

**Universidade
Federal do
Pampa**

**TRABALHO DE CONCLUSÃO
DE CURSO**

**O SERVIÇO SOCIAL NO HOSPITAL IVAN GOULART:
POSSIBILIDADES E LIMITES NA EFETIVAÇÃO DA
POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO**

**Acadêmica: Maria Ohara Vargas Almeida
Orientadora: Profa. Me. Véra Lúcia Carvalho Villar**

**SÃO BORJA/RS
2014**

MARIA OHARA VARGAS ALMEIDA

**O SERVIÇO SOCIAL NO HOSPITAL IVAN GOULART: POSSIBILIDADES E
LIMITES NA EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO**

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

Orientadora: Véra Lúcia Carvalho Villar

**São Borja-RS
2014**

MARIA OHARA VARGAS ALMEIDA

**O SERVIÇO SOCIAL NO HOSPITAL IVAN GOULART: POSSIBILIDADES E
LIMITES NA EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO**

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

Trabalho de Conclusão de Curso defendido e aprovado em: 31 de Março de 2014

Banca examinadora:

Profa. Me. Véra Lúcia Carvalho Villar
Orientadora
Unipampa

Prof. Dr. Daniel Etcheverry
Unipampa

Profa. Dra. Simone Barros de Oliveira
Unipampa

Dedico este trabalho de conclusão ao meu fiel escudeiro de todas as horas, companheiro e esposo Mario Rodrigues Ferreira, que esteve junto comigo nessa caminhada.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus por ter me dado persistência e força para superar as dificuldades e por ter iluminado meu caminho durante esta caminhada que, foi preciso muito esforço, determinação, paciência, perseverança, ousadia e maleabilidade para chegar até aqui. E nada disso eu conseguiria sozinha, portanto, minha eterna gratidão a todos aqueles que colaboraram para que este sonho pudesse ser concretizado.

A minha mãe pela minha existência, minha referência! Pela paciência de quase não visitá-la, de sempre estar torcendo e orando por mim, estando presente mesmo com meu pouco tempo.

Agradeço a todos os professores por me proporcionarem o conhecimento durante esses quatro anos no processo de formação profissional, por quanto se dedicaram a mim, não somente por terem me ensinado, mas por terem me feito aprender.

Aos colegas de grupos de trabalhos que me deram forças em todos os momentos que precisei.

Aos dois casais de colegas José Flavio de Moura Paula e Rozeli M. Melo dos Santos, Flavio Gonçalves da Silva e Rozane A. Azolim da Silva!

Às colegas de estágio Géssica Andreola Samuel e Silvani Hahn Ehrhardt que, me ajudaram sem ganhar nada em troca, obrigada por participarem, vocês foram peças fundamentais da minha trajetória!

À querida SUPERvisora de campo Claudia Maurer que, me passou todos os ensinamentos possíveis dentro do HIG, apoiando minhas decisões sobre o tema do projeto de intervenção.

Aos colegas Dieimisom Athaide, Vânia Vargas, Jonatan Ariel, Maicon Minho, Jean Fraga, Charles Martins, Luiz Manoel Mazzuco, Gabriel Brandão.

Principalmente as minhas lindas colegas/filhas do coração Carla Gabriela Dutra Lopes e Francielli Melgarecho Bassante que, obviamente, elas fazem parte desta minha caminhada, o tempo todo contribuíram com paciência, carinho, compreensão e muito bom humor, em momento algum desacreditaram do meu potencial.

Às minhas queridas amigas Aline Dornelles, Edi Mariza Rodrigues (Rita) e Nara Segóbio Fontella que, souberam compreender com muita classe o meu

afastamento por conta das atividades acadêmicas, mas que puderam compartilhar esse momento tão maravilhoso da minha vida me dando ânimo para continuar.

Ao carinho dos professores de minha banca, Prof. Dr. Daniel Etcheverry, Profa. Dra. Simone Barros de Oliveira.

Às três pessoas fundamentais para o desenvolvimento deste trabalho de graduação e suas participações devem ser destacadas!

Primeiramente gostaria de expressar toda minha gratidão ao meu marido Mario R. Ferreira que representa minha segurança em todos os aspectos, por me ajudar muitas vezes a achar soluções quando elas pareciam não aparecer, meu companheiro incondicional, o abraço espontâneo e tão necessário, pelo apoio e atenção concedidos a mim nestes quatro anos!

À minha Profa. Me. Véra Lúcia Carvalho Villar sendo um exemplo de sabedoria e de ser humana que, sempre me guiou para o caminho certo com muita paciência e zelo tornando-se além de minha orientadora, uma grande mestra e amiga!

Em especial minha amiga e colega Silvani Hahn Ehrhardt com quem aprendi, sorri, chorei, que muitas vezes compartilhei momentos de tristezas, alegrias, angústias e ansiedade, mas que sempre esteve ao meu lado me apoiando e me ajudando. Caminhando juntas, amiga tu foi fundamental em minha vida!

A vocês dedico este trabalho e todo meu carinho!

“Nós não somos O CAMINHO para humanização. A HUMANIZAÇÃO é o caminho”.

(Frase adaptada de Gandhi)

RESUMO

Através de uma análise dialética crítica objetivou-se neste Trabalho de Conclusão do Curso de Serviço Social, apresentando de forma clara e estrutural, o trabalho das Assistentes Sociais no Hospital Ivan Goulart (HIG) apontando as possibilidades e os limites na efetivação da Política Nacional de Humanização (PNH). Nesse sentido buscou-se apresentar inicialmente de forma cronológica e breve, o histórico do desenvolvimento e alguns princípios balizadores do Serviço de Saúde Pública incorporando ações de prevenção, como a Política de Humanização, mostrando algumas ações e projetos realizados em hospitais gaúchos. Logo a seguir apresenta-se o Serviço Social, o Hospital Ivan Goulart e o Serviço Social, a Síntese de Experiência da Vivência do Campo e os resultados encontrados através da aplicação do Projeto de Intervenção com um questionário de perguntas específicas no intuito de conhecer as demandas e o perfil dos usuários do Serviço Social neste local de saúde, o que contribuiu para a análise da eficácia na efetivação da Política Nacional da Humanização.

Palavras Chave: Serviço Social. Política Nacional de Humanização. Saúde.

RESUMEN

A través de un análisis crítico dialéctico el objetivo de este trabajo de conclusión de curso de Servicio Social, mostrando claramente y estructuralmente, la labor de los trabajadores sociales en el Hospital Ivan Goulart (HIG) señalando las posibilidades y los límites de la finalización en la Política Nacional de Humanización (PNH). Por consiguiente intentó presentar inicialmente en una historia cronológica y breve del desarrollo y un apuntalamiento de principios del Servicio de Salud Pública incorporando la prevención, como la política de humanización, mostrando algunas actividades y proyectos llevados a cabo en los hospitales Gauchos. Poco después el Servicio Social, el Hospital Ivan Goulart y el Servicio Social, la síntesis de la experiencia del campo y experiencia de los resultados encontrados mediante la aplicación del Proyecto de Intervención con un cuestionario de preguntas específicas con el fin de satisfacer las demandas y el perfil de los usuarios de Servicios Sociales de salud local, lo cual contribuyó para al análisis de la efectividad en la implementación de la Política Nacional de Humanización.

Palabras clave: Servicio Social. Política Nacional de Humanización. Salud.

LISTA DE SIGLAS

ABEPSS – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
AD – Álcool e Drogas
ARH – Administração de Recursos Humanos
CAPs – Caixas de Aposentadoria e Pensão
CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CDM – Central de Distribuição de Medicamentos
CEDEPSS – Centro de Documentação em Pesquisa e Política Social e Serviço Social
CF – Constituição Federal
CFESS – Conselho Federal de Serviço Social
CIPA – Comissão Interna de Prevenção de Acidente
CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASSEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CRESS – Conselho Regional de Serviço sócia
FAS – Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
GTH – Grupo de Trabalho da Humanização
HIG – Hospital Ivan Goulart
IAPs – Institutos de Aposentadoria e Pensões
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
LBA – Legião Brasileira de Assistência
LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social
LOS – Lei Orgânica da Saúde
MS – Ministério da Saúde
PHAS – Política de Humanização da Assistência à Saúde
PNH – Política Nacional de Humanização
PNHAH – Programa Nacional de Humanização de Assistência Hospitalar
RS – Rio Grande do Sul
SAC – Serviço de Atendimento ao Cliente
SAME - Serviço de Atendimento Médico e Estatístico

SES – Secretária Estadual de Saúde

SIU – Segundo Informação dos Usuários

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 POLÍTICA DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL.....	14
2.1 Breve Histórico.....	14
2.1.1 Política de Humanização	21
2.1.2 HumanizaSUS	35
3.1 Serviço Social na Saúde.....	44
3.2 Hospital Ivan Goulart e o Serviço Social.....	46
4 SÍNTESE DA EXPERIÊNCIA.....	55
4.1 Os Resultados da Experiência.....	61
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
REFERÊNCIAS.....	64
APÊNDICES	71
APÊNDICE A – Instrumento/questionário	72
APÊNDICE B – Folder	73
APÊNDICE C – Cartaz	74
APÊNDICE D – Material utilizado no Projeto de Intervenção	75
ANEXOS	76
ANEXO A - Equipe de Estagiárias e Supervisora de Campo.....	77
ANEXO B – A Estagiária	78

1 INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), para obtenção de grau de bacharel no curso de Serviço Social da Unipampa – Campus São Borja, tem como objetivo central analisar o trabalho dos Assistentes Sociais no Hospital Ivan Goulart (HIG) apontando os limites e possibilidades na efetivação da Política Nacional de Humanização (PNH).

O interesse pela temática surgiu a partir do Estágio Supervisionado I e II desenvolvido no HIG no período de janeiro a outubro de 2013, começando pelo primeiro Estágio com a observação junto a Assistente Social para absorção das demandas institucionais e identificação das demandas dos usuários, o segundo Estágio se deu de maneira interventiva com a supervisão da profissional do Serviço Social. Com esse respaldo foi elaborado e executado o projeto de intervenção “Serviço Social e Humanização no Hospital Ivan Goulart”, assim, sentiu-se a necessidade de aprofundar os estudos e realizar o TCC sobre esse tema, delimitando como, o Serviço Social no Hospital Ivan Goulart: Possibilidades e Limites na Efetivação da Política Nacional de Humanização.

O método dialético crítico estará presente em todo o trabalho, destacando as categorias centrais, totalidade, historicidade e contradição. A metodologia utilizada foi levantamento bibliográfico como, artigos, livros, teses, dissertações, etc. e levantamento documental em leis, políticas, programas estatutos, entre outros. E ainda, documentos resultantes dos estágios, os quais contribuíram para dar consistência ao TCC.

A estrutura do trabalho seguirá da seguinte forma: inicialmente será apresentada a Política de Saúde Pública no Brasil, a Política Nacional de Humanização e o HumanizaSUS. Em um segundo momento será abordado o Serviço Social, o Serviço Social na Saúde, o Hospital Ivan Goulart e o Serviço Social. Em um terceiro momento será realizada, uma reflexão crítica e propositiva da Síntese da Experiência da vivência no campo, os Resultados dessa Experiência e finalmente, as Considerações Finais.

2 POLÍTICA DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

2.1 Breve Histórico

A saúde será contextualizada a partir de um breve histórico destacando-se as décadas mais marcantes sobre a Política de Saúde no Brasil. Parte-se do início do século XX, especificamente o ano de 1923 a “Lei Eloy Chaves” institui as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) em um contexto de rápido processo de “industrialização e acelerada urbanização”, as instituições eram mantidas por empresas, e a primeira empresa a manter essas instituições foi a dos ferroviários que tinha administração própria. A Lei vem apenas atribuir no estatuto legal a ações já existentes de coordenação dos trabalhadores por fábricas, com as “caixas”, nascem às primeiras contestações sobre a necessidade de se atender as demandas dos trabalhadores. As caixas são substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), que, por ser um modelo sindicalista de Vargas, decorrem a ser administrados por “entidades sindicais e não mais por empresas como as antigas caixas” (BRAVO, 2001).

Com início da Ditadura Militar no Brasil, houve uma das discussões sobre saúde pública brasileira que baseou-se na unificação dos IAPs, isso ocorreu em um regime exclusivo para todos os trabalhadores regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). Portanto a unificação aconteceu em 1967 pelas mãos dos militares que foram procedentes com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). A “estrutura” foi se transformando tendo a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), em 1974, os militares já haviam criado o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), no qual, auxiliou na ampliação e remodelou e rede privada de hospitais (BRAVO, 2001).

A VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986 foi um marco na história do SUS, sendo que, esta Conferência foi à primeira em que a sociedade pode participar, também, foi importante no desenvolvimento do movimento da Reforma Sanitária. A VIII CNS derivou-se na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), um convênio entre o INAMPS e os Governos Estaduais, por isso, a Constituição de 1988 foi um momento muito importante na história da saúde pública brasileira, ao definir a saúde como "direito de todos e dever do Estado", vindo acontecer a Conferência Nacional de Saúde de quatro em quatro

anos, após a realização das Conferências Estaduais e Municipais, onde são assinalados os rumos para o aprimoramento do SUS (BRAVO, 1996).

Ribeiro (1997) ao se referir à política de saúde¹ no Brasil, sobretudo após a Constituição de 1988, refere que o SUS institucionaliza, através dos Conselhos de Saúde, a ação dos grupos de interesses, bem como confere ao pacto local e nacional funções de difusão de informações, vocalização política de demandas sociais, estabelecimento de parâmetros para a gestão do sistema e promoção. Apesar dos Conselhos conformarem arranjos de controle societário, na verdade propagam uma extensão do Estado junto à sociedade civil, e a possibilidade das comissões “intergestores”, de caráter “intergovernamental”, atuar em sintonia com os conselhos.

Esses conselhos dispõem, “assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça”. A efetivação do SUS surgiu com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população brasileira, “abrangendo desde um simples atendimento ambulatorial até um complexo transplante de órgãos, procurando garantir acesso, integral, universal e gratuito” (BRASIL, 1988).

O presente serviço incorpora às ações de “prevenção e promoção” da saúde, atingindo a vida de cada um dos usuários do sistema, por isso, convencionamos que é, mais do que oferecer a medicina curativa, ele se propõe a promover a saúde. O SUS é um processo de produção social, da saúde que foi incluído na Constituição Federal e ainda está sujeito a aperfeiçoamentos, a legislação brasileira diz que é um direito fundamental do ser humano, que tem como princípios e diretrizes que regem a organização do SUS, (CAMPOS, 2006, s/p).

¹ No âmbito da saúde, podemos inicialmente mencionar a Resolução n. 218/1997 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Considerando que a VIII Conferência Nacional de Saúde compreende a relação saúde/doença como um processo decorrente das condições de vida e trabalho, e a saúde como “direito de todos e dever do Estado”, bem como acesso igualitário de todos aos serviços de promoção e recuperação da saúde, integralidade da atenção, e a importância da ação interdisciplinar na esfera da saúde, o CNS reconhece como profissionais de saúde de nível superior: assistentes sociais, biólogos, profissionais de educação física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais. Em 29 de março de 1999, fazendo uso da delegação de competência prevista na Resolução n. 218/1997 do CNS, a Resolução CFESS n. 383/1999, em seu artigo 1º, caracteriza o assistente social como profissional de saúde. Cuidadosa e criteriosamente, o artigo 2º adverte para o fato de que o assistente social exerce suas atividades no largo espectro das políticas sociais, podendo atuar em outras áreas, não sendo, portanto, um profissional exclusivo da área de saúde (DELGADO, 2013, p. 140).

Em quase duas décadas, o processo de institucionalização do SUS evoluiu, colocando os gestores à frente de desafios que visam superar a fragmentação das políticas e programas de saúde por meio da organização de uma rede “regionalizada e hierarquizada” de ações e serviços e da qualificação da gestão. Neste sentido foi publicado através da Portaria 399, de 22 de fevereiro, o Pacto pela Saúde 2006 em suas três dimensões, Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, consolidado entre o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASSEMS) (BRASIL, 2006).

Neste sentido, segmentos sociais movimentam-se produzindo inúmeras análises e contribuições sobre as soluções, que são oferecidas sempre em nome das melhorias do nível de saúde, gerando assim uma gama imensa de enfoques e alternativas de como organizar, produzir, administrar e financiar as ações e os serviços de saúde requeridos pela população de um país (COHN; ELIAS, 1999, p. 60).

Deste modo, o principal objetivo é a reorganização da prática e a qualificação das ações e serviços oferecidos, reunindo uma série de ações voltadas para a população, à ampliação de atenção especializada articulada entre si para adequar a política da saúde a vida humana, e, ampliação de direitos fundamentais e no enfrentamento das desigualdades, portanto, uma estratégia específica de modificação. A partir dessas ações a saúde apresenta novas características, como o conceito ampliado de saúde, a garantia da saúde como direito social, apontando que a política e sua ação não se extenuam, pois a política não é uma “ciência exata” antes de tudo ela é abordada com “emoção, sangue, vontade férrea, utopias e projetos” (COHN; ELIAS, 1999).

Essa concepção destaca-se de modo bem significativo no entendimento da Seguridade Social, sendo regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (LOS). Do mesmo modo é exposto que, o Projeto de Reforma Sanitária tem no SUS² uma

² O SUS tem como processo social, dimensão política dado que vai sendo construídos em ambiente democrático, em que se apresentam, na arena sanitária, diferentes atores sociais portadores de projetos diversificados. O SUS tem, também, dimensão ideológica, uma vez que parte de uma concepção ampliada de processo saúde-doença e de um novo paradigma sanitário, dela derivado, cuja implantação tem nítido caráter de mudança cultural. Essa dimensão cultural, necessariamente, introduz, por sua natureza intrínseca, um elemento de temporalidade longa, ao processo de implantação. Por fim, apresenta uma dimensão tecnológica que vai exigir a produção e a utilização de conhecimentos e técnicas para sua implementação, coerentes com os pressupostos políticos e ideológicos do projeto que o referencia (MENDES, 2006, p.58).

tática, que inclui como base um “Estado Democrático de Direito”, responsável pelas políticas sociais e, portanto, pela saúde. Ou seja, o SUS é garantido pela Constituição e regulado pela LOS, deste modo prevê um sistema com princípios “doutrinários e organizativos” (CFESS, 2009).

Os princípios doutrinários dizem respeito às ideias filosóficas que permeiam a implementação do sistema e personificam o conceito ampliado e de direito à saúde, sendo eles a universalidade, equidade e a integralidade. Desse modo evidenciaram-se novas ações as quais “democratizariam e universalizariam” o acesso a saúde “pautado na integralidade e equidade”, logo o projeto contribui também para estabelecer respostas para às expressões da questão social em busca de ultrapassar os limites aos serviços de saúde (CFESS, 2009).

O conteúdo constitucional do SUS é discriminado e detalhado em duas leis orgânicas, a Lei 8.080/90 e a Lei 8.142/90. A Lei 8.080/90 contém dispositivos relacionados com o direito universal, relevância pública, unicidade, descentralização, financiamento, entre outros, enfatizando a definição das atribuições de cada esfera de governo dentro do novo sistema. A Lei 8.142/90 dispõe sobre o caráter, as regras de composição, regularidade de funcionamento das instâncias colegiadas do SUS, o Conselho e a Conferência de Saúde e transferências intergovernamentais de recursos. Assim, a partir dos anos 90 o SUS, ao longo do tempo sempre sofreu as implicações da inconstância institucional e da desarticulação organizacional na arena decisória federal que aparecem para o senso comum como escassez de financiamento (BRASIL, 2009).

Como promoção social da saúde o SUS em conformidade com o estabelecido na Constituição Federal Brasileira (CF) de 1988, estabelece alguns princípios, a saber:

Universalidade – O direito à saúde, bem-estar, felicidade é de todos, pobres, ricos, empregados, desempregados, quem tem plano e quem não tem plano. O SUS não pode discriminar quem tem direito: nem discriminação positiva, nem negativa. Universalidade significa para todos;

Igualdade – Não discriminar a prioridade e a qualidade da atenção. Todos os cidadãos têm igualdade de acesso às ações e serviços de saúde (processo de

equidade) – Assistência à saúde de todos os brasileiros sem preconceito, (art. 43, Lei 8.080/90)³;

Integralidade – A integralidade também pode ser vista sob dois prismas. A integralidade vertical que lembra a necessidade de se ver o ser humano como um todo e não apenas como um somatório de órgãos e aparelhos;

Intersetorialidade – Não pensar saúde só como área de recuperação da saúde: consulta, remédio, especialista, exame, internação. Pensar saúde garantida por políticas econômicas e sociais que diminuam o risco de as pessoas ficarem doentes ou piorarem;

Direito à informação – Todas as pessoas assistidas têm direito a todas as informações sobre seu estado de saúde-doença. Todas as informações sobre os pacientes, exames, prontuários etc. são de propriedade e direito do paciente;

Autonomia das pessoas – As pessoas – os cidadãos usuários – devem ter preservada sua autonomia na defesa de sua integralidade física e mental. Trata-se da preservação – dentro dos serviços de saúde – da liberdade de decisão dos pacientes;

Resolutividade – As ações e serviços de saúde devem atender também ao princípio de ter capacidade de resolução em todos os níveis de assistência. Os serviços de saúde devem buscar resolver os problemas das pessoas da melhor maneira possível e ao menor custo;

Epidemiologia como base – A epidemiologia é uma das ciências da saúde que têm como objetivo conhecer aquilo que ocorre com a população: as condições ambientais em que vive a população, as condições gerais de saúde, a oferta de ações e serviços de saúde.

Dentre as diretrizes e princípios técnico-gerenciais da CF de 1988 e a Lei 8.080/90 tem-se ainda a Descentralização, a Regionalização, a Hierarquização, e,

³ A Lei 8.080/90 Art. 43 dispõe que, “A gratuidade das ações e serviços de saúde fica preservada nos serviços públicos contratados, ressalvando-se as cláusulas dos contratos ou convênios estabelecidos com as entidades privadas” (BRASIL, 2010).

um gestor único em cada esfera de governo, ainda a conjugação de recursos das três esferas, a organização dos serviços para evitar duplicidade, a complementariedade e suplementariedade do privado, o financiamento tripartite e a participação da comunidade obedecendo (BRASIL, 2010):

Descentralização – A descentralização no sistema de saúde brasileiro é uma diretriz – princípio;

Direção única – O SUS é de responsabilidade constitucional das três esferas de governo, não podendo nenhuma delas se eximir dessa obrigação;

Regionalização – As ações e serviços de saúde devem ser organizados de forma regionalizada. Seria impossível que os 5.600 municípios brasileiros fossem cada um deles, suficientes e capazes de atender a toda sua demanda em todos os níveis de atenção;

Hierarquização – Começa pela atenção ao indivíduo, à família e à comunidade por meio dos Agentes Comunitários de Saúde, do Programa de Saúde da Família, das Unidades Básicas de Saúde com seus procedimentos de menor complexidade tecnológica (equipamentos e aparelhos) e da mais alta complexidade de saber e prática humanos;

Complementariedade do privado – O art.199 da CF coloca claramente que a saúde está livre à iniciativa privada. Além de ser possível o livre exercício das profissões de saúde e dos serviços privados de saúde, esses poderão também ser utilizados pelo SUS todas as vezes que sua capacidade de atendimento for insuficiente para dar conta da demanda;

Suplementariedade do privado – Na área de saúde, no Brasil, é livre a iniciativa privada que pode ser exercida e utilizada de maneira totalmente liberal, nos consultórios e nas clínicas contra pagamento direto.

Permeando brevemente pela Política de Saúde chegou-se em 2007 com a aprovação do Projeto de Lei Complementar 01/2003, proposto em 2000. Trata-se de uma vitória inegável para o Sistema Único de Saúde em diversos aspectos. Alguns deles são (TEIXEIRA, 2011).

- ❖ A definição clara de que os recursos da saúde sejam aplicados apenas em ações e serviços públicos de acesso universal, igualitário e gratuito;
- ❖ A proibição de que os recursos da saúde sejam destinados ao pagamento de servidores públicos inativos, serviços de clientela fechada, programas de alimentação e de saneamento (exceto alguns casos específicos);
- ❖ Mecanismos de fiscalização e transparência das contas públicas da saúde, inclusive fortalecendo os Conselhos de Saúde;
- ❖ A disposição de que a infração a essas normas configura ato de improbidade administrativa, sujeito a punição para o gestor;
- ❖ A aprovação desse projeto aponta para o fortalecimento do controle social e ampliação do acesso à saúde à medida que impede que os recursos migrem para outras áreas ou projetos.

Ao considerar as Políticas Públicas de Saúde no Brasil até os dias atuais pode-se compreender como e porque a Saúde chegou onde está, a reforma de um sistema de saúde, nos moldes em que foi pensado o SUS, considerando a conjuntura econômica mundial e brasileira atual como um processo lento. A prática de novas Leis que favorecem e disponibilizam maiores recursos à saúde é muito importante, e um grande passo a ser percorrido para a consolidação do SUS, porém tão importante quanto é o comprometimento do governo com as políticas sociais, para que o Estado venha efetivamente a desempenhar seu dever de provedor de saúde (VASCONCELLOS, 2007).

A saúde pública apresenta muitos problemas, mas percebe-se claramente que o que se conseguiu até agora é muito importante. A partir do entendimento que todos têm da saúde enquanto direito, é dever lutar para que este sistema seja desenvolvido em sua plenitude. Essa é a uma forma de, inclusive, promover mais justiça social, mais democracia e mais humanidade dentro da sociedade. Em meio às diretrizes e princípios, serviços de saúde e aprovação da Lei Complementar fica mais evidente a necessidade de efetiva implementação da Política de Humanização como uma nova cultura de atendimento radicada a construção coletiva do SUS (BRASIL, 2010).

2.1.1 Política de Humanização

A Política de Humanização⁴ quando abordada nas instituições hospitalares lembra que não se trata de humanizar o humano, mas, enfrentar e lidar com as relações de poder como o trabalho e o afeto, com a presença ainda marcante de desafios no sistema de organização na produção dessa política. Sob o título de Humanização verificam-se um claro vínculo à adoção de padrões na busca de reconhecimento à proposta de Humanização em saúde, como traz a Secretaria da Saúde que, “foi pioneiro em propor humanização como questão prioritária na construção do SUS. Este programa teve o mérito de construir uma rede de Grupos de Trabalhos em Humanização (GTH)” (BRASIL, 2004, p.82). Tratando-se de dar evidência, aos direitos dos usuários e trabalhadores das instituições, com a capacidade de criação que constitui o humano, também, valorizando sua autonomia numa configuração coletiva dos processos de atenção e gestão.

Em 2003 foi criada a Política Nacional de Humanização (PNH), Humanização que significa humanizar, tornar humano, dar condição humana a alguma ação ou atitude, é a dignidade e o respeito à vida humana, enfatizando a dimensão ética na relação entre pacientes, familiares e profissionais, por estarmos vivendo um momento de modificação, o termo Humanização é a expressão utilizada para falarmos da melhoria da qualidade do atendimento aos usuários, é olhar o outro numa relação de respeito, é entender que os usuários dos serviços de saúde, são, antes de tudo, seres humanos, dotados de direitos e acesso aos serviços em condições de igualdade. O desenvolvimento das ações propostas pela PNH lança mão de “ferramentas e dispositivos para consolidar redes, vínculos e a “corresponsabilização” entre usuários, trabalhadores e gestores” (BRASIL, 2010).

A Cartilha de Humanização foi elaborada com base no Programa Nacional de Humanização, passa a ser tratada como mecanismo a ser aplicada de forma transversal na rede SUS o que inclui os diversos serviços do sistema, a implantação desta política conta com a participação de equipes compostas por profissionais multiplicadores nas instituições. A PNH se sugere a um processo de criação que a

⁴ Por Humanização compreendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2010, p. 3).

um só tempo envolve dimensões éticas, estéticas e política. “ética porque implica mudança de atitudes dos usuários, dos gestores e trabalhadores de saúde, de forma a comprometê-los como co-responsáveis pela qualidade das ações e serviços gerados; estética por se tratar do processo de produção/criação da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas; política, porque diz respeito à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS”.

A Humanização carece ser entendida como a valorização dos diferentes sujeitos implicada no processo de produção de saúde, devendo fortalecer a integração de usuários, trabalhadores e gestores. Nessa medida, humanizar a relação com o usuário de saúde exige que o trabalhador valorize a afetividade e a sensibilidade como elementos necessários ao cuidar. Pois, muitos são os desafios que enfrentamos quando estamos lidando com a defesa da vida e com a garantia do direito à saúde (REGIS, 2011).

Portanto, a Humanização constituindo-se em um todo coerente, tornando-se ações dignas e condizentes com o ser humano, enfatizando a necessidade de assegurar atenção integral à população e estratégias de ampliar a condição de direitos e de cidadania dos indivíduos. Desta forma, humanizar é modificar o modo de se fazer e produzir assistência hospitalar que a Humanização hospitalar é uma tarefa difícil e de grande complexidade, pois denota mudanças no modo de atuação da equipe, das estruturas do hospital, e nem sempre os envolvidos no processo hospitalar estão abertos a mudanças (REGIS, 2011).

Com isso, ocorreram algumas mediações importantes para o “desenvolvimento da Política Nacional de Humanização (PNH)”, que busca ainda, incentivar a capacitação de profissionais comprometida com valores onde os desafios diários para a garantia do acesso aos direitos sociais dos usuários de seus serviços apontam a nova perspectiva procurando uma mudança de “nomenclatura”, o que antes era chamado de "Administração de Recursos Humanos" (ARH) passa a ser chamado de "Gestão de Pessoas" (REGIS, 2011).

O mesmo autor expõe que é característico do SUS e da PNH, o uso de “nomenclaturas”, como comentado anteriormente, que já está a mais tempo sendo seguidas nas organizações do âmbito privado capitalista “gestão de pessoas, gestão participativa, planejamento estratégico”, entre outros. Há também um esforço real em orientar o sentido de garantir uma reciprocidade com os princípios “universalistas” e “autonomia” dos sujeitos, condição essencial para esse processo,

pois, favorece a “privatização dos serviços públicos e/ou do enxugamento dos recursos nesse âmbito”.

Propõe-se então uma ação que leve o acréscimo à garantia de direitos e o aprimoramento da vida em sociedade, da saúde, da essência do ser, expondo que a política deve ser entendida como um marco fundamental nas instituições, não como “só um programa a mais a ser aplicado”, e sim, tendo a necessidade de adotar a Humanização como uma diretriz. Humanizar a saúde é construir relações mais afirmativas dos valores que orientam na política pública da saúde, é a palavra utilizada para falar da melhoria da qualidade do atendimento aos usuários. É o cuidado prestado com respeito, dignidade, ternura e empatia ao usuário e sua família, sendo entendida como um conjunto de princípios e diretrizes institucionais caracterizando uma construção coletiva no sistema de saúde (BRASIL, 2006).

Princípios Norteadores da Política de Humanização

Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo/estimulando processos integradores e promotores de compromissos/responsabilização:

- ❖ Estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos;
- ❖ Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade;
- ❖ 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 de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos (BRASIL, 2004).

Marcas e Prioridades da Política de Humanização (PNH)

Com a implementação da Política Nacional de Humanização (PNH), trabalha-se para consolidar, prioritariamente, quatro marcas específicas:

- ❖ Serão reduzidas as filas e o tempo de espera com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco;
- ❖ Todo usuário do SUS saberá quem são os profissionais que cuidam de sua saúde, e os serviços de saúde se responsabilizarão por sua referência territorial;
- ❖ As unidades de saúde garantirão as informações ao usuário, o acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha) e os direitos do código dos usuários do SUS;
- ❖ As unidades de saúde garantirão gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários, assim como educação permanente aos trabalhadores.

A implementação da PNH pressupõe a atuação em vários eixos que objetivam a institucionalização, a difusão dessa estratégia e, principalmente, a apropriação de seus resultados pela sociedade (BRASIL, 2004).

Orientações Estratégicas para a implementação da PNH

- ❖ Propor que os planos estaduais e municipais de saúde contemplem os componentes da PNH (Agenda de Compromissos). Consolidar e expandir os Grupos ou Comitês de Humanização nas Secretarias Estaduais de Saúde (SES), nas Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e nos serviços de saúde, entendidos como dispositivos de articulação, estímulo, valorização e formulação de políticas de Humanização nas diferentes práticas e instâncias gestoras da saúde (BRASIL, 2004).

Diretrizes gerais para a implementação da PNH nos diferentes níveis de atenção à saúde

- ❖ Ampliar o diálogo entre os profissionais, entre os profissionais e a população, entre os profissionais e a administração, promovendo a gestão participativa. Implantar, estimular e fortalecer Grupos de Trabalho de Humanização com plano de trabalho definido (BRASIL, 2004).

A Gestão da Política de Humanização

- ❖ A dimensão transversal da Política de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde no SUS implica, necessariamente, para sua efetuação em um construir coletivo. Isso significa processos de pactuação no âmbito do Ministério da Saúde, assim como nas diversas instâncias do SUS (BRASIL, 2004).

O Campo da Humanização

Como política transversal, a PNH entende que, em seu papel articulador, ela deve se dirigir, por um lado, à facilitação e à integração dos processos e das ações das demais áreas, criando o campo onde a Política de Humanização se dará; por outro lado, deve também assumir-se como núcleo de saber e de competências com ofertas especialmente voltadas para a implementação da Política de Humanização (BRASIL, 2004).

Conforme Alves; Mito; Gerber, (2007, p. 38) “No documento de implementação da PNH destinado aos gestores e trabalhadores do SUS pode-se apreender que há despreparo dos trabalhadores para lidar com os aspectos subjetivos da intervenção em saúde e a gestão verticalizada e centralizada [...]”. Este documento aponta a atuação dos gestores e trabalhadores para que, as ações sejam direcionadas ao todo e não mais centralizadas como abordará o mencionado documento. Também, ficou evidenciado que a partir desta implementação a Humanização favorece não somente os trabalhadores, mas também os usuários, no

que implica diretamente a postura e atitude dos mesmos tornando possível o acesso e atenção cotidiana aos sujeitos.

Em 2000, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH, inicialmente através de um projeto piloto desenvolvido em 10 hospitais, [...]. No projeto piloto foi testada a metodologia de implantação do programa, que, resumidamente, seguia as seguintes estratégias: sensibilização dos gestores, inventário e reconhecimento dos projetos já existentes, criação do Grupo de Trabalho em Humanização – GTH, elaboração de um plano de ação, criação de mecanismos de acompanhamento e avaliação (RIBEIRO, 2004, p. 84).

Portanto, o Programa de Humanização tem como entrada principal os projetos de caráter humanizador, enfatizando a importância deste programa, desempenhando um papel funcional nas instituições, estimulando a livre expressão, o diálogo, o respeito e a solidariedade, entre outras, as trocas de experiência, que apontam qualificação do serviço público de saúde, elaborado com base no Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) que apresenta informações importantes para a implantação de um processo humanizado nos serviços de saúde, que orientam suas direções em experiências produzidas pelo PNHAH, já desenvolvido em mais de duas dezenas de instituições hospitalares no Rio Grande do Sul.

O desenvolvimento das ações propostas pela Política de Humanização da Assistência à Saúde (PHAS) tem como princípios fundamentais o respeito à especificidade de cada instituição, estimula a cooperação entre as mesmas pela troca de experiências produzidas, que visam à qualificação do serviço público de saúde. Conforme o Ministério da Saúde (2010), assente que, muitos são os desafios que aceitamos enfrentar quando estamos lidando com a defesa da vida e com a garantia do direito da saúde.

Assim como o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar proposto pelo Ministério da Saúde procurou promover um processo de transformação no padrão de assistência ao usuário dos hospitais públicos. Destaca-se que “prevenir, cuidar, proteger”, também são dimensões com as quais estamos comprometidos, em fim produzir saúde, para que ao mesmo tempo se possa alcançar um atendimento mais humanizado e garantir uma dignidade única (ALVES; MIOTO; GERBER, 2007).

Ainda no pensamento das autoras expõe-se que, o cotidiano da intervenção profissional do Assistente Social na política de saúde, se integra junto a PNH com a criação de grupos de trabalhos com espaços privilegiados, onde o profissional pode definir orientações e propostas de Humanização nas instituições. Implicando na relação entre o projeto profissional dos Assistentes Sociais com a proposta da PNH ser significativa para uma “nova relação” com os usuários, para realizar uma Humanização “verdadeira e abrangente”. Alves; Miotto; Gerber (2007, p. 47) também ressaltam que, “a preocupação dos assistentes sociais com a resolutividade do sistema de saúde, de apurar no dia-a-dia, seus princípios e diretrizes, deve vir acompanhada por uma visão analítica sobre o processo saúde-doença e de adensamentos conceituais que dão conta de responder ao modelo de atenção vigente”.

Deste modo, é importante que a gestão auxilie no fortalecimento dos processos dessas redes e pelo desenvolvimento do vínculo e da cidadania dos autores envolvidos e dos usuários. Trazendo que a sugestão de Humanização nos serviços públicos de saúde é de uma importância básica para a qualidade do atendimento, colocando a tarefa de enfrentar os desafios já muito demandados pelo SUS, com pessoas que se encontram em situações fragilizadas, de dependência, de dor, por isso, a questão Humanização traz um modo de valorização básica ao atendimento entre “um todo” (BRASIL, 2010, s/p).

Para Martinelli (2011, p. 502) “ao trabalhar nessa perspectiva do cuidado ético, da Humanização da prática, estamos fazendo um uso consciente de conhecimentos, sentimentos, valores, na busca da qualidade do atendimento de nossos atos profissionais”. Este trabalho tem conquistado cada vez mais “viabilidade e respeito” dentro de uma instituição, pois, tem a colaboração multidisciplinar dos gestores, dos técnicos, dos médicos, enfermeiros e funcionários das diversas áreas na ajuda deste processo.

Com o levantamento de dados sobre PNH, PNHAH, PHAS e GTH foram encontrados diversos fatores que consagram a Humanização, em vários hospitais e instituições de diferentes cidades que tem, essa política como princípio adequado para o tratamento de doenças, também, na “cura, reabilitação, preventivas e sociais”, será exposto alguns textos que confirmam a importância da PNH, de maneira resumida, clara e objetiva.

O Hospital de Novo Hamburgo no Estado do Rio Grande do Sul (RS) propôs uma mudança na recepção aos usuários do setor de emergência/urgência do hospital, propondo acolher⁵ e humanizar, a formulação deste serviço está fundamentado nos conceitos da cidadania, pois, agilizar e organizar o serviço não significa, apenas, estabelecer normas, mas formar uma relação mais humanizada, ética e cordial com usuários, quando falamos de acolher transmite parecer assistencialismo, mas não, na rede hospitalar o acolhimento deixa de ser um ato isolado para consistir em mecanismos para um compromisso coletivo para o atendimento ao usuário. Além disso, buscou-se a satisfação dos profissionais pelo exercício profissional, utilizando-se da estrutura para poder acolher conforme a gravidade do usuário, sendo para cada usuário, uma oferta de atendimento e “tratamento digno, solidário e acolhedor” (ANDRADE; DONELLI, 2004).

Já o Hospital de Passo Fundo (RS) empenha-se em ampliar sua missão institucional e, acredita ser de suma importância sua participação no “programa Parceria Resolve”, da Secretaria de Saúde do Estado, para dar assistência pós-alta hospitalar para pacientes com cuidados especiais, com a participação, visa a diminuir as “reinternações” e, ao mesmo tempo, humanizar o atendimento prestado aos usuários com cuidados especiais. Com objetivo de orientar e visitar pacientes com cuidados especiais em suas casas, a inclusão do grupo de enfermagem no programa acrescenta uma prática apropriada mais efetiva de auto-cuidado (DUTRA; SANTOS; WERLANG, 2004).

No o projeto “Cuidando do Cuidador” do Hospital Vida & Saúde de Santa Rosa (RS) tem como, objetivo o cuidado com quem dedica à sua vida a cuidar dos outros, assim, a equipe de humanização não se limita apenas às ações desenvolvidas em favor dos colaboradores em um só dia, é mantido a prática constante e diariamente, para que eles mantenham uma postura sempre humanizada para com o usuário na doença/cura/reabilitação. Importante salientar que o projeto atende a se comprometer com a qualidade do cuidar do colaborador

⁵ Acolher é uma orientação ética, pois o toma como base do contrato entre os sujeitos que cuidam e os que são cuidados, cuja ação é produzir um campo comum que vamos chamar de produção do cuidado compartilhado, “corresponsabilização”. Acolher é, pois, o que inaugura e sustenta processos de cuidar. Acolher, todavia, não significa apenas interagir a partir do aceitar aquilo que o outro traz, mas, a partir disto, produzir desvios, produzir movimentos que permitam reposicionamentos, produção de novas atitudes, de novas éticas (BRASIL, s/p).

para colaborador, para que, se possa qualificar o cuidar dos usuários/pacientes (SUBUTZKI; CONETE, 2004).

No caso da A. C Santa Casa do Rio Grande (RS), na Instituição Recanto do Idoso que abriga 113 idosos, o local com grande procura de vagas, mesmo sendo não ofertadas essas vagas, chegou assim, a elaboração do projeto “Envelhecer com Novos Horizontes” para motivar os idosos a não se deixar ficar “esperando a morte”, Cunha (2004, p. 42) fala que o “desenvolvimento físico, psíquico e social do ser humano não é só mantê-lo com as necessidades básicas supridas, temos que estimulá-los para que acreditem no amanhã”. É nesse sentido que, a atenção com os indivíduos idosos é essencial para garantir um final de vida digna, e é nesse cenário de pouca valorização da velhice que, foi preciso desenvolver ações humanizadas de atendimento, para isso, contam com a participação dos multiprofissionais para poder minimizar as perdas sofridas na velhice, por isso, é entendido que a instituição Recanto do Idoso defende o atendimento e tratamento com uma igualdade social mais humanizada (CUNHA, 2004).

Para desencadear um processo de Humanização, pode ser necessária uma mudança na cultura organizacional, sendo importante que, no ambiente de trabalho, os profissionais tenham conhecimento de seus pontos fortes e fracos. É necessário, também, que cada profissional tenha consciência de sua função e saiba o quanto é importante o compartilhamento de informações no espaço coletivo, para que os resultados sejam atingidos de forma integrada (SIEDLER; BACKES; PALOMINO, et al, 2004, p. 58).

A valorização da Humanização do ambiente hospitalar faz desse procedimento ser capaz de proporcionar o bem estar físicos e psíquicos, assim, possibilitando atenção mais humanizada, “acolhedores e estruturante” no fator produzir saúde e a “dignidade humana”. Siedler; Backes; Palomino et al (2004, p.58) expõem que, a Humanização do ambiente hospitalar requer empenho e envolvimento por parte de todos os profissionais da equipe. “A transformação do modo assistencial, portanto, somente é possível, a partir de uma sensibilização dos trabalhadores quanto às atitudes e comportamentos que envolvem o ser e fazer profissional”. Voltadas para atenção acolhedora e humana dos diferentes sujeitos implicada no processo de produção de saúde, especificamente no âmbito hospitalar, envolve, essencialmente, o processo de mobilização coletiva para promover uma

multiplicidade de enfoques e alternativas, em suma, Humanização é favorecer a recuperação dos valores éticos imbricados nas múltiplas relações.

Rodegheri (2004) delinea que, o Hospital Providência de Marau (RS) tem por, “finalidade, humanizar o ambiente hospitalar, perceber o ser humano em sua totalidade, redimensionar a visão de hospitalização, considerando a condição inata do organismo, a saúde”. Portanto, é exposta aqui, a importância de um olhar diferenciado, mais humanizado, onde foi colocada em evidência a proposta da Ludoteca Hospitalar Florescer. O autor destaca que, a ludoteca nasceu de uma,

Inquietação de humanizar o ambiente hospitalar, através de um espaço de expressão: [...]. As ludotecas são um espaço de expressão lúdica criativa, de crianças, jovens e adultos. Tem a principal e global finalidade de favorecer o desenvolvimento da pessoa em uma dinâmica de interação lúdica. Especialmente estimula o processo de estruturação afetivo-cógnito da criança, socializa criativamente o jovem e mantém o espírito de realização do adulto. É uma atividade que agrega os indivíduos, os quais se reencontram em sua alegria de viver, de expressar-se e de sentirem-se com ânimo para empreender tarefas solidariamente (RODEGHERI, 2004, P. 94).

Deste modo, as Ludotecas vêm para desenvolver métodos que permitam melhorar o ambiente nos aspectos “humanos e estruturais” a fim de promover uma maior interação com Médicos, Enfermeiros, Psicólogos, Nutricionistas, Assistentes Sociais, Administradores dos setores para ampliar uma nova visão da estrutura de atendimento com serviços baseado nos princípios da saúde e Humanização. A prática deste sistema estimula melhorias contínuas e ao mesmo tempo, uma maneira lúdica de transformar a vida dentro de um hospital, possibilitando assim, por meio da construção de espaços humanizados, um ambiente saudável e acolhedor, com o objetivo de modificar os atuais cenários instituídos na área da saúde, promovendo um,

[...] dispositivo criado pela Política Nacional de Humanização (PNH) para o Sistema Único de Saúde (SUS), com objetivo de intervir na melhoria dos processos de trabalho e na qualidade da produção de saúde para todos. O GTH instituiu-se em qualquer instância do SUS e é integrado por pessoas interessadas em discutir os serviços prestados, a dinâmica das equipes de trabalho e as relações estabelecidas entre trabalhadores de saúde e usuários (BRASÍL, 2006, p. 5).

O Grupo de Trabalho de Humanização envolve responsabilidade operacional dos colaboradores do hospital em qual se está inserido, pois, é necessário haver

profissionais qualificados, refletindo um atendimento humanizado e contínuo do GTH aos colaboradores e desses, aos usuários e seus familiares em círculo, ao atendimento qualificado para o bem-estar físico e mental dos usuários/pacientes/familiares e trabalhadores, assim ficam evidenciadas várias formas de atuação da Humanização na saúde, é no sentido de garantir acesso aos serviços e a recursos que exige a defesa da vida, de forma imediata, à informação individual e coletiva, no atendimento a todos os cidadãos.

Segundo os dados levantados o GTH constituiu-se através de gestores que resolveram estimular a criação do grupo, mas, com a proposta do GTH não fica só nos serviços de prestação direta da assistência à saúde, é também adequadas ao âmbito das instâncias gestoras vinculadas ao SUS e se distribuindo em Distritos Sanitários, Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, do Ministério da Saúde e, também das parcerias entre “municípios e cooperação interinstitucionais”. O trabalho em grupo proporciona o encontro com as diversidades subjetivas, todos podem participar destes grupos, ou seja, todos que estão implicados na construção da proposta para promover as ações humanizadoras, com isso, são imprescindíveis que o grupo respeite seu próprio tempo de construção (BRASIL, 2006).

Os serviços postados a seguir são instituídos e submetidos aos mecanismos sociais tais como, os parâmetros de Humanização, as contribuições e as competências do GTH (BRASIL, 2010).

Parâmetros de Humanização

- ❖ A avaliação das ações de Humanização a partir dos parâmetros propostos pelo PHAS é fundamental, mas o GTH pode, nesse trabalho, se deparar com uma série de questões que ultrapassam sua responsabilidade e possibilidade de ação. É preciso, portanto, determinar o grau de governabilidade ou ingovernabilidade que o GTH tem sobre as ações de humanização.

Da Definição do Trabalho de Humanização

- ❖ O Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) é um espaço coletivo organizado, participativo e democrático, que se destina a empreender uma

política institucional de resgate da humanização na assistência à saúde, em benefício dos usuários e dos profissionais de saúde, com as seguintes contribuições:

- a) Liderar o processo de Humanização;
- b) Traçar estratégias de comunicação/integração entre setores;
- c) Avaliação de projetos em desenvolvimento ou a serem desenvolvidos de acordo com os parâmetros de Humanização propostos;
- d) Promover fluxo de propostas e deliberações;
- e) Apoiar e divulgar as iniciativas de Humanização em desenvolvimento;
- f) Estimular a participação da comunidade e de entidades da sociedade civil nas ações de Humanização dos serviços;
- g) Promover a interação com o gestor municipal (agenda de ações);
- h) Estabelecer os padrões de atendimento ao usuário;
- i) Coordenar voluntariado;
- j) Participar dos encontros de Humanização (BRASIL, 2010).

Competências do Grupo de Trabalho de Humanização (GTH)

O GTH terá as seguintes competências:

- ❖ Estabelecer estratégias e mecanismos que tornem os serviços mais Humanizados;
- ❖ Traçar diretrizes de elaboração e aprovar o plano operativo para Humanização;

- ❖ Examinar propostas e denúncias sobre assuntos pertinentes às relações interpessoais no estabelecimento;
- ❖ Liderar o processo de Humanização;
- ❖ Buscar estratégias de comunicação e integração entre os diferentes setores;
- ❖ Promover o fluxo de propostas e deliberações;
- ❖ Apoiar e divulgar as iniciativas de Humanização em desenvolvimento;
- ❖ Avaliar os projetos que já estão em desenvolvimento e os que ainda vão ser desenvolvidos, de acordo com os parâmetros de Humanização propostos;
- ❖ Estimular a participação da comunidade e de entidades da sociedade civil nas ações de Humanização dos serviços;
- ❖ Promover a participação no “Prêmio Humaniza Saúde” (BRASIL, 2010).

Para Angnes (2004, p. 11) os GTH's são multiplicadores nas instituições, e ampliarão as ações de Humanização, com “espaços coletivos, organizados, participativos e democráticos, que se destinam a instaurar uma política institucional de regaste da Humanização na assistência à saúde, em benefícios dos usuários e dos profissionais de saúde”. Verificou-se através de levantamento documental do HIG, que já tem incluso o GTH em seu quadro de trabalhadores, porém esses grupos não são trabalhados e implementados, dessa forma afirma-se que essa política precisa-se ser trabalhada a partir da importância que ela representa para o setor hospitalar, seus trabalhadores e usuários, reconhecendo a acuidade da Humanização, iniciando-se novas práticas voltadas a esses serviços, sendo discutido um modo de serem aplicadas efetivamente na instituição, portanto, deve-se deixar claro que é importante a todos os usuários do sistema este trabalho.

Quando é abordado o GTH no Hospital Ivan Goulart esta explícita a contradição, ao mesmo tempo em que existe na documentação, falta na efetivação da política, ou seja, existe, mas não é efetivado. Para tanto o objetivo de efetivar a Política Nacional de Humanização através do projeto de intervenção no HIG, fez-se importante logo que existem as possibilidades, mas faltam as ações para que haja

uma implementação efetiva. Conforme Alessandrine (1999, p. 51), “o institucionalismo tem traços comuns entre suas diferentes correntes os quais se propõem propiciar, apoiar nos coletivos, [...]”. Também possibilitando o modo de intervenção no cotidiano hospitalar, ao limitar sobre o Serviço Social conjugado com a Política Nacional de Humanização enfatiza-se a importância dessa prática desempenhando um papel funcional na instituição. Serviço Social e o PNH trabalhando nesse módulo com objetivo emergencial na luta por uma participação mais humana, comprometido com a qualidade dos seus serviços, prevenção, cura e reabilitação dos usuários/pacientes e seus familiares, bem como dos trabalhadores do HIG.

Segundo Souza (2010, p. 14), “[...], à medida que se aguçam as contradições sociais, levando a população a um pensar e um agir em comum diante dos problemas de consumo coletivo que enfrenta”. O processo metodológico aqui identificado reflete condições de uma ação social, dando vazão ao método de participação e para chegar a essa prática verificam-se três formas de compreender, organizando-se em mobilização, tendo um propósito comum em uma comunidade ou sociedade agindo com o mesmo objetivo, requerendo uma dedicação coletiva e contínua; organização, bem como, a palavra que se insere, tem a ideia da ordem e sistematização partilhando dos mesmos propósitos, seja sob o mesmo aspecto político ou social; conscientização é o ato de estar ciente das responsabilidades, tendo a comunidade ciente de seus direitos e deveres como um processo tal como é, implicando a compreensão de força social onde se projeta e avalia sua conscientização no fazer social.

A proposta do atendimento humanizado tem como meta uma nova cultura institucional, que possa instaurar, entre outras coisas, o bem estar físico, psíquico e social dos usuários dos serviços de saúde, resgatando assim, a dignidade e o compromisso com o paciente (ONEDA; SABBI; VANZ, 2004, p.72).

Consequentemente, a participação pode ser compreendida como um processo próprio do ser humano com o objetivo de assegurar a vida digna para todos, e é uma forma que a população encontra para mudar o meio em que está inserido. Seu maior desafio é, a realidade em que vivemos, sendo como tal, luta em favor da população usuária. Portanto, vem intensificar a interação entre o indivíduo e seu meio social, com exercícios de soluções dos problemas, também a prevenção

dos mesmos, procurando melhorar a qualidade de vida do usuário junto à sociedade (ONEDA; SABBI; VANZ, 2004).

A Política de Humanização da Assistência à Saúde oferece uma Diretriz na forma de humanizar, instigando a criação e sustentação permanente de espaços de comunicação e divulgação, estimulando, o diálogo, o respeito e a solidariedade, bem como, o uso destas ferramentas para destacar o HumanizaSUS exposto logo a seguir.

2.1.2 HumanizaSUS

HumanizaSUS⁶ é a proposta para enfrentar o desafio de tomar os princípios do SUS no que eles impõem de mudança dos modelos de atenção e de gestão das práticas de saúde, a proposta de Humanização do SUS esta pautada em uma tarefa desafiadora, que para “se humanizar na saúde”, apresenta-se um “modo certo de se fazer”, por Humanização entende-se como a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde.

Para apresentar o Humaniza SUS⁷, o Ministério da Saúde “suscita” o quão é importante para qualificação do SUS, sendo a, Política Nacional de Humanização é uma “inflexão” do SUS. Emergindo da experiência prática da política pública de saúde, a qual, foi capaz de enfrentar uma série de desafios, superando-os, no ponto de vista dos usuários, a questão da humanização da saúde tem se expressado sob as mais diversas maneiras, acreditando-se que há um SUS que dá certo, mas que existem desafios e problemas e que é necessário superá-los.

Isso consiste em experiências e repercussão para gestores, trabalhadores e usuários, frutos de encontros, em espaços para trocas, com escutas qualificadas, com respeito às adversidades e as próprias necessidades específicas, individuais, como também as coletivas. Que facilitam o enfrentamento dos problemas e

⁶ O Humaniza SUS apresenta-se como uma política construída a partir de possibilidades e experiências concretas que queremos aprimorar e multiplicar! Daí a importância de nosso investimento no aprimoramento e na disseminação dos diferentes dispositivos com que operamos. As “Cartilhas da PNH” tem função multiplicadora; com ela esperamos poder disseminar algumas tecnologias de humanização da atenção e da gestão no campo da saúde (BRASIL, 2006, p. 4).

⁷ Ressalta-se que a construção do SUS avançou em diversas localidades do País, em territórios vivos, com equipes atuando nessas comunidades com experiências bem sucedidas mostrando, como já demonstrado que o SUS tem potencialidade de qualificar a atenção e a gestão (Brasil, 2010).

potencializam saídas criativas e singulares em cada contexto, assinalando algumas diretrizes a serem colocadas como nossa “utopia”, que estarão sempre por serem obtidas, mas, nunca prontas (BRASIL, 2004).

Ribeiro (2004, p. 80), dispõe que, HumanizaSUS “está voltada para a construção de novos modelos de gestão e atenção que, rompe com o modelo tradicional, organizado em torno de uma fragmentação de procedimentos médicos, de caráter hospitalocentrico”, permitindo compreender e identificar as demandas na inserção no SUS, o HumanizaSUS opera “transversalmente” em toda a rede, sendo uma conquista do povo brasileiro e tem como objetivo efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção, com isso, passa a operar e acatar uma singularidade de saberes, não apenas dos diferentes campos da saúde, mas, também de seus usuários.

Brasil (2010, p. 5) destaca que, “o Ministério da Saúde tem reafirmado o HumanizaSUS como política que atravessa as diferentes ações e instâncias do SUS, como já supracitado antes, englobando os diferentes níveis e dimensões da atenção e da gestão”. Quando se analisa o envolvimento dos trabalhadores de saúde e usuários no dia-a-dia das unidades de atenção do SUS, percebe-se que a participação ainda é muito pequena, talvez por parecer que está participação é difícil, “complexa ou impedida pelo excesso de burocracia do sistema de saúde”. Por isso, o HumanizaSUS aposta que é possível construir vínculos entre os diversos profissionais nas equipes e com usuários acrescenta na criação coletiva de saídas e na atuação em rede, conectado ao compromisso de uma efetivação real do SUS, partindo do reconhecimento e, no âmbito da atenção básica, tendo experiências de uma melhor qualidade do cuidado entre as diversas unidades e serviços de saúde e entre as instâncias que constituem o SUS.

O Ministério da Saúde (MS) favorece a ampliação das frentes de ação da PNH voltadas para o próprio MS, com uma crescente demanda de áreas deste Ministério, que se alude ao “modo de fazer” da PNH. Como política, a Humanização deve, portanto, traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários e entre os diferentes profissionais. Esse subsídio têm aberto possibilidades de aproximar o “modo HumanizaSUS” permitindo a propagar o fortalecimento da Política Nacional de Humanização (Brasil, 2010).

A valorização dos diferentes sujeitos vem fomentar a autonomia, “grau de co-responsabilidade”, interação com as demandas sociais, compromisso com a

ambiência, reconhecimento da diversidade do povo brasileiro são alguns dos tópicos do programa de Humanização do SUS que são desenvolvidos e baseados nos princípios que vem a seguir.

Inseparabilidade entre a Atenção e a Gestão dos Processos de Produção de Saúde

- ❖ Refere-se a práticas interdependentes e complementares. A incorporação da humanização deve ocorrer considerando-se tal entendimento.

Transversalidade

- ❖ Trata-se de concepções e práticas que atravessam as diferentes ações e instâncias que aumentam o grau de abertura da comunicação intra e intergrupos e ampliam as grupalidades, em que se reflete em mudanças nas práticas de saúde.

Autonomia e Protagonismo dos Sujeitos

- ❖ Têm com a “co-responsabilidade” entre gestores, usuários e a participação coletiva nos processos e na gestão.

Seus objetivos se baseiam em cinco focos:

- ❖ 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 e de gestão;

- ❖ Implementar processos de acompanhamento e avaliação, ressaltando saberes gerados no SUS e experiências coletivas bem-sucedidas.

Macro-objetivos do HumanizaSUS

- ❖ Ampliar as ofertas da Política Nacional de Humanização aos gestores e aos conselhos de saúde, priorizando a atenção básica/fundamental e hospitalar, com ênfase nos hospitais de urgência e universitários;
- ❖ Incentivar a inserção da valorização dos trabalhadores do SUS na agenda dos gestores, dos conselhos de saúde e das organizações da sociedade civil;
- ❖ Divulgar a Política Nacional de Humanização e ampliar os processos de formação e produção de conhecimento em articulação com movimentos sociais e instituições (PRINCÍPIOS DE HUMANIZASUS, 2011, s/p).

Espera-se que acompanhando esses princípios e programas desenvolvidos pelo HumanizaSUS, tenham como resultado prático a redução de filas e do tempo de espera com ampliação do acesso; atendimento acolhedor e resolutivo baseado 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 nos serviços.

Colaborando com essa proposta, nasceu por meio de esforços múltiplos de pessoas engajadas pela Humanização e utilizando a tecnologia de informação como aliada para esse processo, a Rede de Colaboração para a Humanização da Gestão e da Atenção no SUS (Rede Humaniza SUS) que é uma rede social das pessoas interessadas, ou seja, já envolvidas em processos de humanização da gestão e do cuidado no SUS.

Segundo Cohn e Elias (1999, p. 65) “o objetivo em prol da melhoria da saúde dos brasileiros e da implementação de um sistema que contemple pelo menos a universalização da assistência em todos os níveis de atenção”. Sendo um processo de maior desafio por que ainda há uma baixa qualidade dos serviços prestados pelos profissionais e o gestor não consegue ter uma boa comunicação e influência mútua para acarretar que o usuário fique contente com a eficácia do

atendimento, já que poderia ser resolvida em um primeiro atendimento, se houvesse um bom sistema de comunicação e um bom relacionamento profissional/usuário.

Ribeiro (2004) atribui que a sugestão de Humanização do SUS está voltada para construção de novos modelos de gestão e atenção, que rompe com o modelo tradicional, tendo o acréscimo de métodos de gestão participativa, justificando a conjectura de uma Política Nacional de Humanização. Fala ainda que, é importante salientar que a construção de redes e a proposta de atenção integral pendem, para sua implementação, de uma articulação entre os modelos de gestão e atenção, já que estão superadas da fragmentação, seja dos serviços, seja dos sujeitos, estas estando permeadas à totalidade dos processos de trabalho e a forma como se relacionam entre si, por isso, a gestão participativa é importante, como um instrumento valioso na construção dessa mudança, para tornar o “atendimento não somente eficaz, mas também eficiente”.

O autor comenta também, que no âmbito das relações com a comunidade, torna-se importante a “participação dos mecanismos de controle social”, para isso, é importante restabelecer relações, as quais encontrem meios de lidar de forma solidarias que respeite o sofrimento cotidiano dos trabalhadores da saúde. Explana ainda que, neste movimento de mudança, é importante uma estratégia de comunicação para desempenhar uma política de humanização, expondo o valor e a definição de humanizar, que,

É apresentar situações e dispositivos concretos que produzem experiências “humanizadoras”, com o acolhimento, com classificação de risco, o trabalho em equipe multiprofissional, o estabelecimento de vínculos e responsabilização entre trabalhadores e usuários, a gestão participativa, as ouvidorias que realmente escutam e respeitam usuários e trabalhadores, a garantia de direito a acompanhante, à visita, à privacidade, à confidencialidade, etc. (RIBEIRO, 2004, p. 83).

Portanto, o autor refere que a Política de Humanização é um processo contínuo de aprendizagem e responsabilidade que agrega valores entre os trabalhadores e usuários, com mudanças a ponto de cuidar e gerir para qualificação do SUS no seu cotidiano e serviços prestados, conseqüentemente, o HumanizaSUS apresenta numerosos progressos em seu processo de construção, portanto, é “primordial” na construção desses processos, buscar enfrentar os desafios da concretização do SUS e de seu “princípio de integralidade”, alterando as práticas de saúde e dos sujeitos nelas implicados.

Esses processos de compreensão também têm estado presente nos processos de políticas de formação dos profissionais de saúde, sugerindo a apreensão da “complexidade” que permeia o SUS na atualidade e, deste modo, requerem ações que se gerem em um processo de “construção coletiva com os sujeitos envolvidos”. O HumanizaSUS tem o objetivo de efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas tendo inúmeros desafios a enfrentar para consolidar seus princípios e avançar como política pública universal e equânime, acessível e resolutiva, sendo, o exercício mais do que diagnosticar doenças, a fim de viabilizar o sucesso da construção do SUS motivando sua população usuária usar medidas de reinventar formas de ser e fazer saúde (BRASIL, 2004).

A Política Nacional de Humanização e o HumanizaSUS tem um cenário de diferentes necessidades em saúde a serem superadas na instituição com diferentes formações profissionais, como a implantação do Serviço Social pontuado logo a seguir.

3 SERVIÇO SOCIAL

O Serviço Social⁸ é uma profissão que está inserida na “divisão sócio-técnica do trabalho, visando garantias dos valores, dos direitos e luta pela equidade social”. Assim como a construção mais humanizada no processo saúde/doença, valores que orientam o cotidiano da ação profissional. As Assistentes Sociais que atuam no cotidiano da assistência hospitalar participam de um processo de fragilização, estes indivíduos têm uma trajetória de vida muitas vezes marcada pela exclusão, neste sentido, acolher estes sujeitos significa compreender a condição de estar doente. O Serviço Social amplia todo o trabalho profissional, com a finalidade de mobilizar e contribuir no sucesso do tratamento, a metodologia utilizada no trabalho profissional permite ainda “convergências representacionais” que resumem as ideias sobre o que é ser Assistente Social. Refreando a todo o desacordo sobre as visões de mundo possíveis existentes na prática profissional às inclinações “estruturais e estruturantes” do mercado de trabalho (GENTILLI, 2006).

Sendo assim, o Serviço Social por se tratar de uma profissão histórica, sofreu e sofre influências do contexto político-econômico e social de cada época. Por exemplo, a sua própria institucionalização, determinada pelo contexto do capitalismo monopolista, que pela figura do Estado, os Assistentes Sociais são profissionais requisitados para responder às expressões da questão social via operacionalização das políticas sociais, ainda que, nesse momento se tratasse de uma prática esvaziada de concepção teórico-metodológica que se apresenta como prática conservadora. Fala também que, o trabalho do Assistente Social contíguo ao seu exercício profissional torna-se objeto de reflexão coletiva sobre os procedentes rumos do fazer profissional diante das mudanças no mundo do trabalhador, desencadeadas no Brasil na década de 1990, mesmo período em que o Serviço Social tem aprovada sua Lei de Regulamentação da Profissão (Lei nº 8.662, 07 de junho de 1993) e o novo Código de Ética Profissional em 1993, resultante do

⁸ O Serviço Social, surgindo como decorrência da divisão sociotécnica do trabalho, afirma-se como uma profissão na sociedade, dotada de uma dimensão teórico - metodológica e técnico - operativa, não se dissociando de implicações de ordem ética e política. Assim, o Serviço Social vem respaldando seu exercício, as sistematizações sobre o mesmo e os saberes que constrói, nutrindo-se do acervo intelectual e cultural herdado, fundamentalmente, do pensamento social na modernidade. Incluindo, ainda, as contribuições de pesquisas, realizadas no universo do Serviço Social, relativas ao conhecimento dos processos sociais (ABEPSS, 1996, p. 72).

amadurecimento teórico-metodológico do Serviço Social nas décadas anteriores (SOUZA, 2012).

O Serviço Social é uma profissão cuja identidade é marcadamente histórica. Seu fundamento é a própria realidade social e sua matéria-prima de trabalho são as múltiplas expressões da questão social, o que lhe confere uma forma peculiar de inserção na divisão social e técnica de trabalho. Como profissão de natureza eminentemente interventiva, que atua nas dinâmicas que constituem a vida social, do processo global de trabalho e tem, portanto, uma dimensão sócio-histórica e política que lhe é constitutiva e constituinte (MARTINELLI, 2011, p. 498).

Deste modo, o Serviço Social faz o trabalho de usuário a usuário e entre o usuário e o meio social, os problemas sociais são denominados de carências sociais e é de toda a ação dos Poderes Públicos, dos indivíduos, é um conjunto de técnicas e no sentido do seu próprio desenvolvimento, ou seja, buscam conhecer a forma do significado da política social constituído, como no controle, forças pessoais, familiares e ambientais como um todo, um “equipamento ideológico” para tal enfrentamento. Compreende-se que são ações fragmentadas por parte de vários profissionais de saúde. Além disso, esse trabalho possibilitará que seja prestado um atendimento integral e humanizado. Requer, ainda, trabalhar na perspectiva da garantia do direito à saúde, onde, o comprometimento dos Assistentes Sociais com aquilo que os identifica tem grande relevância como o Código⁹ de Ética Profissional e o Projeto Ético-Político (CFESS, 2012).

Martinelli (2011, p. 498) comenta que, “para tanto, em cada ato profissional são mobilizados conhecimentos, saberes e práticas que, mediante uma ampla cadeia de mediações e do uso adequado de instrumentos de trabalho, visam alcançar os resultados estabelecidos”. Portanto, com o Projeto Ético-Político do Serviço Social aponta, entre outros, direcionamentos para a construção do processo de qualidade, acumulando estratégias inovadoras na busca de uma ação direta e de como se identificar com os desafios impostos, como um conjunto de políticas públicas que deverão promover a melhoria da qualidade de vida da população que dela usufrui.

⁹ Estes instrumentos normativos, que ora rerepresentamos, são a materialização do Projeto Ético-Político profissional construído nos últimos 30 anos no seio da categoria, haja vista que formulados para dar sustentação legal ao exercício profissional dos/as assistentes sociais, mas que não se restringem a essa dimensão. Pelo contrário, fortalecem e respaldam as ações profissionais na direção de um projeto em defesa dos interesses da classe trabalhadora e que se articula com outros sujeitos sociais na construção de uma sociedade anticapitalista (CFESS, 2012).

Numa palavra, o assistente social é profissional que, pela sua polivalência, que não é sinônimo de inespecificidade, pode concretamente reconstruir as mediações ontológicas estruturantes da dinâmica e das categorias históricas do concreto, trabalhando-as no plano das representações da população usuária, [...], ter a possibilidade de articular as forças e os sujeitos em presença (PONTES, 2009, p. 182).

O Assistente Social conforme aponta Pontes (2003) trabalha nas e com mediações, entre o usuário/paciente e sua família, compete assim ao profissional estabelecer estratégias de inovações e enfrentamento visando à construção de autonomia dos usuários na singularidade do cotidiano, instrumentando uma prática profissional através do processo de mediação.

Para Yamamoto (2010, p. 17), “o momento que vivemos é um momento pleno de desafios. Mais do que nunca é preciso ter coragem, é preciso ter esperanças para enfrentarmos o presente”. Possibilitando a intervenção das demandas cotidianas, assim como, dando respaldo aos direitos sociais de cada usuário, portanto, o Serviço Social, ao buscar novas formas de executar seu trabalho, direciona seu trabalho e seu envolvimento na ação interdisciplinar. Destacando as categorias centrais, totalidade, historicidade e contradição, as quais irão especificar da seguinte forma, a totalidade seria a situação tal ela se apresenta, o usuário traz sua demanda ainda no mundo da aparência.

Conforme aponta Kosik (2002, p. 20) “[...] sob o mundo da aparência se desvenda o mundo real; por trás da aparência externa do fenômeno se desvenda a lei do fenômeno, a essência [...]” ação essa que se desvenda na historicidade que através da análise propõe o conhecimento da situação que se “realiza como separação de fenômeno e essência, do que é secundário e do que é essencial, já que só através dessa separação se pode mostrar a sua coerência interna, e com isso, o caráter específico da coisa” e por fim a contradição que é essencial para apropriação do entendimento sobre a dimensão social das demandas, portanto, a contradição permite que seja encontrada forma de resistência frente às barreiras existentes no processo de trabalho do Assistente Social chegando a “compreensão da realidade”, compartilhando uma troca mútua entre a particularidade e ultrapassando no atendimento, os limites de sua especialidade, sendo assim.

Ao se pensar a prática profissional, existe a tendência de conectá-la diretamente à prática da sociedade. Alguns qualificam a prática do Serviço Social de “práxis social”, ainda que esta se refira a prática social, isto é, ao

conjunto da sociedade em seu movimento e contradições. A análise da “prática” do assistente social como trabalho, integrado em processo de trabalho permite mediatizar a interconexão entre o exercício do Serviço Social e a prática da sociedade. (IAMAMOTO, 2010, p. 59)

Portanto o profissional do Serviço Social tem como objetivo intensificar a interação entre o indivíduo e seu meio social procurando melhorar a qualidade de vida do usuário e a sociedade. A melhoria da qualidade de vida não é um processo ou exercício de soluções de problemas, mas a prevenção dos mesmos. Compete assim ao profissional estabelecer junto aos usuários estratégias de enfrentamento visando à construção de autonomia dos indivíduos, reconhecendo-os como sujeitos capazes de transformar sua realidade.

3.1 Serviço Social na Saúde

O trabalho é uma atividade estruturante do ser social, sendo uma ação que possibilita a organização do processo de trabalho que favorecem a melhoria da política de atenção e a qualificação no atendimento ao usuário do sistema de saúde. Além de ser uma atividade fundamental dos seres humanos, unifica a relação “homem-natureza e a relação dos homens entre si e consigo mesmo”, que se designa pela interação social, o trabalho consiste na ação que desenvolve atuação instrumental orientada por regras técnicas.

O objeto de trabalho como aquilo sobre o que se realiza uma ação, que, ao ser modificado, torna-se diferente do que era, ou seja, transforma-se pela ação do trabalhador. Em relação ao trabalho em saúde, o objeto de trabalho, nesta perspectiva teórica, é a pessoa ou grupos para quem se dirige a assistência, seja ela saudável ou doente, que passa por transformações com vistas a preservar a vida, promover a saúde e/ou a melhora e recuperação em situações de sofrimento ou adoecimento (MARX, 1989, p. 1).

Sendo assim, o processo de trabalho organiza-se estruturalmente, ou seja, faz uso de subsídios instrumentais no exercício profissional, nos processos de produção em saúde. Ocorreram grandes transformações, especialmente com a industrialização e com a incorporação de inúmeros avanços e descobertas científicas, no sentido de preservar a vida. Entretanto, se, por um lado, a “superespecialização” permitiu o avanço do conhecimento específico, por outro,

consolidou o parcelamento do ser humano e de suas necessidades, quando tomados como objetos da ação. (CAMPOS, 2006, s/p).

Para Marx (1989) o trabalho é ação humana transformadora sobre um objeto, sempre intencional, dirigida por uma finalidade, utiliza instrumentos que mediam sua relação com o objeto do trabalho. Daí pode-se apreender que objeto, finalidade, instrumentos ou meios, produtos e força de trabalho são elementos básicos para o entendimento do conceito “genérico” de trabalho e de trabalhos humanos específicos, como no caso do trabalho voltado para o atendimento de necessidades de saúde.

[...] é do profissional – pelo lugar que ocupa e pela qualidade de sua inserção nas instituições – a responsabilidade e a atribuição de possibilitar e criar mecanismos, espaços e condições para que os usuários se voltem sobre o seu cotidiano – sempre presente em suas histórias intermináveis, mesmo que de forma fragmentada, desarticulada – na busca de seu desvendamento, conhecimento, percepção, compreensão, interpretação, ou seja, na busca de sua essência. (VASCONCELOS, 1997, p. 157).

Portanto, é do profissional de Serviço Social criar mecanismo para organizar o seu processo de trabalho, onde desenvolva as atividades postas da profissão, para isso precisa-se entender as relações de trabalho, nas instituições onde o trabalhador se insere, visando garantia dos direitos para os usuários. Assim, podendo viabilizar o acesso aos direitos e aos meios de exercê-los, contribuindo a estar preparado para lidar com as diversidades encontradas, procurando “reciclar seu conhecimento”, a fim de, rever o cotidiano e refletir a realidade da inserção do profissional, buscando os fatores significativos para o desenvolvimento dessas ações (CFESS, 2010).

Com isso, os Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (2009), juntamente com o Projeto Ético Político, contemplam a proposta de direcionar e embasar as ações profissionais na área da saúde. As competências e atribuições trazem subsídios à intervenção do Serviço Social, com o documento estruturado em quatro itens “Saúde, Reforma Sanitária, Sistema Único de Saúde e desafios atuais”, também subsidiando a análise das expressões da questão social e perpassando pela Humanização. Tendo em vista a atuação na área hospitalar e suas particularidades, atende a demandas de cunho sensível aos quais, necessitam desse posicionamento frente aos usuários atuando no tocante da totalidade das

situações e das ações, sendo essas desenvolvidas pelos Assistentes Sociais atuantes na saúde. Os parâmetros têm tendência de superar as ações cotidianas, deste modo, trabalhar nas perspectivas de novas ações profissionais.

A percepção dos trabalhadores e gestores sobre o processo de trabalho em saúde indica a necessária construção de novas relações, enfatizando a dimensão ética na relação entre pacientes, familiares e profissionais, propondo no contexto hospitalar respeito à dignidade e a garantia dos direitos fundamentais, à vida e à saúde, reconhecendo e buscando sempre a essência do profissional para com os usuários. Consequentemente, esse processo traz sua reflexão à compreensão do trabalho que resulta em sua valorização no cotidiano, criando estratégias para superar os limites e desenvolver as possibilidades na instituição em que se trabalha (CFESS, 2009). Portanto, a seguir apresenta-se uma contextualização da inserção do Serviço Social no HIG.

3.2 Hospital Ivan Goulart e o Serviço Social

A Fundação Ivan Goulart deve sua criação à Comissão Estadual da LBA (Legião Brasileira de Assistência), na época presidida pela Senhora Neusa Goulart Brizola, Primeira Dama do Estado. O Hospital Ivan Goulart foi fundado em 28 de agosto de 1960 pelo então Presidente da República João Belchior Marques Goulart, tendo por finalidade construir, fiscalizar e administrar um hospital infantil regional na cidade de São Borja, Rio Grande do Sul, como uma instituição beneficente sem fins lucrativos de direito privado e direito público.

Situado no Centro da Cidade, o Hospital facilita o acesso aos diversos pontos de São Borja. Conta com estacionamento para o público, entrada especial para ambulâncias e atendimento de urgência e emergência. Apresenta um centro clínico de primeira qualidade, funcionando em horário comercial abrange uma população de 160.000 habitantes, originários dos municípios de São Borja, Maçambará, Itaqui, Itacurubi, Santo Antonio das Missões, Garruchos, Unistalda e Santo Tomé – República Argentina (ESTATUTOS DA FUNDAÇÃO IVAN GOULART, 1985).

A Fundação Ivan Goulart presta relevantes serviços na área da saúde à sua comunidade e região há mais de 50 anos, tem 131 leitos distribuídos em sete

unidades de internação: Unidade I, Unidade II, Unidade III, Unidade IV, Maternidade, Neonatologia e pediatria, CTI, Centro Cirúrgico e Pronto-Socorro. Os atendimentos, em sua maioria, são feitos pelo SUS (70%), os demais (30%) são de pacientes particulares e convênios.

A Unidade I onde há quartos particulares e convênios, a Unidade II com farmácia CDM (Central de Distribuição de Medicamentos) e também pela Pediatria, a Unidade III, composta pela Ala Psiquiátrica, que a partir do ano de 2009, implantou o projeto de atendimento a Dependência Química, AD (Álcool e Drogas) e Psiquiátrica, espaço este denominado Ala Recomeçar, nome dado pelos próprios internos e usuários do serviço, conta com 11 leitos, dois banheiros, uma sala de recreação e um pátio interno (quiosque). A Ala foi inaugurada no dia 27 de outubro de 2011, depois de ter passado por reformas e melhorias, e também correspondem ao SUS os quartos de quatro ou cinco leitos conforme a necessidade e a Unidade IV formada no segundo piso pela Maternidade, Neonatologia, quartos também conveniados e CTI (Centro de Terapia Intensiva).

A organização possui diversas especialidades médicas, Clínicas Médicas, Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica, Cirurgia Vascular, Pediatria, Obstetrícia e Ginecologia, Urologia, Traumato-Ortopedia, apresenta serviços de diagnóstico por imagem, que realiza Exames de RX, Ultrasonografia de Carótidas e Vertebrais, Ultrasonografia com Doppler a Cores, Densitometria Ossea, Endoscopia do Aparelho Digestivo, Mamografia, Ecocardiografia e Tomografia Computadorizada. O laboratório de análises clínicas, o Banco de Sangue e a Clínica de Hemodiálise, anexos ao Hospital, são serviços terceirizados, O Hospital disponibiliza de três veículos, uma ambulância, uma Kombi e uma moto para serviços externos, por exemplo, para as visitas domiciliares.

O corpo clínico é formado por 51 médicos de diversas especialidades, o Hospital possui uma equipe multidisciplinar composta por 284 funcionários distribuídos entre os seguintes setores: Recepção e Internação, Central Telefônica, Tesouraria, Serviço Social, Psicologia e SAC (Serviço de Atendimento ao Cliente), Assessoria de Imprensa, Informática, Chefia de Enfermagem, Radiologia, SAME (Serviço de Atendimento Médico e Estatístico), Ambulatório, Farmácia, CDM (Central de Distribuição de Medicamentos), Necrotério, Nutrição, Copa/Cozinha, Setor Financeiro, Setor de Pessoal, Controladoria, Secretária Administrativa, Administração, Higienização, Lavanderia e CIPA (Comissão Interna de Prevenção

de Acidente), CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar) e GTH (Grupo de Trabalho da Humanização).

Conforme a Lei 8.662/93 – Lei de Regulamentação da Profissão. Art. 4º, parágrafo V, dispõe orientar que é competência do Assistente Social (CRESS 10º, 2009, p. 18), “orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no entendimento e na defesa de seus direitos”. A Instituição tem como objetivos promover saúde com eficiência e primor através de profissionais qualificados, recursos tecnológicos modernos e equilíbrio econômico financeiro no âmbito local e regional atendendo as necessidades físicas e emocionais dos seus usuários.

O Hospital Ivan Goulart, como comentado anteriormente, é um hospital filantrópico, mantido pela Fundação Ivan Goulart. Uma Instituição beneficente, sem fins lucrativos, de direito privado e interesse público. O Código de Ética, Art. 10; letra d expõe no capítulo III – Das relações com Assistentes Sociais e outras profissionais, que é dever do Assistente Social (CRESS, 2009, p. 32) “incentivar, sempre que possível, a prática profissional interdisciplinar”. Os recursos da instituição são provenientes do Governo Federal e Estadual, Programa Estruturante da Secretaria Estadual de Saúde e demais convênios.

A Instituição também conta com o apoio da Associação Filantrópica Hospital Infantil Ivan Goulart, composta por senhoras da sociedade são-borjense que desenvolvem atividades beneficentes. Conforme Netto (1992, p.14) “as conexões genéticas do Serviço Social profissional não se entretecem com a ‘questão social’, mas com suas peculiaridades no âmbito da sociedade burguesa fundada na organização monopólica”. Por ser uma instituição beneficente está arrolada entre as favorecidas das apreensões feitas pela Polícia Federal e também onde angariam fundos que distribuem entre órgãos e instituições do município.

A Instituição inscrita trabalha com convênios junto as Pref. Municipal de Maçambará Pref. Mun. São Borja Pref. Mun. De Garruchos. Conforme o Estatuto da Fundação “Ivan Goulart” §2º (1985, p. 4), refere que “O Hospital manterá igualmente, serviços hospitalares destinados à prestação de assistência a população em geral dentro de modernos padrões técnicos - científicos”. Neste contexto a saúde relaciona-se a uma necessidade de “transformação”, variando os parâmetros para que se alcancem os benefícios do desenvolvimento e atente aos aspectos humanos.

No Brasil, o Serviço Social Hospitalar teve início em 1945, com a criação do Hospital das Clínicas de São Paulo, o lugar do Serviço Social na área da saúde é de informação “multidisciplinares, plurais, de práticas cooperativas, complementares e interdisciplinares”. Compõe uma visão condicional do indivíduo que adoece junto às demais áreas profissionais, beneficiando a compreensão das consequências socioeconômicas e culturais da saúde

A inclusão do Serviço Social no espaço institucional do Hospital Ivan Goulart é bastante recente, novembro de 2004, porém, a instituição reconhece a importância do profissional dessa área na qual há uma significativa demanda de usuários à procura das atribuições profissionais. O Serviço Social intervém junto ao usuário no sentido de fortalecer sua autonomia e informar-lhe sobre seus direitos como cidadão.

Conforme a Lei 8.662/93 – Lei de Regulamentação da Profissão. Art. 4º, parágrafo III, dispõe orientar que é competência do Assistente Social CRESS 10º (2009, p. 18), “encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos grupos e à população”. O Serviço Social do HIG tem sua atuação junto às áreas dos ambulatórios, procedimentos especializados, pronto socorro e enfermarias do hospital, sendo que o profissional Assistente Social vem atuar no hospital, colocando-se entre a instituição e a população, a fim de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços. O trabalho desses profissionais está voltado à promoção da emancipação do usuário, para que possa ser agente no processo de mudança de sua própria realidade.

Contudo, também se submete a leis e normas que conduzem o interesse da instituição, que levam a tratar de modo pertinente as particularidades nos serviços de saúde com a preocupação de pensar, os sujeitos em seu contexto social, como objeto para intervenção profissional. A formação profissional é um processo que tem como indispensável sistematização de demandas bem significativa para a intervenção do Serviço Social e que existe no espaço um aprofundamento das múltiplas expressões da questão social geradas pelas desigualdades econômicas, sociais, políticas e culturais, próprias do sistema.

Nogueira (1991) defende que, a “natureza e a abrangência do processo de cooperação horizontal e vertical” vêm originando o aumento do mercado de trabalho na área de saúde. Explica que, diferentemente de outras áreas de produção de bens e serviços, nas da saúde não ocorre uma redução da força de trabalho quando da

“implementação” de novos serviços parciais, porque os serviços mais antigos não são instintos em função dos novos. Aqui a apreensão principal esta voltada para as práticas dos diversos trabalhadores que adaptam o trabalhador coletivo dos serviços de saúde e onde se inclui o Assistente Social.

No pensamento de Mello (2012, p. 17) “o Serviço Social tem como objeto de trabalho profissional as expressões da questão social e suas múltiplas manifestações, que se apresentam com relação à fome, à saúde, à educação, ao desemprego, à luta pela terra, pela cidadania, pelos direitos sociais, entre outras”. Portanto, a profissional de Serviço Social do Hospital Ivan Goulart utiliza-se das seguintes ações como, plantão, triagem ou seleção e encaminhamentos dentre outros, tendo alguns objetivos aonde os princípios na inclusão do Assistente Social na instituição vem utilizar mecanismos de intervenção como:

- ❖ Realizar acompanhamento com o usuário, identificar situações familiares, sociais, emocionais e econômicas a serem trabalhadas;
- ❖ Orientar, divulgar e esclarecer aos usuários quanto aos recursos da sociedade com vistas à aquisição de seus direitos e, assim possibilitar o real exercício da cidadania;
- ❖ Identificar nos atendimentos, favores sociais que estejam comprometendo no desempenho de suas atividades e o resgate e fortalecimento de vínculos familiares;
- ❖ Proporcionar aos funcionários, usuários/pacientes e seus familiares, soluções em caráter emergencial de amenizar questões que estejam ou venham a interferir no bem estar físico mental e social, constituindo-se enquanto espaço de referência, observação, escuta sensível, entrevistas reflexivas individuais e conjunto acolhimento às pessoas em situação de vulnerabilidade social;
- ❖ Orientar, apoiar e estabelecer alternativas na superação de situação-Orientar, apoiar e estabelecer alternativas na superação de situação-problema que comprometem o ajuste ou estrutura familiar e que interfiram no desempenho profissional e social do individuo.

As ações humanizadas em andamento nos hospitais demonstram uma necessidade de mudança na gestão da relação usuário/profissional de saúde e também da própria instituição. Tendo a visibilidade da ação direta no campo, imediato a identificação dos desafios impostos a partir da observação e do diagnóstico da realidade, de acordo com as demandas dos usuários e a conjectura que se apresenta de forma específica a sociedade. Tais iniciativas, porém, ainda não conseguem um envolvimento do todo das organizações, o que reafirma a necessidade de articular essa mudança de forma a contemplar os aspectos subjetivos e éticos presentes nas relações para difundi-los no hospital como um todo (MELLO, 2012).

Em síntese, sempre colocando em prática os conhecimentos teórico-metodológicos¹⁰ ético-político e técnico-operativo, um fundamentando o outro, em organizações públicas e privadas.

Acredito que este pensar e fazer do profissional de Serviço Social leva necessariamente a problematizar, a discutir o que faz o assistente social em seu cotidiano, como faz e o que faz. Se este fazer é velho ou novo, se transforma em tudo ou não se transforma em nada (SANTOS; BACKX; GUERRA, 2012, p. 104).

Por imediato, se trabalha com o processo que tem como indispensável sistematização de demandas institucionais dos usuários e seus perfis, primando antes pelo desenvolvimento na qual configura compreender a particularidade do aprendizado, conhecer a instrumentalidade do profissional na forma estruturada como as políticas, historicidades e suas problematizações. Vem ao encontro do movimento da atuação do profissional na área da saúde expondo um processo indispensável para enfrentar os vários desafios encontrados na inserção nos espaços sócios ocupacionais, com demandas trabalhadas na busca de democratização do acesso as unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, trabalhando sempre na perspectiva de auxiliar na garantia e na ampliação de direitos.

¹⁰ teórico-metodológico: o assistente social tem que estar a par das demandas, da realidade dos usuários, usando seu potencial teórico para criar formas efetivas de transformação de realidade dos usuários; ético-político: consiste no enfrentamento ao conservadorismo, contra a neutralidade, o profissional tem que se posicionar politicamente e criticamente diante da realidade; técnico-operativo: que é a apropriação e desenvolvimento das habilidades técnicas para o atendimento da população usuária (SOUSA, 2008, p. 122).

Com isso, Pontes (2009, p. 156) traz a mediação como categoria reflexiva central do Serviço Social que, “pode ser trabalhada tanto no plano da recuperação racional dos determinantes e do movimento histórico do objeto de intervenção, da realidade em última análise, quanto no plano da prática no sentido da intervenção profissional”. Portanto o trabalho será efetivado em dois momentos, sendo a primeira categoria de medição na compreensão da profissão e sua inserção no espaço social, dentro da rede de mediações ontológicas que “infriram” a realidade; o segundo momento será estudado, no prisma da categoria de mediação, a dimensão operativa do Serviço Social.

Ou seja, as profissionais Assistentes Sociais que estão inseridas na instituição só podem instrumentalizar¹¹ a prática do Serviço Social através da mediação, sendo assim, na linha de reflexão de Guerra (2009) a instrumentalidade do Serviço Social expressa a legalidade de maior domínio de valores, já que, localiza-se nas funções de controle e integração, realizadas pela mediação das políticas sociais estatais e privadas, reportadas por sujeitos individuais na prática com uma ação racional de sujeitos reais, na “categoria ontológica pela qual a produção e reprodução da existência humana que se realiza”.

Assim, compreende-se que cabe ao Serviço Social – numa ação necessariamente articulada com outros seguimentos que defendem o aprofundamento do Sistema Único de Saúde (SUS) – formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social a saúde, atentando que o trabalho do Assistente Social que queira ter como norte o projeto-ético político profissional tem que, necessariamente, estar articulado ao projeto da reforma sanitária (BRASIL, 2009, p. 14).

Portanto, o Projeto Ético Político do Serviço Social aponta, entre outros direcionamentos, para a construção do processo de qualidade, acumulando estratégias inovadoras na busca de uma ação direta e de como se identificar com os desafios impostos, como um conjunto de políticas públicas que deverão promover a

¹¹ Cada um desses momentos é saturado de determinações políticas, econômicas, históricas, culturais que estão presentes no atendimento demandado e nas respostas oferecidas, pautadas sempre em valores éticos que informam e conformam a prática do Serviço Social, emanando de nosso Projeto ético-político, como síntese que é do Código de Ética, aprovado pela Resolução do CFESS nº. 273/93, da Lei nº. 8662, de junho de 1993, que regulamenta o exercício profissional, bem como das diretrizes curriculares, aprovadas pelo Parecer CNE/CES nº. 492/91, de abril de 2001 (MATINELLI, 2007).

melhoria da qualidade de vida da população que dela usufrui. A Lei nº 8.080/90 Artigo 2º § 1º dispõe que,

O dever do Estado de garantir a Saúde consiste na reformulação de políticas econômicas e sociais que visem à redução de risco de doenças e de outros agravos no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação (CRESS 10º, 2009, p. 94).

Essas ações são entendidas como direitos já estabelecidos pelos serviços públicas de saúde e, de forma que vêm complementar os serviços “particulares, contratados ou conveniadas”, que entregam principalmente a rede SUS. Campos (2006, p. 03) comenta que, a “Saúde é um tema complexo. Trabalhar para assegurar saúde é um assunto ainda mais complicado. Afinal é uma atividade que lida com pessoas, que lida com a vida e a morte de pessoas”. Por isso é exposto aqui o perfil da população usuária da Fundação Ivan Goulart, como comentado anteriormente, são pessoas de diferentes segmentos da sociedade, sendo que, os usuários da instituição são na maioria pessoas com baixa renda em situação de vulnerabilidade social. São pessoas em precárias condições de moradia, alimentação, desemprego, ou seja, situações determinantes no conjunto de fatores “biológicos, psicológicos e sociais”.

A Lei nº 8.080 Artigo 4º dispõe, CRESS 10º (2009, p. 94) “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e da Fundação mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde – SUS”. Conforme exposto em Lei todos os cidadãos tem direito a acessar órgãos e instituições que compõe o sistema único de saúde, usufruindo de todos os serviços que este oferece, a fim de manter-se em condições adequadas para o tratamento provendo melhor qualidade de vida. Sobrinho (2003, p.105), atribui que, “a Seguridade Social é um instituto voltado para a liberação das necessidades sociais, garantindo, assim, o bem – estar moral, material e espiritual da população”.

Como citado anteriormente a Política Social emanou garantias na Constituição Federal em 1988 determinou o Tripé da Seguridade Social, visando às transformações nas políticas sociais com maiores avanços constitucionais, como uma melhoria para o trabalho do Assistente Social, que tem a Seguridade Social baseada em um tripé como, Saúde Pública, Assistência Social e Previdência Social.

O Serviço Social, por meio das Assistentes Sociais do HIG pode estar inserido nas três áreas do tripé. Brasil (1988, p. 173), “conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade destinado a assegurar os direitos”. Com três “modalidades de direitos” os civis que dizem respeito ao domínio do indivíduo sobre o seu corpo; os sociais que se referem ao atendimento das necessidades humanas básicas e o político, que é o direito do homem sobre sua vida (BRASIL, 1988).

Por isso, a necessidade de compreender a Constituição de um País como uma forma de estabelecer limites, os Assistentes Sociais devem procurar articular o exercício profissional com a constante pesquisa sobre a realidade, com esse conhecimento fica mais fácil compreender todas as transformações na contemporaneidade e, dessa forma buscar, junto à população usuária, as alternativas de enfrentamento. Além dos direitos e deveres a serem seguidos pelos usuários, tendo todos os homens como seres livres que devem seguir suas “diretrizes legislativas”, que preconizam a liberdade dos indivíduos. Destacando que o conjunto de ações jamais pode ir contra os princípios de liberdade e igualdade do indivíduo, consiste também em um conjuminado destas ações nas prestações de acolhimento e humanização no atendimento hospitalar (BRASIL, 1988).

Com a Constituição de 1988, tem início a construção de uma nova concepção para a Assistente Social brasileira. Incluída no âmbito da Seguridade Social e regulamentada pela LOAS em dezembro de 1993, como política social pública, a assistência social inicia seu trânsito para um campo novo; o campo dos direitos, da universalização dos acessos e da responsabilidade estatal (YAZBEK, 2004, p. 12).

Com isso, as profissionais do Serviço Social do hospital socializam os direitos que os usuários têm, deixando claro, que é necessário estar presente, que, a intervenção profissional é condicionada pela dinâmica institucional. Portanto o Serviço Social tem que buscar e utilizar meios para a garantia dos direitos dos usuários/pacientes com o aval do Estado que garante esses mecanismos.

Por isso o Serviço Social enquanto categoria profissional propõe reduzir as diversidades e fortalecer as resistências com desenvolvimento de processos sociais emancipatórios os quais trabalham a consciência, a capacitação, a fim de que os próprios sujeitos possam refletir sobre suas problemáticas, ou seja, situações determinantes ao trabalho das Assistentes Sociais do HIG.

4 SÍNTESE DA EXPERIÊNCIA

No decorrer do Estágio obrigatório I e II, no HIG foi possível identificar demandas institucionais, as demandas dos usuários e seus perfis, compreender sua especificidade, aprender as particularidades do campo. Contando que, o estágio se constitui num instrumento fundamental na formação da análise crítica e da capacidade interventiva, propositiva e investigativa do (a) estudante, que precisa apreender os elementos concretos que constituem a realidade social inserção profissional e os instrumentos e técnicas profissionais utilizados pelo Assistente Social, também pode-se observar alguns dos fatores que facilitam e que também esbarram na ação profissional.

Segundo Martinelli (2011, p.504) “ainda que saibamos que, para muitos dos sujeitos com quem trabalhamos no contexto hospitalar, o crepúsculo da vida se avizinha, não podemos perder o compromisso com a construção de utopias com a reinvenção da própria vida”. Assim vista que, uma das dificuldades encontradas foi às relações da rede interna, porém os usuários em geral do Hospital Ivan Goulart, reconhecem a importância do Serviço Social, e procuram atendimento às suas demandas sociais. Com isso, deve-se garantir a apreensão do significado sócio histórico do Serviço Social e das condições de trabalho.

Segundo Souza (2010, p.128) “ante a realidade, o que se espera do profissional é competência na sua análise e compreensão das estratégias pedagógicas de seu enfrentamento”. A prática do Assistente Social tem como fundamento uma ação com possibilidade de desvelar a correlação de sua prática cotidiana com as divergências encontradas, e o aparato teórico dará suporte para uma intervenção bem realizada, para certos contextos, tanto quanto, com o usuário/pacientes/familiares, gestores e profissionais de outras áreas.

A atuação no campo de estágio ocorre no enfrentamento às possibilidades e aos desafios, como foi falado anteriormente colocando em prática todo conhecimento teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo. Buriolla (2006, p. 13) expõe que “o estágio é concebido como um campo de treinamento, um espaço de aprendizagem do fazer concreto do Serviço Social, onde um leque de situações, de atividades de aprendizagem profissional se manifesta”. Com conhecimento e propósito de tomar decisões para atuação e modificação das expressões da questão social, que com a observação identifica as demandas dos

usuários e intervêm dentro das possibilidades da ação profissional, subsidiados pela supervisão de campo e acadêmica.

Em relação ao processo de supervisão isto significa que o supervisor e o supervisionado se potencializam como seres humanos coletivos e historicamente situados, ultrapassando suas necessidades e criando outras, compreendam sua própria individualidade, mas também, a realidade social total, e executem conjuntamente as relações de poder para o avanço da profissão, sem deixar de, na relação, expressar suas aspirações, seus sentimentos, etc. (BURIOLLA, 1996, p.158)

Pressupõe então que esses indivíduos estão inseridos uma dinâmica conflitante em que o antagonismo da classe é visivelmente presente na sociedade deixando clara a igualdade perante a lei, mas também a diversidade das relações sociais. Sendo que neste processo dos estágios percebe-se que o processo da doença desencadeia uma multiplicidade de fatores que influenciam direta e indiretamente na vida do usuário, onde a doença deixou de ser uma patologia em si, para integrar-se na totalidade de vida desses sujeitos. Cabe então conhecer e compreender a realidade social, inserido no processo de ensino-aprendizagem, construindo conhecimentos e experiências coletivamente que solidifiquem a qualidade de sua formação, mediante o enfrentamento de situações presentes na ação profissional, identificando às relações de força, os sujeitos, as contradições da realidade social (BURIOLLA, 1996).

Com isso o estágio compõe com as seguintes vinculações no trabalho de campo, começando pela observação do Campo de Estágio, Elaboração de Diário de Campo, Acompanhamento dos Grupos de Dependência Química, Seminários sobre as Maleficências das Drogas e Álcool, Visitas Domiciliares, Visitas ao Presídio, Elaboração do Plano de Estágio, Elaboração e aplicação do projeto de intervenção.

Começando pelo envolvimento do Serviço Social e da equipe multidisciplinar que ali atua, iniciando com o grupo de familiares, onde é a primeira interação comunitária do usuário, consistindo em originar valores e normas como a base de tudo, que acontece todas as terças feiras sendo realizado semanalmente por profissionais das outras áreas. São reuniões de grande importância para aproximar os usuários da Ala Psiquiátrica com seus familiares e vice versa.

Na Ala Psiquiátrica do Hospital há o Projeto Recomeçar um projeto que Assistente Social de campo coordena há um ano no hospital, sendo realizados seminários sobre as maleficências psicoativos do uso de álcool e drogas. Segundo

Veloso; Carvalho; Santiago, et al (2012, p.186), fala que, “contudo, o rigor e o controle em relação às substâncias consideradas ilícitas não evitam o consumo”. A realidade que requer o domínio do Assistente Social sobre a instrumentalidade do Serviço Social para o cotidiano da humanidade, na perspectiva de mudanças ou transformações do ser social.

O cotidiano é o “solo” da produção e reprodução das relações sociais. O assistente social, através da prática direta junto aos setores populares, dispõe de condições potencialmente privilegiadas de apreender a variedade das expressões da vida cotidiana, por meio de um contato estreito e permanente com a população (IAMAMOTO, 2009, p. 115).

Contudo, no cotidiano da “produção e reprodução” as Assistentes Sociais usam como mecanismo no HIG as visitas domiciliares para a apreensão da realidade do usuário, a maioria das visitas realizadas é decorrente do Projeto Visitar, que procede de um projeto de intervenção implantado pela Assistente Social inserida no hospital que visa buscar maiores informações sobre a saúde do usuário/paciente pós – alta hospitalar.

Segundo Kern (2009), a visita domiciliar é um instrumento positivo, sendo o momento em que o Serviço Social vem questionar estratégias interventivas que completam os estudos e pareceres, que vem ao encontro do vivido, do cotidiano dos seus. Reconhecendo as singularidades, o meio, o vivido que são particularidades que compõe o todo de uma intervenção “compromissada e competente”, que qualifica pela lógica e coerência.

Além disso, são realizadas visitas ao Presídio Municipal, onde há um projeto de redução de danos chamado Projeto Renascer, são grupos de apoio para reabilitação de dependentes químicos, onde existe uma parceria do Ministério Público. Poder Judiciário e Fundação Ivan Goulart, os encontros se dão por equipes multiprofissionais do HIG, nas terças feiras a visita no regime semiaberto, e nas quintas feiras o grupo de regime fechado.

Ainda há observações relatadas em diários de campo, onde trazem o cotidiano da Instituição, articulando teoria prática, com reflexões críticas e profissionais sobre o fazer profissional. Para tanto foi desenvolvido e executado o projeto de intervenção intitulado “Serviço Social e Humanização no Hospital Ivan Goulart”.

O projeto de intervenção norteou a possível implementação da Humanização tendo visibilidade através do Serviço Social do HIG, sendo que neste contexto o profissional de Serviço Social trabalha com a exclusão social na empresa, para atender as necessidades sociais da população usuária defendendo os direitos básicos dos usuários detentores de direitos já estabelecidos na instituição e nas Leis, o profissional tem sua prática no tripé do Serviço Social teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo tendo a conexão direta com a humanização, esta que, significa humanizar, tornar humano, dar condição humana a alguma ação ou atitude.

A efetivação deste projeto se deu no fato de proporcionar aos usuários/pacientes/familiares e trabalhadores a apreensão de seus direitos e condições de atendimento e trabalho humanizado. As Assistentes Sociais quando atendem suas demandas recebem junto com os usuários/pacientes conflito familiar, pacientes desacompanhados, vítimas de acidentes, dentre elas crianças, jovens, adultos e idosos, mobilização de recursos para materiais, documentação e endereçamento para a rede de saúde, dependência química, “agilização” do leito hospitalar, transferências, planejamento familiar e principalmente os Direitos Sociais entre outros, o Serviço Social faz a mediação entre o usuário/paciente e a instituição.

Conforme a Lei 8.662/93 – Lei de Regulamentação da Profissão. Art. 4º, parágrafo XI, dispõe orientar que é competência do Assistente Social, Brasil (2009, p. 18), “realizar estudo socioeconômicos com os usuários para fins de benefício e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades”. Devido à grande demanda na área da saúde que precisam de atendimento e acolhimento e não tem conhecimento dos seus direitos básicos que o profissional do Serviço Social em conjunto com a Política de Humanização criado para humanizar pode estar vindo a orientar e até perpetrar atendimento.

O projeto de intervenção vem apontar a importância que os usuários/pacientes/familiares e trabalhadores do hospital venham ter conhecimento sobre o trabalho do Assistente Social vinculado à Política Nacional de Humanização aplicada na Fundação Ivan Goulart – Hospital Infantil. Devido à necessidade de informações o projeto de intervenção propôs a distribuição de folders e cartazes em pontos estratégicos do HIG, em um período de três dias: O primeiro dia deu-se na

entrada do ambulatório; Segundo dia, na entrada principal do Hospital Infantil; E o terceiro dia, no local de espera de agendamentos de exames. Sendo assim, os cartazes foram colocados de maneira expositiva nos acessos onde havia maior demanda de usuários/pacientes/familiares e trabalhadores.

O projeto de intervenção teve os seguintes objetivos:

- ❖ Objetivo geral - Orientar sobre o papel do Serviço Social visando à apreensão e o acesso aos seus direitos constituídos na Política Nacional de Humanização;
- ❖ Objetivo específico 1 - Promover reflexão e discussão, no âmbito institucional sobre o Serviço Social e a PNH na saúde;
- ❖ Objetivo específico 2 - Suscitar o cumprimento da Política Nacional de Humanização.

Para a execução do projeto foi disponibilizada uma urna no Hall de entrada do Hospital Ivan Goulart a qual possibilitou receber dos usuários a opinião através da aplicação de um instrumento com as seguintes questões:

1) Você conhece o Serviço Social no Hospital Ivan Goulart?

No total de trinta e duas respostas, vinte e três pessoas responderam que conhecem o Serviço Social na instituição e nove pessoas responderam não conhecer.

2) Você conhece a Humanização no Hospital Ivan Goulart?

Perguntado sobre o conhecimento que os usuários do HIG têm da Política Nacional de Humanização na instituição, quinze pessoas responderam que não tem conhecimento sobre o tema; uma diz conhecer mais ou menos (SIU)¹² a política e dezesseis afirmam conhecê-la.

¹² Segundo informações do usuário (TURCK, 2007, p. 15).

3) **Você já precisou do Serviço Social do Hospital?**

Ao perguntar se o usuário já precisou o Serviço Social no HIG, vinte e seis usuários responderam que não e seis responderam que já precisou.

4) **Após ler nosso material sobre o que é Serviço Social e Humanização você tem alguma *dúvida* ou *sugestão*?**

Dezoito usuários responderam a questão tal qual está abaixo referida nos instrumentos (SIU) Segundo informações do usuário.

- ❖ Que a assistente social teria que visitar todos os pacientes como rotina, porque geralmente a noite os pacientes ficam sozinhos muitas vezes.
- ❖ Não sei muito bem o que faz o Serviço Social.
- ❖ Sugestão: Presenciam mais os familiares dos pacientes entre casa e hospital para ver quais possibilidades de melhora do paciente.
- ❖ Não
- ❖ Não o serviço ta muito bom na minha opinião deve continuar assim.
- ❖ Não, mas recebe com muita dedicação os pacientes.
- ❖ Não há duvida.
- ❖ Sugiro mais campanhas sobre humanização.
- ❖ Gostei, devia haver mais trabalho desses no nosso hospital
- ❖ Sem duvidas.
- ❖ Não
- ❖ Parabenizar todas da equipe de assistentes sociais do hospital
- ❖ No momento nenhuma
- ❖ Parabéns ao serviço prestado pela estagiária Maria Ohara Vargas Almeida.

- ❖ Não! O trabalho muito bom!
- ❖ Muito bom o Serviço de humanização
- ❖ Não!
- ❖ Não, esta legal!

A aplicação deste instrumento avaliativo (APÊNDICE A) contribuiu para a análise da eficácia do Projeto de Intervenção do Serviço Social. Sendo assim, como forma de retorno ao projeto de intervenção.

4.1 Os Resultados da Experiência

O instrumento que foi utilizado para a aplicação do projeto de intervenção recebeu o suporte da supervisora de campo, a Assistente Social do Hospital Infantil que acompanhou junto da estagiária o material exposto, a cada seis horas do final do estágio era coletado o resultado. Com isso constatou-se que, ao ser analisadas as respostas deixadas pelos usuários, dúvidas e sugestões nos instrumentos utilizados são de que, as campanhas sobre Humanização dentro do HIG deveriam ser ampliadas.

- ❖ No direito à informação;
- ❖ Na satisfação do usuário;
- ❖ No retorno para o mesmo profissional, reforçando o vínculo estabelecido, portanto, conhecimentos neste contexto são imprescindíveis para efetivação da Política de Humanização;
- ❖ A Assistente Social deveria, com mais frequência, visitar os pacientes enquanto estiverem internados;
- ❖ Também que deveria ter acompanhamento com a família e o paciente em suas residências;

- ❖ Expandir mais esse serviço de acompanhamento domiciliar já existente na instituição;
- ❖ No restante das respostas a maioria foram elogios ao projeto de intervenção e a equipe que compõe o Serviço Social na instituição.

Posteriormente aos resultados houve um convite do setor administrativo para organizar e realizar uma capacitação sobre a Política Nacional de Humanização, porque quando um usuário/paciente busca um atendimento médico passa, muitas vezes, por situações delicadas e sensíveis, portanto, um sorriso, a afabilidade e a atenção são fundamentais para a reabilitação do usuário/paciente junto aos familiares. Pois, a humanização quando aplicada, mesmo nos gestos mais simples, permite uma aproximação, criando uma relação de confiança entre usuário e os colaboradores do hospital, por que estamos falando de pessoas servindo pessoas em condições de fragilidade.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste TCC buscou analisar o trabalho dos Assistentes Sociais no HIG, apontando os limites e possibilidade na efetivação da Política Nacional de Humanização através da vivencia do estagio obrigatório.

A experiência do Estagio Supervisionado I e II, proporcionou vivenciar e evidenciar as diversas formas da Questão Social expressas na vida dos usuários/pacientes e de suas famílias que utilizam o sistema hospitalar. Servindo para articular seu conhecimento teórico com a atuação profissional no cotidiano da instituição e uma forma de enriquecimento da formação acadêmica, e com isso instituir junto ao usuário estratégias de enfrentamento visando à construção de sua autonomia.

O profissional do Serviço Social tem como objetivo intensificar a interação entre o individuo e seu meio social, procurando melhorar a qualidade de vida do usuário junto à sociedade, esse processo também visa pesquisar bibliografias na área da saúde e sua correlação com outras áreas do saber em uma perspectiva interdisciplinar.

Ao mesmo tempo em que elencamos sobre o profissional de Serviço Social colocamos o enfoque do projeto de intervenção expondo sobre o Serviço Social e a humanização na qual menciona-se que foi instituída para efetivar os princípios do SUS no cotidiano da prática de atenção e gestão, qualificando a saúde pública incentivando trocas relevantes do sistema entre gestores, trabalhadores e usuários.

Assim ficando explicito a importância do Programa Humanizar, que tem embasamento na valorização dos usuários, como a intervenção do Assistente Social enquanto categoria profissional propõe reduzir às desigualdades e fortalecer as resistências, a qualidade de vida, as demandas oriundas dessas questões levantadas acima traz a motivação no trabalho, a produtividade e a superação de preconceitos da “forma” humanizar.

Portanto, o propósito é que, o Serviço Social e o PNH possam estar trabalhando em conjunto e venham ter um objetivo emergencial na luta por uma participação mais humana, sendo preciso que aprendam a romper com os saberes estagnados, e se lancem numa relação de trocas contínuas, comprometidos com a qualidade dos seus serviços, prevenção, cura e reabilitação dos usuários/pacientes e seus familiares, bem como dos trabalhadores do HIG.

REFERÊNCIAS

ABEPSS/CEDEPSS. “**Proposta básica para o projeto de formação profissional**”. Serviço Social & Sociedade n. 50. O Serviço Social no século XXI. São Paulo. Cortez, anoXVII, abril de 1996.

ANDRADE, Elizabeth Azeredo; DONELLI, Tagma Maria Schneider. Acolhimento e Humanização: proposta de mudança na recepção aos usuários do setor de emergência/urgência do hospital Municipal de Novo Hamburgo. In: **Boletim da Saúde**. V. 18. N.2. Jul/Dez. 2004.

ANGNES, Décio Ignácio. Humaniza SAÚDE: diferencial do atendimento na saúde. In: **Boletim da Saúde**. V. 18. N.2. Jul/Dez. 2004.

ALESSANDRINE, Margarete. Diagnóstico Institucional. In: ROCHA, Maria A. M. da (org). **Capacitação profissional em serviço social**. Porto Alegre: CRESS 10ª Região. 1999 (p. 49-61).

ALVES, Francielle Lopes; MIOTO, Regina Célia Tamasso; GERBER, Luiza Maria Lorenzini. **A Política Nacional de Humanização e o Serviço Social**: elementos para o debate. Serviço Social & Saúde. Campinas, 2007.

BAPTISTA, Myrian V. A ação profissional no cotidiano. In: MARTINELLI, Maria L. (Org.). **O uno e o múltiplo nas relações entre as áreas do saber**. São Paulo: Cortez, 1998.

BURIOLLA, Marta Alice Feiten. **O Estágio Supervisionado**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

_____. **Supervisão em Serviço Social**: O supervisor, suas relações e seus papéis. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1996.

BRASIL. **Código de ética do/a assistente social**: Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. - 10ª. ed. rev. e atual. - Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2012.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. [s.n.] Brasil, 1988.

_____. **Lei N. 8662/93.** Lei de Regulamentação da Profissão. Porto Alegre: CRESS 10ª Região, 2009.

_____. **Ministério da Saúde.** Lei Federal nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Brasília. Publicação oficial; 1990.

_____. **Ministério da Saúde.** Política de Humanização da Assistência da Saúde. – 1. ed. 1reimpresão – Brasília. 2010.

_____. **Ministério da Saúde – Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS – 2004.** Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/>> Acesso em: 20 jan. 2014.

_____. **Ministério da Saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2006.

_____. **Ministério da Saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2010.

_____. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio a Descentralização. Coordenação Geral de Apoio a Gestão descentralizada. **Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.** Brasília, 2006.

BRAVO, Maria Inês. **Serviço Social e Reforma Sanitária:** lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo: Cortez, 1996.

_____. A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica. In: **Capacitação para Conselheiros de Saúde - textos de apoio.** Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Reflexões sobre a Construção do Sistema Único de Saúde (SUS): o modo singular de produzir política pública. In: **Serviço Social & Sociedade.** N. 87. Ano XXVII. São Paulo: Cortez, set. 2006.

COHN, Amélia; ELIAS, Paulo E. **Saúde no Brasil:** política e organização de serviços. 3. ed. Ver. e ampliada. São Paulo: Cortez; CEDEC, 1999.

CFESS. **Parâmetro para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde** (Versão Preliminar). Grupo de Trabalho Serviço Social na Saúde. Brasília, Março de 2009.

_____. **O Serviço Social na cena contemporânea.** Disponível em: http://cressmt.org.br/upload/arquivo/pos_graduacao_cfess_2010.pdf acesso: 24.03.2014

CRESS. **Código de Ética dos Assistentes Sociais.** Coletânea de Leis. Porto Alegre: CRESS 10ª Região, 2009.

_____. **Sistema Único de Saúde (SUS).** Lei nº. 8.080/90. Coletânea de Leis. Alegre: CRESS 10ª Região, 2009.

_____. **Sistema Único de Saúde (SUS).** Lei nº. 8.142/ 90. Coletânea de Leis. Porto Alegre: CRESS 10ª Região, 2009.

CUNHA, Maria da Graça Viana Cardoso e. Envelhecer com Novos Horizontes In: **Boletim da Saúde.** V. 18. N.2. Jul/Dez. 2004.

DELGADO, Leila Baumgratz. **Espaço sócio-ocupacional do assistente social: seu arcabouço jurídico-político.** Serviço Social & Sociedade. Nº 113. Janeiro/março. Cortez: São Paulo, 2013.

DUTRA, Liege Silveira; SANTOS, Ana Flavia dos; WERLANG, Sueli Terezinha. Assistência pós-alta hospitalar para pacientes com cuidados especiais. In: **Boletim da Saúde.** V. 18. N.2. Jul/Dez. 2004.

ESTATUTO DA FUNDAÇÃO IVAN GOULART 1985. Disponível em: <<http://www.flashsb.com.br/hospitalivangoulart/>>. Acesso em: 03 ago. 2013.

FLASHSB. Disponível em: <<http://www.flashsb.com.br/hospitalivangoulart/>>. Acesso em: 03 ago. 2013.

GENTILLI, Raquel de Matos Lopes. **Representações e Práticas: identidade e processo de trabalho no Serviço Social.** 2. Ed. revista - São Paulo: Veras, 2006.

GUERRA, Yolanda. **Instrumentalidade e Serviço Social.** 9. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** – 19 ed. – São Paulo, Cortez, 2010.

_____. **Serviço Social em tempo de capital e fetiche: Capital Financeiro, trabalho e questão social.** 6. ed – São Paulo: Cortez 2011.

IAMAMOTO, Marilda; CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil.** 29 ed. São Paulo: Cortez, 2009.

KERN, Francisco A. A visita domiciliar como estratégia de intervenção In; MENDES, Jussara R. M.; AGUINSKY, Beatriz g.: PRATES, Jane C. **O Sistema Único de Assistência Social: Entre a fundamentação e o desafio da implantação.** Porto Alegre: EDIPURCS, 2009.

KOSIK, Karel. **Dialética do Concreto.** 7 ed. Rio de Janeiro. Paz e terra, 2002.

MARTINELLI, Maria Lúcia. O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos. In: **Serviço Social & Sociedade.** Nº 107. jul/set. Cortez: São Paulo, 2011.

-----, **O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE: Algumas Reflexões Éticas.** 2007. CD ROM.

MARX, Karl. **O Capital.** Crítica da economia política: O processo de produção do capital. Livro 1, Vol. 1. 13. ed. Rio de Janeiro: Bertrand, 1989.

MELLO, Cristiane Ferraz Quevedo de. **O Trabalho do Assistente Social no Contexto Hospitalar: uma análise na perspectiva do trabalho em equipe.** Dissertação de Mestrado. PUC. Porto Alegre. 2012.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma Agenda para a Saúde.** 2.ed. São Paulo: HUCITEC, 2006.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 1992.

NOGUEIRA, Roberto Passos. **O trabalho em serviços de saúde.** Adaptação do texto apresentado no seminário “o choque teórico”, promovido pela Escola Politécnica Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1991, mimeo.

OLIVEIRA, Gilmara de Almeida. A Contribuição e o Papel do Serviço Social no Contexto Hospitalar. Disponível em: <www.open-school.com/uniced/download/> Acesso em: 02 fev. 2008.

ONEDA, Francinete Fabiane Menegazzo. SABBI, Juliana Andreis. VANZ, Lilian. A qualidade do atendimento aos pacientes do Hospital Cristo Redentor. In: **Boletim da Saúde**. V. 18. N.2. Jul/Dez. 2004.

PONTES, Reinaldo Nobre. **Mediação e Serviço Social**: um estudo preliminar sobre a categoria teórica e sua apropriação pelo serviço social. 6. ed. – São Paulo: Cortez, 2009.

REGIS, Maria Figueredo de Araújo. O Serviço Social e a área de gestão de pessoas: mediações sintonizadas com a Política Nacional de Humanização. In: **Serviço Social & Sociedade**. Nº 107. jul/set. Cortez: São Paulo, 2011.

RIBEIRO, J.M. **Conselhos de Saúde Comissões Intergestores e Grupos de Interesses no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 13(1):81-92, Jan-Mar, 1997.

RIBEIRO, Eduardo Mendes. **HumanizaSUS**: um projeto coletivo. Boletim da Saúde. Volume 18. Numero 2. Jul/Dez. 2004.

RODEGHERI, Gladis Salete Marafon. **Ludoteca hospitalar**: resgate do impulso lúdico. Boletim da Saúde. Volume 18. Numero 2. Jul/Dez. 2004.

SANTOS, Claudia Monica dos; Backx, Sheila; Guerra, Yolanda. **A dimensão técnico-operativa do serviço social**: questões para reflexão. (Org). – Juiz de Fora: Ed. UFJF. 2012.

SAÚDE, **Princípios do Humaniza SUS**. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/component/gmg/page/369-principios-do-humanizasus-sesmgem>> Acesso em: 22 jan. 2014.

SIEDLER, Antonio Joesting; BACKES, Dirce Stein; PALOMINO, Inês Munari. et al In: **Boletim da Saúde**. V. 18. N.2. Jul/Dez. 2004. (p. 57 – 64).

SOBRINHO, Pilau Liton Lanes. **Direito à Saúde**: uma perspectiva constitucionalista. Passo Fundo, UPF, 2003.

SOUSA, Charles Toniolo. A prática do Assistente Social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional. In **Revista Emancipação**. v. 8, n.1. Ponta Grossa/PR: UEPG, 2008. Disponível em: <<http://www.uepg.br/emancipacao>>. Acesso em: 11 jan. 2014.

SOUZA, Maciela Rocha. **SERVIÇO SOCIAL E O EXERCÍCIO PROFISSIONAL: desafios e perspectivas contemporâneas**. Revista Eletrônica da Faculdade José Augusto Vieira. ANO V – nº 07, setembro 2012 – ISSN – 1983 – 1285.

SOUZA, Sabrina Silva; COSTA, Roberta; SHIROMA, Lícia Mara Brito. et al. **Reflexões de profissionais de saúde acerca do seu processo de trabalho** Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.6855>>. Acesso em: 14 jan. 2014.

SOUZA, Maria Luiza de. **Desenvolvimento de comunidade e participação**. 10. Ed. São Paulo: Cortez, 2010.

SUBUTZKI, Jacinta; CONETE, Mauro César. Cuidando do cuidador. In: **Boletim da Saúde**. V. 18. N.2. Jul/Dez. 2004.

TEIXERA, Carmem. **Os Princípios do Sistema Único de Saúde**. 2011. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf> acesso em: 13 fev. 2014.

TURCK, Maria da Graça Maurer Gomes. **Processo de Trabalho do Assistente Social elaboração de documentação: Implementação e aplicabilidade**. 2. ed. Porto Alegre: Graturck, 2007.

VARGAS, Jeferson Dutra de. **História das Políticas Públicas de Saúde no Brasil: revisão da literatura**. Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) – Escola de Saúde do Exército, Programa de Pós-Graduação em Aplicações Complementares às Ciências Militares. Rio de Janeiro, 2008.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **A prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. – 6. ed. – São Paulo: Cortez, 2009.

_____. Serviço Social e Prática Reflexiva. IN: **Em Pauta: Revista da Faculdade de Serviço Social da UERJ**, nº 10. 1997.

VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de. **Saúde Trabalho e Desenvolvimento Sustentável: Apontamentos para uma Política de Estado**. Rio de Janeiro: s.n., 2007.

XVIII, 421 p.

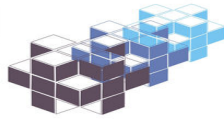
VELOSO, Laís; CARVALHO, Jane; SANTIAGO. Redução dos danos decorrentes do uso de drogas: uma proposta educativa no âmbito das políticas públicas. In: BRAVO, Maria I. S. (org.) **Saúde e Serviço Social**. 5. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2012.

YAZBEK, Maria Carmelita. As ambiguidades da Assistência Social brasileira após dez anos de LOAS. In: **Serviço Social & Sociedade**. Nº 77. Março. Cortez: São Paulo, 2004.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento/questionário

**Hospital
Ivan
Goulart**
Com você em todos os momentos
SÃO BORJA/RS



unipampa
Universidade Federal do Pampa

Projeto de Intervenção: Serviço Social e Humanização no Hospital Ivan Goulart - Hospital Infantil

Estagiária: Maria Ohara Vargas Almeida

1) Você conhece o Serviço Social no Hospital Ivan Goulart?

() Sim () Não

2) Você conhece a Humanização no Hospital Ivan Goulart?

() Sim () Não

3) Você já precisou do Serviço Social do Hospital?

() Sim () Não

4) Após ler nosso material sobre o que é Serviço Social e Humanização você tem alguma **dúvida** ou **sugestão**?

OPÇÃO: NÃO PRECISA SE IDENTIFICAR

APÊNDICE B – Folder



Serviço Social
unipampa

**Projeto de Intervenção:
Serviço Social e Humanização
no Hospital Ivan Goulart -
Hospital Infantil**

Estagiária: Maria Ohara Vargas Almeida
Email: mariaohara2009@hotmail.com

Curso de Serviço Social da Universidade
Federal do Pampa - UNIPAMPA

**Hospital
Ivan
Goulart**



Fundação Ivan Goulart – Hospital Infantil
Rua: Presidente Vargas, 200
Fone: (55) 3431 1650;

**Serviço Social e
Humanização**

São Borja / RS





unipampa

Universidade Federal do Pampa

Universidade Federal do Pampa: Rua
Alberto Benevenuto, 3200
Bairro Passo, São Borja, RS 97670-000



Serviço Social
unipampa

O que é Serviço Social?

O Serviço Social é uma profissão, inscrita na divisão sócio técnica do trabalho.

O Serviço Social intervém diretamente com as expressões da questão social (expressões das desigualdades sociais) e atua criando e executando políticas e projetos. É uma profissão que atua no campo das políticas sociais com o compromisso de defesa e garantia dos direitos sociais da população, visando o fortalecimento da democracia.

Os princípios do Serviço Social

Tem como princípios no seu Código de Ética a defesa intransigente da dignidade humana e a luta pelo fim das opressões e discriminações de raça, gênero, religião, etc.

Os objetivos do Serviço Social

O objeto do Serviço Social neste sentido está, intimamente, vinculado ao atendimento humanizado e visando garantias dos valores, dos direitos e luta pela igualdade social. Assim como a construção mais humanizada no processo saúde/doença, valores que orientam o cotidiano da ação profissional.

O que propõe o Serviço Social e a Humanização?

O Serviço Social e a Humanização trabalham na perspectiva de transformação dos modelos de atenção e de gestão nos serviços e sistemas de saúde, indicando a necessária construção de novas relações entre usuários e trabalhadores, propondo atendimento humanizado baseado no respeito à dignidade e a garantia de seu direito fundamental à vida e à saúde.

O que é Humanização?

O centro do conceito de humanização é a dignidade e o respeito à vida humana, enfatizando a dimensão ética na relação entre pacientes, familiares e profissionais da saúde.

Qual o Objetivo da Humanização?

Seu objetivo é a promoção de uma cultura de atendimento humanizado desenvolvendo ações juntamente com as equipes das Secretarias de Saúde e dos Hospitais de várias regiões. Tem obtido avanços não apenas no tocante às relações entre profissionais e usuários do Sistema Único de Saúde, mas em diferentes aspectos de organização do atendimento dentro dos hospitais, tais como o cuidado com as instalações, a melhoria no acesso e atendimento, o aprimoramento das formas de comunicação e o treinamento dos recursos humanos para a implantação de projetos de humanização.

APÊNDICE C – Cartaz





Serviço Social

unipampa

Serviço Social e Humanização - São Borja/RS

Projeto de Intervenção:
Serviço Social e Humanização no Hospital Ivan Goulart - Hospital Infantil

Estagiária: Maria Ohara Vargas Almeida | Email: mariaohara2009@hotmail.com
 Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Pampa - UNIPAMPA

O que é Serviço Social?

O Serviço Social é uma profissão, inscrita na divisão sócio técnica do trabalho.

O Serviço Social intervém diretamente com as expressões da questão social (expressões das desigualdades sociais) e atua criando e executando políticas e projetos. É uma profissão que atua no campo das políticas sociais com o compromisso de defesa e garantia dos direitos sociais da população, visando o fortalecimento da democracia.

Os princípios do Serviço Social

Tem como princípios no seu Código de Ética a defesa intransigente da dignidade humana e a luta pelo fim das opressões e discriminações de raça, gênero, religião, etc.

Os objetivos do Serviço Social

O objeto do Serviço Social neste sentido está, intimamente, vinculado ao atendimento humanizado e visando garantias dos valores, dos direitos e luta pela igualdade social. Assim como a construção mais humanizada no processo saúde/doença, valores que orientam o cotidiano da ação profissional.

O que propõe o Serviço Social e a Humanização?

O Serviço Social e a Humanização trabalham na perspectiva de transformação dos modelos de atenção e de gestão nos serviços e sistemas de saúde, indicando a necessária construção de novas relações entre usuários e trabalhadores, propondo atendimento humanizado baseado no respeito à dignidade e a garantia de seu direito fundamental à vida e à saúde.

O que é Humanização?

O centro do conceito de humanização é a dignidade e o respeito à vida humana, enfatizando a dimensão ética na relação entre pacientes, familiares e profissionais da saúde.

Qual o Objetivo da Humanização?

Seu objetivo é a promoção de uma cultura de atendimento humanizado desenvolvendo ações juntamente com as equipes das Secretarias de Saúde e dos Hospitais de várias regiões. Tem obtido avanços não apenas no tocante às relações entre profissionais e usuários do Sistema Único de Saúde, mas em diferentes aspectos de organização do atendimento dentro dos hospitais, tais como o cuidado com as instalações, a melhoria no acesso e atendimento, o aprimoramento das formas de comunicação e o treinamento dos recursos humanos para a implantação de projetos de humanização.

Hospital
Ivan
Goulart





unipampa
Universidade Federal do Pampa

APÊNDICE D – Material utilizado no Projeto de Intervenção



ANEXOS

ANEXO A - Equipe de Estagiárias e Supervisora de Campo



ANEXO B – A Estagiária

