

DESUMANIZAÇÃO NAS PRÁTICAS DE SAÚDE: UMA ANÁLISE CRÍTICA DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO A PARTIR DA EXPERIÊNCIA DE UMA RESIDENTE EM SERVIÇO SOCIAL

DEHUMANIZATION IN HEALTH PRACTICES: A CRITICAL ANALYSIS OF THE NATIONAL HUMANIZATION POLICY FROM THE EXPERIENCE OF A SOCIAL SERVICE RESIDENT

DESHUMANIZACIÓN EN LAS PRÁCTICAS DE SALUD: UN ANÁLISIS CRÍTICO DE LA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZACIÓN DESDE LA EXPERIENCIA DE UNA RESIDENTE EN SERVICIO SOCIAL

Marília Sarmiento Bezerra¹
Andrea Pacheco de Mesquita²

Resumo

O presente artigo propõe-se a refletir sobre a Política Nacional de Humanização a partir de experiência profissional desenvolvida por seus autores no âmbito de um programa de residência multiprofissional na área da saúde do adulto e da pessoa idosa. Objetiva-se compreender se uma política seria capaz de modificar as práticas de saúde, tendo como referencial teórico a teoria social crítica de Marx, que baliza a prática do assistente social. O estudo se justifica pela necessidade de construção de práticas de saúde emancipatórias e comprometidas com os usuários do sistema de saúde, preconizadas no projeto ético-político do Serviço Social e conclui-se que a PNH precisa refletir sobre as práticas de saúde no âmbito da análise crítica da sociedade, para não responsabilizar seus atores individualmente pelas situações em que se encontram. Para a sua realização, utilizamos as pesquisas bibliográfica e documental.

Palavras-chave: Política Nacional de Humanização; Desumanização; Teoria Social em Marx; Práticas de Saúde;

Abstract

This article proposes to reflect on the National Humanization Policy based on the professional experience developed by its authors within the scope of a multiprofessional residency program in the area of adult and elderly health. The objective is to understand whether a policy would be capable of modifying health practices, having Marx's critical social theory as a theoretical framework, which guides the practice of social workers. The study is justified by the need to build emancipatory and committed health practices with users of the health system, advocated in the ethical-political project of Social Work, and it is concluded that the PNH needs to reflect on health practices within the scope of the analysis criticism of society, so as not to make its actors individually responsible for the situations in which they find themselves. For its realization, we used bibliographical and documental research.

Keywords: National Policy of Humanization (PNH); Dehumanization; Marx Social Theory; Health Practices.

Resumen

Este artículo se propone reflexionar sobre la Política Nacional de Humanización a partir de la experiencia profesional desarrollada por sus autores en el ámbito de un programa de residencia multiprofesional en el área de la salud del adulto y del anciano. El objetivo es comprender si una política sería capaz de modificar las prácticas de salud, teniendo como marco teórico la teoría social crítica de Marx, que orienta la práctica de los trabajadores

¹ Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal de Alagoas. Especialista em saúde na área do adulto e do idoso pelo Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA/UFAL). Mestranda em Serviço Social pelo programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS/UFAL). E-mail: mariliasarmiento@ufal.br

² Assistente social, mestra em educação brasileira pela Universidade Federal do Ceará, Doutora em estudos interdisciplinares em Mulher, Gênero e feminismo pela universidade Federal da Bahia. Tutora da Residência multiprofissional em saúde do Adulto e do Idoso pelo HUPAA/UFAL. Líder do grupo Frida Kahlo/UFAL/CNPQ. E-mail: andrepacheco@fso.ufal.br

sociales. El estudio se justifica por la necesidad de construir prácticas de salud emancipatorias y comprometidas con los usuarios del sistema de salud, preconizadas en el proyecto ético-político del Trabajo Social, y se concluye que la HPN necesita reflexionar sobre las prácticas de salud en el ámbito del análisis crítico de la sociedad, para no responsabilizar individualmente a sus actores de las situaciones en que se encuentran. Para su realización, utilizamos investigación bibliográfica y documental.

Palabras clave: Política Nacional de Humanización; Deshumanización; La teoría social en Marx; Practicas de salud.

1 Introdução

O presente artigo tem como objetivo refletir sobre a Política Nacional de Humanização (PNH) a partir da experiência profissional de uma residente em Serviço Social. O tema demonstra ser relevante para a sociedade e para o Serviço Social, uma vez que os assistentes sociais vêm sendo convidados a viabilizar, junto a outros profissionais da saúde, a PNH. Segundo o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS, 2010), o assistente social precisa debater com a equipe uma perspectiva ampliada de humanização, considerando os determinantes sociais do processo saúde-doença, as condições de trabalho e os modelos de assistência e gestão. Ademais, observa-se uma semelhança entre esta concepção de humanização e a do projeto ético-político do Serviço Social.

A aproximação com o tema iniciou-se durante o desenvolvimento da prática profissional no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde na área do Adulto e do Idoso do qual fizemos parte. Ao realizarmos atendimentos diretos aos usuários da instituição, observamos certo afastamento/estranhamento na relação entre estes e os profissionais de saúde, nos fazendo questionar o que causaria essa forma de relação.

Sendo assim, buscamos nos documentos que balizam a PNH formas de instrumentalizar nossas ações para a superação desse “afastamento”. Entretanto, percebemos que para humanizar as práticas de saúde seria necessário mais do que uma mudança de comportamento.

A teoria social em Marx nos fornece elementos para identificarmos que uma sociedade cujo modo de produção se baseia na propriedade privada dos meios de produção resulta em relações desumanizadas entre seus membros, visto que os membro que não são detentores dos meios de produção, precisam vender sua força de trabalho para sobreviver.

Desse modo, utilizaremos a teoria social de Marx e autores da sua tradição para discutir os aspectos da PNH. Para tanto, o trabalho encontra-se dividido em três partes. Na primeira apresentaremos a trajetória da política no Brasil, bem como sua estrutura. Na segunda, tomaremos como referência a teoria social de Marx para refletir sobre os processos de humanização e desumanização do mundo dos homens. Uma vez que sua ontologia compreende os homens como produtores das suas condições, objetivas e subjetivas, de vida. Por fim, na

terceira parte, teremos a reflexão da PNH a partir de nossa prática profissional, tendo como base o método crítico dialético.

2 Política Nacional de Humanização: trajetória e estrutura

O objetivo deste item é analisar e apresentar a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Para isso, discorreremos sobre a trajetória da discussão da temática da humanização no âmbito da saúde brasileira, que culminou na formulação da política, para, por fim, apresentar seus princípios, método, diretrizes e dispositivos.

Inicialmente, é importante sinalizar que a origem da PNH pode se confundir com a própria trajetória do SUS; entretanto, apesar da humanização da saúde ter sido pauta do movimento de Reforma Sanitária³, esta não nasce no centro desta organização (NEULSS, 2016). Ao contrário, o debate acerca da humanização da saúde começa a delinear o seu caminho na década de 1950, influenciado pela Declaração Universal de Direitos Humanos, pela defesa da assistência ao parto humanizado e pela luta antimanicomial.

De acordo com Diniz (2005), o termo *humanização* era utilizado desde o início do século XX, na assistência ao parto, por Fernando Magalhães — considerado o pai da obstetrícia —, para propor um parto cuja dor pudesse ser amenizada pela utilização de narcóticos e fórceps, contrariando o modelo anterior, defendido pela Igreja — que descrevia o sofrimento como um desígnio divino que as mulheres deveriam vivenciar. A utilização de drogas para diminuir as dores do parto passa a ser rotina por várias décadas em pacientes de classes altas, tornando-se uma espécie de parto idealizado. A concepção era variada, abrangendo desde um parto em que a mulher está totalmente inconsciente — em que não havia qualquer lembrança da situação —, até o uso de anestesia lombar e local — em que a mulher permanecia consciente, mas sem

³ O movimento de Reforma Sanitária nasceu no processo de redemocratização da sociedade brasileira, no início da década de 1970. Para Bravo (2009), é na década de 1980 que a saúde passa a “contar com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil. saúde deixou de ser de interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia. Dos personagens que entraram em cena nessa conjuntura, destaca-se: os profissionais de saúde, representados pelas suas entidades, que ultrapassaram o corporativismo, defendendo questões mais gerais, como a melhoria da situação saúde e o fortalecimento do setor público; o movimento sanitário, tendo o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) como veículo de difusão e ampliação do debate em torno da Saúde e Democracia e elaboração de contrapropostas; os partidos políticos de oposição, que começaram a colocar nos seus programas a temática e viabilizaram debates no Congresso para discussão da política do setor e os movimentos sociais urbanos, que realizaram eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil. As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde, visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão — os Conselhos de Saúde. O fato marcante e fundamental para a discussão da questão da Saúde no Brasil ocorreu na preparação e realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde.” (BRAVO, 2009, p. 85).

dores, estando em posição horizontal durante todo o procedimento.

A partir de 1950, o modelo humanizado defendido por Magalhães, passa a ser alvo de críticas por parte de obstetras, do movimento hippie e, principalmente, dos movimentos feministas, que criticavam o uso indiscriminado de drogas, a episiotomia na rotina de pré-parto e o pós-parto.

Segundo Conceição (2009), esse movimento de crítica ganhará espaço no Brasil em meados da década de 1970, devido à realização de experiências isoladas por profissionais inseridos ou não na área da saúde, o que resultará na criação da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (Rehuna). Neste mesmo período, a autora explica que o movimento de luta antimanicomial, baseado na Declaração dos Direitos Humanos, iniciará a discussão a respeito da Saúde Mental no Brasil, contribuindo para a construção da PNH, por defender a extinção do uso abusivo de medicamentos e a utilização dos castigos corporais, mentais e psicológicos como tratamento.

Sendo assim, no contexto brasileiro, podemos situar a gênese da humanização em sua atual acepção política diretamente ligada aos médicos dissidentes, que disseminavam a necessidade do parto humanizado, como nos mostram os trabalhos de Galba de Araújo, no Ceará, e Moisés Paciornick, no Paraná (FURTADO, 2011).

No período das décadas de 1970 e 1980, as reflexões sobre a humanização da assistência hospitalar ganham força. A proposta de Mezomo, de uma administração hospitalar voltada para a humanização; a realização do I Congresso Brasileiro de Humanização do Hospital e da Saúde⁴; a participação de Lerch no V Encontro de Dirigentes Hospitalares do Norte-Nordeste. Nesse congresso, Lerch discursa sobre o possível desprezo que a humanização hospitalar recebia e se posiciona contra o modelo *top-down*⁵ de humanização. Isso demonstra que, diferente do contexto internacional, a temática da humanização no Brasil teve sua base ampliada, não permanecendo limitada à questão do parto (FURTADO, 2011).

Diante do exposto, podemos observar que a humanização no ambiente hospitalar é alvo das reflexões de estudiosos, profissionais e técnicos da área da saúde desde a década de 1970, mas que será nos anos 2000, a partir da XI Conferência Nacional de Saúde (CNS), denominada *Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde como controle social*, que a temática

⁴ Segundo Furtado (2011), neste congresso se tornou pública a definição de humanização do Padre Niversindo Cherubin, que seria basilar para as definições brasileiras posteriores. Para o padre “[...] Humanizar não é técnica, nenhuma arte e muito menos um artifício, e sim um processo vivencial que permeia toda a atividade do local e das pessoas que ali trabalham, procurando realizá-lo e dando ao paciente o tratamento que merece como pessoa humana, dentro das circunstâncias peculiares que se encontra em cada momento do hospital.” (MEZOMO, 1980, p. 2 *apud* FURTADO).

⁵ “Esse foi o primeiro modelo para explicar implementação de políticas. A mais expressiva obra é a de Pressman e Wildavsky (1973). Ao analisarem um determinado programa esses autores se preocuparam com o fato de que embora usualmente discutido, os problemas relacionados com implementação de políticas/programas eram raramente analisados.” (FURTADO, 2011, p. 62).

ganhará mais ênfase. Cria-se o Programa Nacional de Humanização dos Serviços de Saúde (PNHSS), que, segundo Furtado (2011), tinha como objetivo diminuir as dificuldades identificadas durante o tratamento e estimular a comunicação entre profissionais de saúde, usuário e sua família.

Em 2001 este programa foi substituído pelo Programa Nacional de Humanização na Atenção Hospitalar (PNHAH), criado pelo Ministro José Serra como resposta ao número alto de queixas dos usuários referentes aos maus tratos ocorridos nos hospitais. A PNHAH possuía como objetivo principal o aprimoramento das relações entre profissionais de saúde, usuários, dos profissionais entre si e do hospital com a comunidade, “os chamando a responsabilidade”, mas não discutia profundamente as questões relacionadas às condições de trabalho. Segundo Conceição, em análise da PNHAH,

Apesar de ressaltada neste mesmo documento a importância de fatores como recursos humanos, materiais e espaciais para o sistema de saúde, percebe-se que estas questões são lateralizadas. Na verdade, tem-se o intuito de promover uma humanização, que, como bem informa, consiste num “chamamento aos profissionais de saúde” para trabalharem nesta direção, colocando em grande parte, senão toda, a responsabilidade deste projeto nos ombros dos trabalhadores da saúde. (2009, p. 200).

Deste modo, observamos que o conceito de humanização ao longo dos anos possui várias compreensões, significando desde o direito das mulheres à um parto sem dor, a defesa de um tratamento sem castigos defendido pelo Movimento de Luta Antimanicomial, até uma nova forma de atendimento no ambiente hospitalar.

Durante o Governo de Luís Inácio Lula da Silva temos a substituição da PNHAH pela PNH, em 2004, a partir do pacto firmado entre a Comissão Intergestora Tripartite e o Conselho Nacional de Saúde (CNS), após a realização da Oficina Nacional HumanizaSUS: Construindo a Política Nacional de Humanização, em Brasília.

De acordo com seus documentos oficiais, a PNH se coloca como uma política transversal que deve estar presente em todos os níveis de atenção⁶ e gestão do SUS, visando

[...] por em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde e proporcionar mudanças nos modos de gerir e de cuidar através do estímulo a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que, em muitas circunstâncias, resultam em atitudes e práticas desumanizadoras, que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais da área de saúde em seu trabalho e dos usuários em seu cuidado em si (BRASIL, 2013).

Sendo assim, com a PNH, a humanização deixa de ser um programa de governo e passa

⁶ Os níveis de atenção do SUS são “[...] fundamentais para o uso racional dos recursos e para estabelecer o foco gerencial dos entes de governança da RAS, estruturam-se por meio de arranjos produtivos conformados segundo as densidades tecnológicas singulares, variando do nível de menor densidade (atenção primária à saúde), ao de densidade tecnológica intermediária, (atenção secundária à saúde), até o de maior densidade tecnológica (atenção terciária à saúde).” (BRASIL, 2010).

a ser uma política transversal e horizontalizada, ou seja, torna-se um eixo norteador das práticas de atenção e gestão em saúde das instituições que compõem o SUS. Para isso, de acordo com seus documentos oficiais, a PNH se estrutura a partir de princípios, método, diretrizes e dispositivos que apresentaremos a seguir. Para tanto, utilizamos como base três documentos da Rede HumanizaSUS, a saber são eles: *Política Nacional de Humanização* (folheto), *Humanizasus: documento base para gestores e trabalhadores do SUS* e *Uma síntese das diretrizes e dispositivos da PNH em perguntas e respostas* (BRASIL, 2006; BRASIL, 2010; BRASIL, 2013).

Os princípios que a orientam são: a) *transversalidade* — a PNH deve estar presente em todos os programas e políticas do SUS; b) *Indissociabilidade entre atenção e gestão* — as decisões da gestão interferem diretamente na atenção à saúde; c) *Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos* — qualquer mudança na gestão e atenção é mais concreta se construída com a ampliação da autonomia e vontade das pessoas envolvidas, que compartilham responsabilidades.

O método da *tríplice inclusão* aposta na inclusão de trabalhadores, usuários e gestores na produção e na gestão do cuidado e dos processos de trabalho, visto que a comunicação entre esses atores do SUS provocaria movimentações consideradas pela PNH como o motor das mudanças.

As diretrizes presentes são: A) *Acolhimento*, que significa reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde; B) *gestão participativa e cogestão*, que garante a inclusão de novos sujeitos nos processos de análise e decisão; C) *Ambiência*: espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade e permitam o encontro entre pessoas; D) *Clínica Ampliada e Compartilhada*, que preconiza ações que valorizem o afeto das relações e decisões compartilhadas; E) *Valorização do trabalhador*, através da visibilidade das experiências dos trabalhadores e da sua inclusão no processo de tomada de decisão; e F) *Defesa dos direitos dos usuários* (BRASIL, 2010).

Por fim, seus *dispositivos* são entendidos como tecnologias ou modos de fazer para viabilizar os princípios e resultados esperados com o HumanizaSUS. São os seguintes: acolhimento com classificação de risco; equipes de referência e apoio matricial; projeto terapêutico singular e projeto de saúde coletiva; projeto de construção coletiva (cogêridos) da ambiência; colegiados de gestão; contratos de gestão; sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde: gerência de “porta aberta”, ouvidorias, grupos focais e pesquisas de satisfação; *Projeto acolhendo os familiares/Rede social participante*: visita aberta, direito de acompanhante e envolvimento no projeto terapêutico; Programa de Formação em

Saúde e Trabalho e Comunidade Ampliada de Pesquisa; Programas de qualidade de vida e saúde para os trabalhadores da saúde; grupo de Trabalho de Humanização (BRASIL, 2006).

Compreendemos ser importante salientar a ausência de definição clara do que seria a humanização para a PNH. Neulls (2016) nos aponta que os documentos oficiais apresentam o conceito de maneira superficial, como se houvesse um conceito universal que transita entre diversas visões, fazendo com que o termo seja compreendido até como ações realizadas por amor ao próximo — ou seja, possuindo um sentido humanitarista. A autora discorre ainda que a política possui uma “[...] definição vazia de significado teórico” (NEULLS, 2016), pois, ao se colocar como um dispositivo que visa a valorização dos diferentes sujeitos, os responsabiliza pelo processo e humanização das relações sociais na área da saúde e atribui ao Estado apenas o papel de fomentador da política. Por fim, compreendemos que Benevides⁷ e Passos⁸, formuladores da PNH, não avançam em seus estudos e publicações na construção de uma definição teórica para o conceito da humanização⁹.

Apesar da ausência de definição clara do termo *humanização*, percebemos que existe, desde o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar, o reconhecimento da desumanização nas relações sociais entre os indivíduos, o que exige a construção de práticas humanizadoras como forma de superá-las. Isso nos faz questionar se a desumanização seria algo exclusivo da área da saúde ou um aspecto constituinte da nossa sociedade. Por isso, apresentaremos a seguir uma análise a respeito das relações sociais na sociedade capitalista à luz da teoria social de Marx, por considerá-la adequada para compreender a realidade social na qual as práticas de saúde se desenvolvem.

3 Concepções de humanização e desumanização na ontologia marxiana

O processo pelo qual o homem constitui o ser social é considerado por Marx o processo de humanização dos homens. Entretanto, em sociedades cujo modelo de produção é baseado na propriedade privada, compreende-se que as relações desses homens com a atividade produtiva — bem como com a natureza, com o gênero humano e entre si — se apresenta de forma

⁷ Regina Benevides é psicóloga e professora da Universidade Federal Fluminense. Em 2003 foi integrada à Secretaria Executiva do Ministério da Saúde e assumiu a função de coordenadora da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Ao lado de Eduardo Passos, ampliou seu lugar de técnica, ao produzir artigos sobre a questão da humanização no decorrer e após a formulação da PNH. (FURTADO, 2011).

⁸ Eduardo Passos é graduado em Psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Em 2003 foi consultor do Ministério da Saúde para a implantação da Política Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar. Cf. <http://www.editora.ufrj.br/autor/224/eduardo-passos>.

⁹ Benevides e Passos criticam o conceito de humanização utilizado antes da formulação da PNH, pois compreendem que expressava práticas de saúde fragmentadas associadas ao voluntarismo, ao assistencialismo e ao paternalismo, associadas à imagem de um “bom humano”. Para os autores, a humanização é mais do que ações humanitárias e não é praticada por humanos dotados de bondade.

estranha/alienada. E, assim, produz processos de desumanização. Por isso, apresentaremos como a ontologia marxiana compreende o processo de humanização dos homens e o que explicaria o processo de desumanização das relações sociais.

O homem, ao transformar a natureza em bens que atendem necessidades humanas, ao realizar o trabalho, transforma a si mesmo e se diferencia da natureza. Este processo de ruptura do homem com seus impulsos naturais inaugurou um novo modo de ser — o ser social. Como nos mostram Braz e Netto (2012, p. 49-50):

O surgimento do ser social foi o resultado de um processo mensurável numa escala de milhares de anos, através dele, uma espécie natural, sem deixar de participar da natureza, transformou-se, através do trabalho, em algo diverso da natureza — mas essa transformação deveu-se à sua própria atividade, o trabalho: foi mediante o trabalho que os membros dessa espécie se tornaram seres que, a partir de uma base natural (seu corpo, suas pulsões, seu metabolismo etc.), desenvolveram características e traços que o distinguem da natureza. Trata-se do processo no qual, mediante o trabalho, os homens produziram-se a si mesmos (isto é, se autoproduziram como resultado de sua própria atividade), tornando-se — para além de seres naturais — seres sociais. Numa palavra, este é o processo da história: o processo qual, sem perder sua base orgânico natural, uma espécie da natureza constituiu-se como espécie humana — assim, a história aparece como a história do desenvolvimento do ser social, como processo de humanização, como processo da produção da humanidade a através da sua autoatividade; o desenvolvimento histórico é o desenvolvimento do ser social.

Sendo assim, o processo de distinção do homem com a natureza — constituição do ser social — tem como fundamento o trabalho e é o seu processo de humanização, pois o trabalho realizado pelos homens para o atendimento de suas necessidades ocorre de forma distinta da atividade realizada pelos animais. Estes organizam e executam suas atividades de forma geneticamente determinada e, ao longo dos séculos, as realizaram da mesma forma, enquanto os homens transformam a natureza através de um processo muito diferente, visto que possuem a capacidade de idear — ou seja, de antecipar em sua consciência os resultados de sua ação antes da objetivação, movimento de conversão da prévia-ideação em objeto¹⁰ (LESSA; TONET, 2011).

Além da capacidade de idear, o trabalho realizado pelos homens distingue-se do padrão natural das atividades animais por: 1. Não ser uma atuação imediata sobre a matéria natural, exigindo a utilização de instrumentos; 2. Não cumprir determinações genéticas, supõe-se habilidades e conhecimentos adquiridos durante o trabalho; 3. As necessidades não são limitadas e nem atendidas de forma padronizada (NETTO; BRAZ, 2012).

¹⁰ Marx explica que o trabalho é uma atividade exclusiva dos homens, bem como sua diferença, com o exemplo a seguir: “Uma aranha executa operações semelhantes às do tecelão e a abelha envergonha mais de um arquiteto humano com a construção dos favos de suas colmeias. Mas o que o distingue, de antemão, o pior arquiteto da melhor abelha é que ele construiu o favo em sua cabeça, antes de construí-lo em cera. No fim do processo de trabalho obtém-se um resultado que já no início deste existiu na imaginação do trabalhador, e portanto idealmente.” (MARX, 1983, p. 149 *apud* NETTO; BRAZ, 2012, p. 43).

Nesse sentido, apesar dos homens se distanciarem da natureza, isto não quer dizer que dela não necessitem para viver. A existência dos homens está subordinada à natureza¹¹ e “[...] o modo pelo qual os humanos conseguem transformar a natureza determina em larga medida – portanto não total ou absolutamente – a forma como a sociedade se reproduz” (LESSA; TONET, 2012, p. 10).

Lessa e Tonet (2012) refletem que a sociedade em que vivemos tem o modo de produção capitalista, marcado pela exploração do homem pelo homem, a forma de organizar o trabalho. Este que constitui o trabalho alienado e funda a sociedade de classes, cuja riqueza é uma “enorme coleção de mercadorias” (MARX, 2013, p. 113). A sociedade capitalista é formada por duas classes distintas e antagônicas: classe dominada — trabalhadores livres, que precisam vender sua força de trabalho — e classe dominante — proprietários dos meios de produção e propriedade privada. Como nos explica Marx:

Mas essa transformação mesma só pode operar-se em determinadas circunstâncias, que contribuem para a mesma finalidade: é preciso que duas espécies bem diferentes de possuidores de mercadorias se defrontem e estabeleçam contato; de um lado, possuidores de dinheiro, meios de produção e meios de subsistência, que buscam valorizar a quantia de valor de que dispõem por meio da compra de força de trabalho alheia; de outro, trabalhadores livres, vendedores da própria força de trabalho e, por conseguinte, vendedores de trabalho. Trabalhadores livres no duplo sentido de que nem integram diretamente aos meios de produção, como os escravos, os servos etc., nem lhes pertencem os meios de produção, como no caso, por exemplo, do camponês que trabalha por sua própria conta etc., mas estão, estes livres e desvinculados desses meios de produção. (2013, p. 786).

Por não ser detentora dos meios de produção, a classe dominada vê-se obrigada a vender sua força de trabalho para sobreviver. O capitalista faz a compra por meio de um salário, cujo valor não permite ao trabalhador atender suas reais necessidades, mas apenas subsistir e sustentar sua família.¹² A compra da força de trabalho por um salário, reduz a atividade humana a uma mercadoria como outra qualquer, uma vez que, os trabalhadores precisam lutar pelo trabalho para acessar seus meios de vida e realizar sua atividade. Vejamos Marx:

A procura por homens regula necessariamente a produção de homens assim como de

¹¹ “A sociedade não pode existir sem a natureza – afinal, é a natureza, transformada pelo trabalho, que propicia as condições da manutenção da vida dos membros da sociedade. Toda e qualquer sociedade humana tem sua existência hipotecada à existência da natureza – o que varia historicamente é a modalidade da relação da sociedade com a natureza: variam, ao longo da história, os tipos de transformação que, através do trabalho, a sociedade opera nos elementos naturais para eles se servir, bem como os meios empregados nessa transformação. Vale dizer: modificam-se, ao longo da história da humanidade, as formas de produção material da vida social e, por conseguinte, as condições materiais de existência nas quais vivem os homens. Mas é invariável o fato de que a reprodução da sociedade depende da existência da natureza (a natureza, porém, pode existir e subsistir sem a sociedade).” (NETTO;BRÁZ, 2012, p. 47).

¹² “A taxa mais baixa e unicamente necessária para o salário é a subsistência do trabalhador durante o trabalho, e ainda [o bastante] para que este possa sustentar uma família e [para que] a raça dos trabalhadores não se extinga.” (MARX, 2010, p. 24).

qualquer outra mercadoria. Se a oferta é muito maior que a procura, então uma parte dos trabalhadores cai na situação de miséria ou na morte pela fome. A existência do trabalhador é, portanto, reduzida à condição de existência de qualquer outra mercadoria. O trabalhador tornou-se uma mercadoria e é uma sorte para ele conseguir chegar ao homem que se interesse por ele. E a procura, da qual a vida do trabalhador depende, depende do capricho do rico capitalista. (2010, p. 24).

Segundo Marx (2010), a essência da alienação encontra-se na existência do próprio salário — não importa se alto ou baixo —, ao passo que transforma os homens em mercadorias tão mais baratas quanto mais mercadorias sejam criadas. A alienação não se resume à esfera da produção material, perpassa o conjunto das relações sociais à medida que “[...] o modo de produção da vida material condiciona o processo geral da vida social, política e espiritual.” (MARX, 1987, p. 30).

Sendo assim, o fenômeno da alienação tem seus fundamentos na forma como os homens organizam seu processo de trabalho e perpassa toda a sociedade¹³, cuja cultura é alienada. Como nos mostram Netto e Braz:

Com seus fundamentos na organização econômico-social da sociedade, na exploração, a alienação penetra o conjunto das relações sociais. Manifestando-se primariamente nas relações de trabalho (entre o trabalhador, seus instrumentos de trabalho e seus produtos), a alienação marca as expressões materiais e ideais de toda a sociedade — esta e seus membros movem-se numa *cultura alienada* que envolve a todos e a tudo: as objetivações humanas, alienadas, deixam de promover a humanização do homem e passam a estimular regressões do ser social. (2012, p. 57, grifo dos autores).

Meszáros (2016, p. 20-21), ao refletir sobre o conceito marxiano de alienação, nos diz que esta possui quatro aspectos principais: a primeira característica é que o “ser humano está alienado de sua natureza” e expressa a relação do trabalhador com as objetivações do seu trabalho, que as vê como estranhas, sem reconhecer suas marcas nela; a segunda característica é que o “ser humano está alienado de si mesmo”, ou seja, que o trabalhador não se reconhece em sua própria atividade, que não o satisfaz por si só apenas ao vendê-la a outro; a terceira característica é que “o ser humano está alienado do seu ser genérico” e está relacionada ao não reconhecimento dos homens enquanto membro do gênero humano, então o trabalho — que seria o elo entre os homens e seu gênero — torna-se apenas um meio de existência individual. Por fim, a quarta característica “o ser humano está alienado do ser humano”, que é uma consequência imediata das características citadas anteriormente, que resultaram no estranhamento do homem pelo próprio homem. A terceira e a quarta características estão implícitas e são expressões das duas primeiras nas relações sociais.

¹³ De acordo com Meszáros (2016), a alienação não perpassa apenas o trabalhador, mas também o possuidor do capital.

Segundo Gomes e Schraiber (2011), diferentes autores da filosofia e sociologia crítica¹⁴ evidenciam uma forte relação entre os processos geradores de alienação e suas expressões apreendidas na forma de desumanização das relações sociais. Ainda de acordo com sua reflexão, o processo de humanização dos homens não tem um caráter linear, mas contraditório — em momentos com caráter humanizador, outros com caráter alienador. Sendo assim, o conceito de desumanização necessita ser analisado a partir da dialética humanização-alienação, para não cair em teses que defendem um humanismo abstrato e universal ou na compreensão da desumanização como algo inerente à condição humana.

Pelo exposto, compreendemos que as práticas de saúde se movem numa cultura alienada, não estando dissociadas dos aspectos gerais da sociedade capitalista. Retomamos a uma questão anteriormente apresentada, se seria possível através da PNH superarmos a lógica da ordem do capital nos serviços de saúde. Diante do apresentado, nos parece que não. É nesse sentido que no próximo item, analisaremos os desafios para operacionalização da PNH nos serviços de saúde a partir da experiência de uma residente de Serviço Social, utilizando como referência a teoria social de Marx.

4 Humanização ou desumanização: reflexões a partir da experiência profissional.

As reflexões presentes neste tópico têm origem na prática profissional de uma assistente social residente. Não temos como objetivo revisitar memórias, mas realizar uma reconstrução analítica¹⁵ das experiências vivenciadas, tendo como base a teoria social de Marx.

A prática profissional do programa de residência multiprofissional em que nos inserimos tem como cenário as clínicas de internação — clínica médica, oncológica e cirúrgica —, ambulatórios e órgãos de gestão de um hospital universitário e uma unidade docente assistencial. Especialmente nas clínicas e ambulatórios, observamos diversas solicitações acerca de práticas que possuíssem como horizonte a humanização. As demandas eram as mais diversas, incluindo desde a escuta qualificada, articulação entre a equipe multiprofissional para um atendimento adequado a realidade social dos usuários, até a liberação de objetos com importância emocional para pacientes internados. Tal realidade nos fez questionar o que seria a humanização, uma vez que observamos uma confusão acerca do termo e designações de que esta seria um comportamento que pode ser ensinado ou até uma vocação natural.

¹⁴ O autor cita Mészáros, Lukács, Heller e Satre. Para mais, Cf. Gomes (2011).

¹⁵ Para Netto, reconstrução analítica é “[...] suposto da reprodução teórica – do processo histórico efetivo, na pesquisa da sua gênese e do seu desenvolvimento para alcançar o seu conhecimento verdadeiro, demanda operações e procedimento específicos e rigorosos, próprios da ciência histórica.” (2017, p. 80).

Conforme sinalizado ainda no item 1 deste trabalho, a PNH não possui uma definição clara do termo *humanização*. Segundo Castro (2015), o termo é um conceito polissêmico e se apresenta na literatura especializada de várias maneiras. Como nos mostram Puccini e Cecílio (2004, p. 1345):

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.

A falta de clareza a respeito do termo, para Castro (2015), é um aspecto da incorporação de uma perspectiva restrita do termo humanização, ao passo que não questiona as bases dos processos de humanização/desumanização da sociedade capitalista e não se vincula a um projeto societário emancipatório. Sendo assim, para a autora, o marxismo é fundamental para compreensão da “[...] complexidade histórica concreta e dos fenômenos que perpassam o modo de vida e trabalho da sociedade capitalista contemporânea” (CASTRO, 2015, p. 186) e ao não considerá-lo “[...] recai sob uma dimensão subjetiva, individualizada e psicologizante respaldada nas noções de cuidado e de micropolítica do trabalho em saúde” (CASTRO, 2015, p. 183).

A individualização e responsabilização ficam evidentes quando a política propõe o “*método da tríplice inclusão*”, que aposta na comunicação entre os diversos sujeitos que compõem o SUS — trabalhadores, usuários e gestores — como forma de provocar mudanças no modo de gerir e cuidar no SUS. O método da tríplice inclusão e a definição de sujeitos possuem a ideia de que são esses os atores responsáveis pela mudança no âmbito da saúde. Estas perspectivas de ação do indivíduo e de liberdade individual estão relacionadas à teoria neoliberal. Não devemos ignorar o fato de que a PNH possui uma aproximação teórica com a retórica neoliberal, uma vez que surge no período em que as ideias neoliberais penetram as políticas sociais brasileiras (NEULLS, 2016).

A partir dos anos 1990, a ofensiva neoliberal reorganiza as políticas sociais e as respostas dadas às expressões da questão social, que passam a se revestir de uma assistência focalizada e que não compreende as expressões da questão social e de saúde como resultado da sociedade do capital, ao contrário, responsabilizam seus membros individualmente pelas adversidades em suas vidas (CASTRO, 2015).

Neste contexto social, o conceito de determinação da saúde não se desenvolve. Na PNH

temos a presença de um conceito de saúde que não considera a determinação social do processo saúde-doença. Consideramos importante sinalizar a diferença entre os termos *determinantes sociais* e *determinação social*: 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). Este termo é utilizado na Lei Orgânica de Saúde e para Castro (2015), quando empregado na PNH, reforça a lógica de que são fatores isolados que interferem no processo de saúde-doença e que não possuem fundamento na nossa sociedade. Diferentemente do termo determinação social, que enfatiza as determinações contraditórias, históricas e sociais do processo saúde-doença.

Sendo assim, o conceito de saúde defendido pelo movimento de reforma sanitária também é secundarizado. Segundo Castro (2015, p. 184):

Na reforma sanitária, a saúde é tratada como valor universal, indivisível e núcleo subversivo da estrutura social, e por isso, traz nela a possibilidade de promover a transformação social através da construção de um bloco histórico ou de ser catalisadora da transformação social. Neste sentido, identifica-se uma abordagem do processo saúde/doença e de trabalho na saúde (e que respalda a PNH) que se afasta desta perspectiva e enfatiza a individualidade, subjetividade, os símbolos e o diálogo na construção das relações sociais, não sendo problematizados outros determinantes sociais, econômicos e culturais.

Os conceitos de saúde e humanização presentes na PNH refletem o momento histórico que a sociedade brasileira vivenciava no momento de sua formulação. A política incorpora a visão de mundo da ofensiva neoliberal por não incorporar uma perspectiva crítica e, conseqüentemente, não questionar a sociedade onde as práticas de saúde se desenvolvem, resultando na responsabilização dos indivíduos por seus problemas de saúde. As relações sociais são analisadas numa perspectiva individualista e psicologizante.

De acordo com Netto (1996), a psicologização das expressões da questão social permitirá práticas nas quais:

[...] os sujeitos serão responsabilizados pelo seu destino pessoal; os problemas sociais serão individualizados e reduzidos à questão psicológica; ao psicologizar os problemas sociais, a intervenção será sob as características pessoais dos indivíduos, incidindo, por exemplo, na elaboração de terapias de ajustamento (*apud* Castro, 2015, p. 188).

Segundo, Neulls (2016) a PNH também erra ao relacionar os problemas da política de saúde à falta de participação dos usuários e profissionais nos espaços de decisão e não os associando ao sucateamento, ao subfinanciamento e à precarização do trabalho em saúde. É

inegável que a participação dos diferentes atores que compõem o SUS nos espaço de controle social¹⁶ amplia a democracia, mas essas instâncias são espaços contraditórios, de disputas de setores ligados ao capital e ao trabalho (CORREA, 2009).

Em relação ao financiamento do SUS, observa-se um desfiniciamente. Visto que a política fiscal brasileira segue as orientações do Fundo Monetário Internacional (FMI), ou seja, os recursos estão concentrados e centralizados na esfera federal, resultando numa alocação dos recursos para o pagamento da dívida, preterindo a seguridade social¹⁷ pela Desvinculação das Receitas da União (NEULS, 2016).

As diretrizes do Banco Mundial também estão expressas na PNH. De acordo com Castro (2015), na redefinição dos eixos prioritários do QualiSUS-Rede, elaborado em parceria entre o Banco Mundial de Saúde e o Ministério da Saúde, percebe-se um foco em ações que possibilitem a expansão da rede de saúde e o acúmulo de capital. A autora aponta que o termo de referência nº 42 do QualiSUS-Rede, ao dispor sobre a ambiência, preconiza que a integralidade da atenção deve ser considerada, mas sem desrespeitar a lógica da economia de escala na produção de serviços especializados. Apesar do discurso oficial apontar que o debate sobre a ambiência não deve se restringir à questão estética dos espaços físicos, observa-se que é orientado pelo documento que os espaços físicos devem ser pensados como forma de possibilitar encontros subjetivos, mas sem se considerar os reais problemas das condições de trabalho (CASTRO, 2015).

Outra questão apontada por Castro (2015), é que essa articulação do Banco Mundial com o Ministério da Saúde, direciona a saúde para uma lógica que ao mesmo tempo que a compreende como direito, a torna um espaço de investimento público e/ou privado. Sendo assim, o serviço público é orientado por uma lógica privada de gestão e surge o debate sobre novos modelos e instrumentos de gestão que substituem o interesse público pelo interesse privado. Desta forma, temos atualmente na saúde “uma ampliação do mercado privado de saúde, seja através da indústria de medicamentos e equipamentos médico-hospitalares, planos

¹⁶ De acordo com Correia (2009, p. 122), o controle social envolve a capacidade que os movimentos sociais organizados na sociedade civil têm de interferir na gestão pública, orientando as ações do Estado e os gastos estatais na direção dos interesses da maioria da população. Consequentemente, implica o controle social sobre o fundo público. É neste espaço contraditório que se inserem os Conselhos gestores — instâncias de participação institucionalizada —, projetando a possibilidade de que as classes subalternas neles representadas defendam seus interesses no sentido de influenciar e controlar, de alguma forma, os rumos das políticas estatais. Afirma que, contraditoriamente, estes Conselhos podem se constituir em mecanismos de consenso em torno das mudanças nas políticas públicas, de acordo com as orientações neoliberais, na direção de realizar cortes nos gastos sociais e privatizar e focalizar tais políticas.

¹⁷ “No capitalismo contemporâneo, particularmente no caso brasileiro, ocorre uma apropriação do Fundo Público da seguridade social, para valoração e acumulação do capital vinculado à dívida pública. Em outras palavras, parcelas consideráveis dos recursos da seguridade social acabam sendo desvirtuadas das suas finalidades. A arrecadação dos recursos da seguridade social acaba se constituindo, no atual quadro fiscal e tributário do Brasil, em importante fonte de composição do superávit primário. Em última instância, destinam-se recursos, que deveriam ser aplicados em políticas sociais, para o pagamento de juros da dívida pública brasileira, cujos credores são os rentistas do capital financeiro.” (BOSCHETTI; SALVADOR, p. 70).

privados de saúde, seguros ou através da inserção de serviços de saúde no mundo da financeirização” (idem).

Nesse sentido, observamos uma transferência das responsabilidades estatais para a sociedade civil e, conseqüentemente, um enfraquecimento do direito ampliado à saúde. Os trabalhadores passam a ser responsáveis pela organização do seu trabalho, os usuários pelo seu processo de adoecimento, a condução das políticas estatais por instituições da sociedade civil. Para Correia e Bravo (2012), a saúde brasileira é atravessada por uma tensão histórica, pois é tratada como mercadoria e fonte de lucro, cuja tendência é a cooptação do fundo público pelo setor privado, resultando na focalização da assistência e precarização do trabalho e na privatização dos serviços.

Uma expressão da cooptação do fundo público pelo setor privado é a criação pela Lei nº 12.550/2011 da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), uma empresa pública com personalidade jurídica de direito privado. Para Neulls(2016, p. 143), sua criação: “Inclusive, em alguns aspectos, pode ser relacionado com a PNH, pela discussão da necessidade de mudanças da gestão dos serviços de saúde, visto sua ineficiência, com o objetivo de atribuir uma maior autonomia na execução destes”.

É no cenário influenciado por tais perspectivas que a nossa prática profissional se desenvolve. A individualização da responsabilidade pelas mudanças de comportamento nos deixava sobrecarregados e sentindo incapazes de realizar as ações, visto que essas mesmas mudanças pareciam depender das nossas vontades e não serem determinadas pela realidade na qual estávamos inseridos. Recorrentemente, os serviços — cuja oferta é de responsabilidade do Estado — eram atendidos por entidades da sociedade civil ou mesmo pelo custeio da população usuária, enfraquecendo a perspectiva do direito. Observamos também que adequar as recomendações de cuidado à realidade social dos indivíduos significava uma restrição do tratamento.

5 Considerações Finais

A PNH surge inicialmente como um programa voltado à atenção hospitalar, através de iniciativas focalizadas, e, a partir de 2003, torna-se uma política pública transversal — que deve estar presente em todos os serviços de saúde.

Apesar do inegável avanço ao ser elaborada como política, ao basear-se no método da triplíce inclusão em seus vários documentos, a PNH aposta na mudança de comportamento dos diversos atores como um impulso para transformar as formas de gerir e cuidar. Parece-nos não

avançar de forma satisfatória no debate sobre a humanização, pois desconsidera as determinações da sociedade na qual estamos inseridos.

Sendo assim, compreendemos que, para que as reflexões acerca da humanização nas políticas de saúde sejam coerentes, é necessário fazê-las alinhadas a uma perspectiva crítica, para captar sua essência. Do contrário, corremos o risco de reforçar a responsabilização individual dos sujeitos por suas situações de saúde.

Referências

- BOSCHETTI, Ivanete; SALVADOR, Evilásio. O Financiamento da Seguridade Social no Brasil no Período 1999 a 2004: Quem Paga a Conta? *In*: MOTA, Ana Elizabete. *et al.* (org.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009. p. 38-60.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 3. Ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização: PNH (folheto)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. .
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização: uma síntese das diretrizes e dispositivos da PNH em perguntas e respostas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.
- BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. *In*: MOTA, Ana Elizabete. *et al.* (org.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.
- BRAVO, Maria Inês Souza. CORREIA, Maria Valéria Costa Correia. Desafios do controle social na atualidade. **Serviço Social e Sociedade**. n. 109, p.126-150, jan./mar. 2012.
- BUSS, Paulo Marchiori; FILHO, Alberto Pellegrini. A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS. Rev Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n.17(1), p. 77-93.
- CASTRO, Marina Monteiro de Castro e. **Humanização em saúde: intencionalidade política e fundamentação teórica**. 2015. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Programa de Pós-graduação em Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.
- CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde. Brasília, 2010.
- CONCEIÇÃO, Tainá Souza. A Política Nacional de Humanização e suas implicações para a mudança do modelo de atenção e gestão na saúde: notas preliminares. **SER Social**, Brasília, v. 11, n. 25, p. 194-220, jul./dez. 2009.

CORREIA, Maria Valéria Costa. O Controle Social na Saúde. *In*: MOTA, Ana Elizabete. *et al.* (org.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009. p. 49-72.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 627-637, 2005.

FURTADO, Talita Teresa Gomes. “**Humanizatus**”: uma avaliação política da política. 2011. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) – Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2011. Disponível em: <https://tedebc.ufma.br/jspui/handle/tede/tede/843>.

GOMES, Rogério Miranda; SCHRAIBER, Lilia Blima. A dialética humanização-alienação como recurso à compreensão crítica da desumanização das práticas de saúde: alguns elementos conceituais. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15, n. 37, p. 339-350, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832011000200002>. Acesso em: 19 out. 2022.

LESSA, Sérgio; TONET, Ivo. **Introdução à filosofia de Marx**. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

MARX, Karl. A mercadoria. *In*: MARX, Karl. **O Capital: crítica à economia política**. São Paulo: Boitempo, 2013. v. 1, p. 113-146.

MARX, Karl. **Manuscritos Econômicos e Filosóficos**. Tradução de Jesus Ranieri. São Paulo: Boitempo, 2010.

MARX, Karl. **Para a crítica da economia política**. Tradução de José Arthur Giannotti e Edgar Malagodi. São Paulo: Nova Cultural, 1987.

MÉSZAROS, István. **A teoria da alienação em Marx**. Tradução de Nélio Schneider. São Paulo: Boitempo, 2016.

NETTO, José Paulo. Para uma história nova do Serviço Social no Brasil. *In*: SILVA, Maria Liduína de Oliveira e (org.). **História de resistências e ruptura com o conservadorismo**. São Paulo: Cortez, 2017.

NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. **Economia Política: uma introdução crítica**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

NEULLS, Talita Fernandes. **Humanização em saúde frente ao processo de desumanização do trabalho: análise acerca da Política Nacional de Humanização da Saúde no âmbito do SUS**. 2016. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) – Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas, Universidade do Maranhão, São Luís, 2016. Disponível em: <https://tedebc.ufma.br/jspui/handle/tede/tede/813>.

PUCCINI, Paulo de Tarso ; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1342-1353, 2004.