

## O SERVIÇO SOCIAL FRENTE À HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR

Bianca Silva SALA<sup>1</sup>  
Evelyn Navarro JUSTINO<sup>2</sup>  
Jéssica Trovato THOMAZINI<sup>3</sup>  
Luci Martins Barbatto VOLPATO<sup>4</sup>

**RESUMO:** A partir da realização de estagio, por todas as discentes, na Santa Casa de Misericórdia de Presidente Prudente, surgiu o interesse de discutir a respeito do tema Humanização. Inicia-se a pesquisa, analisando que a política de saúde no Brasil, é marcada por ações fragmentadas e ineficazes, e somente a partir de 1988 com a Constituição Federal é que grande parte das reivindicações são incorporadas através da criação do Sistema Único de Saúde onde inicia uma busca por equidade, universalidade de atendimento e descentralização de ações. Após a implementação do SUS o Ministério da Saúde em 2003 cria a Política Nacional de Humanização baseada na valorização das relações interpessoais e na valorização dos profissionais de saúde, favorecendo a construção de um espaço em cuja base esteja a gestão e a atenção conectadas aos processos decisórios. Foram apresentados os objetivos contidos na Política Nacional de Humanização, relacionando-os às ações do Serviço que tem procurado estabelecer espaços para que ações humanizadoras sejam desenvolvidas. Dessa forma, o Serviço Social contribui para a construção de uma política que se faça pública e coletiva.

**PALAVRAS-CHAVE:** Política de Saúde. Humanização. Serviço Social.

### 1 HISTÓRICO DA TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

A saúde no Brasil, antes da década de 30, era pautada na assistência médica filantrópica e na prática liberal, o campo da saúde pública adquire um relevo, como aponta Bravo(2006), a Reforma Carlos Chagas, de 1923, que busca ampliar o atendimento de saúde, como estratégia de ampliação do poder nacional frente à crise política em curso. Coloca-se no cenário as questões de higiene e saúde do trabalhador, "sendo tomadas medidas que se constituíram no embrião do esquema

<sup>1</sup>Orientador: Docente do curso de Serviço Social das Faculdades Integradas "Antonio Eufrásio de Toledo" de Presidente Prudente. biancasala@unitoledo.br

<sup>2</sup>Discente do curso de Serviço Social das Faculdades Integradas "Antonio Eufrásio de Toledo" de Presidente Prudente. evelynjustino@unitoledo.br.

<sup>3</sup>Discente do curso de Serviço Social das Faculdades Integradas "Antonio Eufrásio de Toledo" de Presidente Prudente. jessicathomazini@unitoledo.br.

<sup>4</sup>Discente do curso de Serviço Social das Faculdades Integradas "Antonio Eufrásio de Toledo" de Presidente Prudente. luci@unitoledo.br.

previdenciário brasileiro, sendo a mais importante a criação das caixas de aposentadorias e pensões (CAPS)" (BRAVO, 2006, p.90).

Até a década de 30, a saúde não era tratada como política social. Com as mudanças ocorridas na sociedade brasileira em função do processo de industrialização, redefinição do papel do Estado surgem as políticas sociais como respostas às reivindicações dos trabalhadores (BRAVO, 2006, p.90).

Nessa época a questão social e a da saúde precisavam ser revistas de forma mais sofisticada. Necessitavam transformar-se em questão política com intervenção estatal e da criação de novos aparelhos que contemplassem os assalariados urbanos que viviam em precárias condições de saúde, higiene e habitação.

A política de saúde formulada nesse período era de caráter nacional e era organizada em dois setores: o da saúde pública e o de medicina previdenciária. A saúde pública criou condições satisfatórias mínimas para a população urbana, deu ênfase nas campanhas sanitárias, criou serviços de endemias e reorganizou o departamento nacional de saúde. A medicina previdenciária surgiu com a criação dos Institutos de aposentadorias e pensões e para ser atendido era necessário ter carteirinha, caso contrário era atendido como indigente. (BRAVO, 2006, p.91).

O modelo de previdência que norteou os anos de 30 a 45 no Brasil foi o de orientação contencionista, no qual a previdência preocupava-se mais com a acumulação de reservas do que com a prestação de serviços.

Nos anos de 50 a 56 houve um investimento maior na saúde pública, mas isso não fez diminuir o quadro de doenças e as altas taxas de morbidade e mortalidade em geral.

Foi no período da ditadura que as políticas sociais foram ampliadas, e junto, amplia-se a máquina do governo (precisava-se de mais trabalhadores). Em 10 anos o governo militar não conseguiu consolidar sua hegemonia e passou a incentivar a população a usar os serviços privados da saúde, pois não estava atendendo a população que começa a pressioná-lo por mais serviços, principalmente na área da saúde fazendo com que o ministério ampliasse as medidas de saúde pública para satisfazer os trabalhadores.

Ainda na década de 70, o Ministério da Saúde foi colocado em segundo plano, devido à segmentação de clientela, fragmentação institucional e

gestão centralizada de recursos e poder decisório na estrutura do INAMPS (Instituto Nacional Assistência Médica Previdência Social) e do Ministério da Previdência e Assistência Social.

Nesse período, desenha-se um cenário de desigualdade na saúde: o trabalhador formal tinha o direito de usufruir dos serviços públicos de saúde; aqueles trabalhadores que não possuíam registro em carteira, ficavam à mercê da filantropia; já aqueles trabalhadores que usufruíam de melhores condições financeiras, compravam o serviços da cooperativas de saúde.

Em 80, com o processo de redemocratização começaram a surgir movimentos sociais importantes para assegurar direitos, dentre eles, o Movimento de Reforma Sanitária que buscava alterar a saúde no Brasil.

A mudança foi realizada através de algumas medidas que visaram o fortalecimento do setor público e da universalização do atendimento que culminou com a criação do Sistema Unificado e descentralizado (SUDS) e depois o Sistema Único de Saúde (SUS), passo mais avançado na reformulação da saúde.

A Constituição de 1988 trouxe mudanças profundas na Saúde Pública brasileira: universalizou o acesso aos serviços de saúde pública, institui diretrizes baseadas em princípios de Universalidade, Equidade e Integralidade, e cria o SUS, uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com direção única em cada esfera de governo. Define a participação popular através dos Conselhos de Saúde e Conferências Municipais de Saúde realizadas periodicamente.

## **2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Pela Constituição brasileira de 1988, artigo 196, a saúde é um direito de cidadania garantido por políticas sociais e econômicas. Tal concepção assenta-se na compreensão da saúde como produção social.

É nessa perspectiva que a Lei 8.080, também chamada de Lei Orgânica da Saúde, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

O conjunto destas ações e serviços de saúde prestada pôr órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde – SUS. (BRASIL, lei 8.80, art.4º).

O Sistema Único de Saúde é caracterizado com este nome porque segue a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo o território nacional, sob a responsabilidade das três esferas autônomas de governo: federal, estadual e municipal. Assim o SUS não é um serviço ou uma instituição, mas um Sistema que significa um conjunto de unidades, de serviços e ações que interagem para um fim comum.

O Sistema Único de Saúde tem como meta tornar-se um importante meio de promoção da equidade no atendimento das necessidades de saúde da população, oferecendo serviços com qualidade adequados às necessidades, independente do poder aquisitivo do cidadão. O SUS se propõe a promover a saúde, priorizando as ações preventivas, democratizando as informações mais importantes para que a população conheça seus direitos e os riscos à sua saúde. O controle da ocorrência de doenças, seu aumento e propagação são algumas das responsabilidades de atenção do SUS, assim como o controle da qualidade de remédios, de exames, de alimentos, higiene e adequação de instalações que atendem ao público.

O setor privado participa do SUS de forma complementar, por meio de contratos e convênios de prestação de serviço ao Estado quando as unidades públicas de assistência à saúde não são suficientes para garantir o atendimento a toda à população de uma determinada região.

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III – participação da comunidade (CONSTITUIÇÃO BRASILEIRA, 1988).

Baseado nos preceitos Constitucionais, a construção do SUS se norteia pelos seguintes princípios doutrinários:

- **Universalidade:** Tal conceito garante que todas as pessoas têm atendimento independente de cor, raça, religião, local de moradia, situação de emprego ou renda, etc., sendo a saúde um direito de cidadania e dever dos governos Municipais, Estadual e Federal, deixando assim de existir os famosos “indigentes” que se caracterizavam pelos brasileiros não incluídos no mercado formal de trabalho.

- **Equidade:** Garante que todo cidadão é igual perante o Sistema Único de Saúde, sendo assim tendo que ser atendido conforme as suas necessidades, considerando que em cada população existe grupos que vivem de forma diferente e mesmo diante dessas diferenças, trabalhar para cada necessidade, oferecendo mais a quem precisa e diminuindo as desigualdades existentes, porém o SUS não pode atender a todas as pessoas da mesma maneira, em todos os lugares, tendo assim q tratar desigualmente os desiguais.

- **Integridade:** Toda ação deve ser combinada e voltada para a cura, com atendimentos integrais submetido às mais diferentes situações de vida e trabalho, que o leva a adoecer e morrer, sendo feito também para erradicar as causas e diminuir os riscos, além de tratar os danos com ações de promoção que buscam eliminar ou controlar as causas das doenças e agravos que estão vinculadas a fatores biológicos, psicológicos e sociais, proteção que nada mais é que trabalhos para prevenir riscos e exposições às doenças para manter o estado de saúde, como prevenção de carie dental, prevenção de câncer me mama, próstata, pulmão, entre outras e a recuperação que são ações que evitam a morte das pessoas doentes e as seqüelas, ou seja, são as ações que já atuam sobre os danos, como por exemplo, atendimento médico ambulatorial básico e especializado, atendimento as urgências e emergências, entre outros.

Porém, toda essa doutrina é regida por princípios de organização, sendo eles:

- a) **Regionalização e Hierarquização:** parte do SUS deve ser organizado de forma regionalizada e hierarquizada, favorecendo ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos.

O acesso à rede deve acontecer através dos serviços de nível primário de atenção, que devem estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam serviços de saúde, nível secundário e terciário são os centros de Especialidades.

b) Resolutividade: compõe-se da exigência de um indivíduo que busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente tem que estar capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo.

c) Descentralização: trata-se da redistribuição das responsabilidades às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, havendo atribuições com um nítido reforço do poder municipal sobre a (chamamos esse processo de municipalização), cabendo aos municípios, portanto, a maior responsabilidade na implementação das ações de saúde diretamente voltados para os seus cidadãos.

d) Participação dos Cidadãos, ou seja, o Controle Social: é a garantia constitucional de que a população através de suas entidades representativas poderá participar do processo de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução, em todos os níveis desde o federal até o local, através de governos conselhos de saúde, sendo dever das instituições oferecerem informações e conhecimentos para a população sobre questões que dizem respeito à saúde.

e) Complementaridade do Setor Privado: a Constituição definiu que quando, por insuficiência do setor público, for necessária a contratação de serviços privados, tendo como preferência os serviços não lucrativos, devendo, portanto cada gestor planejar primeiro o setor público e na seqüência, complementar a rede assistencial com o setor privado não lucrativo, com os mesmos conceitos de regionalização, hierarquização e universalização.

A partir de experiências realizadas no Sistema Único de Saúde, como o chamado “SUS que dá certo” onde se busca a plena efetivação dos princípios acima descritos, é que inicia-se a formulação da Política Nacional de Humanização, uma política que visa contribuir para legitimação do SUS.

### **3 A POLITICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO**

O atual contexto da política nacional de saúde traz como desafio a necessidade de revisar conceitos e práticas nomeadas como humanizadoras. Esse tema aponta para a importância da contextualização das dimensões do cuidar e do viver humano. Nesse sentido, o governo tem-se empenhando na elaboração de políticas públicas e coletivas capazes de oferecer maior eficácia e viabilidade na busca da qualidade e da humanização hospitalar.

Instituída pelo Ministério da Saúde em 2003, como política pública, a Política Nacional de Humanização (PNH), tem como objetivo efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e de gestão, promover a integralidade das ações de saúde no âmbito público, cujos eixos articuladores são o favorecimento da universalidade de atendimento, aumento da equidade por meio da utilização de novas tecnologias e especializações de saberes sem desvalorizar os processos já instituídos e a gestão. Para Passos (2006, p.289):

Humanização nesse sentido compreende a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo, bem como o estímulo da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; o aumento do grau de co-responsabilidade; o estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; a identificação das necessidades sociais; a mudança dos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho, tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde; o compromisso com a ambiência e a melhoria das condições de trabalho e do atendimento.

Humanizar as práticas de atenção e de gestão é assumir o desafio da construção de uma política que se faça pública e coletiva. Gestão nesse sentido implica o processo que compreende a organização dos processos de trabalho, a dinâmica da integração da equipe, os mecanismos de planejamento, de decisão, de avaliação e de participação.

A inseparabilidade entre gestão e atenção apresenta-se como transversal na PNH, por isso, a gestão dos processos de trabalho em saúde não pode mais ser compreendida como tarefa administrativa separada das práticas do cotidiano, ou seja, dos modos de trabalhar e viver. Para Passos (2006) falar de saúde pública ou saúde coletiva na perspectiva da PNH,

é falar também do protagonismo e da autonomia daqueles que, por muito tempo, se posicionavam como pacientes nas práticas de

saúde, sejam os usuário dos serviços em sua paciência frente aos procedimentos de cuidado, sejam os trabalhadores eles mesmos, não menos passivos no exercício do seu mandato social.

Cuidar e gerir os processos de trabalho em saúde compõe, na verdade, uma só realidade a ser trabalhada através de arranjos e dispositivos que garantam práticas de co-responsabilização, de co-gestão e de grupalização e, nessa perspectiva, estar comprometida com as dimensões de prevenir, cuidar, proteger, tratar, recuperar, promover, enfim, de produzir saúde.

Na qualificação do SUS, a humanização deve ser vista como uma política que opere transversalmente em toda a rede pública. Uma transversalidade que atualiza um conjunto de princípios por meio de ações e modos de agir nos diversos serviços, práticas de saúde e instâncias do sistema, caracterizando uma construção coletiva. A humanização como política transversal supõe necessariamente ultrapassar as fronteiras dos diferentes núcleos de saber/poder que se ocupam da produção da saúde. Passos (2005) considera o conceito de transversalidade como

o grau de abertura que garante às práticas de saúde a possibilidade de diferenciação ou invenção, a partir de uma tomada de decisão que faz dos vários atores, sujeitos do processo de produção da realidade em que estão implicados (PASSOS, 2006)

Conforme documento oficial (BRASIL, 2004),

a PNH propõe-se, como política transversal, a melhorar o acesso, o acolhimento e a qualidade dos serviços prestados no SUS. Assim, ao atravessar as “diversas ações e instâncias gestoras, implica traduzir os princípios do SUS nos modos de operar dos diferentes equipamentos e sujeitos da rede de saúde; construir trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos; oferecer um eixo articulador das práticas em saúde, destacando o aspecto subjetivo nelas presente; contagiar por atitudes e ações humanizadoras a rede do SUS, incluindo gestores, trabalhadores da saúde e usuários.

Com relação aos princípios norteadores da PNH, assim como Passos (2003), também destacamos a valorização da dimensão subjetiva e social das práticas de atenção e gestão, o fortalecimento do trabalho em equipe, o apoio à construção de redes cooperativas e solidárias, a construção de autonomia e

protagonismos de sujeitos e coletivos com co-responsabilidade, a participação e o fortalecimento do controle social e a democratização das relações de trabalho. Esses princípios norteadores articulam as ações de humanização em três eixos centrais, quais sejam:

- Direito à saúde: acesso com responsabilidade e vínculo; continuidade do cuidado em rede; garantia dos direitos do usuário; aumento da eficácia das intervenções e dispositivos
- Trabalho criativo e valorizado: construção de redes de valorização e cuidado aos trabalhadores da saúde.
- Produção e disseminação de conhecimentos: aprimoramento de dispositivos da PNH, formação, avaliações, divulgação e comunicação (BRASIL, 2004).

A humanização deve ser entendida como uma política e não como um programa que evidencia as relações contraditórias situadas pela efetivação burocrática, descontextualizada, precarizada e dispersiva com ações sem objetivos, cumprindo apenas o que está estabelecido, independente da sua resolutividade e qualidade. Já como política, além de atravessar as diferentes ações e instâncias gestoras (como já dito anteriormente) que aumentam o grau de abertura da comunicação intra e intergrupais e ampliam as grupalidades, o que se reflete em mudanças nas práticas de saúde, possibilita também a qualificação do sistema único de saúde com dimensões fundamentais que mudem o cotidiano existente na saúde e não um simples programa a ser aplicado no SUS.

No entanto, a PNH tem diante de si, além de tantos outros desafios, o de humanizar em uma sociedade na qual prevalecem tantas e tão profundas formas de injustiça e violência no cotidiano. Um levantamento a respeito desse tema identificou ao longo da década de 1950 e das décadas posteriores, situações desumanizantes relacionadas à falhas no atendimento e nas condições de trabalho. Entre elas, citam-se, por um lado, as longas esperas por consultas e exames, a ausência de normas e rotinas, a deficiência de instalações e equipamentos; por outro lado, a banalização do usuário, a sua despersonalização, a falta de privacidade, a aglomeração e a falta de ética de alguns profissionais.

Situações desumanizantes nas condições de trabalho incluem a baixa remuneração, as dificuldades na conciliação família, trabalho, a jornada dupla, a mecanização e a burocratização excessiva do trabalho, sendo que nesse contexto o investimento na estrutura física da instituição e a revisão da estrutura e dos métodos

administrativos podem ser o início da humanização. Essa temática da humanização do atendimento em saúde é altamente relevante, cabendo às instituições proporcionarem espaços para que os profissionais possam colocar em prática as ações humanizadoras.

Outro fator que possibilita a real efetivação da PNH, é o entendimento do SUS como uma rede comprometida com a defesa da vida que traz consigo o conceito ampliado de saúde, que a define a “saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde.”

É uma construção permanente e solidária da cidadania composta por todos os sujeitos envolvidos no processo: gestores, trabalhadores da saúde e usuários, cada um conforme sua especificidade e história de vida, a iniciar pelo usuário (“paciente”) que acima de tudo é um ser humano, um indivíduo, que tem família, planos, sonhos e de uma hora pra outra, torna-se vulnerável por conseqüência de uma patologia.

Assim destaca Passos (2006):

O paciente está inserido em um contexto pessoal, familiar, social complexo. A assistência deve efetuar uma leitura das necessidades pessoais e sociais do paciente, as necessidades de quem assiste e de quem é assistido interage na instituição.

Sendo assim, humanizar de forma coerente é garantir a palavra na sua integridade ética, tendo com referência a dignidade ética tanto dos profissionais como dos usuários e entendendo todos os sentimentos e emoções que são visíveis em uma rotina hospitalar (como sofrimento, dor, angústia, medo, dúvidas) expressos pelos usuários em palavras e atitudes.

Segundo a Cartilha da PNH desenvolvida pelo Ministério da Saúde em 2007, os resultados esperados são:

- Redução de filas e do tempo de espera, com ampliação do acesso.
- Atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco.
- Implantação de modelo de atenção com responsabilização e vínculo
- Garantia dos direitos dos usuários.
- Valorização do trabalho na saúde.
- Gestão participativa dos serviços.

Ainda segundo a mesma cartilha, os propósitos apresentados são:

- Contagiar trabalhadores, gestores e usuários do SUS com os princípios e as diretrizes da humanização
- fortalecer iniciativas de humanização existentes.
- desenvolver tecnologias relacionais e de compartilhamento das práticas de gestão e de atenção.
- aprimorar, ofertar e divulgar estratégias e metodologias de apoio a mudanças sustentáveis dos modelos de atenção.
- implementar processos de acompanhamento e avaliação na e da PNH, ressaltando saberes gerados no SUS e experiências coletivas bem sucedidas.

Os projetos desenvolvidos na perspectiva da PNH, têm a intenção de fazer com que o usuário, ao receber um atendimento acolhedor e humanizado, tenha uma recuperação mais rápida, pois seu estado emocional não estará tão abalado, seus familiares estarão o acompanhando, o que possibilita uma diminuição no período de internação devido à maior adesão ao tratamento e uma postura mais positiva à recuperação.

Dentre as várias categorias presentes na efetivação da Política Nacional de Humanização (médicos, enfermeiros, gestores, usuários), faz-se necessário destacar o Serviço Social, que em sua busca incessante pela efetivação de direitos e garantia de serviços com qualidade para os usuários, vê na PNH um espaço de trabalho e contribuição de caráter recíproco, uma vez que tanto os princípios da PNH contribuem com projeto ético da categoria, como a categoria contribuiu para a efetivação da política.

#### **4 O SERVIÇO SOCIAL E A HUMANIZAÇÃO**

Após abordagem de todo tema sobre Humanização hospitalar, pode-se dizer que o Serviço Social também é peça fundamental para que esta ocorra de fato, pois tem como meta prioritária prestar um serviço de qualidade e humanizado, reconhecendo o usuário como cidadão de direitos incluindo o direito à saúde pública.

Para relacionar Serviço Social e Humanização, é preciso primeiramente contextualizar e entender historicamente as transformações trazidas à tona pelo processo tecnológico do mundo contemporâneo, que refletem diretamente nas expressões da questão social e conseqüentemente atinge a vida

social dos indivíduos no que tange á saúde, educação, arranjos familiares, deveres e direitos de cidadania, emprego, entre outros.

O atual quadro sócio-histórico não se reduz, portanto a um pano de fundo para que possa, depois, discutir o trabalho profissional. Ele atravessa e conforma o cotidiano do exercício profissional do assistente social, afetando as suas condições e as relações em que realiza o exercício profissional, assim como a vida da população usuária dos serviços sociais.(YAMAMOTO, 2006, p.167)

Este processo é marcado por grandes ambigüidades e contradições. Conforme analisa Boff (1999)

A sociedade contemporânea, chamada sociedade do conhecimento e da comunicação, está criando, contraditoriamente, cada vez mais incomunicação e solidão entre as pessoas. A internet pode conectar-nos com milhões de pessoas sem precisarmos encontrar alguém a relação com a realidade concreta, com seus cheiros, cores, frios, calores, pesos, resistências e contradições é mediada pela imagem virtual que é somente imagem o mundo virtual criou um novo habitat para o ser humano, caracterizado pelo encapsulamento sobre si mesmo e pela falta do toque, do tato e do contato humano.

Sendo assim, percebe-se que as conquistas tecnológicas vêm ocorrendo de forma bastante dissociada das percepções afetivas. Isto se dá na medida em que falta incluir no debate acerca do processo de desenvolvimento tecnológico, inerente a chamada sociedade do conhecimento e da comunicação, questões de valor ético, dentre as quais ressaltam-se: a idéia de solidariedade/reciprocidade; o respeito pelo outro; a valorização dos vínculos afetivos; a defesa da pluralidade humana; o posicionamento político em favor da justiça e da eqüidade e o compromisso por valores democráticos.

Todos esses aspectos permitem a reflexão sobre a questão da humanização pela via do questionamento acerca de atitudes que perpassam as relações sociais no mundo contemporâneo e que revelam uma face desumana, como por exemplo: a coisificação das pessoas através de um processo de individuação e numeração burocrática (SANTOS, 1999, apud FREITAS, 2007) e a banalização do sofrimento humano, no atual contexto de propagação da cultura do descartável (Bauman, 1999, apud FREITAS, 2007) e do crescente contingente de seres humanos transformados em supérfluos (Arendt, 2001, apud FREITAS, 2007).

Aspecto esses, de grande visibilidade ao analisar de forma crítica a saúde no dias atuais.

A humanização exige uma atitude reflexiva que é tomada diante da realidade do mundo social no qual o usuário esta inserido, e que ao adentrar na rede hospitalar, torna-se demanda tanto individual como coletiva para o Serviço Social, compreendendo que aspectos sociais, econômicos, culturais interferem no processo saúde-doença (Bravo,2006).

É preciso que haja também reflexão sobre o atual contexto da saúde, no que diz respeito, sobretudo, à necessidade de garantir o direito humano fundamental de todos os sujeitos a uma assistência à saúde orientada pela dimensão humana das relações profissionais balizadas pela promoção da autonomia, justiça e respeito à dignidade da pessoa humana. Este processo reflexivo, sobre a humanização da assistência à saúde, expressa-se e fundamenta-se na ética. A ética mostra-se, assim, como possibilidade de reflexão sobre os valores e princípios que direcionam a prática do assistente social na saúde, inserindo-se aí a dimensão da humanização como um processo de construção para a qualificação da ação profissional.

A ética como a capacidade de reflexão sobre o comportamento prático-moral dos homens em sociedade (VÁSQUEZ apud FREITAS, 2007), nos indica a compreensão de que o Assistente Social não só elabora normas morais, mas, na possibilidade da comunicação e na reciprocidade com os usuários, são capazes de reavaliar tais normas, a fim de reorientá-las conforme valores e princípios construtores da convivência humana justa e solidária.

A ética acena para o entendimento de que o profissional tem a capacidade não só de praticar atos, mas de refletir sobre estes, com a intenção de compreender o mundo que o cerca. Deste modo, o agir ético só é possível porque são profissionais relacionais e de reflexão. Não só obedecendo à normas, mas pensando sobre estas, imprimindo, pelo movimento da consciência, uma nova dimensão às coisas e às relações humanas.

O horizonte ético é sempre construído pela opção por determinados princípios e valores. Deve-se lembrar que na atualidade a profissão de Serviço Social tem como horizonte de sua ação princípios éticos – presentes no Código de Ética Profissional de 1993 - que se fazem essenciais para a construção de relações sociais mais justas e solidárias. O Código de Ética, é uma ferramenta fundamental

para a atuação dos profissionais na saúde. Os princípios que devem nortear a prática são:

- Reconhecimento da liberdade como valor ético central;
- Defesa intransigente dos direitos humanos;
- Defesa do aprofundamento da democracia;
- Posicionamento em favor da equidade e justiça social;
- Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito;
- Garantia do pluralismo;
- Opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária;
- Articulação com os movimentos de outras categorias;
- Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população;
- Exercício do Serviço Social sem ser discriminado, nem discriminar.

Em sua prática hospitalar, cabe ao Serviço social algumas atribuições específicas como, por exemplo, as normas e rotinas do comprimento de horários, duração das visitas, o número de visitantes permitido para cada paciente internado, permanência diária do acompanhantes participação na comunicação do óbito, embora relata Vasconcelos citado por Freitas (2007) segundo resolução nº. 49/96 de 10/05/1996: “a comunicação do óbito não é competência do Serviço Social, sendo esta atribuição dada ao médico em decorrência de complementação das ações prestadas”.

Como visto, são várias as atribuições, que podem ser vistas apenas como “práticas rotineiras” de cunho burocrático e é nesse ponto que é necessário certa cautela, pois nessa perspectiva, o profissional pode ser visto por uma concepção de que fazer serviço social é exercer apenas o conjunto de ações que historicamente lhe é dirigido na divisão do trabalho coletivo na saúde (BRAVO, 2006). É necessário re-qualificar as demandas institucionais, Por detrás de cada ação (por mais simples que possa parecer), o assistente social tem uma intencionalidade, esta por sua vez, embasada no Projeto Ético Político que norteia a profissão, resignificá-las na instituição. Como exemplo, pode-se citar a alta hospitalar, cuja a atribuição é do assistente social, assim assegura Vasconcelos (apud FREITAS, 2007):

após a liberação do paciente pelo médico, o processo de alta é todo encaminhado pelo Serviço Social. O assistente Social entra em contato e prepara a família para receber o paciente em casa, realiza orientação sobre a continuidade do tratamento e toma providências relacionadas ao transporte do paciente até sua casa.

No entanto, é necessário que o profissional tenha em mente que sua ação não se resume apenas a isto, é preciso preparar esta família, explicando de forma clara o quadro clínico que o usuário se encontra (não só no momento da alta, mas sim durante todo o período de tratamento inclusive a internação) , assim como os cuidados que deverão ser tomados e os próximos passos na continuidade do tratamento , quando este retornar ao seu convívio familiar. Essa atitude profissional só é possível quando dentro da instituição busca-se a interdisciplinariedade, ou seja, criar espaços de trabalho em equipe, e assim permitindo o compartilhamento do saber. Há também que se estabelecer parcerias externas com a rede sócio-assistencial e de saúde para que este paciente e família possam dar continuidade ao tratamento.

## **CONCLUSÃO**

Após todo o estudo realizado para construção desse trabalho, pode se concluir que embora o cotidiano das instituições hospitalares submeta tanto profissionais como os usuários à situações críticas e indesejáveis, como falta de leito, escassez de recursos humanos entre tantas outras situações que provocam dilemas éticos, ele também possibilita a inter- relação entre todos os sujeitos implicados no processo, sejam estes profissionais ou usuários. Este convívio permite a experiência de viver uma diversidade de situações nas quais, mesmo diante das tensões e dos riscos nos momentos mais difíceis, é possível pensar novos caminhos que demonstrem a solidariedade, o respeito e a cidadania implicada no cuidado e a sua conseqüente humanização.

A efetivação da PNH nas instituições de saúde é altamente vantajosa. Por ter como princípios a inseparabilidade entre gestão, atenção e transversalidade, gera efeitos para as organizações que incidem diretamente na produção de saúde nos espaços de trabalho, de modo a fomentar entre os diferentes atores envolvidos

no processo (usuários, trabalhadores e gestores) ações inventivas e criativas e instigar o protagonismo e a autonomia dos sujeitos e coletivos. Nesse sentido, o trabalho constitui-se como espaço de crescimento e produção. No campo das políticas de saúde, humanizar as práticas de atenção e de gestão significa assumir o desafio da construção de uma política que realmente se faça pública e coletiva.

Como citado durante o trabalho, os desafios existem e por sua vez, não são poucos, mas se há intenção de provocar mudanças em todo este processo é preciso que se faça, mesmo que de maneira aparentemente não visível, a diferença.

*“Ninguém pode construir um novo começo, mas qualquer um, se quiser, pode começar agora e inventar um novo fim!” (C. Xavier).*

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. 2005.

\_\_\_\_\_. Humanização na saúde: um novo modismo. **Interface**: Comunicação, Saúde, Educação. Botucatu, 2005.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar**: ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 1999.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto por Juarez de Oliveira. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990. 168 p. (Série Legislação Brasileira).

\_\_\_\_\_. Lei n. 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://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf> >. Acesso em: 16 set. 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, 2004. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id\\_area=390](http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=390)>. Acesso em: 16 set. 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **SUS**: Sistema Único de Saúde. Disponível em <<http://www.sespa.pa.gov.br/SUS/SUS.htm>>. Acesso em: 18 jun. 2008.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de saúde no Brasil**. Disponível em: <[http://www.fnepas.org.br/pdf/servico\\_social\\_saude/texto1-5.pdf](http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf)>. Acesso em: 15 set. 2008.

\_\_\_\_\_. **Serviço Social e saúde**: Formação e trabalho profissional. São Paulo: CORTEZ, 2006.

FLEURY, S. T. O dilema da reforma sanitária brasileira. In BERLINGUER, G. et al. **Reforma sanitária**: Itália e Brasil. São Paulo: HUCITEC- CEBES, 1988.

FREITAS, Bruno Peres. O assistente social na assistência hospitalar e o desafio da humanização: dimensões éticas. IN: \_\_\_\_\_. **O assistente social na assistência hospitalar e o desafio da humanização**: reflexões sobre a dimensão intersubjetiva da prática profissional. 2007. f.18-43. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica, Rio de Janeiro, 2007.

HOSPITAL SANTA IZABEL. **O atendimento ao SUS**: Sistema Único de Saúde. Disponível em: <[www.hospitalsantaizabel.org.br/atendimento.php](http://www.hospitalsantaizabel.org.br/atendimento.php)>. Acesso em: 19 set. 2008.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **As dimensões ético - políticas e teórico - metodológicas no serviço social contemporâneo**. Disponível em: <[http://www.fnepas.org.br/pdf/servico\\_social\\_saude/texto2-2.pdf](http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-2.pdf)>. Acesso em: 18 jun.2008.

PASSOS, E. (Org.). **Formação de apoiadores para Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde**: atividades. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

PISTELLI, Ângela Cristina; SILVA, Radilson Carlos Gomes da; VIEIRA, Rejane. **Informação e comunicação na construção de políticas públicas**: o exemplo da Política Nacional de Humanização. Disponível em: <<http://www.icml9.org/program/track4/public/documents/Rejane%20Vieira-095732.doc>>. Acesso em: 03 jun. 2008.

PRINCÍPIOS doutrinários que norteiam o Sistema Único de Saúde. Faculdades Integradas Antonio Eufrásio de Toledo. Presidente Prudente – SP. Texto utilizado para fins didáticos na disciplina de Oficina de Formação Profissional III.

SANTOS FILHO, S. B. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde (PNHS): aspectos conceituais e metodológicos. In: PASSOS, E. (Org.). **Formação de apoiadores para Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde**: leituras complementares. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.