

# A POLÍTICA DA SAÚDE E O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NO PROJETO DE HUMANIZAÇÃO NOS HOSPITAIS<sup>1</sup>

Diana Camila ALEXANDRE<sup>2\*</sup>

Fátima de Oliveira SOUZA<sup>\*</sup>

Márcia Germano da Silva PINHEIRO<sup>\*</sup>

Valderês Maria Romera<sup>4</sup>

**RESUMO:** Desenhamos uma perspectiva histórica da gestão da política de saúde, no Brasil, para demonstrar que os interesses privados estiveram codificados nas diversas propostas desta política em detrimento de da defesa do direito social à saúde.

A proposta atual é a de humanização que objetiva romper com o pragmatismo do Sistema Único de Saúde e dar nova visibilidade ao atendimento dos diversos profissionais, na qual o serviço social participa. Discute-se, também, que por meio de conhecimentos teórico-metodológicos, ético-políticos e técnico-operativos os assistentes sociais podem contribuir com esta política, na área hospitalar, no enfoque da defesa ao direito à saúde. Utilizou-se como metodologia a pesquisa bibliográfica.

**Palavras-chaves:** Política de Saúde. Humanização. Serviço Social.

## INTRODUÇÃO:

---

<sup>1</sup> Artigo apresentado no III Seminário Integrado entre Oficinas Disciplinas e Estágio da Faculdade de Serviço Social de Presidente Prudente - das Faculdades Integradas Antonio Eufrásio de Toledo de Presidente Prudente em outubro de 2007

<sup>2</sup> Alunas do 3º ano da Faculdade de Serviço Social de Presidente Prudente, das Faculdades Integradas Antonio Eufrásio de Toledo de Presidente Prudente; outubro de 2007

<sup>3</sup> Professora da Faculdade de Serviço Social de Presidente Prudente, das Faculdades Integradas Antonio Eufrásio de Toledo.

O presente artigo destaca características históricas da política de saúde no Brasil, para demonstrar como o desenvolvimento desta política evidencia a negligência saúde na ótica do direito social. Buscou-se, em linhas gerais situar que diferentes governos deram enfoques diversos a essa política, atendendo interesses, mais políticos e econômicos, do que as necessidades reais da população brasileira, em particular, as classes menos favorecidas economicamente e, subalternas na participação política.

O percurso histórico, tem como finalidade, evidenciar o cenário sobre o qual se inscreve o atual “Projeto de Humanização”, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

O olhar, mesmo que conciso, sobre o curso da política de saúde brasileira, desde os anos 20, quando começa ser delineada, sua formatação na década seguinte até a efetiva consolidação como política nacional nos anos 50, marcando uma primeira e tardia fase da atenção pública à saúde, demonstra o caráter autoritário, burocrático, seletista e mínimo na oferta de serviços, perpassa os vinte anos de governos ditatórios e que, com diferentes nuances chegou aos anos 80. Neste período, como consequência dos reclames democráticos presentes na sociedade, A política de saúde passa a ser discutida na perspectiva da reforma sanitária e culmina com garantia à saúde como direito social universal, na Constituição Federal de 1988.

O texto Constitucional desdobra-se em Legislações e que acaba por criar o Sistema Único de Saúde- SUS, que ao longo de um contraditório processo de uma gestão com princípios de descentralização política administrativa, culmina com a Política Nacional de Humanização- PNH.

Enfatizamos, brevemente, a Política de Nacional de Humanização e a sua importância para o funcionamento da saúde, focalizando-a nos hospitais, pois, nosso objetivo maior é apontar a necessidade de se compreender o trabalho do Assistente Social neste campo de ação, na perspectiva do projeto de humanização.

Destacamos, assim, o trabalho dos profissionais e, principalmente, o eixo do serviço social, na direção da defesa dos direitos sociais, articulados ao “projeto de humanização”. Colocamos em relevo a inserção dos Assistentes sociais nas instituições

hospitalares cujo compromisso ético-político deve incidir na construção de um trabalho humanizado, articulado com outras políticas e outros profissionais.

## **1 A Trajetória Histórica da Política de Saúde no Brasil**

Os acontecimentos, econômicos, sociais, políticos e culturais nos anos 30 possibilitaram o surgimento das políticas sociais brasileiras, entre elas a da saúde, cujas protoformas já vinham desde a década anterior. Com a aceleração da urbanização e as problematizações, que configuravam a questão social à época, vinda da classe trabalhadora, era necessário que o Estado viesse com respostas políticas, particularmente, para a situação precária no âmbito da higiene, saúde e habitação.

Nesse período a política da saúde, foi organizada com dois eixos; um da *saúde pública*, e outro da *medicina previdenciária*.

O eixo da medicina previdenciária, teve como ponto alto a constituição do *Instituto de Aposentadorias e Pensões – IAPs*. Essa forma de previdência tinha duas peculiaridades que se colocou na contramão dos direitos à saúde. A primeira refere-se ao caráter contributivo e não universal, pois, tinha como alvo a principal responder as reivindicações dos trabalhadores, considerando-se que a organização e movimentos destes se dava justamente por aqueles que tinham emprego formal, geralmente, na indústria e no comércio, organizados em sindicatos e associações. Os benefícios advindos do IAP, cobriam, de fato, um número significativo de trabalhadores urbanos, assalariados e que contribuía com o referido Instituto, mas se não estendia de forma universal a grande massa de trabalhadores brasileiros, inclusive aos trabalhadores rurais.

A segunda peculiaridade foi o “modelo contencionista”, cuja ênfase está no acúmulo do fundo financeiro, cuja conseqüência foi a não ampliação de serviços e benefícios. As despesas com assistência médico-hospitalar foram definidas por, limite de gastos ou padrão previdenciário e não de acordo com as demandas da população

*O eixo da saúde pública*, que se estendeu até metade da década de 60 do século *passado*, teve como base a estruturação das condições sanitárias. O Departamento Nacional de Saúde - DNS, responsável pela coordenação dos serviços

nos estados, atuou, especialmente, por meio de campanhas sanitárias públicas para o conjunto da sociedade e, também, com o combate às endemias rurais.

De acordo com Braga e Paula, 1986:53-55 apud Bravo, 2006: 4, as alternativas mais significantes para a saúde pública nos anos 30 foram:

Ênfase nas campanhas sanitárias;

- Coordenação dos serviços estaduais de saúde dos estados de fraco poder político e econômico, em 1937, pelo Departamento Nacional de Saúde;
- Interiorização das ações para as áreas de endemias rurais, a partir de 1937, em decorrência dos fluxos migratórios de mão-de-obra para as cidades;
- Criação de serviços de combate às endemias (Serviço Nacional de Febre Amarela, 1937; Serviço de Malária do Nordeste, 1939; Serviço de Malária da Baixada Fluminense, 1940, financiados, os dois primeiros, pela Fundação Rockefeller – de origem norte- americana);
- ☞ Reorganização do Departamento Nacional de Saúde, em 1941, que incorporou vários serviços de combate às endemias e assumiu o controle da formação de técnicos em saúde pública.

No período entre 45 a 50, do século XX, foi consolidada a Política Nacional de Saúde –PNS, entretanto, apesar de estruturada, essa política não obteve uma resposta eficaz no quadro nacional das doenças infecciosas e parasitárias, assim como, morbidade e mortalidade infantil que se mantiveram com altas taxas.

Nos anos 50 começam a aparecer os hospitais privados com fins lucrativos começaram na perspectivas de formação de empresas médicas, embora até meados dos anos 60, os institutos forneciam os serviços, comprando-os de forma pouco expressiva.

Após esse período o programa de saúde, no Brasil, se desenvolveu privilegiando o setor privado, incorporando, inclusive com as transformações tecnológicas ocorridas no exterior, pois a organização médica, com interesses privatistas pressionava o Estado para o financiamento da saúde.

Segundo Teixeira Segundo Teixeira (Oliveira e Teixeira, 1986:207), apud Bravo, 2006:7, nos governos militares, a política de saúde com caráter privatista começa a prevalecer no

modelo de privilegiamento do produtor privado com as seguintes características

- Extensão da cobertura previdenciárias de forma a abranger a quase totalidade da população.
- Ênfase na prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada.
- Criação do complexo médico-industrial, responsável pelas elevadas taxas de acumulação de capital das grandes empresas monopolistas internacionais na área de produção de medicamentos e de equipamentos médicos.
- Interferência estatal na previdência desenvolvendo um padrão de organização da prática médica orientada para a lucratividade do setor saúde.
- Organização da prática médica em moldes compatíveis com a expansão do capitalismo no Brasil, com diferenciação do atendimento em relação à clientela.

A política nacional de saúde de 1974 a 1979 enfrentou permanente tensão. A predominância da participação da Previdência Social, por meio, de ações curativas lideradas pelo setor privado continuou, e as contradições no setor aumentaram quando o Ministério da Saúde retomou as medidas de saúde pública.

A partir dos anos 80, no contexto de efervescência social e política do período, a discussão política de saúde recebe a participação de novos sujeitos que problematizam as condições de vida da população e das propostas vindas do governo. A saúde pública deixa de ser, apenas, de interesse dos técnicos e passa a assumir uma dimensão política democrática.

Dos personagens que entraram em cena nesta conjuntura, destaca-se os profissionais de saúde, representados por suas entidades que ultrapassaram o corporativismo defendendo questões mais gerais como a melhoria da situação saúde e o fortalecimento do setor público, o movimento sanitário tendo o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (Cebes) como veículo de difusão e ampliação do debate em torno das temas saúde e Democracia e de elaboração de contrapropostas, os partidos políticos de oposição que começaram a colocar a temática nos seus programas e viabilizaram debates no congresso para discussão da política do setor além dos movimentos sociais urbanos que realizaram eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil (BRAVO, 2006:8-9) .

Nesse momento os principais assuntos debatidos foram à universalização do acesso, a concepção de saúde como direito social e dever do Estado, a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde, descentralização do poder decisório, o financiamento efetivo e os Conselhos de Saúde para a democratização do poder.

Em 1986 realiza-se VIII Conferência Nacional de Saúde que introduz a saúde na vida de toda a população, propondo além do Sistema Único, a Reforma Sanitária.

Em 1988 com a Constituição Federal, incorpora-se grande parte das reivindicações do movimento sanitário, como redução do setor privado, universalização do atendimento, descentralização política e administrativa do poder decisório que acabou com a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), e depois Sistema Único de Saúde (SUS). Mais no final da década de 80, algumas desconfiças surgiram sob o Projeto de Reforma Sanitária devido à fragilidade das medidas reformadoras em curso, a ineficácia do setor público, as tensões com os profissionais de saúde, a redução do apoio popular, pois não houve melhoria da atenção à saúde, e reorganização dos setores contrários à reforma. O texto constitucional é contrário aos interesses dos empresários hospitalares, ao definir que a participação do setor privado deverá ser complementar, sendo vedada a destinação de recursos públicos para subvenção às instituições com fins lucrativos.

Segundo Bravo, 2006, nos anos 90, com a reforma do Estado Neoliberal todas as propostas construídas na década de 80 são desconstruídas. A saúde vincula-se ao mercado, surge à utilização de agentes comunitários para reduzir os custos. O governo torna-se omissor na regulamentação e fiscalização das ações de saúde, e divide o SUS em dois vetores: o básico e o hospitalar.

A política do governo anterior é mantida no governo Lula, e as políticas sociais continuam fragmentadas e subordinadas à lógica econômica. Na saúde, o SUS previsto pela Constituição está muito distante do praticado. O Sistema Único de Saúde, embora universal, focaliza àqueles que não têm acesso ao serviço privado, atendendo de forma precarizada.

A defesa da importância do Estado na saúde fortalece-se com a pressão do não financiamento e da universalidade no atendimento, entretanto, o mercado ganha a disputa do Projeto de Reforma Sanitária consolidando os valores individualistas que faz com que o SUS seja um sistema segmentado para o atendimento dos pobres.

Esse recorte fica evidenciado com a questão do financiamento da Saúde. Os problemas são referentes à polêmica Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira – CPMF e a posição do governo com o Fundo Monetário Internacional, firmando compromisso em estudar a desvinculação de recursos para a saúde, eliminando da Constituição Federal a obrigação da União, Estado e Municípios a destinarem um percentual da arrecadado fiscal para a saúde, o que acarretará um desfinanciamento ainda maior da política da saúde. Comparando-se outros países da América Latina, o Brasil tem um gasto muito pequeno: apenas 3,4% do PIB são destinados à saúde enquanto na Argentina 4,7% e Uruguai 5,1%, segundo dados do DIESSE.

Igualmente às demais políticas públicas brasileiras, a política da saúde organiza-se de forma focalizada, negando seus princípios básicos que são a universalização e o financiamento efetivo das ações, o que compromete o processo de gestão em todos os níveis, e conseqüentemente os serviços prestados à população.

E com a finalidade de garantir aos usuários um tratamento adequado, com qualidade e efetivo para suas necessidades que foi criada a Política Nacional de Humanização, fruto da luta da sociedade civil e de setores progressistas no governo.

### **1.1 A Política de Humanização**

Segundo a Política Nacional de Humanização (PNH) instituída como uma política transversal à política pública de saúde tem por objetivo:

-promover a integralidade das ações de saúde no âmbito da atenção e gestão de forma indissociável, favorecer a universalidade do atendimento e o aumento da equidade por meio da utilização de novas tecnologias e especializações de saberes sem desvalorizar os processo já instituídos. Dessa forma, a PNH foi pensada como uma política transversal às demais políticas e ações de saúde e tem procurado vincular-se a todos os processos em curso bem como na elaboração de políticas de saúde por meio dos princípios orientadores da humanização. A PNH atua com um conjunto de ofertas de apoio político e institucional tendo como orientação quatro marcas:

1- Reduzir as filas e o tempo de espera, com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo, baseado em critérios de risco;2- Assegurar que todos os usuários do SUS conheçam os profissionais que cuidam de sua saúde e que os

serviços de saúde se responsabilizem por sua referência territorial;3- Garantir aos usuários o acesso às informações e a presença de acompanhante de sua livre escolha em todos os momentos do cuidado de sua saúde, bem como os demais direitos dos usuários do SUS;4- Consolidar nas unidades de saúde, a gestão participativa dos seus trabalhadores e usuários, assim como educação permanente aos trabalhadores de saúde. Disponível em [http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/impresos/folheto/04\\_0923\\_FL](http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/impresos/folheto/04_0923_FL)

É importante destacar que o projeto de humanização articula a troca de experiência entre os gestores e os trabalhadores do SUS, no direito a informação as produções técnicas e científicas, possibilitando novos saberes e troca de experiências o quem vem favorecer a atenção os usuários. A construção de uma política de qualificação do sistema único de saúde, portanto deve ser concebida para mudar o cotidiano da saúde e não, simplesmente, como mais um programa a ser aplicado no SUS.

Entender a humanização como um programa acoplado ao SUS pode aprofundar as complexas e contraditórias relações já situadas pela efetivação burocrática, descontextualizada, precarizada e dispersiva, que culminam em ações cuja meta são os índices estabelecidos, independente da sua resolutividade e qualidade. dos padrões que estão estabelecidos e que devem ser aplicadas e operacionalizadas.

A política de humanização, também se define em aumentar o grau de co-responsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede o SUS, Esta co-responsabilidade implica na mudança de valores e cultura voltada para os usuários e, da gestão dos processos de trabalho. É uma política moldada para garantir os direitos dos usuários e de seus familiares que buscam a política de saúde e dos que não buscam, mas estão inseridas no contexto, e de novas ações como co-gestores no processo de trabalho.

A Humanização para se efetivar como uma política de qualificação tem que ser apreendida como um conjunto de diretrizes e princípios no contexto da saúde e na instância do sistema único de saúde. Não pode ser vista, somente, como um programa, mas como uma política que opere transversalmente em toda a rede SUS, ultrapassando fronteiras rígidas do saber e do poder com uma construção coletiva. Deve traduzir princípios e modos de operar nas relações entre usuários e profissionais, entre os diferentes profissionais, entre as diversas unidades e serviços de saúde e

entre as instâncias que constitui o SUS, no planejamento, nos mecanismos de decisão, nas estratégias de implementação, na avaliação. O confronto de idéias deve confluir para a construção de trocas solidárias e compromissadas com a produção da saúde, isto é, mudar a cultura da atenção dos usuários e da gestão do processo de trabalho.

Voltar a política de saúde para seus usuários possibilita o estímulo para que estes se coloquem como atores do sistema por meio da ação de controle social. Possibilita, ainda, que os profissionais envolvidos efetuem seu trabalho de modo digno e criador de novas ações e relações e participem como co-gestores no processo de trabalho.

A humanização, tem como uma de suas dimensões as trocas de saberes entre as famílias e os pacientes, os profissionais, para a construção coletiva de resolução de problemas, e proposituras de mudanças. Os sujeitos sociais quando mobilizados tem potenciais transformadores da realidade.

Para que tal política possa ser construída é necessário que o SUS seja tomado em perspectiva de rede (mapeamento, visibilidade, programas de humanização no SUS, no ministério da saúde) seja contagiado pela atitude humanizadora, articuladas neste eixo. Trata-se de uma rede compromissada com a defesa da vida, humanizada, com uma construção permanente e solidária da cidadania compondo todos os sujeitos: gestores, trabalhadores da saúde, usuários. Trata-se de construir relações nas quais se possa ter um olhar para cada sujeito conforme sua especificidade, sua história de vida e concomitantemente, olhá-lo como um sujeito coletivo de histórias de muitas vidas.

Segundo Passos (2003, p.6), a humanização significa:

O paciente não é uma doença ou um paciente apenas, é acima de tudo um ser humano, um indivíduo, que tem família, planos, sonhos e sofre por extraído de uma hora para outra de sua vida e de sua rotina pessoal, tornando-se vulnerável a uma doença.

Para que haja mudanças no atendimento na área hospitalar e possa responder aos anseios dos usuários e profissionais, a humanização deve contar com o apoio e o incentivo do gestor da saúde.

Neste perspectiva, a implantação da política de humanização implica mudanças nas ações, inclusive, dos servidores públicos, culminando com a transformação das próprias práticas de saúde.

Segundo o Ministério da Saúde, o processo de humanização deve reverter um quadro de mecanismos, automatismos ou tecnicismos, atualmente inerente as relações de trabalho, em determinados setores ou grupos de trabalhadores, fruto do processo histórico de condução desta política. Para isso deve-se investir na construção de um novo tipo de interação entre os atores na qual profissional da saúde, gestores e usuários sejam sujeitos de um processo e não de parte dele.,

Para que essa interação seja implementada deve-se garantir o compartilhamento das decisões e responsabilidades, a construção coletiva do planejamento da gestão, a construção de espaços para discussões e reflexões para que se reconheça a importância das dimensões sociais nas práticas de promoção e gestão na saúde.

Assim, resgatar a humanização no atendimento como uma primeira aproximação, é ir contra a violência, já que representa a antítese do diálogo, a negação do outro em sua humanidade, a oposição a violência, sendo física ou psicológica que se expressa nos maus tratos que se apresentam pela dor de não ter a compreensão de suas demandas e suas expectativas. No projeto de humanização se vislumbra uma nova ética, ancorada no princípio da linguagem e na ação comunicativa. Humanizar é garantir a palavra e a dignidade ética. O sofrimento, a dor, o prazer expressos pelos sujeitos em palavras necessitam ser reconhecidos pelo outro, dado que as coisas do mundo só se tornam humanas quando passam pelo diálogo com os semelhantes..

A finalidade da humanização na rede hospitalar é possibilitar ao paciente um atendimento acolhedor, com acompanhamento dos seus familiares, diminuindo processo negativo de internações (estresse, depressão), evitando que fique fragilizado emocionalmente e tenha uma postura positiva para recuperação.

Na região de Presidente Prudente temos como referência o Hospital Estadual que desenvolve a política de humanização. Atualmente os programas no hospital são: mãe canguru, teoria do abraço, tarde do louvor, trabalhe feliz, direção humanizada, manhã do abraço e parto humanizado.

Na Santa Casa de Misericórdia foi introduzido pelo Serviço Social uma pesquisa hospitalar que apontará princípios para o Projeto de Humanização.

Ao tematizarmos a humanização e o serviço social abre-se um leque para fomentar ações na política de saúde, balizadas por serviços de qualidade.

## **1.2 O Projeto de Humanização e o Serviço Social**

O tema humanização vem sendo publicizado e debatido no campo da saúde e, principalmente, no campo hospitalar visando maior sensibilização dos profissionais e autoridades da área, para a reconstrução das práticas de saúde com maior integralidade, efetividade e acesso dos usuários.

A democratização e a qualidade nos serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde são fatores condicionantes para que seja efetivada esta política reconhecendo que, os usuários e a família e a rede social do paciente tenham respaldo no atendimento profissional de qualidade que compreenda o sofrimento provocado pelo processo de saúde-doença.

Para o Serviço Social a humanização não é estranha ao projeto profissional, ao contrário a competência teórico-crítica dos profissionais possibilita a reflexão sobre o contexto histórico e a conjuntura das transformações do mundo contemporâneo e que causam impactos na vida social refletindo na economia, saúde, família, deveres e direitos de cidadania dos indivíduos.

Os Assistentes Sociais inseridos nos hospitais devem contribuir na construção coletiva de relações solidárias e humanizadas que buscam perceber o outro e sua realidade no conjunto das demandas tanto individuais como coletivas dos usuários.

Os princípios básicos da política de humanização dentro do hospital tais como: a garantia a visita aberta tanto por meio da presença dos acompanhantes bem como da sua rede social, acolhimento dos usuários, atendimento multifuncional minimamente com o médico e com o enfermeiro com horários pactuados para o atendimento das famílias e sua rede social, conselho gestor com funcionamento adequado dentre outros, vão de encontros às premissas do projeto ético-plítico do Serviço Social, de forma que o assistente social é um profissional apto a construir programas de humanização, assim como sua gestão democrática no âmbito do hospital e articula-los à rede SUS. Os profissionais devem pautar-se em seus conhecimentos

teórico- metodológicos e técnico-operativos valorizando o potencial das equipes hospitalares estabelecendo prioridades, recriando relações de trabalho e de autonomia.

Pode atuar na valorização do sujeito, e não apenas do usuário, em cada processo de saúde nas diversidades e complexidade da doença, por meio, de ações de co-responsabilidade na produção de saúde, bem como em ações de valorização dos trabalhadores e nos vínculos participativos de gestão dentre outros fatores.

A ética mostra-se, como possibilidade de reflexão sobre os valores e princípios que direcionam a prática do assistente social na saúde, inserindo a dimensão da humanização como processo de construção para a qualificação da ação profissional. A primeira compreensão que nos é provocada pela reflexão ética é a de que somos seres relacionais. Nas experiências cotidianas com os sujeitos que demandam cuidados de saúde a prática profissional torna-se ética quando afirma-se no princípio da sensibilidade, reconhece o direito de todos à autonomia, ao auto desenvolvimento e emancipação do sujeito social, rumo à construção de relações mais justas e solidárias. Essa afirmação, implica um permanente desalienar-se do profissional em relação aos sujeitos destituídos do direito fundamental de cuidado para com a saúde.

É nesta dimensão de projetar a saúde que os espaços de diálogos e de intervenção vão se consolidando na prática de seu conhecimento socialmente acumulado da realidade e assim pauta-se na amplitude e nos princípios que norteiam a profissão prevalecendo à defesa intransigente dos direitos humanos, aprofundamento da democracia, posicionamento em favor da equidade e justiça social, empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, garantia do pluralismo, articulação com outras categorias e profissionais do Serviço Social inseridos em outros campos de atuação, a qualidade dos serviços prestados a população e a construção de uma nova ordem societária e mais humanizada sem discriminar e sem ser discriminado.

O horizonte para a humanização na prática do assistente social na saúde, da rede hospitalar, é ainda um campo a ser construído na perspectiva do paciente, das relações internas de co-responsabilização nos hospitais, na articulação com a rede SUS , com outras políticas de interface à Saúde, e a rede social. Pode-se dizer que na direção do projeto de humanização, o Assistente Social tem a âncora necessária para articular a competência teórico-crítica e técnico-operativa.

Assim, enfatizamos, a partir das reflexões acadêmicas aqui construídas, a importância de um debruçar sobre a particularidade das ações do Serviço Social, no projeto de humanização na rede hospitalar, inclusive como a ampliação da valorização do trabalho profissional neste campo.

## **CONCLUSÃO**

Ao falarmos da saúde percebemos que em diferentes estágios a política de saúde configura-se de forma desvia-se de sua natureza social, ou seja, como direitos dos cidadãos. Mesmo com reforma sanitária onde diversos movimentos populares articularam-se para levar a arena política reivindicações das classes sociais desprovidas de garantias de direitos e a conquista constitucional da saúde como direito social universal, ela não se efetiva como tal.

O Sistema Único de Saúde – SUS permeado por contradições revelam uma realidade caótica perpassada pela burocracia, a lentidão dos atendimentos e uma precária qualidade em todos os níveis, deixam a população a que necessita dos seus serviços à mercê do acaso.

O Projeto de Humanização, como uma proposta na contramão do cenário instituído, vem salientar novas práticas de saúde, mais humanizado na valorização do ser humano e na compreensão do processo de saúde doença principalmente por parte dos profissionais onde a rede social do paciente e a família tenham acesso a um atendimento de qualidade.

Diante da perspectiva de transformação das práticas sociais de saúde, na sua totalidade, coloca-se como desafios para os profissionais da rede hospitalar o processo de re-significarem as relações, e de capacitarem e serem capacitados para novas práticas cotidianas.

Nesse cenário de humanização, o Serviço Social apresenta-se como uma profissão, cujos assistentes sociais são portadores de competência teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa capaz de mover-se nesse cotidiano,

construindo novas pontes e mediações necessárias para que o projeto de humanização possa ser efetivado na rede hospitalar. Precisamos, todavia, pesquisar, experienciar e sistematizar e essas novas práticas, afim de dar-lhes as características e especificidades de que são portadoras.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

**BRASIL.** Política Nacional de Humanização- Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS Série B. Textos Básicos de Saúde  
Disponível [http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/impresos/folheto/04\\_0923\\_FL](http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/impresos/folheto/04_0923_FL), acesso em 01 de setembro 2007

**BRAVO.** Maria Inês Souza.. **A Política de Saúde no Brasil, In Serviço Social e Saúde, Formação e Trabalho Profissional.** São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006 Disponível em: [www.fnepas.org.br/servico\\_social\\_saude/texto1-5](http://www.fnepas.org.br/servico_social_saude/texto1-5), acessado em 01 setembro de 2007

**As Políticas Brasileiras de Seguridade Social: Saúde, In Capacitação em Serviço Social e Política Social.** Modulo 03. Brasília. UNB, 2000.

**BRASIL. A Política de Humanização.** In. DIEESE.  
Disponível em [http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/impresos/folheto/04\\_0923\\_FL.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/impresos/folheto/04_0923_FL.pdf) acesso 19 de outubro de 2007.

**PASSOS, Benevides. A Humanização como Dimensão Pública das Políticas de Saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, v.10. n 3, 2005.

**Humanização da Saúde um novo Modismo? Interface: Comunicação e Saúde, Educação.** In: Revista: nº 17, Rio de Janeiro: 2005, p. 389-406.

**PUC- RIO. O Assistente Social na Assistência Hospitalar e o Desafio da Humanização: Dimensões Éticas.** In. DIEESE.  
Disponível em [http://www.maxwell.lambda.ele.puc-rio.br/cgi/PRG\\_0599.EXE/10060\\_](http://www.maxwell.lambda.ele.puc-rio.br/cgi/PRG_0599.EXE/10060_) acesso em 12 de Outubro de 2007.