



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
COORDENAÇÃO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

SAMARA LIANE LOPES ARAUJO

**SERVIÇO SOCIAL E A HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE NA PERSPECTIVA DA
CONSOLIDAÇÃO DOS DIREITOS DE CIDADANIA NO INSTITUTO DE SAÚDE
ELPÍDIO DE ALMEIDA (ISEA)**

**CAMPINA GRANDE
2011**

SAMARA LIANE LOPES ARAUJO

**SERVIÇO SOCIAL E A HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE NA PERSPECTIVA DA
CONSOLIDAÇÃO DOS DIREITOS DE CIDADANIA NO INSTITUTO DE SAÚDE
ELPÍDIO DE ALMEIDA (ISEA)**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) como quesito essencial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof^a Ms. Renata Lígia Rufino Neves

CAMPINA GRANDE
2011

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial de Serviço Social Luiza Erundina– UEPB

A663s Araújo, Samara Liane Lopes.
Serviço social e a humanização da saúde na perspectiva da consolidação dos direitos de cidadania no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA) [manuscrito] / Samara Liane Lopes Araujo. – 2011.
38 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2011.

“Orientação: Profa. Ma. Renata Ligia Rufino Neves, Departamento de Serviço Social”.

1. Política da Saúde. 2. Política Nacional de Humanização (PNH). 3. Prática Humanizada. 4. Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA). 5. Serviço Social. I. Título.

21. ed. CDD 362.1

SAMARA LIANE LOPES ARAUJO

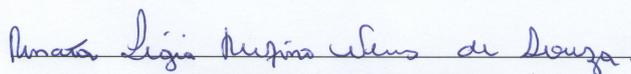
**SERVIÇO SOCIAL E A HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE NA PERSPECTIVA DA
CONSOLIDAÇÃO DOS DIREITOS DE CIDADANIA NO INSTITUTO DE SAÚDE
ELPÍDIO DE ALMEIDA (ISEA)**

Aprovado em: 09/12/11

Nota: 10,0 (Dez)

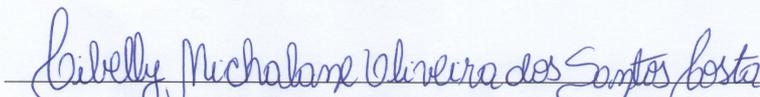
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, pelo Curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba- UEPB – Campus I – Campina Grande- PB.

BANCA EXAMINADORA



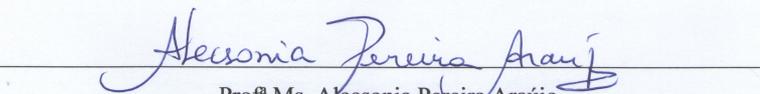
Profª Ms. Renata Lúcia Rufino Neves

Orientadora



Profª Ms. Cibelly Michalane Oliveira dos Santos Costa

Banca Examinadora



Profª Ms. Alecsonia Pereira Araújo

Banca Examinadora

Dedico esse trabalho ao meu Senhor e Salvador Jesus Cristo que morreu na Cruz do Calvário, mas ressuscitou ao terceiro dia por amor à minha vida e da humanidade. Ele me proporciona a verdadeira felicidade, paz, saúde, consolação, capacitando e fortalecendo meu ser na certeza da vitória conforme a sua vontade e misericórdia.

AGRADECIMENTOS

Ao Único e Soberano Deus, autor da minha vida, que me guia e me protege diante das adversidades, dando-me sabedoria para prosseguir e alcançar seus propósitos. Nada sou sem Sua presença e graça, porque Tu és Senhor, indiscutivelmente, Santo e Perfeito, Justo e Fiel, meu Pai Eterno que nunca me abandona. Adoro-te para todo o sempre. Muito obrigada pela concretização de mais um sonho que o Senhor projetou para mim. “E sabemos que todas as coisas cooperam juntamente para o bem daqueles que amam a Deus” (Romanos 8: 28a).

À minha querida e maravilhosa mãe, Maria de Lourdes Lopes, apreciada e amada por mim de todo meu coração, a qual faz de mim alguém feliz e realizada, e que sempre me apoiou e renunciou em favor dos meus objetivos espirituais, familiares, profissionais e pessoais, em conformidade com a Palavra de Deus. Obrigada, mãe, por tudo... Te amo eternamente!

Ao meu estimado e respeitado pai, Salvino Isidro de Araújo, que amo e quero ao meu lado por longos e duráveis anos, com muito carinho e gratidão a Deus por sua existência.

Aos meus afetuosos irmãos, Sandro Lopes e Salvino Segundo, os quais alegram e enobrecem minha vida, fortalecendo e preenchendo meus dias.

Ao meu marido lindo, Edson Junior, que me auxilia com muita dedicação e bondade, enriquecendo minha vida com alegrias, carinho, amor, cuidado, satisfação, e me completando por inteira. Sou muito feliz e grata por tê-lo comigo em união, e bem-aventurados por Deus. Te amo, meu amor, para todo sempre! Obrigada por me amar e ser imensamente especial para mim!

Aos meus familiares e irmãos em Cristo que me incentivam e intercedem por mim nessa caminhada de lutas e conquistas, com imensa alegria e satisfação.

Às minhas amigas e companheiras de criativos e dedicados trabalhos acadêmicos, Viviane Gonçalves e Jussara de Melo, as quais amo em Cristo Jesus e jamais me esquecerei dos momentos que vivemos juntas, trocando orações, conselhos e motivações.

Aos meus professores e professoras que contribuíram com competência e humildade, consolidando o crescimento dos meus conhecimentos teórico-metodológicos, em favor da reafirmação e continuidade do Serviço Social ético, profissional e humanizado.

À minha orientadora Renata Lígia que se dedicou com muito apreço para a construção e explanação desse trabalho, colaborando para meu desenvolvimento acadêmico e profissional.

Às professoras Cibelly Michalane e Alecsonia Pereira que aceitaram compor a banca examinadora, dispensando conhecimentos e enriquecendo minha trajetória acadêmica em momentos diversos, com explicações, orientações, e postura profissional coerente.

Às minhas supervisoras de estágio e Assistentes Sociais do Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA), Reginete Viana e Fátima Queiroz, que me repassaram a vivência profissional do Serviço Social na saúde com responsabilidade, carinho e afeição, firmando um laço de amizade e companheirismo recíprocos.

Às Assistentes Sociais do ISEA Lúcia Falconi e Sarah de Lima, coordenadora do Setor de Serviço Social, as quais me incentivaram e me receberam com simpatia e disponibilidade para contribuir com meu desenvolvimento profissional.

À Assistente Social da Estratégia Saúde da Família (ESF), Nara Rubya, minha companheira de trabalho que tenho muita estima e admiração, referencial enquanto profissional capacitada, dedicada, ética, humanizada, orgulho para o Serviço Social comprometido na defesa dos direitos sociais.

LISTA DE SIGLAS

CAE	Centro de Assistência Especializada
CAPs	Caixas de Aposentadoria e Pensões
ESF	Estratégia Saúde da Família
GTHs	Grupos de Trabalho Humanizado
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
ISEA	Instituto de Saúde Elpídio de Almeida
LOS	Lei Orgânica da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG's	Organizações Não-Governamentais
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PREVsaúde	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
SESP	Serviço Especial de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEPB	Universidade Estadual da Paraíba
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para Infância

SUMÁRIO

RESUMO	8
1 INTRODUÇÃO	9
2 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: UM ESPAÇO PRIVILEGIADO PARA A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL	11
2.1 SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE PÓS-64: ALGUNS ELEMENTOS PARA O DEBATE	16
3 HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE: CONCEITO X CONTEXTO	18
3.1 SERVIÇO SOCIAL E A PRÁTICA DE HUMANIZAÇÃO	22
4 SERVIÇO SOCIAL E A POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE NO INSTITUTO DE SAÚDE ELPÍDIO DE ALMEIDA (ISEA): RESULTADOS E DISCUSSÕES ACERCA DA PERCEPÇÃO DAS PROFISSIONAIS DE SERVIÇO SOCIAL	24
4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ÂMBITO DA PESQUISA NO INSTITUTO DE SAÚDE ELPÍDIO DE ALMEIDA (ISEA)	25
4.2 METODOLOGIA DA PESQUISA	26
4.3 SERVIÇO SOCIAL E A INTERVENÇÃO HUMANIZADA: UM UNIVERSO QUE GANHA VISIBILIDADE A PARTIR DA FALA DAS ASSISTENTES SOCIAIS ENTREVISTADAS	28
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERÊNCIAS	34
APÊNDICES	38

SERVIÇO SOCIAL E A HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE NA PERSPECTIVA DA CONSOLIDAÇÃO DOS DIREITOS DE CIDADANIA NO INSTITUTO DE SAÚDE ELPÍDIO DE ALMEIDA (ISEA)

SAMARA LIANE LOPES ARAUJO

RESUMO

Este artigo consiste no Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), apresentado ao curso de Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), referente à experiência de estágio no Instituto de Saúde Elpidio de Almeida (ISEA), Campina Grande-PB. O presente estudo aborda acerca do Serviço Social articulado à Política Nacional de Humanização (PNH) de acordo com a percepção das Assistentes Sociais plantonistas da instituição mencionada, as quais constituíram-se como sujeitos da pesquisa, cuja amostra foi de 40%, realizada no período de janeiro a dezembro de 2011, tendo como objetivo geral norteador: analisar a articulação existente entre o Serviço social e a Humanização da Saúde na perspectiva da consolidação dos direitos de cidadania no Instituto de Saúde Elpidio de Almeida (ISEA). Para os procedimentos metodológicos utilizou-se a observação sistemática, aplicação de entrevista semi-estruturada e o registro em diário de campo, sendo a pesquisa de caráter exploratório e estudo descritivo-analítico, apresentando como método de abordagem o qualitativo e também aspectos quantitativos. Para análise dos dados, utilizamos a técnica de análise de conteúdo e sua interpretação, a qual possibilitou visualizar e examinar o que foi dito explícito e implicitamente levando em consideração o contexto social em que os sujeitos da pesquisa estão inseridos. Os resultados da pesquisa apontaram para uma incipiente percepção, compreensão e concretização da Política Nacional de Humanização (PNH), a articulação efetiva com o Serviço Social merece atenção e reconhecimento para que haja a satisfatória viabilização dos direitos de cidadania.

Palavras-chave: Serviço Social. Política Nacional de Humanização (PNH). Prática humanizada.

ABSTRACT

This article is the work of Course Completion (TCC), presented to the graduate course in Social Work at the State University of Paraíba (UEPB), regarding the internship experience at the Institute of Health Elpidio de Almeida (ISEA), Campina Grande-PB. This study focuses on the Social Service statement to the National Humanization Policy (NHP) according to the perception of social workers on duty of the institution mentioned, which were constituted as subjects of study, whose sample was 40%, held in the period January to December 2011, with the overall goal guiding: to analyze the linkage between the social Services and Health Humanization in the perspective of the consolidation of citizenship rights at the Institute of Health Elpidio de Almeida (ISEA). For the methodological procedures used to observe systematic application of semi-structured interview and record in field diary and the study of exploratory and descriptive and analytical study, with the approach as a method of qualitative and quantitative aspects also. For data analysis, we use the technique of content analysis and interpretation, which enabled to view and examine what was said explicitly and implicitly taking into account the social context in which the subjects are entered. The survey results pointed to an emerging perception, understanding and implementation of the National Humanization Policy (NHP), the effective articulation with the Social Service deserves attention and recognition that there may be a satisfactory viability of citizenship rights.

Keywords: Social Service. National Humanization Policy (NHP). Practice humanized.

1 INTRODUÇÃO

A saúde pública no Brasil tem como raízes o atendimento meramente curativo, ignorando muitas vezes o contexto social em que o usuário da rede de saúde está inserido, bem como sua individualidade e valores sociais, os quais são simplesmente desvalorizados em meio a descasos, esperas infinitas, atendimentos incompletos, encaminhamentos e consultas precárias. Apesar disso, a maioria da população demonstra através de entrevista sua esperança em usufruir de uma saúde plena e humanizada, conforme Paim (2009, p. 110):

Entre os entrevistados, 51% acreditam que no futuro terão um atendimento à saúde mais humanizado, contra 30% que não creem nessa possibilidade. Admitem que os profissionais de saúde serão mais atenciosos, solidários, comprometidos e tolerantes, de modo que 60% pensam que o atendimento provavelmente estará melhor e 27% admitem que tal alternativa é muito provável.

A Política Nacional de Humanização (PNH) foi criada pelo Ministério da Saúde, em 2003, com o objetivo primordial de efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) perante a qualificação da saúde pública brasileira. Tendo em vista a atuação do Serviço Social nas instituições de saúde, evidenciamos a extrema relevância da sua articulação com a Humanização da Saúde, embasando assim o agir profissional como possibilidade de consolidar e viabilizar direitos sociais conquistados historicamente por meio de possibilidades e desafios.

Em face desse contexto, formulou-se o objeto desse estudo que consiste em analisar a integração existente entre o Serviço Social e a Humanização da Saúde, verificando a prática de humanização por parte das profissionais em seu cotidiano de trabalho, bem como as ações e atendimentos humanizados de acordo com a apreensão dos sujeitos da amostra acerca da PNH.

A escolha dessa temática surgiu no decorrer da vinculação com o campo de estágio no Instituto de Saúde Elpidio de Almeida (ISEA), localizado na Rua Vila Nova da Rainha, nº 141, centro, Campina Grande-PB. Momento em que a Humanização da Saúde despertou com mais ênfase o nosso interesse, possibilitando a aproximação sistemática com o assunto abordado, que apesar de ser claramente importante, nota-se a incipiência de trabalhos acadêmicos enfocando o Serviço Social em articulação com a PNH.

Para o aprofundamento teórico e metodológico deste processo investigativo foi adotada a perspectiva analítica-crítica, com uma visão da totalidade histórica da sociedade capitalista a partir de um entendimento crítico-dialético dos elementos estudados.

Este trabalho apresenta como categoria central de análise o Serviço Social e a Humanização da Saúde. Recorreu-se à leitura aprofundada de alguns autores contemporâneos em consonância com o tema mencionado, possibilitando a obtenção de subsídios para embasar debates e conhecimentos. Tendo em vista a realização de pesquisa bibliográfica, elencamos os seguintes autores: Mendes (1999), Ayres (2006), Braga (2006), Deslandes (2006), Martinelli (2007), Bravo (2008; 2010), Costa (2008), Vidal (2008).

Os aspectos metodológicos se remeteram à utilização de instrumentos e observação para coleta, análise e sistematização dos dados, utilizando-se a técnica de análise e interpretação de conteúdo, respeitando princípios éticos de sigilo e anonimato das entrevistadas.

Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório com abordagem quanti-qualitativa, permitindo a apreensão dos dados expostos pelas profissionais entrevistadas em torno da problemática ora referida.

Na escolha dos sujeitos, abordamos as profissionais de Serviço Social por serem incumbidas de prestar uma intervenção humanizada na área de saúde, podendo assim contribuir satisfatoriamente com a finalidade da pesquisa realizada com uma amostra de 40% das Assistentes Sociais plantonistas entrevistadas.

Os instrumentos e técnicas na fase de coleta e análise dos dados adotados foram a entrevista semi-estruturada, disponibilizando perguntas abertas e fechadas, de acordo com o modelo disposto no apêndice, adequadas a melhor compreensão acerca das respostas.

Quanto à estruturação, o presente artigo encontra-se dividido em 3 (três) tópicos:

No primeiro, intitulado “A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: um espaço privilegiado para a atuação do Serviço Social” delineou-se a respeito de um breve contexto histórico da política de saúde no Brasil, enfatizando possibilidades e desafios, desde a década de 1920 até os dias atuais, com enfoque em alguns elementos sobre o Serviço Social e saúde.

No segundo, “HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE: conceito x contexto” abordamos sobre a definição, contextualização e peculiaridades da Humanização da Saúde, ressaltando o Serviço Social e a prática humanizada. Logo, demonstramos a relevância da criação e implantação da PNH como meio para viabilizar direitos de cidadania.

No terceiro, “SERVIÇO SOCIAL E A POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE NO INSTITUTO DE SAÚDE ELPÍDIO DE ALMEIDA (ISEA): resultados e discussões

acerca da percepção das profissionais de Serviço Social” analisamos os dados coletados na perspectiva de contribuir com embasamentos teóricos e propor elementos para reflexão e postura crítica.

Seguem-se, na parte final desse trabalho, as considerações finais, as referências e o apêndice.

Por fim, afirma-se que a análise apresentada neste estudo não vislumbrou exaurir a discussão acerca da temática trabalhada, mas colaborar com estudos e debates acerca do tema explanado.

2 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: UM ESPAÇO PRIVILEGIADO PARA A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL

O contexto histórico brasileiro no início do século XX, imbuído do modelo econômico agroexportador cafeeiro reflete a emergência do trabalho assalariado e da saúde como expressão da Questão Social que de acordo com Yamamoto (2008, p. 177) “[...] diz respeito ao conjunto multifacetado das expressões das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista [...]”. Sendo marcado, na década de 1930, pela necessidade de enfrentamento dos problemas de saúde com a intervenção estatal diante da crescente industrialização que possibilitou a ampliação desestruturada das cidades e da classe trabalhadora em meio a péssimas condições de saúde, moradia e higiene.

Algumas medidas foram adotadas, entre 1930 e 1940, como a apresentação de campanhas sanitárias que configuram o modelo sanitarista campanhista, o desenvolvimento de ações de combate às endemias, a reorganização do Departamento Nacional de Saúde, a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) que beneficiavam os assalariados enquanto medicina previdenciária, a qual foi erguida com as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) em 1923, através da Lei Elói Chaves, e se fortaleceu com os IAPs direcionados aos trabalhadores urbanos contribuintes, de maneira superficial diante de uma proposta governamental de contenção de gastos com prestação de serviços de saúde voltados a atender as exigências da crescente industrialização e da eficiente exploração da mão-de-obra essencial para se apropriar da obtenção de lucros pelos grandes capitalistas exportadores, o que determina a proteção da classe trabalhadora fundamental para o processo de produção e privilegiamento do sistema capitalista (BRAVO, 2008).

A criação do Serviço Especial de Saúde (SESP) ocorreu durante a Segunda Guerra Mundial conveniado a instituições americanas, demonstrando também a coexistência da saúde previdenciária x saúde pública. Esta requisitada e cobrada nos discursos e lutas reivindicatórias dos trabalhadores e da população brasileira acometida de altos índices de mortalidades e de doenças infecciosas que se mostravam preocupantes para o cenário político do nosso país (BRAVO, 2008).

No período pós-64, identificamos a atuação do Estado de maneira repressiva e assistencialista com vistas a concretizar e legitimar o regime ditatorial perante o controle da sociedade e amenização das tensões sociais arraigadas num contexto sócio-histórico de valorização da acumulação do capital e interferência estatal, proporcionando a elevada lucratividade do setor privado, determinando o favorecimento do modelo privatista que se tornou cada vez mais expressivo e incentivador da utilização de novos aparatos tecnológicos e da medicina curativa com base na mera ausência de doenças e contribuição previdenciária através do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), criado em 1966.

Os movimentos democráticos no período ditatorial foram depreciados, bem como o direito a liberdade de expressão, greve, sindicalismo, em face de uma conjuntura histórica de valorização do capital, mais-valia excessiva, autoritarismo político, controle da sociedade em nome do favorecimento da minoria privilegiada com a acumulação do capital e concentração de renda em detrimento da maioria subjugada aos interesses capitalistas e da grande burguesia.

Apesar desse quadro histórico desfavorável aos interesses sociais, o Movimento de Reforma Sanitária tem sua gênese, por volta dos anos 1970, integrado aos movimentos populares e às reivindicações dos profissionais de saúde. Ganhando ênfase e maior visibilidade na década de 1980, com explícito apelo à democratização do acesso e da tomada de decisões sobre o projeto saúde e suas implicações via controle social com participação efetiva da sociedade civil nos Conselhos e Conferências de Saúde, com a pretensão de obter a universalização, integralidade e equidade das ações em saúde. “Sua preocupação central é assegurar que o Estado atue em função da sociedade, pautando-se na concepção de estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde” (BRAVO, 2008, p. 101).

O Brasil vivenciou profundas polêmicas e discussões a respeito da questão saúde na década de 1980, diante da superação do regime ditatorial e do crescente processo de democratização que envolvia o grande universo dos sujeitos sociais, engajados em

movimentos sociais e requerendo melhores condições de vida e saúde, inclusive no que diz respeito aos serviços de saúde, sua unificação e qualificação.

Em 1980, ocorreu a 7ª Conferência Nacional de Saúde com o tema central “Extensão das ações de saúde através de serviços básicos”. Logo em seguida, canalizou-se proposições para a instauração do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREVSAÚDE), “visando a reestruturação e ampliação dos serviços de saúde em termos nacionais e universais da demanda, compreendendo também as áreas de saneamento e habitação” (BRAVO, 2010, p. 69). O PREVSAÚDE demarcou atividades direcionadas à atenção primária em saúde com abordagens expressivas sobre regionalização e hierarquização no atendimento, ações de saúde integradas e participação comunitária. Esta não foi devidamente observada no processo de construção e operacionalização do PREVSAÚDE, sendo instituído pelo poder tecnocrático, demonstrando parcialidade na defesa dos interesses de classe, descompromisso social e o aprofundamento de uma crise ideológica cercada de contestações dos grupos sociais colocados à margem das discussões e decisões sobre a política de saúde e seus rebatimentos, os quais eram erguidos em prol da racionalização do modelo tecnocrático e elitista vigente (MENDES, 1999).

O Sistema Previdenciário se deparava acometido por uma grave crise financeira e administrativa com déficit de arrecadação contributiva, bem como o mau gerenciamento dos recursos, em relação à prestação de serviços médico-hospitalares, a elevada cobertura em atendimentos e o alto índice de adesão dos contribuintes a serem assistidos pela Previdência Social. Na designação de racionalizar gastos e conter o agravamento da crise financeira, através de medidas de controle no que diz respeito à atenção médica e ao custeio de serviços de saúde, foi criado em 1981 pelo Decreto nº 86.329 o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP). Propondo, então, princípios relativos ao PREVSAÚDE como a regionalização e hierarquização, qualificação e valorização da esfera pública (BRAVO, 2010; MENDES, 1999).

O CONASP propôs e construiu as Ações Integradas de Saúde (AIS) no ano de 1983, como meio de ratificar seu objetivo de integrar ações de saúde mediante princípios pautados na regionalização e hierarquização, democratização e participação social na tomada de decisões a respeito de necessidades e prioridades no âmbito das medidas direcionadas ao setor saúde com enfoque nacional e respeito à autonomia estadual e municipal, defendendo um sistema de caráter descentralizado e preventivo, promovendo a abertura de espaços democráticos para debates sobre a questão saúde, ênfase na resolutividade e acesso universal,

implicando em 1987 na criação do SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (PAIM, 1986).

Destaca-se nesse período a 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, da qual participaram profissionais de saúde e vários representantes da sociedade, percebida como eixo principal e de grande valor no âmbito das discussões sobre saúde, cujas temáticas envolviam as propostas da Reforma Sanitária que objetivava a democratização da saúde como direito de cidadania, propondo-se o SUS e a desvinculação da saúde enquanto política contributiva, discriminatória e desigual.

De acordo com o relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que explana acerca da importância das discussões proferidas em debates, mesas-redondas, textos, contando com a participação de mais de 4.000 membros, sendo 1.000 delegados, dentre os quais continha representantes dos profissionais de saúde, da sociedade civil e dos partidos políticos, possibilitando o exercício da democracia e da participação popular, abordando temas referentes à “Saúde como direito, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento setorial” (BRASIL, 1986).

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, os preceitos e reivindicações da Reforma Sanitária foram vislumbrados. Assim, foi afirmada a extensão dos direitos sociais no Brasil, mediante acordos políticos e pressão popular, a saúde passa a ser concebida como um direito de todos e dever do Estado, de acordo com o exposto nas Leis nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990a) e nº 8.142 de 28 de Dezembro de 1990 (BRASIL, 1990b), constituindo a Lei Orgânica da Saúde (LOS), a qual adverte sobre promoção, prevenção e recuperação da saúde conectadas às diversas políticas sociais que envolvam os sujeitos no anseio de vivenciar e consolidar práticas de saúde que visem um completo bem-estar da sociedade brasileira, bem como incitar a adesão da mesma, de forma assídua e comprometida, com os Conselhos e Conferências de Saúde enquanto espaços de controle social.

O SUS é criado segundo as proposições da Reforma Sanitária incorporadas à Constituição de 1988, enfatizando o avanço administrativo no setor saúde. Seus princípios e diretrizes tratam da universalidade de acesso aos serviços, de modo universal e gratuito devendo ser garantida pelo Estado; integralidade da assistência, concebendo o indivíduo na sua totalidade, não fragmentando o atendimento e disponibilizando ações e serviços articulados às políticas intersetoriais; igualdade da assistência à saúde e equidade embasada na diminuição das desigualdades, haja vista a meta de priorizar os mais desprovidos de atendimentos em saúde, ajustada à defesa da justiça social; descentralização político-

administrativa remete acerca da disseminação das incumbências com os setores e esferas governamentais (municipal, estadual e federal), permitindo a aproximação do cidadão com os serviços de saúde prestados; regionalização e hierarquização esclarecem a respeito da organização dos serviços e atendimentos por níveis de complexidade (básica, média e alta) em determinada área geográfica.

A implantação do SUS nos anos de 1990 simboliza, indiscutivelmente, um marco na história da política de saúde brasileira com fortes evidências de conquistas e possibilidades referentes a novas concepções do conceito de saúde e cidadania. Entretanto, podemos presenciar dificuldades e negligências na efetivação dos princípios do SUS, logo nos deparamos com injustiças e discriminações, favorecimentos e politicagem, longas filas e esperas intermináveis, negando na prática os argumentos expostos, legalizados e conquistados perante a lei. “Os prestadores de serviços [...] muitas vezes discriminam seus pacientes, seja dificultando o acesso, [...] seja impondo uma porta de entrada distinta com acomodações mais precárias, para não misturar usuários do SUS com a clientela particular [...]” (PAIM, 2009, p. 129).

À medida que ocorreram avanços constitucionais, a influência neoliberal fomentou o redirecionamento do papel do Estado que, segundo Bravo (2008, p. 100), “[...] deve deixar de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social para se tornar o promotor e regulador, transferindo para o setor privado as atividades que antes eram suas”. Com as propostas neoliberais, percebe-se a redução dos direitos sociais, a precarização da saúde, educação e questões trabalhistas, desemprego estrutural, desmontando a proposta de Política de Saúde erguida nos anos 1980. As responsabilidades sociais são transferidas à sociedade civil incorporando a estratégia do Estado mínimo, destacando a refilantropização e o apelo à solidariedade. Nesse contexto, a saúde é vinculada ao mercado ou privatista, com vistas à contenção dos gastos, dispensando o poder central de suas responsabilidades. “A tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que tem acesso ao mercado” (BRAVO, 2008, p. 101).

O projeto de saúde de mercado ou privatista assume-se como hegemônico nos anos 1990, seus princípios estão pautados na descentralização dos serviços, aumento de privatizações, repassando ao âmbito privado o encargo de atender a classe consumidora e privilegiada economicamente, enquanto o Estado reduz sua participação a índices ínfimos, confirmando “o caráter focalizado para atender às populações vulneráveis, a desconcentração dos serviços e o questionamento da universalidade do acesso” (BRAVO; MATOS, 2009, p. 36). Sucedendo uma relação conflituosa com o projeto de Reforma Sanitária traçado na

década de 1980 e legitimado pela Constituição de 1988, e com o Código de Ética Profissional do Serviço Social de 1993, os quais defendem a autonomia cidadã, acessibilidade universal à saúde como direito de todos e dever do Estado, prezando pela justiça, equidade e efetivação dos direitos sociais.

Na primeira década de 2000, o governo Lula enfatizou a continuidade e expansão dos princípios referenciados pela Reforma Sanitária, destacando a “ampliação do atendimento no SUS, de modo especial na atenção básica; o combate às endemias; e a melhoria do acesso aos medicamentos” (BRAVO; MATOS, 2009, p. 40-41). Apesar disso, observamos a confirmação de particularidades advindas do neoliberalismo e seus conceitos como a fragmentação e focalização das políticas sociais, a manutenção de uma estrutura político-econômica acessível à minoria privilegiada com a lucratividade e exploração salarial, distanciando a classe popular e trabalhadora dos direitos de cidadania.

2.1 SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE PÓS-64: ALGUNS ELEMENTOS PARA O DEBATE

O Serviço Social passou por mudanças significativas decorrentes da estrutura sociopolítica erguida e imposta, no período pós-64, de aguçamento das expressões da Questão Social, desempenhando uma adequação teórico-metodológica e prática referente à burocratização, intervenção psicologizante e assistencial, por meio de aconselhamento social e concessão de benefícios na tentativa de minimizar e/ou enfrentar as tensões sociais e os movimentos populares contrários aos ditames estabelecidos pelo regime ditatorial. Apresentando uma perspectiva modernizadora a qual “trata-se de uma linha de desenvolvimento profissional que [...] mostrar-se-á aquele vetor de renovação que mais fundamente venceu a massa da categoria profissional” (NETTO, 1996, p. 154), em que o profissional de Serviço Social deveria atender satisfatoriamente às exigências feitas pelo Estado repressor de viés monopolista e parcial, peculiarizando a subordinação profissional e o crescente campo de atuação na área de saúde previdenciária (BRAVO, 2010).

Com o estabelecimento do INPS, em 1966, possibilitou-se demandar Assistentes Sociais em setores de coordenação de programas e projetos, educação em saúde, levantamentos econômicos e psicossociais, orientações aos beneficiários acerca de serviços de saúde e benefícios provenientes da Previdência Social que erigiu, em 1972, o Plano Básico de Ação do Serviço Social na Previdência, destacando assim as atribuições e normatizações do

Serviço Social em face do melhoramento de vida dos favorecidos contribuintes, mesmo perante um quadro social de descaso político, antidemocracia, injustiça e desvalorização dos sujeitos sociais (BRAVO, 2010).

As contribuições interventivas e teóricas apresentadas pelo Serviço Social foram incipientes perante a construção da política de saúde no Brasil, na conjuntura de luta democrática própria dos anos 1980, ficando à mercê de processos decisórios, apesar da presença e organização de alguns congressos nacionais e de publicações acadêmicas. Caracterizou-se então, mero executor de políticas sociais e constantes práticas institucionais, com embasamentos pautados nas vertentes histórico-estrutural, com ênfase na defesa dos direitos dos trabalhadores, interligação com movimentos sociais, estímulo a mobilizações e autonomia dos sujeitos; a ação psicossocial prestou atividades de promoção e prevenção da saúde, cidadania, orientações sobre direitos sociais, intervenção em causas psicossociais que possam afetar o estado de saúde (BRAVO, 2010).

A atuação do Serviço Social remeteu-se nos anos 1990 sob influência da hegemonia neoliberal, a dois campos opostos e contraditórios: o projeto privatista, que requer do profissional uma postura de resguardar os interesses institucionais, direcionado a elaboração e aplicação de levantamentos socioeconômicos, práticas seletivas, imediatistas e assistenciais, abordagem individual e psicossocial; o projeto da Reforma Sanitária, de viés democrático, pautado na acessibilidade e ações humanizadas, enfoque interdisciplinar e abordagem grupal, estímulo ao controle social (BRAVO; MATOS, 2009).

A respeito do Serviço Social, na atualidade, mencionamos que é imprescindível a articulação comprometida com o projeto de Reforma Sanitária e o Projeto Ético-Político do Serviço Social com base no Código de Ética Profissional de 1993, o qual assinala e evoca a difusão e o exercício de princípios com fundamento na equidade e justiça social, defesa intransigente dos direitos humanos, articulação com demais movimentos de trabalhadores e excluídos socialmente, compromisso profissional e social. Contribuindo com o crescimento e eficiência das práticas de saúde, democratizando informações e viabilizando direitos de cidadania, propondo planos e projetos com vistas a favorecer a sociedade e minimizar atendimentos desqualificados e desumanizados.

3 HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE: CONCEITO X CONTEXTO

A desumanização se configura, conforme Howard (1975 apud DESLANDES, 2006), em ações discriminatórias e indiferentes as quais concebem as pessoas como coisas, não se importando com reações e sentimentos, relegando a reciprocidade e estimulando atendimentos por meio de máquinas e processos tecnológicos que distanciam o usuário de saúde dos profissionais. Estes geralmente promovem polêmicas no modo de tratar humanos como se fossem objeto de pesquisa sem alicerce ético e teórico, enfatizando meramente a doença e seus efeitos em detrimento do sujeito social que passa a ser colocado à margem dos cuidados e do processo-saúde, alienado em meio à desinformação, anseios e indagações perante a prestação de serviços e atendimentos depreciados e negligentes, descompromissados em resguardar com prioridade a vida, destinados a determinadas pessoas que convivem com a parcialidade e objetividade do profissional-cuidador em relação à ênfase e ao cuidado minucioso dedicado a grupos reservados e providos de melhores condições financeiras, autonomia e acessibilidade.

Em contraposição à desumanização ora referida elencaremos algumas práticas humanizadas, segundo Howard (1975 apud DESLANDES, 2006, p. 41), que conceitua a humanização partindo da “[...] premissa básica de que os seres humanos são produtores de necessidades fisiológicas e psicológicas, e o cuidado que se preocupa em provê-las pode ser entendido como humanizado”. A humanização articula-se à chamada dimensão ideológica guiada pelo reconhecimento do ser humano sujeito de direitos, independentemente, de classe social e poder aquisitivo, focando a igualdade e equidade na saúde. Assegurando que cada pessoa é singular e insubstituível com identidade e valores peculiares, a qual deve receber atenção integral e equânime.

A perspectiva de humanização também envolve a dimensão psicológica imbuída de empatia e afeto dispensados pelos cuidadores por intermédio da proteção e vínculos emocionais no ato de cuidar. Ressaltamos ainda, aspectos subjetivos, contribuições acadêmicas e práticas imprescindíveis para o aperfeiçoamento da efetiva humanização respaldada na escuta, diálogo e acolhimento entre usuários e profissionais de saúde.

A escuta e o diálogo são conceitos vitais no processo de construção e troca de saberes entre os sujeitos envolvidos no sistema de saúde, permitindo assim a harmonia e a coerente discernimento na maneira de tratar e atender os usuários em conformidade com suas necessidades e singularidades.

A adequada articulação entre a escuta e o diálogo é determinante para a consolidação de um caminho exitoso para o acolhimento, como afirmam os autores, Ayres (2006) e Selli et al (2008), que: “É no contínuo da interação entre usuários e serviços de saúde, em todas as oportunidades em que se faça presente a possibilidade de escuta do outro que se dá o acolhimento” (AYRES, 2006, p. 71). “O profissional que acolhe tem grande responsabilidade, na medida em que facilita a emergência da reflexão e exercita a amarra da complexa teia de complementaridades entre os saberes – inclusive o popular [...]” (SELLI et al, 2008, p. 204). A configuração do acolhimento se dá mediante mudanças qualitativas no espaço profissional, implicando na apropriada maneira de receber, informar, atender, encaminhar, elaborar respostas e alternativas eficazes para resolver indagações e problemas apresentados pelos usuários de saúde.

Contribuindo para o acesso ampliado e primoroso, disponibilidade em concretizar direitos, responsabilidade profissional, concebendo o usuário na sua totalidade, e não fragmentando-o em partes distintas e isoladas do vínculo social, o qual embasa a interligação coletiva dos sujeitos transbordantes de saberes diversos e, em constante, aprendizados que estruturam e envolvem a esfera das definições e práticas de saúde.

As redes sociais de suporte são definidas por medidas de caráter solidário em meio a crises e dificuldades vivenciadas por seus integrantes, logo se demonstram relações coletivas de companheirismo e apoio fraternais, dispensação de orientações, ajuda material e prestação de serviços em prol da resolutividade de problemas sociais que acometem a saúde, finanças, sentimentos e emoções. “Portanto, torna-se possível definir uma rede de suporte como um emaranhado de interações moldadas pelo compromisso moral entre seus autores. Essas ligações pressupõem confiança e supõem reciprocidade” (BRAGA, 2006, p. 168). Torna-se evidente que a essencialidade do acompanhante no processo saúde com vistas a mobilizar e integrar atividades informativas, requerimento de assistência profissional e autonomia cidadã, melhores condições de acesso e atendimento humanizado envolto da distribuição de incumbências direcionadas à superação da negatividade dos problemas de saúde, com inclusão social, respeito e reconhecimento da extrema importância do suporte e presença dos sujeitos que constituem a rede social de suporte viável a execução coesa da humanização da saúde.

As relações interpessoais vivenciadas entre profissionais de saúde e usuários devem estar pautadas em princípios éticos com níveis de aproximação e liberalidade estabelecidos por laços de confiança e respeito mútuos, complementadas pela disponibilidade de infraestrutura e ambientes propícios à preservação da privacidade e comodidade, sigilo

profissional, equipamentos e quadro de funcionários suficientes para atender à demanda, recursos materiais e humanos disponíveis.

Sabe-se que a realidade da saúde no Brasil é perpassada por impasses e contradições, precarização do trabalho, desvio de verbas, corrupções e nepotismo, no entanto os desafios postos precisam ser encarados e vencidos na perspectiva de “[...] definir um novo patamar ético e tecnológico das práticas em saúde [...] é necessário perseguir o equilíbrio entre responsabilização e respeito à autonomia ou entre aproximação e respeito à privacidade” (TRAD, 2006, p. 199). Resguardando o bem-estar físico, psicológico e social dos cidadãos-usuários que são instituídos co-responsáveis na tomada de decisões e no cumprimento de obrigações favoráveis para que haja um proveitoso e eficaz cuidado em saúde.

No tocante a implantação e fomentação da Humanização da Saúde enquanto Política Nacional enfatiza-se que, no ano 2000, o Ministério da Saúde promoveu a 11ª Conferência Nacional de Saúde intitulada por “Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social” (BRASIL, 2000), com enfoque na efetivação das políticas sociais, realização de concurso público e educação continuada para profissionais da saúde, atenção respaldada na integralidade, equidade e humanização, exercício do controle social com o envolvimento da sociedade civil por meio das Conferências e Conselhos de Saúde, os quais “foram concebidos como um dos mecanismos de democratização do poder na perspectiva de estabelecer novas bases de relação Estado e sociedade por meio da introdução de novos sujeitos políticos” (BRAVO; SOUZA, 2002).

Em 2001, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) foi implantado com o objetivo de sensibilizar acerca da proeminência de aprimorar e humanizar as práticas de saúde na rede hospitalar pública, salientando a cidadania e o respeito à subjetividade dos indivíduos sociais. Torna-se, portanto, indispensável a difusão e consolidação de pressupostos baseados no melhoramento da atenção à saúde, capacitação continuada de profissionais, fortalecimento e aperfeiçoamento de práticas humanizadas já existentes, bem como a implementação de novos conhecimentos e atuações profissionais que possibilitem a modernização e o progresso do tratamento humanizado. Como proposta para a adesão e divulgação da humanização na rede hospitalar temos os Grupos de Trabalho Humanizado (GTHs) que podem ser definidos como espaço acessível e democrático, destinado à reflexão e proposição de propostas humanizadas, contribuindo com a educação em saúde, resolução de problemas e reclamações, interligação com a sociedade civil e seus interesses (BRASIL, 2001).

É relevante destacar que, o SUS apresenta cotidianamente desafios a serem vencidos em prol de requerer atendimentos completos, eficientes e produtivos, mas vivenciamos o descaso com usuários em meio à demanda reprimida que permeia a saúde pública brasileira, restringindo a acessibilidade e universalização através da “falta de serviços e ações, como cobertura para toda população usuária; falta de defesa do Sistema Único de Saúde pelo poder público; falta de investimentos adequados nesse setor” (VIDAL, 2008, p. 135), filas intermináveis, consultas e exames inacabados, desumanização e falta de acolhimento, verticalização do saber por parte de profissionais da saúde, gerando insatisfações, revoltas populares e o descrédito do sistema de saúde e seus gestores.

A concretização e reafirmação do SUS e seus princípios estão intrinsecamente ligados à plena execução da PNH, instituída pelo Ministério da Saúde em 2003, que prima pelo atendimento com qualidade respaldado na efetivação dos direitos sociais e na importância da participação cidadã, respeito às diferenças, tratamento indiscriminado, valorização dos sujeitos sociais no processo de recuperação e reabilitação, acesso democrático e humanizado (BRASIL, 2004). Primando pela defesa e expansão de uma saúde pública condizente com a Constituição Federal de 1988 a qual expressa sobre o conceito ampliado de saúde enquanto completo bem-estar do indivíduo, e não apenas a mera ausência de doenças físico-patológicas, integrando o sujeito social em uma rede de políticas e serviços fundamentais como educação, lazer, habitação, saneamento básico, alimentação, segurança, cultura.

Os princípios defendidos pela PNH estão embasados na valorização da dimensão subjetiva e social; comprometimento com a produção de saúde e dos sujeitos, estimulando trabalhos em saúde constituídos e desenvolvidos por equipe multiprofissional; atuação em rede integrada de acordo com as propostas do SUS; informar e educar em caráter permanente com enfoque na autonomia e participação dos sujeitos individual e coletivamente. Logo, a proposta do HumanizaSUS é tornar possível e elementar a redução das filas e tempo de espera com acesso ampliado, acolhimento e resolução de problemas de acordo com critérios de risco; orientações pertinentes ao usuário a respeito do profissional-cuidador e do processo saúde-doença e direito a acompanhante de sua escolha, sem demais prejuízos; disponibilidade de condições apropriadas de trabalho e desenvolvimento de procedimentos e atividades humanizadas (BRASIL, 2004).

A PNH opera de modo transversal na rede de saúde do SUS, ou seja, valorizando a troca de saberes que perpassam limites e fronteiras de diplomas universitários, integrando uma rede social composta por instituições de saúde da atenção básica, média e alta complexidade, variedade de profissionais e usuários, os quais apresentam ideias, planos,

projetos e planejamentos diferenciados e peculiares, mas devendo estar articulados entre si e com os demais movimentos e políticas sociais com o propósito de proporcionar uma saúde digna e comprometida com os sujeitos sociais envolvidos na produção de saúde.

3.1 SERVIÇO SOCIAL E A PRÁTICA DE HUMANIZAÇÃO

O profissional de Serviço Social comprometido com o Projeto Ético-Político hegemônico na profissão atua objetivando o enfrentamento das expressões da Questão Social via execução crítica e proposição de políticas sociais, defesa intransigente dos direitos de cidadania, justiça social, equidade, democracia, com informações e incentivo à participação e mobilização social, conduzindo à emancipação e autonomia dos sujeitos, com uma visão macrossocial acerca das causas, efeitos e minimização das desigualdades, injustiças, discriminações, buscando romper com práticas conservadoras de viés assistencialista, caritativo e imediatista.

Sabe-se que a negação dos direitos sociais, políticos e humanos, permeia a saúde pública no nosso país, apesar das conquistas evidentes na Constituição Federal de 1988, implementação do SUS e da LOS. Nesse contexto, o Serviço Social fundamenta teórico-metodologicamente sua intervenção com a viabilização dos direitos de cidadania em divergência às propostas neoliberais de expropriação e exploração da classe trabalhadora nas esferas política, econômica e social. Assim, concordamos com Silva (2000, p. 114) que “a socialização das informações referentes aos direitos sociais é uma ação profissional que fortalece o usuário no acesso e no processo de mudança da realidade [...] na direção da ampliação dos direitos e efetivação da cidadania”. Destarte, destaca-se que a profissão de Assistente Social tem como princípio primordial e interventivo mediar relações sociais conflituosas entre Estado e sociedade civil imbuídas dos interesses e contradições capitalistas, na perspectiva de promover inclusão, igualdade de classes, e respeito mútuo.

A atuação do Serviço Social na saúde condiz com o crescente mercado de trabalho no setor, assinalando o enfoque de concretizar o SUS e suas proposições, e conseqüentemente, reafirmar e efetivar a Humanização da Saúde, merecendo destaque a afirmação de Costa (2008, p. 315) que aponta as “ações de caráter emergencial assistencial, educação, informação e comunicação em saúde, planejamento e assessoria e mobilização e participação social”.

O desenvolvimento e realização de atividades consistem em esclarecimentos pertinentes e levantamentos socioeconômicos de natureza investigativa e interventiva para apreender a realidade social dos usuários de acordo com seu meio sociopolítico e cultural, respaldado a analisar e descrever os fatores que afetam e interferem na situação saúde-doença, facilitando a tomada de decisões da equipe interdisciplinar com o intuito de prestar atendimento específico e qualificado; as orientações sobre normas e rotinas institucionais abordam sobre promoção do acesso a programas e serviços oferecidos internamente, prevenção de agravos e cuidados específicos, instrução e disciplina da população usuária; a educação em saúde individual ou coletivamente constitui-se método primordial por meio de orientações, palestras, panfletos e cartazes informativos, dinâmica de grupo, troca de experiências, com abordagens acerca de direitos/deveres dos usuários do SUS, importância do atendimento humanizado e co-responsabilidade dos sujeitos sociais, direitos assistenciais e previdenciários, rede de saúde nas esferas municipal, estadual e federal; ações de caráter emergencial-assistencial constituem o âmbito de providências urgentes como consecução de exames e consultas, internamentos extras, auxílios, próteses, transferências hospitalares, transporte, medicamentos, em contato com instituições, gestores, políticos, Organizações Não-Governamentais (ONG's), sociedade civil; trabalhos de assessoria e coordenação de reuniões, cursos e treinamentos (COSTA, 2008).

Confirmando então que, o profissional de Serviço Social é habilitado e imprescindível na composição da equipe multiprofissional e interdisciplinar de saúde com vistas à defesa do ser humano com comprometimento de socialização humanizada e envolvimento cidadão. Concordamos, pois, com a afirmativa dos autores Silva e Arizono (2008, p. 9) ao mencionar que “a subjetivação e a humanização na promoção da saúde passam por todos. O Serviço Social tem a contribuir no processo de revalorização dos agentes envolvidos [...] na criação de condições para a releitura e análise crítica do que se entende por saúde-doença”.

O profissional de Serviço Social busca intervir e contribuir na área da saúde alicerçado ao HumanizaSUS com enfoque interventivo e investigativo por intermédio de construções bibliográficas, apreensão da realidade social, participação no âmbito político e profissional inserido nas discussões e proposições dos Conselhos e Conferências de Saúde, atuação profissional articulada aos movimentos sociais que reivindicam por transparência e melhorias das ações, atendimentos e serviços de saúde, analisando então a questão saúde na sua totalidade, objetivando “[...] aprofundar os canais de participação criados, estimulando os usuários da instituição através da ampliação da consciência sanitária, para o controle dos serviços prestados” (BRAVO, 2010, p. 141).

No que tange diretamente à PNH e a prática humanizada do Serviço Social é relevante enfatizar a sua consonância com o Código de Ética Profissional, bem como aos Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, através do “atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional” (CFESS, 2010, p. 41).

O Serviço Social contribui ativamente como profissão crítica, notória, e humanizada, erguida ao longo dos anos, visando o enfrentamento de problemas sociais referentes a atendimentos incompletos e precarizados, desorganização e superlotação institucional, não-efetivação do SUS como sistema atual e público voltado a todos os cidadãos que, frequentemente, vivenciam a defasagem da saúde pública brasileira em contradição ao artigo 196 da Constituição Federal de 1988 que assegura: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem [...] ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 2011, p. 54).

Diante do exposto, ressaltamos ainda que o profissional de Serviço Social coerente com princípios éticos, não discriminatórios, na defesa dos direitos sociais, independente de raça, cor, religião, sexo, em favor da democracia, equidade, justiça social e cidadania, com o intento de prestar uma intervenção eficaz e integral aos sujeitos sociais, visualiza e se envolve numa prática humanizada que independe das dificuldades, contradições, e precarizações, concernentes ao sistema capitalista.

4 SERVIÇO SOCIAL E A POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE NO INSTITUTO DE SAÚDE ELPÍDIO DE ALMEIDA (ISEA): RESULTADOS E DISCUSSÕES ACERCA DA PERCEPÇÃO DAS PROFISSIONAIS DE SERVIÇO SOCIAL

A área da saúde de um modo geral representa um dos maiores campos de intervenção profissional do Serviço Social, em especial a materno-infantil aqui referenciada por meio do ISEA que se configura enquanto lócus da pesquisa por se tratar da experiência de estágio com um grande desafio vivenciado, tendo em vista a pertinência da temática aqui enfatizada tanto para o Serviço Social, quanto para os demais profissionais e usuários da área de saúde.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ÂMBITO DA PESQUISA NO INSTITUTO DE SAÚDE ELPÍDIO DE ALMEIDA (ISEA)

O Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA) está localizado na Rua Vila Nova da Rainha, nº 147, Centro, município de Campina Grande, Paraíba, é vinculado à Secretaria Municipal de Saúde integrado ao Distrito Sanitário I. Foi fundado em 05 de agosto de 1951 com o título de Maternidade Elpídio de Almeida, durante o governo estadual de Dr. José Américo de Almeida e prefeitura municipal com Dr. Elpídio de Almeida, sob um momento histórico imbuído no poder da política para realização da construção da antiga Maternidade, alicerçado na força da população, em sua maioria mulheres, que se vestiu de branco como símbolo do êxito da candidatura do então prefeito e do reconhecimento da mulher nessa conquista. Apesar das restrições intrínsecas desse contexto, como o acesso diferenciado e criterioso para contribuintes da Previdência Social, atendimentos particulares e do quadro de funcionários da prefeitura.

A Maternidade foi intitulada de Instituto de Saúde Elpídio de Almeida em 27 de abril de 1992. Objetiva proporcionar um amplo, eficaz e humanizado atendimento público de referência principalmente materno-infantil, adquirindo em 1996 através do Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF) e do Ministério da Saúde, o título de Hospital Amigo da Criança após atender às exigências feitas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em conjunto com o UNICEF, tendo em vista a promoção e apoio à amamentação, orientando assim as mães desde o pré-natal até o puerpério, proporcionando um aumento nos índices de aleitamento materno exclusivo e uma redução significativa de doenças que provocam, muitas vezes, a mortalidade infantil.

De acordo com o regimento interno, o ISEA visa promover a proteção da mãe e do filho, assistência obstétrica, ginecológica, puericultura, pré-natal, parto e pós-parto, bem como atendimentos psicológicos e de serviço social embasados numa perspectiva de humanização da saúde.

Os serviços ambulatoriais oferecidos são: ultrassonografias, vacinação, testes do pezinho, da orelhinha e do olhinho, pré-natal de alto risco, banco de leite humano, odontologia. O ISEA também dispõe de programas, tais como: Planejamento Familiar, Prossim destinado a reabilitação das gestantes com o acompanhamento da fisioterapia, Obesidade, Egresso desenvolvido com recém nascidos que participam da sua primeira consulta pediátrica, bem como o incentivo às mães para serem doadoras de leite, Violência

Sexual, Velocidade do crescimento acompanha crianças desde o nascimento até um ano de idade, verificando peso e medidas nos meses de vida correspondentes a 3, 6, 9, 12.

No cotidiano da prática profissional do Serviço Social no ISEA evidenciamos que a assistente social diarista é responsável principalmente pela parte burocrática do setor, pelo controle e entrega de doações (enxovais, kits para mães e bebês, produtos de higiene) para pacientes carentes; e a plantonista recebe as demandas espontâneas, aquelas apresentadas pela equipe multiprofissional e percebidas pela avaliação da Assistente Social nas visitas às enfermarias, salas de parto e de expectativa, bem como nos atendimentos individuais e nas palestras educativas que informam e orientam acerca das normas institucionais, temas relacionados à saúde da mulher e da criança, direitos previdenciários e deveres das pacientes e usuários que chegam ao ISEA por conta própria ou por meio de encaminhamentos da Estratégia Saúde da Família (ESF), Centro de Assistência Especializada (CAE), Secretarias Municipais, Conselho Tutelar.

O ISEA é referência no atendimento à saúde pública, contando com um aparato de programas, serviços e profissionais, objetivando um serviço de saúde de qualidade, sem distinções de classes e raças. Sendo imprescindível a atuação do Serviço Social com base no projeto ético-político para a viabilização dos direitos de cidadania, consolidação do SUS, explanação e incentivo a intervenções humanizadas conforme a PNH.

4.2 METODOLOGIA DA PESQUISA

O estudo se refere a uma pesquisa científica de caráter exploratório voltada à observação sistemática com embasamento teórico-metodológico, possibilitando ao pesquisador uma construção de conhecimento em relação à realidade social estudada e vivenciada.

A mesma compreende um estudo descritivo-analítico, visando a descrição das características e a análise interpretativa acerca dos acontecimentos inerentes à realidade.

O método de abordagem é o qualitativo que enfoca a subjetividade do ser social, fundamental para se apreender significados e valores que não podem ser quantificados, demonstrando as diversas maneiras como a realidade pode ser concebida pelo pesquisador que busca entender o fato investigado com profundidade e especificidade, sem generalizações; podendo apresentar também aspectos quantitativos condizentes com a

mensuração dos dados. Como suporte teórico adotou-se a perspectiva analítica-crítica, possibilitando uma melhor apreensão da realidade social na sua totalidade, em face dos ditames da sociedade capitalista.

A pesquisa foi realizada no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA), no município de Campina Grande-PB.

Os sujeitos da pesquisa foram as assistentes sociais plantonistas que atuam durante a semana, o que corresponde a 1 (uma) profissional por dia, no ISEA, tratando-se de uma amostra de 40%, já que diante das dificuldades não foi possível obter 100% de adesão a contribuir com a realização da pesquisa.

Para a coleta de dados foram utilizados a entrevista semi-estruturada, que segue um roteiro relativamente flexível como se fosse um guia, apresentando questões abertas e fechadas que possibilitou às entrevistadas uma maior interação e liberdade em relação ao tema abordado; e a observação sistemática como técnica que possibilita a percepção dos discursos, ações e procedimentos dos sujeitos envolvidos no processo da investigação diante das reais situações apresentadas e o registro de dados relevantes no diário de campo.

A técnica de análise compreende a análise de conteúdo e sua interpretação, através das ideias e significados contidos nas mensagens faladas pelas entrevistadas, tomando por base a leitura crítica e sistemática das mesmas, proporcionando assim visualizar e examinar o que foi dito explícito e implicitamente levando em consideração o contexto social em que os sujeitos da pesquisa estão inseridos. “Nas análises de caráter qualitativo, a preocupação maior é com o significado das palavras, idéias e mensagens que aparecem nas ‘falas’ dos entrevistados ou nas mensagens dos vários meios de comunicação” (MARSIGLIA, 2001, p. 41).

A presente pesquisa está compromissada com o sigilo e o anonimato dos sujeitos entrevistados, bem como o esclarecimento da mesma e o livre acesso aos resultados através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme a Resolução 196/96 proveniente do Conselho Nacional de Saúde, a qual preconiza a ética na pesquisa envolvendo seres humanos.

4.3 SERVIÇO SOCIAL E A INTERVENÇÃO HUMANIZADA: UM UNIVERSO QUE GANHA VISIBILIDADE A PARTIR DA FALA DAS ASSISTENTES SOCIAIS ENTREVISTADAS

De acordo com o tema “Serviço Social e a Humanização da Saúde na perspectiva da consolidação dos direitos de cidadania” abordado que direcionou a pesquisa, procuramos ressaltar alguns elementos como: o tempo de formação e qualificação profissional, tempo de trabalho na instituição referida, experiências na área de saúde, forma de ingresso na instituição, jornada de trabalho, conhecimento e entendimento acerca da Política Nacional de Humanização da Saúde, sua relação com o Serviço Social, ações humanizadas e propostas para melhoria dos atendimentos em saúde, a equipe de saúde e a Humanização e/ou Desumanização, possibilidades e dificuldades para a prática humanizada, avaliação acerca do Serviço Social interconectado à Humanização da Saúde seus instrumentos de trabalho e sugestões para aprimorar o atendimento humanizado.

A priori, observamos que as Assistentes Sociais entrevistadas possuem mais de cinco anos de formação profissional, apenas uma delas com especialização, os meios utilizados para capacitação profissional ocorrem através da leitura de livros e/ou mini-cursos, palestras, congressos. Em relação ao tempo de trabalho no ISEA, constatou-se que corresponde há mais de dez anos, não sendo a primeira experiência na área de saúde. É relevante destacar que todas as entrevistadas, ingressaram através de concurso público e cumprem uma carga horária de 30 horas semanais.

Destarte, os dados acima apresentados comprovam a apreensão acerca do regimento interno e propostas institucionais, informação e/ou compreensão da criação e desenvolvimento da PNH, uma ampla experiência na área de saúde com vivências profissionais de intervenção em demandas complexas e conflitantes.

Quando indagadas acerca da Política de Humanização da Saúde afirmaram ter conhecimento sobre a mesma, entretanto quando perguntadas sobre o que se entende do assunto abordado a Entrevistada nº 1 respondeu que é uma “lei voltada para os direitos dos pacientes, em se tratando de visitas abertas e direito a acompanhantes no parto, pré e pós parto” e Entrevistada nº 2 relatou a respeito da “importância do controle social, acesso a um serviço humanizado, valorização dos princípios e diretrizes do SUS, direito à cidadania”. Sabemos, pois que, a Política Nacional de Humanização da Saúde não diz respeito a uma lei ou programa, se remete por meio dos seus princípios a estabelecer e firmar a valorização dos sujeitos sociais conforme a singularidade e subjetividade, o qual deve se tornar co-responsável

na produção de saúde qualificada e que não deve ser limitada aos atendimentos e serviços institucionais, e sim estendida, ampliada e integrada em rede social transmitindo a relevância da equipe multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial com contribuições coerentes e educação continuada em saúde (BRASIL, 2004).

Tendo em vista a relação entre Humanização da Saúde e o Serviço Social, foi ressaltado por Entrevistada nº 1 “*sensibilização, orientação, aplicar os direitos [...]*”, Entrevistada nº 2 referiu-se prioritariamente a “[...] *intersectorialidade como meio de garantir ao usuário um serviço ampliado [...]*”. Segundo as entrevistadas, as ações realizadas no cotidiano profissional são defender/garantir direitos dos usuários, informar, orientar. Importa salientar que, o Serviço Social ético, democrático, comprometido com a cidadania e a Humanização da Saúde perpassa as fronteiras das informações/orientações e defesa dos direitos legalizados. Pautando-se na emancipação dos sujeitos e interconexão com as redes e movimentos sociais, atendimentos integrais e interdisciplinares, embasamento teórico-metodológico e qualificação profissional mediante pesquisa com elaboração e proposição de projetos sociais.

Desse modo, concorda-se com Martinelli (2007, p. 24) ao afirmar que “[...] é nosso dever lutar para que a ética impregne cada uma de nossas ações profissionais, [...] fazendo que nos tornemos mais humanos e nossa prática mais humanizada [...]”.

Ao serem questionadas sobre as propostas apresentadas com vistas a proporcionar melhores atendimentos em saúde as entrevistadas afirmaram: Entrevistada nº 1 a “*qualificação para os funcionários e a interdisciplinaridade*”; Entrevistada nº 2 enfatizou a necessidade de “*aumento do espaço físico [...] e das equipes profissionais, capacitação permanente*”. O extrato destas falas demonstra a incipiência de investimentos na educação permanente em saúde para profissionais da área; infra-estrutura inviável; quadro de funcionários insuficiente; assim como a necessidade perceptível da troca recíproca de saberes, conhecimentos profissionais específicos integrados para fundamentar a tomada de decisões acerca da situação saúde-doença.

Enfatizamos também que, a melhoria dos atendimentos em saúde diz respeito a questões inerentes ao adequado repasse de verbas pelas esferas federal, estadual e municipal, valorização profissional e humana sem acepções de pessoas e classes sociais, reafirmação do SUS interligado à PNH. Dentro desse contexto, os autores Nogueira e Miotto (2008, p. 230) afirmam que “Atender as necessidades de saúde da população requer um salto qualitativo nas condições de vida [...] depende da interlocução de um conjunto de fatores, dentre os quais a educação para a saúde associada à integralidade [...]”.

Quando questionadas se consideram os demais profissionais de saúde humanizados as Assistentes Sociais responderam que atualmente não, sendo salientado pela Entrevistada nº2 que “*o atendimento humanizado é realizado apenas pelo psicólogo [...]*”.

A esse respeito é importante destacar que as dificuldades enfrentadas para implementar novas ações de humanização são inerentes a falta de comunicação entre profissionais e falta de aceitação pelos mesmos a respeito da Política de Humanização. Segundo Brasil (2004, p. 10), concordamos com o “fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade; atuação em rede com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário [...]”.

Evidenciamos, portanto, a não efetivação na íntegra da PNH e a falta de comprometimento de alguns profissionais da saúde que se abstém perante requisições por atendimentos e ações humanizadas e interdisciplinares. Fragilizando assim a cooperação e propostas coletivas, bem como desarticulando e fragmentando os resultados almejados, desrespeitando os princípios preconizados pela Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde a qual assegura que:

“Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde [...] atendimento humanizado, acolhedor e livre discriminação [...] que respeite sua pessoa, seus valores e seus direitos [...]” (BRASIL, 2006a, p. 03).

No que concerne a possíveis atendimentos desumanizados as Assistentes Sociais afirmaram que o posicionamento profissional condiz com esclarecimentos a respeito dos direitos dos usuários, monitoramento, avaliação e sensibilização acerca da Política de Humanização da Saúde. Conforme Entrevistada nº 1, suas sugestões para a melhoria dos atendimentos relaciona-se ao aumento do quadro de funcionários, cursos e palestras; Entrevistada nº 2 destacou a “*sensibilização, aceitação sobre a Política de Humanização, capacitação*”.

Os relatos acima acentuam a indispensável intervenção do Serviço Social na difusão e ampliação da Política Nacional de Humanização e sua relevância na prestação de serviços e atendimentos dignos aos cidadãos na perspectiva de direito social, e não como dispensação de favores e sentimentos de penalização. Logo, concordamos com Alves et al (2007, p. 49) ao mencionar que, “no cotidiano da intervenção profissional do assistente social na política de saúde, não há como a profissão ficar à margem da PNH [...] a ausência dessa discussão tem levado muitos assistentes sociais a aderirem acriticamente propostas alheias [...]”.

As possibilidades encontradas para promover ações humanizadas conforme Entrevistada nº 1 é “*promover palestras*”, Entrevistada nº 2 afirmou veementemente que a

“Política de Humanização já se encontra instalada dentro da instituição que nos favorece a desenvolver ações humanizadas”. Porém, de acordo com as leituras realizadas é concebido que o Serviço Social articulado à Política Nacional de Humanização não deve se reduzir a promoção de palestras e ações humanizadas indefinidas e com um enfoque simplista, já que observamos um leque de indagações que sinalizam a inoperância de uma saúde pública universal e justa, bem como o agudamento da Questão Social vincada à atual proposta neoliberal, a qual deve ser enfrentada e compreendida na sua totalidade, definida por Yamamoto (2008, p. 176) como sendo “[...] o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista que tem uma raiz em comum: a produção social é cada vez mais social, enquanto a produção dos seus frutos mantém-se privada [...]”.

Esse contexto passa a requerer do profissional de Serviço Social uma prática analítica e macrosocial distanciada de uma visão superficial e imediatista, conformada com atuações alienadas à manutenção e reafirmação do sistema capitalista e seus entraves sociopolíticos e econômicos.

A intervenção do Serviço Social no ISEA foi avaliada pela Entrevistada nº 1 como sendo “*eficiente, consciente, mas insatisfatório devido a poucos profissionais*”; a Entrevistada nº 2 avaliou que “*a categoria procura no seu cotidiano de trabalho acolher, ouvir, intervir, orientar, e se possível, chegar a uma solução dentro dos padrões éticos [...] tendo como foco principal a realização de um trabalho humanizado [...]*”.

Podemos perceber a contínua insatisfação com o déficit no quadro de profissionais, o que dificulta, mas não impossibilita o desenvolvimento da prática humanizada pautada na escuta, diálogo, acolhimento e resolutividade dos problemas apresentados pela demanda implícita ou explicitamente, na defesa constante de uma saúde pública ética e humanizada de vertente igualitária e acessível aos cidadãos detentores de direitos e deveres.

Conforme Ayres (2006, p. 80) “[...] a humanização passa pela radicalidade do bem comum. Não se cuida efetivamente de indivíduos sem cuidar de populações, e não há verdadeira saúde pública que não passe por um atento cuidado de cada um de seus sujeitos”.

Os instrumentos de trabalho utilizados pelo Serviço Social para a viabilização da Política de Humanização no ISEA segundo a Entrevista nº 1 são “*panfletos, comunicação verbal*”, já a Entrevistada nº 2 enfatizou o “*acolhimento, escuta, observação, acompanhamento, encaminhamento, pesquisas qualitativa e quantitativa, relatórios, investigação, monitoramento e avaliação*”. Elencaremos peculiaridades da atuação do Serviço Social em sistema de plantão segundo Vasconcelos (2008), contrapondo-se ao referido pela Entrevistada nº 2, e em conformidade com a Entrevistada nº 1, como as ações assistemáticas,

imediatas, burocráticas, com atendimentos individuais e coletivos, orientações, encaminhamentos, divulgação de normas e rotinas. Dificultando o desenvolvimento de uma prática profissional elaborada e planejada com vistas a propor políticas sociais, acessibilidade, estímulo ao controle social e democratização. Comprovando que no plantão social em conformidade com Vasconcelos (2008, p. 250) as “demandas por educação em saúde, prevenção, participação no controle social dos serviços prestados, por organização para efetivar o controle social etc. ficam negligenciadas”.

Para aprimorar o trabalho do Serviço Social na instituição com relação ao atendimento humanizado as sugestões apontadas foram especializações, capacitação e educação permanente para profissionais. Salientamos a importância dos GTHs como espaço privilegiado de questionamentos, troca de saberes e experiências profissionais, atualizações acerca das práticas humanizadas, estabelecendo de acordo com Brasil (2006b, p. 17) “[...] um ambiente favorável para compartilhar as tensões do cotidiano, as dificuldades do trabalho, acolher e debater as divergências, os sonhos de mudança e buscar, por meio da análise e da negociação, potencializar propostas inovadoras”, satisfatório ao Serviço Social enquanto profissão habilitada para incentivar e conduzir discussões específicas e abrangentes de interesse comum a todas as áreas que constituem a saúde pública no Brasil, tendo como proposta a ampliação e aprofundamento acerca da Política Nacional de Humanização da Saúde, com enfoque participativo e democrático almejando um completo envolvimento na produção de saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Serviço Social e a Humanização da Saúde são temas distintos e, concomitantemente, interligados em face da afinidade dos seus princípios direcionados ao bem-estar social, possibilitando a relevante discussão e explanação acerca do estudo realizado no ISEA, em se tratando do campo de estágio, como lócus da pesquisa.

Objetivamos verificar a relação profissional do Serviço Social com a PNH, levando em consideração a prática humanizada, atendimentos e ações em saúde de qualidade, possibilidades e desafios para implementar concretamente a PNH, no intuito de prestar um atendimento integral e ético.

A partir das entrevistas realizadas com as Assistentes Sociais plantonistas, constatamos uma restrita apreensão acerca da PNH e suas propostas, demonstrando uma visão simplista e focalista acerca da Humanização da Saúde, que foi referenciada como sendo meramente uma política de direitos fragmentados e direcionados aos atendimentos e serviços institucionais. Não demonstrando claramente uma visão macrossocial e integrada às redes e movimentos sociais com vistas ao controle social e acessibilidade.

A insatisfação a respeito da elementar educação continuada em saúde, bem como o número restrito de profissionais, em termos de quantidade e comprometimento com a prática humanizada, foram abordados como essenciais para a ampliação e melhoria dos atendimentos qualificados e interdisciplinares de acordo com o HumanizaSUS, o qual é precariamente empregado pela equipe de saúde, segundo as Assistentes Sociais. Deixando a desejar a diligência em prol da autonomia cidadã e os direitos sociais, representando um retrocesso na produção da saúde.

O Serviço Social demonstrou-se disposto a superar limites e dificuldades em nome da prática humanizada integrada ao Projeto Ético-Político defendido pela profissão, reconhecendo a necessidade de especializações e embasamentos teóricos dispensados à equipe de saúde para a apreensão sistemática da PNH, visualizando a troca de conhecimentos interdisciplinares na perspectiva de resolver problemas e promover a justiça social.

A análise pretendida com o estudo ora referido foi exitosa, uma vez que apresentou como questões norteadoras: Qual a percepção do Serviço Social a respeito da execução da Política de Humanização da Saúde no ISEA? O Serviço Social utiliza efetivamente a Política de Humanização da Saúde em seu cotidiano no ISEA? Quais as possibilidades e desafios vivenciados pelo Serviço Social no ISEA para o desenvolvimento da Política de Humanização da Saúde? Quais as propostas e intervenção do Serviço Social no ISEA com vistas a viabilizar e consolidar direitos sociais?

As indagações acima mencionadas foram contempladas diante da relevante investigação a respeito da prática profissional do Serviço Social interconectado à PNH se configurando como um grande desafio, haja vista a pertinência da temática aqui enfatizada tanto para o Serviço Social, quanto para os demais profissionais inseridos na área de saúde, direcionada a contribuir com uma apropriada discussão e efetivação da Humanização da Saúde pública no Brasil com o enfrentamento das expressões da questão social e viabilização dos direitos de cidadania.

Compreendendo, portanto que, para se desenvolver condições dignas de saúde, a partir do conceito ampliado de saúde como o bem-estar biopsicossocial, ratificado pela Constituição

Federal Brasileira, em 1988, requer do Serviço Social, dentre outros aspectos, mediações voltadas a consolidar a Humanização da Saúde junto aos usuários e à equipe interdisciplinar, devendo ser transmitidas com o desígnio de proporcionar a promoção, proteção e recuperação da saúde, preconizadas pela Lei Orgânica da Saúde (LOS, Lei nº 8.080/90 e nº 8.142/90).

REFERÊNCIAS

ALVES, Francielle Lopes et al. A Política Nacional de Humanização e o serviço social: elementos para o debate. **Serviço Social & Saúde**, São Paulo, ano 6, n. 6, p. 35-51, 2007.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: DESLANDES, Suely Ferreira (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. (Coleção criança, mulher e saúde).

BRAGA, Nina de Almeida. Redes Sociais de suporte e humanização dos cuidados em saúde. In: DESLANDES, Suely Ferreira (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. (Coleção criança, mulher e saúde).

BRASIL. Congresso Nacional. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 31 dez. 1990b.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set. 1990a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. p. 01-12. (Série E. Legislação de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 01-19. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS**. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. p. 01-84.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 01-60. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios. N° 20).

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório final da 11ª Conferência Nacional de Saúde. efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 11., 2000, Brasília. **Anais...** Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. **Anais...** Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com alterações adotadas pelas emendas constitucionais nº 1/92 a 67/2010 e pelas emendas constitucionais de revisão nº 1 a 6/94. Brasília: Senado Federal, 2011.

BRAVO, Maria Inês Souza; SOUZA, Rodriane de Oliveira. Conselhos de saúde e serviço social: luta política e trabalho profissional. **Revista Ser Social**, Brasília, v. 1, n. 10, 2002.

BRAVO, Maria Inês. Da distensão política à transição democrática: a questão da saúde e o serviço social. In: _____. **Serviço social e reforma sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2010. p. 37-148.

BRAVO, Maria Inês. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabeti et al (Orgs.). **Serviço social e saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2008. p. 88-241.

BRAVO, Maria Inês; MATOS, Maurílio Castro. Reforma sanitária e projeto ético-político do serviço social: elementos para o debate. In: BRAVO, Maria Inês et al (Orgs.). **Saúde e serviço social**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2009. p. 25-47.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Brasília: CFESS, 2010. (Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais).

COSTA, Maria Dalva Horácio da. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais. In: MOTA, Ana Elizabete et al (Orgs.). **Serviço social e saúde**: formação e trabalho profissional. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2008. p. 304-351.

DESLANDES, Suely Ferreira. Humanização: revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica. In: DESLANDES, Suely Ferreira (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde**: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. (Coleção criança, mulher e saúde).

IAMAMOTO, Marilda Villela. As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no serviço social contemporâneo. In: MOTA, Ana Elizabete et al (Orgs.). **Serviço social e saúde**: formação e trabalho profissional. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2008. p. 161- 196.

MARSIGLIA, Regina Maria Giffone. O projeto de pesquisa em serviço social. In: **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Módulo 5. Brasília: UNB, Centro de Educação Aberta, Continuada a Distância. 2001. p. 18- 44.

MARTINELLI, Maria Lúcia. O exercício profissional do assistente social na área da saúde: algumas reflexões éticas. **Serviço Social e Saúde**, São Paulo, ano 6, n. 6, p. 21-33, 2007.

MENDES, Eugênio Vilaça. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: _____. **Distrito sanitário**: o processo social de mudança das práticas do Sistema Único de Saúde. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco, 1999. p. 19-89.

NETTO, José Paulo. A renovação de serviço social sob a autocracia burguesa. In: **Ditadura e serviço social: uma análise do serviço social no Brasil Pós-64**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 1996. p. 115-309.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; MIOTO, Regina Célia Tamasso. Desafios atuais do sistema único de saúde – SUS e as exigências para os assistentes sociais. In: MOTA, Ana Elizabete et al (Orgs.). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2008. p. 218-241.

PAIM, Jairnilson Silva. Ações Integradas de Saúde (AIS): por que não dois passos atrás. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, 1986.

PAIM, Jairnilson Silva. Tendências do sistema de saúde brasileiro. In: _____. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009, p. 103- 123.

SELLI, Lucilda et al. O entendimento dos profissionais da saúde das unidades de saúde da família de Charqueadas, RS acerca do acolhimento. In: MEDEIROS, José Eri de; GUIMARÃES, Cristian Fabiano (Orgs.). **Sementes do SUS: volume 2**. 2 ed. Sapucaia do Sul: IBSaúde, 2008. p. 195-216.

SILVA, Maria Lúcia Lopes da. Um novo fazer profissional. In: **Capacitação em serviço social e política social: o trabalho do assistente social e as políticas sociais**. Módulo 4. Brasília: Centro de Educação Aberta, Continuada a Distância, UnB, 2000. p. 112-124.

SILVA, Regina Célia Pinheiro da; ARIZONO, Adriana Davoli. A política nacional de humanização do SUS e o serviço social. **Revista Ciências Humanas**, Taubaté, v. 2, n. 2, p. 01-12, 2008.

TRAD, Leny Alves Bomfim. Humanização do encontro com o usuário no contexto da atenção básica. In: In: DESLANDES, Suely Ferreira (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. (Coleção criança, mulher e saúde).

VASCONCELOS, Ana Maria de. Serviço social e práticas democráticas na saúde. In: MOTA, Ana Elizabeti et al (Orgs.). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2008. p. 242-272.

VIDAL, Dolores Lima da Costa. Demanda reprimida: acesso aos serviços de saúde e serviço social. **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano 29, n. 94, p. 132-153, 2008.

APÊNDICE

APÊNDICE A- Roteiro de Entrevista

1 Formação Profissional

- 1.1 Tempo de Formação: 01 ano () 02 anos () 03 anos () 04 anos () Mais de 05 anos ()
- 1.2 Possui alguma forma de qualificação profissional? Pós-graduação: Sim () Não (). Que tipo? Especialização () Mestrado () Doutorado ()
- 1.3 Como você tem se atualizado? mini-cursos () palestras () congressos () livros () outros ()

2 Situação Funcional

- 2.1 Há quanto tempo trabalha na instituição?
- 2.2 Essa é a sua primeira experiência na área de saúde? Sim () Não ()
- 2.3 Forma de ingresso: Concurso Público () Contrato ()
Cargo comissionado () Terceirização () Outro (): _____
- 2.4 Jornada de Trabalho Semanal: 20h () 30h () 40h ()

3 Questões Específicas

- 3.1 Você conhece a Política de Humanização da Saúde? Sim () Não ()
- 3.2 O que você entende por Política de Humanização da Saúde?
- 3.3 Qual a relação que você faz entre a Política de Humanização e o Serviço Social no ISEA?
- 3.4 Quais ações você realiza no seu cotidiano profissional com base na Política de Humanização da Saúde?
- 3.5 Quais propostas você apresentaria para proporcionar melhores atendimentos em saúde no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA)?
- 3.6 Você considera os demais profissionais (enfermeiras, médicos, psicólogos, fisioterapeutas) da equipe de saúde humanizados? Por quê?
- 3.7 Qual é o seu posicionamento profissional diante de possíveis atendimentos desumanizados na instituição?
- 3.7.1 Quais são as suas sugestões para melhorar esses atendimentos?
- 3.8 Quais são as possibilidades encontradas no seu cotidiano profissional para promover ações humanizadas no ISEA?
- 3.9 Quais dificuldades você enfrenta para implementar novas ações de humanização da saúde no ISEA?
- 3.10 Como você avalia a intervenção do Serviço Social no ISEA?
- 3.11 Quais são os instrumentos de trabalho utilizados pelo Serviço Social para a viabilização da Política de Humanização na instituição?
- 3.12 Se você pudesse sugerir algo para aprimorar o seu trabalho na instituição com relação ao atendimento humanizado, o que você sugeriria?