



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA - UEPB
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADAS - CCSA
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

ALEKSANDRA BARBOSA GOMES

SERVIÇO SOCIAL E POLÍTICA NACIONAL DE
HUMANIZAÇÃO: UM ESTUDO SOBRE A CONTRIBUIÇÃO DO
SERVIÇO SOCIAL NO INSTITUTO DR. ELPÍDIO DE
ALMEIDA

CAMPINA GRANDE
2013

ALEKSANDRA BARBOSA GOMES

SERVIÇO SOCIAL E POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: UM ESTUDO
SOBRE A CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO INSTITUTO DR. ELPÍDIO
DE ALMEIDA

Trabalho de Conclusão de curso
apresentado ao Curso de Graduação em
Serviço Social da Universidade Estadual
da Paraíba, em cumprimento à exigência
para obtenção do grau de Bacharel em
Serviço Social.

Orientadora: Prof^a. Dra. Alessandra Ximenes da Silva

CAMPINA GRANDE
2013

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

G633s Gomes, Aleksandra Barbosa.

Serviço Social e Política Nacional de Humanização: um estudo sobre a contribuição do serviço social no Instituto Dr. Elpídio de Almeida [manuscrito] / Aleksandra Barbosa Gomes . – 2013.

37 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2013.

“Orientação: Profa. Dra. Alessandra Ximenes da Silva, Departamento de Serviço Social”.

1. Saúde. 2. Humanização. 3. Serviço social. I. Título.

21. ed. CDD 362.1

ALEKSANDRA BARBOSA GOMES

SERVIÇO SOCIAL E POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: UM ESTUDO SOBRE A
CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO INSTITUTO DR. ELPÍDIO DE ALMEIDA

Trabalho de Conclusão de curso
apresentado ao Curso de Graduação em
Serviço Social da Universidade Estadual
da Paraíba, em cumprimento à exigência
para obtenção do grau de Bacharel em
Serviço Social.

Campina Grande, 05/ set /2013.

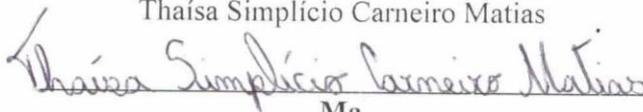
Orientadora: Prof^ª. Dra. Alessandra Ximenes da Silva



Msc/Dr(a)

Professor(a) da UEPB

Tháisa Simplicio Carneiro Matias



Ma

Professor(a) da UEPB

Benedita Solange Pereira dos Santos



Esp

Assistente Social

CAMPINA GRANDE
2013

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me deu uma força até então desconhecida, que me colocou em seus braços e que me acalentou nos momentos mais difíceis e disse: “não desamine, prossiga e com sua mão poderosa me trouxe até ao fim”.

Ao meu amado esposo, pela sua grande paciência durante esses 5 anos, o qual nunca desaminou; não raro, quando chegava em casa, já tinha que voltar para me buscar; quando se tornava muito difícil, ele sempre estava dando força e eu consegui.

As minhas lindas e amadas filhas pela compreensão de ter passado a adolescência sem a minha presença, mas, o importante é que eu venci, e mesmo ausente na fase mais necessitada consegui ajudá-las nas suas necessidades.

Aos amigos aqui conquistados, como Naldete, que sempre esteve do meu lado me incentivando quando o desânimo chegava e mandando eu ficar calma nos seminários, a Gerson por ter sempre me auxiliado nas provas tirando minhas dúvidas e aos demais colegas de classe.

Aos professores e também as minhas orientadoras: Cibele, Thaísa e, por último, à Prof^a Dr^a Alessandra Ximenes, pela paciência e conhecimento passado.

RESUMO

Este artigo trata do Serviço Social e da sua contribuição para a implementação da Política de Humanização. É o resultado de uma pesquisa realizada durante o estágio curricular obrigatório do Serviço Social, que se deu no período de setembro de 2011 a dezembro de 2012 no Instituto de Saúde Dr. Elpídio de Almeida- ISEA, em Campina Grande – PB. O ISEA é uma instituição municipal que tem, por finalidade, prestar serviços de saúde materno-infantil, preconizando os preceitos do SUS. Nesse trabalho, priorizou-se o Serviço Social e a sua contribuição para a implementação da Política de Humanização na referida Instituição. Portanto, o presente artigo apresenta a trajetória da Política de Saúde no Brasil desde os anos 1980, como também a criação e implementação da Política de Humanização e a inserção do Assistente Social na saúde. Por fim, são vislumbrados os resultados da pesquisa, apresentados sob uma visão crítica.

Palavras Chaves: Saúde. Humanização. Serviço Social.

ABSTRAT

This article discusses social work and its contribution to the implementation of the Humanization Policy's. The result of a survey of social work as trainees in the period from September 2011 to December 2012, at the Institute of Health Dr. Elpidio de Almeida-ISEA, in Campina Grande - PB. The ISEA is a municipal institution, which aims to provide health services for mothers and children, accomplishing the precepts of SUS. In this text we prioritize social work and its contribution to the implementation of the Policy of Humanization in that institution. Therefore this paper presents the trajectory of health Policy in Brazil since the 1980s, as well as the creation and implementation of the Policy of Humanization and the insertion of the social worker in public health and finally the results of this research with a critical view.

Keywords: Health. Humanization. Social Service.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	06
2 A TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL	08
2.1 A CONTRARREFORMA DO ESTADO (DÉCADA DE 1990) E A IDEOLOGIA VIGENTE	10
3 A POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO	13
4 A INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE	16
5 SERVIÇO SOCIAL E POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: UM ESTUDO SOBRE A CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO INSTITUTO DR. ELPÍDIO DE ALMEIDA	20
5.1 INSTITUTO DE SAÚDE DR. ELPÍDIO DE ALMEIDA: A CARACTERIZAÇÃO EM DEBATE.....	20
5.2 O SERVIÇO SOCIAL NO ISEA: ALGUMAS QUESTÕES	22
5.3 ANÁLISES DOS RESULTADOS DA PESQUISA	23
5.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
REFERÊNCIAS.....	28
ANEXO A - DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM PROJETO DE PESQUISA..	31
ANEXO B - TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL	32
ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE	33
ANEXO D - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL	35
APÊNDICE.....	36

1- INTRODUÇÃO

A Política de Saúde, considerada um tripé da Seguridade Social Brasileira, adquiriu um caráter universalista a partir do processo de redemocratização. Com a criação do SUS (Sistema Único de Saúde), em 1988, instituiu-se uma política pública de saúde que visa à integralidade, à universalidade, à busca da equidade e à incorporação de novas tecnologias, saberes e práticas.

Com a perspectiva de reafirmar as conquistas do Sistema Único de Saúde (SUS) – segundo as quais “a saúde é direito de todos e dever do Estado” – considera-se que tal concepção de saúde não visa, apenas, a reduzir o número de doenças, mas promover uma vida com qualidade. Neste sentido, a Política Nacional de Humanização (PNH) vem tentando transformar as práticas tradicionais de atenção à saúde no Brasil.

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 explicitar e encaminhar a viabilização dos direitos sociais conquistados, historicamente, por meio de possibilidades e desafios.

Em face desse contexto, formulou-se o objeto desse artigo, que consiste em analisar a integração existente entre o Serviço Social e a Humanização da Saúde, verificando a prática da humanização por parte das profissionais em seu cotidiano de trabalho, bem como as ações e atendimentos humanizados realizados de acordo com a opinião majoritária dos sujeitos que compuseram a amostra entrevistada acerca da PNH. Para tanto, é imprescindível: traçar-se o perfil sócio e econômico das entrevistadas; identificar como se dá a efetivação dos direitos dos usuários em relação à Política Nacional de Humanização; desvelar as dificuldades e potencialidades encontradas pelos Assistentes Sociais no cotidiano.

A escolha dessa temática surgiu no decorrer da vinculação com o campo de estágio no Instituto de Saúde Dr. Elpídio 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 que enfoquem o Serviço Social em articulação com a PNH.

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

Este artigo abordou o Serviço Social, a Política de Saúde e a Política de Humanização da saúde implementados no ISEA. Recorreu-se, para tanto, à leitura aprofundada de alguns autores contemporâneos em consonância com o tema mencionado, possibilitando a obtenção de subsídios para embasar debates e conhecimentos segundo esses: Vidal (2008), Bravo (2008; 2010), Costa (2000), Martins (2003), Teixeira (2001) entre outros.

A metodologia utilizada empregou técnicas de observação, entrevistas, análise e sistematização de dados, respeitando os princípios éticos de sigilo e anonimato das entrevistadas.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa na qual foi possível analisar as opiniões das profissionais entrevistadas em torno da problemática ora referida.

No que diz respeito à escolha dos sujeitos, foram privilegiados os assistentes sociais por serem esses profissionais que têm protagonizado a implementação da PNH no ISEA, podendo, assim, contribuir para a finalidade da pesquisa. Inicialmente, planejou-se entrevistar 50% das 13 assistentes sociais atuantes no ISEA, entretanto, houve resistência por parte de algumas delas, de modo que a pesquisa foi levada a cabo com apenas 40% do universo amostral, ou seja, apenas cinco assistentes sociais colaboraram com a pesquisa empreendida.

As técnicas e os instrumentos utilizados na fase de coleta e análise dos dados foram a entrevista semi-estruturada, disponibilizando perguntas abertas e fechadas, de acordo com o modelo disposto no apêndice, as quais foram julgadas adequadas à melhor compreensão das respostas.

Quanto à estruturação do presente artigo, tem-se que ele foi dividido em 4 (quatro) tópicos:

No primeiro, intitulado “A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL”, delineou-se um breve contexto histórico da política de saúde no Brasil, enfatizando possibilidades e desafios, desde a década de 1980 até os dias atuais.

No segundo, “A POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO”, abordou-se a definição, a contextualização e as peculiaridades da Humanização da Saúde, ressaltando a relevância da criação e implantação da PNH como meio para viabilizar direitos de cidadania.

No terceiro, “A INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE”, discorreu-se acerca de como ocorreu a inserção desse profissional e a sua importância para a saúde pública.

E, por último, “SERVIÇO SOCIAL E POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: UM ESTUDO SOBRE A CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO INSTITUTO DR. ELPÍDIO DE ALMEIDA”, que apresenta os resultados e as discussões acerca da percepção das profissionais do Serviço Social. Analisamos os dados coletados buscando contribuir, com embasamento teórico, para a propositura de elementos para uma consciente reflexão e uma pertinente postura crítica.

Seguem-se, na parte final deste 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 TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

Na década de 1980, o período da Ditadura Militar vai chegando ao fim e inicia-se, no Brasil, um processo de redemocratização política, ao mesmo tempo em que passamos por uma intensa crise econômica. Assim como no campo político, a área da saúde também passa por intensas transformações, deixando de ser um interesse apenas de técnicos da área para se tornar um assunto de interesse de toda a sociedade que objetivava a construção de um sistema de saúde mais amplo e igualitário.

Desse modo, os debates sobre a Política de Saúde passam a ser mais amplos e constantes na sociedade civil, de modo que novos sujeitos políticos passam a discutir sobre a política de saúde, desencadeando o chamado Movimento de Reforma Sanitária Brasileira formada pela sociedade civil, entre os quais se

destacam: movimento dos médicos; movimentos sociais urbanos; alguns partidos políticos (tais como o PCB e o PT); e alguns intelectuais.

Um grande marco para o Movimento de Reforma Sanitária ocorreu em 1986 com o advento da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em Brasília, que contou com a participação da sociedade civil através de entidades representativas, e também pela 1ª vez contou com a participação dos usuários. Para Bravo (2006, p. 96), “[...] a questão da saúde ultrapassa à análise setorial, referindo-se a sociedade como um todo, propondo-se não somente um sistema único, mas a Reforma Sanitária”.

O Movimento de Reforma Sanitária desempenhou um papel de suma importância também durante a Assembleia Constituinte, colocando-se contra os grupos empresariais e farmacêuticos, que contou com o expressivo apoio da sociedade civil. Devido a esse processo, o texto constitucional para a saúde contém grande parte das reivindicações do Movimento, contrapondo-se aos interesses dos grandes grupos empresariais hospitalares e farmacêuticos já instalados no país.

A partir da CF/88, a qual se baseia nos princípios defendidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde passa a ser reconhecida, oficialmente, não só como ausência de doenças, passando a se configurar como um fator mais amplo, correspondendo, portanto, a um estado pleno de bem-estar físico, social e mental relacionando-se com a necessidade de uma alimentação, condições saudáveis de moradia, trabalho, lazer, educação etc. A Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, regulamenta as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Essa lei regulamenta o SUS, que agrega todos os serviços estatais das esferas federal, estadual e municipal e os serviços privados (prestados mediante contrato ou por convênio). O SUS é responsável, ainda, pela concretização dos princípios constitucionais, embora o faça sem exclusividade. Enfim, trata-se de um conjunto de fatores que se entrelaçam e que compõem o bem-estar bio-psico-social.

O SUS incorpora a maior parte dos pressupostos da Reforma Sanitária, garantindo a saúde como “Direito de Todos e Dever do Estado”. A partir de então, o setor saúde passa a ser organizado de forma descentralizada, instituindo, também, a criação de Conselhos de Saúde, através dos quais é garantida a participação da sociedade na gestão da saúde pública.

Também foi criada, nesse mesmo ano, a Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que regulamenta a participação da comunidade na gestão do SUS e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Esta lei regulamenta a participação popular na gestão do SUS e define duas instâncias para a participação da sociedade civil organizada por meio das Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde.

Assim, constata-se que o Movimento Sanitarista trouxe inúmeros avanços para a política de saúde brasileira, incorporando um sistema descentralizado e universal de saúde pública, influenciando, substancialmente, na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) que vem garantir a saúde sob os pressupostos da Universalidade, da Equidade e da Integralidade.

Desse modo, é necessário reconhecer que o supracitado Movimento fez com que o Estado tomasse medidas importantes que contribuíram para o desenvolvimento da saúde pública no país. Diante do exposto, pode-se afirmar que, na década de 1980, o campo da saúde conquistou importantes avanços, apesar da manutenção da inserção da iniciativa privada na área.

No entanto, toda essa movimentação realizada por diversos segmentos sociais voltada à implantação da Reforma Sanitária, vem sendo desconstruída com a institucionalização, nos anos 1990, da contrarreforma, a qual será analisada na próxima seção.

2.1- A CONTRARREFORMA DO ESTADO (DÉCADA DE 1990) E A IDEOLOGIA VIGENTE

Nos anos de 1990, foi implantado, no Brasil, o ideário neoliberal, momento em que o Estado passou pela chamada Contrarreforma, onde ocorre um redirecionamento de seu papel, passando a ser, agora, um Estado Mínimo, sobretudo no que diz respeito ao social.

De acordo com Yasbek (1995), com o ideário neoliberal ocorre uma refilantropização na área da saúde, de modo que assistimos, durante o governo Fernando Henrique Cardoso (FHC) (1998 a 2002), a um grande incentivo ao voluntariado e à regulamentação do terceiro setor. Não obstante as transformações ocorridas nesse período, a política de saúde, fruto da luta do Movimento Sanitarista, estabelecida na década de 1980, foi desconstruída, uma vez que a saúde voltou a

ser vinculada ao mercado desrespeitando o texto Constitucional de 1988. De acordo com Bravo (2006), ocorre uma omissão do governo com relação à regulamentação do SUS, propondo-se dividi-lo em dois: o hospitalar e o básico.

Diante da estratégia neoliberal, a proposta dos princípios da Equidade, Universalidade e Integralidade, presentes na CF/88 e defendida como princípios do SUS, é desconstruída constatando-se, na verdade, uma focalização cada vez maior das políticas de governo, que se tornam cada dia mais paliativas, mínimas, seletivas e excludentes, onde a sociedade civil é “convidada”, de forma extremamente sutil, através da imprensa, a assumir responsabilidades exclusivas do Estado (BRAVO, 2006).

Com a eleição de Luís Inácio da Silva (Lula), em 2002, para a Presidência da República, o povo brasileiro expressou a esperança de assistir a uma mudança nas políticas do governo – marcadas pela ideologia neoliberal – mas o que se verifica, na verdade, é um governo continuísta, que segue a mesma lógica, tão criticada pelo próprio Presidente, da política de seus antecessores. As políticas sociais continuaram com um caráter compensatório, focalizado e seletivo, de modo que, para se ter direito a elas, é preciso comprovar o fato de estar até mesmo abaixo da linha de pobreza.

No segundo mandato do governo Lula, é defendida a ideologia do neodesenvolvimentismo, que veio como alternativa para superar o neoliberalismo, o qual defendia uma estratégia de desenvolvimento nacional para romper com o neoliberalismo. Com esse novo modelo de desenvolvimento, segundo Castelo apud Pereira (2004), há uma maior abertura do comércio internacional; um maior investimento privado na infraestrutura e uma maior preocupação com a estabilidade macroeconômica, ou seja, o mercado e o setor privado têm, hoje, um papel maior do que o do Estado.

Então, podemos observar que o neodesenvolvimentismo tem uma aparência com as políticas neoliberais, como a defesa do equilíbrio fiscal e o controle inflacionário, como também a defesa da equidade social e a promoção da igualdade de oportunidades, que são pensamentos típicos do neoliberalismo; podemos, então, diante do exposto, dizer que o neodesenvolvimentismo surgiu apenas como estratégia de divulgação do governo Lula, mas com uma roupagem nova do neoliberalismo ou modernização conservadora.

De acordo com Bravo (2006), a expectativa era de que o governo Lula implantasse uma política de saúde que reafirmasse e fortalecesse o projeto de Reforma Sanitária, que os governos anteriores substituíram pela lógica da privatização, contudo, o que ocorreu foi a tentativa de manutenção dos dois projetos – o de Reforma Sanitária e o de Privatização –, porém, o que se percebe é que a lógica do mercado vem imperando na área da saúde, encontrando-se esta sucateada assim como no governo FHC.

Assim, a política de saúde contemporânea se caracteriza por não apresentar capacidade para atender à grande demanda da população, e o que se verificou foi o fato de que centenas de pessoas falecem todos os dias nas filas a espera de atendimento. Diante desse quadro, a parcela da população que tem condições de pagar por assistência privada de saúde acaba recorrendo ao mercado, onde a oferta é cada vez maior e “mais acessível”. Tal fator pode ser constatado através das chamadas clínicas populares e dos inúmeros planos privados de saúde existentes na contemporaneidade, além do fortalecimento de propostas e ações que visam à privatização, tais como a gestão de serviços de saúde, através de Organizações Sociais (OSs) e da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH) para a gestão dos hospitais universitários (HU).

No discurso de posse da Presidente Dilma sobre a saúde, ela diz que utilizará a força do governo federal para acompanhar a qualidade do serviço prestado e o respeito pelo usuário, e que estabelecerá parcerias com o setor privado. Para ocupar a pasta do Ministério da Saúde, ela convida o médico Alexandre Padilha, que é vinculado ao Partido dos Trabalhadores.

O Ministro da Saúde, em seu discurso de posse, diz que as suas prioridades de gestão e o objetivo principal serão as de garantir o acesso, o atendimento de qualidade à população, em tempo real, adequado para a necessidade de saúde das pessoas; ele se comprometeu a participar, ativamente, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e então, é ele mesmo eleito, por aclamação, para Presidente do referido Conselho que, desde de 2006, era ocupado por um Presidente eleito, o qual era um representante do segmento dos trabalhadores da saúde. O que nos mostra um retrocesso frente ao avanço que tivemos em 2006.

No entanto, o que vemos é uma saúde cada vez mais privatizada, com as organizações da sociedade civil de interesse público (OSCIPs), fundações estatais de direito privado e os problemas que estas práticas trazem para os trabalhadores

da saúde e para os usuários. Contudo, é preciso ressaltar que os governos Lula e Dilma deram continuidade à modernização conservadora com outros pensamentos ideológicos da década de 1990, realizando ações extremamente focalizadas e compensatórias. Assim, o SUS não tem financiamento necessário para concretizar suas ações, ficando a saúde cada dia mais sucateada e a população sem atendimento necessário, sendo, com isso, penalizada.

O mais grave de toda essa situação é que não se apresenta nenhum tipo de solução para que tal situação seja revertida e, dessa forma, evidencia-se que, de acordo com Bravo (2006), o SUS real é diferente do SUS constitucional. Diante disso, assiste-se ao profundo descontentamento da sociedade e, ao mesmo tempo, à apatia desta ao perceber seus direitos, assegurados na Carta Magna, serem usurpados a cada dia mais.

Diante do exposto sobre a Política de Saúde, surge a necessidade de se Humanizar a Saúde. A seguir, tratar-se-á da história da necessidade de se criar e implantar a Política de Humanização.

3 - A POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO

A humanização na saúde está presente no debate da Política de Saúde no Brasil, com mais ênfase desde o fim da década de 1990, recebendo influências e contribuições da Declaração Universal dos Direitos Humanos, da defesa em prol da assistência ao Parto Humanizado – onde se identifica o Movimento Feminista, e da luta antimanicomial.

No entanto, apenas no final dos anos 1990 e início dos anos 2000, é que a humanização aparece com ênfase nos debates de saúde, algumas experiências já eram realizadas, mesmo que isoladas, como no Hospital Amigo da Criança, Método Mãe Canguru, bem como Acolhimento nas Recepções e outros. Benevides e Passos (2005) identificam que o tema conquistou legitimidade, a partir da IX Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 2000, intitulada “Acesso, Qualidade e Humanização na atenção à saúde com controle social”.

É neste ano que o então Ministro da Saúde, José Serra, cria o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), “ao identificar o número significativo de queixas dos usuários referentes aos maus tratos nos

hospitais” (BRASIL, 2000, p. 03) como forma de dar resposta a essas necessidades, convida vários profissionais da área de saúde para elaborar uma proposta de trabalho com vistas à humanização. O objetivo principal do programa era “aprimorar as relações entre profissional entre si, e do hospital com a comunidade” (BRASIL, 2000, p. 03).

A PNH surge como uma Política transversal dentro das políticas públicas de saúde, e não mais como programa isolado das demais políticas, pois enquanto programa, a humanização estava exposta a riscos, comprometendo a sua efetivação, como por exemplo, mudança de governo. É assim que na PNH o conceito de humanização é reelaborado e descrito no documento base para gestores e trabalhadores do SUS como:

Uma aposta ético-estético-política: ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e corresponsáveis; estético porque acarreta um processo criativo e sensível de produção da saúde e de subjetividade autônoma e protagonistas; política porque se refere a organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede SUS (BRASIL, 2006, p.44).

Para Martins (2003), muitos problemas dos pacientes podem ser resolvidos ou amenizados quando se sentem compreendidos e respeitados pelos profissionais. A falta de acolhimento quanto a aspectos emocionais pode conduzir ao abandono a ponto de se promover

[...] a rejeição ao tratamento e favorecer a busca de caminhos sociais alternativos, que ofereçam maior receptividade e compreensão. A relação profissional-paciente tem especial importância no processo de adesão ao tratamento.

O processo de humanização não se refere apenas às relações médico-pacientes, mas perpassa todas as relações existentes dentro da unidade de saúde. Implica o modo como a instituição trata o seu funcionário, se dá condições dignas de trabalho, uma adequada remuneração, capacitação, aperfeiçoamento e principalmente se essa se dispõe a ouvir. É um processo que tem que penetrar desde as relações do corpo administrativo com os funcionários entre si e funcionários e usuários.

Sendo uma condição para que os princípios do SUS se efetivem, a humanização é um direito, ela ultrapassa a questão do sentimento e do cuidado

simplesmente. A humanização tomada como política e não como programa implica uma série de fatores que precisam ser considerados:

- Ser tomada como diretriz política transversal, isto é, perpassando todas as ações e instâncias de efetuação. Pois se tomarmos a humanização como um programa, não veremos a sua dimensão expressa na sua totalidade, e sim, de forma pontuada e isolada do contexto das instituições e principalmente das reais necessidades dos usuários.
- Traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações dos diferentes atores da rede do SUS, ou seja, enquanto política, a humanização, deve atingir, de forma igualitária, todos os sujeitos e redirecionando-as para uma perspectiva mais humanizante e comprometida com os ideais de igualdade pela dignidade integral da pessoa humana.
- Pautar-se pela construção de trocas solidárias, comprometidas com a dupla tarefa de produção de sujeitos (BRASIL, 2003, p.01).

Segundo o Ministério da Saúde (2003), a humanização será conceituada pelo aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos, mudanças na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho. A Humanização se fundamenta na troca de construção de saberes, diálogo entre profissionais, trabalho em equipe, ou seja, com a Humanização, haverá mais interdisciplinaridade. A PNH é o SUS de roupagem nova; na realidade, um SUS humanizado.

Existem Metas a serem atingidas com a implementação da PNH, sendo as mais relevantes: o usuário saberá quem são os profissionais que cuidam da sua saúde, os direitos dos usuários serão garantidos, redução de filas, as unidades garantirão gestão participativa aos seus trabalhadores e aos usuários etc.

Alguns projetos de humanização vêm sendo desenvolvidos, há alguns anos, em áreas específicas de assistência, por exemplo, na saúde da mulher (humanização do parto) e na saúde da criança (projeto Canguru, para prematuro e recém-nascidos de baixo peso). Atualmente tem sido propostas diversas ações visando à implantação de programas de humanização nas instituições de saúde, especialmente nos hospitais (assistência pediátrica), várias atividades são desenvolvidas e estão ligadas às artes plásticas, músicas, teatro, lazer, recreação entre outros.

Portanto, a humanização em saúde é realizada de modo contínuo por meio de uma reflexão permanente sobre as condutas, os comportamentos e os atos de cada indivíduo envolvido na relação. O processo de humanização não se resume apenas às relações médico-paciente, mas envolve a maneira como a instituição acolhe o seu funcionário, se fornece condições dignas de trabalho, capacitação, salário adequado, aperfeiçoamento e, acima de tudo, se aquela se dispõe a ouvir. Diante disso, evidencia-se que a humanização é um processo que vai além das relações dos funcionários com a equipe administrativa, dos funcionários entre si e dos funcionários com os usuários.

A humanização, no âmbito hospitalar envolve tanto o direito à palavra dos profissionais da saúde como a palavra dos usuários, para que, desta forma, possa ocorrer um diálogo que possibilite promover ações, programas, políticas assistenciais e campanhas a partir do respeito, da ética, da solidariedade e do reconhecimento mútuo.

Em vista disso, muitos dos atendimentos desumanizados na saúde, são decorrentes de instalações físicas precárias, falta de capacitação profissional, falta de materiais, na qualidade do atendimento e na baixa resolutividade, falta de renovação dos equipamentos, entre outros. Então, para que haja humanização é preciso oferecer atendimento de qualidade, acesso nos serviços de saúde com qualidade e com bom relacionamento.

Para se efetivar a PNH, portanto, é imprescindível que haja uma equipe de profissionais, da qual o assistente social seja parte integrante; portanto, nos próximos capítulos, mostrar-se-á como se deu a inserção do assistente social na saúde.

4 - A INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE

Bravo (2004) aponta, como motivos para a ampliação da contratação de assistentes sociais na saúde, um novo conceito instituído pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1948 que, por focar aspectos biopsicossociais, requisita outros profissionais para atuarem nesse setor, entre eles o assistente social.

Inicialmente, a atuação nesta área foi designada sob a expressão de “Serviço Social Médico” e não atuava com procedimentos e técnicas de Desenvolvimento de

Comunidade, mas com o Serviço Social de casos, sob a orientação da Associação Americana de Hospitais e da Associação Americana de Assistência Médico-Social, focando a dimensão individual, isto é, o ajustamento do “cliente” ao tratamento (BRAVO, 2004).

A prática “educativa” era estratégia utilizada para viabilizar uma normatização sobre o modo de vida da “clientela”, que era “aconselhada” sobre hábitos de higiene e saúde. Tratava-se de uma abordagem psicologizante das relações sociais, de modo que os benefícios eram repassados como doação e não como direitos. Assim, o aspecto educativo se limitava à função terapêutica, preventiva e promocional, culpabilizando o trabalhador pela sua condição de doença. O espaço de atuação nesse momento eram as unidades de internações (BRAVO, 1996).

No setor hospitalar, os assistentes sociais podem desenvolver as seguintes atividades: ações de caráter emergencial, educação e informação em saúde, planejamento e assessoria, mobilização da comunidade. A realização destas se dá por meio de núcleos de objetivação do trabalho do profissional, tais como: levantamento de dados; interpretação de normas e rotinas; agenciamento de medidas e iniciativas de caráter emergencial; desenvolvimento de atividades de apoio pedagógico e técnico-político. No que tange aos procedimentos sócio-educativos, eles se voltam para a realização de ações direcionadas para a “educação em saúde” através de orientações e encaminhamentos individuais e coletivos (COSTA, 2000).

Através do processo de intervenção baseado nas práticas educativas, o Serviço Social busca criar estratégias de ação que proporcionem a produção de novos conhecimentos, que tanto possam subsidiar a atuação profissional frente às novas demandas, quanto possam instrumentalizar os usuários na luta pela concretização e ampliação da cidadania. Essas mesmas práticas proporcionam – ao assistente social, usuários e demais técnicos –, a troca de informações e experiências, visando à melhoria dos serviços de saúde, bem como a criação de alternativas de ação para o enfrentamento dos desafios postos pela realidade.

No que concerne ao âmbito hospitalar, o primeiro contato do usuário com o assistente social se dá por meio de entrevistas, preenchimento de ficha ou questionário para obter informações acerca dos fatores que interferem no processo saúde-doença. Vasconcelos (2006), em sua pesquisa, enfatiza que as principais demandas direcionadas ao Serviço Social em hospitais maternidades e instituições

de saúde são aquelas relacionadas à alta, remoção ou comunicação de óbitos. Estas, conforme a autora, são demandas historicamente atribuídas ao assistente social, porém, têm sido foco de discussão entre a categoria, em função do seu caráter burocrático (VASCONCELOS, 2006).

Além dessas demandas históricas tem-se, ainda, a orientação sobre o cumprimento de horários, a duração de visitas, os cuidados a serem tomados durante o seu desenrolar, incluindo o número de visitantes permitidos para cada paciente e até mesmo a orientação de condutas pós-alta médica. Ressaltamos também as demandas de caráter emergencial: providenciar transportes, marcações de consultas e exames etc. (COSTA, 2000).

Nos Centros de Saúde, a ação profissional se volta para aspectos como a observação de horários, período e prazos de retorno; o cumprimento de normas e rotinas sobre o funcionamento da instituição, entre outros (COSTA, 2000). Evidentemente que o assistente social não deve limitar sua ação à interpretação de normas e rotinas, mas envolvê-la em práticas direcionadas para uma perspectiva coletiva, que conduza à viabilização de direitos sociais.

Considerando que as demandas colocadas para o assistente social são as mais variadas e que nem sempre se restringem ao cumprimento de ações burocratizadas, desprovidas de conteúdo teórico-reflexivo, faz-se necessário que o agir profissional seja qualitativo, na busca permanente de reflexão sobre a estrutura macro-social, que permita uma ampla apreensão do espaço institucional e do modo de vida dos usuários.

No trabalho voltado para a educação em saúde, referido anteriormente, as temáticas são as mais variadas – Doenças Sexualmente Transmissíveis, HIV/AIDS, saneamento básico etc. Aqui, o profissional deve participar desse processo desde o seu planejamento, divulgação, até a sua execução e avaliação.

É importante que esse profissional faça com que o seu trabalho tenha visibilidade na instituição, baseando-se numa articulação da realidade institucional com os usuários buscando, permanentemente, o rompimento com práticas conservadoras; apreendendo a correlação de forças presente nas relações sociais, bem como detectando as demandas explícitas e implícitas dos usuários, objetivando o seu atendimento numa perspectiva coletiva, que vise ao fortalecimento do SUS, que não é tarefa fácil numa conjuntura marcada por desigualdades sociais.

Mais uma vez, enfatiza-se a importância da capacitação teórico-técnica e ético-política do assistente social, que envolve uma análise crítica da realidade social, econômica, cultural e política, para enfrentamento dos desafios postos a sua prática e alargamento da cidadania (VASCONCELOS, 2006).

Outro princípio do SUS que vem apresentando novas demandas para o serviço social é o da descentralização político-administrativa. Através da municipalização da saúde com a participação da comunidade por meio de Conselhos e Conferência, o assistente social tem sido requisitado para atuar nas secretarias estaduais e municipais, criando, organizando e acompanhando planos e fundos de saúde, orçamento, planilhas de custos e gastos, prestação de contas e instâncias de participação popular, ou seja, ações voltadas para o exercício do controle social (CORREIA, 2005).

Tem-se, então, que os princípios do SUS e a institucionalização da descentralização e da participação social na política de saúde abriram espaços para a legitimação do assistente social como profissional de saúde, permitindo o desenvolvimento de um trabalho comprometido com usuários, fortalecendo-os na efetivação do controle sobre as ações do Estado e, conseqüentemente, na aproximação de suas demandas aos programas, serviços e ações.

A legitimidade alcançada, entretanto, não permite tranquilidade ao profissional, ao contrário, impõe-lhe desafios ao esbarrar-se numa conjuntura marcada pela “universalização excludente” e pelo retrocesso da democracia. Diante disso, os assistentes sociais, juntamente com os demais profissionais de saúde, são desafiados a criar estratégias de ação que contribuam para a qualidade da atenção prestada cotidianamente aos segmentos sociais.

Fica claro que o assistente social trabalha com uma gama de demandas que tanto podem partir da instituição, quanto dos usuários. Soma-se, a isso, a existência de restrições impostas historicamente à prática profissional. Diante desse quadro, é interessante ressaltar que, mesmo com a relativa autonomia, o assistente social pode colaborar, com sua capacidade crítica, na construção de uma concepção progressista que não reproduza a exclusão social e a alienação no campo das políticas de saúde, mas sim, contribua para a redução das contradições do sistema. Necessário, pois, que o profissional estabeleça uma conexão entre a intervenção e a totalidade das relações sociais.

5 - SERVIÇO SOCIAL E POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: UM ESTUDO SOBRE A CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO INSTITUTO DR. ELPÍDIO DE ALMEIDA

5.1 INSTITUTO DE SAÚDE DR. ELPÍDIO DE ALMEIDA: A CARACTERIZAÇÃO EM DEBATE

O Instituto de Saúde Dr. Elpídio de Almeida – ISEA, está localizado entre o cruzamento das ruas Quebra Quilos com a Vila Nova da Rainha no Centro de Campina Grande – PB, sobre a direção da Doutora Francimar Maria José Ramos Vitor.

O Centro de Campina Grande, onde está situado o ISEA, tem características próprias: historicamente o bairro nasceu junto com a cidade, sua rua mais antiga é a Vila Nova da Rainha, onde os índios Ariús se aldearam em 1967. No centro é que a maior parte do comércio da cidade atua; das suas ruas, as mais famosas são a Maciel Pinheiro e a Venâncio Neiva, que preservam suas lojas em estilo arquitetônico do início do século XX, a *Art Déco*.

A instituição foi fundada em 5 de agosto de 1951 no governo de José Américo de Almeida, recebeu inicialmente o nome de maternidade Elpídio de Almeida, em homenagem ao Prefeito Municipal Doutor Elpídio de Almeida. Em 27 de abril de 1992, com a Lei 2.453, a referida maternidade passa a ser o Instituto de Saúde Dr. Elpídio de Almeida. É uma conceituada instituição pública no compartimento da Borborema, vinculada à Secretária de Saúde do Município, atendendo a um grande número de mulheres de Campina Grande, do interior do estado e de estados circunvizinhos.

A instituição presta serviços obstétricos, materno-infantis, além de estar equipada com uma unidade de alto risco, um BI (berçário intermediário), setores de psicologia, serviço social, teste do pezinho, teste do olhinho, fisioterapia, banco de leite, pré-natal de alto risco, planejamento familiar, odontologia, ultrassonografia, banco de sangue, laboratório e cartório. Dispõe, ainda, de 7 enfermarias e 3 salas de alto risco para as gestantes que apresentam problemas de saúde, UTI, neo-natal, centro cirúrgico e sala de parto.

O quadro de funcionários é formado por 13 assistentes sociais, 14 anestesistas, 1 assessor de imprensa, 1 auxiliar de almoxarifado, 75 auxiliares de

enfermagem, 1 auxiliar de farmácia, 5 técnicos de laboratório, 1 auxiliar de recursos humanos, 15 bioquímicos, 1 cardiologista, 6 copeiras, 2 cozinheiras, 2 dentistas, 1 digitador, 1 diretor, 2 endocrinologistas, 16 enfermeiras, 4 faturistas, 5 fisioterapeutas, 28 obstetras, 2 nutricionistas, 18 pediatras, 5 psicólogos, 2 técnicos de raio x, 1 ultrassonografista, e mais vigilantes, porteiros e auxiliares de serviços gerais. Os recursos materiais da instituição constam de: aparelho de Raio x; incubadoras; respiradores; monitores; materiais cirúrgicos, entre outros. Os recursos financeiros do ISEA são unicamente vinculados à Secretária Municipal de Saúde, ou seja, do SUS.

A instituição desenvolve, ainda, o acompanhamento de gestante de alto risco, mulheres que apresentam problemas durante a gravidez ou que já são portadoras de algumas doenças como: diabetes; hipertensão; alteração na tireoide; obesidade mórbida, entre outras e que necessitam de um acompanhamento médico intensivo desde o pré-natal, parto e pós-parto. O acompanhamento pode ser ambulatorial ou através de internamento, dependendo de cada caso.

Os serviços prestados em ambulatório são: pré-natal de alto risco; odontologia; ultrassonografia; fisioterapia; banco de leite humano; imunização; teste do pezinho; planejamento familiar e atendimento psicossocial.

O pré-natal de alto risco é oferecido a gestantes que sofrem com algum tipo de doença que promova risco de morte para a mãe e para o feto. Essas gestantes são encaminhadas das unidades de saúde após terem sido diagnosticadas com a doença.

O serviço de odontologia, por sua vez, é oferecido a gestantes inseridas no pré-natal de alto risco, ao passo em que a ultrassonografia é disponível para gestantes inseridas no programa de planejamento familiar; e a fisioterapia é destinada para a puérpera e para as crianças que nascem com algum tipo de deficiência.

O banco de leite humano realiza um trabalho na comunidade captando doadoras voluntárias de leite e com mulheres do pós-parto incentivando o aleitamento materno e estimulando a sua colaboração para doações de leite que será destinado às crianças que necessitam, que por algum motivo como doenças ou uso de medicamentos a mãe não consegue amamentar e a imunização é realizada em recém-nascidos que ao receber alta médica são aplicadas as primeiras

dosagens de vacinas. Existe também o atendimento ambulatorial que presta serviço de vacinação à comunidade.

O teste do pezinho é feito no recém-nascido, depois de agendada uma data para a sua realização e o planejamento familiar é um programa oferecido para mulheres e executado por assistentes sociais, enfermeiros e médicos que trabalham com orientação, exames, acompanhamento de uso de métodos contraceptivos etc., ao passo em que o atendimento psicossocial é oferecido para usuárias internadas e mulheres inseridas em algum programa da instituição.

5.2 O SERVIÇO SOCIAL NO ISEA: ALGUMAS QUESTÕES

O Serviço Social no ISEA é desenvolvido por 13 assistentes sociais, que trabalham em regime de plantão, priorizando a orientação e a informação às usuárias na intenção de esclarecer os seus direitos. Intermediam a relação usuário, família, instituição, mediante um compromisso com a qualidade do atendimento e dos serviços prestados, e atuam com uma perspectiva de fortalecer a efetivação do conceito de saúde preconizado pelo SUS, facilitando o acesso às informações sobre a rotina da instituição.

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 expectação, 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 e Conselho Tutelar.

As assistentes sociais trabalham nos programas da instituição atendendo à população que procura o ISEA, orientando e encaminhando para o atendimento com os demais profissionais da saúde, médicos especialistas, fisioterapeutas,

enfermeiros etc. O Serviço Social na instituição utiliza-se de alguns instrumentos e técnicas como: palestras; entrevistas; reuniões e visitas às enfermarias.

A linguagem é um instrumento importante no trabalho do Assistente Social: é através dela que se tenta ultrapassar as barreiras existentes na comunicação entre usuários e profissionais. Para que ocorra a comunicação o profissional deve ter sensibilidade, permitindo ao usuário uma compreensão adequada, deste modo evitando o que Teixeira denomina como linguagem "Própria", Teixeira (2001, p. 240).

É interessante observar, ainda que determinados profissionais, por origem de classe a qual diferem da população alvo, conjugada a formação assentada no modelo assistencial hegemônico, tendem a utilizar uma linguagem "própria", de certo modo sofisticada, inacessível à população. Na prática, no direito com a comunidade, vão aprendendo pelo mecanismo de "ensaio e erro", a traduzir sua fala para a linguagem popular. Algumas vezes o inverso se dá: o profissional subestima a capacidade de compreensão popular, não vendo o usuário como sujeito que pensa, elabora e decide..."

A linguagem, na qualidade de instrumento de comunicação, é bastante utilizada pelos assistentes sociais do ISEA, na tentativa de facilitar a socialização das informações no processo educativo. Sobre esse processo, vale salientar que o Assistente Social, tido como profissional que atua junto à população tem, em sua ação, um forte propósito por promover ações sócio-educativas.

Nessa perspectiva, as assistentes sociais, especificamente as do ISEA, trabalham no intuito de esclarecer e viabilizar os direitos dos usuários, despertando neles o desejo pela luta de sua cidadania e, acima de tudo, pela vida.

5.3 ANÁLISES DOS RESULTADOS DA PESQUISA

De acordo com a pesquisa realizada, observamos que as Assistentes Sociais entrevistadas possuem mais de 15 anos de formação profissional; apenas duas delas possui especialização, os meios utilizados para capacitação profissional ocorrem através da leitura de livros e/ou mini-cursos, palestras e congressos. Em relação ao tempo de trabalho no ISEA, constatou-se que corresponde há mais de 15 anos, não sendo a primeira experiência na área da saúde. É relevante destacar que todas as entrevistadas ingressaram através de concurso público e cumprem uma carga horária de 30 horas semanais; 40% têm uma renda de 1 a 2 salários mínimos, apesar de terem a mesma carga horária e exercer a mesma função das demais, que têm uma renda no valor de 3 a 4 salários mínimos.

As demandas dirigidas ao Serviço Social exigem cada vez mais um profissional qualificado, pois as atividades de qualificação e formação profissional visam ao aprimoramento tendo, como objetivo, a qualidade dos serviços prestados, pois, conforme observamos, apenas 40% das profissionais entrevistadas possuem Pós-graduação, como afirma Iamamoto (1998, p.145):

A afirmação de um perfil profissional propositivo requer um profissional de novo tipo, comprometido com sua atualização permanente, [...] profissional que também seja um pesquisador, que invista em sua formação intelectual e cultural [...]. É reconhecido que, na contemporaneidade, a profissão vivencia um redimensionamento teórico-metodológico e político, embora os profissionais que estão no exercício de sua prática, nem sempre vêm buscando requalificar-se.

Quando indagadas sobre o que entende por Humanização na saúde, quase todas responderam tal conceito implica em fazer cumprir os direitos dos usuários. Segundo a entrevistada nº 2 “humanização na saúde é bom, mas ao mesmo tempo deixa muito a desejar, porque as pessoas não têm conhecimento, e que a maioria dos profissionais e multiprofissionais ainda não sabe o que é humanizar” ressalta que “humanizar é buscar direitos e deveres do paciente e do acompanhante”. No entanto, sabemos que a humanização na saúde não diz respeito a uma lei nem a um programa; tal noção se consubstancia por meio dos seus princípios a estabelecer e firmar a valorização dos sujeitos sociais conforme a singularidade e a subjetividade, os quais devem se tornar corresponsáveis 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 correntes e educação continuada em saúde (BRASIL, 2004).

Em relação à PNH, tal política é planejada pela equipe multiprofissional do ISEA, de modo que apenas duas das entrevistadas disseram que tal propósito só era logrado através de reunião; as demais disseram não haver planejamento por parte da equipe; a entrevistada nº 3 relatou que “não percebo planejamento, percebo preocupação... dos profissionais...” desse modo, sabemos que as dificuldades encontradas para a implementação da PNH ocorrem como uma decorrência da falta de comunicação e de planejamento, que não acontece com a equipe. Concordamos com o “fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade; atuação em rede com alta conectividade, e modo cooperativo e solidário[...]”.

Tendo em vista a relação entre a PNH e o Serviço Social, foi ressaltado, pela entrevistada nº 1, que: “nós tentamos fazer essa Política de Humanização do SUS,... mas não existe um engajamento entre a equipe multidisciplinar”. A entrevistada nº 3 relata que: “[...] a humanização é uma ferramenta que vem validar uma política necessária e possível de se concretizar através do Serviço Social..., imprescindível no contexto de viabilizar e contribuir no processo da implementação da referida Política, entretanto, alheia e distante das discussões das ferramentas necessárias para implementação da humanização”. Importa salientar que uma das tendências identificadas no nosso estudo provam que o Serviço Social ético, democrático, comprometido com a cidadania e a Humanização na 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 a pesquisa com elaboração e proposição de projetos sociais.

No que concerne ao atendimento desumanizado, a entrevistada nº 3 relata que “devem ser analisados e tratados no contexto da ética e encaminhadas de forma técnica e administrativa com suas devidas leituras, porque envolve ali a razão do usuário e a realidade profissional”. Então, as Assistentes Sociais afirmam que o posicionamento profissional condiz com o esclarecimento a respeito dos direitos dos usuários, monitoramento, avaliação e sensibilização acerca da Política de Humanização da Saúde. Conforme a entrevistada nº 2, como sugestão para melhorar o atendimento na saúde, é preciso que haja “mais engajamento da equipe multidisciplinar e direção”. A entrevistada nº 3 diz que:

[...] um processo de formação continuada para os Assistentes Sociais, que atuam nos diversos setores da instituição, a discussão e construção de um plano de atuação focado na Política de Humanização ou na diretriz da Política de Humanização, tendo como foco a Família e a comunidade.

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 cessão 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 de se promover ações humanizadas conforme a entrevistada nº 3 é a “discussão e a capacitação da Política de Humanização pela equipe multidisciplinar”, então, percebemos que a Política de Humanização não se encontra totalmente instalada dentro da instituição e que nem sempre é possível desenvolver ações humanizadas. Porém, de acordo com as leituras realizadas, é conhecido que o Serviço Social articulado à Política de Humanização não deve se reduzir à promoção de palestras e ações humanizadas indefinidas e com enfoque simplista, posto que observamos um leque de indagações que sinalizam a inoperância de uma saúde pública universal e justa, bem como o crescimento da Questão Social vinculada à atual proposta neoliberal, a qual deve ser enfrentada e compreendida na sua totalidade, definida por Iamamoto (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 [...]”.

Segundo 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.

Para aprimorar o trabalho do Serviço Social na instituição com relação ao atendimento humanizado, as sugestões apontadas foram especializações, capacitação e educação permanente para os profissionais, como também a participação de toda a equipe multidisciplinar. Salientamos a importância da troca de saberes e experiências profissionais e atualizações acerca das práticas humanizadas estabelecidas de acordo com Brasil (2006, p. 17) “[...] Segundo os Parâmetros de Atuação para o Assistente Social, é que o desafio da humanização é a criação de uma nova cultura de atendimento, pautada na centralidade dos sujeitos na construção coletiva do SUS . Para que esta proposta se consolide, é preciso que os trabalhadores estejam motivados, com condições de trabalho dignas e salários compatíveis. Devem ser elaborados protocolos assistenciais e rotinas de trabalho e investimento na educação permanente das equipes, para repensar o modelo de

atenção à saúde, e avaliar, constantemente, as dificuldades que se apresentam no processo coletivo de trabalho em saúde. É de suma importância a participação dos usuários nesse processo.

5.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Serviço Social e a Política Nacional de Humanização são temas distintos e estão 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 *locus* 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 de 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, percepção limitante esta que não reflete, 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 acerca do número restrito de profissionais – em termos de quantidade e comprometimento com a prática humanizada – foram abordados como essenciais para a ampliação e a melhoria dos atendimentos qualificados e interdisciplinares de acordo com o Humaniza-SUS, o qual é precariamente empregado pela equipe de saúde, segundo a maioria das Assistentes Sociais. Deixa a desejar a diligência em prol da autonomia cidadã e dos direitos sociais, fato este que representa uma lentidão na produção da saúde.

O Serviço Social se demonstrou 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 solucionar problemas e promover a justiça social.

A análise pretendida com o estudo ora referido foi exitosa, uma vez que apresentou, como questões norteadoras: o que você entende por humanização da saúde? Como a implementação da PNH é planejada pela equipe multiprofissional do ISEA? Por que? Qual a relação que você faz entre a Política de Humanização e Serviço Social no ISEA? Qual é o seu posicionamento profissional diante de possíveis atendimentos “desumanizados” na instituição? Quais propostas e sugestões você apresentaria para proporcionar melhores atendimentos em saúde no ISEA?

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 resultante das políticas econômicas e sociais, é necessário que tanto o Serviço Social como os demais trabalhadores da área de saúde, tenham condições dignas de trabalho em ambientes adequados, com uma certa privacidade para atender o usuário, e até mesmo condições de salários dignos e igualitárias, o que restou ausente na referida instituição. Portanto, diante do exposto sabemos que a tão sonhada Humanização da Saúde, anda um pouco longe de ser realmente efetivada.

REFERÊNCIAS

- VIDAL.** Dolores Lima da Costa. Demanda Reprimida: acesso aos serviços de saúde e Serviço Social. Serviço Social e Sociedade, n.94, p.133. Cortez: São Paulo, 2008.
- SANTOS,** Wanderley G. Santos. Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira. 2 ed. Rio de Janeiro: Campus, 1987.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Capacitação para Conselheiros de Saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

_____. **Política de Saúde no Brasil**. In: Serviço Social: Formação e Trabalho Profissional/ Ana Elizabete Mota... [El AL], (orgs). São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Gestão Democrática na Saúde**: a experiência dos conselhos na Região Metropolitana do Rio de Janeiro. In: Anais do VII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social vol. III. Brasília: ABEPSS, 2000.

_____. **A política de saúde no governo Lula**: algumas reflexões. Revista Inscrita, Brasília, n. 9, 2004.

YASBEK, Maria Carmelita. **A política social brasileira dos anos 90**: caderno Abong, São Paulo, n.3, 1995.

TEIXEIRA, M.J de **O programa de Saúde da Família, O Serviço Social e o Canto do Roxinol**. In: Política Social e Democracia. Maria Inês de Souza Bravo, Potyara A. Pereira (Organizadoras). 2 ed. São Paulo: RJ – UERJ,2001.

IAMAMOTO, Marilda V. **O Serviço Social na Contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 6ª Ed. São Paulo, Cortez, 2003.

GOLEMAN, Daniel. PHD. **Inteligência Emocional**. Rio de Janeiro. Objetiva, 2001.

RODRIGUES, Luiz Dias. **Como se conceitua a educação popular**. In: SCOCUGLIA, Afonse Celso & NETO, José Francisco de Melo. **Educação Popular**: outros caminhos. João Pessoa: Universitária, 1999.

MARTINS, Paulo H. **Contra a desumanização da medicina**: crítica sociológica das práticas médicas modernas. Petrópolis. RJ: Vozes, 2003.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária**. Lutas Sociais e Práticas Profissionais. Cortez, São Paulo, 1996.

COSTA, Maria Dalva Horácio da Os serviços na contemporaneidade: nota sobre o trabalho nos serviços. In. MOTA, Ana Elizabete. A Nova Fabrica de Consensos: ensaios sobre a reestruturação empresarial, o trabalho e as demandas ao Serviço Social. 2 ed. São Paulo, Cortez, 2000.

BENEVIDES, Regina e **PASSOS**, Eduardo. **A humanização como dimensão pública das políticas de saúde**. Ciência e Saúde Coletiva. V.10 nº 3 RJ. Jul/set. 2005.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **Desafios para do Controle Social**: subsídios para a capacitação de conselheiros de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa Social**: métodos e técnicas/Roberto Jarry Richardson; colaboradores José Augusto de Souza Peres... (et al.). – 3 ed. – 9 reimpr. – São Paulo: Atlas, 2008.

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.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org). **O desafio da pesquisa social**. In MINAYO, Maria Cecília de Souza. Pesquisa Social: teoria método e criatividade. Ed Vozes, Petrópolis, RJ, 2011.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais**: à pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

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 Araújo. -2011. 38f.

BRASIL, Ministério da Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília, 2000.

_____, Ministério da Saúde. Grupo de Trabalho de Humanização. 2 ed. Brasília, 2006b.

CASTELO, Rodrigo. O novo desenvolvimentismo e a decadência ideológica do estruturalismo latino-americano. In _____(Org.). Encruzilhadas da Americana Latina no século XXI. Rio de Janeiro: Pão e Rosas, 2010.

ANEXO

ANEXO A - DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SERVIÇO SOCIAL E POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: UM ESTUDO SOBRE A CONTRIBUIÇÃO DA CATEGORIA PROFISSIONAL NO INSTITUTO DR. ELPÍDIO DE ALMEIDA- ISEA.

Eu, Thaísa Simplício Carneiro, Orientadora Acadêmica, Professora da Universidade Estadual da Paraíba, portadora do RG: 2817964, declaro que estou ciente do referido Projeto de Pesquisa e comprometo-me em verificar seu desenvolvimento para que se possam cumprir integralmente os itens da Resolução 196/96, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Orientadora

Orientanda

CAMPINA GRANDE, _____ de _____ de 2012.

ANEXO B
TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Pesquisa: SERVIÇO SOCIAL E POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: UM ESTUDO SOBRE A CONTRIBUIÇÃO DA CATEGORIA PROFISSIONAL NO INSTITUTO DR. ELPÍDIO DE ALMEIDA.

Eu, Thaísa Simplício Carneiro, Orientadora Acadêmica, Professora da Universidade Estadual da Paraíba, portadora do RG: 2817964 e CPF: 063956934-09 comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

PESQUISADOR(A)

CAMPINA GRANDE, _____ de _____ de 2012.

ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE
(OBSERVAÇÃO: para o caso de pessoas maiores de 18 anos e não incluídas no grupo de vulneráveis)

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da pesquisa **SERVIÇO SOCIAL E POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: UM ESTUDO SOBRE A CONTRIBUIÇÃO DA CATEGORIA PROFISSIONAL NO INSTITUTO DR. ELPÍDIO DE ALMEIDA- ISEA**, declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho **SERVIÇO SOCIAL E POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: UM ESTUDO SOBRE A CONTRIBUIÇÃO DA CATEGORIA PROFISSIONAL NO INSTITUTO DR. ELPÍDIO DE ALMEIDA- ISEA**, terá como objetivo analisar a contribuição do Serviço social do Instituto Elpídio de Almeida na implantação da política de humanização. Ao voluntário só caberá a autorização para uma entrevista semi-estruturada, contendo perguntas objetivas e subjetivas e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.

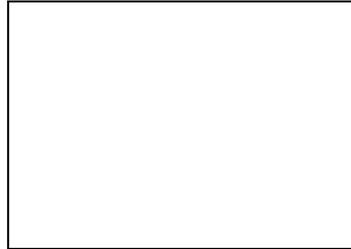
- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, revelando os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.
- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.
- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (83)9141-0207 ou (83)8879-1013 falar com Aleksandra Barbosa Gomes. Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.
- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo

com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura do Participante

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura Dactiloscópica
Participante da pesquisa



ANEXO D

**Rua Vila Nova da Rainha, 141- centro - Campina Grande – PB.
CEP 58400-220 - Telefone: (83) 3310-6184**

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado **SERVIÇO SOCIAL E POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: UM ESTUDO SOBRE A CONTRIBUIÇÃO DA CATEGORIA PROFISSIONAL NO INSTITUTO DR. ELPÍDIO DE ALMEIDA- ISEA** desenvolvido pela aluna Aleksandra Barbosa Gomes do curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, sob a orientação da professora Thaísa Simplício Carneiro.

CAMPINA GRANDE/PB, 27 de abril de 2012.

APÊNDICE



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA - UEPB
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADAS - CCSA
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Pesquisa:

Pesquisador (a) Responsável: Aleksandra Barbosa Gomes

Orientadora: Thaísa Simplício Carneiro

1- Perfil socioeconômico e cultural das entrevistadas:

1.1 Sexo: M () F ()

1.2 Idade: 20 a 30 () 31 a 40 () 41 a 50 () 51 a 60 () mais de 60 ()

1.3 Estado civil: Solteira () Casada () Divorciada () Viúva () União Estável ()

2-Formação Profissional:

2.1 Tempo de Formação: 01 ano () 02 ano () 03 ano () 04 ano () Mais de 05 ()

2.2 Possui pós-graduação: Sim () Não ()

Que tipo? Especialização () Mestrado () Doutorado ()

2.3 Como você tem se atualizado: Sim () Não ()

Mini-curso () palestras () congresso () livros () outros ()

2.4 Quando foi sua ultima atualização?

2 meses () 4 meses () 8 meses () 1 ano () mais de um ano ()

3- Situação Funcional

3.1 Há quanto tempo trabalha na instituição?

3.2 Essa é sua primeira experiência na área da saúde? Sim () Não ()

3.3 Forma de ingresso: Concurso público () Contrato ()

Cargo comissionado () Terceirização () Outro ():_____

3.4 Jornada de Trabalho Semanal: 20h () 30h () 40h ()

4- Renda: de 1 a 2 salários mínimos () de 2 a 3 salários mínimos () de 3 a 4 salários mínimos () 4 a 5 salários mínimos () acima de 5 salários mínimos ()

5- Questões Específica

5.1 Você conhece a Política de Humanização da Saúde?

5.2 O que você entende por Política de Humanização da Saúde da Saúde?

5.3 Qual a relação que você faz entre a Política de Humanização e Serviço Social no ISEA?

5.4 Quais as ações você realiza no seu cotidiano profissional com base na Política de Humanização da Saúde?

5.5 Quais propostas você apresentaria para proporcionar melhores atendimentos em saúde no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida-ISEA?

5.6 Como a implementação da PNH é planejada pela equipe multiprofissional do ISEA? Por que?

5.7 Qual é o seu posicionamento profissional diante de possíveis atendimentos desumanizados na instituição?

5.8 Quais são as possibilidades encontradas no seu cotidiano profissional para promover ações humanizadas no ISEA?

5.9 Quais dificuldades você enfrenta para implementar novas ações de humanização da saúde no ISEA?

5.10 Como você avalia a intervenção do Serviço Social no ISEA?

5.11 Quais são os instrumentos de trabalho utilizados pelo Serviço Social para a viabilização da Política de Humanização na instituição?

5.12 Qual(is) sugestão(ões) para aprimorar o seu trabalho na instituição com relação ao atendimento humanizado?