

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA

CLAUDETE GUIMARÃES DA SILVA

**CONTRIBUIÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL NO PROCESSO
DE HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE**

**São Borja
2016**

CLAUDETE GUIMARÃES DA SILVA

**CONTRIBUIÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL NO PROCESSO
DE HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Pampa, como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Dra. Monique Soares Vieira

**São Borja
2016**

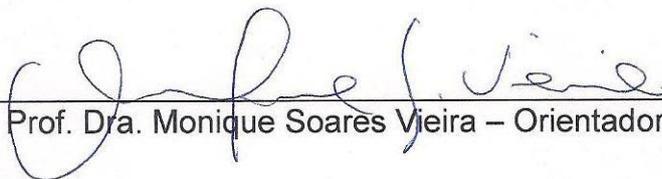
CLAUDETE GUIMARÃES DA SILVA

**CONTRIBUIÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL NO PROCESSO
DE HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE**

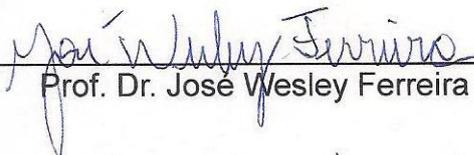
Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Serviço
Social da Universidade Federal do
Pampá, como requisito parcial para
obtenção do Título de Bacharel em
Serviço Social.

Trabalho de Conclusão de Curso defendido e aprovado em: 6 dezembro de
2016.

Banca examinadora:



Prof. Dra. Monique Soares Vieira – Orientadora (UNIPAMPA)



Prof. Dr. José Wesley Ferreira – Arguidor (UNIPAMPA)



Prof. Dr. Jocenir Oliveira - Arguidor (UNIPAMPA)

Dedico este trabalho à minha família, pela qual tenho um amor imensurável e que me dá forças de ir à busca de meus objetivos.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar a Deus, com quem me reencontro todos os dias...

Aos meus pais, que nunca deixaram de estar ao meu lado, que sempre me apoiaram na minha formação...

Ao meu companheiro de muitos anos Flavio Roberto Seli, que sempre me apoiou em todas as minhas decisões, sem palavras para te agradecer...

À professora Dra. Monique Soares Vieira, que esteve ao meu lado, não mediu esforço para me ajudar nesse processo de formação...

À professora e amiga Marisa Camargo, que contribuiu no projeto do TCC...

Aos Professores da Banca pelo interesse em meu estudo...

Às colegas Andreia Siqueira e Anelise Souza...

*E às pessoas especiais que estiveram comigo nesta incrível jornada:
Isabeu (Bebeu), Mara, Luana, Cintia, Marisa, Mariel, minha sobrinha Bruna, Tiago,
ao colegas de curso, os professores da UNIPAMPA...*

*“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades,
lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram
conquistadas do que parecia impossível”.*

Charles Chaplin

RESUMO

O Presente Trabalho de Conclusão de Curso buscou investigar as contribuições do Serviço Social para o processo de humanização do atendimento em saúde no Hospital Ivan Goulart, na cidade de São Borja/RS no ano de 2015. O objetivo geral do estudo fora identificar as contribuições do Serviço Social tendo em vista a materialização do direito social à saúde. No que se refere aos objetivos específicos, os mesmos tiveram a intencionalidade de analisar o trabalho desenvolvido pelo/a assistente social no Hospital Ivan Goulart (HIG), além de evidenciar as particularidades e similaridades entre os princípios do Projeto Ético- Político do Serviço Social e das diretrizes da Política Nacional de Humanização, e ainda desvendar os desafios e as possibilidades concretas ao trabalho do Serviço Social no processo de humanização em saúde. A pesquisa realizada em 2015 foi do tipo qualitativo, a luz do método dialético-crítico e suas três categoria: historicidade, totalidade e contradição. A coleta de dados aconteceu por meio da aplicação de formulário com entrevista aos usuários e profissionais, assim como pelo uso de questionário. Para análise dos dados, utilizou-se o método de análise de conteúdo da autora Lawrence Bardin (1977). O processo de análise de dados possibilitou desvendar a precarização do trabalho no que tange aos processos interventivos do Serviço Social visto que ao invés dos profissionais estarem realizando seu trabalho de forma efetiva, estão colaborando no trabalho de outros profissionais e mesmo outros setores da instituição. Conclui-se que o trabalho realizado é bastante dinâmico, intenso e comprometido, mas não está conseguindo atingir a totalidade de seus objetivos e finalidades, necessitando de uma maior carga horária destinada ao Serviço Social propriamente dito, deixando questões adversas ao seu trabalho para segundo plano. Destacam-se diversos desafios que se fazem presentes para a materialização da Política de Humanização no ambiente hospitalar, entre as quais estão: desconhecimento sobre a política, não apreensão da sua importância para o cotidiano de atendimento em saúde, não adesão as intervenções propostas pelo Serviço Social no sentido de sensibilizar os profissionais sobre a PNH. Mesmo diante, desse cenário o Serviço Social do HIG, vem buscando cotidianamente construir estratégias para que a PNH seja uma realidade concreta na vida dos usuários, por meio da realização de grupos, palestras e abordagens junto a usuários e profissionais.

Palavras-Chave: Política de Saúde. Política de Humanização. Serviço Social. Exercício Profissional.

ABSTRACT

The present Work of Conclusion of Course sought to investigate the contributions of Social Service to the process of humanization of health care at the Hospital Ivan Goulart, in the city of São Borja / RS in the year 2015. The overall objective of the study was to identify the contributions of the Social Service in view of the materialization of the social right to health. Regarding the specific objectives, they had the intention of analyzing the work developed by the social worker at the Hospital Ivan Goulart (HIG), as well as highlighting the particularities and similarities between the principles of the Ethical-Political Project of Social Service and Of the guidelines of the National Humanization Policy, and to unveil the challenges and concrete possibilities for the work of Social Work in the process of humanization in health. The research conducted in 2015 was of the qualitative type, the light of the dialectical-critical method and its three categories: historicity, totality and contradiction. Data collection took place through the application of a form with interviews to users and professionals, as well as the use of a questionnaire. For data analysis, the content analysis method of author Lawrence Bardin (1977) was used. The process of data analysis made it possible to uncover the precariousness of the work in relation to the intervention processes of the Social Service, since instead of the professionals doing their work effectively, they are collaborating in the work of other professionals and even other sectors of the institution. It is concluded that the work performed is very dynamic, intense and committed, but it is not able to reach all of its objectives and purposes, requiring a greater workload assigned to the Social Service itself, leaving issues adverse to its work in the background. There are several challenges that are present for the materialization of the Humanization Policy in the hospital environment, among which are: lack of knowledge about the policy, lack of apprehension of its importance for daily health care, non-adherence to the interventions proposed by the Service To sensitize professionals about the HNP. Even from this scenario, HIG's Social Service has been daily seeking to build strategies so that HNP can be a concrete reality in the lives of users, by means of groups, lectures and approaches with users and professionals.

Keywords: Health policy. Humanization Policy. Social service. Professional Practice.

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva
CAPs - Caixas de Aposentadoria e Pensão
CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEP - Comitê de Ética e Pesquisa
CFESS - Conselho Federal de Serviço Social
CNS - Conferência Nacional de Saúde
CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DNERs - Departamento Nacional de Endemias Rurais
ESF - Estratégia Saúde da Família
FHC - Fernando Henrique Cardoso
HIG - Hospital Ivan Goulart
IAPs - Institutos de Aposentadorias e Pensões
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
LOS - Lei Orgânica da Saúde
MDB - Movimento Democrático Brasileiro
MP – Ministério do Planejamento
MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social
MR - Modelo Operário Italiano
MS - Ministério da Saúde
MSP - Método de Sistematização de Prática
NOAS - Normas Operacionais da Assistência à Saúde
NOBs - Normas Operacionais Básicas
OMS Organização Mundial de Saúde
OIT - Organização Internacional do Trabalho
OS - Organizações Sociais
OSCIP - Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
PEP - Projeto Ético Político
PNH - Política Nacional de Humanização
PNHAH - Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PSF - Programa de Saúde da Família
SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TCC - Trabalho de Conclusão de Curso

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Quadro metodológico da pesquisa	23
Quadro 2 – Princípios do SUS	40
Quadro 3 – Evolução histórica do sistema de saúde pública brasileiro	43

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 PROCESSO METODOLÓGICO DA PESQUISA	17
2.1 Método Dialético-Crítico e suas Categorias	17
2.2 As categorias Explicativas da Realidade	21
2.3 O Processo da Pesquisa	22
2.4 Coleta de Dados	24
2.5 Universo e Amostra.....	25
2.6 Análise de Dados	26
2.7 Pressupostos Éticos.....	28
3 O PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE COMO DIREITO AO ACESSO.....	30
3.1 O Processo Histórico da Construção da Saúde Como um Direito Social.....	33
3.2 O Projeto Reforma Sanitária: A Saúde Como Direito Social.....	45
3.3 A Política de Humanização do SUS: Possibilidade Para o Cuidado em Saúde	49
4 A INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO	55
4.1 A Questão Social e o Serviço Social na Saúde Humanizada	55
4.2 Serviço Social e Política de Saúde	58
4.3 As Particularidades da Ação Profissional do Serviço Social no SUS: O Acolhimento como Ferramenta Essencial para a Atuação	61
5 RESULTADOS DO ESTUDO: A REFLEXÃO ENTRE OS PROFISSIONAIS E USUÁRIOS DO SUS	68
5.1 As Percepções dos/As Profissionais Acerca da Política de Humanização do SUS.....	68
5.2 A Política Nacional de Humanização do Hospital Ivan Goulart	77
5.3 A Atuação do Serviço Social Considerando a PNH no Hospital Ivan Goulart.....	79
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	86
REFERÊNCIAS.....	90
ANEXOS	102

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 trouxe elementos fundamentais para a retomada do processo democrático no Brasil. Nesse sentido, são inegáveis os avanços na abordagem acerca de direitos e garantias fundamentais dos sujeitos, em especial, no que se refere aos direitos sociais, definidos pelo tripé da Saúde, Previdência Social e Assistência Social, que trouxeram a concepção positiva de proteção social, que resultou de intensa mobilização social em favor da ampliação da esfera pública e pela democratização.

Dentro dessa perspectiva, o presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) buscou investigar quais as contribuições do Serviço Social para o processo de humanização do atendimento em saúde no Hospital Ivan Goulart (HIG) na cidade de São Borja/RS no ano de 2015. O estudo foi motivado pela experiência vivida pela autora do trabalho, quando realizou Estágio Supervisionado em Serviço Social no período de 01/10/2014 a 10/07/2015 na instituição supramencionada e pode perceber uma lacuna nos processos interventivos do Serviço Social no que tange a busca pela efetivação da Política de Humanização entre os diversos setores do Hospital.

Durante a realização do estágio, foram acompanhadas diversas situações de atendimentos na instituição, possibilitando discussões sobre o tema e sua eficácia no atendimento humanizado, surgindo a ideia de reforçar a Política de Humanização dentro da instituição. Tais discussões que despertassem interesse por todos os profissionais e, principalmente, em relação à luta pela garantia de direitos dos usuários.

Ressalta-se que a relevância acadêmica e profissional desta pesquisa se dá pela possibilidade de contribuir nos debates realizados pela categoria profissional em relação à luta pela garantia de direitos nos diversos espaços sócio-ocupacionais, além de oferecer subsídios para uma maior compreensão sobre a PNH, não sendo apenas uma discussão para o Serviço Social, mas também para os demais profissionais.

O estudo buscou responder a um questionamento proposto como problema de pesquisa: Quais são as contribuições do Serviço Social para o processo de humanização do atendimento em saúde na referida instituição?

Esse questionamento é importante para a busca de respostas que possam colaborar para a construção de estratégias profissionais do Serviço Social no âmbito hospitalar, e por isso, foram elaboradas as seguintes questões norteadoras: *Qual o trabalho desenvolvido pelo/a assistente social no Hospital Ivan Goulart de São Borja/RS? Quais as particularidades e similaridades entre os princípios profissionais do assistente social e as diretrizes da Política Nacional de Humanização? Quais as possibilidades e os desafios apresentados ao trabalho do assistente social no processo de humanização em saúde?*

Além disso, o objetivo geral do estudo constituiu em identificar as contribuições do/a assistente social no processo de humanização do atendimento em saúde no Hospital Ivan Goulart de São Borja/RS, tendo em vista a materialização do direito social à saúde. Os objetivos específicos foram construídos com o intuito de subsidiar o alcance do objetivo geral da pesquisa, buscando analisar o trabalho desenvolvido pelo/a assistente social no HIG, além de evidenciar as particularidades e similaridades entre os princípios do Projeto Político Ético-Político do Serviço Social e das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), e ainda desvendar os desafios e as possibilidades concretas ao trabalho do Serviço Social no processo de humanização em saúde.

O trabalho foi organizado da seguinte forma: dividido em cinco capítulos, sendo eles, compostos pela introdução, metodologia, dois capítulos teóricos e um capítulo para a análise dos dados, soma-se a estrutura do trabalho as considerações finais, os anexos e apêndices.

O processo metodológico da pesquisa, apresentado no segundo capítulo, traz o desenho do estudo, evidenciando assim as escolhas metodológicas, como tipo de pesquisa, método para análise da realidade, técnicas e instrumentos de pesquisa bem como a técnica para a análise dos dados. Esse capítulo é de suma importância, pois se refere ao “caminhar” que o estudo percorreu durante todo seu planejamento, execução e análise.

O terceiro capítulo compreende uma discussão teórica com a intencionalidade de realizar um resgate histórico da construção da saúde como um direito social no Brasil, analisando o projeto da Reforma Sanitária que analisa a saúde como um direito social, e a verificando a PNH no Sistema Único de Saúde (SUS) com suas possibilidades para o cuidado em saúde.

O quarto capítulo, objetivou trazer uma análise teórico sobre a atuação do Serviço Social na Política de Saúde, analisando a questão social e o serviço social na saúde humanizada, e as particularidades da ação profissional do serviço social no SUS, dando ênfase ao acolhimento como instrumento essencial para o desenvolvimento dos processos interventivos do Serviço Social.

O quinto capítulo diz respeito à discussão e análise crítica dos resultados da pesquisa, trazendo os principais achados do estudo, as particularidades da instituição estudada, mas, sobretudo apontando os desafios impostos à materialização de um atendimento humanizado no âmbito do cotidiano do atendimento em saúde no âmbito hospitalar. O processo de análise de dados teve como marco teórico as categorias humanização, atendimento em saúde, integralidade e exercício profissional do Serviço Social, possibilitando que as análises fossem construídas a partir de um referencial crítico-reflexivo, possibilitando além da reflexão a construção de estratégias de intervenção, destacando assim a particularidade das pesquisas em Serviço Social: construção do conhecimento para a transformação da realidade social.

Ao final, apresentam-se as referências bibliográficas utilizadas, os anexos e apêndices, bem como todas as autorizações necessárias para a realização da mesma, buscando o enriquecimento do conhecimento e o encerramento da graduação acadêmica com um estudo que possa contribuir efetivamente para a formação do profissional de Serviço Social.

2 PROCESSO METODOLÓGICO DA PESQUISA

Neste capítulo é apresentado o desenho metodológico que permeou o processo de investigação da realidade. Inicialmente, o primeiro subitem contextualiza o método dialético-crítico e suas categorias, com a finalidade de evidenciar a orientação teórico-metodológica elegida. Após, no segundo subitem, apresenta-se as categorias explicativas da realidade, que se afinam com a pesquisa em Serviço Social, trazendo visões de Minayo e Iamamoto sobre o tema. No terceiro subitem, explicita-se o processo da pesquisa, seguido da coleta de dados e o universo e amostra para análise de dados, que objetivam esclarecer o processo metodológico, bem como situar o leitor acerca do caminho percorrido para a busca dos objetivos de pesquisa

A pesquisa foi realizada no Hospital Ivan Goulart, no município de São Borja no ano de 2015, tendo o intuito de contribuir para a edificação de estratégias para a efetivação da Política Nacional de Humanização do SUS, por meio do desvendamento das reais contribuições do Serviço Social para esse processo de materialização.

O público do estudo consiste-se uma Assistente Social, uma Enfermeira, uma Técnica em Enfermagem e dois usuários dos serviços, foi convidado a participar um médico que se recusou participar da entrevista¹. Havia a previsão das respostas de um profissional médico, mas o mesmo não respondeu ao questionário e nem retornou os contatos realizados pela autora deste trabalho.

2.1 Método Dialético-Crítico e suas Categorias

O método segundo Lüdke & André (1986), compreende o confronto entre os dados, evidências e informações coletadas a respeito de determinado assunto e que, de acordo com Gil (1994, p. 42), é o “conjunto de procedimentos intelectuais e técnicos adotados para se atingir o conhecimento”. Além disso, “muitos pensadores do passado manifestaram a aspiração de definir um método universal aplicável a todos os ramos do conhecimento” (GIL, 1994, p. 27). No presente os/as

¹ Tal temática foi tratada no capítulo que apresentou a metodologia do trabalho.

pesquisadores/as e cientistas argumentam sobre uma diversidade de métodos, que são determinados pelo tipo de objeto a investigar.

O método dialético-crítico visa analisar os dados, desvendando as interconexões entre os fenômenos, em que o “instrumento de análise enquanto método de apropriação do concreto pode ser entendido como crítica” (GADOTTI, 2003, p. 30).

A dialética é compreendida de maneira diversa “para analisar a realidade de forma dialética, não há como separar as categorias contradição, totalidade e historicidade, pois estão mutuamente imbricadas” (PRATES, 2003, p. 203), é possível identificar alguns princípios numa abordagem dialética. “O princípio da unidade e luta dos contrários, princípio da transformação, e princípio da negação” (GIL, 1994, p. 32).

Marcuse (1969, p. 141) analisando o método dialético afirma que: “sua concreção histórica milita contra a quantificação e a matematização de um lado, e, do outro, contra o positivismo e o empirismo”. Por isso:

A questão social materializada na vida dos sujeitos, grupos, instituições ou sociedades, se efetiva a partir do que se chama de DETOUR, um movimento regressivo (que vai ao passado) e progressivo (que retorna ao presente), desvendando as contradições desse percurso para, a partir da reflexão dialética (não só a crítica, mas a articulação de novas mediações) superar suas limitações (LEFEBVRE, 1987, p. 178).

Salienta-se que, no método dialético-crítico, o/a pesquisador/a é orientado/a a afirmar com clareza a partir de qual concepção está situada à investigação e análise empregada sobre o seu objeto de estudo.

O método dialético leva o pesquisador a trabalhar, considerando a contradição, o conflito, o devir, o movimento histórico, a totalidade e a unidade dos contrários, além de apreender em todo o percurso de pesquisa, as dimensões filosófica e material/concreta e política que envolvem seu objeto de estudo (IANNI, 1988, p. 48).

O método dialético-crítico auxilia na apreensão do fenômeno social, por meio de uma análise que busca a história dos fenômenos, determinações sociais, políticas econômicas e culturais. O modo como a sociedade reproduz a sua existência material, para o método dialético é de fundamental importância, pela reflexão nas representações sociais, que integram o cotidiano, os significados vivenciados pelos sujeitos sociais (IANNI, 1988).

As categorias têm por objetivo organizar a pesquisa e são consideradas tanto no processo da realidade que a produz, quanto na sua utilização como “instrumentos de análise na forma de uma ação social transformadora, já que a análise também faz parte dessa ação” (CURY, 2000, p. 46).

Portanto, as categorias da historicidade, totalidade e contradição, de modo articulado devem orientar a busca pelo conhecimento.

A historicidade reconhece o movimento e a provisoriade dos fenômenos é um elemento de análise de intervenção fundamental, as questões políticas, econômicas e culturais evidenciam a história que é construída, cabe ao pesquisador ter uma análise crítica da prática escolhida pelo sujeito mediante a sua história (CURY, 2000, p. 46).

Por meio da história da sociedade de como é a estrutura social, como fenômeno social, a concepção do sujeito, sendo que a historicidade revela as raízes históricas, seus valores, seus costumes. “Pela historicidade, pode-se apreender o movimento e a transição dos sujeitos, dos fenômenos, dos objetos e dos processos sociais que constituem a realidade” (KOSIK, 1976, p. 42).

Logo, a ciência histórica mantém a referência da linguagem, da vida histórica, pois o sujeito conta sua história, e a mesma é reproduzida pelo/a pesquisador/a, entender o passado é importante para a compreensão do presente, e ajuda a entender o comportamento do sujeito no seu cotidiano (KOSIK, 1976).

A categoria **totalidade** permite orientar a pesquisa, pois analisa a historicidade, o fenômeno por sua natureza ao mesmo tempo revela e oculta a essência. A totalidade não é um todo já feito, determinado e determinante das partes, não é uma harmonia simples, pois não existe “uma totalidade acabada, mas um processo de totalização a partir das relações” (CURY, 2000, p. 35). Que para Kosik (1976, p.60) não consiste em:

[...] reconhecer a prioridade da totalidade face as contradições ou a das contradições face à totalidade, precisamente por que tal separação elimina tanto a totalidade quanto as contradições de caráter dialético: a totalidade sem contradições é vazia e inerte, às contradições fora da totalidade são formais e arbitrárias.

É nessa dialética entre totalidade e contradição que o real pode ser entendido como um todo que implica sua criação, processos de concretização, estruturação e finalidade, num conjunto de elementos que a negatividade se faz presente. “A

totalidade não pode ser fetichizada, tomada como um absoluto, como uma entidade qualquer seja metafísica, seja construída pelo pensamento científico, pelo sujeito” (BRANDÃO, 1997, p. 158).

Dessa forma, a totalidade conduz ao conhecimento que representa uma “compreensão mais específica de cada campo do real” (CURY, 2000, p. 47).

A categoria **contradição** não é apenas entendida como categoria interpretativa do real, mas também como sendo ela própria existente no movimento do real, como motor interno do movimento, já que se refere ao curso do “desenvolvimento da realidade” (CURY, 2000, p. 47). Desse modo, a realidade no seu subjetivo-objetivo é dialética e contraditória, o que implica a centralidade desse conceito na metodologia proposta, a contradição sempre expressa uma relação de conflito no devir real.

Cada realidade é limitada por outra, e assim a totalidade é sempre aberta às novas determinações, nesse movimento cada elemento contém os anteriores e se abre a novas determinações, “a contradição é a fonte genuína do movimento, das transformações dos fenômenos. O fato de que os contrários não podem existir independentemente de estar um sem o outro, constitui a unidade dos contrários” (TRIVIÑOS, 1987, p. 69).

Tanto na unidade como na luta, existe movimento, na unidade são relativos os contrários se encontram porque tem semelhança, uma identidade que é alcançada quando se soluciona a contradição. É válido lembrar que nem todas as diferenças são contradições dialéticas, quando se chega à identidade surge um novo objeto, um novo fenômeno (TRIVIÑOS, 1987).

A contradição é destruidora, mas também criadora, já que se obriga à superação, pois a contradição é intolerável. Os contrários em luta e movimento buscam a superação da contradição, superando a si próprios. Na superação, a solução da contradição aparece enriquecida e reconquistada em nova unidade de nível superior. A contradição não se limita então a ser uma categoria que melhor compreende a sociedade.

2.2 As Categorias Explicativas da Realidade

As categorias explicativas da realidade são “conceitos relevantes e carregados de sentido que permitem expressar os aspectos fundamentais das relações dos seres humanos entre si e com a natureza” (MINAYO, 2007, p.178). Entre as categorias elegidas estão: *Serviço Social, Política de Saúde e Política Nacional de Humanização*.

O Serviço Social é uma profissão que está inserida na divisão social e técnica do trabalho, onde os/as Assistentes Sociais possuem como objeto de seu trabalho a questão social nas suas mais variadas expressões quotidianas (IAMAMOTO, 2005) trabalha com essas expressões como o desemprego, a fome, a falta de moradia e acesso à saúde no seu dia a dia de trabalho, buscando proporcionar àqueles indivíduos em vulnerabilidade social, a oportunidade de reconstruir sua vida e desenvolver sua cidadania.

A questão da saúde se apresenta no cenário brasileiro em meados de 1930, e a Política Nacional de Saúde se consolida entre os anos de 1945 a 1950. Em 1964 apresenta uma significativa melhora nas condições sanitárias da população mas não elimina por completo das doenças infecciosas e a mortalidade infantil, levando a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) no ano de 1987, que posteriormente se chamou Sistema Único de Saúde (SUS), como é conhecido desde o ano de 1988 o atual sistema de saúde pública brasileiro. A Política de Saúde é uma política social, visto que é uma política que está voltada para a reprodução dos indivíduos e das coletividades (FLEURY, 2008). Para complementar o histórico dos temas apresentados para este estudo, importa ressaltar a humanização.

De acordo com a Política Nacional de Humanização (PNH), a humanização é compreendida como a valorização dos diversos indivíduos envolvidos no processo da reprodução da saúde, tais como usuários, trabalhadores e gestores. Nessa visão ainda aponta-se que o fomento da autonomia e do protagonismo melhoram as condições de trabalho (BRASIL, 2003).

Afinal, o Assistente Social se encontra capacitado para identificar os determinantes sociais e as vulnerabilidades sociais que possam interferir na qualidade de vida e na saúde dos usuários do SUS, e por isso, sua colaboração é fundamental para garantir que as pessoas possam ser vistas como alguém que

necessita de ajuda e não de julgamento, pois é peça fundamental que irá garantir também qualidade de vida ao atendente do usuário, que também é humano e tem suas necessidades.

2.3 O Processo da Pesquisa

De acordo com Gil (2008), a pesquisa social permite a construção de conhecimentos da realidade social utilizando-se a metodologia². Nesse sentido, entre os meses de agosto a dezembro de 2015, realizou-se o planejamento da pesquisa, o qual envolveu a escolha e delimitação do tema, a formulação do problema de pesquisa e questões norteadoras bem como do objetivo geral e objetivos específicos.

A metodologia dispôs de um instrumental claro, coerente, elaborado capaz de encaminhar os impasses teóricos para o desafio da prática. Cabe a/o pesquisador/ar também escolher bem seu método teórico, pois é a “alma da teoria distinguindo a forma exterior com que muitas vezes é abordado tal tema, do sentido generoso de pensar, a metodologia como articulação entre conteúdos, pensamentos e existência” (LÊNIN, 1965, p. 148).

Sendo assim, a metodologia da pesquisa no Serviço Social permite uma melhor inserção dos/as profissionais e sua forma de intervenção na realidade social. Ainda na fase de planejamento, houve a definição da metodologia e a construção dos instrumentos para coleta dos dados. O Quadro 1, apresenta o quadro metodológico que norteou a realização da pesquisa, explicitando o tema e sua delimitação, bem como o problema e questões norteadoras, além do objetivo geral e objetivos específicos.

² Conforme Minayo (2011, p. 14): “Entendemos por metodologia o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. Ou seja, a metodologia inclui simultaneamente a teoria da abordagem (o método), os instrumentos de operacionalização do conhecimento (as técnicas) e a criatividade do pesquisador (sua experiência, sua capacidade pessoal e sua sensibilidade). A metodologia ocupa um lugar central no interior das teorias e está referida a elas”.

Quadro 1- Quadro metodológico da pesquisa

TEMA: Serviço Social e humanização na saúde	
Delimitação do Tema: A presente pesquisa tem como objeto a investigação sobre as contribuições do Serviço Social para o processo de humanização do atendimento em saúde no Hospital Ivan Goulart de São Borja/RS no ano de 2015	
Problema de Pesquisa Quais são as contribuições do Serviço Social para o processo de humanização do atendimento em saúde no Hospital Ivan Goulart de São Borja/RS?	Objetivo Geral Identificar as contribuições do/a assistente social no processo de humanização do atendimento em saúde no Hospital Ivan Goulart de São Borja/RS, tendo em vista a materialização do direito social à saúde.
Questões Norteadoras 1. Qual o trabalho desenvolvido pelo/a assistente social no Hospital Ivan Goulart de São Borja/RS? 2. Quais as particularidades e similaridades entre os princípios profissionais do assistente social e as diretrizes da Política Nacional de Humanização? 3. Quais as possibilidades e os desafios apresentados ao trabalho do assistente social no processo de humanização em saúde?	Objetivos Específicos 1. Analisar o trabalho desenvolvido pelo/a assistente social no Hospital Ivan Goulart de São Borja/RS; 2. Evidenciar as particularidades e similaridades entre os princípios profissionais do Serviço Social, evidenciar as particularidades e similaridades entre os princípios do Projeto Ético Político do Serviço Social e das diretrizes da Política Nacional de Humanização. 3. Desvendar os desafios e as possibilidades concretas ao trabalho do/a Assistente Social para o processo de humanização em saúde.

FONTE: Sistematização da pesquisadora, 2016.

O estudo foi desenvolvido por meio da pesquisa qualitativa, pois “trabalha com o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações” (MINAYO, 1994, p. 21).

Nesse sentido, não pode desprender dos sentimentos, carregamos as emoções em todas as ações que fazem parte do nosso cotidiano, principalmente quando se estabelece uma relação de troca com os sujeitos.

A pesquisa qualitativa envolve o estudo do uso e a coleta de uma variedade de materiais empíricos _ estudo de caso; experiência pessoal; introspecção; história de vida; entrevista; artefatos; textos e produções culturais; textos observacionais, históricos, interativos e visuais_ que descrevem momentos e significados rotineiros e problemáticos na vida dos indivíduos (DENZIN, 2006, p. 17).

O/a pesquisador/a carrega consigo inúmeros deveres e responsabilidades, diante disto, algo que é inerente no processo da pesquisa é o respeito entre ambas às partes. A pesquisa qualitativa não preocupar-se à com quantidades numéricas, e sim com a qualidade como o próprio nome diz.

Na verdade essa pesquisa tem por objetivo trazer à tona o que os participantes pensam a respeito do que está sendo pesquisado, não é só a minha visão de pesquisador em relação ao problema, mas é também o que o sujeito tem a me dizer a respeito (MARTINELLI, 1994, p. 21).

Assim, a pesquisa qualitativa possibilita ao pesquisador prima pela qualidade dos resultados e não pela quantidade. Devem ser levados em consideração aspectos como a particularidade e singularidade de cada sujeito.

2.4 Coleta de Dados

A realização da coleta de dados foi feita por meio de questionário com os profissionais e entrevista com os usuários, desta forma foi utilizado como instrumento um roteiro de perguntas que foram aplicados aos profissionais e usuários (hospitalizados) na instituição. Já o questionário é “uma técnica de investigação do qual objetiva conhecer opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas entre outras” (GIL, 2007, p. 128). O questionário é previamente construído e constituído por uma serio ordenada de perguntas que devem ser respondidas sem a presença do pesquisador.

Para esta pesquisa, foi utilizado formulário composto por questões fechadas e abertas e entregues aos trabalhadores e usuários do hospital no município de São Borja/RS onde deverão respondê-las juntamente com o entrevistador/a.

A triangulação dos dados tem por objetivo “abranger a máxima amplitude na descrição, explicação e compreensão do foco em estudo” (TRIVIÑOS, 2008, p. 138). Esta técnica de pesquisa permite ao pesquisador ir além da aparência isolado do fenômeno social em estudo, isto porque pretende relacionar todos os aspectos que interagem com o fenômeno, concedendo ao pesquisador uma perspectiva de totalidade.

Será aplicado para triangular os dados: dois usuários, um assistente social e três profissionais (médico³, enfermeiro, e técnico). A escolha por esses sujeitos justifica-se pela possibilidade de apreender em uma perspectiva de totalidade (ainda que se utilize amostragem) de que forma os/as demais profissionais bem como os/as usuários/as apreendem o trabalho do Serviço Social para a materialização da Política Nacional de Humanização do SUS.

2.5 Universo e Amostra

A amostra não-probabilística do tipo intencional, isto é, quando o/a pesquisador/a escolhe os sujeitos que foram contribuíram para o alcance dos objetivos propostos pela investigação. A amostra do tipo intencional também ‘constitui um tipo de amostragem não probabilística e “consiste em selecionar um subgrupo da população que, com base nas informações disponíveis, possa ser considerado representativo de toda população” (GIL, 2007, p. 104).

Os sujeitos escolhidos para pesquisa foram cinco profissionais, atendo o critério de conhecerem o tema proposto pelo/a entrevistador/a, também foi explicado os objetivos da pesquisa e entregue a todos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice I). Para os usuários utilizou-se a amostra por adesão de conhecimento no tema proposto, ordenada por meio de abordagens planejadas.

Optou-se por entrevista e questionário (Apêndice II), pois há necessidade de respostas mais profundas para que os resultados da sua pesquisa sejam “realmente atingidos e de forma fidedigna. E só os sujeitos selecionados e conhecedores do

³ O médico convidado recusou-se participar da pesquisa.

tema em questão serão capazes de emitir opiniões (...)” (ROSA, 2008, p.16). Para realização da pesquisa foi realizado um primeiro contato com o diretor do hospital, aonde foi agendada as entrevista e entrega dos questionários e aplicação dos formulários, utilizando-se de gravação das entrevistas.

2.6 Análise de Dados

Para a análise dos dados coletados optou-se pela utilização de Análise de Conteúdo, dessa forma possibilita ao/a pesquisador/a desvendar questões íntimas extraídas da fala dos sujeitos para compressão e teorização dos resultados obtidos. Essa técnica define “qualitativamente a presença de determinados temas, denota os valores de referência e os modelos de comportamento presentes” (MINAYO, 1999, p. 209).

Na orientação metodológica, optou-se pelo método utilizado pela autora Gagnetten, MSP – Método de Sistematização de Prática. A autora sistematiza seu método em sete etapas (reconstrução, análise, interpretação, conceitualização, generalização, conclusão e elaboração de propostas). O/a pesquisador/a não pode desconsiderar que estas etapas devem ser aplicadas de forma harmônica e consistente, para que realmente os dados coletados tenham um tratamento oportuno e os resultados sejam analisados de forma coerente, reportando-se constantemente ao enfoque dialético-crítico, escolhido pela pesquisadora.

A **reconstrução** denota o retorno atento do pesquisar com objetivos pré-estabelecidos para nortear o método ao produto extraído de sua coleta, ou seja, implica a leitura cabal das falas dos sujeitos que será dividida em pequenos fragmentos significativos, para que estes apontem indicativos relevantes para o conhecimento e esclarecimento das falas obtidas, conforme os objetivos e questões norteadoras da pesquisa.

Na **análise**, após leitura dos fragmentos, o/a pesquisador/a deverá estar atento às contradições e tensões que as falas expressam, de forma direta ou indireta.

As falas são ordenadas segundo sua reiteração (o que mais se repete na entrevista), ressonância (o que mais chama atenção do pesquisador) e estratégia (falas que apresentam indícios de futuras intervenções ou melhoria da condição estabelecida no cotidiano do entrevistado).

Ao término dessa etapa, há necessidade de realização de um processo minucioso, que consiste em decodificar, encodificar e codificar, ou seja, no primeiro momento, as falas são extraídas ou grifadas segundo critérios acima determinados: no segundo, são ordenadas, conforme o enfoque que expressam ou interagem entre si; e, por fim, são codificadas segundo a relevância do tema abordado.

A **interpretação** possibilita ao pesquisador a oportunidade de dar sentido às falas escolhidas, ressalta-se que Gagneten (1987, p. 87) considera que “para interpretar a realidade e a prática, são necessários alguns critérios específicos de investigação, assim como um marco teórico existente”.

Nesse sentido, o ato de interpretar requer conhecimento teórico sobre a temática discutida, sendo que os objetivos e as questões norteadoras da pesquisa deverão estar presentes de forma clara, para que o entrevistador possa “dialogar” com os dados coletados, no sentido deste estar aberto para o reconhecimento de pontos essenciais a serem considerados, bem como a presença de indicativos não previstos que poderão retratar categorias empíricas.

Assim “os pesquisadores desempenham um papel ativo no equacionamento dos problemas encontrados, no acompanhamento e na avaliação das ações desencadeadas em função dos problemas” (THIOLLENT, 2004, p. 15).

A **conceitualização** agirá como fator de unificação entre as falas dos sujeitos com os termos teóricos que norteiam a pesquisa, sendo que esses deverão interagir com as categorias escolhidas. Esse intercâmbio de significados expressos e teoria vem dar suporte à relevância do tema segundo os critérios necessários para que o produto da pesquisa, no caso, esta dissertação de mestrado, apresente relevância teórico-científica.

A **generalização** “extraí o universal do particular em deferentes espaços, em um mesmo tempo possível de confrontar-se” (GAGNETEN, 1987, p. 99). Dessa forma, as particularidades extraídas da fala dos sujeitos a partir das conceitualizações realizadas, são articuladas com a conjuntura histórica, política e cultural que se estabelece no tempo de acontecimentos dos fatos, para possibilitar observações internas da prática. Permite ao/a entrevistador/a inferir determinadas deduções que enfatizam conclusões a respeito da realidade, seja do entrevistado, de uma comunidade ou do país (GAGNETEN, 1987).

Torna-se importante o/a pesquisador não generalizar os fatos, a ponto de recorrer a fontes fenomenológicas, que podem reduzir a sociedade a sucessos ou

não próprios da ação dos indivíduos, como um estágio eterno.

A generalização dialética está em constante movimento, sem verdades absolutas. Neste sentido, a generalização consiste, num primeiro passo, em nuclear as constantes concepções estabelecidas e, no segundo passo, confrontar esses núcleos com outras experiências similares por meio de pesquisas, estudos para formulação de estratégias qualitativas de prática.

No contexto da pesquisa qualitativa da pesquisa social, o problema da generalização é situado em dois níveis: os dos pesquisadores, quando estabelecem generalizações mais ou menos abstratas (ou teóricas) acerca das características das situações ou comportamentos observados; e o dos participantes que generalizam, em geral com menos abstrações e a partir de noções que lhes são familiares (THIOLLENT, 1996, p. 38).

As duas últimas etapas do método de Gagneten (1987), interagem de forma recíproca e constante.

Nesse sentido, um dos fatos que mais chamou atenção da pesquisadora nesta prática, foi exatamente à forma sistematizada em que tanto as conclusões quanto à elaboração de propostas são ordenadas, pois já no momento de reconstrução, o pesquisador pode grifar indicadores que remetem a essas considerações. E essas são essenciais, pois possibilitam ao/a entrevistador/a dar materialidade a sua pesquisa, podendo considerar a experiência, os entraves, as conquistas do processo, avaliando se os objetivos foram alcançados.

É nessa etapa que o/a pesquisador/a entende claramente quão importante são as falas dos sujeitos e como elas podem expressar uma gama de considerações vitais ao entendimento teórico, considerando que o entrevistador não deve endeusar as técnicas, mas utilizar criatividade (MINAYO, 1994).

Nesse sentido, para que a pesquisa se realize de forma adequada e atinja os objetivos propostos, é fundamental a escolha dos instrumentos utilizados na mesma.

2.7 Pressupostos Éticos

A ética é imprescindível na construção de uma pesquisa, portanto os aspectos éticos foram orientados pelo Código de Ética do Serviço Social, do qual “encontram-se sistematizados os valores, princípios e a concepção ética que orientam o trabalho cotidiano dos assistentes sociais em suas diversas esferas e

formas de intervenção, entre elas a pesquisa” (BARROCO, 2009, p. 131). É de suma importância ressaltar que a presente pesquisa busca atender a Resolução 466/2012 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), que dispõe sobre os procedimentos éticos em pesquisa envolvendo seres humanos.

Houve a autorização da instituição para a Pesquisa em (Anexo III), a pesquisa iniciou-se após parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Unipampa, será respeitada a vontade dos sujeitos em participarem ou não do estudo. Será realizada a leitura explicando os objetivos, benefícios e riscos, quando houver adesão destes em participar será assinado o Termo de Consentimento Livre. Também será respeitada a autonomia dos sujeitos em participar ou não da pesquisa. Foi entregue a instituição uma carta de apresentação em que constará de forma objetiva e clara os objetivos da pesquisa, a identificação dos responsáveis pela sua execução com seus respectivos contatos, bem como a identificação da universidade.

A devolução dos dados obtidos pela pesquisa aos sujeitos participantes além de implicar um posicionamento ético por parte do pesquisador favorece segundo Bourguignon (2008) na centralidade do sujeito implicando uma maior visibilidade deste em relação a sua própria experiência e conhecimento da realidade. A devolução dos resultados obtidos será realizada através da apresentação formal do relatório final de pesquisa que se materializa no TCC e um relatório sintético para o hospital Ivan Goulart no Município de São Borja/RS.

Desta forma, as fontes consultadas foram preservadas, pois o plágio é crime e falta ética grave. A autoria do trabalho também é uma questão ética, pois o Código de Ética proíbe “assinar ou publicar em seu nome ou e outrem trabalho de terceiros, mesmo que executados sob sua orientação” (CE, tit. II, art. 4j, p. 14 *apud* BARROCO, 2009). O sigilo profissional é outro pressuposto importante do Código de Ética, pois o respeito aos participantes supõe que a suas informações sejam preservadas com sigilo bem como sua identificação, serão identificados por letras do alfabeto.

Enquanto risco os sujeitos poderão sentir desconforto ao responderem as perguntas, por sentirem-se avaliando sua prática ou ainda considerarem que não tem condições de responder as questões neste caso poderão passar para outra pergunta ou desistir de participar do estudo.

3 O PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE COMO UM DIREITO AO ACESSO

Neste capítulo resgatam-se alguns dos principais elementos que marcaram o processo histórico da saúde enquanto direito social. Será realizada uma discussão através da contextualização do processo percorrido em direção à institucionalização da saúde como direito social, além da problematização das formas de organização e dos modelos de atenção em disputa nos diferentes contextos históricos.

O status de direito social pressupõe a garantia a todos os cidadãos brasileiros, sendo um dever do Estado por meio de políticas sociais e econômicas que visem à “redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, p. 81, art. 196).

No início da década de 1980, o Brasil ainda vivia sob a ditadura militar⁴ que marcou o país pela mobilização política e pela crise econômica. Nesse cenário surge um movimento significativo na saúde coletiva, representando a luta por uma saúde mais justa de acesso universal, como direito social de todo cidadão. Inicia-se um processo de mudança que cria as primeiras bases para o surgimento do Sistema Único de Saúde – SUS.

A Reforma Sanitária nasceu no contexto da busca pelo fim da ditadura no Brasil, em meados da década de 1970, significando o conjunto de ideias relacionadas a mudanças e transformações necessárias para a área da saúde. Tais mudanças incluíam tanto o sistema quanto o setor sanitário todo, buscando melhoria nas condições de vida da população (BRAVO, 2001).

Em conformidade com a Constituição Federal de 1988, as outras políticas que compõem a Seguridade Social, tais como: a Previdência social que passa a ser organizada sob a forma de “[...] regime geral, de caráter contributivo e de filiação obrigatória, observados critérios que preservem o equilíbrio financeiro e atuarial [...]” (BRASIL, 1988, p. 83, art. 201). Já, a Assistência Social tem sua prestação garantida “[...] a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social” (BRASIL, 1988, p. 84, art. 203).

⁴ A Ditadura militar no Brasil teve seu início com o golpe militar de 31 de março de 1964, resultando no afastamento do Presidente da República, João Goulart e tomando o poder o Marechal Castelo Branco.

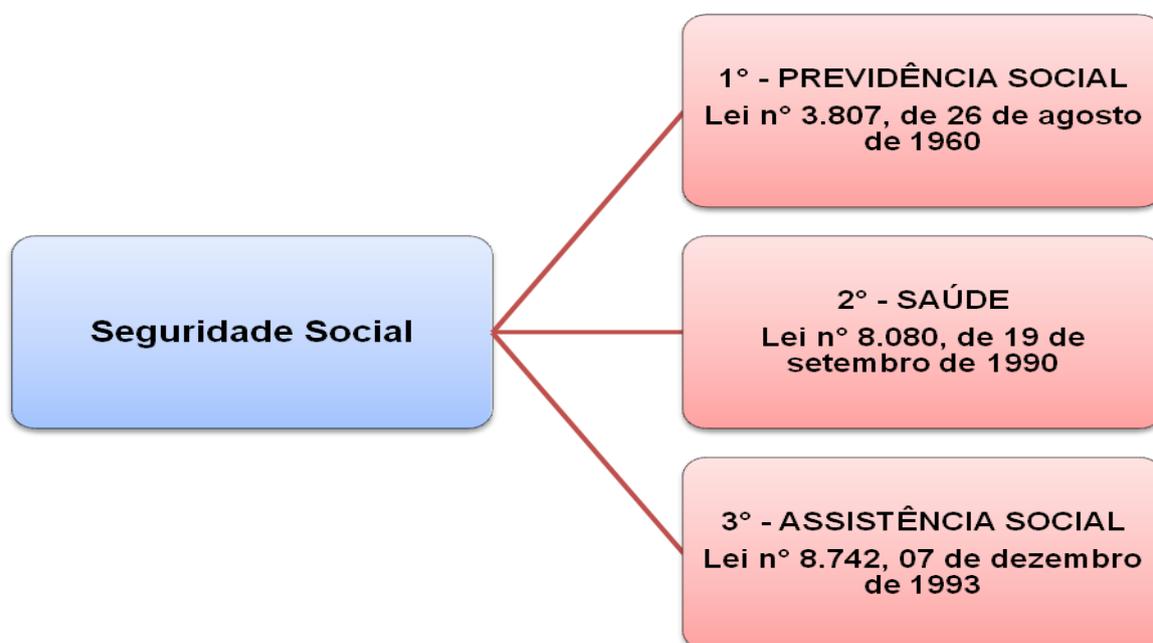
Ao lado das políticas de Previdência e Assistência Social, a Saúde passa a integrar a seguridade social brasileira.

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (BRASIL, 1990, p. 01).

Reafirma-se que a Seguridade Social foi o maior avanço da Constituição Federal de 1988, no que diz respeito à proteção social e no atendimento as reivindicações da classe trabalhadora. Esta é composta pelo tripé Previdência Social, Saúde e Assistência Social. Seu intuito é representar a afirmação de direitos sociais no Brasil, isto ocorre em consenso com as transformações sociopolíticas pela qual o país vivenciou.

Enfatiza-se a Seguridade Social, como um conjunto integrado de ações elaborado a partir da iniciativa dos poderes públicos e da sociedade buscando assegurar à população os direitos à previdência social, à assistência social e à saúde, conforme sistematização disponível na Figura 1.

Figura 1 – Composição da Seguridade Social



Fonte: Moreira (2011).

Sendo assim, é viável destacar a concepção de Seguridade Social, sendo esta, a universalização, o direito social e dever do Estado. Trazendo ainda, o estatuto de política pública à assistência social, a definição de fontes de financiamento e novas modalidades de “gestão democrática e descentralizada com ênfase na participação social de novos sujeitos sociais, com destaque para os conselhos e conferências” (CFESS, 2010, p. 17).

Logo, busca-se enfatizar a Seguridade Social, como um conjunto integrado de ações elaborado a partir da iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade buscando assegurar à população os direitos à previdência social, à assistência social e à saúde.

Na década de 1990 e início do século XXI foram editadas, pelo Governo Federal, sucessivas Normas Operacionais Básicas (NOBs) e Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS) visando concretizar os princípios estabelecidos para o Sistema Único de Saúde (SUS). No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) o cuidado à saúde está ordenado em níveis de atenção: básica, de média complexidade e de alta complexidade.

Os desdobramentos desse processo influenciaram no reconhecimento da saúde como direito social de dever do Estado, bem como “[...] a educação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância e a assistência aos desamparados” (BRASIL, 1988, p. 85, art. 6º), e na aprovação de capítulo dessa matéria na Constituição Federal de 1988.

Importa ressaltar que o conceito ampliado de saúde foi fruto da intensa mobilização estabelecida em vários países da América Latina, durante as décadas de 1970 e 1980, em resposta aos regimes autoritários e à crise que estava instalada nos sistemas públicos de saúde (BATISTELLA, 2007).

Para melhor análise, organiza-se o presente capítulo em três subseções, iniciando pelo processo histórico da construção da saúde como um direito social, partindo para o projeto da reforma sanitária, considerando a saúde como um direito social, e finalizando com a política de humanização do SUS.

3.1 O Processo Histórico da Construção da Saúde Como um Direito Social no Brasil

A história da Política de Saúde brasileira para Bravo (2006) começa antes mesmo da ação estatal, por meados dos séculos XVIII, XIX e XX, quando a assistência médica se pautava na filantropia e práticas liberais. No decorrer do século XIX, essa prática fora se transformando devido as mudanças econômicas e políticas, surgindo algumas iniciativas no campo da saúde, “como a vigilância do exercício profissional e a realização de campanhas limitadas” (BRAVO, 2001, p. 2)⁵.

Nesse contexto, a questão da saúde começa a aparecer como reivindicação do movimento operário, em meados de 1930, surgindo campanhas limitadas e vigilância do exercício profissional de todos os trabalhadores. Importa ressaltar, a Reforma Carlos Chagas, ocorrida em 1923, que trouxe a tentativa de ampliar o atendimento à saúde por parte do poder federal no interior da crise política que partiu dos tenentes no ano de 1922. Foi nesse período que as questões de higiene e saúde do trabalhador começam a ser discutidas, com algumas medidas que vieram a contribuir para o embrião do sistema previdenciário atual. Cita-se a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão, as CAPs no ano de 1923, ou Lei Eloi Chaves, como exemplo (BRAVO, 2001).

A partir disso iniciam-se os benefícios proporcionais às contribuições com a previsão de assistência médico-curativa e fornecimento de medicamentos, aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e o auxílio funeral. O não acesso à saúde emerge como questão social no Brasil no início do século XX, resultado do processo de industrialização na década de 30, havendo o avanço da divisão do trabalho, a partir daí o Estado começa a redefinir seu papel (BRAVO, 2006).

Segundo Carvalho e Iamamoto (1983, p.77) a questão social:

⁵ Explicação retirada de “Este texto é uma versão revista e ampliada dos artigos: “As Políticas de Seguridade Social Saúde”. In: CFESS/ CEAD. Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo III: Política Social. Brasília: UnB- CEAD/ CFESS, 2000 e “A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica”. In: Capacitação para Conselheiros de Saúde - textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001” Disponível em: <http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica_de_Saude_no_Brasil_Ines_Bravo.pdf> Acesso em 24.05.2016.

(...) não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e repressão.

As condições de trabalho nas indústrias eram insalubres, os mínimos cuidados de higiene e segurança inexistiam, eram estruturas sem ventilação, iluminação e proteção adequadas, os trabalhadores e as máquinas se acumulavam, o que causava inúmeros acidentes. Havia regulamentos internos que traziam normas sobre a jornada de trabalho, valor de salários e admissão de menores, multas por atrasos, entre outras questões. Não se previa pagamento de horas extras, descanso semanal, licenças ou férias (BATISTA, 2015).

As expressões da questão social que mais se evidenciavam nessa época são as precárias condições de higiene, saúde e habitação, que são provocadas pela aceleração da urbanização, ampliação e intensa exploração da massa trabalhadora, advindas com a mudança no modelo agro-exportador para o urbano industrial. Nesse período, a política de saúde era organizada em saúde pública e medicina previdenciária.

Esse cenário na **saúde pública** predomina até os anos 60 com ações que centralizam-se na criação de condições sanitárias mínimas para a população urbana, dando-se ênfase em campanhas sanitaristas, criação de serviços de combate a endemias. O combate à endemias rurais e doenças transmissíveis eram a principal preocupação dos órgãos responsáveis pela saúde pública, e para isso cria-se o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), no dia 6 de março do ano de 1956, em acordo com a Lei nº 2.743, tinha por foco combater endemias como malária, leishmaniose, doença de chagas, peste, febre amarela, esquistossomose, ancilostomose, hidatidose, bócio endêmico e tracoma (BRASIL, 2003).

Já a **medicina previdenciária**, surgida na década de 30 com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões só vêm sobrepujar a saúde pública a partir de 1966 (BRAVO, 2006). Assim o modelo de previdência que ocorreu nos anos 30 a 45 no Brasil foi de orientação contencionista, sendo que um dos determinantes para a diminuição dos recursos foi o efeito produzido pelo crescimento rápido da massa de trabalhadores.

Nesse contexto, a relação saúde e previdência social preocupa-se mais com o acúmulo de reservas financeiras do que com uma prestação de serviços mais ampla, além de que a legislação da época, iniciada em 1930, procurava demarcar diferenças entre previdência e assistência social, definindo limites orçamentários máximos para despesas com assistência médica, hospitalar e farmacêutica (BRAVO, 2001).

A Política Nacional de Saúde, que se esboçava desde 1930 se consolidou entre os anos de 1945 a 1950, e no ano de 1964 apresentou uma melhoria das condições sanitárias, mas não conseguiu eliminar o quadro de doenças infecciosas e nem a mortalidade infantil da época. A formação das empresas médicas estava iniciando sua estruturação a partir dos anos 50 e a corporação médica ligada aos interesses capitalistas era mais organizada e pressionava o financiamento através do Estado, defendendo a privatização (BRAVO, 2006).

Até o ano de 1964, a assistência médica previdenciária era prestada pela rede de serviços próprios dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), compostas por hospitais, ambulatórios e consultórios médicos. A ditadura apesar de afirmar uma tendência de desenvolvimento econômico-social e político não resolveu os grandes problemas estruturais, que se aprofundaram, tomando dimensões mais amplas. Em face da questão social no período de 1964-1974 o Estado utilizou como sua intervenção a repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada e burocratizada pelo poder estatal para aumentar o poder de regulação da sociedade.

Ocorre que a partir da criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), fica evidente a incapacidade da rede de serviços para garantir a assistência médica a todos os seus beneficiários, o que priorizou a contratação de serviços de terceiros, levando assim a uma imagem de abandono, que beneficiou o setor privado.

A Política social entre 1974 a 1979 tinha por objetivo trabalhar a questão social com mais rigor, para que não houvesse tantas reivindicações da população (BRAVO, 2006). Pretendia acabar com a visão de abandono e recuperar a garantia do direito à saúde da população. Na década de 1980, apesar de haver o processo de democratização política que veio superar o regime ditatorial, não houve tantos ganhos materiais para a população, visto que ainda continuava havendo falta de garantias e atendimento precário. Porém, após a ditadura mais sujeitos começaram a entrar nas discussões sobre saúde, como os profissionais de saúde, o movimento

sanitário, partidos políticos, pois a saúde passa a ser também questão de discussão entre partidos para que houvesse viabilização de debates, e movimentos sociais urbanos.

A saúde, nessa década, contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil. Saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia (BRAVO, 2001, p. 8).

Começaram-se as discussões voltadas para a universalização do acesso à saúde, a saúde como direito social, uma forma de unificação de atendimento, entre outros (BRAVO, 2006). Tinham uma visão de que a universalização garantiria o acesso à saúde a todos independente de condição financeira.

No mesmo período houve uma expansão da participação da população em debates referentes à saúde, com participação de sindicatos, associações de profissionais, além dos partidos políticos entre outros. O processo constituinte, com a promulgação da Constituição Federal de 1988 introduziu diversos avanços que buscavam desfazer todas as injustiças históricas que permeavam o atendimento à população, em relação à saúde, o texto constitucional veio a sanar grande parte das reivindicações do movimento sanitário (BRAVO, 2006).

A sociedade civil organiza-se e a reforma do sistema sanitário brasileiro vem na contramão das reformas que estavam sendo difundidas no resto do mundo, visto que questionava a manutenção do estado de bem estar social. Para Bravo (2006) a proposta brasileira toma forma em meados da década de 1970 ampliando o movimento social que crescia no país, com iniciativa de diversos setores da sociedade que buscavam a melhoria universal do acesso aos serviços de saúde.

O processo decisório da política de saúde terminou, em 1987, com a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) posteriormente, em 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS), que foi um grande passo, considerando que faltava sua real operacionalização, que não ocorreu, pois houve retrocessos políticos do governo que culminaram com rebatimentos na área de saúde.

Houve algumas incertezas quanto à implementação do Projeto de Reforma Sanitária, no final da década de 1980, uma vez que havia muita ineficácia no setor público e reorganização dos setores conservadores contrários à reforma, o único

modo de se conseguir a Reforma Sanitária é a construção da democracia, e, a mobilização política seria uma de suas estratégias (BRAVO, 2006).

Nos anos de 1990 o Estado redireciona seu papel, influenciado pela Política de Ajuste Neoliberal, considerando que o neoliberalismo configura-se enquanto um “Estado Mínimo” que cumpre apenas com algumas funções básicas, ausentando-se de suas responsabilidades, as quais são transferidas para a Sociedade Civil, com o discurso de solidariedade. E há um ataque muito forte por parte do capital ao implementar a chamada reforma da previdência, e não da seguridade, a proposta de Seguridade Social que estava prevista na Constituição de 88 veio a ser desmontada, Seguridade virou previdência, e previdência para a ser considerada seguro.

Ocorre um novo momento para o Brasil, com o predomínio da lógica de exclusão e vivencia-se um momento caótico nos níveis social, econômico e político, com antigas instituições totalizadoras da política de bem estar, como a LBA e a CBIA que foram posteriormente extintas no Governo FHC (OLIVEIRA, 2011).

A proposta de Política de Saúde, que foi construída nos anos 1980 vem sendo desconstruída, pois a saúde estava vinculada ao mercado, ressaltando as parcerias com a sociedade civil e responsabilizando a mesma para assumir os custos da crise. Nesse contexto, a refilantropização é uma das manifestações com a utilização de agentes comunitários e cuidadores para realizarem atividades profissionais, com o objetivo de reduzir os custos, como também não vem sendo cumprido os dispositivos constitucionais do SUS, porque além de se gastar mal em saúde, se gasta pouco (BRAVO, 2006).

O SUS, como estratégia do Projeto de Reforma Sanitária, e mobilização dos profissionais de saúde, tem a preocupação de assegurar que o Estado atue em prol da sociedade, embasado na sua denominação de Estado democrático de direito. Os SUS traz em sua bagagem a busca pelo fortalecimento das estratégias de resistência ao desmonte das políticas sociais e da destruição dos direitos sociais.

Na questão do projeto de privatização do Sistema Único de Saúde, observa-se a atuação das Organizações Sociais (OS) e das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), que surgiram no cenário por meio do Plano de Reforma do Estado no governo Fernando Henrique Cardoso (FHC). Nessa visão, por meio do programa de publização, busca-se transferir para o setor público não-estatal os serviços não exclusivos do Estado, onde estão as políticas sociais, em particular a gestão dos serviços públicos de saúde pelo setor privado

(SANT'HELENA *et. al*, 2013).

No viés das OS e OSCIPs o Estado deixa de gerenciar as ações públicas de saúde, contratando empresas que gerenciam o financiamento repassado para a saúde, ficando a cargo das empresas a contratação de funcionários sem concurso público, bem como adquirir bens e serviços sem processo licitatório e sem prestar contas aos órgãos de controle interno e externo da Administração Pública. Pode ser vista como uma forma de desresponsabilizar o Estado acerca da saúde pública no Brasil (SANT'HELENA *et. al.*, 2013).

Isto pode significar uma retomada da concepção de Reforma Sanitária, e se teve alguns ganhos, como a criação da Secretaria de Atenção à Saúde, que veio com objetivo de unificar as ações de atenção básica, mas ainda se necessita mais atenção na saúde, e repensar seu financiamento, bem como reformular os programas de Atenção Básica, comprometendo-se em consolidar o que está previsto na Constituição Federal, bem como no SUS.

Para maior compreensão dos avanços na área da Saúde, traça-se um breve histórico do Sistema Único de Saúde (SUS) Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, documento que assegura no art. 2º que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu plano exercício” (BRASIL, 1990b).

Preconiza que é dever do Estado garantir a saúde, assim como na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de agravo e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. Destacando que o dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade (SUS, 1990).

Em 28 de dezembro de 1990 foi lançada a Lei no 8.142, que imprimiu ao SUS uma de suas principais características: o controle social, ou seja, a participação dos usuários na gestão dos serviços, bem como é mencionado no inciso 2º da lei que refere o Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários.

Quanto ao controle social, importa ressaltar o que traz o CONASS (2003) sobre ser o resultado da organização e mobilização popular ocorrida a partir da década de 1980 em favor do Estado Democrático que garanta o acesso universal

aos direitos de saúde, colocando em evidência a possibilidade de inverter o controle, surgindo a perspectiva de um controle da sociedade civil sobre o Estado, incorporada pela nova Constituição Federal de 1988, em conjunto com a criação do SUS.

Sendo assim, é possível que o controle social atue na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo, assim como as constituições estaduais e municipais.

Afinal os Conselhos Municipais de Saúde e as Conferências que são realizadas em âmbito municipal e estadual, colaboram ativamente na estruturação e distribuição dos recursos recebidos pelos órgãos que administram o SUS nos Municípios.

Destacam-se as Leis Orgânicas Municipais, que cada município elabora levando em consideração a Constituição Federal e a legislação de cada Estado da Federação, que originam a criação e permanência de conselhos com o objetivo de garantir os direitos do cidadão a partir da fiscalização da administração (SUS, 1990).

Em 1994, criou-se a nível nacional a Política de Promoção da Saúde, que centraliza o desenvolvimento de ações preventivas, além de buscar o rompimento do modelo hospitalcêntrico, partindo através do Programa de Saúde da Família, atualmente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), com os desafios de proporcionar mudanças no modelo assistencial tradicional de curativo e fragmentado, procurando impor um sistema descentralizado e preventivo, buscando sempre levar a população usuária um serviço de maior qualidade, partindo principalmente do trabalho em equipes nas Unidades de Estratégia da Saúde da Família.

Para Almeida, Chioro, Zioni (2001, p. 34) o SUS é conceituado como:

[...] o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições Públicas Federais, Estaduais e Municipais, da Administração Direta e Indireta e das Fundações mantidas pelo Poder Público e complementarmente "... pela iniciativa privada". Esta definição consta do artigo 4º da Lei federal n. 8.080.

O SUS parte do princípio de objetivar a assistência à população tendo por base à promoção, a proteção e recuperação da saúde dos usuários do serviço de

saúde pública. Fazendo uma relação entre o que está previsto na Constituição Federal de 1988 e o que é assegurado pelo SUS (BRASIL, 1990a), a partir da doutrinas da Política de Saúde trabalhadas por Zioni e Almeida (2008) é viável comparar o que ambas enfatizam para o serviço de saúde no Brasil.

No campo da proteção: vigilância epidemiológica, vacinações, saneamento básico, vigilância sanitária, exames médicos e odontológicos periódicos, entre outros. E ações de recuperação que envolvem o diagnóstico e o tratamento de doenças, acidentes e danos de toda natureza, a limitação da invalidez e a reabilitação (BRASIL, 1990a).

A elaboração e a implementação do SUS, segundo Zioni e Almeida (2008), significou um rompimento das políticas sociais auto-financiadas, como era o caso da atenção médica. Porém, isto somente foi possível através de uma grande mobilização dos sujeitos sociais atuantes na área da saúde que foram críticos e buscaram uma nova orientação para o setor, alcançando uma significativa transformação administrativa e de assistência, sendo conquistas de caráter legal.

Nesse sentido, a Política Nacional de Saúde apresentou conquistas e avanços visíveis a partir da Constituição de 1988, como a consagração da saúde enquanto direito universal e dever do Estado, assim como a obrigação financeira de todos os níveis de governo para com a saúde. Por fim, os princípios de SUS resumem o compromisso, a partir da legislação, do Estado para com a população brasileira usuários do serviço público de saúde.

O quadro a seguir, apresenta um resumo dos princípios do SUS, organizados a partir do trabalho organizado pelo Ministério da Saúde:

Quadro 2 – Princípios do SUS

Princípios Doutrinários do SUS	
UNIVERSALIDADE	É a garantia de atenção à saúde por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão. Com a universalidade, o indivíduo passa a ter direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde, assim como àqueles contratados pelo poder público. Saúde é direito de cidadania e dever do Governo: municipal, estadual e federal.
EQUIDADE	É assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, more o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras. Todo cidadão é igual

	perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema puder oferecer para todos.
INTEGRALIDADE	É o reconhecimento na prática dos serviços de que: • cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade; • as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas; • as unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível configurando um sistema capaz de prestar assistência integral. Enfim: “O homem é um ser integral, bio-psico-social, e deverá ser atendido com esta visão integral por um sistema de saúde também integral, voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde.”
Princípios que regem a organização do SUS	
REGIONALIZAÇÃO e HIERARQUIZAÇÃO	Os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida. Isto implica na capacidade dos serviços em oferecer a uma determinada população todas as modalidades de assistência, bem como o acesso a todo tipo de tecnologia disponível, possibilitando um ótimo grau de resolubilidade (solução de seus problemas). O acesso da população à rede deve se dar através dos serviços de nível primário de atenção que devem estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam os serviços de saúde. Os demais, deverão ser referenciados para os serviços de maior complexidade tecnológica. A rede de serviços, organizada de forma hierarquizada e regionalizada, permite um conhecimento maior dos problemas de saúde da população da área delimitada, favorecendo ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade.
RESOLUBILIDADE	É a exigência de que, quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível da sua competência.
DESCENTRALIZAÇÃO	É entendida como uma redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, a partir da idéia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto. Assim, o que é abrangência de um município deve ser de responsabilidade do governo municipal; o que abrange um estado ou uma região estadual deve estar sob responsabilidade do governo estadual, e, o que for de abrangência nacional será de responsabilidade

	<p>federal. Deverá haver uma profunda redefinição das atribuições dos vários níveis de governo com um nítido reforço do poder municipal sobre a saúde - é o que se chama municipalização da saúde. Aos municípios cabe, portanto, a maior responsabilidade na promoção das ações de saúde diretamente voltadas aos seus cidadãos.</p>
<p>PARTICIPAÇÃO DOS CIDADÃOS</p>	<p>É a garantia constitucional de que a população, através de suas entidades representativas, participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle da sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o local. Essa participação deve se dar nos Conselhos de Saúde, com representação paritária de usuários, governo, profissionais de saúde e prestadores de serviço. Outra forma de participação são as conferências de saúde, periódicas, para definir prioridades e linhas de ação sobre a saúde. Deve ser também considerado como elemento do processo participativo o dever das instituições oferecerem as informações e conhecimentos necessários para que a população se posicione sobre as questões que dizem respeito à sua saúde.</p>
<p>COMPLEMENTA- RIEIDADE DO SETOR PRIVADO</p>	<p>A Constituição definiu que, quando por insuficiência do setor público, for necessário a contratação de serviços privados, isso deve se dar sob três condições: 1ª - a celebração de contrato, conforme as normas de direito público, ou seja, interesse público prevalecendo sobre o particular; 2ª - a instituição privada deverá estar de acordo com os princípios básicos e normas técnicas do SUS. Prevalecem, assim, os princípios da universalidade, equidade, etc., como se o serviço privado fosse público, uma vez que, quando contratado, atua em nome deste; 3ª - a integração dos serviços privados deverá se dar na mesma lógica organizativa do SUS, em termos de posição definida na rede regionalizada e hierarquizada dos serviços. Dessa forma, em cada região, deverá estar claramente estabelecido, considerando-se os serviços públicos e privados contratados, quem vai fazer o que, em que nível e em que lugar. Dentre os serviços privados, devem ter preferência os serviços não lucrativos, conforme determina a Constituição. Assim, cada gestor deverá planejar primeiro o setor público e, na sequência, complementar a rede assistencial com o setor privado, com os mesmos concertos de regionalização, hierarquização e universalização. Torna-se fundamental o estabelecimento de normas e procedimentos a serem cumpridos pelos conveniados e contratados, os quais devem constar, em anexo, dos convênios e contratos.</p>

Fonte: ABC do SUS: Doutrinas e Princípios. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf> Acesso em: 22.05.2016.

Entretanto, há suas contradições no que assegura a lei e no que é operacionalizado e disponibilizado à população e, que não pode ser deixado para trás. São fragilidades que devem ser refletidas e, conseqüentemente, melhoradas para que os princípios do SUS possam de fato sejam efetivados por meio da universalização de acesso, do atendimento integral, da participação social e da descentralização (BRASIL, 1990a).

E estes desafios começam na universalização dos direitos ao acesso do serviço, pois, muitas vezes, por decorrência dos limites financeiros do Sistema, ocorre à seletividade dentro de um serviço que se diz universal. Isto vai na contramão do que assegura a Lei n. 8.080, que traz em seu artigo 2º: “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 1990b).

Porém, outro fator chama, particularmente, a atenção quanto se está inserido dentro de uma instituição que presta o serviço público de saúde, que consiste no pouco conhecimento por parte da gestão pública de saúde sobre a legislação do SUS. E esse, é atualmente, um grande impasse para o desenvolvimento do Serviço Social dentro de uma instituição de serviço de saúde⁶.

O acesso à saúde é um direito universal de todo o cidadão em território nacional. O processo se concretiza a partir da parceria entre o Ministério da Saúde (MS), os estados e os municípios, no desenvolvimento da prevenção de doenças e assistência ambulatorial e hospitalar.

Nesse contexto, importa trazer a evolução histórica do sistema público de saúde brasileiro, para melhor compreensão do que havia antes do SUS, conforme o quadro que segue:

⁶ O tema será aprofundado no capítulo 4 deste trabalho.

Quadro 3 – Evolução histórica do sistema de saúde pública brasileiro

Evolução histórica do sistema de saúde pública brasileira	
1974	O INAMPS foi criado pelo regime militar em 1974 pelo desmembramento do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que hoje é o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS); era uma autarquia filiada ao Ministério da Previdência e Assistência Social (hoje Ministério da Previdência Social), e tinha a finalidade de prestar atendimento médico aos que contribuíam com a previdência social, ou seja, aos empregados de carteira assinada. O INAMPS dispunha de estabelecimentos próprios, mas a maior parte do atendimento era realizado pela iniciativa privada; os convênios estabeleciam a remuneração por procedimento, consolidando a lógica de cuidar da doença e não da saúde.
1970	O movimento da Reforma Sanitária nasceu no meio acadêmico no início da década de 70 como forma de oposição técnica e política ao regime militar, sendo abraçado por outros setores da sociedade e pelo partido de oposição da época — o Movimento Democrático Brasileiro (MDB), atual Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB). Em meados da década de 70, com o fim do milagre econômico, ocorreu uma crise do financiamento da previdência social, com repercussões no INAMPS.
1979	Em 1979 o general João Baptista Figueiredo assumiu a presidência com a promessa de abertura política, e de fato a Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados promoveu, no período de 9 a 11 de outubro de 1979, o I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, que contou com participação de muitos dos integrantes do movimento e chegou a conclusões altamente favoráveis ao mesmo; ao longo da década de 80 o INAMPS passaria por sucessivas mudanças com universalização progressiva do atendimento, já numa transição com o SUS.
1986	A 8ª Conferência Nacional de Saúde foi um marco na história do SUS por vários motivos. Foi aberta em 17 de março de 1986 por José Sarney, o primeiro presidente civil após a ditadura, e foi a primeira CNS a ser aberta à sociedade; além disso, foi importante na propagação do movimento da Reforma Sanitária. A 8ª CNS resultou na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), um convênio entre o INAMPS e os governos estaduais, mas o mais importante foi ter formado as bases para a criação "Da Saúde" da Constituição brasileira de 5 de outubro de 1988.
1988	A Constituição de 1988 foi um marco na história da saúde pública brasileira, ao definir a saúde como "direito e dever do Estado". A implantação do SUS foi realizada de forma gradual: primeiro veio o SUDS; depois, a incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde (Decreto nº 99.060, de 7 de março de 1990); e por fim a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990) fundou o SUS.
1990	Em poucos meses foi lançada a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que imprimiu ao SUS uma de suas principais características: o controle social, ou seja, a participação dos usuários (população) na gestão do serviço. O INAMPS só foi extinto em 27 de julho de 1993 pela Lei nº 8.689.

Fonte: Disponível em: <<http://sistemaunicodesaude.weebly.com/histoacuteria.html>> Acesso em 23.05.2016.

Partindo da análise que resultou no quadro 3, observa-se que a construção da saúde como um direito social consistiu um processo gradual e bastante lento, e que ainda busca transpor diversos desafios e limites para sua real efetivação.

O Sistema Único de Saúde (SUS), que parte da Lei Orgânica da Saúde (LOS) – Lei n. 8.080 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes; e Lei n. 8.142 que trata da participação da comunidade (controle social) na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde são ferramentas resultantes dessa evolução histórica.

O acesso à saúde é um direito universal de todo o cidadão em território nacional. O processo se concretiza a partir da parceria entre o Ministério da Saúde (MS), os estados e os municípios, no desenvolvimento da prevenção de doenças e assistência ambulatorial e hospitalar. O acesso universalizado é sim direito de todos independentes de condições financeiras, classe social ou estrutura familiar.

3.2 O Projeto Reforma Sanitária: A Saúde Como um Direito Social

O projeto de Reforma Sanitária (MR) foi construído a partir de meados dos anos de 1970, surgiu através da perplexidade de movimentos da sociedade com o quadro da saúde que o país apresentava naquele momento. Esse projeto surgiu em meio a várias mudanças, onde o referido projeto buscava ser bem mais do que apenas uma reforma setorial. Observa-se que a preocupação central do movimento de reforma sanitária era “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, 2006, p.101).

No Brasil, o MR foi influenciado pelo “Modelo Operário Italiano” motivado pela Reforma Sanitária, e organismos internacionais, a exemplo da Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Internacional do Trabalho (OIT) (GOMEZ; LACAZ, 2005). O denominado Movimento Operário Italiano irrompe na Itália na década de 1970, em meio aos movimentos renovadores que fervilhavam por toda a Europa. Frias Júnior caracteriza-o como:

[...] um movimento de trabalhadores exigindo maior participação nas questões de saúde e segurança, o que resultou em mudanças na legislação, tais como a participação das entidades sindicais [...], melhoramento significativo nas condições e relações de trabalho (FRIAS JÚNIOR, 1999, p. 34).

Este movimento chega à América Latina num contexto de turbulência política e social no qual o desejo de mudanças fez com que eclodisse a reforma sanitária e as lutas democratizantes, vivenciadas por praticamente todos os países da América do Sul e Central (FRIAS JÚNIOR, 1999). Com o movimento maior que se ampliava em todos os segmentos da sociedade, o Brasil se reorganizava em observância às lutas pelas liberdades democráticas contra a ditadura, além da:

Construção de uma nova política de saúde efetivamente democrática, tomando por base a equidade, a justiça social, a descentralização, universalização e unificação como elementos essenciais para a reforma do setor (ZORZI; MOCINHO, p. 50).

As narrativas em torno da reforma sanitária brasileira localizam, como regra, a origem do movimento no período que coincide com a Criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) em 1974, com a incorporação ao sistema previdenciário dos trabalhadores rurais, empregados domésticos e outras categorias de trabalhadores, em 1975 a criação do Sistema Nacional de Saúde (Lei 6.229), como resultado da V Conferência Nacional de Saúde.

Porém, este promoveu a separação entre assistência à saúde (MPAS) e ações coletivas de saúde (MS), em 1976 a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES); e, três anos depois, a criação da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO). Todos esses movimentos lutam por um sistema de saúde mais justo e igualitário e articulam-se a movimentos sociais, em 1977 criação do Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social, em 1978 Conferência Internacional de Saúde de Alma-Ata.

Em 1979, realizou-se o primeiro Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, da Câmara dos Deputados, um evento que reuniu as principais lideranças das várias tendências do movimento. As principais discussões ocorridas nesse encontro tomaram como base um texto produzido pelo CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde) e por pesquisadores do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, que buscava sintetizar as principais reivindicações do movimento sanitário. Tais determinações tiveram forte impacto recessivo sobre a

economia, contribuindo para o crescimento da insatisfação social com o regime militar e para o surgimento do Movimento das Diretas Já, entre 1983 e 1984.

A realidade social, na década de oitenta, era de exclusão da maior parte dos cidadãos do direito à saúde, que se constituía na assistência prestada pelo Instituto Nacional de Previdência Social, restrita aos trabalhadores que para ele contribuía, prevalecendo a lógica contra-prestacional e da cidadania regulada⁷.

A VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada no ano de 1986, contou com a participação de técnicos do setor saúde, de gestores e da sociedade organizada, propondo um modelo de proteção social com a garantia do direito à saúde integral. O chamado movimento sanitário tinha proposições concretas. A primeira delas, a saúde como direito de todo o cidadão, independentemente de ter contribuído, ser trabalhador rural ou não trabalhador. Não se poderia excluir ou discriminar qualquer cidadão brasileiro do acesso à assistência pública de saúde.

A segunda delas é a de que as ações de saúde deveriam garantir o acesso da população às ações de cunho preventivo e/ou curativo e, para tal, deveriam estar integradas em um único sistema. A terceira, a descentralização da gestão, tanto administrativa, como financeira, de forma que se estivesse mais próximo da quarta proposição que era a do controle social das ações de saúde. Podemos entender que as narrativas em torno da reforma sanitária não são unívocas e, em alguns casos, são até concorrentes. Em disputa, constroem quadros bastante díspares sobre a reforma da saúde no Brasil, no que tange seja ao seu sentido, seja ao seu legado.

O que chamamos de reforma sanitária brasileira, a rigor, envolve, portanto, posições e perspectivas bastante distintas a respeito da organização setorial da saúde, como também das relações desse setor com a sociedade e da própria sociedade como um empreendimento e um dado objetivo.

Na década de 1990, o Projeto de Reforma Sanitária é questionado e o Projeto Privatista de Saúde articulado ao mercado é consolidado. A partir deste contexto, o Estado redireciona seu papel influenciado pela política de ajuste neoliberal e reduz atuação nas políticas e direitos sociais, cabendo-lhe garantir um mínimo aos que não podem pagar, enquanto os demais ficam à mercê do setor privado. Para Bravo (2006) nessa conjuntura, as ações do Estado na saúde são consideradas

⁷ **Cidadania regulada** foi o nome proposto pelo sociólogo brasileiro Wanderley Guilherme dos Santos para designar uma "cidadania restrita e sempre vigiada pelo Estado".

insuficientes, tendo em vista o fortalecimento da convivência contraditória de ambos os projetos, ora de Reforma Sanitária e ora Privatista.

Uma nova proposta é apresentada pelo projeto de reforma sanitária, [...] vem apresentando, como demandas, que o assistente social trabalhe as seguintes questões: busca de democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadã (BRAVO, 2009, p. 36).

Instituído pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, o Sistema Único de Saúde (SUS), assegura que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. Preconiza que é dever do Estado garantir a saúde, assim como a formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de agravo e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1990).

Em 28 de dezembro de 1990, foi lançada a Lei nº 8.142, sobre o controle social, ou seja, a participação dos/as usuários/as na gestão dos serviços, preconizando o Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários (BRASIL, 1990a).

[...] O conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições Públicas Federais, Estaduais e Municipais, da Administração Direta e Indireta e das Fundações mantidas pelo Poder Público” e complementarmente “... pela iniciativa privada”. Esta definição consta do artigo 4º da Lei federal n. 8.080 (ZIONI; ALMEIDA, 2008, p 107).

Em 1994, criou-se a Política Nacional de Promoção da Saúde, por meio do Programa de Saúde da Família (PSF), atualmente, denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), com os desafios de proporcionar mudanças no modelo assistencial tradicional de caráter curativo e fragmentado, procurando instituir um sistema descentralizado e preventivo.

Importa retomar que o sistema público de saúde pré Reforma Sanitária acontecia em um país duplicado no sistema dividido da medicina previdenciária e da saúde pública. Enquanto a primeira se dirigia à saúde individual dos trabalhadores

formais, a segunda se voltava às zonas rurais e aos pobres.

Foi nesse contexto que iniciaram as lutas pela reforma no sistema de saúde brasileiro, e a busca por melhorias ampliou o desafio de otimizar o atendimento, ao mesmo tempo que proporciona condições salubres de trabalho para quem atua nesse setor.

A próxima seção evidencia a política de humanização do SUS, trazendo as possibilidades do cuidado em saúde, tanto para o trabalhador quanto para o usuário que recebe o atendimento.

3.3 A Política de Humanização do Sus: Possibilidades Para o Cuidado em Saúde

Para colaborar na efetivação dos princípios do SUS, no ano de 2003, foi criada a Política Nacional de Humanização (PNH), pois considera-se a humanização um dos eixos norteadores das práticas de atuação e gestão em saúde. A PNH principiou atuando de forma transversal às demais políticas de saúde, visando impactá-las e interferir na qualificação da atenção e gestão do SUS, e a sua criação foi motivada pela necessidade de avanço e de qualificação do sistema nacional de saúde, na relação e nos processos de atenção ao usuário, bem como no trabalho de gestores e trabalhadores da área, reconhecendo a singularidade e a capacidade criadora de cada sujeito envolvido. Como política pública, a humanização busca traduzir princípios e modos de atuação no conjunto de relações entre os profissionais de saúde e os usuários dos serviços de saúde, entre as diversas unidades de saúde existentes no sistema. Isso aumenta o grau de responsabilidade dos diferentes atores envolvidos na rede SUS. Importa ressaltar que implica na mudança de cultura de atenção aos usuários, caracterizando uma construção coletiva em favor de todos (BRAVO, 2001).

A humanização na saúde implica pensar em tornar os serviços resolutivos e de qualidade, tornando as necessidades de saúde dos/as usuários/as responsabilidade de todos os sujeitos sociais envolvidos no processo de trabalho (SIMÕES, 2007). A humanização não se resume ao atendimento, mas também é importante, a arquitetura, o acabamento e a parte física da unidade de saúde para o preparo de um ambiente humano.

Nesse contexto, importa ressaltar que a redução dos gastos sociais observadas por Behring (2003) e o desmantelamento do sistema público de Seguridade Social vem sendo expresso na tentativa de privatização dos serviços de saúde, além da descentralização e da focalização em programas assistenciais emergenciais tão em pauta atualmente. A precarização das condições e relações de na contemporaneidade traz por consequência a falta de universalidade do modo de produção, que é capitalista com seu padrão de acumulação. Assim, conforme relata a autora, à precarização das relações de trabalho e ao desemprego estrutural, alia-se o processo de reestruturação do capital, onde se somam ainda, as mudanças regressivas na relação entre a sociedade e o Estado no que tange à proteção social como um direito do cidadão.

Portanto, o processo de humanização, como atitude e atividade cotidiana no serviço público de saúde, deve ser observada como uma forma de trabalho, uma ferramenta que vem contribuir para a melhoria do ambiente de trabalho e a otimização da prestação de serviço, visto que:

A importância de ser discutido entre a equipe de saúde como tem sido sua prática no dia a dia com o usuário, mas para que se alcancem esses objetivos são necessários recursos humanos e materiais suficientes. E ressalta que na avaliação do público, há valorização da forma de atendimento, da capacidade demonstrada pelos profissionais de saúde para compreender suas demandas e suas expectativas, chega a ser mais valorizada que a falta de médicos, a falta de espaço nos hospitais e a falta de medicamentos (SIMÕES, 2007, p. 47).

A precarização das políticas sociais atingem a PNH por estarem intimamente ligadas no que se refere à atuação efetiva. Pois é possível identificar diversas possibilidades que descrevem os conceitos de precarização das políticas sociais e das relações de trabalho também, tais como a falta de instabilidade, salário baixo, carga horária excessiva, entre outros, que trazem à atuação profissional questões desnecessárias de precarização, além do desrespeito por parte de alguns gestores no que tange às políticas públicas.

Diante da proposta do Programa Nacional de Humanização⁸, foi criada pelo Ministério da Saúde (MS) em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH), a

⁸ Na década de 1990 o Ministério da Saúde realizou uma pesquisa de satisfação de usuários nos hospitais do SUS e recebeu o resultado de 80% satisfeitos contra 20% insatisfeitos, sendo a insatisfação suplantada por queixas bastante subjetivas, levando o MS a buscar iniciativas para melhorar o contato humano entre profissional de saúde e usuário, com a finalidade de garantir o bom

fim de buscar mudanças que contemplassem um comprometimento entre gestores/as, trabalhadores/as e usuários/as para construir um Sistema Único de Saúde (SUS) fortalecido, reconhecendo os diferentes conhecimentos e práticas de saúde diante das experiências de cada uma a partir dos seus aspectos subjetivos (SIMÕES, 2007).

De acordo com a Política Nacional de Humanização (PNH), a humanização é compreendida como:

A valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; identificação das necessidades sociais de saúde; mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde; compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento (BRASIL, 2004, p. 13).

Baraúna (2005, p. 27), afirma que a humanização trata-se de “[...] um processo de construção gradual, realizada através do compartilhamento de conhecimentos e de sentimentos”. O autor sustenta que humanizar é estar disposto para colaborar, por meio de conhecimento e sentimento, com o outro de forma ética reconhecendo os limites de ambos. Significa “ato ou efeito de humanizar”. Humanizar significa “tornar mais humano, sociável, civilizado” (idem).

Por outro lado, a desumanização diz respeito à indiferença perante o outro, a banalização da vida humana que pode ser gerada também pela falta de comunicação presencial entre os indivíduos, que passam a manter-se conectados aos meios sociais de forma virtual, tornando-se indiferente à falta de contato humano (SIMÕES, 2007).

Na sociedade capitalista, os valores são construídos a partir da condição de adquirir e pagar por algo, e assim, desqualifica aquele que não consegue manter-se em um nível financeiro igual. Tornando-o o empregado ou mesmo o miserável. Daí a expressa necessidade de humanização em todos os setores das relações humanas.

Importa ressaltar que independente da forma de organização social norteadora das relações humanas, o trabalho é elemento primordial, pois produz conteúdo material de riqueza em qualquer formação social, mesmo sendo

considerado o ato fundante da sociedade, não se limita a totalizar a reprodução social, nem somente a ação humana sobre a natureza, equivale a determinar as relações estabelecidas a partir dele, por ele e para ele (TONET, 2005).

Muitos são os conceitos atribuídos à humanização na saúde vivenciada pela relação humana nas unidades de saúde pública. Humanizar se traduz, então, como “[...] inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidado. Tais mudanças são construídas não por uma pessoa ou grupo isolado, mas de forma coletiva e compartilhada [...]” (BRASIL, 2004, p. 62).

Os valores que a norteiam são “[...] a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão” (BRASIL, 2004, p. 24). Segundo Puccini & Cecílio (2004, p. 81), a humanização é uma busca pela “[...] qualidade da produção ou prestação de serviço, mas é contra um compromisso mercadológico, que geralmente caracteriza um programa de qualidade institucional”. Vincula-se à qualidade do atendimento oferecido aos usuários do sistema público de saúde, em todos os níveis de atenção.

Geralmente a visão de humanização está atrelada a uma forma de assistência que valorize a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associada ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais, implicando, ainda, na valorização do profissional e do diálogo entre equipes (DESLANDES, 2004, p. 27).

Betts (2006, p.35) afirma que:

[...] sem comunicação não há humanização. A humanização depende de nossa capacidade de falar e ouvir, pois as coisas no mundo só se tornam humanas quando passam pelo diálogo com os nossos semelhantes.

O autor sustenta que a ética só existe em relação ao outro quando o sujeito se torna compreensivo em relação à necessidade de seu semelhante. Compreende-se, a partir disso, que o acolhimento deve voltar-se ao diálogo interativo, onde a escuta é capaz de identificar o sentimento de dor e prazer a serem trabalhadas humanamente.

O desafio da humanização envolve, então, a sensibilização para reconhecer no 'outro' um semelhante com o qual seja possível estabelecer relações mais solidárias através do diálogo compreensivo, percebendo, deste modo, que uma relação humana deve ser travada entre dois sujeitos e, não, entre um sujeito e um objeto (RIBEIRO, 2006, p. 52).

Baseado nas constantes reclamações e opiniões negativas, a respeito do atendimento ao usuário dos serviços de saúde pública no Brasil, o Ministério da Saúde (MS) lançou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) no ano de 2001, com o intuito de criar comitês de humanização voltados para a melhoria na qualidade da atenção ao usuário e mais, tarde, ao trabalhador (BENEVIDES; PASSOS, 2005). A problemática configurava-se em um cenário inaceitável de saúde pública brasileira, visto que tanto se pautava a qualidade do atendimento hospitalar. Ademais, grande parte da população usuária demandava o direito de receber um atendimento qualificado no âmbito dos serviços de saúde, públicos ou privados (BENEVIDES; PASSOS, 2005)

Em 2003, a humanização avançou de programa para outras instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS), transformando-se na Política Nacional de Humanização (PNH). Com isso, as ações de humanização passaram a contemplar também as demais instâncias da saúde objetivando a garantia e efetivação do próprio sistema de saúde, através da mudança dos modelos de atenção e gestão da saúde (BENEVIDES; PASSOS, 2005)

De acordo com os princípios e diretrizes da PNH, a humanização compreende a valorização dos diferentes sujeitos: usuários, trabalhadores e gestores implicados no processo de produção de saúde. Valorizar os sujeitos é oportunizar uma maior autonomia, a ampliação da sua capacidade de transformar a realidade em que vivem, por meio da responsabilidade compartilhada, da criação de vínculos solidários, da participação coletiva nos processos de gestão e de produção de saúde (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Segundo Silva (2002), a base do trabalho inerente à prestação de serviços de saúde é estabelecer uma relação de diálogo, pois todo mundo sabe alguma coisa e ninguém sabe tudo e a arte da conversa faz emergir o sentido no ponto de convergência das diversidades.

São muitos os limites e desafios para a efetividade do SUS no Brasil, assim como para o processo de humanização nos serviços públicos de saúde. Nessa visão importa ressaltar que apesar de todas as conquistas que aconteceram, ainda não

foram superadas algumas contradições como a demanda reprimida, precariedade de recursos, quantidade e qualidade da atenção, entre outros (BRAVO, 2001).

Quando se reconhece a saúde como resultado das condições de vida dos brasileiros, é possível entender que o conjunto de procedimentos necessários para a identificação e análise dos fatores que intervêm no processo saúde/doença deve ser revisto e condicionado às ações do Estado.

Afinal, a humanização deve buscar perpassar o atendimento em si, considerando que o acolhimento, a escuta sensível, a atenção para o usuário, deve garantir a integralidade desse processo, otimizando a qualidade de vida tanto de quem atende quanto de quem é atendido.

E é nesse cenário que o/a Assistente Social emerge, como um profissional qualificado para atuar no âmbito das ações de saúde e das ações de assistência à vida, como a proposta de um SUS mais humanizado, tanto no quesito atendimento quanto no quesito resolutividade. No próximo capítulo, será abordado a inserção do Serviço Social na Política Nacional de Humanização e como esse processo ocorreu, além de sua importância no atual cenário mundial.

4 A INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

O presente capítulo busca uma melhor compreensão acerca da atuação do Assistente Social na humanização da saúde pública, trazendo o Serviço Social e a Política Pública de Saúde como formas de complementar o entendimento da atuação desse profissional na área da saúde pública.

Para um melhor entendimento, importa analisar sobre a inserção do Serviço Social na Política Nacional de Humanização. Importa analisar o que diz Bravo (2006) sobre o Serviço Social sofrer influências desde seu início até os anos 2000, pois se encontrava em processo de revisão interna, ampliando o debate teórico e incorporando algumas temáticas com o Estado e as políticas sociais, fundamentadas no marxismo, e que viam na questão social uma nova ferramenta de trabalho e desenvolvimento humano.

Segundo Yamamoto (2003), a questão social é indissociável da sociabilidade da sociedade de classes e seus antagonismos constituintes, o que envolve um cenário de lutas políticas e culturais contra as desigualdades socialmente produzidas, com o selo das particularidades nacionais, presidida pelo desenvolvimento desigual e combinado, onde convivem coexistindo temporalidades históricas diversas. Palco para o Serviço Social.

Historicamente, a prática do Serviço Social vem sofrendo transformações, e atualmente, o profissional dessa área precisa estar atento para a questão social, bem como para as particularidades que a profissão requer na sua atuação.

O capítulo se encerra com as particularidades da ação profissional do Serviço Social no SUS, relatando a relação do Assistente Social com o acolhimento nos serviços de saúde.

4.1 A Questão Social e o Serviço Social na Saúde Humanizada

A Questão Social emerge no cenário mundial pela primeira vez no ano de 1930, em uma Europa que sofria grandes transformações econômicas, sociais e políticas decorrentes do processo de industrialização. Está definida como a expressão do cotidiano social, e não se refere somente às classes mais baixas da sociedade, mas ao ser humano em si.

Nesse sentido, as diversas teorias acerca da questão social se tornam problemas a serem enfrentados no momento em que as classes dominantes percebem que a classe trabalhadora se organiza em torno dos sujeitos coletivos, o que demanda reformas no sistema capitalista, além de ganhos econômicos parciais, busca pelos direitos do cidadão e a supressão de um capitalismo por uma nova ordem social, que seria o socialismo (IAMAMOTO, 1997).

Importa ressaltar que de 1930 a 1945, o Serviço Social era somente caridade, assistência e missão beneficente. Foi somente após o ano de 1945 que novos métodos adaptados à realidade brasileira iniciam o trabalho de reconceituação do Serviço Social que conhecemos atualmente (IAMAMOTO, 1997).

Segundo lamamoto (1997), a primeira escola de Serviço Social no Brasil foi criada em 1936, em São Paulo, a gênese da profissão era pautada em ações assistencialistas, as assistentes Sociais eram mulheres da sociedade, preocupadas com os menos favorecidos. O trabalho era basicamente pautado em entrega de doações. Não havia uma luta em prol do proletariado, por não ser de interesse das classes dominantes do capitalismo, e lamamoto (2004), apresenta que o Serviço social surge da iniciativa de grupos e frações de classes dominantes, que se expressam através da Igreja, como um dos desdobramentos do movimento do apostolado leigo.

Entre as décadas de 1950 e 1960, o profissional do Serviço Social preparava-se para ser mão-de-obra que conseguisse colocar em prática dos programas sociais, buscando um modelo desenvolvimentista que havia sido adotado pelo Brasil do período. Diante de um clima autoritário, os Assistentes Sociais se refugiam, segundo lamamoto (2004), em uma discussão dos elementos que supostamente conferem um perfil bastante peculiar à profissão, o de objeto, objetivos, métodos e procedimentos de intervenção. Essa tecnificação eufemiza o paternalismo presente na ação profissional, além de desenvolver métodos de imposição sutis que trouxeram a participação do usuário nas decisões acerca de sua vida.

Aparece como uma das frentes mobilizadas para a formação doutrinária e para um aprofundamento sobre os “problemas sociais” de militantes, especialmente femininas, do movimento católico, a partir de um contato direto com o ambiente operário. Está voltado para uma ação de soerguimento moral da família operária, atuando preferencialmente com mulheres e crianças. Através de uma ação individualizada entre as “massas atomizadas social e moralmente”, busca

estabelecer um contraponto às influências anarco-sindicalistas no proletariado urbano. (IAMAMOTO, 2004, p. 18-19).

Martinelli acrescenta que “[...] o Serviço Social era, pois, na verdade, um importante instrumento da burguesia, que tratou de imediato de consolidar sua identidade atribuída”, afastando-o da trama das relações sociais, do “espaço social mais amplo da luta de classes e das contradições que as engendram e são por elas engendradas” (MARTINELLI, 2007 p. 67).

Com o passar do tempo, a prática do Serviço Social vai sofrendo modificações, José Paulo Netto (2009) vai chamar de processo de Renovação do Serviço Social, que são assumida três perspectiva: Modernizadora os assistentes sociais procuram assumir uma adequação do Serviço Social no contexto socioeconômico da realidade, têm por base a manutenção do poder, inserindo-se na ideologia do desenvolvimento econômico. Ritualização do conservadorismo quando uma volta ao passado recuperando os componentes mais estratificados da herança conservadora da profissão, não exerce nenhuma repercussão no interior da profissão. O processo de ruptura surge uma oposição ao Serviço Social tradicional que passa a questionar sua vinculação histórica de atuação voltada aos interesses do poder.

Martinelli (2007) fala de rompimento da alienação, isto é, inicia-se o processo de repensar o Serviço Social, enquanto prática profissional. Ao analisar o contexto social em que o Serviço Social estava inserido, percebeu-se que era necessário rever as práticas operacionalizadas, nessa perspectiva, é importante ressaltar as discussões realizadas nos Seminários de Araxá (1967), Teresópolis (1970), Sumaré (1978) e Alto da Boa Vista (1984), que culminaram no Movimento de Reconceituação da Profissão. Nesse momento fundamental à história do Serviço Social, na realidade brasileira, os/as Assistentes Sociais começam a debater, refletir e repensar suas práticas profissionais.

Importa ressaltar que o Serviço Social no Brasil viveu décadas em um vazio no que tange a sua identidade profissional (NETTO, 1994). Isso se refere ao fato da mudança ocorrida no momento em que o profissional de Serviço Social passa a se identificar mais com a classe dominada pelo capitalismo. Essa mudança buscou a reconceituação da profissão que aproximou os profissionais do objetivo de reorganizar o acesso às políticas públicas e não somente dar assistência aos necessitados.

O Projeto Ético-Político (PEP) percebe-se vinculado a um projeto de transformação da sociedade, com a exigência complexa de ater-se às questões sociais das coletividades, expressando a particularidade da categoria no que se refere ao exercício da profissão. Em suas diversas ações, das mais simples às mais complexas, evidencia-se uma direção social que vem atrelada à valoração ética específica.

Ainda considerando o projeto ético-político, este apresenta valores e princípios imprescindíveis para a atuação dos Assistentes Sociais na saúde em todas as suas dimensões e deve ser sempre levado em conta e respeitado em todas as esferas. Tanto na prestação de serviços diretos à população quanto em planejamento e assessoria, na gestão e na mobilização e participação social.

O projeto ético-político do Serviço Social reconhece a liberdade como valor central bem como a autonomia e emancipação humana, afirmando a defesa intransigente dos direitos humanos. Destacam-se também o compromisso com a qualidade dos serviços prestados aos usuários, além do compromisso com a competência, relacionada com a formação qualificada e continuada dos profissionais com base nos referenciais teórico-metodológicos da profissão. No que diz respeito à dimensão política do projeto, o mesmo se apresenta como democrático, considerando democracia “como socialização da participação política e socialização da riqueza socialmente produzida” (NETTO, 2006, p 16).

As competências e as atribuições previstas com base na Lei de Regulamentação da Profissão (BRASIL, 1993), requisitam um profissional que tenha competências gerais como apreensão crítica dos processos sociais de produção e reprodução das relações sociais em uma perspectiva de totalidade; conseguir analisar o movimento histórico da sociedade brasileira e compreender o significado social da profissão e seu desenvolvimento sócio-histórico nos cenários nacional e mundial.

O próximo subtítulo traz o Serviço Social e a Política de Saúde em um breve recorte analítico da atuação do Assistente Social nessa área.

4.2 Serviço Social e Política De Saúde

A seguridade social está pautada no PEP do Serviço Social “como parte de uma agenda estratégica da luta democrática popular no Brasil, visando à construção

de uma sociedade justa e igualitária” (CFESS, 2000). Não é mais exposta como um fim, mas como uma transição a um novo padrão de civilidade que inicia pela garantia dos direitos no capitalismo, mas que não deve se esgotar nele.

Nos anos 1980 as classes trabalhadoras não estavam conseguindo interferir de maneira significativa na ordem econômica e, mesmo que tenham obtido algumas vitórias no âmbito social e político, ainda buscavam sair do regime ditatorial que estava vigente no país desde 1964. Assim, no final da década, houveram novas conquistas no campo da ação política organizada e derrota no campo econômico que motivou a chamada “transição negociada”, saindo do regime autocrático para o democrático, e levando a uma ruptura radical das forças políticas que prejudicou muito a área social (CFESS, 2000).

O Serviço Social, norteado pelo Projeto Ético-Político Profissional, está inserido na luta democrática em prol da construção de uma sociedade justa e igualitária.

Nessa perspectiva, ao garantir direitos sociais, as políticas sociais podem contribuir para melhorar as condições de vida e trabalho das classes que vivem do seu trabalho, ainda que não possam alterar estruturalmente o capitalismo (CFESS, 2010, p. 18).

Assim, importa analisar a trajetória do Serviço Social na área da saúde e, principalmente a partir dos anos 1990, onde identifica-se que alguns surgem e devem ser enfrentados.

Partindo da premissa que os dois projetos existentes na saúde: o projeto da Reforma Sanitária X o projeto privatista estavam em disputa permanente, o governo ora fortalecia o primeiro projeto, ora mantinha a focalização e o desfinanciamento, característicos do segundo, resultando em uma ênfase maior no projeto privatista, necessitava-se de uma mudança ampliada que atendesse a toda a demanda existente no país.

A partir da implantação do SUS, a adoção do paradigma da produção social da saúde relaciona-se com os discursos e com as práticas profissionais tradicionais no campo da assistência à saúde, acarretando o que questões importantes como educação em saúde, trabalho comunitário, trabalho com redes, controle social, incluindo discussões sobre abordagens metodológicas, venham a se estruturar como campo de conhecimentos em áreas como a enfermagem, a medicina, a psicologia, a

nutrição e o Serviço Social (NOGUEIRA & MIOTO, 2006).

Entretanto, se faz necessário enfatizar que saúde é muito ampla, onde se deve considerar as melhores condições de vida e de trabalho do usuário, dando ênfase nos determinantes sociais, que é uma conquista estabelecida pela Constituição Federal de 1988. Entretanto, a política pública de saúde no Brasil, tem alguns obstáculos para sua efetivação, principalmente, em relação à desigualdade de acesso da população aos serviços de saúde, além dos desafios para a construção de práticas baseadas na integralidade. Estes ainda são dilemas encontrados na área da saúde para a real consolidação do SUS (CFESS, 2010).

Ao/a profissional de Serviço Social na área da saúde cabem inúmeras intervenções. No entanto, nem sempre sua ação estará voltada para o que realmente visa à profissão, enquanto “[...] comprometimento com a garantia dos direitos civis, sociais e políticos dos segmentos populares” (VASCONCELOS, 2006, p. 46). Apesar da precarização do trabalho, os obstáculos não devem ser usados enquanto justificativa para que não haja luta para conquistar uma intervenção crítico-reflexiva buscando dessa forma, o reconhecimento da saúde como direito social e estratégias concretas para a garantia de um atendimento humanizado em saúde.

Assim, busca-se viabilizar a concretização dos princípios da universalidade de acesso e equidade relacionada aos direitos sociais, por meio da ação cotidiana dos assistentes sociais, que tem papel fundamental na construção da integralidade em saúde. Essa integralidade deve ser entendida como princípio adotado por vários sentidos que possam construir uma abordagem do indivíduo na sua totalidade como parte do contexto social, econômico, histórico e cultural em que vive (NOGUEIRA & MIOTTO, 2006).

Dessa forma, observa-se que as ações profissionais do Serviço Social na área da saúde não acontece de uma maneira isolada, se articulando com outros eixos na medida em que se aproximam ou divergem entre si. Particularmente na saúde, esses eixos integram o processo coletivo do trabalho.

Nogueira e Miotto (2006) pautam a lógica do Direito e da Cidadania para discutir esse tema, refletindo uma visão estratégica baseada na organização em torno das necessidades da saúde, evitando reduzi-las tão somente à atenção médica.

O trabalho do Serviço Social organiza os fatores de ordem política, social e econômica que condicionam o direito a ter acesso aos bens e serviços necessários

para a garantia ao acesso aos serviços de saúde. Assim, a construção da integralidade e da participação social na saúde pelo profissional do Serviço Social vem atrelada a três processos básicos, que são os processos políticos-organizativos, de planejamento e gestão e os sócio assistenciais, e é na integração desses processos que está o estabelecimento do trânsito em diferentes níveis de atenção à saúde (NOGUEIRA & MIOTO, 2006).

Afinal, o Projeto Ético e Político da Profissão de Assistente Social foi construído nos últimos trinta anos e vem se pautando na perspectiva da totalidade social, considerando a questão social como sua base de fundamentação. Ainda importa retomar que o Assistente Social atua no atendimento aos sujeitos de forma individual ou em grupo, buscando pesquisar e relacionar ações que possam melhorar sua qualidade de vida bem como garantir o acesso aos seus direitos.

4.3 As Particularidades da Ação Profissional do Serviço Social no Sus: O Acolhimento Como Ferramenta Essencial Para a Atuação

As particularidades presentes na ação do Serviço Social no SUS podem ser observadas como uma ação cotidiana nos sistemas de avaliação e controle dos serviços, além do processo de acesso dos usuários aos mesmos. Assim, observa-se que no momento em que se viabiliza os princípios da universalidade de acesso e equidade em relação aos direitos sociais, a ação profissional se pauta na construção da integralidade em saúde (MIOTO & NOGUEIRA, 2006).

Para Bravo (2006) uma integralidade que deve ser vista como um princípio dotado de diversos sentidos que podem consistir tanto na abordagem do sujeito em sua totalidade quanto no contexto social em que este se vê inserido.

Observa-se que o profissional de Serviço Social, além de garantir o acesso aos diferentes níveis de complexidade da atenção na saúde, também oferece respostas ao conjunto de necessidades em saúde da população em geral, e não realizando apenas um recorte dos problemas (MIOTO & NOGUEIRA, 2006).

Nesse sentido, importa trazer para a discussão a questão da mediação como proposta metodológica em Serviço Social. Conforme Pontes (1990) a mediação passa a ter relevância no Serviço Social a partir da década de 1980, quando estava se processando no meio uma mudança significativa nos quadros referenciais da vertente que se inspirava no marxismo.

Outro elemento constitutivo do trabalho do assistente social são os meios de trabalho, os quais fazem a mediação entre a força de trabalho e o objeto de trabalho, tendo em vista a finalidade deste processo – o produto. Dessa forma, “os meios de trabalho incorporam, não apenas os instrumentos necessários à transformação do objeto, mas também *todas as condições materiais* sob as quais o trabalho se realiza” (MARX, 1985 *apud* GUERRA, 2010, p. 102, grifos do autor).

Essa mudança ficou expressa com o amadurecimento do pensamento marxista na profissão, refletindo-se em diversas instâncias profissionais, destacando-se a esfera acadêmica, visível nas publicações e nas pesquisas realizadas naquele momento (PONTES, 1990).

Portanto, ação do Assistente Social deve ser coerente com os objetivos que se quer atingir. Nesse sentido, é possível observar três focos que podem ser identificados em um primeiro momento, iniciando pela avaliação da instituição em si, que inclui os aspectos para os quais se pode construir alguns indicadores, como coerência e pertinência social da sua missão, ainda a integração com o seu entorno, comunidade ou região, e por último, a competência no desempenho de tarefas, com a constante atualização de seus processos de trabalho, flexibilidade para incorporação de novas demandas, e visibilidade e reconhecimento social como uma forma de inserção na esfera pública (NOGUEIRA & MIOTO, 2006).

Tais observações podem introduzir a temática do acolhimento nesse estudo, visto que este pode ser considerado a principal ferramenta para o profissional de Serviço Social no seu trabalho na busca pela humanização no SUS.

A possibilidade de acolhimento e da humanização tão almejada, aliada à valorização do ser humano, promove a necessidade de se repensar os modos de cuidar de cada pessoa que é profissional de saúde (GOTARDO, 2003). Assim percebe-se que a falta de relacionamento entre profissionais e usuários de forma respeitosa, resulta em uma assistência precária.

O acolhimento é uma ferramenta que surge como estratégia de interferência nos processos de trabalho em saúde, contemplando o princípio da universalidade e da integralidade do atendimento, desenvolvido pela prática do cuidar em saúde.

O cuidado em saúde compreende o atendimento humanizado, baseado no acolhimento, vínculo, escuta, na realidade social, garantindo o usuário como coprodutor do seu processo saúde-doença, estando relacionado com a experiência de todos os trabalhadores que constroem o dia a dia dos serviços de saúde. [...] O cuidado articula as particularidades de cada profissão em sua organicidade e historicidade, a realidade social, não sendo baseado na experiência de determinada categoria profissional, mas na experiência de todos os trabalhadores da saúde, dentre eles, o assistente social (CASTRO, 2006, p. 128-129).

O/ assistente social, ao trabalhar em equipe na saúde, dispõe de uma visão diferenciada que possibilita uma observação das condições de saúde dos/as usuários/as e um domínio aos meios de administra-los, que o diferencia dos/as outros/as profissionais de saúde. A propósito, cada um dos/as profissionais independente de sua formação ao ser inserido no trabalho em equipe possui conhecimentos distintos, o que proporciona a troca de saberes e eliminam as diferenças em busca do objetivo comum, ou seja, a prevenção, a promoção, a cura e a reabilitação da saúde (SIMÕES, 2007).

O/a assistente social junto à equipe interdisciplinar deverá estar inserido no projeto de humanização, buscando a efetividade desta proposta, discutindo e analisando experiências vivenciadas de forma a ampliar a qualidade dos serviços. De acordo com CFESS/CRESS (2009, p. 26), “o desafio da humanização é a criação de uma nova cultura de atendimento, pautada na centralidade dos sujeitos na construção coletiva do SUS”.

Na perspectiva de desenvolver um trabalho voltado às ações socioeducativas, o/a assistente social individualmente e/ou coletivamente deverá proporcionar encontros com os/as usuários/as e famílias através de palestras que abordem aspectos relacionados à sua problemática, bem como informações sobre a instituição e debates sobre rotinas e funcionamentos da unidade tendo por objetivo a democratização das necessárias modificações e análises de situações apresentadas. Também a democratização dos estudos de perfil epidemiológico, dos aspectos socioeconômicos e cultural dos/as usuários, bem como da política de saúde (SIMÕES, 2007).

A partir do lugar social em que atuam, e do patamar da política de saúde em que se encontram, os assistentes sociais têm um reconhecido e legitimado protagonismo na luta pela garantia desse direito, trabalhando articuladamente com a população usuária na perspectiva de construir novas subjetividades, comportamentos políticos novos (MARTINELLI, 2002, p. 05).

Nessa conjuntura, a intervenção inclui habilidades profissionais percebidas no modo e na direção que o/a assistente social dá ao seu exercício profissional, reconhecendo como resultado os impactos na qualidade de vida dos usuários na saúde. Tendo como algumas demandas para a concretização do seu exercício profissional a análise de conjuntura, as demandas e as implicações na situação apresentadas pelo usuário/a.

É nessa relação que o acolhimento, apresenta-se como uma ferramenta capaz de qualificar a prestação da assistência, produzida nos encontros entre profissionais de saúde e usuários/as, realizados por meio da relação de escuta, responsabilizações e vínculos com objetivo de responder às necessidades de saúde (BUENO; MERHY, 1999).

O Ministério da Saúde (MS) define acolhimento como:

[...] Um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários. Ou seja, requer prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para continuidade da assistência estabelecendo articulações com estes serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos (BRASIL, 2006, p. 08).

O/a profissional do Serviço Social é de grande relevância, a partir do acolhimento, permite que o/a usuário/a e a família conheçam não somente o processo de saúde/doença, mas também trabalhar os fatores que subsidiem o processo de tratamento e cura da doença, buscando quando necessário auxílio nas redes de atenção à saúde. O/a assistente social na saúde busca por meio de suas atividades realizar atendimentos aos usuários/a com o objetivo de garantir-lhes o acesso aos serviços, utilizando-se de tecnologias leves⁹ que venham promover não somente este acesso, mas a resolutividade com equidade, os considerando e respeitando como sujeito histórico, cultural e social.

Essas atividades devem ser realizadas de forma acolhedora, por meio da escuta da demanda do/a usuário/a, avaliando e identificando os riscos, em seguida às devidas repostas, assumindo a postura de uma assistência onde às ações

⁹ Tecnologia Leves são as tecnologias de relações como o acolhimento, o vínculo, a autonomização, a gestão como forma de orientar processos.

formuladas pontualmente ou reformuladas no seu contexto, sejam capazes de produzir saúde (BUENO; MERHY, 1999).

Por outro lado, o acolhimento realizado pelo/a assistente social também é visto como um comportamento cordial, ao receber o/a usuário de forma respeitosa, sendo receptivo a ponto de fazer com que este se sinta valorizado, mesmo não sendo possível uma resposta positiva e imediata ao seu problema, ou seja, muitas vezes esse atendimento não corresponde ao perfil de atendimento realizado no serviço de saúde, mas como orientação e encaminhamento a outros serviços. Diante deste contexto, ainda que o Serviço Social finalize seu atendimento no acolhimento, é possível proporcionar ao/a usuário/a uma escuta acolhedora oportunizando compreender o porquê da resposta e seu direcionamento (BUENO; MERHY, 1999).

A horizontalidade no processo de comunicação entre o Serviço Social e o/a usuário/a, possibilita um trabalho onde a ação articulada pelo/a profissional possa desenvolver um acompanhamento no processo de atenção e cuidado à saúde do usuário/a, buscando soluções em rede abrangente, não impactados pela escassez dos serviços de saúde. Conforme rege na Lei de Regulamentação da Profissão do Serviço Social, no seu artigo 4º, é da competência do/a assistente social a orientação ao usuário/a e familiares quanto aos recursos disponibilizados no atendimento e na defesa de seus direitos, assim como também encaminhar providências pertinentes (CASTRO, 2009).

Para efetivar o acolhimento, se faz necessário observar pontos importantes como o fornecimento de informações, tais como da unidade de saúde a qual se encontre e sua rotina, ou em outros níveis (ambulatorial, emergencial ou hospitalar). Assim como os serviços sociais essenciais a sua situação, os benefícios sociais (previdenciários), sobre quais procedimentos irão ser realizados e de que forma serão realizados, informar quanto aos seus direitos e do/a acompanhante, e o acesso ao sistema (tratamento e medicação).

Para Castro (2009) também é possível colher informações do/a usuário/a, através de um diálogo e escuta quanto ao seu contexto familiar, condições sociais culturais e econômicas, grau de instrução, e seu conhecimento do seu real estado de saúde.

Pressupõe a atitude, por parte dos profissionais e da equipe de saúde, de receber, escutar e tratar humanizadamente os usuários e suas demandas. É estabelecida, assim, uma relação de mútuo interesse, confiança e apoio entre profissionais e usuários. (SILVA JUNIOR; MASCARENHAS, 2006, p. 243).

Chupel & Miotto (2010) através de pesquisa definem o acolhimento realizado pelo/a assistente social, como um elemento de escuta, conhecimento da demanda do usuário/a e como fornecimento de informações. Na relação, profissional e usuário/a existe um aspecto que se faz necessário, para que haja o acolhimento que é a humanização, a qual serve para construir nas práticas de saúde o vínculo, buscando assim o compromisso e a responsabilidade.

Ao trabalhar com a humanização no atendimento em saúde, a principal ação a ser realizada por toda a equipe é de acolher, pois o acolhimento se expressa no estabelecimento de vínculo entre profissional e usuário/a, a fim de que ambos atinjam um objetivo. O vínculo é uma conquista adquirida no desenrolar do processo, não um acontecimento imediato. Quanto maior o envolvimento profissional com os fatores sociais que prejudicaram a saúde do usuário/a, mais confiabilidade e entrosamento é adquirido entre ambos. Trata-se de um vínculo de relacionamento profissional e não pessoal.

Criar vínculos implica ter relações tão próximas e tão claras, que nos sensibilizamos com todo o sofrimento daquele outro, sentindo-se responsável pela vida e morte do paciente, possibilitando uma intervenção nem burocrática e nem impessoal (MERHY, 1994, p. 138).

Para Castro (2009) quando o/a assistente social refere-se ao acolhimento constituindo vínculos, este não fica limitado ao ato de receber, ouvir, mas a uma sequência de atos que visam à intervenção resolutiva, que diz respeito ao manuseio de toda tecnologia disponível para atender à demanda ligada a integralidade do/a usuário/a em suas dimensões, individual e coletiva.

É certo que não é somente pelo acolhimento que o Assistente Social atua na humanização da saúde, mas é o vínculo resultante desse processo que efetiva o trabalho do Serviço Social no âmbito do atendimento da saúde pública.

Afinal, o Assistente Social deve também refletir acerca de sua prática na construção de um novo parâmetro de atendimento à população, bem como na busca pela resolução da questão histórica da falta de acesso à totalidade dos usuários. O Serviço Social deve buscar entender que a interdisciplinaridade e a intersetorialidade deve visar o atendimento integral e humano.

Nesse ponto, a humanização caminha lado a lado com o Serviço Social, visto que as particularidades da profissão atingem o ponto máximo da humanização.

Portanto, a seguir, estão apresentados os resultados da pesquisa de campo que possibilitará o aprofundamento da discussão aqui proposta.

5 RESULTADOS DO ESTUDO: A REFLEXÃO ENTRE OS PROFISSIONAIS E USUÁRIOS DO SUS

Nesse capítulo são apresentados os resultados da pesquisa realizada por meio de entrevista e questionário com os profissionais e entrevistas com os usuários dos serviços públicos de saúde do Hospital Ivan Goulart. Os instrumentos utilizados garantem os resultados precisos visto que são utilizados de forma direta e foi utilizada a metodologia de aplicação triangular, com dois usuários, um assistente social e três profissionais (médico¹⁰, enfermeiro, e técnico). Tal metodologia de pesquisa possibilitou apreender em uma perspectiva de totalidade de que forma os/as demais profissionais bem como os/as usuários/as apreendem o trabalho do Serviço Social para a materialização da Política Nacional de Humanização do SUS.

A partir da análise dos dados foi possível organizar a discussão da seguinte forma: Na primeira seção serão apresentados as percepções dos profissionais do SUS no que se refere a humanização, bem como o que é humanização e qual a sua importância para a realização do serviço. Tal discussão é importante para iniciar a reflexão acerca do trabalho do Assistente Social na implantação da política de humanização no HIG.

Na segunda seção será abrangida a questão da PNH no Hospital Ivan Goulart, seu conhecimento, sua aplicação e efetivação. Visto que o Serviço Social trabalha de forma interdisciplinar e relacionada a outros departamentos de sua área de atuação e contribui ativamente para a efetivação da PNH dentro do hospital em todas as esferas do atendimento

Na terceira será dado um foco especial a atuação do Serviço Social no atendimento humanizado aos usuários e aos trabalhadores em saúde do Hospital Ivan Goulart. Ressalta-se que as ações profissionais do/a assistente social no campo da saúde, assim como em outras áreas, não acontecem de maneira isolada, e se articulam em processos na medida que divergem ou aproximam entre si, e em especial na área da saúde, integram o processo coletivo do trabalho em saúde.

No Município existem 15 unidades de estratégia de saúde da família (ESF) que atendem demandas da atenção básica, configurando a porta de entrada para os usuários ao acesso ao Sistema Único de Saúde, mas é no hospital que são

¹⁰ O médico convidado recusou-se participar da pesquisa.

realizados os atendimentos de urgências e emergências, bem como internações e cirurgias. O atendimento à população no HIG deveria ser apenas de questões de urgência e emergência, ou de média complexidade em diante, mas o que ocorre é o atendimento da atenção primária, visto que os serviços de ESF não estão funcionando adequadamente no Município, conforme se percebe nos resultados da pesquisa.

5.1 As Percepções dos/As Profissionais Acerca da Política de Humanização do Sus

A saúde pública em São Borja é administrada pela Secretaria Municipal de Saúde, por meio da concretização do modelo de Saúde Plena, implantando no ano de 2010 e que, anualmente, atende mais de 40 mil pessoas, tanto na atenção básica quanto nas especialidades. Configura-se com o acesso a serviços médicos e odontológicos gratuitos, fazendo um total de 500 atendimentos diários¹¹.

Atualmente, estão em atividades 15 ESFs, distribuídos em bairros e vilas da cidade, onde possui serviços médicos, de enfermagem, odontológicos e psicológicos, além de programas nutricionais. Os ESFs atendem em média cada um 2500 pessoas ao mês, além do Hospital Ivan Goulart, cenário de pesquisa, que atendem a média de 3000 pessoas por mês em emergências, urgências, internações e cirurgias.

A partir da pesquisa realizada junto aos profissionais que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS) foi possível apreender qual percepção o profissional possui sobre a humanização, que implica pensar em tornar os serviços resolutivos e de qualidade, responsabilizando todos os sujeitos sociais envolvidos no processo de trabalho pelo realização do mesmo de forma efetiva.

A resposta apresentada a seguir traz o entendimento acerca de humanização, e foi manifestada a partir do questionamento realizado para introduzir a temática da pesquisa:

¹¹ Disponível no portal <<http://www.hospitalivangoulart.org.br/>>

A humanização deve caminhar cada vez mais em conjunto como vertente orgânica do Sistema Único de Saúde (SUS), das relações entre profissionais e usuários, diálogo entre profissionais, no trabalho em equipe. Aumentar o grau de corresponsabilidade dos diferentes, através que constituem a rede SUS, tomar a saúde como valor de uso é ter como padrão na atenção de vínculo com os usuários, é garantir direito dos usuários e familiares (PROFISSIONAL A).

Partindo da observação dessa resposta, elenca-se duas categorias emergente para análise de pesquisa, sendo a organicidade da humanização no atendimento a saúde e a corresponsabilidade dos sujeitos. Tais categorias retornam ao cenário de por meio de outras falas de outros profissionais. Importa ressaltar que sobre a organicidade da humanização, Simões (2007) ressalta que o processo de humanização deve ser visto como uma atitude e atividade cotidiana no serviço de saúde, além de contribuir para a melhora do ambiente, ainda deve ser discutido entre todos os envolvidos, buscando efetivação e otimização do trabalho e do serviço prestado, por meio da concretização da integralidade no atendimento.

Tal observação resgata ainda a questão da corresponsabilidade dos sujeitos, ou seja, todos são responsáveis pela efetivação do serviço e pela otimização do atendimento, desde o usuário até a última pessoa por quem esse usuário irá passar durante a busca pela cura de sua doença. Nogueira e Miotto (2006) ressaltam que geralmente os usuários desconhecem ou fingem desconhecer que o profissional que o está atendendo também é um ser humano, com questões pessoais e profissionais, e que necessita de atenção e atendimento.

A próxima fala apresentada responde sobre o mesmo questionamento, trazendo outra visão, não diferenciada da que foi apresentada anteriormente:

No meu entendimento é o cuidado integral ao paciente e seus familiares, levando em considerações seu estado físico, social e emocional, assim proporcionando e assegurando um atendimento digno, ético, humano, que elencam a qualidade, a universalidade (PROFISSIONAL B).

Considerando essa percepção e a questão do cuidado integral, importa retomar o que nos diz Nogueira e Miotto (2006) sobre a questão de buscar viabilizar, por meio da humanização, a concretização dos princípios da universalidade de acesso e equidade relacionadas aos direitos sociais. Afinal, por meio da ação cotidiana dos profissionais da área de saúde pública, é possível construir a integralidade em saúde, com uma abordagem do indivíduo em sua totalidade como parte de um contexto social, econômico, histórico e cultural.

Importa ressaltar a percepção dos usuários quanto ao atendimento realizado na instituição, visto que apontaram dentre as contradições, a demora no atendimento, que foi apontada por ambos os entrevistados. O que evidencia que o município de São Borja está no cenário brasileiro sobre demanda reprimida.

Ainda, viabilizar a concretização dos princípios da universalidade de acesso e equidade em relação aos direitos sociais faz parte da ação cotidiana dos assistentes sociais onde tem um papel fundamental na construção da integralidade em saúde. A integralidade deve ser entendida como “princípio dotado de vários sentidos que consistem tanto na abordagem do indivíduo na sua totalidade” como parte de um contexto social, econômico, histórico e político, quanto na “organização de práticas de saúde que integrem ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação” (NOGUEIRA; MIOTO, 2006, p. 6).

Dessa forma, importa observar a seguinte fala:

Já realizei algumas leituras sobre a política de humanização e já participei do grupo aqui na instituição, um atendimento mais humanizado, respeitando a individualidade de cada paciente, eu como tenho um trabalho mais próximo do paciente consigo notar que cada paciente exige um cuidado diferenciado e uns precisam de mais atenção (PROFISSIONAL C).

Acerca dessa percepção, importa ressaltar que o/a profissional relata que realizou algumas leituras, participou de capacitações, além de ter consciência de seu papel nesse atendimento mais humanizado, não relata nenhuma ação ou entendimento propriamente dito sobre como trabalhar de maneira mais humanizada.

A individualidade do sujeito fica evidenciada nesse momento, ao se discutir que tanto o profissional quanto o usuário, são indivíduos que tem valores, costumes e comportamentos éticos e culturais próprios de seu grupo, o que leva a perceber também nas respostas dos usuários, que solicitava uma avaliação sobre o atendimento dos profissionais do hospital, e a primeira resposta “disse que o atendimento é excelente, maravilhoso e todos são bem atenciosos”.

A segunda resposta disse que o atendimento é bom, são atenciosos e não medem esforços para ajudar, mas é natural ter alguma falha. Mas fica a lacuna para a questão do quanto isso é efetivo para o processo humanizado. Não fica claro se esse atendimento atencioso pode realmente efetivar a humanização no trabalho e no atendimento aos usuários do hospital.

Nesse contexto, importa ressaltar o que diz Baraúna (2005) sobre a humanização ser um processo de construção gradativa, efetivada por todos os envolvidos, e que deve ser realizada por meio do compartilhamento de conhecimentos e sentimentos, além da necessária disposição dos envolvidos em colaborar nesse processo. Sem ter essa disposição dos envolvidos, fica difícil a efetivação da humanização, visto que o ato ou efeito de humanizar é tarefa de todos.

Importa ressaltar que a humanização é realizada por meio do compartilhamento de conhecimentos e de sentimentos, e para que isso se efetive é necessário um processo amplo e demorado de conscientização e valorização do outro. Fica claro que esse processo enfrenta resistência dos dois lados, e configura um espaço ético que requer o fomento de relações profissionais saudáveis, entre sujeitos que se respeitem mutuamente e entendam que cada um tem suas particularidades (BARAÚNA, 2005).

Ressalta-se a percepção da PNH como algo que estava se “*efetivando cada dia mais*” (PROFISSIONAL A), e que os temas pautados pelos grupos de humanização asseguram a participação de todos os profissionais envolvidos nos processos de atendimento ao público.

Os grupos de humanização se reúnem a cada 15 dias para a discussão acerca das relações e condições de trabalho dentro da instituição. As reuniões são organizadas e mediadas pelo Serviço Social e pelo Departamento de Psicologia do hospital, escolhidos estrategicamente pela direção do Hospital para exercer essa tarefa.

Sobre esse cenário, ainda foi manifestado que “*Apesar de achar que os profissionais na sua maioria são pessoas humanas e comprometidas com o paciente, não visualizo a Política de Humanização, desconheço*” (PROFISSIONAL B). Essa apreensão traz a pauta da comunicação para o cenário da discussão e retoma a visão de Baraúna (2005) que diz que a humanização deve ser uma construção coletiva buscando a transformação de valores, com a participação de todos os envolvidos no processo, onde exista comunicação e relações consolidadas e humanizadas.

Nessa visão:

[...] sem comunicação não há humanização. A humanização depende de nossa capacidade de falar e ouvir, pois as coisas no mundo só se tornam humanas quando passam pelo diálogo com os nossos semelhantes (BETTS, 2006, p. 35).

Fica visível na visão da profissional B, que não existe essa comunicação necessária para a efetivação da humanização, visto que ela sabe que seus colegas são pessoas humanas e comprometidas com o seu trabalho, mas não vê neles atitudes baseadas no processo de humanização do atendimento.

Ainda fica evidente a falta de conhecimento acerca dos princípios do SUS no cotidiano de trabalho, pois ao falarem sobre a humanização, nenhum deles retoma esses tópicos ou explica de forma a deixar claro que conhece os mesmos. Isso preocupa visto que todos os profissionais entrevistados trabalham diretamente com o usuário dos serviços. Para o exercício da profissão é de suma importância que tais princípios sejam conhecidos, refletidos e seriamente cumpridos.

Ainda foi manifestado que *“existe um grupo de humanização dentro da instituição, acredito que todos os colaboradores tenham conhecimento desse grupo e alguns profissionais já tenham participado do grupo”* (PROFISSIONAL C). Outra resposta que esclarece que os profissionais sabem que existe um grupo que trabalha a humanização na instituição, mas não percebem atitudes humanizadas no cotidiano do trabalho, visto que ela diz que alguns podem ter participado desse grupo.

Sobre a existência de ligação entre a PNH e os princípios do SUS, bem como quais as estratégias utilizadas no cotidiano para a efetivação tanto de um quanto de outro. A resposta foi:

O Serviço Social tem contribuído intermediando o espaço de escuta e diálogo entre os profissionais que se constroem no processo de fortalecimento de uma política de humanização, pois os mesmos atuam diretamente com o interesse coletivo e com a vida dos usuários (PROFISSIONAL A).

Afinal, o Serviço Social trabalha de forma interdisciplinar e relacionada a outros departamentos de sua área de atuação, e por meio do diálogo e da atenção, procura intervir no processo de trabalho e relações do ambiente. Essa percepção ressalta que o Serviço Social contribui ativamente para a efetivação da PNH dentro do hospital em todas as esferas do atendimento.

Para Nogueira e Mioto 2006) a nova posição que o Serviço Social impõe o coloca no âmbito da discussão interdisciplinar que tem se realizado no campo de conhecimento da saúde coletiva. Todas as áreas buscam discutir as suas atuações de forma relacionada e interligada, buscando a otimização do trabalho em equipe em locais como a instituição pesquisada.

Outra questão apresentada aos profissionais foi como se dá o acolhimento no serviço realizado:

Todos os pacientes e familiares são acolhidos de forma igualitária, temos ótimos profissionais que são extremamente preocupados com esse processo, possuímos estrutura física adequada para recebê-los, exames necessários e se não possua é imediatamente encaminhado para outra região, nenhum paciente fica sem atendimento ou medicação, a espera por atendimento não demora comparado a outras realidades. Temos assistentes sociais comprometidas, eficientes e resolutivas nos diversos casos que aparecem (PROFISSIONAL B).

Nessa resposta, fica evidente a atuação efetiva dos profissionais envolvidos com a humanização dentro da instituição. A profissional B, ressalta isso em seu depoimento, bem como comprova o que diz ao informar que a realidade vivida aqui em relação a outras cidades do mesmo porte ou mesmo grandes centros, é bastante aceitável, visto que o atendimento não demora.

Ainda:

A estratégia utilizada é um olhar diferenciado sempre, trabalhar com cuidado ético, pois o acolhimento passa a ser um uso consciente de sentimentos, valores, na busca de qualidade do atendimento de nossos atos profissionais, no modo de acolher (PROFISSIONAL C).

Nessa visão, importa ressaltar que a ética existe em relação ao outro quando o sujeito se torna compreensivo em relação à necessidade de seu semelhante. Assim, vislumbra-se que o acolhimento está voltado ao diálogo interativo, onde a escuta é capaz de identificar o sentimento de dor e prazer a serem trabalhadas humanamente (BETTS, 2006).

Na visão dos usuários, ficou explicitado que existe muita demora no atendimento do pronto-socorro, dizendo que necessitam de melhorias nessa parte, mas não aponta quais seriam essas melhorias necessárias. Nessa perspectiva importa ressaltar que mesmo que o hospital adote o Protocolo de Manchester, não há garantias para sua efetivação, visto que existe sim uma desqualificação

profissional, falta de interesse dos profissionais quanto à humanização, bem como o excesso de burocracia que dificulta a efetivação do processo humanizado.

Ainda sobre acolhimento, interessa retomar a visão de Simões (2007) que diz que o Assistente Social que trabalha em uma equipe de saúde, deve dispor de uma visão diferenciada que possa promover uma observação das condições de saúde do usuário, bem como dominar o meio de administrar as questões resultantes do atendimento e daquela situação que se está atendendo no momento. As particularidades dos usuários devem ser observadas e a partir disso, o profissional planeja sua atuação.

A próxima questão era quanto a interdisciplinaridade para a efetivação da PNH dentro da instituição. Para essa questão, a Enfermeira relatou que: *“Desconheço esse processo, talvez por não fazer parte de algum encontro, nunca vi falar sobre o assunto”* (PROFISSIONAL B), enquanto outra fala diz que: *“Acredito que exista, mas em pequenos grupos de profissionais, não é de conhecimento de toda a equipe”* (PROFISSIONAL C).

Nesse momento, fica claro que alguns profissionais não participaram de nenhum grupo de humanização. Mais uma vez fica ressaltada a falta de comunicação, visto que a profissional do Serviço Social manifesta que todos os profissionais estão envolvidos, mas duas profissionais de enfermagem com mais de 3 anos de trabalho ficaram de fora dos grupos e atividades.

Fica claro uma percepção de entendimento dos/das profissional quanto à importância do seu papel no processo de atendimento enquanto peça chave para a efetivação das políticas públicas e também para a efetivação de toda e qualquer ação que esteja fazendo referência às garantias de direitos, nesse caso, ao atendimento de saúde pública.

Para um aprofundamento desse entendimento, as próximas questões do questionário aplicado salientam a PNH no Hospital Ivan Goulart e na atuação desses profissionais, o que pode ser vislumbrada na próxima seção.

5.2 A Política Nacional de Humanização no Hospital Ivan Goulart

A primeira questão quanto a PNH se referia ao que era percebido pelos profissionais dentro do hospital, ou seja, se a humanização está envolvendo todos os profissionais. Ficou ressaltado que era percebido que a PNH estava se efetivando

cada dia mais, e que os temas pautados pelos grupos de humanização asseguram a participação de todos os profissionais envolvidos nos processos de atendimento ao público.

Percebo que está cada dia mais se efetivando, temas ao grupo de humanização e programas a formação de ações que asseguram a participação de todos profissionais nos processos de discussões e decisões, fortalecendo e valorizando os colaboradores, sua motivação, o autodesenvolvimento e o crescimento profissional (PROFISSIONAL A).

Afinal, o Serviço Social trabalha de forma interdisciplinar e relacionada a outros departamentos de sua área de atuação, e por meio do diálogo e da atenção, procura intervir no processo de trabalho e relações do ambiente. Essa percepção ressalta que o Serviço Social contribui ativamente para a efetivação da PNH dentro do hospital em todas as esferas do atendimento.

Para Nogueira e Miotto (2006) a nova posição que o Serviço Social impõe o coloca no âmbito da discussão interdisciplinar que tem se realizado no campo de conhecimento da saúde coletiva. Todas as áreas buscam discutir as suas atuações de forma relacionada e interligada, buscando a otimização do trabalho em equipe em locais como a instituição pesquisada.

Outra questão apresentada aos profissionais foi como se dá o acolhimento no serviço realizado. A primeira resposta foi o seguinte:

Todos os pacientes e familiares são acolhidos de forma igualitária, temos ótimos profissionais que são extremamente preocupados com esse processo, possuímos estrutura física adequada para recebê-los, exames necessários e se não possui é imediatamente encaminhado para outra região, nenhum paciente fica sem atendimento ou medicação, a espera por atendimento não demora comparado a outras realidades. Temos assistentes sociais comprometidas, eficientes e resolutivas nos diversos casos que aparecem (PROFISSIONAL A).

Nessa resposta, fica evidente a atuação efetiva dos profissionais envolvidos com a humanização dentro da instituição. Fica evidente o que diz ao informar que a realidade vivida aqui em relação a outras cidades do mesmo porte ou mesmo grandes centros, é bastante aceitável, visto que o atendimento não demora.

Ainda:

A estratégia utilizada é um olhar diferenciado sempre, trabalhar com cuidado ético, pois o acolhimento passa a ser um uso consciente de sentimentos, valores, na busca de qualidade do atendimento de nossos atos profissionais, no modo de acolher (PROFISSIONAL C).

Nessa visão, importa ressaltar que a ética existe em relação ao outro quando o sujeito se torna compreensivo em relação à necessidade de seu semelhante. Assim, vislumbra-se que o acolhimento está voltado ao diálogo interativo, onde a escuta é capaz de identificar o sentimento de dor e prazer a serem trabalhadas humanamente (BETTS, 2006).

Na visão dos usuários, ficou explicitado que existe muita demora no atendimento do pronto-socorro, dizendo que necessitam de melhorias nessa parte, mas não aponta quais seriam essas melhorias necessárias. Nessa perspectiva importa ressaltar que mesmo que o hospital adote o Protocolo de Manchester¹², não há garantias para sua efetivação, visto que existe sim uma desqualificação profissional, falta de interesse dos profissionais quanto à humanização, bem como o excesso de burocracia que dificulta a efetivação do processo humanizado.

Ainda sobre acolhimento, interessa retomar a visão de Simões (2007) que diz que o Assistente Social que trabalha em uma equipe de saúde, deve dispor de uma visão diferenciada que possa promover uma observação das condições de saúde do usuário, bem como dominar o meio de administrar as questões resultantes do atendimento e daquela situação que se está atendendo no momento. As particularidades dos usuários devem ser observadas e a partir disso, o profissional planeja sua atuação.

Importa ressaltar que um dos desafios para a humanização é a implementação da interdisciplinaridade que conforme Teixeira e Nunes (2006)¹³, está preconizada na PNH como uma ferramenta que contribui para o avanço da atenção qualitativa, visando a satisfação do usuário. No entanto, é necessário que a equipe se diversifique realmente, e não apenas no planejamento, mas trabalhe

¹² O Manchester classifica, após uma triagem baseada nos sintomas, os doentes por cores, que representam o grau de gravidade e o tempo de espera recomendado para atendimento. Aos doentes com patologias mais graves é atribuída a cor vermelha, atendimento imediato; os casos muito urgentes recebem a cor laranja, com um tempo de espera recomendado de dez minutos; os casos urgentes, com a cor amarela, têm um tempo de espera recomendado de 60 minutos. Os doentes que recebem a cor verde e azul são casos de menor gravidade (pouco ou não urgentes) que, como tal, devem ser atendidos no espaço de duas e quatro horas. O programa recebeu este nome porque foi aplicado pela primeira vez em 1997 na cidade britânica de Manchester. Esta triagem foi rapidamente implementada em vários hospitais do Reino Unido. Em Portugal, são poucos os hospitais que ainda não utilizam este sistema, que já está sendo empregado em outros países da Europa, como Espanha, Holanda, Alemanha e Suécia. **Fonte:** Portal a Enfermagem. Disponível em: <<http://aenfermagem.com.br/materia/protocolo-de-manchester/>> Acesso em 27.10.2016.

¹³ TEIXEIRA, M. J. O.; NUNES, S. T. A interdisciplinaridade no programa saúde da família: uma utopia? *Saúde e Serviço Social*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

efetivamente de forma coletiva, em plena interação e articulação, respeitando sempre as particularidades e competências de cada área do saber.

Quanto a interdisciplinaridade para a efetivação da PNH dentro da instituição, foi relatado que: *“Desconheço esse processo, talvez por não fazer parte de algum encontro, nunca vi falar sobre o assunto”*, enquanto a profissional C, relata que: *“Acredito que exista, mas em pequenos grupos de profissionais, não é de conhecimento de toda a equipe” (PROFISSIONAL B)*.

Nesse momento, fica claro nem todos os profissionais participaram dos grupos de humanização. Mais uma vez fica ressaltada a falta de comunicação, visto que a profissional do Serviço Social manifesta que todos os profissionais estão envolvidos, mas duas profissionais de enfermagem com mais de 3 anos de trabalho ficaram de fora dos grupos e atividades.

A última questão a essas profissionais como percebem a atuação do Serviço Social para a efetivação da PNH. Destaca-se:

Como já dito acima nunca participei de algum encontro que fosse discutido o assunto, mas ao meu ver o Serviço Social exerce sua função da melhor forma, provavelmente se baseiam nesta política, A assistente social formou um grupo de humanização dentro do hospital onde são realizadas atividades voltadas a equipe multiprofissional que fazem parte desse processo, onde gera reflexo na assistência prestada ao paciente (PROFISSIONAL B).

Ainda:

A política de atendimento humanizado vai ao encontro dos princípios do Serviço Social no momento em que o profissional estabelece estratégias de inovações e enfrentamentos possibilitando a intervenção das demandas cotidianas, onde Assistente Social tem que estar a par das demandas, da realidade dos pacientes, usando seu potencial teórico para criar formas efetivas de transformação de realidade (PROFISSIONAL C).

Ambas profissionais ressaltam perceber que o Serviço Social vem atuando em prol da busca por um atendimento mais humanizado. Mas deixam claro que não participam ativamente das atividades.

A humanização conta com um acúmulo considerável de representações no campo de Saúde e da Assistência Social, que varia de várias formas de interpretações, atuação profissional à sua consideração enquanto obstáculo a um exercício comprometido com os princípios do SUS. Essas concepções antagônicas

fazem com que a interpretação sobre a humanização represente ainda um desafio conceitual, ético e político.

O profissional do Serviço Social atua na identificação dos determinantes sociais que interferem nas condições de vida e de saúde dos usuários, tem como premissa a integralidade das ações na elaboração de estratégias para o enfrentamento das demandas apresentadas. Com isso, a sua inserção em equipes interdisciplinares é recorrente, dado que contribui para o seu chamamento à participação na humanização do atendimento.

As respostas apresentadas nesse estudo confirmam tais premissas e colaboram na formação do Assistente Social que busca na humanização do SUS um bom campo de atuação profissional. Para aprofundar essa discussão, segue-se a próxima seção, onde a atuação do Serviço Social é discutida mais amplamente.

5.3 A Atuação do Serviço Social Considerando a PNH no Hospital Ivan Goulart

A seguinte discussão apresenta resposta das três profissionais entrevistadas, relacionadas a atuação do Serviço Social considerando a PNH dentro do Hospital Ivan Goulart. Ao final da seção anterior, foi apresentada a visão das profissionais de enfermagem quanto ao Serviço Social enquanto efetivado da PNH.

Foi apresentado nos relatos que as possibilidades que o Serviço Social pode desenvolver para materializar os princípios éticos e políticos da profissão é: *“Observação, acolhimento, acompanhamento de visitas pós leito com os médicos, discussões de casos de usuários com a equipe, possibilitando ao profissional e equipe identificar variadas demandas apresentadas pelos usuários”* (PROFISSIONAL C). Nessa visão, importa ressaltar o que diz Ribeiro (2006) sobre o desafio da humanização envolver a sensibilização de reconhecer no outro um semelhante.

O questionamento sobre como percebe a efetivação dos princípios do Projeto Ético Político (PEP) no exercício da profissão, considerando que o PEP é o projeto profissional do Serviço Social construído no contexto histórico de transição dos anos 1970 aos 1980, em um processo de redemocratização da sociedade brasileira, recusando o conservadorismo profissional que estava presente na época. A primeira resposta foi:

Entendo que a efetivação se dá com o compromisso com a competência que tem como base o aperfeiçoamento intelectual com ênfase numa formação acadêmica qualificada, e formação permanente fundada em concepção teórica-metodológica crítica e sólida capaz de viabilizar o compromisso com a qualidade dos serviços que deveram ser prestados em conjunto com os diversos profissionais (PROFISSIONAL A).

Nessa visão da profissional, importa retomar o que diz Martinelli (2002) acerca da intervenção que inclui habilidades profissionais percebidas no modo e na direção que o Assistente Social atua. Para o autora, “a partir do lugar social em que atuam, e do A primeira questão quanto a PNH se referia ao que era percebido pelos profissionais dentro do hospital, ou seja, se a humanização está envolvendo todos os profissionais.

Essa premissa traz a questão de que se deve estabelecer relações mais solidárias com o usuário, dialogando, sendo compreensivo e buscando empatia para que seja efetivado o processo de humanização no atendimento. Deve ser buscado atender de uma maneira mais humana, deixando o outro se sentir bem no momento em que busca, muitas vezes de forma desesperada, por uma solução para seu problema de saúde.

Nessa percepção, importa analisar que a concepção de promoção à saúde, segundo Nogueira e Mito (2006) está definida dentro da ampliada ramificação na vida cotidiana e assim, ocorre o equívoco de associar a ideia de saúde como qualidade de vida apenas. Essa associação, contraditoriamente, tem dado margem a “imprecisões e ao fortalecimento de ideologias que enfatizam a qualidade de vida como adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis” (NOGUEIRA E MIOTO, 2006, p. 7).

A última questão a essas profissionais como percebem a atuação do Serviço Social para a efetivação da PNH. Destaca-se:

Como já dito acima nunca participei de algum encontro que fosse discutido o assunto, mas ao meu ver o Serviço Social exerce sua função da melhor forma, provavelmente se baseiam nesta política, A assistente social formou um grupo de humanização dentro do hospital onde são realizadas atividades voltadas a equipe multiprofissional que fazem parte desse processo, onde gera reflexo na assistência prestada ao paciente (PROFISSIONAL B).

Ainda:

A política de atendimento humanizado vai ao encontro dos princípios do Serviço Social no momento em que o profissional estabelece estratégias de inovações e enfrentamentos possibilitando a intervenção das demandas cotidianas, onde Assistente Social tem que estar a par das demandas, da realidade dos pacientes, usando seu potencial teórico para criar formas efetivas de transformação de realidade (PROFISSIONAL C).

Ambas profissionais ressaltam perceber que o Serviço Social vem atuando em prol da busca por um atendimento mais humanizado. Mas deixam claro que não participam ativamente das atividades.

Assim, nessa perspectiva cabe ao Serviço Social protagonizar o novo modelo, considerando que a perversa desigualdade social e a falta de informação e conhecimento da população quanto aos seus direitos “impõe de forma inequívoca ao assistente social ações no sentido da promoção da cidadania, da construção e do fortalecimento de redes sociais e de integração entre as ações” (idem, p. 8) na sua atuação na área da saúde.

Sobre a avaliação da implementação da PNH no Hospital, que, por sua vez, contém um elemento valorativo, um juízo sobre o planejamento, seja antes ou depois de executado, isto é, “ex-ante ou ex-post, [...] avaliação de processos ou de impacto, ou, ainda, avaliação interna ou externa: técnica ou participativa (NOGUEIRA e MIOTO, 06, p. 24). A primeira resposta foi a seguinte:

A humanização visa valorizar as relações no ambiente hospitalar resgatando o respeito e dignidade no sentido de romper com as práticas individualistas e de amenização de conflitos, a humanização é essencial para que se tenha qualidade de trabalho para que tanto profissionais e pacientes se sintam felizes e satisfeitos (PROFISSIONAL B).

Outra resposta:

Pouco trabalho com as demais equipes dentro da instituição, sei que são seguidas as exigências pelo Serviço Social, mas poderia ser mais efetiva se a equipe de enfermagem estivesse mais integrada com o assunto (PROFISSIONAL C).

Observa-se nesse ponto, que há realmente uma lacuna entre a atuação do Serviço Social e essas profissionais de saúde. Elas relatam conhecer as atividades e

saber a respeito do programa de humanização que está sendo implantado, mas afirmam não ter acesso ao mesmo.

Importa ressaltar o que diz a própria PNH a respeito, pois de acordo com os princípios e diretrizes da PNH, a humanização compreende a valorização dos diferentes sujeitos: usuários, trabalhadores e gestores implicados no processo de produção de saúde. Assim, deve buscar valorizar os sujeitos e oportunizar uma maior autonomia, além da ampliação da sua capacidade de transformar a realidade em que vivem, por meio da responsabilidade compartilhada, da criação de vínculos solidários, da participação coletiva nos processos de gestão e de produção de saúde (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Ainda nessa visão, Silva (2002) diz que a base do trabalho inerente à prestação de serviços de saúde é estabelecer uma relação de diálogo, pois todo mundo sabe alguma coisa e ninguém sabe tudo e a arte da conversa faz emergir o sentido no ponto de convergência das diversidades.

Afinal, as ações profissionais do/a assistente social no campo da saúde, assim como em outras áreas, não acontecem de maneira isolada, ao se articularem em eixos/processos na medida que divergem ou aproximam entre si, e em especial na área da saúde, integram o processo coletivo do trabalho em saúde (NOGUEIRA E MIOTO, 2006).

Aos usuários, foi solicitado que apontassem sua percepção quanto a atuação do Serviço Social para a efetivação da PNH no hospital. A primeira resposta foi:

Não tive nem um contato com o profissional de Serviço Social aqui no hospital, nem sabia que tinha esse profissional aqui no hospital, já passei por outros hospitais aonde faço tratamento, e acredito que o profissional do Serviço Social juntamente com os outros profissionais possam trabalhar para um melhor atendimento com mais qualidade nos serviços prestados (USUÁRIO 1).

Nessa resposta fica evidente o que foi apontado pelas profissionais de enfermagem sobre a atuação do Serviço Social no atendimento aos usuários, pois existe a política de humanização, existem os grupos de apoio, existem ações, mas nem todos os profissionais tiveram acesso e nem todos os usuários estão recebendo a melhoria que essas ações podem disponibilizar.

Ressalta-se que a precarização do trabalho também está evidente, visto que o Serviço Social não consegue atender a toda a demanda, como se evidencia na fala do usuário que relata não ter tido contato com esse/a profissional.

Algo está faltando nesse processo, podendo ser indicativo de falta de comunicação, ou mesmo atuação do profissional de Serviço Social muito ampliada fazendo com que existem falhas em alguns pontos. Ainda fica evidente que existe demanda reprimida, o que aponta para uma nova possibilidade de atuação, com outros profissionais de Serviço Social dentro da instituição.

Aponta-se o que diz outro usuário a respeito:

Não conheço essa política de humanização, mas a atuação do assistente social aqui no hospital é de suma importância ela esteve aqui no quarto realizando um atendimento aonde ela nos orientou, na outra vez que estive internado também tive o acompanhamento dela (USUÁRIO 2).

Quanto a isso, importa ressaltar que a humanização na saúde implica pensar em tornar os serviços resolutivos e de qualidade, tornando as necessidades de saúde dos/as usuários/as responsabilidade de todos os sujeitos sociais envolvidos no processo de trabalho. (SIMÕES, 2007).

Para tanto, o direito à informação deve ser discutido, Chupel e Miotto (2010) ressaltam que o princípio de orientação dos serviços traz o acolhimento como uma parte importante do projeto institucional, onde direciona o trabalho que será realizado. Ressalta-se que a humanização não se resume ao atendimento, mas também é importante, a arquitetura, o acabamento e a parte física da unidade de saúde para o preparo de um ambiente humano.

O último questionamento a essas profissionais era quanto a sugestões que pudessem elencar, e possibilidades para os profissionais do Serviço Social tivessem meios de desenvolver a PNH no hospital.

As respostas foram:

Mapear programas, projetos e iniciativas de humanização já existente e passar para as equipes multidisciplinares, sensibilizando-se da necessidade de agir de forma correta, falando sobre o assunto e principalmente do direito que cada cidadão tem a saúde e também orienta-los a sempre considerarem o meio externo e se necessário fazer contato com a atenção básica (PROFISSIONAL B).

Já vem sendo realizado dentro da instituição um projeto de humanização, acredito que possa existir mais participação de todos os profissionais, não sendo apenas da área saúde, mas o projeto ir além, trazendo os demais profissionais para conhecer a Política nacional de humanização (PROFISSIONAL C).

Uma contradição se apresenta no momento em que a profissional B, manifesta a necessidade da criação de algo, enquanto a técnica relata que já existe algo criado. A falta de comunicação realmente prejudica a efetivação da PNH, em qualquer âmbito, em qualquer setor de trabalho, em qualquer relação. A comunicação é a ferramenta chave para o sucesso da humanização em qualquer local de trabalho.

Como já foi mencionado, o Serviço Social deve atuar na área da saúde com a elaboração de um planejamento que será utilizado de forma ampla e em distintos espaços e dimensões, com ações como formalizar as políticas de saúde, dar organicidade aos sistemas de saúde, na dimensão gerencial e técnico-assistencial para implantação do SUS, para a delimitação dos sistemas locais de saúde, para a gestão do sistema de saúde suplementar, no planejamento em saúde, selecionando as prioridades e a partir do reconhecimento das necessidades de saúde, além de organizar as demandas em saúde, prever a cobertura dos serviços de saúde, favorecer a gerência e a gestão em saúde, fornecendo as ferramentas para a avaliação de programas, de serviços e de cuidados em saúde e previsão de custos e alocação de recursos (NOGUEIRA & MIOTTO, 2006).

Com esse foco possibilita e promove a atuação na busca pela humanização no atendimento à saúde.

Aos usuários, foi questionado se sabiam o que era a PNH. O primeiro respondeu que “sim”, “*que aprendeu sobre por meio de conversa com amigos, e o segundo disse não ter conhecimento nenhum a respeito*” (USUÁRIO 1).

O conceito do PNH é bastante amplo e utilizado na mídia atualmente, o que leva a perceber que o usuário pode ter escutado falar a respeito, mas que não sabe realmente do que se trata. O mesmo ocorre com o segundo usuário entrevistado, como fica evidenciado na segunda questão, que perguntava diretamente o que se entendia por humanização do SUS, que respondeu que significa ser bem atendido.

Essa premissa retoma o acolhimento ao campo de discussão, conforme diz Chupel e Miotto (2010) que o acolhimento é um elemento fundamental para reorganizar os serviços de saúde, visto que no primeiro contato é que se definem as

necessidades do usuário e que atitudes deverão ser tomadas para solucionar seu problema de saúde.

As respostas aos questionamentos promoveram o conhecimento acerca da realidade vivida pelos profissionais dentro do HIG, bem como sua visão perante à PNH e sua implementação na instituição. Também identificar que a imprevisibilidade dos resultados, bem como a fluidez da sua intervenção não decorrem da natureza "indefinida" do Serviço Social, mas originam-se nas próprias características do trabalho em saúde, cujos objetos das práticas são sempre "as situações concretas" nas suas múltiplas expressões cotidianas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho de conclusão de curso possibilitou o vislumbre acerca da atuação do Serviço Social dentro de um hospital que atende de forma pública e privada na cidade de São Borja – RS, onde está sendo implantada a política de humanização para o serviço de saúde.

Na perspectiva desse estudo, ressalta-se que o processo de humanização deve ser visto como uma postura cotidiana no serviço de saúde, que pode contribuir para a melhora do ambiente, além de ser pauta de discussão entre todos os envolvidos, buscando efetivação e otimização do trabalho e do serviço prestado. Ressalta-se nesse momento, como sugestão, a questão da corresponsabilidade, ou seja, todos são responsáveis pela efetivação do serviço e pela otimização do atendimento, desde o usuário até a última pessoa por quem esse usuário irá passar durante a busca pela cura de sua doença.

O estudo conseguiu vislumbrar que por meio da humanização ocorre a concretização dos princípios da universalidade de acesso e equidade relacionadas aos direitos sociais, pois por meio da ação cotidiana dos profissionais da área de saúde pública, é possível construir a integralidade em saúde, com uma abordagem do indivíduo em sua totalidade como parte de um contexto social, econômico, histórico e cultural. A integralidade está diretamente relacionada à condição integral e não parcial do ser humano, quando o sistema de saúde se prepara para ouvir o usuário, entende-lo e inseri-lo em seu contexto social, buscando atender a todas as suas demandas na área da saúde física e mental. Esse estudo colabora para o entendimento de sua importância ao apresentar resultados a partir da análise dos dados quanto à necessidade de um número maior de profissionais do Serviço Social para prestar atendimento aos usuários do HIG.

Foram analisadas respostas dos profissionais da saúde e dos usuários. Importa ressaltar que um dos profissionais da saúde negou-se a participar da pesquisa, alegando falta de tempo, o que impossibilitou a busca por outro profissional dessa área.

Nesse contexto, importa ressaltar que a profissional B, relata que realizou algumas leituras, participou de capacitações, além de ter consciência de seu papel nesse atendimento mais humanizado, mas não relata nenhuma ação ou entendimento propriamente dito sobre como trabalhar de maneira mais humanizada.

Ela deixa claro que sabe que existe o projeto na instituição, mas que não participa dele.

Frisa-se que a humanização deve ser um processo de construção gradativa, realizada por meio do compartilhamento de conhecimentos e sentimentos, além da necessária disposição dos envolvidos em colaborar nesse processo. Sem ter essa disposição dos envolvidos, fica difícil a efetivação da humanização, visto que o ato ou efeito de humanizar é tarefa de todos. Assim as respostas apontam para uma lacuna na comunicação entre todos os setores de atendimento da instituição.

Os profissionais relatam que percebiam a PNH como uma política que estava se efetivando cada dia mais na instituição, e que os temas pautados pelos grupos de humanização asseguram a participação de todos os profissionais envolvidos nos processos de atendimento ao público, evidencia-se que essa lacuna não é de seu conhecimento, o que afirma ainda mais a questão da comunicação estar sendo insuficiente no trabalho. Fica visível que não existe essa comunicação necessária para a efetivação da humanização, visto que ela sabe que seus colegas são pessoas humanas e comprometidas com o seu trabalho, mas não vê neles atitudes baseadas no processo de humanização do atendimento. Ser humano e comprometido não quer dizer que efetive a humanização no processo do cuidado.

Ainda ressalta-se a existência de grupos de humanização, o que é do conhecimento de todos, mas sem a participação total dos servidores da instituição de saúde. Mais uma vez evidencia-se a lacuna da participação e da comunicação entre os setores. O que fica claro é que ela é uma das pessoas que não participou do projeto nem mesmo dos grupos de discussão. As respostas deixam claro a consciência profissional enquanto peça chave para a efetivação das políticas públicas e também para a efetivação de toda e qualquer ação que esteja fazendo referência às garantias de direitos, nesse caso, ao atendimento de saúde pública. Observa-se que todos parecem ter conhecimento do que vem acontecendo nos diversos setores, talvez pelo tamanho da instituição e também pela falta de conscientização por parte dos colegas. Essa resposta esclarece que a atuação da profissional também se dá no âmbito dos colegas de outras profissões, não somente no atendimento ao usuário. Afinal, o profissional A, deve contribuir ativamente para a efetivação da PNH dentro do hospital em todas as esferas do atendimento

O que pode estar faltando é uma rede de comunicação otimizada que atinja a todos os profissionais. E o Assistente Social que trabalha em uma equipe de saúde,

deve buscar em seu cotidiano pela concretização dos princípios e valores do Projeto Ético Político, visando promover uma observação das condições de saúde do usuário, bem como dominar o meio de administrar as questões resultantes do atendimento e daquela situação que se está atendendo no momento.

Afinal, os assistentes sociais que estão trabalhando nos hospitais devem buscar contribuir ativamente na construção coletiva de relações mais humanizadas, buscando perceber o outro e sua realidade no conjunto das demandas individuais e coletivas dos usuários. A prática da humanização em Serviço Social no trabalho em saúde é um campo a ser construído na perspectiva das relações internas e na corresponsabilidade dos hospitais na articulação com a rede SUS.

Ao final do estudo, ficou claro que a existência de falta de comunicação e a necessidade urgente de reformulação do processo de trabalho do Serviço Social dentro da instituição, pois enquanto alguns profissionais enfermeiros pensam a humanização enquanto requisito essencial para o atendimento, outros pensam que é um caminho a ser percorrido. Observa-se, conforme os autores estudados, que o desafio da humanização envolve a sensibilização de reconhecer no outro um semelhante. Traz a questão de que se deve estabelecer relações mais solidárias com o usuário e com o colega de trabalho, dialogando, sendo compreensivo e buscando empatia para que seja efetivado o processo de humanização no atendimento. Deve ser buscado realizar seu trabalho de uma maneira mais humana, deixando o outro se sentir bem no momento em que busca, muitas vezes de forma desesperada, por uma solução para seu problema de saúde.

Afinal, as ações e relações de trabalho que foram construídas pelo sistema capitalista, contrários a perspectiva de humanização, ainda estão presentes no processo de atendimento à saúde pública, e devem ser substituídas por ações e relações efetivamente focadas na humanização como forma de qualificar o atendimento e otimizar a qualidade de vida, tanto do profissional quanto do usuário.

Mesmo com a lacuna entre a atuação do Serviço Social e essas profissionais de enfermagem, fica visível que elas conseguem entender o papel do Serviço Social e sua contribuição no trabalho humanizado no atendimento à saúde, visto que relatam conhecer as atividades e saber a respeito do programa de humanização que está sendo implantado, mas afirmam não ter acesso ao mesmo. Essa contribuição pode ser percebida na melhora na organização e estruturação do setor de trabalho, bem como a forma de atendimento à comunidade usuária.

A falta de comunicação realmente prejudica a efetivação da PNH, em qualquer âmbito, em qualquer setor de trabalho, em qualquer relação. A comunicação é a ferramenta chave para o sucesso da humanização em qualquer local de trabalho, e sua falta também prejudica a atuação do Serviço Social no local de trabalho.

Por fim, observa-se a necessidade de mais profissionais na instituição, visando contribuir significativamente para a efetivação da PNH dentro do Hospital Ivan Goulart, além de maior capacitação desses profissionais para atuarem na PNH e nas demais políticas públicas que envolvem o atendimento integral ao usuário. Se faz necessário um olhar mais atento às dificuldades que os profissionais vem enfrentando nos hospitais, sendo um local da área da saúde, mas campo fértil para o Serviço Social.

REFERÊNCIAS

BARAÚNA, T. **Humanizar a ação, para Humanizar o ato de Cuidar**. Coruña, Espanha: Creación Integral e Innovació; [acesso em 28 maio. 2016]. Disponível em: <<http://www.iacat.com/revista/recreate/recreate02/tania01.htm>> Acesso em 28/05/2016, 12:25.

BARROCO, Maria Lucia. **Serviço Social Pesquisa: Implicações Éticas e Enfrentamentos Políticos**. In: *Temporalis - Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social - ABEPSS- Ano IX- N. 17- 2009*.

BATISTA, Eraldo Leme. **Luta de Classes e Disputa de Hegemonia na década de 1930 no Brasil**. Revista Estudos do Trabalho. Ano VIII – Número 16 – maio de 2015. ISSN 1982-9884. Disponível em: <http://www.estudosdotrabalho.org/texto/gt8/luta_de_classe.pdf> Acesso em 21.05.2016, 11:09.

BATISTELLA, Carlos. **Abordagens contemporâneas do conceito de saúde**. In: *O território e o processo de saúde-doença*. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. 2007. Disponível em: <<http://www.epsvj.fiocruz.br/pdtsp/index.php?id=3&prioridade=3>> Acesso em 21.05.2016, 10:16.

BEHRING, E. R. **Brasil em contrarreforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. São Paulo: Cortez, 2003.

BENEVIDES DE BARROS, R. & PASSOS, E. **A humanização como dimensão pública das políticas públicas de saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3): 561-571, 2005.

BETTS, J. **Considerações sobre o que é humano e o que é humanizar**. 2006. Disponível em: <www.portalhumaniza.org.br/ph/textp.asp?id=37> Acesso em 13/05/2016, 12:50.

BOURGUIGNON, Jussara Ayres. **A centralidade ocupada pelos sujeitos que participam das pesquisas do Serviço Social**. *Revista Textos e Contextos*, Porto Alegre v. 7 n. 2 p. 305-315. jul /dez. 2008.

BRANDÃO, Maria de Azevedo (org.). Recôncavo da Bahia. **Sociedade e economia em transição. Salvador**: Fundação Casa de Jorge Amado; Academia de Letras da Bahia; Universidade Federal da Bahia, 1998, 158p.

BRASILa, Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS**. Doutrinas e Princípios. 1990. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf> Acesso em: 22.05.2016, 18:34.

BRASILb. Presidência da República, Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **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. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm> Acesso em: 23/05/2016, 17:45.

BRASILc. **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. Coletânea de Leis: Brasília, 1990.

BRASIL. Presidência da República, Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8. 662/9, de 7 de junho de 1993**. Lei de Regulamentação da Profissão. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. Coletânea de Leis: Brasília, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Volume 4. Brasília, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Direito Sanitário e Saúde Pública**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde; Márcio Iório Aranha (Org.) Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde - anexo I**, 2006. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PNPS2.pdf>>. Acesso em: 02/06/2016.

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

BRAVO, Maria Inês S. **Política de Saúde no Brasil**. Serviço Social e Saúde. Ana Elizabete Mota (orgs). São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

BUENO, W. S.; MERHY, E. E. **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG)**. In: MERHY et al. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 1999. p.37- 54.

CHUPEL, Cláudia Priscila; MIOTO, Regina Célia Tamaso. **Acolhimento e Serviço Social: contribuição para a discussão das ações profissionais no campo da saúde**, Revista Serviço Social & Saúde. UNICAMP Campinas, v. IX, n. 10, Dez. 2010.

CONSELHO Federal de Serviço Social – CFESS. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Grupo de Trabalho “Serviço Social na Saúde”, CFESS: Brasília, 2010.

_____. CFESS/ CEAD. **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Módulo III: Política Social. Brasília: UnB- CEAD/ CFESS, 2000 e “A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica”. In: Capacitação para Conselheiros de Saúde - textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001” Disponível em: <http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica_de_Saude_no_Brasil_Ines_Bravo.pdf> Acesso em 24.05.2016, 10:45

CURY, Carlos R. Jamil. **Educação e contradição**. 4. ed., São Paulo: Cortez: Autores Associados, 1989.

DENZIN, Norman K. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. Norman K. Denzin, Yvonna S. Lincoln; tradução Sandra Regina Netz.- Porto Alegre: Artmed, 2006. 432p.; 25.

DESLANDES, S. F. **Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2004. 9(1), 7-34.

FLEURY S, OUVENEY AM. Política de Saúde: uma política social. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p.23-64

FRIAS JUNIOR, Carlos Alberto da Silva. **A saúde do trabalhador no Maranhão: uma visão atual e proposta de atuação**. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1999. 135 p.

GAGNETEN, Maria Mercedes. **Hacia una metodología de sistematización de la práctica**. Buenos Aires: Humanita, 1987.

GIL, Antônio Carlos. **Metodologia de pesquisa em Serviço Social**. Caderno Técnico SESI, Brasília, n. 23, 1994.

GOMES, Romeu. Análise de Dados em Pesquisa Qualitativa in **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. (Org) Maria Cecília de Souza Minayo. Petrópolis (RJ): Vozes 1994, p 64-94

GOMEZ, C.M.; LACAZ, F.A.C. **Saúde do trabalhador: novas-velhas questões**. *Ciênc Saúde Coletiva* 2005; 10:797-807.

IAMAMOTO, Marilda Vilela; CARVALHO, Raul. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. São Paulo, Cortez, 1983

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 2007.

IANNI, O. **Dialética e capitalismo: ensaio sobre o pensamento de Marx**. Petrópolis: Vozes, 1988.

KOSIK, Karel. **Dialética do concreto**. Trad. Célia Neves e Alderico Toríbio. 2 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976, p.p. 13-

LÊNIN, W. **Cahiers philosophiques**. Paris: Sociales, 1965. p.28

MARTINELLI, Maria Lúcia. **O uso de abordagens qualitativas na pesquisa em serviço social**. In: MARTINELLI, Maria Lúcia (Org). *Pesquisa Qualitativa: um instigante desafio*. São Paulo: Veras editora, 1999.

MERHY, E. E. **Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde.** São Paulo: Hucitec, 1994.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 6.ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.

NETTO, José Paulo. **Razão, ontologia e práxis. Revista Serviço Social e Sociedade**, 44, ano XV, São Paulo: Cortez, 1994.

_____. Apêndice à terceira edição: cinco notas a propósito da “questão social”. In: NETTO, José Paulo. **Capitalismo monopolista e Serviço Social.** 3ª edição ampliada. São Paulo: Cortez, 2001. p. 151 –162

_____. **Ditadura e Serviço Social.** São Paulo: Cortez, 1994.

NOGUEIRA, Vera Maria R. MIOTO, Regina Célia T. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os assistentes sociais. In: **Serviço Social e saúde.** Ana Elizabete Mota (orgs). São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

OLIVEIRA, Rodrigo Ferreira. **A Contra-Reforma do Estado no Brasil: Uma análise crítica.** Revista Urutágua – acadêmica multidisciplinar. DCS/UEM. Nº 24. Maio/junhi/julho/agosto de 2011. ISSN 1519-6178. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/Urutagua/article/viewFile/10698/7171>> Acesso em 21.05.2016, 11:51.

PONTES, Reinaldo Nobre. A Propósito da Categoria de Mediação. In: **Serviço Social & Sociedade.** São Paulo: Cortez, 1990. n. 31

PRATES, Jane C. A questão dos instrumentais técnico-operativos numa perspectiva dialético crítica de inspiração marxista. **Revista virtual Textos e Contextos**, nº 2, 2003.

PUCCINI, P.T.; CECÍLIO L.C.O. **A humanização dos serviços e o direito à saúde.** Cad. Saude Publica, v.20, n.5, p.1342-53, 2004

RIBEIRO, Rubiane de Souza. **O trabalho do Assistente Social e sua inserção no processo de trabalho em saúde: um olhar sobre a atenção primária e a estratégia saúde da família.** Juiz de Fora: Libertas, 2008.

SANT'HELENA, Moara Monteiro; et al. **Da Reforma Sanitária às Privatizações: Discutindo a saúde pública brasileira.** In: Congresso Catarinense de Assistentes Sociais. Florianópolis, 2013. Disponível em: Acesso em: 28 de junho 2016.

SILVA JÚNIOR, A.G.; MASCARENHAS, M. T.M. **Avaliação da Atenção Básica em Saúde sob a ótica da Integralidade: aspectos conceituais e metodológicos.** In: PINHEIRO R.; MATTOS, R. A. de (org). **Cuidado: as fronteiras da Integralidade.** 3ª Ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. p. 241-58.

SIMÕES, Carlos. **Curso de direito do serviço social.** 2 ed. Revista e atualizada.

Vol. 3. São Paulo: Cortez, 2007.

SOLLA, Jorge; CHIORO, Arthur. Atenção ambulatorial especializada. *In*: GIOVANELLA, Ligia; et. al. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009. p. 628.

THIOLLENT, Michel. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez 2004.

TONET, Ivo. **Educação, Cidadania e Emancipação Humana**. Ijuí: Unijuí, 2005.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2008

ZIONI, Fabiola. ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de. **Políticas Públicas e Sistemas de Saúde: a Reforma Sanitária e o SUS**. Saúde Pública. ROCHA, Aristides A. CEZAR, Chester Luis G. (orgs). São Paulo: Atheneu, 2008.

Apêndice A: - **INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DAS ASSISTENTES SOCIAIS**

Tempo de serviço no hospital:

Carga horária de atividade:

- 1- O entendimento que o profissional possui sobre humanização do SUS?
- 2- Como percebe a Política Nacional de Humanização no hospital? Envolve todos os profissionais?
- 3- Como percebe a efetivação dos princípios do Projeto Ético Político no exercício profissional?
- 4- Existem ligação ente os mesmos e a Política Nacional de Humanização? De que forma? Quais estratégias no cotidiano utiliza para efetiva o Projeto Ético Político e a Política Nacional de Humanização?
- 5- Aponte possibilidades que o Serviço Social pode desenvolver para materializar tais princípios?
- 6- Como avalia a implementação da Política Nacional de Humanização no hospital?

Apêndice II - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DOS USUÁRIOS

Identificação:

Unidade do hospital:

Quanto tempo de internação:

1-Você sabe o que é a Política Nacional de Humanização do SUS?

() sim, de que forma soube?

Através de () Amigos,() familiares, () hospital

2-O que entende por humanização do SUS?

() simpatia, () ser bem atendido

3- Como você avalia o atendimento dos profissionais do hospital?

() Ruim () Bom () Excelente

Por quê?

4- Quais as sugestões que você aponta pra melhoria do atendimento.

5- quais os aspectos negativos e positivos do atendimento:

() demora no atendimento, () rispidez, () negligencia

6- como percebem a atuação do Serviço Social para efetivação da Política Nacional de Humanização?

**Apêndice III - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DO MÉDICO,
ENFERMEIRO E TÉCNICO EM ENFERMAGEM**

Identificação

Profissão:

Tempo de serviço:

Carga horária:

- 1- O entendimento que o profissional possui sobre humanização do SUS?
- 2- Como percebe a PNH no hospital? Envolve todos os profissionais?
- 3- Como se dá o acolhimento no serviço?
- 4- Se há interdisciplinaridade para efetivação da Política Nacional de Humanização?
- 5- como percebem a atuação do Serviço Social para efetivação da Política Nacional de Humanização?
- 6-Como avalia o processo de implementação da Política Nacional de Humanização?
- 7-Quais as sugestões e/ou possibilidades que os profissionais e juntamente com Serviço Social pode desenvolver Para efetivar essa política?

Apêndice B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: Contribuições do Serviço Social no Processo de Humanização da Saúde

Pesquisador responsável: Profa. Dra. Monique Soares Vieira

Pesquisadores participantes: Claudete Guimarães da Silva

Instituição: Universidade Federal do Pampa – Unipampa

Telefone celular do pesquisador para contato (inclusive a cobrar): (55) 9728.7245 e (55) 3430. 2049 – Profa. Monique Soares Vieira e (55) 9923.5804 – Acadêmica Claudete Guimarães da Silva

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa intitulada “Contribuições do Serviço Social no Processo de Humanização da Saúde” (Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso – TCC) que tem por objetivo *“identificar as contribuições do/a assistente social no processo de humanização do atendimento em saúde no Hospital Ivan Goulart de São Borja/RS, tendo em vista a materialização do direito social à saúde”*. O presente projeto justifica sua importância, pois irá contribuir para a construção de estratégias que possibilitem a efetivação de um atendimento humanizado aos usuários do SUS ao buscar identificar quais são os desafios, possibilidades encontradas pelos profissionais no cotidiano institucional do Hospital Ivan Goulart bem as contribuições do Serviço Social para essa efetivação.

As entrevistas serão realizadas a partir da aplicação de formulário contendo questões abertas sobre como os profissionais de saúde vem buscando efetivar em seu cotidiano de trabalho a humanização da saúde e de que forma tais profissionais e usuários percebem a atuação do Serviço Social nesse processo de consolidação de Política Nacional de Humanização do SUS no Hospital Ivan Goulart.

As entrevistas acontecerão através de visita à instituição, reservando-se um local em que as entrevistas aconteçam de forma sigilosa, sem a interferência de terceiros, sendo as mesmas gravadas (somente áudio). Também será retirado quaisquer informações identificatórias do sujeito pesquisado. As entrevistas terão a duração aproximada de uma hora e **Você** poderá interromper a qualquer momento se sentir constrangimento a responder algumas perguntas, não sendo obrigado (a) a responder qualquer pergunta que julgar inconveniente.

Para participar deste estudo Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Os gastos necessários para a sua participação na

pesquisa serão assumidos pela pesquisadora (as entrevistas acontecerão in loco, não necessitando transporte).

Ressalta-se que sua participação será de extrema importância, tendo como principal benefício a possibilidade de os sujeitos (usuários do SUS) conhecerem seus direitos e a Política de Humanização, além de propiciar aos profissionais refletirem sobre as possibilidades de materialização da Política de Humanização, identificando os obstáculos cotidianos e as estratégias para o seu enfrentamento

Salienta-se que entre os riscos que poderão acontecer durante a pesquisa, encontram-se: a recusa do sujeito em participar da pesquisa - não querendo responder questões que o instiguem a rever sua própria prática profissional bem como os sujeitos (usuários do SUS) poderão não se sentir a vontade em responder as perguntas sobre o atendimento, visto que estarão dentro do hospital.

Se os riscos ora apresentados se concretizarem durante a abordagem o pesquisador irá explicar aos participantes que os mesmos não são obrigados a responderem perguntas que julgarem inconvenientes e que poderão desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, conforme consta neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A presente pesquisa que embasará o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) tem relevância acadêmica e profissional, pois se propõe a ampliar os estudos e conhecimentos existentes sobre o tema em questão no âmbito do Serviço Social e demais categorias profissionais de saúde. Conseqüentemente, torna-se socialmente relevante no sentido de explicitar a problemática e trazer subsídios que possam contribuir com os hospitais que atendem usuários/as do SUS, no estabelecimento de estratégias de fortalecimento das políticas de capacitação de trabalhadores/as com vistas à humanização do atendimento em saúde.

Por meio deste documento e a qualquer tempo **Você** poderá solicitar esclarecimentos adicionais sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar. Também poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento, sem sofrer qualquer tipo de penalidade ou prejuízo.

Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra será arquivada pelo pesquisador responsável.

Seu nome e identidade serão mantidos em sigilo, e os dados da pesquisa serão armazenados pela pesquisadora responsável. Os resultados poderão ser divulgados e utilizados para elaboração de Trabalho de Conclusão de Curso,

publicação de artigos, apresentação em seminários e similares, respeitando o seu anonimato.

A devolução dos resultados obtidos será realizada através da apresentação formal do relatório final de pesquisa em que os/as participantes serão convidados/as a participar, bem como do envio de um relatório sintético para o Hospital Ivan Goulart no Município de São Borja/RS.

Nome do Participante da Pesquisa / ou responsável:

Assinatura do Participante da Pesquisa

Nome do Pesquisador Responsável: _____

Assinatura do Pesquisador Responsável

Nome do Pesquisador/Acadêmico: _____

Assinatura do Pesquisador/Acadêmico

Local e data _____

Anexo I: Carta de Autorização da instituição

**AUTORIZAÇÃO CONDICIONADA
INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE**

Eu, Mateus Alexandre Zucolotto ocupante do cargo de Diretor Administrativo no Hospital Ivan Goulart, autorizo a realização nessa instituição **“Hospital Ivan Goulart”** a pesquisa **“Contribuições do Serviço Social no processo de humanização da saúde”**, sob a responsabilidade **Profa. Monique Soares Vieira**, tendo como objetivo primário “Identificar as contribuições do/a assistente social no processo de humanização do atendimento em saúde no Hospital Ivan Goulart de São Borja/RS, tendo em vista a materialização do direito social à saúde”.

Esta autorização está **condicionada à prévia aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unipampa** (Prédio Administrativo da Universidade Federal do Pampa, Campus Uruguaiana – BR 472, Km 592 – Uruguaiana – RS – telefones: (55) 3911 0200 – Ramal: 2289 (55) 3911 0202, (55) 8454 1112 – e-mail: cep@unipampa.edu.br) devidamente registrado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/MS), respeitando a legislação em vigor sobre ética em pesquisa em seres humanos no Brasil (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12 e regulamentações correlatas).

Afirmo que fui devidamente orientado sobre a finalidade e objetivos da pesquisa, bem como sobre a utilização de dados exclusivamente para fins científicos e que as informações a serem oferecidas para o pesquisador serão guardadas pelo tempo que determinar a legislação e não serão utilizadas em prejuízo desta instituição e/ou das pessoas envolvidas, inclusive na forma de danos à estima, prestígio e/ou prejuízo econômico e/ou financeiro. Além disso, durante ou depois da pesquisa é garantido o anonimato dos sujeitos e sigilo das informações.

Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos da pesquisa nela recrutados, dispondo da infraestrutura necessária para tal.

São Borja, 11 de dezembro de 2015.

Diretor Administrador

Mateus Alexandre Zucolotto
Diretor Administrativo
Fundação Ivan Goulart
CRA/RS: 45.725