

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS

PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO

ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E DA SAÚDE

CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

**Nylia Pereira Gomes**

**O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA MATERNIDADE DONA ÍRIS NO CONTEXTO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO.**

GOIÂNIA

2020

**NYLIA PEREIRA GOMES**

**O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA MATERNIDADE DONA ÍRIS NO CONTEXTO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado na disciplina de Monografia II como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço social da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, sob a orientação da Prof.ª Ma. Marly Machado Bento.

GOIÂNIA

2020

FICHA CATALOGRÁFICA

GOMES, Nylia Pereira.

O Trabalho do Assistente Social na Maternidade Dona Iris no contexto da Política de Humanização . 63 Folhas.

Monografia (graduação em Serviço social) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Goiânia.

Sistema Único de Saúde; Política Nacional de Humanização; Serviço social.

**FOLHA DE APROVAÇÃO**

**O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA MATERNIDADE DONA ÍRIS NO CONTEXTO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO.**

Monografia defendida no Curso de Serviço social da Pontifícia Universidade Católica de Goiás para obtenção do título de Bacharel em Serviço social. Aprovada em 10 de dezembro de 2020 pela seguinte Banca Examinadora:

**Banca Examinadora:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Prof.ª Ma**.** Marly Machado Bento

(Presidente)

Pontifícia Universidade Católica de Goiás

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Profª. Mª. Sueli Almeida Neves Sousa.

Pontifícia Universidade Católica de Goiás

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Profª. Mª. Vera Lúcia dos Santos.

Pontifícia Universidade Católica de Goiás

**AGRADECIMENTOS**

Gostaria de agradecer a todas as pessoas que estiveram comigo e me apoiaram, em especial: À Deus em primeiro lugar, por me permitir chegar até aqui, por ter me guiado e conservado as minhas forças nessa jornada chamada vida.

Aos meus pais Ney Gomes Alencar e Edsonina Pereira Gomes, pois sem eles nada disso seria possível, em especial a minha mãe por sempre segurar a barra e me dar o suporte em todos os sentidos o apoia dela foi imprescindível pra que esse sonho se realizasse

Aos meus filhos, Larissa e Guilherme por serem minha inspiração e motivo pra eu continuar em frente

Aos meus irmãos Danilo, Daniela e David e Gabriel por estarem sempre presentes em minha vida a minha amiga Gisely Benevides e Marta Kobayashi por me incentivar a voltar a estudar e até me ajudar a escolher o curso, a eles todo meu Amor

Aos vários professores e mestres que me acompanharam nesse processo de aprendizagem de cinco anos nessa instituição, e que foram de grande importância na construção desse trabalho em especial aos professores Athos Magno, Margot e Olívia que desde o primeiro período me deram vários puxões de orelha em forma de incentivo e faziam questão de me lembrar do meu potencial como aluna ,a Wanessa e Marly pessoas que tenho tamanho carinho e que me fizeram despertar a sede por conhecimento e amor pela profissão

A minha supervisora de estágio na Maternidade Dona Íris, Luzinete Resende que me orientou a formação prática e teve o maior carinho e dedicação em compartilhar seus conhecimentos e foi fundamental pra eu chegar até aqui

Aos amigos da minha primeira turma que já se formaram ,no entanto ,permanecem presentes em minha vida auxiliando na minha formação ,Acleudia, Maria Laura, Michelly Suelen, Renata Luiza e de forma especial a Michelly Suelen, por toda ajuda ,paciência e exemplo de sabedoria , mansidão e humildade .Também não poderia deixar de citar o pai do meu filho Edson Ferreira Cardoso pelo auxílio financeiro, que várias vezes me socorreu e possibilitou fazer mais um semestre e que de alguma forma nesse processo de crescimento indiretamente contribuiu bastante. Agradeço a toda equipe do Serviço social da Maternidade Dona íris.

Por fim, todos que contribuíram diretamente e indiretamente na construção desse trabalho.

*“Na prática não é tão fácil assim, mas amar é necessário. A humanidade precisa se humanizar. Errar é humano, amar também”.*

*(Hamilton Marques).*

**RESUMO**

Esse trabalho monográfico tem por objeto de estudo o trabalho do (a) Assistente social na Maternidade Dona Íris voltado para a Política Nacional de Humanização na Maternidade. É apresentado por meio da literatura, uma produção cientifica que visa apresentar o significado e a história da Política Nacional de Humanização (PNH) no contexto do surgimento do SUS, por meio da constituição de 1988. Além, de uma pesquisa empírica realizada com assistentes sociais da Maternidade, na qual, procuramos identificar o exercício profissional e a relação do Serviço social com Política Nacional de Humanização. Essa monografia tem como objetivo geral verificar como os profissionais do serviço social trabalham na efetivação da Política Nacional de Humanização na Maternidade Dona Íris. Para tanto, sucedeu a análise de conteúdo na perspectiva do método dialético. No decorrer dos estudos ficou evidente o compromisso dos profissionais e usuários em humanizar o atendimento de saúde, na tentativa de promover qualidade de vida e dignidade no atendimento às pessoas no Hospital e Maternidade.

**Palavras chaves:** Sistema Único de Saúde; Política Nacional de Humanização; Serviço social.

**ABSTRACT**

This monographic work has as object of study the work of the social worker in the maternity hospital Dona Íris focused on the Humanization Policy in the maternity hospital. It is presented through literature, a scientific production that aims to present the meaning and history of the National Humanization Policy (PNH) in the context of the emergence of SUS, through the constitution of 1988. In addition, an empirical research carried out with Social Assistants maternity, in which we seek to identify professional practice and the relationship between Social Work and the National Humanization Policy. This monograph has the general objective of verifying how Social Service professionals work in implementing the Humanization Policy at Dona Íris Maternity. To this end, content analysis followed from the perspective of the dialectical method. It is concluded that the commitment of professionals and users to humanize health care was evident, in an attempt to promote quality of life and dignity in the care of people in the Hospital and Maternity.

**Keywords:** Unified Health System; National Humanization Policy; Social service.

**LISTA DE SIGLAS**

**AIS**  Ações Integradas de Saúde

**CAPs** Caixa de Aposentadoria e Pensões

**CONASP** Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária

**FHC** Fernando Henrique Cardoso

**GTH** Grupo de Trabalho de Humanização

**GTHs** Grupos de Trabalho de humanização

**IAPs**  Institutos de Aposentadoria e Pensão

**INAMPS**  Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

**INPS**  Instituto Nacional de Previdência Social

**LOS** Lei Orgânica de Saúde

**PIASS** Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

**PNH** Política Nacional de Humanização

**PNHAH** Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospital

**REHUNA** Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento

**SAS**  Secretaria de Atenção à Saúde

**SUDS** Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

**SUS** Sistema Único de Saúde

**SUMÁRIO**

**1 INTRODUÇÃO**................................................................................................12

**2. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO**................................................................................................14

* 1. A emergência do conceito de humanização.................................................14
  2. A humanização no SUS..............................................................................17

2.3 Problematizando o conceito e a Política Nacional de Humanização.....................................................................................................25

**3. ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTINA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO** ...................................................................33

3.1 O Serviço social no campo da assistência hospitalar................................33

3.2 A Política Nacional de Humanização no Serviço social do Hospital e Maternidade Dona Íris......................................................................................40

3.3 A Política Nacional de Humanização e a sua relação com os fundamentos do SUS e o Projeto Ético Político do Serviço social.........................................47

**4. CONSIDERAÇÕES......................................................................................55**

**5. REFERENCIAS............................................................................................57**

**APÊNDICE - A**

**QUESTIONÁRIO DE PESQUISA**.....................................................................61

**APÊNDICE - B**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**.............................63

**1.INTRODUÇÃO**

A presente monografia tem como objeto estudo o trabalho do (a) assistente social na Maternidade Dona Íris no contexto da política nacional de humanização.

A opção, por esse tema surgiu a partir da vivência da estudante no campo da saúde pública, no Hospital e Maternidade Dona Iris, local onde foi realizou o estágio curricular obrigatório em Serviço social, que consiste em ser um ambiente voltado para recuperação e cuidado em saúde da mulher e da população em geral de Goiânia e regiões metropolitanas, que necessitem de assistência em saúde. A instituição propicia atendimento especializado e humanizado, na qual contribui para uma atenção mais técnica e especial nas áreas da ginecologia, obstetrícia e neonatologia.

Inserida nesse espaço de saúde, conheci a Politca Nacional de Humanização, na qual, me despertou o interesse de aprofundar nessa temática no sentido de compreender o seu papel para com a profissão e com os usarios dessa política.

Surgindo então essa indagação,como é desenvolvido o trabalho das assistentes socias a partir da Política Nacional de Humanização na Maternidade Dona Íris?

A hipótese levantada é que, o trabalho do Assistente social na Maternidade Dona Íris é efetivado por meio das ações destacadas pela Política Nacional de Humanização a partir do exercício interdisciplinar pela equipe multiprofissional.

Dessa forma, essa pesquisatem como objetivo geral, verificar como os profissionais do Serviço social trabalham na efetivação da Política Nacional de Humanização na Maternidade Dona íris, e por objetivos específicos, verificar quais os instrumentais técnicos operativos são utilizados pelos profissionais para a efetivação da Política Nacional de Humanização além de, entender como é desenvolvido o trabalho do assistente social na equipe multiprofissional da Maternidade.

A metodologia foi desenvolvida a partir de uma abordagem qualitativa com análise do conteúdo alcançado por meio da pesquisa de literaturas, na concepção do método dialético. Foi realizada pesquisa bibliográfica com leitura, estudo e análise de livros, artigos, revistas, dissertações de mestrado, legislação, portarias, decretos, resolução etc. Os principais autores que subsidiaram esta monografia foram: Bravo (2004), Iamamoto (2000), Martinelli (2011), Moraes (2016), Lopes (2016), entre outros.

Em conformidade com Minayo (2004), os métodos qualitativos nada têm a ver com quantificar, mas procuram explicar o sentido das relações socias consideradas essenciais e resultantes da atividade humana. Incluí os sistemas de relação que constroem o modo de conhecimento exterior ao indivíduo, em como representações sociais que constituem a vivencia das relações objetivas pelos atores sociais, que por sua vez, atribuem significado. A pesquisa de campo foi realizada por meio de questionário contendo 12 perguntas abertas, aplicados à duas Assistentes Sociais da Maternidade, na qual, procuramos identificar o exercício profissional e a relação do Serviço social com Política Nacional de Humanização.

Importa resaltar que devido a pandemia da Covid 19, as Assistentes Sociais responderam o questionário que foi enviado por e-mail juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme determina a Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016, expedida pelo Conselho Nacional de Saúde.

Esse trabalho monográfico está dividido em três seções, sendo que a primeira, trata-se da introdução. A segunda, aborda o SUS e a Política Nacional de Humanização, a emergência do conceito de humanização, a humanização no SUS e a problematização do conceito e a Política Nacional de Humanização. A terceira seção se refere, a atuação do profissional de Serviço social na Política Nacional de Humanização além de explanar sobre o Serviço social no campo da assistência hospitalar, a PNH no Serviço social dos Hospitais, a PNH e a sua relação com os fundamentos do SUS e o Projeto Ético Político do Serviço social, seguida das considerações finais acerca do estudo em questão.

**2. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO**

Para apreender acerca do Trabalho da (o) Assistente Social voltado para Política Nacional de Humanização na Maternidade Dona Iris, buscou-se identificar a origem do termo humanização na Política Nacional de Saúde. Dessa forma, nessa seção, será abordado o conceito de humanização, além de retratar a humanização no SUS e a problematização de seu conceito e a Política Nacional de Humanização.

* 1. **A emergência do conceito de humanização**

O termo humanização é empregado há décadas, não há um período específico em que começou a ser utilizado, o que se sabe é que tal expressão se manifesta com definições diversas. De acordo com o dicionário Aurélio, a palavra humanização[[1]](#footnote-1) ou seja, refere-se a humanizar, suavizar e encorajar o comportamento humano. Em sua essência filosófica a humanização é um termo que se localiza no Humanismo.

Segundo Reale (2004), o “Humanismo” se trata de uma inclinação gerada pela cultura italiana, no final do ano 400 a. c., e se expandiu em outros países europeus.

Mello (2008, p.15) elucida que o Humanismo “é a corrente filosófica que centraliza seu interesse no tema da natureza ou condição humana e coloca o homem e seus valores acima de todas as outras coisas”.

Em conformidade com Conceição (2009, p. 196), o termo humanização:

Pode ser identificado na literatura brasileira de saúde desde meados do século XX, apesar de, neste momento, figurar como uma preocupação secundária, mas que, em maior ou menor grau, já se fazia sentida. É a partir do fim do século referido e início do século XXI que esta temática tomará maiores proporções, fruto de iniciativas isoladas no decorrer da década de 1990, como o Hospital Amigo da Criança, Humanizaçãonas UTI’s Neonatais, Norma de atenção humanizada de recém-nascido de baixo peso - Método Canguru, Parto Humanizado e outras~~.~~

De acordo com esses conceitos, Diniz (2005), retrata que, o amparo ao parto, no que diz respeito a terminologia humanização já é aplicada desde o início do século XX. Este autor aborda que em diversas localidades do mundo em especial em países capitalistas centrais, a humanização se propagava por meio de Fernando Magalhães tido como “pai da obstetrícia”, já que ele adotava e defendia o uso de narcóticos[[2]](#footnote-2) e do fórceps[[3]](#footnote-3) por entender que a utilização desses produtos colaborava para humanizar a assistência ao parto.

Em conformidade com Conceição (2009), no Brasil a humanização está presente nas diversas discussões que envolva a saúde pública, porém, foi em meados do final do ano de 1990 que essa discussão começou a ter mais evidência. Embora, para Morais (2016, p.20), em 1950 já havia alguns traços dessa temática tendo como influências e incentivos, a “Declaração Universal dos Direitos Humanos; da defesa em prol da assistência ao parto humanizado – defesa na qual se identifica o movimento feminista como sujeito desse processo”.

Segundo Lopes (2016), em 1970 o movimento em favor da humanização no parto começa a ser fortalecido por experiências isoladas desenvolvidas por profissionais da saúde entre outros, ressaltando sempre o papel dos médicos obstetras e enfermeiros, o que resultou em 1993 na criação da Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (Rehuna[[4]](#footnote-4)), que atualmente congrega centenas de participantes, entre indivíduos e instituições.

Conforme Diniz (2005), a carta de Campinas é o documento fundador de Rehuna na qual condena a violência e a contenção na prestação de assistência, principalmente o ambiente desumano que mulheres e crianças vivenciavam ao nascer.

Segundo Lopes (2016), em outras áreas da saúde a discussão sobre a humanização foi também abordada sendo, no entanto o foco principal a área hospitalar.

Em conformidade com Casate e Corrêa (2005), essa discussão começou de maneira residual nas décadas de 1950 a 1970. Já que as referências da época estavam centradas no confronto tecnológico x humanização, e a salvação era vista na humanização. A possibilidade de “caridade, valor religioso”. Compreensivelmente, o atendimento de resgate não é uma rejeição da tecnologia ou da ciência. Ambos devem ser expressos com clareza, a fim de proporcionar aos usuários um plano de tratamento ampliado, sem a necessidade de serem liderados pela tecnologia e abandonando o cuidado mecanizado, nem podem ser expressos a partir do sentimento só, perdendo a objetividade do cuidado.

No mesmo texto Casate e Correa (2005, p.109) ainda salientam que:

[...] a humanização é enfocada, predominantemente, de modo circunscrito às relações interpessoais estabelecidas com o doente, bem como às questões administrativas de dada instituição (predominantemente hospitalar), mostrando-se desarticulada das dimensões político-sociais do sistema de saúde.

De acordo com Lopes (2016), neste período, a assistência ~~em~~ a saúde no país era centralizada no atendimento de cunho curativo, especializado e individual, tendo o hospital como ambiente principal das intervenções de saúde, em especial, os com vinculo a Previdência Social .A partir do movimento de reforma sanitária em 1980, um novo projeto de saúde começou a ser arquitetado, passando a exigir de todo cidadão à satisfação dos direitos garantidos pelo Estado, envolvendo os princípios da universalidade, integralidade, descentralização e participação. Além de gerar um amplo debate sobre o conceito de que saúde não e apenas a ausência de doença (modelo biomédico), estabelecendo uma definição mais abrangente de saúde que desempenhou um papel decisivo no meio social da saúde, permitindo uma profunda ressignificação do significado de saúde.

Enfim, apreendemos que são poucas as referências para constatar que a emergência da humanização surgiu de modo residual nos movimentos sociais (feministas, o antimanicomial) e nos serviços hospitalares. Contudo, seu compromisso parece ser combater o uso abusivo e invasivo das tecnologias nos serviços de saúde. O movimento da reforma sanitária não abordou a questão da humanização, como surgiu nos movimentos e serviços citados, nem abordou como surgira na PNH, como veremos a seguir. Acreditamos que os fundamentos do SUS, derivados do movimento de reforma sanitária por meio da ampliação do conceito de saúde, dos princípios e competências do SUS e das definições da saúde e da doença, são necessárias para a realização concreta e efetiva da humanização dos serviços de saúde, e não de uma humanização abstrata.

* 1. **A humanização no SUS**

Anterior, a Constituição Federal de 1988 no Brasil, a saúde pública perpassou por um longo contexto histórico de lutas, pela efetivação de um sistema de saúde gratuito e universal. Em meados do século XVI, no Brasil colônia não existia uma política de saúde, a população dependia de recursos da terra para uso medicinal. Entretanto, quando a família real veio para o Brasil, sobreveio à necessidade de criar uma estrutura sanitária.

Polignano (2001, p.3), explica que: “foram elaboradas a Delegação das atribuições sanitárias as juntas municipais” e o “controle de navio e saúde dos portos. A contribuição médica era inexistente, o que proporcionou a propagação do trabalho dos farmacêuticos que na época era denominado os Boticários”.

Segundo Polignano (2001), na República do Brasil, a ausência de cuidados em saúde equacionou em muitas epidemias espalhadas pelo país. No governo de Rodrigues Alves (1902-1906) foi designado para o Departamento Federal de Saúde Pública como diretor o sanitarista Oswaldo Cruz. O mesmo desenvolveu um modelo de ação que foi denominado como “Campanhista” no combate à febre amarela entre outras doenças, no Rio de Janeiro. Contudo eram empregados meios militares para conseguirem atingir seus objetivos. Em decorrência de tais acontecimentos, a população se mobilizou, dando origem a Revolta da Vacina. Todavia, Oswaldo Cruz atingiu bons resultados acabando com a febre amarela no Rio de Janeiro.

Ainda segundo o autor (2001), em 1920, entrou Carlos Chagas, que reformulou o Departamento Nacional de Saúde e modernizou o modelo campanhista, agregando a propaganda e a educação sanitária em suas práticas, além de ter difundido para outros estados às ações de saneamento.

De acordo com Santos e Guimarães (2014), os atalhos aos serviços de saúde já haviam sido providenciados para algumas parcelas de trabalhadores, o que desencadeou em mobilizações pela luta desses serviços. Foi fundada, então, a Caixa de Aposentadoria e Pensões (CAPs), denominada com a Lei Elói Chaves de 1923. Propiciando o ingresso da classe trabalhadora a serviços de saúde. Subsequentemente foram fundados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) que corresponderam a uma alternativa preventiva à mobilização dos trabalhadores, ordenados aos interesses do Estado no que se trata à reprodução da força de trabalho, já que beneficiava o progresso da produção capitalista.

Conforme Polignano (2001) foi criado no Estado Novo o Ministério da Educação e Saúde Pública que se desfez de atividades do Departamento Nacional de Saúde Pública e de ações da saúde em outros setores. Em 1941, a Reforma Barros Barreto instituiu “órgãos normativos e supletivos” para darem uma direção na assistência hospitalar e sanitária, não efetivando na prática as ações de saúde, devido à escassez no orçamento. Em 1953 foi criado o Ministério da Saúde.

Santos e Guimarães (2014) explicam que em um contexto de ditadura militar em 1964, devido à conjuntura aconteceu muitos privilégios para o setor privado da saúde, de modo que suas características foram

delineadas por um padrão de organização da prática médica voltada para a lucratividade no contexto da saúde brasileira, pela prevalência da prática médica curativa, individual e assistencialista, além da criação do complexo médico-industrial que possibilitou o acúmulo do capital pelas grandes incorporações internacionais na área da produção de medicamentos e de equipamentos médicos. (p.372)

Segundo os autores (2014), este fato prejudicou a condição de saúde da grande maioria da população que não tinha condições de ter acesso a esses serviços. Com a privatização dividiu ainda mais as classes sociais agravando suas condições e favorecendo o capital.

De acordo com Polignano (2001), em 1967, criou-se o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), resultado da união dos IAPs (Institutos de Aposentadoria e Pensão), que, através de uma procura expressiva pelos serviços de saúde, resultou na busca por serviços privados, modificando o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), priorizando a medicina curativa pela falta de investimentos na prevenção e na promoção da saúde pública coletiva.

Polignano (2001, p. 16) ainda aponta algumas ações voltadas à saúde, que desenvolvidas no período militar.

Promulgação do Decreto Lei 200 (1967), estabelecendo as competências do Ministério da Saúde: formulação e coordenação da política nacional de saúde; responsabilidade pelas atividades médicas ambulatoriais e ações preventivas em geral; controle de drogas e medicamentos e alimentos; pesquisa médico-sanitário; - Em 1970 criou-se a SUCAM (Superintendência de Campanhas da Saúde Pública) com a atribuição de executar as atividades de erradicação e controle de endemias, sucedendo o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DENERU) e a campanha de erradicação da malária.- Em 1975 foi instituído no papel o Sistema Nacional de Saúde, que estabelecia de forma sistemática o campo de ação na área de saúde, dos setores públicos e privados, para o desenvolvimento das atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde. O documento reconhece e oficializa a dicotomia da questão da saúde, afirmando que a medicina curativa seria de competência do Ministério da Previdência, e a medicina preventiva de responsabilidade do Ministério da Saúde.

Porém, segundo o autor, ainda com a falta de investimentos em recursos pelo governo no Ministério da Saúde, não chegou a sair do papel de forma planejada para se tornar um órgão executivo. E em 1976 foi criado o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) que tinha como objetivo ampliar as ações médico-sanitário e a oferta de serviços; a extensão desse programa expandiu a rede ambulatorial pública.

Polignano (2001, p. 17), explica que em 1975 o modelo de saúde previdenciária apresentou como resultado algumas falhas como:

Por ter priorizado a medicina curativa, o modelo proposto foi incapaz de solucionar os principais problemas de saúde coletiva, como as endemias, as epidemias, e os indicadores de saúde (mortalidade infantil, por exemplo); -aumentos constantes dos custos da medicina curativa, centrada na atenção médica-hospitalar de complexidade crescente;-diminuição do crescimento econômico com a respectiva repercussão na arrecadação do sistema previdenciário reduzindo as suas receitas;- incapacidade do sistema em atender a uma população cada vez maior de marginalizados, que sem carteira assinada e contribuição previdenciária, se viam excluídos do sistema;-desvios de verba do sistema previdenciário para cobrir despesas de outros setores e para realização de obras por parte do governo federal;- o não repasse pela união de recursos do tesouro nacional para o sistema previdenciário, visto ser esse tripartide (empregador, empregado, e união.)

Assim, em conformidade com Polignano (2001), em 1981 foi criado pelo governo, o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) com o intuito de conter custos e combater fraudes, buscando soluções para melhoria da assistência médica em face da insatisfação popular aflorada nas últimas duas décadas. Em 1983 foi criado um projeto interministerial, que continha a Previdência, a Saúde e a Educação, chamadas Ações Integradas de Saúde (AIS), dando origem a um novo modelo assistencial integrando o setor público que passou a incorporar ações curativas, educativas e preventivas.

Santos e Guimarães (2014), também ressalta que no ano de 1986, foi realizada no Brasil a 8ª Conferência de Saúde, evento produzido pelo Ministério da Saúde, contando com participantes de várias categorias da sociedade. Foi o marco no qual se efetivou a Política de Saúde Brasileira. Tinha como proposta reformular o Sistema Nacional de Saúde e o seu financiamento.

Em 1987 foi implantado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) que se responsabilizava pelos recursos financeiros da área da saúde. Porém, a implantação do SUDS foi dificultada devido aos interesses empresariais da área médica e hospitalar, pois a prevenção de doenças implicava na diminuição de recursos para as áreas que se contratava, Idem (2014).

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído com a Constituição de 1988, consolidado pelas Leis Federais 8.080/1990 e 8.142/1990, e passa a incluir, através do exercício da democracia e da cidadania da época, em seu art. 196, título VIII, a “saúde como direitos de todos e dever do Estado” Brasil (2015). De acordo com Polignano (2001), o SUS é padronizado pela Lei Orgânica de Saúde (LOS), por meio dela é estabelecido por todo o Brasil suas normas. A essência do SUS está na universalização do sistema, baseando-se na participação dos cidadãos, na descentralização e na equidade.

A partir de 1988, com a conquista da sociedade pela promulgação da Constituição Cidadã, ocorrem alguns avanços que envolvem o desencadeamento da Seguridade Social no Brasil contemplando políticas universais desenvolvidas por meio do tripé da seguridade social que envolve Saúde, Assistência e Previdência social, Idem (2001).

Em referência a saúde pública ocorreu diversos avanços concedidos constitucionalmente, Teixeira (1989, p.50-51) ressalta algumas:

O direito universal à Saúde e o dever do Estado, acabando com a discriminação existente entre segurado/não segurado, rural/urbano; - As ações e Serviços de Saúde passaram a ser consideradas de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle; - Constituição do Sistema Único de Saúde integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade; - A participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos para subvenção às instituições com fins lucrativos. Os contratos com entidades provadas prestadoras de serviços far-se-ão mediante contrato de direito público, garantindo ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo os termos contratuais; - Proibição da comercialização de sangue e seus derivados.

Embora a legislação relativa ao (SUS) ter sido aprovada em 1988, foi somente em 1990 que foi decretado a Lei orgânica da Saúde (Lei nº 8.080 de 1990) que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” (BRASIL, 1990, p. 1).

Lopes (2016) aborda que, o Brasil em 1990 ficou conhecido por um momento de muita tensão, a respeito da efetivação de políticas sociais. Tal tensão, que atravessou os governos de Collor (1990-1992), Itamar Franco (1992-1995) e Fernando Henrique Cardoso (1995-2003), se caracterizam por uma gestão sob orientação do neoliberalismo, no qual o Estado deixou de ser responsável por suas atribuições, dando margem para o crescimento de ações privadas e de ONGs .

De acordo com Berhring (2003), no mesmo momento iniciou-se a contra-reforma do Estado um conjunto de medidas neoliberais destinadas a eliminar e minar a conquista democrática. É uma transformação do país para adaptá-lo à Capital. Lopes (2016) também afirma que, diante dessa situação, ainda em meados da década de 1990,o projeto de reforma sanitária passou a ser questionado, e outro projeto com as seguintes propriedades estava sendo construído :as principais características da prestação de serviços a grupos vulneráveis por meio de programas de atenção básica a saúde, ampliando o âmbito da atenção à saúde, privatização e estimulo seguro privado. Em conformidade com Bravo (2009), nesse contexto expressa-se a disputa entre os dois projetos: Projeto da Reforma Sanitária e Projeto Privatista.

Segundo Lopes (2016), no contexto dessa intensificação do neoliberalismo e da contra reforma do estado sob a liderança do governo Fernando Collor, o SUS (Sistema único de Saúde) foi regulamentado em 1990. Embora o SUS tenha enfrentado grandes desafios no período de sua fundação, foi nesse período que os reformadores puderam contribuir para formulação e fiscalização efetiva da Lei Orgânica da Saúde.

Essa concepção ampliada de Saúde do SUS e a manifestação de lutas da Reforma Sanitária, que foi expressa em síntese por Sérgio Arouca na 8ª Conferência Nacional de Saúde:

Saúde não é simplesmente não estar doente, é mais: é um bem estar social, é o direito ao trabalho, a um salário condigno; é o direito a ter água, à vestimenta, à educação, e até, a informação sobre como se pode dominar o mundo e transformá-lo. É ter direito a um meio ambiente que não seja agressivo, mas que, pelo contrário, permita a existência de uma vida digna e decente; a um sistema, político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e de autodeterminação de um povo. É não estar todo tempo submetido ao medo da violência, tanto daquela violência resultante da miséria, que é o roubo, o ataque, como a violência de um governo contra o seu próprio povo, para que sejam mantidos os interesses que não sejam os do povo. (AROUCA, 1987, p. 36).

Percebe-se na fala do autor, que a concepção ampliada de saúde, inclui pensar as condições socioeconômicas, políticas e culturais dos usuários do SUS.

Segundo Lopes (2016), Fernando Henrique Cardoso (FHC) assumiu o governo em 1995, fortalecendo o modelo neoliberal associado ao Estado mínimo. Na gestão de FHC, o país adotou uma política macroeconômica de excessivo “monetarista”, o que gerou grande vulnerabilidade social nessa política. Como resultado, a crise de financiamento do SUS se agravou aumentando a dificuldade de funcionamento do SUS.

Após a implantação do SUS, houve alguns desafios para a efetivação. Behring, Boschetti (2008, p. 145), explicam que as condições políticas e econômicas neste momento da história “implicaram um giro conservador para o neoliberalismo e dificultaram em muito a implementação real dos princípios orientadores democráticos das políticas e direitos sociais."

O SUS logo se tornou alvo de cancelamento de financiamento, sucateamento e recentralização. Para Krüger (2014, p. 219)

A partir da regulamentação do SUS (Lei 8.080 e 8.142/1990) a conjuntura instalada propiciou o refluxo nas principais entidades que constituíram o Movimento Sanitário nas décadas anteriores. Esse refluxo tem relação direta com as novas determinações da conjuntura internacional e nacional, a ênfase ideológica do neoliberalismo e as ações sofridas pelos representantes do Estado que não pouparam esforços para desqualificar e neutralizar qualquer movimento contestatório. A implementação do SUS nesta década foi objeto de desfinanciamento, sucateamento e Recentralização.

Segundo Lopes (2016), foi nos debates sobre saúde, do final dos anos de 1990 e início dos anos de 2000 que o tema humanização foi lembrado, e surge para responder a inúmeras reclamações, a respeito de serviços inadequados e insuficientes.

De acordo com Benevides e Passos (2005), em 2000, o Ministério da Saúde propôs um projeto piloto para padronizar ainda mais o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). No mesmo ano, o tema também foi incluído na pauta da XI Assembléia Nacional de Saúde, intitulado “Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde como controle social”, a partir desse encontro, o tema da humanização na saúde, ganhou legitimidade.

No documento oficial do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), surgi do diagnóstico de insatisfação do usuário, que diz respeito ao relacionamento com os profissionais de saúde.

Na avaliação do público, a forma do atendimento, a capacidade demonstrada pelos profissionais de saúde para compreender suas demandas e suas expectativas são fatores que chegam a ser mais valorizados que a falta de médicos, a falta de espaço nos hospitais, a falta de medicamentos. (BRASIL, 2001, s.p).

Conforme Lopes (2016), a partir da avaliação dos usuários, o PNHAH propõe um discurso dos fatores subjetivos, tornando a humanização um meio para transformar e fortalecer essas relações. No entanto, os aspectos básicos da base material da qualidade médica, passaram a ser considerado, secundário ou não mencionado, como falta de profissionais, medicamento, infra-estrutura entre outros. Os usuários ainda perceberam a falta de acesso e a má qualidade dos serviços prestados antes mesmo de determinarem que careciam do alicerce essencial do sistema, e foi nessas áreas que estratégias humanizadas foram construídas nos anos seguintes.

A Política Nacional de Humanização (PNH) foi criada desde 2003, ela tem como objetivo executar os princípios que regem o SUS, além de ter o compromisso de valorizar o cuidado aos pacientes, trabalhadores e gestores das unidades de saúde, oportunizando autonomia objetivando uma mudança significativa na vida de todos.

A Política Nacional de Humanização (PNH) existe desde 2003 para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários. A humanização é a valorização dos usuários, trabalhadores e gestores no processo de produção de saúde. Valorizar os sujeitos é oportunizar uma maior autonomia, a ampliação da sua capacidade de transformar a realidade em que vivem, através da responsabilidade compartilhada, da criação de vínculos solidários, da participação coletiva nos processos de gestão e de produção de saúde. (BRASIL, 2003, s/p)

Assim, é evidente que a PNH tem o papel de produzir mudanças, que irá contribuir no modo de coordenar e tratar os usuários dos serviços do SUS, promovendo sempre a comunicação entre trabalhadores, gestores e usuários.

**2.3 Problematizando o conceito e a Política Nacional de Humanização**

A PNH também foi conhecida como humaniza SUS, ou seja, trata a humanização como uma política que permite a participação de todas as instâncias do SUS, inclusive da atenção básica. Dessa forma, a PNH é compreendida como:

(...) a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam esta política são autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2012, p.8-9)

Nessa perspectiva, a PNH veio para promover mudanças no modelo de atenção aos usuários do SUS nas instituições da política, gestão do trabalho, financiamento, atenção, educação permanente, informação e comunicação e gestão.

É pertinente destacar entre esses, o eixo da atenção, na proposta de “uma política incentivadora do protagonismo dos sujeitos e da ampliação da atenção integral da saúde, promovendo a intersetorialidade” (BRASIL, 2004, p.19).

A princípio, a PNH afirmou seu compromisso com esse posicionamento, o que implicou nas mudanças de atitudes de usuários, gestores e profissionais de saúde para torná-los coletivamente responsáveis pelas ações decorrentes e pela qualidade de serviços.

Em conformidade com Heckert, Passos e Barros (2009), gerenciar um serviço, no rumo definido pela PNH, acarreta em considerar que se estabelece gestão de processos mais do que de coisas, e se acompanha os movimentos institucionalização da organização. Assim sendo, a PNH busca estimular os participantes no estabelecimento do fluxo de trabalho a exercerem suas próprias condições de protagonistas da análise e intervenção compartilhada no espaço de trabalho.

Com base nessas considerações, a PNH confirmou que seus princípios e diretrizes são para a efetividade do SUS. Isso afirma a saúde como um direito de todos e uma obrigação do Estado para sua concretização, um valor universal e descentralizado com um sentido integral. Nesse sentido, Conceição (2009, p. 202), expõe que a PNH busca:

considerar as necessidades sociais subjetivas, a partir da constituição de novos sentidos para a produção de saúde e de seus sujeitos. Assim, se comparada ao Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, vê-se que a PNH dá um salto qualitativo ao considerar a situação na qual estão inseridos os trabalhadores, gestores e usuários, e ao sinalizar para a mudança no modelo de atenção e gestão na saúde, a fim de avançar em direção à qualificação do SUS.

Conforme Moraes (2016), a Política Nacional de Humanização tem uma logística articulada com a Secretária de Atenção à Saúde (SAS), e conta com o núcleo técnico e consultores que atuam junto com as demais secretarias e órgãos do Ministério da Saúde para apoiar as atividades cooperativas da secretaria de saúde para o desenvolvimento da atenção ao SUS no estado, município e instituições de saúde e modelo de gestão de projetos e inovações.

Vale ressaltar que em 2004, foram abordados pelo Ministério da Saúde os princípios norteadores da Política Nacional de Humanização, é um princípio da PNH muito importante para a concretização da prática voltada para a atenção e gestão em saúde, envolve a avaliação subjetiva de valores, a integração de responsabilidades conjuntas e o incentivo aos processos grupais. O que, de acordo com Moraes (2016), é preciso haver um diálogo amplo entre todos os temas relacionados à mudança, promovendo a gestão participativa de espaços saudáveis. Tendo em vista que as mudanças preconizadas pela PNH não podem ser consideradas alheias às mudanças sociais e culturais, mudanças nos processos de formação e gestão e é a concretização desses princípios, o principal desafio da política.

Moraes (2016), ainda ressalta que é necessário incentivar a participação dos trabalhadores na construção de um projeto que busque estimular a duplicação dos diversos movimentos, fortalecer a rede, analisar a obsolescência e instabilidade do processo de trabalho em saúde, o atual quadro de financiamento da saúde pública. Os processos de trabalho também devem buscar formas de superação e mudanças de práticas, tradicionalmente vinculando-as ao autoritarismo, as hierarquias e às regras impostas, intenções essas que se pretendem padronizar o mais precocemente possível.

A humanização das práticas de cuidado e gestão do SUS é uma das fronteiras que aposta no fortalecimento e na consolidação da democratização das práticas de produção de higiene. Nessa perspectiva, é necessário fortalecer o senso comum de mudança das práticas de produção de saúde, fazer menção clara aos direitos dos usuários e trabalhadores da saúde, valorizar a criatividade do ser humano e avaliar sua autonomia de forma coletiva, processos de cautela e gestão.

Portanto, para a construção de uma Política de Qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS), a Humanização deve ser vista como uma das dimensões fundamentais, não podendo ser entendida como apenas um “programa” a mais a ser aplicado aos diversos serviços de saúde, mas como uma política que opere transversalmente em toda a rede SUS (BRASIL, 2004, p.1)

Segundo Moraes (2016), estratégia geral de implantação do Humaniza SUS ocorre na convergência entre as três áreas do governo, o que significa o processo de comunicação, intervenção, fortalecimento do SUS e os contatos necessários para o enfretamento dessas situações.

Conforme Moraes (2016), a humanização também existe na “Convenção de Saúde”, no contrato do SUS e no trabalho de integração com o Ministério da Saúde. O acordo estabelece que, como responsabilidade de gestão, a PNH tem como premissas básicas: promover a humanização no atendimento e nas relações de trabalho.

De acordo com Lopes (2016), uma política voltada para a realização da humanização por meio dos princípios da transversalidade, indissociabilidade e protagonismo não pode ser compreendida se não for para a proteção dos direitos, ou seja, os direitos já garantidos pela Constituição Federal de 1988. No campo da garantia dos direitos da Política Pública de Saúde, é comum falar do SUS, sobre seus objetivos, princípios e diretrizes e as diretrizes traçadas na lei do Saneamento Orgânico (Lei 8.080/1990).

Para Lopes (2016), a saúde é um direito de todos e uma obrigação do Estado, que deve ser assegurada por meio de políticas sociais e econômicas que visem reduzir os riscos de doenças e outras enfermidades e obter acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e reabilitação.

Dentre os princípios e diretrizes da Lei 8.080, de 19 de Setembro de 1990 no Art.7, Destacam-se:

I - universalidade de acesso aos serviços; II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; III - preservação da autonomia; IV - igualdade da assistência à saúde; V - direito à informação; VI - divulgação de informações; VII - utilização da epidemiologia; VIII - participação da comunidade; IX - descentralização político-administrativa; X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos; XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos. (BRASIL,1990).

Conforme Lopes (1916), identificar e divulgar fatores condicionantes e determinantes da saúde; formula políticas de saúde que visem à promoção da saúde das pessoas por meio de ações de promoção, proteção e reabilitação da saúde nos âmbitos econômico e social, e prestar assistência a população por meio da implementação integral das ações assistenciais à população por meio da implementação integral das ações de atividades de prevenção no SUS alvo principal.

O campo de atuação do SUS também inclui a implantação de medidas de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e saúde do trabalhador.

Lopes (2016, p.32) explica que nos campos de atuação do SUS, ressalta-se a vigilância sanitária, epidemiológica e a saúde do trabalhador que se entende:

§ 1 Por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo: I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde. § 2º Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos. § 3º Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho

Outra base do SUS é a decisão social sobre saúde e doença, que consta no artigo 3 da Lei 8.080/1990, que estipula. O nível de saúde representa a organização social e econômica do país, sendo a saúde o fator e condição determinante. Inclui alimentação, moradia, higiene básica, meio ambiente, trabalho, renda, educação, atividades esportivas entre outras. Conforme o disposto no artigo anterior, a saúde também visa a garantia de pessoas e comunidades, comportamentos de saúde física e mental.

Segundo Lopes (2016), ao comparar os conhecimentos básicos da PNH com os conhecimentos básicos do SUS (mais especificamente os princípios dos dois), constata-se que a prática humanizada na área da saúde parece ser derivada dos conhecimentos básicos do SUS, que podem servir para a implantação dos serviços de saúde, e traga grandes mudanças. Quando implementados na falta de ação sistemática e institucional, não ocuparão posição central no modelo de processo de trabalho; gestão; planos de trabalho, ocupação e salário único do SUS; planejamento; modelos assistenciais; financiamento da saúde e doença e determinação social.

Em conformidade com Nogueira, Martins e Bógus (2004), a promoção da saúde e a humanização são processos longos e dinâmicos associados a cada situação, independentemente de mudanças pessoais, sociais ou institucionais, a resistência é natural, pois entre os povos antigos e famosos, as pessoas se sentem seguras. Leva tempo para superar as dificuldades, então o sujeito pode ver a realidade de diferentes ângulos.

Para tanto, é necessário um processo continuo de reflexão que permita ao sujeito perceber seu próprio comportamento e seus incentivos: autoritarismo, individualismo, violência e diferença, ou convivência moral, unidade e fortalecimento. Temas que estabelecem relações positivas a fim de integrá-los culturalmente em novas respostas humanas.

De acordo com Lopes (2016), o conhecimento da PNH por si só não é o suficiente para gerar mudanças. Isso significa que todos os sujeitos envolvidos no processo de saúde devem rever valores, conceitos e atitudes. Porém, O autor citado acima (2016, p.36) fala que ao apreender os conceitos por meio da leitura dos documentos oficiais da PNH a concepção que se tem é que:

Apesar de todas as demais questões estruturais, podemos construir um “SUS que queremos”, mesmo sem financiamento adequado, sem condições de infraestrutura, materiais de trabalho (mesmo que estas últimas questões são mencionadas nos documentos da PNH), sem reconhecer as determinações sociais da saúde e doença que existem na sociedade brasileira, e também sem que haja condições efetivas de participação do usuário ou do trabalhador nas decisões.

Claro, assim como o processo de trabalho é descentralizado, também há participação social nos documentos oficiais da PNH, mas a estratégia para atingir esse objetivo é por meio da escuta qualificada, da ouvidoria e do desconhecimento do papel deliberativo dos Conselhos de saúde e Conferências nas 3 esferas do governo.

Na PNH, foram desenvolvidos vários dispositivos que são acionados nas práticas de produção de saúde, envolvendo coletivos e visando promover mudanças nos modelos de atenção e de gestão: - Sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde: gerência de “porta aberta”; ouvidorias; grupos focais e pesquisas de satisfação, etc (BRASIL, 2012)

Nesse sentido, o discurso que encontra seu lugar é uma mistificação subjetiva, o que ele esconde não e apenas a personalização das reclamações e dos encaminhamentos, mas não a identificação coletiva dos problemas encontrados no dia a dia, e sua visão já é um direito.

De acordo com Lopes (2016), os princípios da PNH estão relacionados à “avaliação dos aspectos subjetivos, integração das responsabilidades compartilhadas e incentivo aos processos grupais” e são considerados um aspecto importante para a concretização de uma pratica voltada para a atenção e gestão em saúde. Como forma de alcançar tais princípios, que estão descritos nas diretrizes da política, a ampliação do diálogo entre todos os sujeitos implicados nessa mudança, promovendo assim a gestão participativa, é uma das estratégias.

Esse diálogo pode ser construído em grupos de trabalho de humanização (GTHs). Outra questão, nesse processo de humanização diz respeito aos trabalhadores, estes são considerados pela PNH como os principais responsáveis pelo êxito da política, são colocados apenas a responsabilidade no profissional e por vezes no paciente. Por um lado, isto é importante ao situá-los como sujeitos de direitos.

Nesse sentido, Souza; Moreira (2008, p. 333), corrobora, ao explicar que:

É necessário interrogar se os trabalhadores de saúde estão em condições de garantir um atendimento, um cuidado orientado pela perspectiva política crítica da humanização. Tal preocupação se concretiza no fato de que, quase sempre, tais trabalhadores se encontram inseridos em processos de trabalho muito precários em decorrência de baixos salários, realização de dupla e, até mesmo, tripla jornada, sobrecarga de trabalho devido ao déficit ou insuficiência de pessoal e de recursos materiais em qualidade e quantidade, alta carga de estresse, em função da tensão provocada, seja pelas chefias superiores como pelos próprios usuários, sobre quem está na ponta do sistema.

Presume-se que este seja apenas um dos desafios a serem, enfrentados, afinal, as precárias condições de trabalho e a falta de participação dos usuários e trabalhadores não são apenas elementos que se alteram pela “construção de diferentes espaços de encontro entre sujeitos”, ou por meio da “troca e construção de saberes”, tampouco pela “construção de redes solidárias e interativas participativas e protagonistas do SUS” (BRASIL, 2012, p. 16).

Segundo Lopes, (2016), os princípios básicos do SUS apontam para projetos de saúde pública e coletiva na sociedade brasileira, o que significa grandes mudanças na forma de gestão, voltada para benefícios clínicos, curativos, da indústria médica hospitalar, entre outros, para que os serviços sejam da nacionalidade certa. Contudo, deve-se ressaltar que a PNH é uma expressão da flexibilidade e de uma visão transformacional, que considera a possibilidade da flexibilidade, defendendo por vezes o ponto de vista da reforma sanitária e da visão privatista.

A política que está sendo considerada e formulada é mais caracterizada por mudanças das atitudes profissionais do que por debates aprofundados sobre os modelos de atenção e gestão e as condições de saúde.

Dessa forma, para Lopes (2016, p.38),

não podemos deixar de pensar que a PNH alcançou alguns resultados positivos, mas deixamos aqui algumas questões que precisam ser refletidas: “A PNH tem uma história e atingiu a meta? Reduz filas e tempo de espera? todos os usuários do SUS sabem quem são os profissionais que cuidam de sua saúde?”

Em suma, com base nos autores trabalhados até aqui, pode se dizer que se princípios, diretrizes, conceitos ampliados de saúde e o direito à saúde, fossem considerados como um direito de todas as pessoas e responsabilidade do Estado, a PNH não teria sentido ou existência, pois todos os seus objetivos, diretrizes e princípios seriam implementados na legislação.

1. **ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO**

Esta seção constitui de uma abordagem a respeito do fazer profissional do Serviço social no campo da saúde em especial a área hospitalar, com ênfase na discussão a respeito da Política Nacional de Humanização e o Serviço social e a relação da profissão com os fundamentos do Sistema Único de Saúde (SUS) e o projeto ético político da profissão. No sentido de atingir os objetivos propostos da pesquisa, além da revisão de literatura sobre o Serviço social na Política Nacional de Humanização, foi aplicado questionário com perguntas abertas com Assistentes Sociais do Hospital e Maternidade Dona Íris uma pesquisa empírica para identificar sua relação com a Política Nacional de Humanização, que serão apresentados a seguir.

* 1. **O Serviço social no campo da assistência hospitalar**

Em conformidade com Martinelli (2011), o Serviço social é uma profissão com uma identidade histórica. Tem como fundamento a própria realidade social, e seus instrumentos de trabalho são as expressões da questão social, o que confirma uma forma especial de incorporação na divisão social e técnica do trabalho. Como profissão possui característica interventiva, que opera nas dinâmicas que constituem a vida social.

Martinelli (2011, p.11), ainda ressalta, que o “exercício profissional, explicita a dimensão política da profissão e o reconhecimento da condição de sujeitos de direitos daqueles com os quais atua, tendo por fim último a sua emancipação social”.

De acordo com Lopes (2016), desde o surgimento da profissão o Serviço social tem uma relação com a saúde, no Brasil nos anos de 1930 a 1945, foi marcado pelo surgimento da profissão em um contexto de influência européia, a saúde era um dos componentes da formação profissional, contudo, não se concentrava a maioria dos profissionais nessa área. Pois, nessa conjuntura, as principais atividades do serviço social eram voltadas para a caridade e assistencialismo e sua ocupação era cuidar dos doentes e dos pobres, por isso era considerado um trabalho curativo.

A autora ainda explana que até 1960, não havia grandes controvérsias internas no serviço social, porém, a partir desta década, alguns profissionais passaram a questionar posturas conservadoras, principalmente a demanda pela superação do subdesenvolvimento latino-americano, determinando assim, o princípio do processo de reconceituação. Com o Movimento de Reconceituação, essa situação começou a reverter, os assistentes sociais passaram a lutar pela ruptura do serviço social tradicional, e a pensar criticamente sobre a prática profissional, buscando, assim, novos aspectos para os problemas sociais e econômicos, oportunizando o processo de reformulação crítica do serviço social.

Contudo, demostra-se que esse processo de crítica em grande parcela foi suprimido pelo golpe de 1964 no Brasil, e a tática utilizada foi a efetivação do projeto de modernização conservadora. De acordo com Netto (1996), o momento de renovação profissional na esfera da ditadura, se aprimorou em três direções: a perspectiva modernizadora[[5]](#footnote-5), a reatualização do conservadorismo e a intenção de ruptura.

Segundo Bravo (1996), transformações significativas nas discussões do serviço social na esfera da saúde sinalizadas no final de 1970 em diante, desde o movimento da reforma sanitária e da construção do projeto ético político do Serviço social, marcada pela perspectiva crítica-dialética.

Vasconcelos (2011, p.76) explica que:

No final da década de 70, ganha destaque, na relação Estado – Sociedade, o movimento pela democratização de saúde, que, envolvendo intelectuais, profissionais de saúde, movimentos sociais e estudantes criou condições para a construção do projeto da Reforma Sanitária brasileira. Este movimento teve como princípio uma crítica à concepção de saúde restrita à dimensão biológica e individual, bem como a afirmação da relação entre a organização social, organização

dos serviços de saúde e prática médica, tendo como fundamento a determinação social da doença para se pensar o processo de trabalho em saúde.

Em conformidade com Lopes (2016), assim como no movimento da reforma sanitária, no serviço social reconhece-se avanços no aspecto legal, institucional, acadêmico e político, contudo, essas inegáveis progressões não foram tão claros no grupo de profissionais que exerciam suas atividades na saúde, os demais profissões envolvidos na área e o serviço social não se envolveu nas lutas da reforma sanitária. A profissão só se posiciona em meios as lutas por direitos a partir de quando esses passam a ser garantidos por lei, pós a Constituição Federal promulgada em 1988.

Segundo Barbosa (2018), a atuação dos assistentes sociais como profissionais de saúde, de acordo com a resolução de nº 218 de 06 de março de 1997[[6]](#footnote-6) do Conselho Nacional de saúde e a resolução CFESS N.º 383/99 de 29/03/1999[[7]](#footnote-7) se depara com a necessidade de gerar em suas práticas profissionais, modelos interventivos que vão de encontro às circunstancias mais impactantes na política de saúde.

Martinelli (2011, p.499-500) explica que a Carta do Direito dos usuários da saúde [[8]](#footnote-8) recomenda que:

Todo cidadão tem o direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde, visando um atendimento mais justo e eficaz; que ao cidadão é assegurado o tratamento adequado e efetivo para seu problema, visando a melhoria da qualidade dos serviços prestados; que ao cidadão é assegurado atendimento acolhedor e livre de discriminação, visando a igualdade de tratamento e uma relação mais pessoal e saudável; que ao cidadão é assegurado um atendimento que respeite os valores e direitos do paciente, visando preservar sua cidadania durante o tratamento.

Para o exercício profissional na área da saúde o serviço social, possui o suporte e fundamentação, regulamentada pela Lei número 8.662/93[[9]](#footnote-9) e pelo Código de Ética da profissão que traz como princípios fundamentais:

a)reconhecimento da liberdade como valor ético central das demandas políticas a ela inerentes: autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais; b) defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo; c) ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda a sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis, políticos e sociais das classes trabalhadoras;d) defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida; e) posicionamento em favor da equidade e justiça social, de modo a assegurar a universalidade de acesso a bens de serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como a sua gestão democrática; f) empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças; g) garantia do pluralismo, por meio do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e do compromisso com o constante aprimoramento intelectual; h) opção por um projeto político profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação – exploração de classes, etnia e gênero;i) articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios desse código e com a luta geral dos trabalhadores; j) compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual na perspectiva de competência profissional; k) exercício do Serviço social sem ser discriminado, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, opção sexual, idade e condição física. (BRASIL, 1993)

Os parâmetros fixados para a atuação dos assistentes sociais na saúde, salientam ações que são de forma estruturada e não podem ser assimiladas separadamente, pois tem uma percepção de totalidade, sendo: atendimento direto ao usuário, ações socioassistenciais, ações de articulação com a equipe de saúde, ações socioeducativas, mobilização, participação e controle social, investigação, planejamento, gestão, assessoria, qualificação e formação profissional.

Deste modo, Silva (2013, p.92) aborda sobre a atuação profissional no campo da saúde;

Entendemos, portanto, que uma atuação voltada a intervir sobre os determinantes sociais de saúde requer do assistente social um olhar abrangente para a dinâmica dos determinantes individuais e macro determinantes no processo saúde doença no atual contexto do mundo capitalista, ou seja, a discussão sobre os determinantes sociais de saúde deve levar em conta as transformações do mundo contemporâneo e que incidiram em todas as dimensões da

vida.

Portanto, conforme a autora citada acima, uma ação voltada para intervir nos determinantes sociais da saúde requer do assistente social uma compreensão plena das dinâmicas individuais e macro no ambiente atual do mundo capitalista, ou seja, as discussões sobre os determinantes. O sistema social que engloba a saúde deve levar em consideração as mudanças no mundo contemporâneo que afetam todos os aspectos.

Guedes e Castro (2009, P. 24) explicam que quando se refere aos cuidados hospitalares:

deve ocorrer uma combinação entre as tecnologias necessárias e a humanização, sendo o usuário abordado em suas necessidades singulares e em sua realidade. Esta atuação deve resultar na melhora e no prolongamento da vida, a partir da criação de um ambiente de conforto e segurança para a pessoa hospitalizada.

De acordo com Martinelli (2011), as atividades profissionais dos assistentes sociais, mesmo que aparente ser simples, tem dimensões de aspectos éticos na tentativa de emancipação humana e tem sua vocação já focalizada para a humanização da prática profissional.

A atuação das assistentes sociais no contexto de Maternidade não é diferente, já que, a Maternidade Dona Íris é uma unidade de saúde voltada para o atendimento especializado na atenção humanizada em ginecologia, obstetrícia e neonatologia, que tem por objetivos o desenvolvimento de assistência à saúde, em caráter ambulatorial ou de internação hospitalar, na qual disponibiliza atendimento exclusivamente aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse ambiente de trabalho, o Serviço social é composto por 6 profissionais do sexo feminino, na qual, algumas se dispuseram a responder o questionário desenvolvido pela pesquisadora desse trabalho monográfico. Para tanto, como parte da metodologia do trabalho e para melhor discutir o tema, foi realizada uma pesquisa de campo através de um questionário com perguntas abertas com algumas assistentes sociais que trabalham na Maternidade, que no caso foram duas. Pôr as profissionais estarem com muitas demandas de trabalho, não foi possível a entrega de um questionário a tempo, para última correção desse trabalho. Sendo a pesquisa de caráter qualitativo.

Por se tratar de um momento na qual vivemos em uma conjuntura de pandemia, foi elaborado um questionário com perguntas abertas, que foi enviado as profissionais por e-mail, junto com termo de consentimento livre esclarecido.  A entrevista só ocorreu com o consentimento das profissionais que responderam voluntariamente o questionário. Foi mantido em sigilo o nome e informações específicas das profissionais para evitar qualquer tipo de identificação.

Quando questionadas sobre o que é, a PNH e quais são os instrumentos técnicos utilizados pelos profissionais do serviço social na Maternidade para a efetivação do trabalho com a Política Nacional de Humanização? as profissionais ressaltaram que: “A Política Nacional de Humanização existe desde 2003, e veio para valorizar os usuários, gestores e trabalhadores no processo de trabalho dentro do SUS. Veio para modificar o modo de gerir, para promover a comunicação e trocas de saberes”. (AS-1).” Utilizamos parecer social, estudo social de casos, relatórios sociais”.

A outra entrevistada apresenta sua compreensão de humanização partindo do entendimento que está muito ligada a questão “da horizontalização das relações de trabalho; a inclusão dos usuários dos serviços, dos profissionais da área na tomada de decisões e criação dos projetos; acolher as demandas dos usuários, traz pra fazer os encaminhamentos corretos”.(AS.2).E que os instrumentais técnicos operativos utilizados por ela na unidade de saúde são “Acolhimento social,Entrevista,Atendimento a grupos-Trabalho em grupo,Parecer,Relatorio e Estudo Social”. (AS.2).

Outro questionamento levantado foi, como é efetivada a Política Nacional de Humanização pelos profissionais de Serviço social na Maternidade Dona Iris? A primeira assistente social afirma que: “Na Maternidade todo atendimento é realizado com foco no usuário do SUS, respeitando sua crença, costume cultura. Sempre atendidos pela equipe multiprofissional”. (AS.1).” A segunda destaca que, “Ela se efetiva por meio do acolhimento dos usuários, com escuta qualificada para levantar as demandas. Realização do encaminhamento adequado para suprir as necessidades dos usuários. Participação de profissional junto a conselhos de saúde”. (AS.2).

Observa-se mediante as falas das profissionais que, o trabalho e centrado na coletividade pela equipe multiprofissional, além do bem estar dos usuários e seus familiares, no sentido de contribuir com suas demandas.

Alcântara e Vieira (2013) explana que é importante recordar que os assistentes sociais convocados, a participar ativamente na execução das atividades de humanização no âmbito hospitalar em conjunto com outras profissões, trabalhando a multidisplinariedade.

Em sua análise Barbosa (2018) afirma que, a prática do assistente social na assistência hospitalar se manifesta como algo importante para a humanização, e que a reciprocidade e a multidisciplinariedade constituem, a ideia central para execução de ações humanizadas na construção das relações sociais, valorizando o entendimento que o outro é um sujeito, e não apenas um objeto de intervenção profissional.

Nesse sentido, pode -se afirmar que a contribuição do serviço social ao projeto de humanização está relacionada a compreensão dos aspectos sociais, econômicos e culturais, que podem interferir no processo saúde doença, e na perspectiva da defesa dos direitos dos usuários, superando os limites e os desafios do cotidiano profissional. Portanto, acreditamos que as ações dos assistentes sociais em uma equipe de profissionais de saúde em ambientes hospitalares podem beneficiar atitudes voltadas ao usuário com suas demandas, considerando a intervenção de caráter humanista, de sua formação profissional. Nessa perspectiva, na próxima seção continuaremos exibindo a Política Nacional de Humanização no Serviço social, no contexto hospitalar.

**3.2 A Política Nacional de Humanização no Serviço social do Hospital e Maternidade Dona Íris**

Em relação a PNH e o SUS, as assistentes sociais do Hospital e Maternidade Dona Íris respondem seguinte indagação: Qual a ligação da PNH com o Sistema Único de Saúde? “A PNH veio para efetivar os princípios do SUS, atendimento acolhedor, diminuir o tempo de espera em filas, ampliação do acesso a saúde, atendimento baseado na classificação de risco.” (AS. 1) Já a( AS.2) respondeu que: a “Participação dos usuários na construção da política de saúde. Resolutividade dos problemas de saúde, humanização do atendimento”.

Segundo Moraes (2016), a inserção do serviço social no SUS envolve não apenas atividades relacionadas ao planejamento e assistência, mas também inclui coleta de informações sobre exames, orientações previdenciárias e sobre os direitos assistenciais, além de procedimentos de fiscalização no sentido de garantir, que os usuários dos serviços e familiares, alcance seus direitos.

Ainda segundo a autora, com o objetivo de reconstruir as práticas de saúde com maior integralidade, eficácia e alcance dos usuários, o tema humanização vem sendo propagado e discutido no campo da saúde e, principalmente, no ambiente hospitalar. Portanto, é imprescindível um acolhimento profissional de qualidade para a compreensão do sofrimento causado pelo processo de saúde-doença, visto que, os fatores condicionantes para que a democratização e a qualidade nos serviços fornecidos pelo SUS sejam realizadas está a proteção e respaldo aos usuários e sua família.

Nesse sentido, Barbosa (2018, p. 41), fala que:

O trabalho dos assistentes sociais em âmbito hospitalar coloca o profissional frente a uma realidade que exige reflexão a respeito da humanização do atendimento conforme as desigualdades sociais que se apresentam, é preciso ter um compromisso ético político e trazer para o espaço institucional o conhecimento dos direitos, que a população usuária muitas vezes desconhece.

Vasconcelos e Peixoto (2018) também abordam que, o acolhimento direto aos usuários, que já se encontram vulneráveis dentro de um hospital, exige dos profissionais do Serviço social um atendimento mais humanizado, e dispomos da escuta qualificada um dos instrumentais técnicos fundamentais para entender a situação de cada pessoa, conseguindo assim intervir de modo a contribuir por meio de orientações, apoio ou encaminhamentos que se fizerem necessários.

Vasconcelos e Peixoto (2018, p.41) ainda enfatizam que:

Lidar com pessoas, com sua dimensão social subjetiva e não somente biológica; esse é um desafio para a saúde em geral, inclusive para a clínica realizada em hospitais. Para que o diagnostico consiga avaliar a vulnerabilidade, a equipe deverá colher dados e analisar o problema de saúde encarnado em um sujeito em um contexto específico; para este fim, além de utilizar a semiologia tradicional, será necessário agregar elementos da história de vida de cada pessoa, identificando fatores de risco e de proteção.

Chupel e Mioto (2010, p.50), expõem que a definição do termo acolhimento não tem um elemento específico para o Serviço social, mas sim um conjunto que entrelaçam, sendo esses: “a escuta do usuário, o fornecimento de informações e o conhecimento da demanda, seguido de postura profissional, comportamento cordial, e classificação de risco”. Ainda, na mesma compreensão, as autoras abordam que na Política Nacional de Humanização o acolhimento “pode ser considerado como uma atitude de receber, integrar, incluir. As atividades que envolvem as pessoas perpassam por atitudes de acolher ou não. Isto vai depender da intenção entre acolhedor e acolhido” (p.46).

Morais (2016), em sua compreensão a respeito das ações por meio dos atendimentos em humanização salienta que ainda é preciso impulsionar com iniciativas mais infalíveis o atendimento, no sentido de garantir a ampliação do acesso com equidade, propiciando aos usuários do serviço de saúde, procedimentos mais adequados no que diz respeito as ações desenvolvidas no atendimento.

De acordo com Alcantara e Vieira (2013, p.339):

Um dos maiores desafios postos ao assistente social é o desenvolvimento de sua capacidade em decifrar a realidade e construir propostas voltadas à efetivação de direitos. É por meio da compreensão da realidade social na qual a profissão está inserida que é possível compreender o “como” e o “em quê” consiste a atuação do assistente social. Desse modo, entende-se que a questão social, objeto da atuação profissional, é a base de fundação do Serviço social na sociedade capitalista, estando ela vinculada a questões estruturais e conjunturais, bem como às formas históricas de seu enfrentamento, que envolvem a ação do capital, do Estado e dos trabalhadores.

Posto isso, partindo de uma visão geral de saúde na qual enxerga o usuário em todos os aspectos, priorizando o respeito em meio a enfermidade acometida pelo mesmo e suas fragilidades emocionais. É necessário, que o atendimento direcionado ao cidadão detentor de direitos no que diz respeito as ações desenvolvidas pelo acolhimento humanizado, sejam repensadas.

Segundo Morais (2016), para o Serviço social a humanização não é estranha ao projeto profissional. Pelo contrário, acredita-se que a competência teórico-crítica dos profissionais proporciona a reflexão sobre o contexto histórico e a conjuntura das transformações do mundo contemporâneo que desencadeia impactos na vida social refletindo na economia, saúde, família, deveres e direitos de cidadania dos indivíduos.

O assistente social que atua em ambiente hospitalar deve contribuir para o estabelecimento de relações fortes e humanas que busquem perceber o outro e sua realidade em meio as necessidades individuais e coletivas dos usuários.

Alcantara e Vieira (2013, P. 340), explicam que:

As situações cotidianas e as demandas trazidas ao conhecimento do assistente social pelos usuários dos serviços de saúde têm relação direta com os seguintes aspectos: (1) os enfrentamentos com a equipe de saúde, que necessitam de abordagem na intervenção cotidiana; (2) a natureza do trabalho em saúde, que exige do profissional sucessivas aproximações para o alcance da demanda reprimida pelo usuário e que pode vir a repercutir no curso do tratamento; (3) a necessária articulação com a rede e com profissionais de outras instituições, o que exige uma qualificação profissional permanente; (4) o compromisso com o usuário, que se reflete na qualidade da orientação prestada; (5) as exigências institucionais, que repercutem tanto nas relações entre os profissionais, como também nas estabelecidas com os usuários dos serviços.

Segundo Moraes (2016), pode-se observar que o assistente social ao expor as manifestações concretas do fazer em Serviço social, em uma determinada realidade, do mesmo modo reporta-se a formação de si própria, enquanto ser humano, ser social que transforma e é transformado.

De acordo com a autora (2016), quando o profissional reconhece os determinantes sociais que afetarão a vida e a saúde dos usuários, tem como premissa formular estratégias para atender as demandas, e essas medidas são integrais. Desta forma, seu envolvimento em equipes interdisciplinares[[10]](#footnote-10) não é incomum, pois os auxilia na convocação de uma assistência humanizada.

Moraes (2016, 73), ainda salienta que, a humanização se refere a um processo gerado pelo trabalho coletivo e interdisciplinar que presume uma construção ampliada, ao tratar as necessidades e desafios no sentido de aperfeiçoar as inúmeras frentes de intervenção: “na porta de entrada, na recepção, na sala de espera, no atendimento, além da sinalização e orientações básicas”.

É um desafio, a implementação do trabalho interdisciplinar uma vez que, seja necessário, o respeito aos outros profissionais da equipe, como também o reconhecimento que o trabalho de cada profissional depende do outro.

Silva (2019, p.49) afirma que:

Embora a interdisciplinaridade se apresente de forma utópica, como multidisciplinaridade, trata-se de um projeto estabelecido em lei e adotado como meta nos órgãos gestores da política de saúde. O desafio do trabalho articulado ocorre, pois, as profissões são constituídas por meio do conhecimento que é próprio de cada área do saber, por isso se deve se levar em consideração as divergências entre os profissionais que fazem parte da equipe multiprofissional.

A autora (2019) ainda ressalta que, assim isso é imprescindível que todos os integrantes da equipe participem do desenvolvimento do trabalho, mesmo que ainda o trabalho interdisciplinar seja um desafio. Por esse motivo, é fundamental que os profissionais encontrem-se estimulados e se encorajem com o comprometimento com a equipe, estando, mais sensíveis acerca do conhecimento que essa atividade em grupo pode lhes oportunizar de modo que cada profissional seja capaz de conhecer a função de uma nova profissão fortalecendo o processo de trabalho em conjunto com harmonia.

Tratando especificamente do Hospital e Maternidade Dona Íris em relação ao trabalho desenvolvido pela equipe multiprofissional as profissionais de Serviço social, perguntou se serviço social desenvolve seu trabalho sozinho ou em equipe? Se em equipe, quais as categorias profissionais que fazem parte dessa equipe?

A (AS.1) respondeu: “Trabalhamos com equipe multiprofissional que conta com psicólogos, médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, fonoaudiólogos, nutricionistas, fisioterapeutas”.

A (AS.2) explicou que: “O trabalho é desenvolvido nas duas categorias entre os pares (ente o serviço social), e entre equipe multiprofissional (com psicólogos, médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, fonoaudiólogos, nutricionistas, fisioterapeutas”.

Ainda em relação ao trabalho mediante equipe multiprofissional as profissionais responderam sobre como o trabalho é desenvolvido pela equipe multiprofissional na execução da Política Nacional de Humanização na Maternidade e qual o papel do assistente social nessa equipe?

Atendimento de qualidade respeitando o usuário nas suas diferenças culturais, religiosas, levando em conta a equidade e justiça social. Orientar o paciente, familiares e acompanhantes quanto aos seus direitos e deveres, discutir as condições sociais dos indivíduos e comunidades, trabalhando em conjunto com outros profissionais, fazer acompanhamento social do tratamento da saúde; estimular o usuário a participar do seu tratamento de saúde; discutir com os demais membros da equipe de saúde sobre a problemática do paciente, interpretando a situação social dele; mobilizar o usuário no exercício da cidadania; elaborar relatórios sociais e pareceres sobre matérias específicas do serviço social; participar de reuniões técnicas da equipe interdisciplinar; discutir com os familiares sobre a necessidade de apoio na recuperação e prevenção da saúde do paciente, e outros. (AS-1)

A (AS.2) disse que é “por meio de discussão de caso, tomadas de decisões, nesse caso e sempre a liderança que participa. Nesse sentido são pouquíssimas as participações do Serviço Social, nunca tive conhecimento da participação dos usuários”. Sobre qual o papel do assistente social nessa equipe, a (AS.2 ) respondeu que é de mediação entre os interesses dos usuários e a equipe, visando a efetivação dos direitos sociais.”

Observa-se que o trabalho do serviço social no contexto da Maternidade é mais multiprofissional do que interdisciplinar, o que acaba sendo um desafio efetivar um trabalho na perspectiva interdisciplinar, já que esse trabalho visa uma abordagem mais em comum, e a multidisciplinar acaba seguindo uma lógica mais de abordagem que não há necessidade das profissões estarem relacionadas e em sintonia.

Em relação a participação do serviço social nos grupos de Grupo de trabalho de Humanização (GTH), Barbosa (2018) aborda que é comum o Serviço social receber o convite pra participar da organização dos GTHs uma vez que a profissão possui uma habilidade para atuar e identificar e intervir em determinantes sociais, que tendem a impactar a qualidade de vida e saúde dos usuários, e pela natureza da atuação do assistente social na saúde, onde a relação direta com o grupo de usuários também inclui o acesso a informações sobre seus direitos, o que constitui um privilegio na construção do direito à saúde, também no campo da gestão,pois,devido à sua capacidade, o conhecimento profissional dos assistentes sociais vem esclarecendo cada vez mais as diferentes políticas públicas.

Segundo Martinelli (2011, p.3):

No caso do Serviço social, profissão intrinsecamente vinculada à história, e que tem por matéria-prima de trabalho as múltiplas expressões da questão social, o desenvolvimento da capacidade de realizar leituras críticas e políticas da realidade é um verdadeiro imperativo, pois é a partir dessa realidade que se instituem suas demandas e requisições.

Barbosa (2018) também explana que, os assistentes sociais tem a capacidade de identificar os determinantes sociais no ambiente de vida do usuário e podem colaborar fundamentalmente para entender o ambiente real dos processos de saúde e doença. A partir daí, como intervir de forma acolhedora e considerar algumas estratégias. Para enfrentar simultaneamente os reais problemas sociais que envolvem os usuários dos serviços de saúde.

A Política nacional de humanização, em conformidade com Moraes (2016), aborda que os componentes centrais de humanização da assistência na saúde são as oposições a todo tipo de violência inclusive a psicológica, apreendida como a negação do outro, em sua humanidade; a carência de ofertas de atendimento de qualidade; articulação dos desenvolvimentos; melhorias nas condições de trabalho dos profissionais e a expansão e democratização do processo de comunicação.

Neste sentido, Moraes (2016), ainda destaca que, para divulgar as ações propostas pela PNH e provocar mudanças, não se deve somente conhecer as intervenções. Isso significa, que todos que estão envolvidos no processo de saúde devem rever seus valores, conceitos e atitudes. Ao poder público, cabe melhorar as condições de vida e garantir a qualidade de saúde da comunidade. Acredita-se que a humanização requer, a necessidade de que cada pessoa assuma sua responsabilidade que lhe compete na promoção de sua saúde. Todavia, compreende-se que a cultura política de grande parte da população é habituada, às vezes, condicionada a aceitar tudo pronto, direcionou, “passivamente, receber a ação/intervenção dos profissionais que cuidam da sua saúde que, por sua vez, historicamente, sempre colocou como paciente, aquele que sofre “ (p.79).

Como mencionado por Nogueira-Martins e Bógus (2004), a promoção e a humanização da saúde são processos longos associados a cada circunstância. A objeção às mudanças sejam elas pessoais, sociais e institucionais, são, de certo modo, naturais uma vez que, no meio conhecido as pessoas se sentem seguras.

É necessário um tempo para que as adversidades sejam superadas, para que as pessoas possam enxergar a realidade de modo diferente. Para que isso ocorra é imprescindível um processo reflexivo continuo que viabilize aos sujeitos compreenderam suas ações. Partindo desse ponto de vista, por meio da PNH, faz-se necessário propiciar uma convivência ética e a assistência a consolidação dos sujeitos e a edificação de relações positivas, de modo que sejam incorporadas pelas pessoas, uma cultura nova.

**3.3 A Política Nacional de Humanização e a sua relação com os fundamentos do SUS e o Projeto Ético Político do Serviço social.**

De acordo com Lopes (2016), os fundamentos do SUS, derivados do Movimento da Reforma Sanitária são imprescindíveis para uma humanização concreta e efetiva dos serviços de saúde, porém é compreensível que a proposta da Política Nacional de Humanização corresponde com os próprios princípios do SUS evidenciando a necessidade de assegurar a atenção integral a população e estratégias de aumentar a condição de direito e de cidadania das pessoas. “Com isso a integralidade garantida em um dos princípios do SUS, vem a ser substituída por programas e políticas como esta, que por si própria é insuficiente para efetivar e mudar o cenário visto até então”. (p.57).

Na mesma concepção a autora salienta que, essa ligação PNH e princípios do SUS, e decifrada por um viés de fortalecimento das ações do SUS:

Tudo que vem pra contribuir, para fortalecer o cumprimento da lei 8.080 do SUS, tudo que complementa toda e qualquer política vem a somar, para fortalecer as ações do SUS eu acho que sempre será bem vindo, então eu acho que a PNH é importante, uma coisa complementa a outra. É o mesmo que dizer que criança e adolescente é prioridade, criança e adolescente pela própria constituição é prioridade, mas se a gente não tivesse o ECA, talvez o que prevê a Constituição, ia ficar em segundo plano, então quando você tem uma outra que vem fortalecer e tornar aqui muitas vezes uma legislação, mais organizada, mais estruturada, exige mais o cumprimento. Acho que a gente precisa ter uma legislação complementar porque uma lei maior, ela as vezes traz o assunto de uma forma geral, mas quando eu tenho uma legislação especifica, eu tenho como cobrar, exigir mais a prática e eu tenho a legislação pra me subsidiar naquela hora pra poder exigir algo, cumprimento de alguma coisa. (p.57-58).

Lopes (2016, p. 58), também afirma que, a relação da Política Nacional de Humanização e os Princípios do SUS do mesmo modo diz respeito à integralidade do sistema.

Se a gente pensar na integralidade, intersetorialidade enfim, se todos os princípios do SUS fosse efetivamente colocado em prática, com certeza não necessitaria dessa política. Eu acho que a política ela vem com o intuito de chamar a atenção, de reforçar, de tentar colocar ações pra resgatar os princípios do SUS, eu acho que é válido, é uma política que foi muito criticada.[...]acho que a gente tem que ter críticas sim, é fundamental, mas ela vem com o intuito de tentar resgatar um pouco isso, e colocar alguma ação em prática, não é inválido, mas sem dúvidas nenhuma, se os princípios do SUS fosse respeitados e aplicados ela seria desnecessária, assim como tantas outras política dentro da política de saúde. Se for dizer hoje, a política de saúde é altamente jurídica porque é política dentro da política, decreto que se fariam desnecessários se a reforma sanitária e os princípios do SUS fossem realmente respeitados.

Mattos (2001) evidencia que, nos debates a respeito da humanização e do processo de trabalho em saúde, uma as expressões presentes é a integralidade. Ele Justifica que a integralidade proporciona valores cruciais no cotidiano das políticas de saúde e que os mesmos requerem ser revisitados e protegidos. A integralidade está intimamente relacionada á capacidade e á sensibilidade dos profissionais da saúde em levantar situações, e se enfrentar os limites de suas ações e em procurar absorver revisões e redefinições de seus processos de trabalho.

Mattos (2001, p.61) ainda apresenta os três sentidos da integralidade princípio orientador das práticas; princípio organizador das políticas e princípio organizador do trabalho – implica "uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação da abertura para o diálogo"

Em suas considerações Lopes (2016), destaca que a proposta da PNH ainda gera muitas discussões tendo em vista que procede da condição de humanizar o humano, o que, de certo modo, gera um estranhamento pelos profissionais de saúde.

O SUS em termos de fundamento realmente é maravilhoso, o assunto é justamente a questão de humanizar o humano, é que as pessoas acabam no dia a dia se tornando mais difíceis de se relacionar, paciente funcionário, entre os próprios funcionários, a questão do acompanhante, ele é sempre visto como alguém que vem pra se meter, pra incomodar, e na verdade não é nessa perspectiva que a gente deveria trabalhar. E infelizmente nós que somos pessoas humanas, acabamos pegando atalhos na comunicação, no relacionamento e isso acabo transparecendo para o paciente, ou até mesmo para outros profissionais. (p.59).

O comprometimento com a autonomia dos usuários, a liberdade e o plena crescimento dos indivíduos sociais, a equidade e da justiça social, na concepção da universalização; o desenvolvimento e a consolidação da cidadania são palavras chaves do Projeto Ético Político do Serviço social. Visto que por vezes os fundamentos do Projeto ético político podem significar o mesmo que alguns princípios da PNH.

Quando questionadas a respeito de,qual a associação da PNH com os princípios que norteia o Projeto Ético Político do Serviço social? As assistentes sociais do Hospital e Maternidade Dona íris explanam que: -“Vejo que está inteiramente interligado no atendimento do Serviço social no que diz respeito ao atendimento acolhedor e garantia de direitos. Levar orientação e informação ao paciente. (AS-1)

A participação e a valorização dos interesses da população usuária dos serviços. (AS-2)

Sobre esse assunto Lopes (2016, P. 59), ressalta que:

O projeto ético político ele é um projeto que provê tanto a questão de liberdade, da transformação societária, da luta pelos trabalhadores. Eu acredito que a Política Nacional de Humanização ela pode ter alguma correlação sim, quando tu vem garantir direitos, a partir do momento que tu vem garantir direitos tu faz uma correlação com o nosso projeto ético político. Eu não vejo ela como um afronto ao SUS ou um esvaziamento de direitos, como a gente tem tantas políticas dentro da saúde que ao invés de garantir direitos elas vem esvaziar direitos, eu não faço essa relação com a Política Nacional de Humanização. Eu acho que a partir do momento que tu garante direitos com qualquer dispositivos, com qualquer meios tu tá reforçando, aplicando o nosso projeto ético político.

Em seu ponto de vista a respeito do projeto ético político do Serviço social, Moraes (2016) afirma que o debate a respeito do projeto ético político do Serviço social foi relacionado a um projeto de sociedade e, dessa maneira, foi respaldado na democracia, liberdade e justiça social.

Assim sendo, ainda segundo a autora, trata-se de um projeto norteador da prática cotidiana do Serviço social, isso porque oferece aos assistentes sociais parâmetros que oportunizam a composição de alternativas que abrange a participação popular. Vale elucidar que o projeto profissional do Serviço social dispõe a favor de uma nova ordem que tem como um dos princípios a defesa dos direitos; exigindo do profissional um posicionamento crítico diante das condições adversas postas na realidade e, proporcionando o reconhecimento e a clareza dos limites decorrentes dos fatores condicionantes internos e externos.

Moraes (2016) ainda destaca que, em tal concepção, considera um aspecto diferente, em que se volta para a vida do cidadão em um quadro de relações sociais. Esse profissional se torna um sujeito, que em um grupo, luta junto com à classe trabalhadora.

Desse modo, conforme explica Costa (2000, p.41) a introdução dos assistentes sociais no serviço de saúde é: mediatizada pelo conhecimento social da profissão e por um conjunto de necessidades que definem e redefinem a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil.

Nos princípios fundamentais do Código de Ética do Serviço social, são especificados como deve ser a atitude ética do profissional diante do atendimento com o usuário. De acordo com CFESS (2012, p.23-24) são esses:

o reconhecimento da liberdade como valor ético central, defesa intransigente dos direitos humanos, ampliação e consolidação da cidadania, defesa do aprofundamento da democracia, posicionamento em favor da equidade e da justiça social, empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, garantia do pluralismo, opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste Código e com a luta geral dos/as trabalhadores/as, compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, exercício do Serviço social sem ser discriminado/a nem discriminar.

Desse modo, o assistente social que trabalha na área da saúde como enfatiza Bravo (2004), vai procurar, mediante seu exercício profissional, a compreensão dos aspectos econômicos, sociais e culturais que envolve no processo saúde-doença, buscando métodos para o enfrentamento destas questões.

A respeito dessa atuação, segundo a autora (2006, p. 43) ressalta que “o trabalho deve ter como eixo central a busca criativa e incessante da incorporação destes conhecimentos, articulados aos princípios do projeto da Reforma Sanitária e do projeto ético-político do Serviço social”.

Assim, Moraes (2016) frisa que, é necessário avançar muito para que o assistente social, mediante as políticas sociais, da criação e reformulação de estratégias que garantam a real efetivação do SUS, procure garantir o direito à saúde como direito fundamental do ser humano e dever do Estado. É importante sempre destacar que o assistente social deve sempre ter como guia o Código de Ética do Assistente Social e o projeto ético-político do Serviço social para dar retorno qualificado as demandas trazidas pelos usuários dos serviços de saúde.

Dessa maneira, o Serviço social marca sua trajetória na área da saúde com essa responsabilidade ética-política, na intenção de ofertar aos usuários a defesa de seus direitos e buscando superar os desafios e as dificuldades impostas ao cotidiano profissional. Embasando-se na análise de conjuntura da realidade, os profissionais devem produzir estratégias que fortaleça o usuário. Idem (2016).

Bravo e Matos (2004), em sua análise sugerem que a formulação de estratégias profissionais que fortaleça e executem o direito social à saúde articuladas à reforma sanitária e ao projeto ético-político do Serviço social. Em conformidade com os autores:

o trabalho do assistente social na saúde deve ter como eixo central a busca criativa e incessante da incorporação destes conhecimentos, articulados aos princípios do projeto da reforma sanitária e pelo projeto ético-politico do Serviço social. É sempre na referência a esses dois projetos que se poderá ter a compreensão se o profissional está de fato dando respostas qualificadas às necessidades apresentadas pelos usuários do Serviço social ( p. 43)

Perante a análise dos autores, eles exibem que há uma exigência que se coloca ao profissional da área da saúde que se diz respeito à necessidade de se entender a essência da proposta do SUS, principalmente ao que se refere aos princípios e diretrizes, pois podem indicar o acesso para uma prática direcionada aos interesses dos trabalhadores.

De acordo com Moraes (2016, p.65), nos anos de 2000 a 2012, os projetos profissionais “estabeleceram os valores que a legitimaram socialmente, priorizaram objetivos e funções, formularam requisitos teóricos, práticos e institucionais para o exercício profissional, prescreveram normas de comportamento e balizaram as relações”.

Contudo, ainda continua um turbulento processo de despolitização da questão social. Nesse sentido, Moraes (2016, p.65), fala que: “ a intensa desregulamentação dos direitos; bem como a atuação do Estado que, por sua vez, lança mão da estratégia da responsabilidade social e com isso prejudica a classe trabalhadora”.

Segundo Iamamoto (2009), essa época e um momento desafiador para o assistente social, período este, evidenciado por crises, pelo crescente desemprego e pela luta por sobrevivência daquelas pessoas que necessitam do trabalho para sobreviver. Deste modo, um contexto que desafia o assistente social em sua atividade profissional é o palco de tantas contradições e desigualdades.

Dentro desse ponto de vista a autora, salienta que um dos grandes desafios do assistente social atualmente, diz respeito a sua capacidade de decodificar a realidade e produzir sugestões de trabalho criativo e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir das necessidades emergentes no cotidiano, ou seja, não ser apenas um “executor institucional”.

Destaca-se ainda pela autora, o desafio do assistente social, em desenvolver as competências teórico-metodológicas, técnico-operativa e ético-política de modo planejado, bem como a introdução aos novos espaços sócio-ocupacionais, sob uma postura investigativa e propositiva, indicando a necessidade constante de aperfeiçoamento teórico e a realização de pesquisa para o conhecimento da realidade e inserindo-se como articulador de movimentos sociais. Dessa forma, conforme Iamamoto (2000, p. 48) há de se pensar em “possibilidades novas de trabalho se apresentam e necessitam ser apropriadas, decifradas e desenvolvidas”.

Iamamoto (2004) apresenta novas possibilidades de trabalho ao Serviço social, e que, necessitam ser apreendidas, decodificadas e desenvolvidos. Estas novas alternativas de atividade profissional penetravam a reestruturação das políticas sociais em torno dos direitos dos usuários e não mais a critérios e condições pré-estabelecidos. Posto isto, nesta compreensão interventiva da profissão, para entender a realidade e as suas determinações é necessário apreender a respeito da conjuntura, das condições de vida, das relações sociais e os aspectos contraditórios que estão presentes na vida dos usuários, com estratégias de intervenção, capazes de atender as demandas que são colocadas à profissão.

Assim sendo, isso significa que,

[...] exige uma ruptura com a atividade burocrática e rotineira, que reduz o trabalho do assistente social a mero emprego, como se esse se limitasse ao cumprimento burocrático de horário, à realização de um leque de tarefas as mais diversas, ao cumprimento de atividades preestabelecidas. Já o exercício da profissão é mais do que isso. É uma ação de um sujeito profissional que tem competência para propor, para negociar com a instituição os seus projetos, para defender o seu campo de trabalho, suas qualificações e funções profissionais. Requer, pois, ir além das rotinas institucionais e buscar apreender o movimento da realidade para detectar tendências e possibilidades nela presentes passíveis de serem impulsionadas pelo profissional (IAMAMOTO, 2009, p. 21).

A autora elucida que em meio a tantos osbstáculos, os assistentes sociais, na apreensão sobre o que é a política nacional de saúde e do projeto apresentado pela Reforma Sanitária, apresentam as seguintes questões: democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde; estratégia de proximidade das instituições de saúde com a realidade; trabalho interdisciplinar; ênfase nas abordagens grupais; acesso democrático às informações e estímulo à participação da população em geral.

Em relação a Maternidade Dona Íris, perguntou às assistentes sociais, sobre os maiores desafios enfrentados para a execução da PNH. A (AS.1) explicou que encontram “dificuldades na cultura organizacional, e pessoal enraizada nos trabalhadores, usuários e gestores, que muitas vezes vem cheios de preconceitos e opiniões pré definidas baseados no senso comum”.

Já a (AS.2) disse que os maiores desafios são: Ouvir os usuários e respeitar suas demandas, sem discriminar e sem preconceitos.

Tentando entender melhor acerca da Política Nacional de Humanização na Maternidade, foi questionado ainda se as entrevistadas acreditam que a PNH é de fato, efetivada e por quê? As mesmas responderam: “- Não considero que seja totalmente efetivada, porque vemos o desrespeito com o usuário que aguarda muito tempo para ser atendido, a falta de materiais, de profissionais para maior amplitude no atendimento, a dificuldade para acesso, por exemplo, a laqueadura e outros procedimentos.” (AS.1)

“Não. Porque não há uma interação entre a equipe, não há participação da população na instituição.” (AS.2)

Vale ressaltar que as profissionais ainda trazem algumas contribuições ao responder o que não foi pontuado pela pesquisadora. Você gostaria de acrescentar algo que considera importante e não foi perguntado?

Devemos sempre ouvir nosso usuário que sempre tem muito a acrescentar para realizarmos um trabalho de qualidade. O atendimento dentro de uma unidade hospitalar como a Maternidade Dona Íris nos engrandece enquanto profissional e como pessoa, pois atendemos um público muito diversificado que nos leva ao enfrentamento de diversas problemáticas, mas também contamos com grandes profissionais experientes que também visam o bem maior para o paciente. (AS-1)

“Nada há pontuar.” Respondeu a( AS.2). Dessa forma, diante das falas, das entrevistadas, identificamos que o Serviço social teve uma longa trajetória na área da saúde, e até a conjuntura atual contribui em discussões e debates acerca de seus posicionamentos assumidos enquanto profissão, que participa diretamente da luta pela ampliação dos direitos sociais. Mesmo assim, deparam com desafios no fazer profissional cotidianamente.

Em conformidade com Iamamoto, (1997, p. 14) ela define a atuação do Serviço social:

Os assistentes sociais trabalham com a questão social nas suas mais variadas expressões quotidianas, tais como os indivíduos as experimentam no trabalho, na família, na área habitacional, na saúde, na assistência social pública, etc. Questão social que sendo desigualdade é também rebeldia, por envolver sujeitos que vivenciam as desigualdades e a ela resistem, se opõem. É nesta tensão entre produção da desigualdade e produção da rebeldia e da resistência, que trabalham os assistentes sociais, situados nesse terreno movido por interesses sociais distintos, aos quais não é possível abstrair ou deles fugir porque tecem a vida em sociedade. [...] ... a questão social, cujas múltiplas expressões são o objeto do trabalho cotidiano do assistente social.

Nesse entendimento, cabe ao profissional de Serviço social, ao explorar todo o quadro da saúde pública brasileiro, apreender a importância do aprimoramento das práticas na saúde que vise à garantia dos princípios do SUS.Sempre respaldado pela realidade posta, tendo o compromisso com a população e com o princípio ético político que fundamenta toda a sua atuação. Além, do compromisso e luta pela garantia dos direitos da população.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A presente monografia oportunizou a investigação acerca do trabalho da(o) assistente social na Maternidade Dona Íris voltado para a Política Nacional de Humanização na Maternidade. A pesquisa explicitou como os profissionais do Serviço social trabalham na efetivação da Política Nacional de Humanização na Maternidade Dona Íris.

Para explorar esse caminho foi necessário pesquisar a respeito do SUS e a Política Nacional de Humanização, a emergência do conceito de humanização, a humanização no SUS e a problematização do conceito e a Política Nacional de Humanização. Além da~~,~~ atuação do profissional de Serviço social na Política Nacional de Humanização, o Serviço social no campo da assistência hospitalar, a PNH no Serviço social dos Hospitais, a PNH e a sua relação com os fundamentos do SUS e o Projeto Ético Político do Serviço social.

Com base nos autores estudados, evidenciou que foi a partir de 1988, com a conquista da sociedade pela promulgação da Constituição Cidadã, ocorrem alguns avanços que envolvem o desencadeamento da Seguridade Social no Brasil contemplando políticas universais desenvolvidas por meio do tripé da seguridade social que envolve Saúde, Assistência e Previdência social. Embora a legislação relativa ao Sistema Único de Saúde (SUS) ter sido aprovada em 1988, foi somente em 1990 que foi decretado a Lei orgânica da Saúde (Lei nº 8.080 de 1990).

A Política Nacional de Humanização (PNH) foi criada desde 2003, ela tem como objetivo executar os princípios que regem o Sistema Único de Saúde (SUS), além de ter o compromisso de valorizar o cuidado aos pacientes, trabalhadores e gestores das unidades de saúde, oportunizando autonomia objetivando uma mudança significativa na vida de todos.

O Serviço social é uma profissão com uma identidade histórica. Tem como fundamento a própria realidade social, e seus instrumentos de trabalho são as expressões da questão social, o que confirma uma forma especial de incorporação na divisão social e técnica do trabalho. Como profissão possui característica interventiva, que opera nas dinâmicas que constituem a vida social.

A inserção do Serviço social no SUS envolve não apenas atividades relacionadas ao planejamento e assistência, mas também inclui coleta de informações sobre exames, orientações previdenciárias e sobre os direitos assistenciais, além de procedimentos de fiscalização no sentido de garantir, que os usuários dos serviços e familiares, alcance seus direitos. A humanização se refere a um processo gerado pelo trabalho coletivo interprofissional e a tentativa do interdisciplinar, que presume uma construção ampliada, ao tratar as necessidades e desafios no sentido de aperfeiçoar as inúmeras frentes de intervenção.

A conquista do projeto profissional é um avanço histórico da profissão; este direcionou nossas discussões teóricas, norteou a prática numa perspectiva de direitos, modificou as diretrizes para a formação de novos profissionais.

No decorrer da pesquisa foi possível conhecer os instrumentais técnicos operativos utilizados pelo Serviço social no trabalho na efetivação da Política Nacional de Humanização no Hospital e Maternidade. Pois, a partir de sua utilização podemos aprofundar o conhecimento da realidade e do próprio instrumento, durante o processo de trabalho pela capacidade humana de desenvolvimento do seu trabalho. Assim, o instrumental técnico escuta qualificada no fazer profissional dos hospitais, proporciona os mesmos a entender a situação de cada usuário, conseguindo assim, intervir de modo a contribuir com as demandas por meio de orientações, apoio ou encaminhamentos que se fizerem necessários.

A pesquisa cumpriu seu propósito ao desvelar a realidade do trabalho dos profissionais junto a Política Nacional de Humanização. Identificamos como surgiu e como é desenvolvido a Política Nacional de Humanização, além dos desafios para efetivação do trabalho pela equipe multiprofissional no âmbito interdisciplinar, por outro lado, ficou evidente o compromisso dos profissionais e usuários em humanizar o atendimento de saúde, na tentativa de promover qualidade de vida e dignidade no atendimento às pessoas no Hospital e Maternidade.

**REFERÊNCIAS**

ALCÂNTARA, Luciana da Silva; VIEIRA, João Marcos Weguelin. **Serviço social e Humanização na saúde**: Limites e possibilidades. In; textos & Contextos, Porto Alegre, v. 12, n.2, jul/dez 2013.Disponível em: http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/14332/10744. Acesso em: 07 NOV.2020.

AROUCA, A.S.S. **Saúde e Democracia**. Anais 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986. Brasília, 1987.

BARBOSA, Eliane Aparecida. **A humanização do atendimento em saúde e o Serviço social.** 2018. 65 f. Trabalho de Conclusão de Curso Graduação em Serviço social – Universidade Estadual de Londrina, Londrina 2018.Disponivel em:http://www.uel.br/cesa/sersocial/pages/arquivos/ELIANE%20APARECIDA%20BARBOSA.pdf.Acesso em 04,11,2020.

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

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, **I. Política Social: fundamentos e história**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E**. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde**. Cadernos de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561571, 2005ª.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. **Humanização na saúde:** **um novo modismo?** Interface – Comunicação, Saúde, Educação, São Paulo, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da** **Assistência Hospitalar.** Brasília, 2001.

BRASIL, Portal Saúde. **Ações e Programas.** Brasília 2015. Disponível em: <http://www.rehuna.org.br/index.php/quem-somos>. Acesso em 15 de outubro de 2020.

BRASIL. Cartilha da PNH: **acolhimento com classificação de risco.** Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Lei **8662/93** de 7 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de assistente social e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, 2012.

BRASIL. **Resolução nº 493/2006**, de 21 de agosto de 2006. Dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Resolucao\_493-06.pdf> acesso em04/11/2020.

BRASIL.**Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 19 set. 1990.

BRAVO, M. I. S; MATOS, M. C. **A Política de Saúde no Governo Lula**: algumas reflexões In Revista nº 9. Brasília: CEFESS, 2004.

BRAVO, M. I. **Serviço social e Reforma Sanitária**: Lutas sociais e práticas profissionais. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 1996.

BRAVO, Maria Inês Souza discute essa questão em: **Serviço social e Reforma Sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais. 2. Ed. São Paulo: Cortez, 2007.

CASATE, J. C.; CORREA, A. K. **Humanização do atendimento em saúde**: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. Ribeirão Preto, 2005

CHUPEL, Cláudia Priscila; MIOTO, Regina Célia Tamaso. Acolhimento e Serviço social: Contribuição parta a discussão das ações profissionais no campo da saúde. **Revista Serviço social & Saúde**, Campinas, v 9, n. 10, dez 2010.

CONCEIÇÃO, Tainá Souza. A Política Nacional de Humanização e suas implicações para a mudança do modelo de atenção e gestão na saúde: **notas preliminares**. SER Social, Brasília, v. 11, n. 25, p. 194-220, jul./dez. 2009.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL**. Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde.** Série: Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais. Brasília, 2010.

COSTA, M. D. H. O Trabalho nos Serviços de Saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. **Revista Serviço social e Sociedade**. n° 62. São Paulo: Cortez Editora, 2000.

DINIZ, C. S. G. **Humanização da assistência ao parto no Brasil**: os muitos sentidos de um movimento. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, jul./set. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a19v10 n3.pdf>. Acesso em: 11 fev.

2020.GUEDES, Heloísa Helena da Silva; CASTRO, Marina Monteiro de Castro. **Atenção Hospitalar**: um espaço produtor do cuidado integral em saúde. Londrina, Dez. 2009.

GOIÂNIA, Prefeitura de Goiânia, **Relatório de Produção do HMDI,2014.** Disponivel:file:///C:/Users/PC/Desktop/COISAS%20DA%20NYLIA/MATERNIDADE%20DONA%20IRIS.pdf.Acesso em 30.Nov.20.

HECKERT, A.L.C.; PASSOS, E.; BARROS, M.E.B. Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. In: **Artigos Comunicação Saúde Educação** v.13, supl.1, p.493-502, 2009.Disponivel: http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a02v13s1.pdf Acesso em 07 de out. de 2020.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço social na Contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 2000.

IAMAMOTO, M. V**. Os Espaços sócio-ocupacionais do assistente social**. In: Serviço social: direitos e competências profissionais. CFESS-ABEPSS. Brasília-DF. 2009.

KRÜGER, T. R. **Serviço social e Saúde**: espaços de atuação a partir do SUS. Revista Serviço social e Saúde. UNICAMP Campinas, 2010.

LOPES, Vanusa Floriani. **As ações do Serviço social em relação à Política Nacional de Humanização em Hospitais.** Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço social. Universidade Federal de Santa Catarina, 2016. Disponível: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/166078/TCC%20Vanusa%20F%20Lopes.pdf?sequence=1.Acesso> em: 06. Out.2020.

MARTINELLI, Maria Lúcia. O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos. **Serviço social e Sociedade, versão***impressa* ISSN 0101662.Serv.Soc.Soc.  no.107 SãoPaulo jul./set. 2011.Disponivel:<https://www.scielo.br/scielo.php?script=>sci\_arttext&pid=S010166282011000300007&lng=pt&tlng=pt.Acesso em:18.nov.2020.

MATTOS, R.A. **A integralidade na prática** (ou sobre a prática da integralidade). Cad. Saude Publica, v.20, n.5, p.1411-6, 2001.

MELLO, Inaiá Monteiro. **Humanização da Assistência Hospitalar no Brasil**: conhecimentos básicos para estudantes e profissionais. 2008 (mimeo).

MINAYO. M. C. S (org). **Pesquisa Social**: Teoria Método e Criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes 1994.

MORAES, Ana Maria Santana**. A humanização na área da saúde** [manuscrito]: uma proposta reflexiva para o Serviço social/ Ana Maria Morais Santana. 2016. 92 p. Dissertação (mestrado) -- Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Serviço social, Goiânia, 2016.Dísponivel em : <http://tede2.pucgoias.edu.br:8080/handle/tede/2097,Acesso> em 07 Out.2020.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e serviço social**: uma análise do serviço social pós-64. 3.ed. São Paulo, 1996.

NOGUEIRA-MARTINS, Maria Cezira Fantini; BÓGUS, Cláudia Maria. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p. 44-57, set./dez. 2004.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. História das Políticas de Saúde no Brasil: uma pequena revisão. **Cadernos do Internato Rural** – Faculdade de Medicina /UFMG,2001.Disponívelem:http://medicinadeemergencia.org/wpcontent/uploads/2015/04/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-16-030112-SES-MT.pdf. Acesso em: 20 fev. 2020.

REALE, Giovanni. **História da filosofia: do humanismo a Descartes**, v. 3 1, Dario Antiseri; [tradução Ivo Storniolo- São Paulo: Paulus, 2004.

REHUNA, **Rede pela** **Hunamização do Parto e do Nascimeto**, Brasília, 1993. Disponível em: <http://www.rehuna.org.br/index.php/quem-somos>. Acesso em Out.2020.

SANTOS, Catiane Maria Medeiros dos; GUIMARÃES, Simone de Jesus. O campo da saúde e inserção do assistente social na saúde mental brasileira. **Revista FSA**, Teresina, v. 11, n. 1, art.20, p.365-388, jan./mar. 2014. Disponívelem:http://www4.fsanet.com.br/revista/index.php/fsa/article/viewFile/204/156. Acesso em: 15 fev. 2020

SILVA, Michelly Suelen A.R. da Silva, **Possibilidades e desafios do trabalho das (os) assistentes sociais junto á politica pública de redução de danos:** Acolher ou punir? 2019,88 monografia (apresentada ao curso de Serviço social), da Pontifícia Universidade Católica de Goiás-GO.

SILVA, Talita Souza. SILVA, Cristiani Aparecida Brito. A atuação do Assistente Social em âmbito hospitalar. **Revista Eletrônica da Univar**. n. 10, vl.2, Agosto 2013 p. 36-40

SOUZA, W. S.; MOREIRA, M. C. N. **A temática da humanização na saúde**: alguns apontamentos para debate. Interface: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, 2008

TEIXEIRA FLEURY, Sônia. Reflexões **Teóricas sobre democracia e reforma Sanitária**. In: Reforma Sanitária em Busca de uma Teoria. Teixeira, S. F.(org.). São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1989.

VASCONCELOS, Ana Maria. **A prática do serviço social:** cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. São Paulo: Cortez, 2011.

VASCONCELOS, Ana Paula Silveira de Moraes; PEIXOTO, Socorro Letícia Fernandes. Hospital: Lócus de atuação e formação profissional para assistentes sociais. In: LOPES, Cinthia Fonseca (Org). **Competências e atribuições do/a assistente social:** requisições e conhecimento necessários.1ª ed. Fortaleza: Socialis, 2018. p. 36-56

**APÊNDICE - A**

**QUESTIONÁRIO DE PESQUISA**

Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Composição da equipe de Serviço social**

( ) 1

( ) 2

( ) 3

( ) 4

( ) 5

Mais de 6 ( ) Quantos\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **O que é a** **Política Nacional de Humanização?**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Como é efetivada a Política Nacional de Humanização pelos profissionais de Serviço social na Maternidade Dona Iris?**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Quais são os instrumentos técnicos sãos utilizados pelos profissionais do serviço social na Maternidade para a efetivação do trabalho com a Política Nacional de Humanização?**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **O serviço social desenvolve sozinho ou em equipe? Se em equipe, quais são as categorias profissionais que fazem parte dessa equipe?**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Qual o trabalho é desenvolvido pela equipe multiprofissional na execução da Política Nacional de Humanização na Maternidade?**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Qual o papel do assistente social nessa equipe?**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**8. Qual a ligação da PNH com o Sistema Único de Saúde?**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**9. Qual a associação da PNH com os princípios que norteia o Projeto Ético Político do Serviço social?**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**10. Você acredita que a PNH e efetivada na Integra? Por quê?**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**11. Quais os maiores desafios são enfrentados para a execução da PNH**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**12. Você gostaria de acrescentar algo que considera importante e não foi perguntado?**

**APÊNDICE B**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa sobre O Serviço social e a Política Nacional de Humanização na Maternidade Dona Iris – Goiânia – Goiás, 2020 a ser realizada pela acadêmica do Curso de Serviço social da PUC Goiás, Nylia Pereira Gomes, sob a orientação da Prof. M.ª Marly Machado Bento, indispensável à construção do projeto de monografia de conclusão do referido curso, conforme determina a Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016, expedida pelo Conselho Nacional de Saúde.

**Confidencialidade do estudo:** garantimos que as informações coletadas serão mantidas de forma confidencial e, usadas somente para os fins deste estudo e/ou produção de artigos posteriores.

**Garantia de esclarecimento:** além das informações preliminares acerca do estudo, você terá direito a esclarecimentos adicionais a qualquer momento da pesquisa.

**Participação espontânea:** sua participação na pesquisa é espontânea, livre de qualquer forma de remuneração, podendo retirar seu consentimento a qualquer momento.

**Riscos ou desconfortos:** informamos que sua participação na pesquisa não lhe causará nenhum tipo de risco ou desconforto. Caso sinta qualquer desconforto durante a abordagem, a mesma será interrompida até que esteja em condições de serem reiniciadas.

Eu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_declaro ter lido e sido informado sobre o teor desse documento e que me disponibilizo em participar da pesquisa ora apresentada.

Goiânia, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2020

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Entrevistado a)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pesquisador (a)

1. Ação ou efeito de humanizar ou humanizar-se; tornar-se mais sociável, gentil ou amável. Disponível: <https://www.dicio.com.br/aurelio-2/Acesso> em 01.out.2020. [↑](#footnote-ref-1)
2. **nar·có·ti·co** Que faz adormecer. Substância que age sobre o sistema nervoso central e pode modificar o estado de consciência e que pode causar habituação e danos físicos ou psíquicos.= D=droga, entorpecente. Coisa ou pessoa que causa sono.**"narcótico"**, in Dicionário Priberam da Língua Portuguesa [em linha],2008 2020,  <https://dicionario.priberam.org/narc%C3%B3tico>  [consultado em 23-10-2020]. [↑](#footnote-ref-2)
3. **fór·ceps** [Cirurgia]  Instrumento com que se agarra um corpo que se quer extrair. [Cirurgia]  Instrumento com que se extrai o feto do útero.**"[forceps]"**, in Dicionário Priberam da Língua Portuguesa [em linha], 2008-2020, [https://dicionario.priberam.org/[forceps]](https://dicionario.priberam.org/%5bforceps%5d) [consultado em 23-10-2020]. [↑](#footnote-ref-3)
4. Rehuna é uma organização da sociedade civil que atua em forma de rede de associados em todo o Brasil. O objetivo principal é a divulgação da assistência e cuidados perinatais em base em evidências científicas. Esse movimento apóia promove e reivindica a prática do atendimento humanizado ao parto/ nascimento em todas as suas etapas a partir do protagonismo da mulher da unidade mãe-bebê, e da medicina baseada em evidências científicas. Essa missão vem sendo buscada na prática diária de pessoas, profissionais, grupos e entidades filiadas à rede e preocupados com a melhoria da qualidade de vida, o bem estar e o bem nascer. (REHUNA - <http://www.rehuna.org.br/index.php/quem-somos>, data de acesso: 18/10/2020) [↑](#footnote-ref-4)
5. A perspectiva modernizadora consiste em “um esforço no sentido de adequar o Serviço Social, enquanto instrumento de intervenção inserida no arsenal de técnicas sociais a ser operacionalizado no marco de estratégias de desenvolvimento capitalista, às exigências postas pelos processos sócio-políticos emergentes no pós-64. Trata-se de uma linha de desenvolvimento profissional que, se encontra o auge de sua formulação exatamente na segunda metade dos anos sessenta – seus grandes monumentos, sem dúvidas, são os textos dos seminários de Araxá e Teresópolis -, revelar-se-á um eixo de extrema densidade no envolver da reflexão profissional: não só continuará mobilizando energias nos anos seguintes como, especialmente, mostrar-se-á aquele vetor derenovação que mais fundamentalmente vincou a massa da categoria profissional” (NETTO, 1996 p.154).

   “A direção que condensa a renovação compatível com o segmento do Serviço Social mais impermeável às mudanças pode designar-se como a perspectiva de reatualização do conservadorismo. Trata-se de uma vertente que recupera os componentes mais estratificados da herança histórica e conservadora da profissão, nos domínios da (auto) representação e da prática, e os repõe sobre uma base teórico-metodológica que se reclama nova, repudiando, simultaneamente, os padrões mais nitidamente vinculados à tradição positivista e às referências conectadas ao pensamento crítico-dialético, de raiz marxiana” (NETTO, 1996 p.157). [↑](#footnote-ref-5)
6. RESOLUÇÃO N.º 218, DE 06 DE MARÇO DE 1997 – regulamentação das profissões de saúde. Disponível em <conselho.saude.gov.br/resoluções/1997/reso218.doc > acesso em 04/11/2020. [↑](#footnote-ref-6)
7. Resolução CFESS N.º 383/99 de 29/03/1999. EMENTA: Caracteriza o assistente social como profissional da saúde. Disponível em <http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao\_383\_99.pdf> acesso em 20/11/2020 [↑](#footnote-ref-7)
8. Brasil. Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde / Ministério da Saúde. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 9 p. (Série E. Legislação de Saúde). Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta\_direito\_usuarios\_2ed2007.pdf>acessoem:04/11/2020 [↑](#footnote-ref-8)
9. Código de Ética do/a Assistente Social\* Lei 8.662/93 de Regulamentação da Profissão. Disponível em <http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP2011\_CFESS.pdf> [↑](#footnote-ref-9)
10. Equipe interdisciplinar é formada por vários profissionais de diversas áreas da saúde que trabalham em conjunto, muitas vezes coordenada por um médico, permitindo atendimento global de acordo com as necessidades dos pacientes. As equipes interdisciplinares consideram o paciente como um todo, com uma postura humanizada e uma abordagem mais ampla e resolutiva do caso. Normalmente a equipe é formada por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos e/ou terapeutas ocupacionais que se reúnem para decidir quais serão os objetivos para o paciente.Disponivel em: <http://act.med.br/area-do-paciente/42-a-importancia-de-uma> equipeinterdisciplinar#:~:text=Equipe%20interdisciplinar%20%C3%A9%20formada %20por,com%20as%20necessidades%20dos%20pacientes. [↑](#footnote-ref-10)