som, iluminação, morfologia; o espaço que visa à produção de subjetividades, isto é, encontro entre sujeitos que gerem ação e reflexão do processo de trabalho; e o espaço como ferramenta facilitadora do processo de trabalho, favorecendo a otimização de recursos, o atendimento humanizado e a reflexão sobre os processos de trabalho.

Contudo, esses elementos se secundarizam na medida em que há um quadro de tensão nos serviços de saúde, gerado pelo contexto de superlotação, falta de recursos, serviços precários, aumento da demanda pelos serviços x ações focalizadas e descontínuas, como também condições de trabalho que têm levado ao adoecimento dos trabalhadores, tendo em vista o estresse e o desgaste físico causados pela exploração no trabalho, as perdas salariais, a necessidade de duplicação de jornada de trabalho para ampliação de ganhos, entre outros problemas.

Casate e Corrêa (2005, p.107) ressaltam a “dificuldade na conciliação da vida familiar e profissional” e “o contato constante de pessoas sob tensão gerando ambiente de trabalho desfavorável”

A lógica mercadológica da ambiência pode ser vista também a partir do seu enfoque dentro do Programa Quali-SUS Rede, elaborado em cooperação entre o Banco Mundial e o Ministério da Saúde, que no seu termo de referência n. 42 dispõe que deve ser considerada a integralidade na atenção à saúde, sem desrespeitar a lógica da economia de escala na produção de serviços especializados.

A ambiência é reforçada a partir da abertura de cursos para profissionais de arquitetura e engenharia, com o discurso de apoiar processos de mudança nas organizações assistenciais à saúde, articulando conceitos e tecnologias advindas da análise institucional e da gestão.

Apesar de o discurso oficial sobre a ambiência apontar a necessidade de ir além da questão estética dos espaços (da pintura, da confortabilidade, ventilação), centra-se no problema do espaço físico, da possibilidade de esse, por si só, propiciar “encontros subjetivos”, sem problematizar as reais condições de trabalho, o enfoque no modelo biomédico e na especialização, que tem rebatimentos diretos na possibilidade de esses espaços se tornarem de fato humanizados e transformadores das ações de saúde.

Dessa forma,

[...] é necessário interrogar se os trabalhadores de saúde estão em condições de garantir um atendimento, um cuidado orientado pela perspectiva política crítica da humanização. Tal preocupação se concretiza no fato de que, quase sempre, tais trabalhadores se encontram inseridos em processos de trabalho muito precários em decorrência de baixos salários, realização de dupla e, até mesmo, tripla jornada, sobrecarga de trabalho devido ao *déficit* ou insuficiência de pessoal e de recursos materiais em qualidade e quantidade, alta carga de estresse, em função da tensão provocada, seja pelas chefias superiores como pelos próprios usuários, sobre quem está na *ponta* do sistema (SOUZA; MOREIRA, 2008, p.333).

Outro elemento bastante enfatizado pela política é o *trabalho em equipe*. Este é posto como o momento em que serão realizadas trocas solidárias e comprometidas com a produção da saúde e projetos terapêuticos comuns. Longe de negar que o trabalho em equipe é essencial para qualquer processo de trabalho, há um alinhamento da perspectiva proposta pela PNH aos direcionamentos oriundos da

qualidade total, a partir do estímulo ao comprometimento e responsabilização do trabalhador.

A indução ao trabalho em equipe não pode ser realizada sem problematizar o modelo que direcionou historicamente o trabalho e a formação acadêmica na área da saúde, implicando em uma visão individualista, desconectada do contexto social e particular, centrado no enfoque biológico, nas tecnologias convencionais de uso de equipamentos e máquinas, que resultam em uma abordagem ao usuário fragmentada e mecanicista. Esse modelo, que vem sendo perpetuado nas instituições formadoras e nos serviços da área da saúde, segmenta saberes e indivíduos (CASTRO, 2009).

O trabalho em equipe deve ser reforçado como um caminho para o atendimento mais amplo das necessidades dos usuários, a partir da formulação de projetos assistenciais comuns, que articulem as contribuições que as diversas áreas que compõem a saúde podem fornecer, a partir de seus conhecimentos específicos.

O trabalho em equipe pode ser definido como

[...] o trabalho que se compartilha, negociando-se as distintas necessidades de decisões técnicas, uma vez que seus saberes operantes particulares levam a bases distintas de julgamentos e tomadas de decisões quanto à assistência ou cuidados a se prestar [...]. A integração dos profissionais, trabalhadores de uma mesma equipe, pressupõe, sem dúvida, compartilhar informações, referidas não apenas aos usuários dos serviços, mas à população potencialmente usuária em geral, o que é uma referência mínima no sentido da construção de projetos assistenciais comuns (SCHRAIBER *et al.*, 1999, p.233-234).

Outro elemento que traz dificuldades para a realização do trabalho em equipe, apesar da indicação da PNH, é a permanente centralidade na figura do médico. Partindo da compreensão de que as necessidades de saúde possuem uma expressão múltipla — social, psicológica, biológica e cultural — e que tanto o conhecimento quanto as intervenções sobre o processo saúde-doença fazem parte de um intenso e complexo processo de múltiplas determinações, nenhum sujeito isolado pode realizar a totalidade das ações em saúde que são apresentadas por usuários individuais ou coletivos (SCHRAIBER *et al.*, 1999).

Um exemplo do tensionamento em torno dessa questão pode ser demonstrado pelo debate em torno do Ato Médico, como ficou conhecido o Projeto de Lei n. 268 de 2002, que define o exercício da medicina. Tal projeto tramitou pelo congresso por mais de 10 anos e foi aprovado pelo Senado Federal em 18 de junho de 2013, sob forte manifestação de diversas categorias profissionais que compõem a área da saúde.

Esse ato traz em seu conteúdo propostas que ressaltam a centralidade da figura do médico, ataca a autonomia das outras profissões da saúde e traz entraves para o trabalho multidisciplinar (CFESS 2013a; 2013b; 2013c; 2013d).

No enfrentamento ao projeto de lei, o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) destacava que, se sancionado, o ato médico levaria ao cerceamento do “livre acesso da população aos/às profissões de saúde, bem como à autonomia do exercício das demais profissões [...], já que impõem uma hierarquização e uma maior burocratização do acesso aos serviços de saúde” (CFESS, 2013b, p.1), ao condicionar à autorização do acesso aos serviços à categoria médica.

Dessa forma, seria o retorno a

[...] um modelo falido de atenção à saúde, centrado no atendimento clínico, individual, medicamentoso, e hospitalocêntrico, o qual não encontra respaldo nem nos organismos internacionais de saúde, nem na legislação brasileira e representa um desrespeito com o direito à saúde conquistado pela população brasileira (CFESS, 2013b, p.1).

Apesar de o projeto ter sido sancionado em 11 de julho de 2013, seus pontos mais polêmicos, que feriam as outras profissões e atacavam o trabalho multidisciplinar no SUS, foram vetados pela presidente Dilma Rousseff. Não obstante, tal cenário aponta um retrocesso em torno dos princípios e diretrizes defendidos para o trabalho no SUS e confronta diretamente o conceito ampliado de saúde. As diversas categorias profissionais que compõem a área da saúde possuem saberes e responsabilidades diferenciadas que, articuladas, são fundamentais para a realização dos serviços em saúde e para a saúde dos usuários.²⁰

Como pode ser visto, além das condições e do ambiente de trabalho que se encontram precarizados, somam-se a especialização, a medicalização e a formação particularizada, que são cultuadas até o presente e têm solidificado a hegemonia da profissão médica. Esse fato dificulta o desenvolvimento do trabalho cooperativo e reduz o potencial de absorver as contribuições científicas e operativas das outras profissões de saúde. A aceitação desses conhecimentos, quando acontece, é ainda marcada por reconhecimentos pontuais (CASTRO *et al.*, 2011).

É necessário retomar os princípios da reforma sanitária que traz um novo patamar civilizatório impregnado por uma grande transformação cultural, política e

²⁰ O projeto foi sancionado em 11 de julho de 2013, mas sofreu vetos pela presidente Dilma Rousseff nos principais pontos que feriam as outras profissões e atacava o trabalho multidisciplinar no SUS.

institucional que coloque a saúde como bem público e que tenha como princípios: ético-normativo: a saúde como parte dos direitos humanos; científico: a determinação social do processo saúde-doença; político: a saúde como direito universal inerente à cidadania em uma sociedade democrática; e sanitário: proteção integral à saúde — promoção, cura e reabilitação (FLEURY, 2009a).

Outra diretriz da PNH é a *defesa dos direitos dos usuários*. No Manual da PNH, está disposto que os usuários de saúde possuem direitos garantidos por lei e os serviços de saúde devem incentivar o conhecimento desses direitos e assegurar que eles sejam cumpridos em todas as fases do cuidado, desde a recepção até a alta. Nesse âmbito, a chamada ética é ressaltada, destacando que os profissionais devem estar comprometidos com a ética na saúde e com a defesa da vida (BRASIL, 2010b).

Dessa forma, todos os usuários teriam direito a uma equipe de saúde, a informações sobre sua saúde e também de decidir sobre o compartilhamento de informações com a sua rede social. É proposto um “cuidado humanizado” que evolui atitudes, conhecimentos e procedimentos.

Atitude de respeito à diferença; ética a fim de prover melhor beneficência, respeitando a potencial autonomia do sujeito; de empatia ao sofrimento vivido; e de acolhimento a quem sofre. *Conhecimentos* de diversas ordens (biomédicos, humanísticos e de gestão) direcionados da maneira mais eficaz possível à produção de alívio, cura ou melhor condição terapêutica. E, finalmente, um conjunto de *procedimentos* que operacionalizam estes conhecimentos voltados ao mesmo fim, envolvendo tecnologias apropriadas e distintas segundo as necessidades de cada paciente (DESLANDES, 2007, p.392, grifos do autor).

Segundo Deslandes (2007), o cuidado humanizado se alinha a um conjunto de “valores”: de defesa da vida (CAMPOS, 2005), de busca de felicidade (AYRES, 2005), de comunicação entre sujeitos (DESLANDES, 2004) e de cidadania (BENEVIDES; PASSOS, 2005b).

Para Ayres (2005, p.550), a humanização pode ser genericamente definida como “um compromisso das tecnociências da saúde, em seus meios e fins, com a realização de valores contrafaticamente relacionados à felicidade humana e democraticamente validados como Bem comum”. Deslandes (2004) compreende que a capacidade comunicativa é fundante da assistência humanizada. Nesse sentido, no projeto de humanização se vislumbra uma nova ética, ancorada no princípio da linguagem e da ação comunicativa. Segundo Benevides e Passos (2005, p.406), a humanização é um conceito-experiência que, ao mesmo tempo, descreve, intervém e

produz a realidade nos convocando para mantermos vivo o movimento a partir do qual o SUS se consolida como política pública, política de todos, política para qualquer um, política comum.

Desse modo, há uma ênfase em um discurso ético muito próximo aos pressupostos da qualidade total, reforçando aspectos comunicacionais e de elevação do bem-comum, que ora enfatiza uma ética dentro dos limites da sociedade atual, ora fortalece uma interpretação romântica ou humanista da humanização.

A ética e os valores que a envolvem não são analisados a partir da totalidade social e são descartadas as mediações que envolvem as necessidades sociais, os interesses econômicos, políticos e culturais e as possibilidades de escolha e determinação dos indivíduos sociais, que são postas diretamente na sociedade de classes, por necessidades e interesses contraditórios, que atendem projetos societários distintos.

Quando se fala do debate ético, Souza (2010) aponta que, no pensamento marxiano, a ética

[...] implica a elevação do indivíduo ao gênero humano, ou seja, à esfera universal. A ética requisita a emancipação plena do homem da sociedade burguesa, ou seja, que conquiste a verdadeira liberdade. O alcance ético pelo gênero humano é, portanto, incompatível com os valores e com a moral burguesa que preside a sociedade capitalista (SOUZA, 2010, p.226-227).

No entanto, em um contexto de crise do capital, em que as disparidades econômicas, políticas, sociais e culturais entre as classes sociais estão cada vez mais acirradas, a construção de formas concretas de efetivação de valores éticos se torna central. “Esse é um processo que se faz na busca cotidiana de luta pela liberdade, pelo acesso à vida, ao trabalho, à dignidade, à participação, à justiça, à democracia, aos direitos humanos, dentre outros” (SOUZA, 2002, p.123).

Tal processo se torna essencial, uma vez que o cotidiano, impregnado da sociabilidade burguesa, tem-se ocupado de prescrições moralistas, que incentivam o senso comum a preservar os seus preconceitos e sedimentam uma alternativa social conservadora (BARROCO, 2009).

No campo da ética profissional, Barroco (2009, p.181) aponta que, nos limites da sociedade burguesa, na relação com os usuários:

A ética profissional se objetiva através de ações conscientes e críticas, do alargamento do espaço profissional, quando ele é politizado – o que implica no compartilhamento coletivo com outros profissionais e no respaldo das entidades e dos movimentos sociais organizados. Isso torna possível uma ação ético-política articulada ao projeto coletivo, adquirindo maiores possibilidade de respaldo nos momentos de enfrentamento e de resistência.

Por isso, a necessidade de efetivação de uma responsabilidade ética, uma vez que os trabalhadores, a partir de sua intencionalidade, são os principais sujeitos nas escolhas e posicionamentos no âmbito do trabalho.

Em contraposição a essa lógica, na PNH não há de fato uma reflexão ética que permite a crítica à moral dominante pelo desvelamento de seus significados sócio-históricos, possibilitando a desmistificação de valores postos pela sociabilidade burguesa, como o preconceito, o individualismo, o egoísmo etc.

Não se pode afirmar, assim, que os elementos éticos postos pela PNH conduzem a uma resposta consciente dos profissionais na intervenção profissional — que se dá nas contradições da realidade social (BARROCO, 2008). Ao contrário, os elementos éticos incidem na justificação do real e no direcionamento de uma ação humanizadora que tem um fim em si mesmo.

A *Carta dos direitos dos usuários*, por exemplo, é apresentada como principal referência ética e de defesa dos direitos dos usuários. Esta tem como princípios, entre outros: o acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde; o tratamento adequado e efetivo para seu problema; o atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação.²¹

Tais direitos são vistos a partir da sua perspectiva jurídico-formal e não em suas contradições e possibilidades de ampliação, a partir da articulação dos movimentos sociais populares. Vasconcelos (1997) pondera que a existência de um direito social não determina que se tenha o acesso a ele como tal e, dependendo da forma como é usufruído, pode ser transformado em um objeto de favor, doação, troca e controle. Por isso, nem sempre o direito formal se transforma em direito real.

Há ainda o desconhecimento dos direitos por parte dos próprios usuários e, por isso, deve haver de fato o desenvolvimento de um trabalho articulado com as

²¹ A Portaria GM n. 675, de 30 de março de 2006, aprova a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. Uma nova versão da carta foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, em sua 198ª Reunião Ordinária, realizada no dia 17 de junho de 2009. Essa versão incorpora a Portaria n. 1.820, de 13 de agosto de 2009, publicada no *Diário Oficial da União* n. 155, de 14 de agosto de 2009, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde.

necessidades e interesses dos usuários, que estimule a participação popular e o controle social.

A população vive a atenção à saúde como uma crise permanente, resultado, em grande parte, da insegurança em relação a suas expectativas sobre o direito à saúde. A crise é percebida nas condições materiais de atenção e na forma, muitas vezes humilhante e degradante tanto para pacientes quanto para profissionais, como se dá o processo de atenção à saúde. A população reconhece que existem, na sociedade brasileira, recursos técnicos, financeiros e humanos que não são direcionados a atender às suas necessidades de saúde (FLEURY, 2009b, p.162).

Nesse sentido, deve ficar claro que os direitos constituem um campo de disputa política, principalmente quando se tem um cenário agravado com o processo de ataque aos direitos e seu enfrentamento de forma fragmentada e individualizada por parte do Estado neoliberal, que exclui a maioria da população do acesso aos benefícios e rompem com as garantias constitucionais e legais.

Esse processo não contribui para a formação de sujeitos históricos com condições de intervir nos rumos da sociedade de forma que seus interesses e necessidades sejam atendidos e respondidos (CASTRO, 2008; 2009).

Outro mote da PNH são as *redes*. Estas são enfatizadas tanto no que se referem à rede de atenção de saúde e à articulação desta com outros setores como a chamada “rede de produção de saúde” (BRASIL, 2010b). Indo ao encontro dos preceitos do modelo japonês para o trabalho, as redes propostas pela PNH valorizam os sujeitos e a subjetividade.

A centralidade no campo da subjetividade pode ser vista em Brasil (2010a): não há rede de saúde que não passe, primeiramente, pelas relações humanas, pela construção de vínculos afetivos e de tecnologias relacionais, que possibilitam formas de comunicação essenciais para a produção de redes de cuidado em saúde. Essa rede perpassa pela história singular dos indivíduos e as relações estabelecidas com sua rede social: família, amigos, vizinhos, comunidade.

Em diversas passagens da PNH, é destacada a necessidade de articulação com a rede social e familiar para suporte do cuidado, sendo valorizados o protagonismo, a corresponsabilidade e a autonomia dos sujeitos e coletivos, envolvendo o conhecimento da vivência subjetiva do usuário, seus enfrentamentos (resiliência) e sua rede sociofamiliar.

Um primeiro elemento a ser problematizado é o enfoque na dimensão subjetiva e a chamada do usuário e sua rede social para prover o cuidado, uma vez que se

incorre no risco de cair na individualização e psicologização das relações sociais, contribuindo para uma análise conservadora que desloca o processo saúde-doença da realidade social. Cabe a ponderação de que são irrefutáveis as contribuições da Psicologia para a análise da sociedade e dos homens; no entanto, aqui se realiza a problematização em torno da tendência atual de se considerar as contradições sociais como problemas exclusivamente psicológicos.

Há ainda a responsabilização e culpabilização dos usuários e seus cuidadores pelo respaldo ao tratamento de saúde, retirando a responsabilidade do Estado de ofertar serviços e recursos para um atendimento integral. O que ocorre é que, muitas vezes, há uma penalização da família pelo serviço de saúde, permeada por uma concepção conservadora de que os membros da família devem arcar com a proteção uns dos outros, independentemente de suas condições e histórias de vida.

O trato das redes não problematiza também o território em que os usuários vivem e se relacionam, o qual é permeado por desigualdades sociais, políticas e econômicas, relacionadas a uma segregação espacial que restringe o acesso da população a melhores condições de vida, aos serviços públicos, assim como traz impactos para a qualidade dos serviços prestados à população.

O território é também entendido como arranjo político de dominação do “corpo dos sujeitos, através da concentração espacial de técnicas disponíveis ao capital para a produção, a circulação e o consumo urbano” (CASSAB; CASSAB, 2007).

Dessa forma, os espaços onde os sujeitos interagem fazem parte de uma totalidade social concreta, na qual a população estabelece relações, possui histórias de vida e vivencia o modo capitalista de produção e a dinâmica societária a ele concernente.

Nessa lógica, o sentido dado às redes não está voltado para a organização dos serviços de saúde de forma articulada, tanto internamente quanto junto às outras políticas que respondem às diversas expressões da questão social. “A ampliação e a garantia de investimentos na estruturação de redes articuladas e territorializadas são essenciais para conferir mais qualidade e resolutividade aos serviços prestados” (FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA, 2006, p.4) e, por isso, o enfoque na subjetividade e nas ações relacionais provoca uma limitação à potencialidade das redes.

O *protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos* para o cuidado em si compõem também o conjunto dos direcionamentos propostos pela PNH, sendo contemplados em seus diversos documentos.

No HumanizaSUS (BRASIL, 2008a), a autonomia é destacada, especialmente, no que se refere à forma de condução do trabalho e da vida dos usuários diante do seu processo saúde-doença.

Pensar os indivíduos como sujeitos autônomos é considerá-los como protagonistas nos coletivos de que participam, corresponsáveis pela produção de si e do mundo em que vivem. Um dos valores norteadores da Política Nacional de Humanização é a produção de sujeitos autônomos, protagonistas e corresponsáveis pelo processo de produção de saúde (BRASIL, 2008a, p.54).

Essa percepção é reforçada pela noção de sujeito/subjetividade incorporada na PNH: “território existencial resultado de um processo de produção de subjetividade sempre coletivo, histórico e determinado por múltiplos vetores: familiares, políticos, econômicos, ambientais, midiáticos, etc.” (BRASIL, 2008a, p.67). O protagonismo dos sujeitos também será enfatizado, pois “a ação, interlocução e a atitude dos sujeitos ocupam lugar central nos acontecimentos” (BRASIL, 2008a, p.65).

Tal proposição encontra respaldo teórico em Campos (2000b), que destaca que a “participação na administração das relações entre desejos, interesses e necessidades sociais é condição *sine qua non* para a democracia e para a construção de sujeitos saudáveis” (CAMPOS, 2000b, p.229).

No que tange à subjetividade, é possível verificar nos estudos levantados que realmente o debate crítico marxista sobre a subjetividade não foi tratado com rigor nos estudos do campo da reforma sanitária. Porém, essa identificação não imputa a Marx o não tratamento desse âmbito ou à dita economização da esfera subjetiva. Apesar de Marx não ter produzido textos sobre a subjetividade, o autor, ao longo de suas produções, aborda a subjetividade humana como fruto das relações sociais estabelecidas na sociedade capitalista, ou seja, a consciência do ser social é determinada pela produção e reprodução da vida social, em um determinado processo histórico, como pode ser visto nos *Manuscritos econômicos e filosóficos* e em sua problematização sobre o fetiche da mercadoria no livro primeiro de *O Capital* (MARX, 2006; 2008).

Puccini e Cecílio (2004) sinalizam que é necessário cautela para não valorizar as subjetividades abusivamente, ultrapassando o alcance de sua potência transformadora e produzindo uma “psicologização” do processo social. Assim,

[...] as diferenciações individuais passam a ser observadas independentemente da história concreta e das condições materiais de vida dos homens. [...] Não é no indivíduo que podemos encontrar a essência humana, mas sim nas relações sociais, das quais ele mesmo é um produto. Assim, a essência humana passa a ser compreendida como algo que só pode ser desvendado no conjunto das relações sociais, que produzem tanto a natureza do homem social como a de indivíduos. [...] Isto é, o subjetivo extravasa o plano dos afetos íntimos, sem abdicar dele, e ganha, também, significado e expressão como parte integrante de um projeto social e de seus objetivos (PUCCINI; CECÍLIO, 2004, p.1347-1349).

A subjetividade deve ser tratada dentro de uma determinação de classe e das relações sociais capitalistas que mediatizam a vivência e o cotidiano dos sujeitos. Esta é uma temática que necessita ser problematizada e qualificada, destacando-se alguns autores brasileiros que vêm realizando esse esforço teórico, como pode ser visto em Silveira (2002), Vasconcelos (2010a; 2010 b; 2010c) e Duarte (2010).

O desdobramento dessa análise é a necessidade de “empoderar” os usuários e trabalhadores para tomar decisões e realizar ações individuais e coletivas, implicando em autoestima, motivação, consciência e compromisso social (NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004) — todos elementos ressaltados no âmbito das novas modalidades de gestão do trabalho.

É nítido o debate do *empowerment*. Carvalho (2013), fazendo uma análise da incorporação desse conceito na PNH, aponta que o empoderamento aparece na política não como fortalecimento dos sujeitos, mas indicando a transferência de responsabilidade estatal para a população usuária dos serviços de saúde, enfatizando a corresponsabilização que induz a uma redução da dependência dos usuários dos profissionais de saúde.

Esse direcionamento é fortalecido pelo Banco Mundial ao estabelecer que, para o combate à pobreza, deve ser realizado o fortalecimento da autonomia/empoderamento dos pobres e, dessa forma, remover as barreiras de ingresso no mercado e viabilizar a exploração da força de trabalho (PEREIRA, 2010).

Carvalho (2013) observa que desvelar esse conteúdo é essencial para identificar “ideologias travestidas em conceitos”, o que, nesse caso, implica em demonstrar a função ideológica do projeto do empoderamento desenvolvido pelo

Banco Mundial, para dinamizar, no campo da política de saúde, as relações sociais de produção e a reprodução do grande capital.

Na PNH o “*empoderamento*” é proposto como um meio de ampliar a autonomia de seus usuários de modo a reduzir a relação de “dependência” que estabelecem com os profissionais da saúde. Vale atentarmos que esse “perfil autonomista” de usuário da política de saúde é demandado num contexto de transferência de responsabilidade estatal, seja para os indivíduos, seja para as famílias – com matricialidade na política de assistência social (CARVALHO, 2013, p.164).

A lógica posta pelas agências multilaterais indica a necessidade de fortalecimento humano-social via *empowerment* e a interferência e controle na vida privada dos sujeitos, prevalecendo o conhecimento da vivência subjetiva do seu usuário e seus enfrentamentos (merece destaque a discussão da *resiliência*, do potencial de mudança do indivíduo, sua flexibilidade e resistência para lidar com desafios e exigências, que é considerado um valor), supostamente fomentando a qualidade de vida, e a articulação de teias e redes sociais.

O desenvolvimento do *empowerment* do usuário e a construção de redes primárias (consideradas como mais significativas para o sujeito, como as relações afetivas, familiares e de amizade) e secundárias (redes formais, institucionalizadas, que dizem respeito à socialização do indivíduo e a vínculos sociais mais amplos) são enfatizadas, incidindo na proposta de atividades que busquem refletir sobre comportamentos e atitudes da população, sendo a linguagem o principal instrumento de ação.

Essa é uma prática que se consolida na vida privada das pessoas e sua ação incide sobre o subjetivo, ressaltando a busca pela melhora da qualidade de vida e elevação de autoestima, como se a realidade fosse autônoma. Há uma radicalização das noções de autocuidado e de construção de maior grau de autonomia para pacientes, famílias e comunidade.

Quanto maior a capacidade de autocuidado, quanto maiores os coeficientes de autonomia mais saudáveis as pessoas [...]. Este seria uma via tanto para a ampliação de nossos horizontes terapêuticos, como para aumentar a capacidade de negociação da sociedade com o autoritarismo inerente a todas as práticas de saúde (CAMPOS, 1997a, p.124).

Na PNH (2008, p.64), tais concepções são utilizadas de forma a estimular “a constituição de sujeitos autônomos e protagonistas no processo de produção de sua própria saúde” e de condições de vida saudáveis. É visto claramente a perda da análise da saúde atrelada à sua determinação social, uma vez que deixa de lado a

defesa do caráter histórico do processo saúde-doença, as relações entre condições de vida e saúde, a dimensão de classe desse processo e o próprio conceito ampliado de saúde.

3.2 Humanização e o “novo conceito de saúde”

Os fundamentos expostos no decorrer deste livro indicam que o conceito de saúde adotado na PNH se desloca do entendimento da saúde enquanto um processo social, que possui determinações vinculadas diretamente às relações sociais estabelecidas no interior da sociedade capitalista, e recai sobre uma dimensão subjetiva, individualizada e psicologizante, respaldada nas noções de cuidado e de micropolítica do trabalho em saúde.

A centralidade nos aspectos subjetivos, da família e dos indivíduos, incide sobre uma leitura das relações sociais que afastam a política de saúde de uma análise pautada nos desdobramentos dos conflitos entre capital e trabalho e das necessidades reais da população.

Como apontado, os críticos do projeto de reforma sanitária colocam que o pensamento predominante na Saúde Coletiva simplificou o processo saúde-enfermidade-atenção e que se devem agregar ao processo saúde-doença os mecanismos de *cuidado* e a interferência da sociedade e dos serviços de saúde nesse processo (CAMPOS, 1997a).

A crítica à análise marxista sobre a saúde também é exaltada e a perspectiva de totalidade questionada, uma vez que Campos (1997a) analisa que estas fazem com que a Saúde Coletiva se coloque como autossuficiente para definir as necessidades de saúde.

Outro elemento central identificado nas análises é a crítica à determinação social do processo saúde-doença. A tese de Campos é a de que, na saúde, a “defesa da vida” deveria aparecer em primeiro lugar, para depois entrar em questão o jogo social e a disputa de projetos, e a construção de outros modelos de ação sanitária.

Campos (1997a, p.119-120) relata que há necessidade de se reconstruir o pensamento médico, pois “ignorá-lo somente tem empobrecido nosso discurso”. “O saber e a prática sanitária não poderão nunca escapar da centralidade que a doença ocupa em nosso campo”. Isto é, o autor considera que se trata de “[...] reações delirantes de autoafirmação perante o discurso médico-hegemônico”. Assim, aponta

que “os profissionais de saúde devem procurar meios de ampliar o controle sobre o corpo, sobre a quantidade e a qualidade de vida” (CAMPOS, 1997a, p.119-120).

Nesse campo, ressaltam-se as análises de Luz (s/a) em relação ao cuidado, à qualidade de vida e a terapias alternativas. A autora aponta que, na sociedade contemporânea, a saúde deve ser posta como cuidar, ser cuidado, autocuidado e troca de cuidados. A busca constante e contínua por cuidado seria uma estratégia de saída do isolamento imposto pelo individualismo, pela ameaça da perda de status e pobreza.

Na reforma sanitária, a saúde é tratada como valor universal, indivisível e núcleo subversivo da estrutura social, por isso traz nela a possibilidade de promover a transformação social por meio da construção de um bloco progressista e histórico.

Afastada dessa concepção, a abordagem do processo saúde/doença e de trabalho na saúde que respalda a PNH enfatiza a individualidade, a subjetividade, os símbolos e o diálogo na construção das relações sociais, não sendo problematizados outros determinantes sociais, econômicos e culturais.

O conceito de determinação da saúde é colocado em segundo plano, tendo em vista as dificuldades de operacionalizá-lo dentro do novo contexto social. O impacto da lógica imposta a partir dos anos 1990 para a organização das políticas sociais e de respostas às expressões da questão social tem rebatimentos diretos em uma intervenção imediata por parte do Estado, pautada em uma assistência focalizada e repressiva, que induz ao risco de se realizar uma análise que pulveriza e fragmenta as expressões da questão social em problemas sociais, além de atribuir aos indivíduos e famílias a responsabilidade pelas adversidades postas às suas vidas, o que, conseqüentemente, contribui para a perda da dimensão coletiva da questão social e da saúde e retira da sociedade de classes a responsabilidade na produção das desigualdades sociais e em saúde.

Dessa forma, esse contexto de fragmentação e focalização contribui para que se desconecte o cotidiano dos serviços de saúde das manifestações da questão social que envolvem o processo saúde-doença, com vistas à garantia de direitos e à proteção social dos usuários. Ao contrário, há uma ênfase na centralidade dos sujeitos, que se aparta de uma análise crítica da política de saúde, ao não problematizar as contradições e os conflitos.

Desconectada dos processos sociais, políticos e econômicos, a saúde é tida como um conceito subjetivo, que envolve o projeto de vida e as aspirações que cada

pessoa tem em seu cotidiano. Em outras palavras, cada um concebe individualmente a sua ideia de saúde a partir de vivências, necessidades e da realidade em que vive. Ou seja, há a secundarização da saúde, concebida como um direito do cidadão e dever do Estado. Na Constituição de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde, a saúde está disposta como um direito fundamental do ser humano, tendo o Estado o dever de garanti-la por meio de políticas econômicas e sociais, que reduzam os riscos de doenças e agravos, e de estabelecer o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde. Como fatores determinantes da saúde, têm-se a alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços sociais, conformando o conceito ampliado de saúde.

Outro conceito que necessita ser problematizado é o de saúde como qualidade de vida. Como pensarmos a saúde como qualidade de vida se não temos nesta sociedade os elementos necessários para a emancipação humana e política dos homens? Como pensar em qualidade de vida em uma sociedade pautada em valores cada vez mais mercantilizados e direcionada por políticas cada vez mais focalizadas, seletivas e individualizadas? Como falar em qualidade de vida se a saúde é cada vez mais tornada mercadoria?

Para esta análise, é necessário realizar o exame das bases sociais de produção da doença: alimentação, habitação, desemprego, emprego, ausência de saneamento básico e condições de vida. A saúde engloba também a luta por melhores condições de vida e trabalho, como um exercício da cidadania. Essa leitura tem como marco a aproximação com o marxismo, que gerou uma motivação para a articulação com as lutas populares e com o trabalho com comunidades, tendo como direcionamento a luta pelos direitos.

Com a construção do SUS e com o processo de ampliação do conceito e dos serviços de saúde, desenvolveu-se a necessidade de os diversos profissionais do setor utilizarem os seus conhecimentos em prol do trabalhador. Há uma preocupação de que, no trato com os usuários, tais profissionais desenvolvam práticas democráticas e criem mecanismos de escuta e participação ativa dos usuários e seus familiares, dentro e fora dos serviços.

É fato que muitas doenças estão vinculadas às condições materiais de existência, resultantes de múltiplos fatores, entre os quais: falta de acesso ao SUS, pobreza, falta de saneamento básico e moradia adequada, trabalho precarizado e

exposição a situações de violência. Essas questões devem ser resolvidas no âmbito das políticas de trabalho, renda, habitação, transporte, assistência social, previdência social, além das políticas de saúde e educação.

Os usuários dos serviços de saúde, de forma geral, sofrem diretamente as manifestações da questão social, isto é, das desigualdades geradas pela sociedade de classes. Essas desigualdades proporcionam falta de emprego e renda, subemprego, falta de moradia, analfabetismo e fome, entre outras mazelas sociais.

É necessário que a ação assistencial ultrapasse a sua dimensão imediata e se pautem em ações contínuas, que visem à efetivação do conceito ampliado de saúde, por exemplo, por meio de ações de educação em saúde. O fortalecimento de processos educativos e de capacitação da população para uma inserção cidadã nos serviços públicos contribui diretamente com o controle social e a preservação e ampliação dos direitos, por isso se mostra essencial.

Desse modo, é posta a centralidade da determinação social da saúde, uma vez que a doença não deve ser entendida somente a partir dos seus fatores clínicos e biológicos, bem como suas causas como fatores sociais isolados, sem uma fundamentação teórica da sociedade. O marxismo se torna fundamental para a compreensão da complexidade histórica concreta e dos fenômenos que perpassam o modo de vida e trabalho da sociedade capitalista contemporânea (NOGUEIRA, 2010).

As condições materiais de produção e as características sociais gerais de uma sociedade são, efetivamente, a base para o padrão sanitário de um povo, assim como a posição de cada indivíduo na sociedade é uma base da própria saúde (FLEURY-TEIXEIRA; BRONZO, 2010, p.38-39).

Como destacado, não há nas produções analisadas exposições sobre as condições postas pelas relações sociais capitalistas e pela sociabilidade burguesa, que fazem com que os sujeitos tenham limites na forma de conduzir a sua vida e de ter acesso aos serviços e políticas públicas, o que é sinal de individualização e psicologização das relações sociais e contribui para uma análise conservadora que isola o processo saúde-doença da realidade social.

Nesse sentido, a psicologização respaldará diferentes análises das expressões da questão social e seu trato, via políticas sociais: os sujeitos serão responsabilizados pelo seu destino pessoal; os problemas sociais serão individualizados e reduzidos à questão psicológica; a intervenção assistencial será sob as características pessoais

dos indivíduos, incidindo, por exemplo, na elaboração de terapias de ajustamento (NETTO, 1996).

É notável, a difusão de um modelo de saúde voltado para o “combate à pobreza” que culpabiliza os indivíduos pela suposta má utilização dos serviços públicos de saúde, desqualificando a participação do Estado e o princípio da universalidade, que passam a ser regidos pelo viés econômico.

A humanização é defendida enquanto inserida em um projeto de política de saúde ancorado nos referenciais construídos pelo movimento de reforma sanitária dos anos 1980, o que vai além da sua compreensão restrita à relação intersubjetiva e às estratégias relacionais, voltadas para o alívio de tensões. Essa lógica supera também a conexão da humanização ao tecnicismo gerencialista e às diretrizes da qualidade total e seus componentes procedimentais e técnicos.

A partir das diretrizes políticas, teóricas e práticas apresentadas, é visível que o debate sobre a humanização ganha ênfase no processo de contrarreforma do Estado, e representou uma forma de escamotear os problemas em torno do acesso e da qualidade dos serviços, oriundos do processo de focalização dos programas, precarização das relações de trabalho, sucateamento dos hospitais e limitação do financiamento público.

Dessa forma, os fundamentos teóricos nos mostram que há um afastamento de uma perspectiva crítica de análise da realidade pelo fato de não abrangerem as contradições existentes na sociedade capitalista; descartam também a possibilidade de organização desses sujeitos para reivindicação de condições dignas de vida e de uma política que atenda às suas necessidades, reforçando a transferência de responsabilidade estatal para a sociedade e o processo de responsabilização/culpabilização dos trabalhadores e usuários, psicologizando as relações sociais e o processo saúde-doença.

Por essa lógica, no âmbito da política de saúde,

[...] para assegurar um atendimento humano, faz-se necessário a constituição de um sistema de saúde que se pautem em valores como a equidade e a integralidade da atenção, vislumbrando trabalhador e usuário como cidadãos (CASATE; CORRÊA, 2005, p.109).

Já no campo da reflexão teórica, é urgente realizar uma aproximação crítica que reflita sobre as dimensões políticas e filosóficas que dão, de fato, sentido humano às relações estabelecidas na área da saúde.

A partir da análise crítica da intencionalidade política e da fundamentação teórica que respalda o debate em torno da humanização na saúde, apresentam-se, a seguir, algumas considerações.

EPÍLOGO

A temática da humanização na área da saúde avançou no Brasil a partir dos anos 1990, por meio de diversas iniciativas focalizadas, e se tornou política pública em 2003, com a proposição da PNH. Desde esse período, a humanização vem sendo proposta como uma estratégia capaz de gerar mudanças no trabalho e na gestão da atenção à saúde, por meio da gestão participativa e cogestão, acolhimento, trabalho em equipe, fomento de redes, valorização do trabalhador, ambiência, defesa dos direitos dos usuários, entre outras estratégias citadas neste livro.

No entanto, tal política é impulsionada dentro de um contexto em que avança o processo de mercadorização da saúde, estimulada, principalmente, pela construção de “alternativas” à chamada “crise da saúde”.

Como apontado na Introdução, as análises expostas neste livro têm como cenário os governos do Partido dos Trabalhadores — período em que há uma forte vinculação entre política econômica e social. São nessas bases que as considerações finais se ancoram.

No entanto, reforçamos que a conjuntura atual marcada pelo *impeachment* da presidenta Dilma e pela constituição de um governo que avigora e sedimenta o projeto neoliberal e rechaça os direitos dos trabalhadores coloca em xeque os avanços e conquistas no que tange à humanização na área da saúde. Ao contrário, reforça os elementos que a caracterizam enquanto mercadoria e que serão expressos nas nossas considerações.

Dentro dessa lógica, a humanização na área incorpora diretrizes do debate da qualidade, advindo da reestruturação do capital, a partir dos anos 1970, e suas “novas” formas de controle da subjetividade do trabalhador, difundindo uma cultura e ideologia subjetivista, que foca na responsabilização do trabalhador e dos usuários e na adesão a “novos modelos de gestão”. Assim, as estratégias utilizadas pela PNH contribuem para a *intensificação do processo de alienação do trabalho e fortalecimento da ideologia dominante*.

Tais processos são adensados pelos organismos internacionais, principalmente pelo Banco Mundial, que apresenta diretrizes para o setor da saúde dos países periféricos que reforçam a iniciativa privada, mudanças do sistema público concernentes à universalidade e à concentração da atenção no combate à pobreza e em uma assistência focalizada e simplificada.

Expressões como mercado, privatização, *empowerment* e relação custo-benefício são incorporadas às políticas de saúde — que se tornam cada vez mais pontuais, emergenciais e fragmentadas — e a retração do Estado é posta como instrumento fundamental para “estimular” a acumulação de capital e garantir a reprodução da ordem sociopolítica.

Nesse contexto, é necessário atentar para as ações seletivas propostas pelo Banco Mundial e sua lógica de fomento à acumulação capitalista e identificar como as condições sociopolíticas impregnam o debate teórico e o trabalho desenvolvido na área da saúde. Ou seja, compreender que o determinismo posto pelos programas de ajustes estruturais, incentivados pelos organismos internacionais, coloca o mercado no centro das relações e incide, diretamente, nas propostas de políticas, programas e ações ditas humanizadoras e na divulgação de um conjunto de conceitos a serem incorporados por estas (CARVALHO, 2013).

Toda essa lógica é sustentada por um arcabouço teórico que se respalda em concepções pós-modernas que primam pela ênfase nos sujeitos, no empirismo, no estabelecimento de redes e jogos de linguagem e no trato da política no campo da micropolítica, deslocando a saúde do contexto mais amplo em que está inserida.

A inserção desse debate na saúde ocorre com a crítica às concepções teóricas marxistas, incorporadas pelo projeto de reforma sanitária e impulsionadas pelas novas determinações sociais, trazidas com a incorporação pelo Estado da “saúde enquanto direito” e, também, pela entrada do projeto neoliberal no Brasil nos anos 1990 — que trouxe um novo ideário para o trato político, econômico e social.

Essa crítica é propiciada pelas mudanças ocorridas no âmbito da Saúde Coletiva nesse mesmo período, que passa a incorporar conceitos no campo da micropolítica do trabalho e do cuidado em saúde.

Stotz (1997) afirma que a Saúde Coletiva passou a buscar um arsenal teórico-metodológico focado nas especificidades da relação entre o biológico e o social, reforçando a crise da sociedade do trabalho e o fim das energias utópicas, abandonando os pressupostos da racionalidade moderna e do projeto de reforma sanitária, construído nos anos 1970.

Dentro desse quadro, a questão central que conduziu as problematizações expostas neste estudo é a seguinte: se o capital está na mediação de todas as relações sociais e na contemporaneidade, e essas relações se encontram cada vez mais mercantilizadas (o que rebate diretamente nas condições de vida e trabalho da

classe trabalhadora), como pensar em um processo de “humanização da saúde” ou na busca de uma gestão ou padrões de qualidade que de fato atendam às necessidades dos usuários?

Decerto que a busca da humanização nos serviços é essencial, e na área da saúde se apresenta como primordial, uma vez que está voltada para o trato de vidas humanas. No entanto, as propostas de humanização para a saúde, colocadas hoje no Brasil, apresentam-se como estratégias de respaldo à crise do capital e se pautam em uma lógica que incorporam elementos advindos da reestruturação do capital e das estratégias de “qualidade”, fomentando as parcerias público-privadas, a desresponsabilização do Estado e responsabilização e/ou culpabilização de trabalhadores e usuários pela qualidade dos serviços prestados e pelos rumos da política de saúde. Ou seja, a humanização, como mecanismo de combate à crise do capital, apresenta-se como uma *estratégia de “maquiagem” da mercadorização da saúde*.

A validade de tal afirmação pode ser vista por meio de alguns elementos apontados neste livro, que são encontrados na PNH. A política de saúde é posta na PNH de forma fragmentada, localizada nos sujeitos e deslocada das contradições de classe, presentes na sociedade capitalista. Há uma perda da dimensão política para a análise da área da saúde em seu sentido mais amplo, apesar de a literatura pesquisada sobre a temática da humanização apresentar uma argumentação que denuncia, em alguns momentos, o processo de contrarreforma na saúde e os impactos deste nas condições de vida, trabalho e saúde da população.

A *transferência de responsabilidade estatal* para os sujeitos é percebida na medida em que é dada ao trabalhador do setor de saúde a responsabilidade por alterar as práticas no atendimento, e aos usuários de conduzir o seu processo saúde-doença, com reforço ao *empowerment*, à resiliência e à construção de redes de apoio. Interessante observar que o Estado, ao mesmo tempo que se desresponsabiliza, define políticas e práticas que alimentam e revigoram as requisições sócio-históricas do capital.

A redução e desresponsabilização do Estado frente às políticas e serviços sociais faz com que a família e a sociedade civil sejam redescobertos como instância de proteção e como possibilidade de recomposição de uma sociedade “solidária”. Dessa forma, há uma chamada aos sujeitos para a responsabilização da provisão das condições objetivas e subjetivas de sua vida.

É nesse contexto que há um esvaziamento da dimensão do direito universal do cidadão e das políticas sociais públicas, na medida em que os indivíduos são postos como responsáveis pelas suas ações e seu bem-estar, tornando o sucesso ou fracasso de tais ações falhas pessoais ou virtudes de empreendedorismo (HARVEY, 2005a). Assim, o capital é desonerado dos problemas estruturais.

A *centralidade nos sujeitos e nos aspectos subjetivos* conduz a uma transfiguração dos problemas sociais em problemas pessoais (privados), repercutindo uma tendência de *psicologizar a vida social*, ou seja: responsabilizar o sujeito singular, na sua particular configuração individual, pelo seu destino pessoal, e transferir as possibilidades de atenuação ou modificação das relações sociais por meio de alterações nas características pessoais do indivíduo (estratégias, retóricas e terapias de ajustamento).

Nessa lógica, as expressões da questão social passam a ser fruto de dilemas morais e mentais, não sendo determinadas pelas relações estabelecidas na sociedade burguesa, pelo objetivo de valorização/acumulação de capital (NETTO, 1996).

Dessa forma, o que pode ser visto é que, na realidade, a *responsabilização* acaba sendo transformada em uma *culpabilização* dos trabalhadores e usuários pelos rumos da atenção à saúde e pelos desdobramentos do processo saúde-doença. Reforçam-se aqui as ponderações já realizadas sobre a responsabilização dos trabalhadores e seu compromisso ético com o desenvolvimento de uma ação de qualidade.

Desse processo, tem-se uma perspectiva que fragmenta as necessidades humanas, sociais e em saúde e recorta a classe trabalhadora, tornando as ações individualizadas (da criança, do idoso, do negro), o que dificulta uma ação efetiva em âmbito coletivo. Ou seja, há uma *individualização dos problemas sociais*. Para Netto (1996), esse processo faz parte de uma lógica de implementação de medidas públicas para enfrentamento das refrações da questão social que deslocam para o espaço da responsabilidade dos sujeitos individuais as expressões da questão social, transformando-as em problemas sociais.

Com base nessas reflexões, afirmamos que a PNH e o seu arcabouço ideoteórico contribuem com o esforço ideológico de *despolitização do processo saúde-doença*, ao deslocar o trabalho, a gestão em saúde e suas lutas para o campo

ético-moralizante. Tal deslocamento é conduzido ainda por uma “cultura política” antiestatal.

Ocorre, assim, um esvaziamento da análise da política de saúde enquanto política social, determinada pelas relações estabelecidas entre capital e trabalho. A despolitização da seguridade social pode ser vista também por meio do enfoque técnico — eficiência, custo, capitalização associada a noções que antes se associam à proteção social como integração social, à retórica da solidariedade e bem-estar (VIANNA, 1999).

Dessa forma, o enfrentamento do processo saúde/doença ocorre de uma forma fragmentada que leva a uma discussão individual em detrimento de uma discussão coletiva.

É necessário, portanto, estar atento aos limites da Política de Humanização e solidificar uma ação que tenha como prisma os direitos e a cidadania e que esteja cotidianamente respaldada nos preceitos do projeto de reforma sanitária, construído nos anos 1970, e na determinação social do processo saúde-doença. Deve-se efetivar também uma visão de subjetividade ligada aos aspectos sociais, históricos, econômicos e políticos, invertendo a queixa da psicologização das relações sociais.

Outro elemento destacado consiste na problematização em torno das estratégias utilizadas para a construção de um trabalho e gestão humanizados, como o acolhimento, a gestão participativa, o trabalho em equipe etc. As questões levantadas indicam que essas estratégias se tornam *alternativas possibilistas*, na medida em que, de fato, não alteram a organização dos serviços, o acesso aos serviços de saúde ou o modelo de gestão e atenção à saúde.

Tais indicações coadunam com a pesquisa realizada por Souza (2011, p.9), sobre a implementação da PNH em Manaus:

[...] quanto à política de humanização desenvolvida, esta revela que, apesar do engajamento dos sujeitos envolvidos em sua condução para que se afirme enquanto uma política de promoção da qualidade da atenção à saúde, seus resultados são limitados a questões pontuais.

Longe de afirmar e avançar nos preceitos estabelecidos para a configuração do Sistema Único de Saúde, a PNH indica alternativas que não contribuem para a alteração do sistema de saúde e que, muitas vezes, escamoteiam as reais condições de trabalho, as dificuldades da população em acessar os serviços de saúde e contribuem para o desmonte dos direitos na área da saúde.

Dessa forma, a PNH é expressão da reforma sanitária encaminhada pela vertente do “SUS possível” (SOARES, 2010a; 2010b; 2012) ou, em outros termos: representa a *materialização da estratégia pós-moderna nos serviços de saúde, a partir da incorporação de uma perspectiva restrita de humanização*.

Como posto, a humanização é um conceito polissêmico que — na literatura especializada da área da saúde:

Ora aparece como uma noção de amenização da lógica do sistema social, centrado sobretudo numa crítica à tecnologia e como tentativa de criar um “capitalismo humanizado”; ora como a busca de uma essência humana perdida, ou seja, como um movimento de restauração moral; ora como uma negativa existencialista da realidade concreta, imaginando uma autonomia das emoções e afetividades individuais da *práxis* humana; ora como processo de organização institucional que valoriza a escuta no ato assistencial; ora como valorização dos direitos sociais (PUCCINI; CECÍLIO, 2004, p.1345).

Na PNH, o conceito de humanização estabelecido incorpora o arcabouço ideoteórico construído pela Saúde Coletiva a partir dos anos 1990, essencialmente em relação à micropolítica e ao cuidado em saúde, sendo enfatizados: a corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos, a mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho, a troca e construção de saberes entre profissionais, o trabalho em equipe e o desejo dos sujeitos.

A humanização é vista de uma forma restrita, uma vez que não problematiza as bases dos processos de humanização/desumanização na sociedade capitalista e não está vinculada a um projeto societário emancipatório.

A PNH e seu arcabouço teórico não apontam também a centralidade na determinação das condições de saúde da população; as políticas intersetoriais; as tecnologias estratégicas à qualidade da atenção à saúde; a expansão da informação em saúde; a educação em saúde; a participação popular; e a formação de profissionais, gestores e conselheiros de saúde capazes de refletir sobre o acesso universal, a qualidade e a humanização da atenção à saúde.

No que se refere à centralidade nos determinantes sociais, a lógica empregada pela PNH parte da discussão de tais *determinantes*, vinculados a “fatores” que interferem no processo saúde-doença, dando respaldo à constituição de um “novo conceito de saúde”. Quando se fala em *determinação* social, enfatizam-se as determinações contraditórias e simultâneas de necessidades, tanto do capital como do trabalho, que interferem no processo saúde-doença. Isto é, saúde e doença têm

caráter histórico e social e, por isso, devem ser analisadas como um processo que tem causalidades e determinações.

Outro elemento que não se percebe claramente na PNH, apesar de haver indicações sobre ele, refere-se à articulação entre as políticas intersetoriais. A política de saúde é vista de forma isolada e a organização dos serviços tem um enfoque em função dos indivíduos. Dessa forma, o Estado deve pensar em políticas públicas de caráter universalistas, que não fragmentem as necessidades da população (saúde, educação, assistência, habitação), fazendo com que os direitos se tornem individualizados (da criança, do idoso, do negro). Ou seja, é necessário que as políticas estejam articuladas para que assegurem a proteção social.

Na PNH, é posto que, para o trato dos “problemas de saúde”, deve ser dada centralidade à utilização de “tecnologias leves” (acolhimento, vínculo, escuta). Essas são essenciais na relação profissional-usuário, no entanto devem estar articuladas com as tecnologias necessárias para detecção, tratamento e enfrentamento das doenças. Isso quer dizer que, em certos momentos, as tecnologias leves e as terapias alternativas não serão suficientes para o enfrentamento do processo saúde-doença; por outro lado, questiona-se também o uso invasivo e indiscriminado da tecnologia e a proliferação do seu mercado.

A expansão da informação em saúde é outro elemento que é pouco destacado na PNH. A informação em saúde deve ser transmitida na ótica do direito, tendo por referência inicial a realidade dos usuários e ser pautada por um processo de politização que exija uma relação democrática e de respeito entre profissional/usuário.

Nesse sentido, a socialização das informações em saúde é essencial, uma vez que pode subsidiar a transformação das condições geradoras de doença e da própria condição de vida da população. Isto é, fortalecer os usuários no acesso e ampliação de direitos, tornando transparente o real significado das políticas sociais.

Analogamente, na PNH, a educação em saúde é outra questão deixada em segundo plano. O fortalecimento de processos educativos e de capacitação da população, para uma inserção cidadã nos serviços públicos, poderia contribuir para o controle social e para a preservação e ampliação dos direitos. Dessa forma, precisa ser colocada como estratégia prioritária no trabalho em saúde, o que a PNH não preconiza.

Um destaque especial a ser realizado se refere ao trato dado à participação popular na Política de Humanização. Esta é relegada a um lugar de interferências

pontuais, estando vinculada essencialmente à organização dos serviços e ao “processo de trabalho em saúde”. No entanto, a participação popular é essencial na definição dos rumos da política de saúde e no tensionamento em torno das propostas para a área.

Em um cenário de focalização e seletividade das políticas sociais, destituição de direitos, manipulação dos espaços de controle social e desqualificação dos espaços públicos, que geram descrença nos espaços coletivos e de organização popular, a participação deve ser reforçada, pois se constitui mecanismo de luta e resistência frente aos interesses contraditórios, aos diferentes projetos societários e a direções para a política de saúde.

No âmbito da participação nos Conselhos de Saúde, apontam-se as observações realizadas por Correia (2006) em relação à inserção do assistente social nesses espaços, mas que podem ser generalizadas para os trabalhadores da saúde. Ao se colocar como representante das classes subalternas, o profissional “pode interferir para que o fundo público não seja mercantilizado” (CORREIA, 2006, p.127), contribuindo para que os recursos sejam gastos com o atendimento de necessidades reais da população e “não fiquem à mercê dos interesses clientelistas, privatistas e /ou de ‘currais eleitorais’” (CORREIA, 2006, p.135).

Ou seja, a partir de uma agenda propositiva, os movimentos sociais organizados, os conselhos de saúde e a organização dos usuários, entre outros, devem caminhar no campo da defesa do projeto de reforma sanitária e se organizarem para interferir nas questões de interesse coletivo.

A formação de profissionais, gestores e conselheiros de saúde é outro elemento que precisa ser enfatizado. Na PNH, é ressaltada a educação permanente como mecanismo de gerar alterações nas práticas de formação e de saúde, por meio da articulação entre

[...] o ensino, gestão, atenção e participação popular na produção de conhecimento para o desenvolvimento da capacidade pedagógica de problematizar e identificar pontos sensíveis e estratégicos para a produção da integralidade e humanização (BRASIL, 2008a, p.59).

Conforme Cotta *et al.* (2007), a formação em saúde deve construir profissionais capazes de atender às demandas e as necessidades da sociedade, comprometidos com a relevância, a efetividade e a qualidade do seu trabalho, e ainda capazes de problematizar a sua inserção na sociedade.

Os pilares da formação em saúde seriam: o pensamento crítico e produtivo, o ensino em consonância com o serviço, a conscientização frente à realidade da população, a autonomia individual e coletiva e o aprendizado baseado nos problemas da população assistida, de modo que os profissionais (e usuários) atuem como sujeitos transformadores da realidade.

No contexto de retrocesso atual, como destacado na introdução deste livro, há o reforço claro da disputa em torno de projetos diferenciados para a sociedade, para a saúde e para as próprias categorias profissionais que compõem a área. Esse cenário faz com que as pautas assinaladas se tornem centrais para a defesa do direito à saúde e da qualidade dos serviços prestados à população.

Mais ainda, coloca-nos a tarefa de retomar o debate da humanização como proposta pelo movimento de reforma sanitária, uma vez que a sua utilização enquanto estratégia de mascarar a mercadorização da saúde pode ser sedimentada em um governo que coloca em questão a universalização, o dever do Estado de ofertar serviços públicos e de financiar políticas de saúde atentas às necessidades da população.

Importante observar que, em meio a diversos projetos em confronto, a mercadorização da saúde não se coloca sem resistência.

No âmbito do movimento mais geral da área da saúde, destaca-se a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde, constituída em 2010, composta por diversas entidades, movimentos sociais, fóruns de saúde, centrais sindicais, sindicatos, partidos políticos e projetos universitários, que tem como objetivo defender o SUS público, estatal, gratuito e para todos, e lutar contra a privatização da saúde e pela reforma sanitária, formulada nos anos 1970.

No campo do Serviço Social, aponta-se a resistência de um grupo de profissionais que tem debatido a saúde e a profissão à luz do projeto de reforma sanitária, construído nos anos 1970. Destacam-se também o debate e luta constantes, realizados pelas entidades da categoria, como CFESS e ABEPSS, no que tange ao exercício e formação profissional na saúde, buscando a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS. Ressalta-se aqui a formulação dos Parâmetros de Atuação dos assistentes sociais na Política de Saúde, publicado pelo CFESS em 2012 (CFESS, 2013e).

Há ainda uma discussão permanente na profissão da necessidade dos assistentes sociais avançarem na sua competência para o enfrentamento dos

“inúmeros dilemas da contemporaneidade” (FORTI; GUERRA, 2010, p.3). Esse enfrentamento requer dos profissionais uma base teórica que possibilite a análise de como “os principais dilemas contemporâneos se traduzem nas peculiaridades do Serviço Social e se expressam nas requisições e competências socioprofissionais e na cultura profissional” (FORTI; GUERRA, 2010, p.3).

Em suma, não é possível pensar em humanização na área da saúde sem resgatar um projeto de sociedade e de saúde que ultrapasse o marco estabelecido de uma “humanização possível” ou da “humanização como mercadoria”.

O debate da humanização e sua política devem combater as diretrizes dos processos políticos, econômicos e ideológicos da reestruturação do capital e dos processos de centralidade da saúde no “combate à crise” ou se afirmará enquanto um fetiche.

REFERÊNCIAS

ABRAMIDES, M. B. C.; CABRAL, “M. do S. R. Regime de acumulação flexível e saúde do trabalhador”. *São Paulo em Perspectiva*. São Paulo: v.1, n. 17, 2003, p.3-10.

AGÊNCIA SENADO. Paciente e médico confirmam denúncias contra a Prevent Senior. *Senado Notícias*, Brasília, DF, 7 out. 2021. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/10/07/paciente-e-medico-confirmam-denuncias-contra-a-prevent-senior>. Acesso em: 02 jul. 2023.

ALBUQUERQUE, A; ELER, K (org.). *Direitos humanos dos pacientes e covid-19*. Brasília: UNB/UFJF, 2020. DOI: 10.13140/RG.2.2.12549.29923. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/340949889_DIREITOS_HUMANOS_DOS_PACIENTES_E_COVID-19. Acesso em: 02 jul. 2023.

ALMEIDA, D. V. “Humanização dos cuidados em saúde: ensaio teórico reflexivo fundamentado na filosofia de Emmanuel Lévinas”. *Texto & Contexto – Enfermagem*. Florianópolis: UFSC, v. 23, n. 3, 2014, p.767-775.

ALVES, F. L.; MIOTO, R. C.; GERBER, Luiza Maria. “A Política Nacional de Humanização e o Serviço Social: elementos para o debate”. *Serviço Social & Saúde*, Campinas, v. 6, n. 6, 2007, p.1-17.

ALVES, G. *Dimensões da reestruturação produtiva – Ensaios de sociologia do trabalho*. 2ª ed. Londrina: Práxis; Bauru: Canal6, 2007.

_____. *O novo (e precário) mundo do trabalho*. Reestruturação produtiva e crise do sindicalismo. 1ª reimpressão. São Paulo: Boitempo Editorial, 2005.

ALVES, I. P.; CASTRO, M. M. C.; ROCHA, B. A. A.; SANTOS, D. C. L.; FREITAS, I. G.; LEAL, L. M. Era da (des) informação: negacionismo e desvalorização da ciência na estratégia bolsonarista frente à pandemia da covid-19. *Serviço Social em Perspectiva*. v. 7, n. 1, p. 08–24, 2023.

ANDERSON, P. *As origens da Pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

ANTUNES, R. *A desertificação neoliberal no Brasil* (Collor, FHC, Lula). 2ª ed. Campinas: Autores associados, 2005a.

_____. *Adeus ao Trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho*. 8ª ed. São Paulo: Cortez; Campinas: Editora da Universidade Estadual de Campinas, 2002.

_____. “Anotações sobre o capitalismo recente e a reestruturação produtiva no Brasil”. In: ANTUNES, Ricardo; SILVA, Maria Aparecida Moraes. *O Averso do trabalho*. São Paulo: Expressão Popular, 2004, p.13-27.

_____. *Coronavírus: O trabalho sob fogo cruzado*. São Paulo: Boitempo, 2020.

_____. *Os sentidos do trabalho*. Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 7ª reimpressão. São Paulo: Boitempo Editorial, 2005b.

AROUCA, S. *O dilema preventivista* – contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

_____. “Movimento Sanitário Brasileiro. Um projeto inovador”. *Saúde em Debate*, Londrina, n. 35, jul/1992, p.94.

AUDITORIA CIDADÃ DA DÍVIDA. “Quem somos”. Disponível em: <<http://www.auditoriacidada.org.br/quem-somos/>>. 2014. Acesso em: 16 dez. 2014.

AYRES, J. R. “Hermenêutica e humanização das práticas de saúde”. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, ABRASCO, v.10, n. 3, 2005, p.549-560.

BANCO MUNDIAL. “Banco Internacional para reconstrução e desenvolvimento e corporação financeira internacional – Estratégia de parceria com o país para a República Federativa do Brasil – Período de 2008 a 2011”. *Relatório n. 42677- BR*, 2008a.

_____. “Governança no Sistema único de Saúde (SUS) do Brasil: melhorando a qualidade do gasto público e gestão de recursos! *Relatório n. 36601-BR*, 2007.

_____. “Loan Agreement for Loan eber 7632-BR conformed”, 2009. Disponível em: <<http://documents.worldbank.org/curated/en/2009/12/11710424/loan-agreement-loan-7632-br-conformed>>. Acesso em: 2 fev. 2014.

_____. “Project appraisal document on a proposed loan in the amount of US\$235.0 million to the federative republic of brazil for a health network formation and quality improvement project (QUALISUS-REDE)”. *Report n. 42359-BR*, 2008b. Disponível em: <http://documents.worldbank.org/curated/en/2008/12/10152116/brazil-first-phase-adaptable-program-loan-health-network-formation-quality-improvement-project-brazil-first-phase-adaptable-pr>>. Acesso em: 3 fev. 2014.

_____. “Projeto de Investimentos para a qualificação do Sistema Único de Saúde”. *Avaliação Social*. 2006. Disponível em: <<http://documents.worldbank.org/curated/en/2008/05/9494600/brazil-health-network-formation-quality-improvement-project-qualisus-rede-indigenous-peoples-plan>>. Acesso em: 4 fev. 2014.

_____. “Project information document (PID) – appraisal stage”, 2008c. Report N. AB3637. Disponível em: <<http://documents.worldbank.org/curated/en/2008/04/9362338/brazil-health-network-formation-quality-improvement-project>>. Acesso em: 5 fev. 2014.

_____. *Salud*: documento de política sectorial. Washington D.C. 1975.

_____. *20 anos de construção do Sistema de Saúde no Brasil: uma avaliação do Sistema Único de Saúde*. The World Bank. Washington, D.C. 2013.

BARRETO, V. “Ética, liberalismo e capitalismo”. In: DAVEL, Eduardo e VASCONCELLOS, Jorge (Orgs.). “*Recursos*” humanos e subjetividade. Petrópolis: Vozes, 2002, p.31-58.

BARROCO, M. L. *Ética – fundamentos sócio-históricos*. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. “Fundamentos éticos do Serviço Social”. In: CFESS/ABEPSS. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009, p.165-184.

BARTOLE, M. da C. S. *Da boca cheia de dentes ao Brasil sorridente: uma análise retórica da formulação da política nacional de saúde bucal*. 2006. 130fl. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, UERJ, IMS, Rio de Janeiro, 2006 (original inédito).

BEHRING, E. R. *Brasil em contra-reforma – desestruturação do Estado e perda de direitos*. São Paulo: Cortez, 2003.

_____. “Políticas sociais no governo Lula: uma reflexão”. *Revista Inscrita*, Brasília, CFESS, n. 9, 2004, p.10-14.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. *Política Social – fundamentos e história*. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2007.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. “A humanização como dimensão pública das políticas de saúde”. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, ABRASCO, v. 10, n. 3, 2005a, p.561-571.

_____. “Humanização na saúde: um novo modismo?”. *Revista Interface – Comunicação, saúde, educação*, Botucatu, UNESP, v. 9, n. 17, 2005b, p.389-406.

BERLINGUER, G. “Uma reforma para a saúde – Por um serviço sanitário nacional: análise e proposta”. In: BERLINGUER, Giovanni; TEIXEIRA, Sônia Fleury; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. *Reforma sanitária – Itália e Brasil*. São Paulo: Hucitec; CEBES, 1988, p.1-77.

_____. “15 anos errando pela América Latina”. In: EIBENSCHUTZ, Catalina (Org.). *Política de saúde: entre o público e o privado*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996, p.19-27.

BERLINGUER, G.; TEIXEIRA, S. F.; CAMPOS, G. W. de S. *Reforma sanitária – Itália e Brasil*. São Paulo: Hucitec; CEBES, 1988, p.1-77.

BIHR, A. *Da grande noite à alternativa*. O movimento operário europeu em crise. 2ª ed. São Paulo: Boitempo, 1998.

BIRMAN, J. “A physis da Saúde Coletiva”. *PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.1, n. 1, 1991, p.8-11.

BODSTEIN, R. C. “Ciências Sociais e Saúde Coletiva: novas questões, novas abordagens”. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ, v.8, n. 2, 1992, p.140-149.

_____. “Políticas e serviços de saúde na perspectiva sociológica (notas metodológicas)”. In: CANESQUI, Ana Maria (Org.). *Ciências Sociais e Saúde*. São Paulo: Hucitec; ABRASCO, 1997, p.219-226.

BOLSONARO, J. M. O caminho da prosperidade: Proposta de Plano de Governo. 2018. Disponível em: https://divulgacandcontas.tse.jus.br/candidaturas/oficial/2018/BR/BR/2022802018/280000614517/proposta_1534284632231.pdf. Acesso em: 02 jul. 2023.

BORÓN, A. *América sem trégua: avanços, frustrações e desafios das esquerdas do continente na difícil caminhada rumo ao pós-neoliberalismo*. Editorial. *Boletim PROEALC*. Rio de Janeiro: n. 4, 2004, p.1-3.

_____. “Os ‘novos leviatãs’ e a *pólis* democrática: neoliberalismo, decomposição estatal e decadência da democracia na América Latina”. In: SADER, Emir; GENTILI, Pablo (Orgs.). *Pós-neoliberalismo II – Que Estado para que democracia?* 4ª ed. Petrópolis: Editora, Vozes, 1999, p.7-67.

BRAGA, J. C. de S.; PAULA, Sérgio Góes. *Saúde e Previdência – estudos de política social*. São Paulo: Hucitec; CEBES, 1981.

BRASIL. *Brasil 2003-2010*. Brasília, 2010a. Disponível em: <<http://www.balancodegoverno.presidencia.gov.br/sintese-politica/sintese-politica-versao-impressa>>. Acesso em: 9 jan. 2012.

_____. *Cadernos de Textos – Cartilhas da Política Nacional de Humanização*. Brasília, 2010b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_textos_cartilhas_politica_humanizacao.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2013.

_____. *Covid-19 no Brasil*. Brasília, s/d. Disponível em: https://infoms.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html. Acesso em: 02 jul. 2023.

_____. *Departamento do complexo industrial e Inovação em Saúde*. Brasília, 2014a. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sctie/deciis>>. Acesso em: 16 dez. 2014.

_____. *Diretrizes operacionais – Pactos pela Vida, em defesa do SUS e de Gestão*. Brasília, 2006. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/pactos/pactos_vol1.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2014.

_____. *Diretrizes para a implementação do HumanizaSUS*. Brasília, 2004a. Disponível em: <<http://www.huap.uff.br/residmultiprof/sites/default/files/PCA%20->

%20DIRETRIZES%20PARA%20A%20IMPLEMENTACAO%20DO%20HUMANIZAS US.pdf>. Acesso em: 20 out. 2014.

_____. *HumanizaSUS* – documento base para gestores e trabalhadores. Brasília, 2006.

_____. *HumanizaSUS* – documento base para gestores e trabalhadores. 4ª ed. 1ª reimpressão. Brasília, 2008a.

_____. *HumanizaSUS* – Gestão Participativa. Cogestão. Série B. Textos Básicos de Saúde. 2ª ed. revisada. 1ª reimpressão. Brasília, 2007.

_____. *HumanizaSUS*. Política Nacional de Humanização. A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS. Brasília, 2004b.

_____. *Lei n. 12.842 de 10 de julho de 2013*. Dispõe sobre o exercício da medicina. Brasília, 2013. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12842.htm>. Acesso em: 14 out. 2014.

_____. *Mais Saúde 2008-2011*. Brasília, 2008b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mais_saude_direito_todos_2ed.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2014.

_____. *Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar*. Brasília, 3ª ed. 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acreditacao_hospitalar.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2014.

_____. *Manual do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar*. Brasília, 2001a. Disponível em: <www.saude.sc.gov.br/Eventos/.../Manual_%20Politica_Humanizacao.doc>. Acesso em: 29 jan. 2013.

_____. *Manual operacional do Projeto de investimento para a qualificação do Sistema Único de Saúde*. Brasília, 2009. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/outubro/08/Vol1DocBaseQualiSUS-RedeWeb.pdf>>. Acesso em: 17 dez. 2014.

_____. MARE. *Cadernos MARE da Reforma do Estado*. A nova política de recursos humanos. Brasília, 1997.

_____. *Programa mais médicos* – dois anos: Mais saúde para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_mais_medicos_dois_anos.pdf. Acesso em: 02 jul. 2023.

_____. *Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS*. Brasília, DF, s/d. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizasus>. Acesso em: 02 jul. de 2023.

_____. *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica*. Brasília, 2014b. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/sistemas/pmaq/faq.php>. Acesso em: 17 dez. 2014.

_____. *Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar*. Brasília, 2001b.

BRASIL. Senado Federal. *CPI da Pandemia*: relatório final aprovado pela Comissão em 26 de outubro de 2021. Brasília, DF, 26 out. 2021. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento/download/72c805d3-888b-4228-8682-260175471243>. Acesso em: 20 jul. 2023.

BRAVO, Maria Inês Souza. “Impactos da Crise Contemporânea na Seguridade Social: desafios postos aos assistentes sociais na saúde”. Palestra proferida na Oficina Nacional da ABEPSS. Rio de Janeiro, 2011.

_____. “Política de saúde no Brasil”. In: MOTA, Ana Elizabete *et al.* (Orgs.). *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Cortez; OPAS; OMS, Ministério da Saúde, 2006, p.88-110.

_____. *Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e prática profissional*. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2007.

BRAVO, M. I. S.; ANDREAZZI, M. de F. S. Política de saúde e a formação dos trabalhadores no sistema único de saúde. *Revista Libertas*, Juiz de Fora, v.19, n.2, p. 421–436, ago./dez. 2019.

BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. “A saúde nos governos Lula e Dilma: algumas reflexões”. In: BRAVO, Maria Inês Souza e MENEZES, Juliana Souza Bravo (Orgs.). *Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade*. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, Adufrj, 2011, p.15-28.

_____. Política de saúde no governo Lula. In: BRAVO, Maria Inês Souza *et al.* (Orgs.). *Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde*. 2ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/ Adufrj-SSind, 2008, p.13-20.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; PINHEIRO, W. N. As contrarreformas na Política de Saúde do governo Temer. *Argumentum*, v. 10, n. 1, p. 9–23, 2018.

BRESSER-PEREIRA, L. C. *Biografia de duas páginas*. 2007b. Disponível em: <http://www.bresserpereira.org.br>. Acesso em: 8 set. 2007.

_____. “Da administração pública burocrática à gerencial”. In: BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos; SPINK, Peter (Orgs.). *Reforma do Estado e administração pública gerencial*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006, p.237-270.

_____. *Uma Nova Gestão para um novo Estado: liberal, social e republicano*, 2007a. Disponível em: <<http://www.bresserpereira.org.br>>. Acesso em: 8 set 2007.

_____. *Reforma Gerencial de 1995*. Disponível em: <<http://www.bresserpereira.org.br>>. Acesso em: 8 set. 2007b.

_____. “Sociedade Civil: sua democratização para a reforma do Estado”. In: BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos; WILHEIM, Jorge, SOLA, Lourdes (Orgs.). *Sociedade e Estado em Transformação*. UNESP/ENAP, 1999, p.67-116.

BRICEÑO-LÉON, R. “Tendências da pesquisa em Ciências Sociais e Saúde na América Latina”. In: CANESQUI, Ana Maria (Org.). *Ciências Sociais e Saúde*. São Paulo: Hucitec; ABRASCO, 1997, p.31-48.

BURLANDY, L.; BODSTEIN, R. C. “Política e Saúde Coletiva: reflexão sobre a produção científica (1976-1992)”. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, v.14, n. 3, 1998, p.543-554.

BUSS, P; PELEGRINI FILHO, A. “A saúde e seus determinantes sociais”. In: *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, 2007, p.77-93.

CAMPOS, G. W. de S. “A reforma sanitária necessária”. In: BERLINGUER, Giovanni; TEIXEIRA, Sônica Fleury; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. *Reforma sanitária – Itália e Brasil*. São Paulo: Hucitec; CEBES, 1988, p.179-194.

_____. “Análise crítica das contribuições da Saúde Coletiva à organização das práticas de saúde no SUS”. In: FLEURY, Sônia (Org.). *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997a, p.113-124.

_____. “Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida?”. *Revista Interface – Comunicação, saúde, educação*, Botucatu, UNESP, v.9, n. 17, 2005, p.398-400.

_____. “Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde”. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Regina (Orgs.). *Agir em saúde – um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997b, p.229-266.

_____. *Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar recursos que também atuam como sujeitos da história*. Disponível em: <www.gastaowagner.com.br/index.php/.../11-subjetividade-e-adm-pessoal>. Acesso em: 29 jan. 2014.

_____. “Saúde pública e Saúde Coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas”. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, ABRASCO, v. 5, n.2, 2000a, p.219-230.

_____. *Um método para análise e cogestão de coletivos*. A constituição do sujeito, a produção de valores de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000b.

CANESQUI, A. M. (Org). *Ciências Sociais e Saúde*. São Paulo: Hucitec; ABRASCO, 1997.

CARAPINHEIRO, G. *Saberes e Poderes no Hospital* – uma sociologia dos serviços hospitalares. 3ª ed. Porto: Ed. Afrontamento, 1998.

CARVALHO, C. O. *et al.* “Qualidade em saúde: conceitos, desafios e perspectivas”. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, São Paulo, Sociedade Brasileira de Nefrologia, v. XXVI, n. 4, 2004, p.216-222.

CARVALHO, I. A. *O fetiche do “empoderamento”*: do “conceito” ideológico ao projeto político-econômico. 2013. 163fl. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Programa de Pós Graduação em Serviço Social da UFRJ, ESS/UFRJ, Rio de Janeiro, 2013 (original inédito).

CARVALHO, F.; HIRATA, V. M. “A necessidade de um melhor atendimento para a humanização em saúde”, 2013. Disponível em: <<http://www.redehumanizaus.net/63658-artigo-a-necessidade-de-um-melhor-atendimento-para-a-humanizacao-da-saude>>. Acesso em: 16 dez. 2014.

CASATE, J. C.; CORRÊA, A. K.. “Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem”. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.13, n.1, 2005, p.105-11.

CASSAB, M. A. T.; CASSAB, C. *Juventude: corpo, técnica e território*. Faculdade de Serviço Social/UFJF, 2007. mimeo.

CASTORIADIS, C. *A instituição imaginária da sociedade*. 7ª reimpressão. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2010.

CASTRO, M. M. de C. “Políticas Sociais e Famílias”. *Revista Libertas*, Juiz de Fora, UFJF, v.3, n.1, dez 2008, p.110-127.

_____. Trabalho em saúde: a inserção do assistente social na atenção primária à saúde em Juiz de Fora/MG. 2009.200fl. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Programa de Pós-graduação em Serviço Social da UFJF, FSS/UFJF, Juiz de Fora, 2009 (original inédito).

CASTRO, M. M. de C.; FREITAS, I. das G. Política de saúde na pandemia da covid19 uma análise das determinações ministeriais para a atenção primária à saúde. *Anais*. Rio de Janeiro: ENPESS, 2022. Disponível em: <https://www.abepss.org.br/enpess-anais/edicoes/2022/oral>. Acesso em: 24 jul. 2024.

CASTRO, M. M. de C; OLIVEIRA, L. M. L. “Trabalho em saúde: desafios contemporâneos para o Serviço Social”. *Textos & Contextos*, Porto Alegre, PUC/RS, v.10, n.1, jan./jul. 2011, p.26-43.

CASTRO, M. M. de C.; OLIVEIRA, L. M. L.; STEPHAN-SOUZA, A. I. “Trabalho em saúde e formação em serviço: contribuições do Serviço Social para o trabalho coletivo”. *Revista de APS*, Juiz de Fora, NATES/UFJF, v. 14, 2011, p.497-501.

CASTRO, M. M. de C.; RIBEIRO, S. M. O impacto da covid-19 em profissionais de serviço social portugueses e brasileiros: um estudo exploratório. *Revista Portuguesa De Investigação Comportamental e Social*. Coimbra, Portugal, v.8, n. 2, p. 1–17, 2022.DOI: 10.31211/rpics.2022.8.2.275. Disponível em: <https://rpics.ismt.pt/index.php/ISMT/article/view/275>. Acesso em: 20 jul. 2023.

CEBES. “A questão democrática na área da saúde”. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, CEBES, v.9, 1980, p.11-13.

CECÍLIO, L. C. O. “As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde”. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben (Orgs). *Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001, p.113 -126.

CECILIO, L. C. O. (Org). *Inventando a mudança na saúde*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

CECILIO, L. C. O; BUENO, W.; MERHY, E. E. “O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG)”. In: MERHY, Emerson Elias *et al.* *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2003, p.37-54.

CÉSAR, M. de J. “A experiência do Serviço Social nas empresas”. In: CFESS. *Capacitação em Serviço Social e Política Social: módulo 2: Crise contemporânea, questão social e serviço social*. Brasília: CEAD, 1999, p.168-180.

CFESS. *A saúde pública respira: ato médico é vetado*. Brasília, 11 de julho de 2013a. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/992>>. Acesso em: 14 out. 2014.

_____. *Ato médico vai burocratizar a saúde pública*. Brasília, 8 de julho de 2013b. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/989>>. Acesso em: 14 out. 2014.

_____. *CFESS se manifesta sobre a aprovação do projeto de Lei que institui o ato médico*. Brasília, 20 de junho de 2013c. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/981>>. Acesso em: 14 out. 2014.

_____. *Considerações CFESS*. Brasília, 05 de julho de 2013d. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/consideracoescfess-atomedico.pdf>>. Acesso em: 14 out. 2014.

_____. *Parâmetros de atuação de assistentes sociais na política de saúde*. Reimpressão. Brasília, 2013e.

CHESNAIS, François. *A mundialização do capital*. São Paulo: Xamã, 1996.

CNS. *Caderno da 11ª Conferência Nacional de Saúde*, 2000. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/11confcad.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2014.

COHN, A. "Caminhos da Reforma Sanitária". *Lua Nova*, São Paulo: CEDEC, n. 19, 1989, p.123-140.

_____. "Conhecimento e prática em Saúde Coletiva: o desafio permanente". *Saúde e Sociedade*, São Paulo: USP, v.1, n. 2, 1992, p.97-109.

CONASS. *A saúde na opinião dos brasileiros*. Brasília: CONASS, 2003.

CONCEIÇÃO, T. S. "A Política Nacional de Humanização e suas implicações para a mudança do modelo de atenção e gestão na saúde: notas preliminares". *Revista Ser Social*, Brasília, UNB, v.11, n.25, 2009a, p.194-220.

_____. "Fazer mais e melhor com o pouco que eu tenho": um estudo da Política Nacional de Humanização implementada em Manaus. 2009. 266fl. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Programa de Pós Graduação em Serviço Social da UERJ, UERJ, FSS, Rio de Janeiro, 2009b (original inédito).

CORIAT, B. "Ohno e a Escola japonesa de gestão da produção – um ponto de vista de conjunto". In: HIRATA, Helena (Org.). *Sobre o modelo japonês*. Automatização, novas formas de organização e relações de trabalho. São Paulo, EdUSP, 1993, p.79-91.

CORREIA, M. V. A ofensiva do capital e a necessária defesa da saúde pública e estatal. *Temporalis*, Brasília (DF), ano 22, n. 43, p. 72–89, jan./jun. 2022.

_____. A saúde no contexto da crise contemporânea do capital: o Banco Mundial e as tendências da contrarreforma na política de saúde brasileira. *Revista Temporalis*. Brasília: ABEPSS, n. 13, 2007, p.11-38.

_____. Controle social na saúde. In: MOTA, Ana Elisabete *et al.* (Orgs.). *Serviço Social e Saúde – Formação e Trabalho Profissional*. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006, p.111-138.

_____. "O protagonismo do Banco Mundial na orientação das políticas de saúde". VIEIRA, Ana Cristina; AMARAL, Maria Virgínia Borges. *Trabalho e direitos sociais: bases para discussão*. Maceió, EdUFAL, 2008, p.341-351.

_____. "Por que ser contra aos novos modelos de gestão no SUS". In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo (Orgs.). *Cadernos de Saúde*. Saúde na Atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade, Rio de Janeiro, UERJ, Rede Sirius, 2011, p.43-49.

COSTA, P. H. A. da. "Museu de grandes novidades": a nova-velha política antidrogas no Brasil. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, v.14, n.39, p. 01–25, 2022.

COTTA, R. M. *et al.* "Pobreza, Injustiça, e Desigualdade Social: repensando a formação de Profissionais de Saúde". *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, ABEM, v.29, n. 1, 2007, p.278-286.

COUTINHO, C. N. *O Estruturalismo e a Miséria da Razão*. 2ª ed. Expressão Popular, 2010.

DÂMASO, R. “Saber e práxis na reforma sanitária – avaliação da prática científica no movimento sanitário”. In: TEIXEIRA, Sônia Fleury (Org). *Reforma Sanitária – em busca de uma teoria*. 3ª ed. São Paulo: Cortez; ABRASCO, 2006, p.61-90.

DADOS GERAIS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Brasília, 2014. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/materiais-para-pesquisas/perfil-do-setor/dados-gerais>>. Acesso em: 18 abr. 2014.

DEMIER, F. *Depois do Golpe – a dialética da democracia blindada no Brasil*. Rio de Janeiro: Mauad X, 2017.

DESLANDES, S. “A ótica dos gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro”. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, ABRASCO, v.10, n.3, 2005, p.615-626.

_____. “Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar”. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, ABRASCO, v.9, n.1, 2004, p.7-14.

_____. “O cuidado humanizado como valor e *ethos* da prática em saúde! In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo. *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/UERJ, ABRASCO, 2007, p.385-395.

DESLANDES, S.; MITRE, “Rosângela Minardi. “Processo comunicativo e humanização em saúde”. *Revista Interface – Comunicação, saúde, educação*. Botucatu: UNESP, v.13, supl.1, 2009, p.641-649.

DONABEDIAN, A. “Evaluating the quality of medical care”. *Milbank Memorial Fund Quarterly*. Nova York, v. 44, n. 3, Supl., jul. 1966, p.166-206.

_____. “The Effectiveness of Quality Assurance”. *International Journal for Quality in Health Care*, v. 8, n. 4, 1996, p.401-407.

_____. “The quality of care: How can it be assessed?” *JAMA*, Chicago, n. 12, v. 260, p.1743-1748, 1988.

DONNANGELO, M. C. *Medicina e Sociedade* (o médico e seu mercado de trabalho). São Paulo: Livraria Pioneira, 1975.

DUARTE, M. J. “Subjetividade, marxismo e Serviço Social: um ensaio crítico”. *Revista Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, Cortez, n. 101, p.5-24, 2010.

DRUCK, G. A “cultura da Qualidade” nos anos 90: a flexibilização do trabalho na indústria petroquímica da Bahia. In: MOTA, Ana Elisabete (Org.). *A nova fábrica de consensos*. 2ª ed. São Paulo, 2000, p.45-72.

DURIGUETTO, M. L. *Sociedade Civil e Democracia*. Um debate necessário. São Paulo: Cortez, 2007.

EAGLETON, T. *As ilusões do pós-modernismo*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

_____. *Depois da Teoria – um olhar sobre os estudos culturais e o pós-modernismo*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.

ENGELS, F. *A situação na classe trabalhadora na Inglaterra*. São Paulo: Boitempo Editorial, 2008.

SCOREL, S. “História das políticas de saúde no Brasil de 1964-1990: do golpe militar à Reforma Sanitária”. In: GIOVANELLA, Lígia et al (Orgs.). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. 1ª reimpressão. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008, p.385-434.

EVANGELISTA, J. *Crise do marxismo e irracionalismo pós-moderno*. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 2002.

_____. *Teoria social pós-moderna – introdução crítica*. Porto Alegre: Sulina, 2007.

FARIAS, S. F. et al. “A regulação no setor público de saúde no Brasil: os (des) caminhos da assistência médico-hospitalar”. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, ABRASCO, v. 16 (Suplemento1), 2011, p.1043-1053.

FILGUEIRAS, L.; GONÇALVES, R. *A economia política do Governo Lula*. Rio de Janeiro: Contraponto, 2007.

FIOCRUZ. *Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde*. Disponível em: <<http://www.determinantes.fiocruz.br/>>. Acesso em: 19 dez. 2014.

_____. Falta de oxigênio causa mortes e revela colapso em Manaus, que já soma mais de quatro mil mortes em 2021. *Informe ENSP*, Rio de Janeiro, 4 mar. 2021. Disponível em: <https://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/50926>. Acesso em: 02 jul. 2023.

FLEURY, S. “Reforma Sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído”. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, ABRASCO, v.14, n.3, 2009a, p.743-752.

_____. “Revisitando “a questão democrática na área da saúde” quase 30 anos depois”. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, CEBES, v. 33, n.81, 2009b, p.156-164.

FLEURY-TEIXEIRA, P.; BRONZO, C. “Determinação social da saúde e política”. In: NOGUEIRA, Roberto Passos (Org.). *Determinação da saúde e Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: CEBES, 2010, p.37-59.

FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA. *O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade*. Rio de Janeiro, jul. 2006. Disponível em:

<http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/manifesto_final%20%20rede%20unida.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2013.

FORTI, V.; GUERRA, Y. “Na prática a teoria é outra?”. In: FORTI, Valéria; GUERRA, Yolanda (Orgs). *Serviço Social: temas, textos e contextos*. Coletânea Nova de Serviço Social. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010, p.3-21.

FRANCO, T. *et al.* “O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG)”. In: MERHY, Emerson Elias *et al.* (Orgs.). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2003, p.37- 54.

FRANCO, T.; MERHY, E. E. “Programa de Saúde da Família: Contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial”. In: MERHY, Emerson Elias *et al.* (Orgs.). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2003, p.161-198.

FREITAS, F. D. *et al.* “Ambiente e humanização: retomada do discurso de Nightingale na Política Nacional de Humanização”. In: *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, UFRJ, v.17, n. 4, p.654-660, 2013.

GALLO, E.; NASCIMENTO, P. C. “Hegemonia, bloco histórico e movimento sanitário”. In: TEIXEIRA, Sônia Fleury (Org). *Reforma Sanitária – em busca de uma teoria*. 3ª ed. São Paulo: Cortez; ABRASCO, 2006, p.91-118.

GARAUDY, R. *Karl Marx*. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

GIOPPO, C. Eugenia: a higiene como estratégia de segregação. *Educar em Revista*, n. 12, p. 167–180, jan. 1996. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/er/a/rgvGSgcssyWZnf4zbCnHkSN/#>. Acesso em: 20 jul. 23.

GUERRA, Y. “A categoria instrumentalidade do Serviço Social no equacionamento de ‘pseudos problemas’ da/na profissão. *Revista Construindo o Serviço Social*, n. 3. Bauru: Instituto de Pesquisas e Estudos/ Divisão Serviço Social, Faculdade de Serviço Social de Bauru, 2000, p.9-29.

_____. *A instrumentalidade do Serviço Social*. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 2002.

_____. “A força histórico-ontológica e crítico-analítica dos fundamentos. *Revista Praia Vermelha – estudos de política e teoria social*, Rio de Janeiro, UFRJ, n. 10, 2004, p.12-45.

GURGEL, W. B.; MOCHEL, E. G. “As origens da Política Nacional de Humanização da gestão e atenção em saúde no Brasil”. *Ciências Humanas em Revista*, São Luís, UFMA, v.5, n. 2, 2007, p.71-93.

GUSMÃO-FILHO, F. A. *Análise de implantação da Política de Qualificação da Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde – Política QUALISUS – em três hospitais do município de Recife*. 2008. 181fl. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, FIOCRUZ, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife, 2008 (original inédito).

HARVEY, D. *Condição pós-moderna*. Uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural. 16ª ed. São Paulo: Edições Loyola, 2007.

_____. *Espaços de Esperança*. 3ª ed. São Paulo: Edições Loyola, 2009.

_____. *O Neoliberalismo – história e implicações*. São Paulo: Edições Loyola, 2005a.

_____. *O novo imperialismo*. 2ª ed. São Paulo: Edições Loyola, 2005b.

HELPER, A. P *et al.* “Capacidade aquisitiva e disponibilidade de medicamentos para doenças crônicas no setor público”. *Revista Panamericana de Salud Publica*, Rio de Janeiro, OPAS/OMS, v. 31, n.3, 2012, p.225-232.

HIRATA, H. “Apresentação”. In: HIRATA, Helena (Org.). *Sobre o modelo japonês. Automatização, novas formas de organização e relações de trabalho*. São Paulo: EdUSP, 1993, p.11-19.

IAMAMOTO, M. “As dimensões ético - políticas e teórico – metodológicas no Serviço Social contemporâneo”. In: MOTA, Ana Elisabete *et al.* *Serviço Social e Saúde – Formação e Trabalho Profissional*. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006, p.161-166.

_____. *O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2001.

_____. *Serviço Social em tempo de capital fetiche – Capital financeiro, trabalho e questão social*. São Paulo: Cortez, 2008.

IAMAMOTO, M. V; CARVALHO, R. *Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica*. 12ª ed. São Paulo: Cortez, Lima, Peru: CELATS, 1998.

IASI, M. *As metamorfoses da consciência de classe – o PT entre a negação e o consentimento*. 2ª ed. São Paulo: Expressão Popular, 2012.

IBGE. “Consumo na saúde representou 8,4 do PIB em 2007”. Disponível em: <<http://saladeimprensa.ibge.gov.br/noticias?view=noticia&id=1&busca=1&idnoticia=1514>>. Acesso em: 18 abr. 2014.

JAMESON, F. *Pós-modernismo – A lógica cultural do capitalismo tardio*. 2ª ed. São Paulo: Ática, 2007.

JANZ JR, D. C. O valor da eugenia: eugenia e higienismo no discurso médico curitibano no início do século XX. *Cordis: História, Corpo e Saúde*, n. 7, p. 87–120, jul./dez. 2011. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/cordis/article/view/10380>. Acesso em: 02 jul. 2023.

JINKINGS, N. “As formas da dominação do trabalho na reestruturação produtiva”, 2002. Disponível em: <http://www.portalanpedsul.com.br/admin/uploads/2002/Trabalho_e_educacao/Mesa_Redonda/01_16_08_m48-19.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2014.

JORGE, E. “O partido dos trabalhadores e a saúde na Constituinte”. *Revista Saúde em debate*, Rio de Janeiro, CEBES, n. 20, abril de 1988, p.49-53.

KRUGER, T. R. “SUS: da perda da radicalidade democrática ao novo desenvolvimentismo”. *Revista Katálysis*, Florianópolis, UFSC, v. 17, n. 2, 2014, p.218-226.

LACAZ, F. “O sujeito N(D) a Saúde Coletiva e pós-modernismo”. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, ABRASCO, v. 6, n.1, 2001, p.233 -242.

LAPPIS. “Política Nacional de Humanização comemora 10 anos”. Disponível em: <<http://www.lappis.org.br/site/noticias/1146-politica-nacional-de-humanizacao-comemora-10-anos>>. Acesso em: 12 de dezembro de 2014.

LAURELL, A. C. “A saúde como processo social”. *In: NUNES, Eduardo (Org.). Medicina social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global, 1993, p.133-158.

_____. “Avançando em direção ao passado”. *In: LAURELL, Asa Cristina (Org.). Estado e Políticas Sociais no Neoliberalismo*. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 2002, p.151-178.

LEAL, L. M.; CASTRO, M. M. de C. Determinação social da saúde e covid-19: fundamentos para o trabalho do assistente social na crise sanitária. *Emancipação*, Ponta Grossa, PR, Brasil, v.21, p. 1–14, 2022. DOI: 10.5212/Emancipacao.v.21.2118178.036. Disponível em: <https://revistas.uepg.br/index.php/emancipacao/article/view/18178>. Acesso em: 20 jul. 2023.

LEBAUSPIN, I. (Org.). *O desmonte da nação*. Balanço do Governo FHC. 3ª ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

LEBAUSPIN, I.; MINEIRO, Adhemir. *O desmonte da nação em dados*. Petrópolis: Vozes, 2002.

LEITE, J. E. T. “Nós quem, cara pálida?” A razão depois de Taylor. *In: DAVEL, Eduardo; VASCONCELLOS, Jorge (Orgs.). “Recursos” humanos e subjetividade*. Petrópolis: Vozes, 2002, p.80-117.

LIMA, J. C. F. “A Política Nacional de Saúde nos anos 1990 e 2000: na contramão da história?” *In: PONTE, Carlos Fidélis; FALEIROS, Ial (Orgs.). Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história*. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010, p.279-312.

LOSCIER, E. “A Pro-cura da subjetividade: a organização pede análise”. In: DAVEL, Eduardo; VASCONCELLOS, Jorge (Orgs.). “*Recursos*” humanos e subjetividade. Petrópolis: Vozes, 2002, p.68-80.

LOUSADA, V. Subfinanciamento, ausência de programas e "tabus morais" colocam a saúde em xeque com Bolsonaro. *Revista Fórum*, 10 abr. 2019. Disponível em: <https://revistaforum.com.br/politica/2019/4/10/subfinanciamento-ausncia-de-programas-tabus-morais-colocam-saude-em-xeque-com-bolsonaro-54829.html>. Acesso em: 02 jul. 2023.

LOWY, M. “Conservadorismo e extrema direita na Europa e no Brasil”. *Revista Serviço Social e Sociedade*, n. 124, out./dez. 2015, p.652-664.

_____. Extrema direita e neofascismo: um fenômeno planetário: o caso Bolsonaro. In: FARIA, Fabiano Godinho; MARQUES, Mauro Luiz Barbosa (Org.). *Giros à direita: análises e perspectivas sobre o campo líbero-conservador*. Sobral, CE, Brasil: Editora Sertão Cult, 2020, p. 13–19. Disponível em: <https://editorasertaocult.files.wordpress.com/2020/10/faria-marques-giros-a-direita.pdf>. Acesso em: 02 jul. 2023.

LUZ, M. *As novas formas da Saúde Coletiva: práticas, representações e valores culturais na sociedade contemporânea*. Mimeo. s/a.

_____. “Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XX”. *PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 15(Suplemento), 2005, p.145- 176.

_____. “Fragilidade social e busca de cuidado na sociedade civil de hoje”. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitce; ABRASCO, 2004, p.9 -20.

_____. “Novas realidades em saúde, novos objetos em Ciências Sociais”. In: CANESQUI, Ana Maria (Org.). *Ciências Sociais e Saúde*. São Paulo: Hucitec; ABRASCO, 1997, p.79-86.

LUZ, M. T.; BARROS, N. F. *Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2012.

LUKÁCS, G. *El asalto a la razón. La trayectoria del irracionalismo dese Schelling hasta Hitler*. Fondo de Cultura econômica. México, Buenos Aires, 1959.

LYOTARD, J. F. *A condição pós-moderna*. 14ª ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 2011.

KOSIK, K. *Dialética do Concreto*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

MACHADO, C. V. et al. “Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades”. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ, v.27, n.3, 2011a, p.521-532.

MACHADO, C. V. *et al.* “Serviço de Atendimento Móvel de urgência: análise da política brasileira”. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, USP, v.45, n.3, 2011b, p.519-528.

MARQUES, R.; MENDES, Á. “Desvendando o social no Governo Lula: a construção de uma nova base de apoio”. *In: PAULA, João Antônio (Org.). Adeus ao desenvolvimento. A opção do governo Lula*. Belo Horizonte: Autêntica, 2005a, p.143-170.

_____. “Os dilemas do financiamento do SUS no interior da Seguridade Social”. *Economia e Sociedade*, Campinas, UNICAMP, v. 14, n. 1, 2005b, p.159- 175.

_____. “Servindo a dois senhores: as políticas sociais no governo Lula”. *In: Revista Katálysis*, Florianópolis, UFSC: v.10, n.1, 2007, p.15-23.

MARTINS, C. M.; FONSECA, A. F.; CORTES, B. Pandemia e a necessidade de humanizar o humano. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 18, n. 3, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00291>. Acesso em: 20 jul. 2023.

MANDEL, E. *O Capitalismo Tardio*. 2ª ed. São Paulo: Nova Cultural, 1985.

MANSANERA, A. R.; SILVA, L. C. A influência das ideias higienistas no desenvolvimento da psicologia no Brasil. *Psicologia em estudo*, v.5, n.1, p. 115–137, mar. 2020.

MARCH, C. “Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, universidades públicas e autonomia: ampliação da subordinação à lógica do capital”. *In: Universidade e Sociedade*. Brasília: ANDES/SN, n. 49, 2012, p.62-70.

MARCOSIN, C.; SANTOS, C. “Direitos Trabalhistas e Previdência Social: a experiência brasileira de flexibilização e desmonte”. *In: MARCOSIN, Cleier; MARQUES, Maria Celeste Simões Marques. Trabalho e Direitos: conquistas e retrocessos*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010, p.119-134.

MARX, K. “A consciência revolucionária da história”. *In: Manuscritos econômicos e filosóficos de 1844*. Lisboa: Avante, 1994, p.146 -181.

_____. *Manuscritos econômicos e filosóficos*. 1ª reimpressão. São Paulo: Boitempo Editorial, 2008.

_____. *O Capital – Crítica da Economia Política*. Livro Primeiro: O processo de produção do capital. 18ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001. v. 1.

_____. *O Capital – crítica da economia política*. 25ª ed. São Paulo: Civilização Brasileira, 2006.

MARX, K.; ENGELS, F. *Manifesto Comunista*. 5ª reimpressão. São Paulo: Boitempo Editorial, 2007.

MASSON, F. *Ideologia e prática na saúde – a questão da Reforma Sanitária*. 2007.164fl. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Programa de pós-graduação em Serviço Social da UFRJ, UFRJ, ESS, Rio de Janeiro, 2007 (original inédito).

MATOS, M. C. de. O neofascismo da política de saúde de Bolsonaro em tempos perigosos da pandemia da covid-19. *Revista Humanidades e Inovação*, v.8, n.35, p. 25–35, 2021.

MATTOS, R. A. “Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde”. *Revista Interface – Comunicação, saúde, educação*, Botucatu, UNESP, v.13, 2009, p.771-780.

MENDES, A. A saúde no capitalismo financeirizado em crise: o financiamento do SUS em disputa. *Futuro do Brasil: Textos para debate*. Rio de Janeiro, n. 7, p. 1–7, jul. 2017. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/28237>. Acesso em 02 jul. 2023.

MENDES, E. V. *Uma agenda para saúde*. São Paulo: Hucitec, 1998.

MERHY, E. E. “Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde)”. In: CECILIO, Luis Carlos Oliveira (Org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1997a, p.117 -160.

_____. “Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde”. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Regina (Orgs.). *Agir em saúde – um desafio para o público*. São Paulo; Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997b, p.113-150.

_____. “Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde”. MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Regina (Orgs.). *Agir em saúde – um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997c, p.71-110.

_____. “O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo)”. In: FLEURY, Sônia (Org.). *Saúde e Democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997d, p.125-141.

_____. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E; MALTA, D. C. e SANTOS, F. P. “Desafios para os gestores do SUS, hoje: compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira e a potência transformadora da gestão”. In: FREESE, Eduardo (Org.). *Municípios: a gestão da mudança em saúde*. Recife: UFPE; 2004. p.45-76. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-30.pdf>>. Acesso em: 22 jan. 2014.

MERHY, E. E.; CECÍLIO, L. C. de O. e NOGUEIRA, R. C. Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as Conferências de Saúde. *Cadernos da 9ª Conferência Nacional de Saúde*. Descentralizando e democratizando o conhecimento. Brasília: CNS, 1992. v. 1.

MÉSZÁROS, I. *A crise estrutural do capital*. São Paulo: Boitempo Editorial, 2009.

_____. *O poder da Ideologia*. São Paulo: Boitempo Editorial, 2004.

_____. *Para além do Capital*. 2ª reimpressão. São Paulo: Boitempo Editorial, 2006.

MORI, M. E.; OLIVEIRA, O. V. “Os coletivos da Política Nacional de Humanização (PNH): a cogestão em ato”. *Revista Interface – Comunicação, saúde, educação*, Botucatu, UNESP, v.13, supl.1, 2009, p.627-640.

MOTA, A. E. Crise Contemporânea e as transformações na produção capitalista. *In: CFESS/ APEPSS. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília: CFESS/ APEPSS, 2009, p.51-67.

_____. *Cultura da Crise e Seguridade Social*. Um estudo sobre as tendências da previdência e da assistencial social brasileira nos anos 80 e 90. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2000.

NETTO, J. P. “A conjuntura brasileira: O Serviço Social posto à prova”. *Revista Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, Cortez, n. 79, 2004a, p.5-26.

_____. “A construção do projeto ético-político do Serviço Social”. *In: MOTA, Ana Elisabete et al (Orgs.). Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006, p.141-160.

_____. *Capitalismo Monopolista e Serviço Social*. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1996.

_____. *Crise do socialismo e Ofensiva neoliberal*. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 2001.

_____. “Desigualdade, pobreza e Serviço Social”. *Revista em Pauta*. Rio de Janeiro: UERJ, n.19, 200, p.134-170.

_____. “FHC e a política social: um desastre para as massas trabalhadoras”. *In: LEBAUSPIN, Ivo (Org.). O desmonte da nação*. Balanço do Governo FHC. 3ª ed. Petrópolis: Vozes, 1999, p.75-89.

_____. *Marxismo Impenitente – contribuição à história das ideias marxistas*. São Paulo: Cortez, 2004b, p.139-162.

_____. *O que é Marxismo?* 4ª ed. Rio de Janeiro: Editora Brasiliense, 1987.

_____. *Prólogo do Manifesto do Partido Comunista*. São Paulo: Cortez, 1998.

_____. *Tópicos Especiais em Pesquisa Social*. Anotações de sala de aula. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Mestrado em Serviço Social. Juiz de Fora: FSS/UFJF, 2013.

NETTO, J. P.; BRAZ, M. *Economia Política – uma introdução crítica*. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2007.

NICOLA, L. R. M.; SILVA, E. P. Extrema direita e a ideologia do determinismo biológico. *Germinal: Marxismo e Educação em Debate*. Salvador, v.13, n.1, p. 623–635, abr. 2021.

NOGUEIRA, R. P. “O trabalho em saúde hoje: novas formas de organização”. In: NEGRI, Barjas (Orgs.). *Recursos Humanos em Saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho*. Campinas: UNICAMP, 2002, p.257-285.

_____. “Introdução”. In: NOGUEIRA, Roberto Pereira (Org.). *Determinação da saúde e Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: CEBES, 2010.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F.; BÓGUS, C. M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, USP, v. 13, n. 3, 2004, p.44-57.

NUNES, E. “As ciências sociais em saúde: reflexões sobre as origens e a construção de um campo de conhecimento”. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, USP, v. 1, n. 1, 1992, p.59-84.

_____. “A trajetória das ciências sociais em saúde na América Latina: revisão da produção científica”. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, USP, v. 40, número especial, 2006a, p.64-72.

_____. “Saúde Coletiva: uma história recente de um passado remoto”. In: CAMPOS, Gastão. *W et al* (Orgs.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo- Rio de Janeiro: Hucitec; FIOCRUZ, 2006b, p.19-39.

_____. *Sobre a Sociologia da Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1999.

_____. “Sociologia da saúde: história e temas”. In: CAMPOS, Gastão Wagner *et al*. (Orgs.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo- Rio de Janeiro: Hucitec; FIOCRUZ, 2006c, p.283-315.

OLIVEIRA, J. “Para uma teoria da reforma sanitária: ‘democracia progressiva’ e políticas sociais”. *Saúde em debate*, Rio de Janeiro, CEBES, n. 20, abr. 1988, p.85-93.

PAIM, J. *Reforma Sanitária brasileira: contribuição para compreensão e crítica*. 2007. 300fl. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva – Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva, UFBA, Instituto de Saúde Coletiva. Salvador, 2007.

PAIVA, C. H.; TEIXEIRA, L. A. “Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores”. In: *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, FIOCRUZ, v.20, n.2, 2014, p.653-667.

PASCHE, D.; PASSOS, E. “A importância da humanização a partir do Sistema Único de Saúde”. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, USP, v.1, n.1, 2008, p.92-100.

PAULA, A. P. P. *Por uma nova gestão pública: limites e potencialidades da experiência contemporânea*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

PAULA, L. G. P. *Estratégias e táticas – reflexões no campo do serviço Social*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2016.

PCB. “A reforma sanitária na perspectiva do socialismo – a proposta política do PCB”. *Saúde em debate*. Rio de Janeiro: CEBES, n. 20, abril de 1988, p.75-78.

PEREIRA, I. B. “A educação dos trabalhadores: valores éticos e políticos do cuidado na saúde”. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (Orgs.). *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESC; ABRASCO, 2007, p.145-164.

PEREIRA, J. M. M. *O Banco Mundial como ator político, intelectual e financeiro – 1944-2008*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.

PINHEIRO, R.; BARROS, M. E.; MATTOS, R. A. *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: CEPESC; UERJ; IMS/UERJ; ABRASCO, 2007.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. “Cuidado e Integralidade: por uma Genealogia de Saberes e Práticas no Cotidiano”. In: PINHEIRO, Roseni. MATTOS, Ruben Araújo (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da Integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec; ABRASCO, 2004, p.21-36.

PINHEIRO, R.; LOPES, T. C. “Introdução. As razões do direito à saúde: ética, técnica e formação como política”. In: PINHEIRO, Roseni; LOPES, Tatiana Coelho (Orgs.). *Ética, técnica e formação: as razões do cuidado como direito à saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ, 2010, p.9-12.

_____. PINHEIRO, R.; LOPES, T. C. (Orgs.). *Ética, técnica e formação: as razões do cuidado como direito à saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ, 2010.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; ABRASCO, 2003.

_____. *Construção Social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC; UERJ; ABRASCO, 2005.

_____. *Cuidar do Cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC; UERJ; IMS/UERJ; ABRASCO, 2008.

_____. *Cuidado: as fronteiras da Integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec; ABRASCO, 2004.

_____. *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação da saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.

_____. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ; IMS/UERJ; ABRASCO, 2001.

_____. *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: CEPESC; UERJ; IMS/UERJ; ABRASCO, 2007.

PINHEIRO, R.; SILVA-JUNIOR, A. G. *Por uma sociedade cuidadora*. Rio de Janeiro: CEPESC; UERJ; IMS/UERJ; ABRASCO, 2010.

PIRES, D. *A reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil*. São Paulo: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social; CUT; Annablume, 1998.

PONTES, C. F. O que a pandemia pode nos ensinar? *Radis: Comunicação e Saúde*. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, n. 211, p. 35, abr.2020. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/40596>. Acesso em: 03 jul. 2023.

PMDB. “A Travessia Social – uma ponte para o futuro”, 2015a. Disponível em: <http://veja.abril.com.br/complemento/pdf/TRAVESSIA%20SOCIAL%20-%20PMDB_LIVRETO_PNTE_PARA_O_FUTURO.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2017.

_____. “Uma ponte para o futuro”, 2015b. Disponível em: <http://pmdb.org.br/wp-content/uploads/2015/10/RELEASE-TEMER_A4-28.10.15-Online.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2017.

PUCCINI, P. de T.; CECÍLIO, L. C. de O. “A humanização dos serviços e o direito à saúde”. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ, v. 20, n. 5, 2004, p.1342-1353.

REUTERS. Bolsonaro acusa PT de criar células de guerrilha com médicos cubanos e diz que não precisa ter prova. *Uol, Economia*, [S.l.], 16 ago. 2019. Disponível em: <https://economia.uol.com.br/noticias/reuters/2019/08/16/bolsonaro-acusa-pt-de-criar-celulas-de-guerrilha-com-medicos-cubanos-e-diz-que-nao-precisa-ter-provas.htm>. Acesso em: 20 jul. 2023.

RIOS, I. C. “Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde”. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, ABEM, v. 33, n. 2, 2009, p.253–261.

RIZZOTTO, M. L. *O Banco Mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS*. 2000. 266f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, UNICAMP, Campinas, 2000 (original inédito).

RODRIGUES, M. Michel Foucault sem espelhos: um pensador proto pós-moderno. 2006. 256fl. Tese (Doutorado em Serviço Social – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UFRJ, Rio de Janeiro, 2006 (original inédito).

ROSEN, G. “A evolução da medicina social”. *In*: NUNES, Everardo Duarte. *Medicina social* – aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global, 1983, p.25-82.

ROUANET, S. P. *As Razões do Iluminismo*. 4ª reimpressão. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

_____. *Mal-Estar na Modernidade*. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

RUAS, R. *et al.* “Avanços e impasses do modelo japonês no Brasil – observações acerca de casos empíricos”. HIRATA, Helena (Org.). *Sobre o modelo japonês*. Automatização, novas formas de organização e relações de trabalho. São Paulo: EdUSP, 1993, p.103-122.

SALVADOR, E. Disputa do fundo público em tempos de pandemia no Brasil. *Textos & Contextos*. Porto Alegre, v. 19, n. 2, p. 1–15, jul.–dez. 2020.

SANTOS, B. de S. *A crítica da razão indolente* – contra o desperdício da experiência. 8ª ed. São Paulo: Cortez, 2011. v. 1.

_____. *Introdução a uma ciência pós-moderna*. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

_____. *Pela mão de Alice* – O social e o político na pós-modernidade. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 1997.

_____. *Um discurso sobre as ciências*. 12ª ed. Porto: Edições Afrontamento, 2001.

SANTOS, C.; SANTOS, D. C.; CASTRO, M. de C. Sofrimento psíquico da população negra brasileira e impactos da pandemia de covid-19. *Praia Vermelha*, v.32, p. 403–422, 2022.

SANTOS, J. S. *Neoconservadorismo, pós-moderno e Serviço Social brasileiro*. São Paulo: Cortez, 2007.

SANTOS, M. A. B. *et al.* “Participação das atividades de saúde na economia brasileira: informações da Conta de Saúde de 2000 a 2007”. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Rio de Janeiro, OPAS/OMS, v. 31, n.2, 2012, p.153-160.

SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, R. B. “Câmara técnica de humanização como dispositivo de cogestão: experimentando o conceito de Rede”. *In*: SANTOS-FILHO, Serafim Barbosa e BARROS, Maria Elizabeth Barros (Orgs.). *Trabalhador da saúde: Muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão e no trabalho em saúde*. Ijuí: Editora Unijuí, 2007, p.203-232.

SARAIVA FELIPE, J. “MPAS – o vilão da reforma sanitária”. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ, v.3, n. 4, 1987, p.483-504.

SCHRAIBER, L. *et al.* “Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas”. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, ABRASCO, v. 4, n. 2, 1999, p.221- 241.

SCHRAIBER, L.; MACHADO, M. H. “Trabalhadores da Saúde: uma nova agenda de estudos sobre recursos humanos em saúde no Brasil”. In: FLEURY, Sônia (Org.). *Saúde e Democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997, p.281-297.

SILVA JUNIOR, A. *Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, 1998.

SILVA JUNIOR, A.; ALVES, C. A. “Modelos tecnoassistenciais em saúde: desafios e perspectivas”. In: MORSINI, Márcia Valéria; CORBO, Anamaria (Orgs.). *Modelos de Atenção e Saúde da Família*. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007, p.27- 41.

SILVA JUNIOR, A. G.; ALVES, C. A.; ALVES, M. G. “Entre Tramas e Redes: cuidado e integralidade”. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (Orgs). *Construção Social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. CEPESC/ UERJ: ABRASCO, 2005, p.77- 89.

SILVA JUNIOR; A. G. e MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da atenção Básica em saúde sob a ótica da Integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da Integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec, ABRASCO, 2004, p.241-257.

SILVA, J. J; CORREIA, M. V. C.; SANTOS, V. M. Política de Saúde e desmonte do SUS no Governo Temer. *Ser Social*, v. 23, n. 48, p. 191–2010, 2021.

SILVA, L. B.; CASTRO, M. M. de C.; SOUZA, R. O. Crises econômica e sanitária: notas de continuidade. *Temporalis*, v.41, p. 34–52, 2021.

SILVEIRA, M. L. S. “Algumas notas sobre a subjetividade no âmbito do marxismo”. *Revista Outubro*, n. 7. São Paulo, 2002, p.103-113.

SIMIONATTO, I. “As expressões ideoculturais da crise capitalista na atualidade e sua influência teórico-política”. In: CFESS e APEPSS. *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília: CFESS; APEPSS, 2009, p.87-106.

SOCIEDADE Maranhense de Direitos Humanos (SMDH). Denúncia de violações dos direitos à vida e à saúde no contexto da pandemia da covid-19 no Brasil. Passo Fundo: Saluz, 2021. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/images/publicacoes2023/denuncia-de-violacoes-dos-diBrasil-a-vida-e-a-saude-no-contexto-da-pandemia-da-covid-19-no-brasil-documento-denuncia-final-19-11-2021.pdf>. Acesso em: 02 jul. 2023.

SOARES, L. T. *Ajuste neoliberal e desajuste na América Latina*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2001.

_____. *Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina*. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2002.

SOARES, R. A contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje: impactos e demandas ao Serviço Social. 2010. 266fl. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Programa de pós-graduação em Serviço Social da UFPE. Recife, UFPE/CCSA, 2010a (original inédito).

_____. “A racionalidade da contrarreforma na política de saúde e o Serviço Social”. In: BRAVO, Maria Inês de Souza; MENEZES, Juliana de Souza Bravo. *Saúde, Serviço Social, movimentos sociais e conselhos*. São Paulo: Cortez, 2012, p.85-108.

_____. “Contrarreforma na política de saúde e prática profissional do Serviço Social nos anos 2000”. In: MOTA, Ana Elizabete (Org.). *As ideologias da contrarreforma e o Serviço Social*. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2010b, p.337-382.

SNOW, J. *Sobre a maneira de transmissão da cólera*. São Paulo/ Rio de Janeiro: Hucitec; ABRASCO, 1990.

SOUSA, Aione Maria da Costa. A ética e o trabalho cotidiano do assistente social. *Presença Ética*, Recife, GEPE, ano II, n.2, 2002, p.123-142.

SOUZA, R. M. *Controle capitalista e reestruturação produtiva: o programa brasileiro da qualidade e produtividade*. Maceió: EDUFAL, 2011.

_____. “Pós-modernidade e crise capitalista: incidências das formas de controle sobre a subjetividade do trabalho”. In: COSTA, Gilmaísa, PRÉDES, Rosa; SOUZA, Reivan (Orgs.). *Crise contemporânea e Serviço Social*. Maceió: EDUFAL, 2010, p.211-230.

SOUZA, T. “Algumas reflexões acerca do chamamento do Serviço Social para a implementação da Política Nacional de Humanização: desafios à atuação profissional”. *XX seminário latinoamericano de Serviço Social*. Córdoba, 2012. Disponível em: <<http://200.16.30.67/~valeria/xxseminario/datos/3/3brSouza.pdf>>. Acesso em: 17 dez. 2014.

SOUZA, L. A. e MENDES, V. L. “O conceito de humanização na Política Nacional de Humanização (PNH)”. *Revista Interface – Comunicação, saúde, educação*, Botucatu, UNESP, v.13, supl.1, 2009, p.681-688.

SOUZA, W. e MOREIRA, M. C. “A temática da humanização da saúde: alguns apontamentos para o debate”. In: *Revista Interface – Comunicação, saúde, educação*, Botucatu, UNESP, v. 12, n. 25, 2008, p.327-128.

SOUZA-FILHO, R. *Gestão Pública e Democracia: a burocracia em questão*. Lumen Juris, 2010.

STOTZ, E. “A Saúde Coletiva como projeto científico: teoria, problemas e valores na crise da modernidade”. In: CANESQUI, Ana Maria (Org.). *Ciências Sociais e Saúde*. São Paulo: Hucitec; ABRASCO, 1997, p.273-284.

TARSO, P. *Projeto Qualisus*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/eventos/2a_mostra/projeto_qualisus_paulo_tarso.pdf>. Acesso em: 29 jan. 2014.

TEIXEIRA, M. J. “O Programa de Saúde da Família, o Serviço Social e o canto do rouxinol”. In: BRAVO, Maria Inês de Souza; PEREIRA, Potyara Amazoneida (Orgs.). *Política Social e Democracia*. 2ª ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2002, p.235-254.

TEIXEIRA, S. F. (Org.). *Reforma Sanitária – em busca de uma teoria*. 3ª ed. São Paulo: Cortez; ABRASCO, 2006a.

TEIXEIRA, S. F. “O dilema reformista na Reforma Sanitária”. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, FGV, v.21, n.4, out./dez. 1987, p.94-115.

_____. “Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária”. TEIXEIRA, Sônia Fleury (Org). *Reforma Sanitária – em busca de uma teoria*. 3ª ed. São Paulo: Cortez; ABRASCO, 2006b, p.17-46.

TEMPORÃO, J. G. “O mercado privado de vacinas no Brasil: a mercantilização no espaço da prevenção”. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ, v. 19, n.5, 2003, p.1323-1339.

THOMPSON, E. *A miséria da teoria ou um planetário de erros – uma crítica ao pensamento de Althusser*. Rio de Janeiro: Zahar editores, 1978.

TONET, I. “Expressões socioculturais da crise capitalista na atualidade”. In: CFESS/ APEPSS. *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília: CFESS/ APEPSS, 2009, p.107-124.

_____. *Método Científico: uma abordagem ontológica*. São Paulo: Instituto Lukács, 2013.

_____. “Modernidade, pós-modernidade e razão”. Maceió, ago. 2006. Disponível em: <http://www.ivotonet.xpg.com.br/arquivos/MODERNIDADE_POS-MODERNIDADE_E_RAZAO.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2012.

VASCONCELOS, A. M. “Serviço social e prática reflexiva”. *Revista Em Pauta*, Rio de Janeiro, UERJ, n.1, n.10, 1997, p.131-182.

_____. “O trabalho do assistente social e o projeto hegemônico no debate profissional”. In: CFESS (Org.). *Capacitação em Serviço Social e política social*. Módulo 4. Brasília: UnB/CEAD, 2000, p.127-140.

VASCONCELOS, E. M. *Karl Marx e a subjetividade humana: a trajetória das ideias conceitos nos textos teóricos*. São Paulo: Hucitec, 2010a. v. 1.

_____. *Karl Marx e a subjetividade humana: uma história das ideias psicológicas na Europa até 1850*. São Paulo: Hucitec, 2010b. v. 2.

_____. *Karl Marx e a subjetividade humana: balanço das contribuições e questões teóricas para debate*. São Paulo: Hucitec, 2010c. v. 3.

VÁZQUEZ, A. *Filosofia da práxis*. Buenos Aires: CLACSO; São Paulo: Expressão Popular, 2007.

VIANNA, M. L. W. “As armas secretas que abateram a seguridade social”. *In*: LEB AUSPIN, Ivo (Org.). *O desmonte da nação*. Balanço do Governo FHC. 3ª ed. Petrópolis: Vozes, 1999, p.91-114.

VIRCHOW, R. *Reporte sobre la epidemia de tifo en Alta Silesia*. Medicina Social. México: ALAMES, v.3, n. 1, p.1-20, 2008.

WOOD, E. M. O que é agenda “pós-moderna”? *In*: WOOD, E. M.; FOSTER, J. B. (Orgs.). *Em defesa da História – marxismo e pós-modernismo*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1999, p.7-22.

Agência Brasileira ISBN
ISBN: