

O Assistente Social e Proposta dos Consultórios de Rua.

Luciana Ap. da Silva OLIVEIRA¹

Silvia Helena MANFRIN²

RESUMO: O presente artigo busca tratar da Política Nacional de Humanização na área da saúde, em especial o acolhimento presente na Proposta dos Consultórios de Rua aos moradores em situação de rua e a atuação do Assistente Social.

Palavras-chave: Humaniza Sus. Intersetorialidade. Consultórios de Rua. Morador em situação de rua.

1 INTRODUÇÃO

O presente artigo inicia com a trajetória da Política de Saúde no Brasil e incluindo a Reforma Sanitária, a Política Nacional de Humanização, dando ênfase à Proposta dos Consultórios de Rua, priorizando o diálogo entre usuários do Sus e os profissionais da área da saúde.

Os Consultórios de Rua é destinados como o próprio nome sugere aos moradores em situação de rua que representa nitidamente como uma expressão da questão social, caracterizando esses indivíduos por não conseguirem manter suas despesas de suas moradias, o desemprego, a drogadição e o alcoolismo, e doenças mentais agravadas pela situação atual e a proposta dos Consultórios de Rua em levar o atendimento a quem dele necessitar. E por fim a atuação do Assistente Social á frente esta problemática. A metodologia utilizada foram pesquisas bibliográficas e eletrônicas.

¹ Discente do 3º ano do curso de Serviço Social das Faculdades Integradas “Antonio Eufrásio de Toledo” de Presidente Prudente. E-mail: luema116@yahoo.

² Docente do curso de Serviço Social das Faculdades Integradas “Antonio Eufrásio de Toledo” de Presidente Prudente. Mestre em Serviço Social e Políticas Sociais. Na UEL.. e-mail sylviamanfrim@gmail.com.

2 A Política de Saúde e a Reforma Sanitária no Brasil.

A política de saúde no Brasil a partir da década de 30 caracteriza com o processo de industrialização, o Estado redefine o seu papel, surge então às políticas públicas sociais devido o crescimento populacional e as reivindicações dos trabalhadores em situação precária na higiene, saúde e habitação.

A intervenção do Estado na saúde entre 1930 e 1964 foi organizada em dois subsetores: a saúde pública predomina-se até a década 60 e a medicina previdenciária.

A saúde pública foi centrada na criação de condições satisfatórias mínimas para que a população urbana e restrita para a população rural, dando ênfase nas campanhas sanitárias com criação de combates às endemias e reorganização do departamento nacional de saúde.

Na medicina previdenciária evidenciou a criação dos Institutos Aposentadoria e Pensões IAPS, voltadas para estender benefícios para um maior número de assalariados, preocupação com a acumulação de reservas financeira do que a ampla prestação de serviços, assim estabelece a diferença entre previdência e assistência social, definidos os limites orçamentários para despesas com a assistência médica, hospitalar e farmacêutica.

A partir de 1950, cria-se o Serviço Especial de Saúde, convênio com governo americano, conhecido como plano Salte reforço na alimentação, transporte e energia, mas não colocou em prática.

A estrutura de atendimento hospitalar era de natureza privada com fins lucrativos.

A política de saúde no período de 1964 á 1974 o governo tinha assistência repressiva na sua intervenção, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada com a finalidade de aumentar o poder regular, impor regras a sociedade. Em 1966 com a união da previdência social e o IAPS, caracteriza-se com o crescimento interventivo do Estado na sociedade e os trabalhadores tornaram financiadores; a saúde pública em queda e a medicina

previdenciária cresceu e com a capitalização da saúde, da medicina o privilégio era do produtor privado.

A política de 1974 á 1979, á saúde teve tensões na ampliação dos serviços e disponibilidade de recursos financeiros, os interesses das conjunções burocráticas no setor estatal e empresarial médico e a emergência do movimento sanitário, ampliação dos serviços e disponibilidade de recursos financeiros. A assistência médica era assegurada aos trabalhadores que tinham vínculos com o Instituto Nacional de Previdência Social (INAMPS), em 1974 com a divisão do INPS, para ter acesso ao serviço era necessário contribuir, quando as populações não pagavam era atendida pelas Santas Casas de Misericórdia através da caridade e o trabalhador rural era assegurado pelo FUNRURAL.

A política de saúde na década de 80: construção do projeto de reforma sanitária ocorria á democratização da política e uma crise econômica na sociedade, a população foi ás ruas com os movimentos sociais para melhores condições na qualidade de vida, os profissionais de saúde reivindicam e tomaram a frente para a saúde pública com interesses próprios, melhores condições, a postura mais cidadã e ultrapassam o corporativismo. As principais propostas na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no país em 1986, em Brasília:

- A universalização do acesso:
- Democratização do poder local, mecanismo de gestão, conselhos de saúde;
- A reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde;

A 8ª Conferência negociou com proposito na Lei em um período de muita tensão, onde dois grupos defendiam contrariamente seus ideais sobre a reforma sanitária e o instrumento de luta:

- Capacidade de formular com antecipação um projeto de texto claro e consistente;
- Pressão constante sobre os constituintes;
- Mobilização da sociedade.

Os militantes do Movimento da Reforma Sanitária, participantes de diversas esferas sendo ela municipal estadual e sociedade civil que evidenciaram na expectativa de mudanças e conquistas no novo modelo de saúde.

Com essa repercussão influenciou decisivamente a novo arranjo da política de saúde; os constituintes criaram um capítulo dedicado á definição de saúde inculido da Seguridade Social, evidenciando como direito universal e dever do Estado conforme exposto no artigo 196 da Constituição Federal:

“A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem á redução do risco de doença e de agravos e ao acesso universal e igualitário ás ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

A estrutura e as práticas institucionais foram realizadas através de medidas que visavam o fortalecimento do setor público e a universalização do atendimento que se realizou na criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), EM 1987 e em 1988 o SUS (Sistema Única de Saúde), rede hierarquizada, descentralizada e regionalizada, atendimento integral e participação da comunidade, onde o paciente é passado primeiro pelo atendimento básico para depois ser encaminhado para outros atendimentos integrais. A participação do setor privado somente em caráter complementar, vedada a destinação de recursos para subvenção. A Constituição Federal não conseguiu incorporar todas as propostas.

A Reforma Sanitária foi o que a Constituição Federal trouxe para a saúde e a contra reforma foi á reorganização dos setores conservadores, pois passaram a ser contrária a Constituição Federal.

Na década de 90 o Estado tem um redirecionamento do seu papel a fim de atender as políticas neoliberais, a característica dessa década foi de uma economia recessiva, o desemprego de grandes proporções, a gestão de políticas eram seletivas e focalizadas, não conseguiam atender as ocorrências emergenciais, ocorrendo uma grande expansão dos setores privado e do mercado, a refilantropização e a desresponsabilização do Estado, ou seja, medidas neoliberais, enxugamento das despesas do Estado. O projeto da reforma sanitária construído na década de 80 registrados na Constituição Federal e o projeto de saúde vinculado ao mercado ou privatista, característica hegemônico na década de 90. O governo do

presidente Lula manteve a política como ocorria, política social, fragmentada e subordinada á economia, segmentação das três políticas de seguridade; Saúde; Assistência e Previdência, na saúde mantinha a polarização entre os dois projetos, retorno da concepção sanitária (trouxe novamente as campanhas da saúde mulher), criação de conselhos, entre outros. A política pública tem encontrado grandes dificuldades para a efetivação como a desigualdade de acesso da população aos serviços de saúde, a construção das práticas de integralidade, igualdade e equidade, os avanços e recuos nas experiências de controle social, a falta de articulação entre os movimentos, entre outros.

Todas essas questões são exemplos de que a construção e consolidação dos princípios da Reforma Sanitária permanecem como desafios fundamentais na agenda contemporânea da política de saúde.

3 A Humanização Da e Na Saúde.

.

Do Programa á Política de Humanização.

No Brasil a saúde pública é historicamente marcada por ações burocráticas, com o atendimento impessoal e automatizado, seja ele, no atendimento de nível básico ou de média ou alta complexidade.

A Constituição Federal de 1988 traz mudanças conquistadas nas ações de saúde, com a criação do Sistema Único de Saúde que não foi capaz de alterar o quadro da saúde pública brasileira.

Em 2000, o debate da humanização se inicia e propõe mudanças na prática desenvolvida na saúde.

Como demonstra Silva (2008, p.04):

A primeira reflexão a ser feita com relação á proposta de humanização é que, se ela torna-se necessária, fica claro que havia, pelo menos em parte significativa das práticas de saúde, uma “desumanização” revelando as lacunas do SUS como poucos dispositivos de fomento á co-gestão e a valorização e inclusão dos gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde, modelo de atenção centrado na relação queixa-conduta.

Quando a autora citada acima retrata a desumanização em uma dimensão de insatisfação dos usuários do SUS com relação aos profissionais da saúde, enfatizando o atendimento precário e também atitudes de desrespeito nos cuidados e ações aos usuários do sistema público de saúde.

A 11ª Conferência Nacional de Saúde, com o tema “Acesso, qualidade e Humanização na atenção à saúde com o controle social” (realizada de 15 a 19/12/2000) e o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), regulamentado pelo Ministério da Saúde no mesmo ano, foram importantes fatores que positivou a questão da humanização.

Em 2001 foi criado o Programa Nacional Humanização da Assistência Hospitalar pelo Ministério da Saúde com o objetivo melhorar cultura de atendimento humanizado na área de saúde, a relação entre os profissionais de saúde e usuário, dos profissionais entre si, do hospital com a comunidade. No governo Lula, o programa se torna Política Nacional de Humanização, ampliando sua ação passando a contemplar a gestão e a atenção.

Com a efetivação de política pública, a partir de 2004 torna-se uma política pública e encontra grandes desafios no sentido atribuído à palavra, da aceitação e concretização em ambiente hospitalar e se concretiza de forma fragmentada.

No início por ter se estabelecido como um programa específico de humanização, as propostas de atividades e projetos havia uma banalização do tema humanização, a princípio por requerer mudanças nos atendimentos, nas trocas de conhecimento entre profissional e usuário, entre a teoria e a prática do programa, foi necessário redefinir o conceito para a construção da política pública e transversal a toda rede do SUS.

A PNH propõe a quebra de barreira buscando a aproximar entre profissional e usuário, pois existe um distanciamento entre os profissionais independente da especialidade, sendo que os usuários necessitavam de informações sobre a situação em que se encontra se necessárias à intervenção cirúrgica ou tenha outra forma de procedimento que modifique o seu estado ou uma explicação sobre o estado de saúde um familiar internado, o posicionamento

profissional correto que tornava se vago e com uma distância monumental entre as partes. A prioridade também da política é de minimizar o tempo de espera nas filas, ampliar o acesso com atendimento acolhedor, que o usuário saiba quais são os profissionais que irá direcionar a atenção a sua saúde, e os serviços mais perto de seu território, as unidades de saúde garantiram capacitação ou educação permanente a seus trabalhadores, com promoção de ações nos processos de discussões e decisões, reconhecendo e valorizando o profissional com seu comprometimento na sua atuação com o usuário. A PNH é transversal a toda rede do SUS, ou seja, a sua característica principal é de “percorrer” toda a rede do SUS, atingindo todas as esferas (federal, estadual e municipal), também como todos os profissionais da área da saúde (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas, assistentes sociais, diretores, nutricionistas, recepcionistas, entre outros e principalmente os usuários).

Alguns princípios norteadores da política de Humanização:

- Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo/estimulando processo integradores e promotores de compromissos/responsabilização.
- Atuação em rede com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS.
- Utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços da gestão na construção da autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos.

Seus principais pontos são de promover integralidade entre as ações de saúde no âmbito público, onde os eixos articuladores são o favorecimento da universalidade de atendimento, aumento da equidade por meio da utilização de novas tecnologias e especializações de saberes.

A integralidade proposta na PNH mantém uma relação única com os princípios norteadores do SUS.

Enquanto gestão dos processos de trabalho na atenção, na qualificação dos serviços para com os usuários e de modo algum a gestão de trabalho tem que ser atendida ou separada das práticas realizadas no cotidiano.

3.1 A Intersetorialidade na Política Nacional de Humanização.

A intersectorialidade é um tema amplamente discutido por ser abrangente pelos pesquisadores e profissionais das ciências políticas. A sua utilização na agenda pública é fundamental para as necessidades de inovações na prática da gestão, rever as estruturas organizacionais consolidadas e aprender o novo quando deseja trabalhar de forma articulada e integrada.

Os avanços tecnológicos de informação e comunicação reduzem às distâncias do conhecimento às pessoas a toda parte, ultrapassam os limites estabelecidos por territórios que surgem inicialmente.

A pobreza, as desigualdades sociais, a violência, estão na sociedade e culmina e dissemina com velocidade constante, tornando os cidadãos sujeitos a enfrenta-los na realidade. Nos problemas mais complexos, faz-se necessário identificar as suas causas, por exemplo, os fatores á condição que esta relacionada á pobreza de uma população, propiciar alternativas de solução á condições não realizadas por enquanto, para isso é importante ter o conhecimento de uma política transversal sobre os determinantes, com a contribuição de especialistas e experiências de cada um em sua área para contribuir e superar as demandas equipar-se de estratégias de intervenções, não podendo ser isoladas, então potencializar a ações com multiprofissionais que acumulam conhecimento em suas áreas e juntos diante de cada situação podem amenizar e suprir as necessidades dos usuários.

Vale salientar ainda que a prática intersectorial não implica a mudança geral das estruturas governamentais, mesmo que demande a inovação no trabalho e na forma de estabelecer os objetivos das intervenções (SANDIM,2012).

A afirmação da autora nos leva a refletir para a inovação do trabalho, a utilização de meios para ajustar conforme as vulnerabilidades sociais da população e sem que modifique toda estrutura governamental.

Para que a intersectorialidade seja edificada no trabalho demanda grande esforço dos profissionais que estão diretamente ligados no desenvolvimento de suas ações e as intervenções públicas, para o enfrentamento dos problemas sociais.

4 Pessoas em Situação de Rua.

A partir da busca de conhecimento para o desenvolvimento deste tópico, as pessoas em situação de rua se dividem em:

- Recém-deslocados: são pessoas que estão na rua pela primeira vez e que desejam sair da rua, buscam por emprego e mudar a sua situação.
- Vacilantes Regulares: são pessoas mal sucedidas em querer sair da rua, que fizeram parte do grupo recém-deslocado e se encontra frustrados com recordações da vida que tinham antes, pois possuíam certa estabilidade financeira e lidar com perdas no momento presente.
- Outsiders: são pessoas que tem a rua como lar então tornam-se inquestionável sair e nessa categoria se encontram os andarilhos e os mendigos.
- Pessoas Portadoras de Doenças Mentas: são pessoas severamente prejudicadas psiquiatricamente pelo contexto de morar nas ruas.

O significado de população em situação de rua Frangella define assim:

“Parâmetros temporais e identitários diferenciados, vi-a-vis os vínculos familiares, comunitários ou institucionais presentes e ausentes. É comum que estabeleçam no espaço público da rua seu palco de relações privadas, o que os caracteriza como população em situação de rua.”(BRASIL,2008,p.3)

As pessoas em situação de rua perpassam ao longo da historia tornando-se comum ao longo das sociedades estabelecidas. Os moradores de rua

são indivíduos “flutuantes” que por vários motivos dormem em lugares públicos, os quatros grupos de fatores determinantes também são:

- A violência em relativo á violência doméstica em suas várias formas com relação a mulheres, idosos, jovens e crianças de baixa renda;
- As drogas, muitos dependentes químicos e os que consomem álcool têm em lugares públicos a liberdade e as formas para continuarem seus vícios;
- O desemprego, aqueles que não conseguem gerar renda para atender suas necessidades básicas de moradia, pessoas que migram e não são bem sucedidos;
- A saúde, neste item inclui pessoas com deficiências e doenças onde os determinantes são as famílias que não querem cuidar e por esse motivo acabam em situação de rua. Os indivíduos com problemas de saúde têm como característica problemas mentais.

A exclusão social permite compreender o morador em situação de rua como expressão da questão e de acordo a Paugam (1996), a desqualificação social é um dos importantes fatores no processo de enfraquecimento e ruptura dos vínculos sociais dessa categoria, pois, quanto mais precária for á situação no mercado de trabalho maior será o inverso da integração social, no qual o Estado é convocado a criar políticas como coesão social.

O atendimento aos usuários de drogas no Sistema Único de Saúde tem o acompanhamento dos Centros de Atenção Psicossocial como referência. O Casp oferece atendimento especializado onde ocorre ás vulnerabilidades sociais, o planejamento das ações depende da apropriação de dados sobre a população que necessita de acompanhamento.

A estratégia para redução de danos e álcool e drogas, a prevenção esta direcionada como um processo de planejamento, implantação e execução nas propostas de redução dos fatores de risco e fortalecimento aos fatores de proteção. O planejamento de programas assistenciais de menor necessidade e conceder a

uma parcela maior da população, dentro de perspectiva de saúde pública, com a intenção de não abstinência total, mas como meta viável e possível aos usuários dos serviços do CapSad. Os CapSad devem estabelecer articulações com os Hospitais Gerais de seus territórios, para servirem de suporte ao tratamento quando necessário.

5 A Proposta dos Consultórios de Rua.

O primeiro consultório de rua surge em Salvador, na Bahia, como projeto-piloto pela problemática de crianças e adolescentes que se encontravam em situação de rua e de drogadição. A experiência foi do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas. Em maio de 2004, o Consultório de Rua foi implantando no Centro de Atenção Psicossocial para o atendimento de álcool e drogas (CAPS) de Salvador. Em 2009, o Ministério da Saúde propõe CR torne-se uma estratégia do Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento de Álcool e Drogas, em 2010 é incluso no Plano Integrado Nacional de Enfrentamento ao Crack, para ampliar o acesso aos serviços assistenciais e qualificar os serviços às pessoas que usam crack, álcool e outras drogas em ações promovidas nas ruas.

O objetivo da abordagem é de promover o atendimento como garantia de seus direitos aos indivíduos e de salientar a abstinência, por uma oferta programada a á partir do contato estabelecido na abordagem. O Consultório de Rua tem como princípios norteadores:

- O respeito às diferenças;
- A promoção dos direitos humanos e da inclusão social;
- O enfretamento dos estigmas;
- As ações de redução dos danos;
- A intersetorialidade.

A adoção desta estratégia deve ser alinhada às diretrizes nas:

- Política de Humanização;
- Política de Atenção Básica do Ministério da Saúde;
- Política para Atenção Integral a Pessoa que Usam Álcool e outras Drogas, entre outras.

Em concordância com os princípios constitucionais do SUS, os Consultórios de Rua relaciona-se na Universalidade, Equidade e a Integralidade da assistência em saúde e como princípio ético profissional o não julgamento do usuário e a aceitação do modo de vida, o atendimento é realizado no espaço de rua no intuito de preservar o contexto em que os indivíduos são assistidos, as ofertas de serviços não se baseia diretamente na abstinência, para primeiro criar um movimento de aproximação aos indivíduos.

Para a implantação dos Consultórios de Rua é necessário uma equipe volante, necessário um veículo “van” para prover o deslocamento, o veículo deve ter sua identificação institucional, com o nome Consultório de Rua-SUS, os insumos para o tratamento de situações clínicas comuns, preservativos, cartilhas e material institucional, curativos, medicamentos de uso mais frequentes nas situações, sem local fixo para favorecer está á população a ser assistida, a formação da equipe multidisciplinar das áreas de saúde mental, assistência básica e assistencial social, nas categorias profissionais: médicos, assistente social, psicólogo, educadores sociais, redutores de danos, técnicos de enfermagem e oficineiros para o desenvolvimento estratégico de atividades de arte-expressão.

O principal instrumento das equipes de Consultório de Rua é o relacionamento, para desenvolver uma aproximação cuidadosa no sentido de adaptar as ações a serem desenvolvidas, priorizando a abordagem a partir do estabelecimento de vínculos de confiança, na busca de constituir uma interlocução entre os assistidos.

Desenvolve a escuta sensível sobre a situação atual e relatos da vida dos usuários, auxiliando á refletir e tentar encontrar caminhos alternativos de acordo com suas vontades.

A redução de danos é uma ferramenta importante no atendimento dos usuários, buscando reduzir os danos decorrentes sem imposição de condições rígidas para o seu tratamento e respeitando a escolha de cada um no consumo de substâncias psicoativas.

Citarei algumas Diretrizes de Consultório de Rua:

- Promover ações que enfrentem as diversas formas de vulnerabilidades e riscos;
- Assegurar o cuidado do território, na perspectiva da integralidade, do trabalho em rede, garantindo uma atenção diversificada aos usuários de álcool e drogas;
- Incentivar o trabalho de natureza indisciplinar de enfoque intersetorial, considerando a complexidade que envolve os contextos de vida da população que vive em situação de rua, e a necessidade de ações de atenção integral aos usuários de psicoativos com tais características.

Os objetivos do Consultório de Rua:

- Realizar consultas, orientações, oficinas de educação em saúde, e encaminhamentos das demandas não atendidas in loco, para a rede de saúde do SUS;
- Prevenir doenças infectocontagiosas como as doenças sexualmente transmissíveis, tuberculoses, e diversos outros cuidados de problemas já instalados.
- Atuar como ponte para a população que esta em margem do sistema de saúde e possibilitar sua inserção.

Os Consultórios de Rua, os Centros de Atenção Psicossocial, em suas diversas modalidades, o Programa de Volta para Casa, as Residências Terapêuticas e as equipes matriciais em saúde mental são exemplos de instrumentos e estratégias que vem sendo desenvolvidas com o objetivo de assegurar a atenção integral aos usuários do SUS.

6 A atuação do Assistente Social na Saúde.

O assistente social é um profissional capaz de desvelar e compreender a realidade criticamente e as expressões da questão social, realização contínua que acarretam os problemas sociais, reflete em demandas para o profissional, e possuem capacidade intencional de modificar ou propor alternativas e conseqüentemente soluções para as demandas apresentadas em seu campo de atuação.

O Assistente Social desenvolvem ações para transpor a burocracia e emergencial, tem um posicionamento socioeducativo, através da reflexão sóciohistórica que tiram a liberdade dos usuários e mobilização para a participação de lutas em defesa na garantia de seus direitos, precisa ter uma visão generalista e não fragmentada.

O profissional precisa ter o conhecimento de suas atribuições e competências para estabelecer prioridades, desenvolver os instrumentais como: acolhimento, orientações, encaminhamentos, visitas institucionais, ampliar a articulação em rede, promover ações de educação em saúde, desempenhar com grupos temáticos a redução de danos, participações em reuniões, desenvolvimentos de relatórios entre outros para o benefício do usuário.

A equipe de Consultório de Rua sai da instituição para ir ao encontro da população em situação de rua, a busca consiste no deslocamento de praça, terminais rodoviários, imóveis que tem coberturas (toldos), que essa população utiliza para se abrigarem da chuva, frio ou do calor e locais que vendam álcool e drogas, tornando um desafio aos profissionais, pois, não permanecem por muito tempo no mesmo local.

É um trabalho que se baseia no inesperado cotidianamente, os profissionais definem estratégias e o planejamento do trabalho a ser realizado, pois, o assistente social deve estar preparado para o inesperado, as demandas emergenciais, o assistente social é um profissional capaz de criar novas estratégias á frente das dificuldades aparentes, qualificando o seu trabalho para melhor intervir junto ao usuário.

A Política Nacional de Humanização o Assistente Social junto com a equipe da área de saúde são chamados á possibilitar esta política, a questão é

discutir com a equipe o significado de humanização para evitar a distorção que levem a uma visão romântica ou residual da atuação, focalizando apenas ações de escuta ou redução de tensão. A compreensão que precisa ter de humanização é de ampliar as perspectivas, permitir os profissionais analisarem os determinantes sociais que vão do processo saúde doença, as condições de trabalho, o modelo assistencial e de gestão, é necessário a participação do usuário para rever as rotinas de serviço e romper com o modelo centrado na doença.

O desafio da humanização é a criação de uma nova cultura de atendimento e focar nos sujeitos para a construção coletiva do SUS. Para isso os trabalhadores precisam estar motivados, com condições de trabalho e salários dignos.

O Serviço Social é fundamental para que a humanização seja alcançada porque o profissional tem como meta desenvolver um serviço de qualidade e humanizado, reconhecendo o usuário como cidadão de direitos.

O Assistente social é dotado de ética que é regido por valores e princípios contidos no Código de Ética da Profissão (1993), o código é essencial para construir relações menos injustas e mais solidárias, e também uma ferramenta importante para a atuação na área de saúde como também nas demais áreas.

O profissional de Serviço Social tem suas praticas voltadas no conhecimento teórico, técnico e ético-político a questão social atual e intervir com ação criativa, ter domínio na comunicação e possui o censo crítico, contribuir a acessibilidade dos usuários aos serviços básicos e efetivar sua cidadania.

Sendo assim, envolve uma reflexão crítica do modo o qual se relaciona com os sujeitos para qual atua, permitindo uma visão qualificada para melhor atuação e desvelamento de significados que depara no cotidiano, ressaltando a valorização dos sujeitos como pessoa, princípio da humanização.

3 CONCLUSÃO

A proposta deste artigo é de contribuir com conhecimento adquirido desde a Trajetória da Saúde Pública, pelo movimento que percorreu aos dias atuais, permitiu a evolução até a Política Nacional de Humanização, onde pode concluir que

ocorreram avanços alcançados na área de saúde, o acesso á universalização e um direito de saúde a todos os cidadãos brasileiros no que foi descrito na Constituição Federal e a implementação do SUS, diante das lacunas existentes foi necessário a formulação da Política Nacional de Humanização, com o objetivo do atendimento humanizado, na efetivação dos direitos á todos os indivíduos envolvidos no processo de saúde doença, a participação e a autonomia dos mesmos. A Política Nacional de Humanização possui desafios tangíveis nas formas de atendimento também nas condições de trabalho, a sua transversalidade supõe a participação de todos os indivíduos na construção e na efetivação do processo de humanização.

A contribuição do Assistente Social toma posse das demandas e atua para além do imediato, pois, tem uma visão crítica da realidade e princípios éticos propositivos e vê na PNH um espaço para a construção de mediações dos princípios que norteiam sua prática.

Por considerar a Política Nacional de Humanização relativamente nova, pois foi efetivada como Lei em 2004, ainda tem um caminho á percorrer, com novos desafios que não serão fáceis, mas é necessário o comprometimento de todos os profissionais envolvidos, para melhores atendimentos e ir além do que esta imposta na Lei, é necessário ver o ser humano dotado de conhecimento e que possibilite trocas, o individuo em situação de enfermo, ele requer cuidados físicos e também cuidados com mente e alma.

A incorporação da intersetorialidade na agenda pública aponta as necessidades de inovações na prática da gestão e por sua vez requer a revisão das estruturas organizacional, então é necessário trabalhar de forma articulada e integrada.

A intersetorialidade é uma estratégia de trabalho que demanda um esforço coletivo dos atores diretamente envolvidos em todo processo de desenvolvimento das intervenções públicas, esforço que demanda a compreensão com um só significado dos complexos desafios sociais na contemporaneidade busca a implantação de soluções de características inovadoras.

A proposta dos Consultórios de Rua tem como objetivo de ampliar o acesso ao tratamento e á prevenção em álcool e drogas no Sistema Único de Saúde, constroem respostas intersetoriais efetivas. Caracteriza a participação ativa junto á população de rua, buscando atender suas necessidades, em situação de

risco e usuário de substâncias psicoativas e álcool e respeitando o seu contexto social.

Para aceitar o contexto que esta população se encontra é necessária a preparação da equipe multidisciplinar que atuará e a principal ferramenta das equipes é o relacionamento, a busca de uma interlocução singular com os usuários, buscando o resgate de cidadania, do valor da vida e da saúde e da dignidade humana. Não podemos dar as costas aos cidadãos que por infelicidade ter a rua como acolhimento, vivenciando todas as atrocidades de violência como cenas corriqueiras, a sociedade não pode fechar os olhos e não pode deixar de dar oportunidade a quem se tornou vítima, perante a Constituição somos iguais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

NEVES. Ana Vanessa de Medeiros. **Política Pública de Saúde**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

BRAVO. Maria Inês Souza. **Saúde e Serviço Social**. 3ª edição- São Paulo-Cortez – Rio de Janeiro, UERJ, 2007.

MOTA. Ana Elizabete... (et. al.), (org.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 3ª.ed.- São Paulo: Cortez; Brasília-DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008.

Secretaria do Estado de Desenvolvimento Social. **Plano de Capacitação**. Outubro 2012.

Pessoas em Situação de Rua, uso de drogas e o consultório de rua. Disponível em:<repositório.ufsc.br.

A inserção do Assistente Social na área de saúde. Disponível em:<Cress-sc.org.br/wp-content/uploads/2014/03/A-inserção-do-assistente-social-na-area-da-saude.pdf