



**ATENDIMENTO HUMANIZADO NO SERVIÇO HOSPITALAR: Contribuições do
Serviço Social**

HUMANIZED CARE IN HOSPITAL SERVICE: Contributions of social Service

Francisco Natanael Lopes Ribeiro

Centro Universitário Inta (UNINTA)

Gicelia Almeida da Silva

Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

RESUMO

Compreende-se que a concepção de cuidado em saúde vem se modificando ao longo da história, principalmente pela transformação da medicina e do saber médico, sob uma perspectiva de descentralização e/ou do processo cuidado em saúde compartilhado. À luz da Política Nacional de Humanização este trabalho objetiva analisar a atuação do Serviço Social nos espaços de cuidado em saúde no setor de Urgência e Emergência da Santa Casa de Misericórdia de Sobral – CE. Trata-se de uma pesquisa exploratória e bibliográfica que busca analisar a atuação da categoria frente às questões inerentes do seu fazer profissional.

Palavras-chave: Humanização da Assistência. Serviço Social. Hospitais.

ABSTRACT

It is understood that the conception of Careful in Health has been changing throughout history, mainly by the transformation of medicine and medical know-how, from a decentralization perspective and/or the process of care in shared health. In the light of the national policy of humanization This Work Aims to analyze the Social service performance in the(s) health care spaces in the urgent and emergency sector of the Santa House of Mercy of Sobral – CE, Tof an exploratory and bibliographic research That seeks to analyze the performance of the category in front of the inherent issues of its professional doing.

Keywords: Humanization of assistance. Social Services. Hospitals.

1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa objetiva analisar a atuação do Serviço Social nos espaços de cuidado em saúde na Santa Casa de Misericórdia da cidade de Sobral, onde pretendemos ainda analisar os processos de trabalho no setor de urgência e emergência à luz da política de Humanização do Sistema Único de Saúde (SUS); refletir sobre os processos de trabalho da categoria profissional como importante promotor da política de humanização no cuidado em



saúde no setor de urgência e emergência; contribuir com o desenvolvimento de novos debates ao que confere a melhoria dos processos de trabalho da categoria profissional no setor já referido. Deste modo, conduziremos nossa exposição à luz das categorias do Serviço Social, da clínica ampliada e da Política Nacional de Humanização.

Compreende-se que a concepção de cuidado ampliado em saúde vem se modificando ao longo da história, principalmente pela transformação da medicina e do saber médico, esses sob uma perspectiva de descentralização ou do processo cuidado em saúde compartilhado, definido por Gastão (2007) de clínica ampliada, inserindo novas categorias profissionais no campo da saúde. Perceber o indivíduo para além da doença em um contexto que leve em consideração seu histórico de vida e suas particularidades, como um mecanismo de produção e desenvolvimento do seu estado de saúde/doença, é algo recente (Gastão, 2007), assim o autor afirma sobre a clínica ampliada:

O enfoque de clínica ampliada, ou clínica do sujeito, sugere maneiras para integrar essas perspectivas em um método de trabalho que reconheça a complexidade e variabilidade dos fatores e dos recursos envolvidos em cada caso específico, seja ele um problema individual ou coletivo. (p.405, 2007).

As políticas de saúde operadas no Brasil entre o século XIX até meados o século XX, tinham um caráter sectário, que dividia a sociedade entre os que tinham direito a assistência a saúde e os que não tinham, cabendo a esses uma assistência de caráter filantrópico e aos “inscritos” socialmente era oferecido serviços do setor produtivo de instâncias privadas compostas por instituições médicas (PAIM, 2009).

Assim as práticas de saúde não compreendiam ações ou projetos de promoção, prevenção, reinserção ou reabilitação dos sujeitos, como apresentado pela Reforma Sanitária (PAIM, 2009), mas sim era realizada numa perspectiva de isolamento e exclusão social, pois os pobres e suas doenças eram um perigo social que provocavam riscos de epidemias, tendo-se seus hábitos cotidianos tais como as moradias coabitadas, ou seja, aglomerados de pessoas sob o mesmo teto, tidos pelas autoridades sanitárias como sinônimo de perigo sanitário e político para a sociedade copiando o modelo de políticas de saúde europeu apresentado por Foucault (1979), ao analisar as práticas de controle social do estado.

Deste modo, este trabalho teve como lócus de investigação, a Santa Casa de Misericórdia de Sobral - CE que foi fundada em 25 de maio de 1925 pelo Bispo Dom José Tupinambá da Frota. Atualmente é hospital de referência para uma população de 1,6 milhões de habitantes, compreendendo mais de 55 municípios da região norte do estado, também é um Hospital de Ensino certificado pelo MS/MEC, através da portaria interministerial nº 2576 de 10/10/2007, onde possui o Departamento de Ensino e Pesquisa e



Extensão (DEPE), que desenvolve tecnologia de ponta em parceria com a Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), Universidade Federal do Ceará (UFC), Centro Universitário INTA (UNINTA), Faculdade Luciano Feijão (FLF). A Santa Casa oferece à população acadêmica os espaços seguintes de formação: internato dos cursos de enfermagem e medicina; residência multiprofissional (fisioterapia, farmácia, enfermagem, nutrição e psicologia) em Urgência e Emergência e Neonatologia e de especialidades médicas diversas.

O Serviço Social está inserido no hospital, com uma equipe que conta com sete profissionais para todo o hospital, funcionando de 7h às 22h, todos os assistentes sociais trabalham em regime de 30 horas semanais, conforme lei nº 12.317/2010, os profissionais realizam plantão de 12 horas aos sábados e domingos. Percebe-se que dentro da rotina dos profissionais na unidade hospitalar a atuação acaba sendo fragilizada e com lacunas ao que condizem as perspectivas da PNH. Destaca-se para esse cenário as diversas demandas a serem atendidas pelo setor, diante do número reduzido de profissionais e toda uma conjuntura que envolve a precarização das políticas públicas e das relações de trabalho. É válido afirmar, que essa realidade é presente nos diversos espaços socioinstitucionais em que atua o assistente social, dado o avanço dos ideais neoliberais na relação trabalho x capital (ANTUNES, 2015), sendo necessária a criação de estratégias no âmbito coletivo para superação dessas barreiras que a cada dia se tornam mais fortes.

Pretendemos apresentar elementos que nos conduzam na reflexão inerente a atuação do profissional do Serviço Social na construção de processos de trabalho à luz da Política Nacional de Humanização (PNH) aplicado à atenção hospitalar, enquanto estratégia de melhoria do cuidado prestado nos setores de urgência e emergência, uma vez que nestes são mais comumente encontrados processos de trabalho com tecnologias duras¹ (MENDES, 2008). Assim o serviço social, dado o seu caráter pedagógico de intervenção, se configura importante ator no processo de consolidação do atendimento humanizado.

Trata-se de um estudo documental e bibliográfico, pois concordamos com GIL (2001) que ao referir sobre a amplitude dos fenômenos apresentados neste tipo de metodologia obtemos uma diversidade de novos dados, assim ao que confere a relação entre o Serviço

¹ Conforme Merhy e Feuerwerker o desenvolvimento de tecnologias de saúde compreende um processo da relação entre a demanda do usuário, o trabalhador e o tipo de serviço de saúde, assim a depender de qual relação a tecnologia pode ser: leve, estando na esfera da relação direta entre profissional e usuário; leve-dura quando o cuidado exige um nível de conhecimento/tecnologia específico e dura está relacionada a necessidade de equipamentos.



Social, a atenção hospitalar e a política de humanização, pretendemos neste estudo analisar as produções já existentes.

2 DESENVOLVIMENTO

No período de 1930 a 1964, segundo Bravo (2009), todas as alterações que transformaram a sociedade brasileira a partir da década de 30 são mais visíveis a partir do processo de industrialização e a redefinição do papel do Estado frente ao surgimento das políticas sociais e também das demandas reivindicadas pela classe trabalhadora de forma orgânica e sistemática, afinal essas questões “necessitavam transformar-se em questão política, com a intervenção estatal e a criação de novos aparelhos que contemplassem de algum modo, os assalariados urbanos, que se caracterizavam como sujeitos sociais importantes no cenário político nacional [...]” (BRAVO, 2009, p.91).

Percebe-se que no período citado a política de saúde foi formulada com um caráter nacional, onde basicamente era dividida em duas formas: saúde pública e medicina previdenciária². Assim, a partir da década de 1950 temos a consolidação da Política Nacional de Saúde.

Quando se fala da política de saúde em meados de 1960 após o golpe militar, percebe-se que a partir desse processo o Estado utilizou de forma sistemática em sua intervenção na sociedade, uma junção de repressão com assistencialismo, no período citado a política de assistência à saúde foi ampliada, burocratizada e modernizada, pois o setor necessitava assumir as características do capital para regular e suavizar as tensões sociais vigentes na época. Entende-se que os grandes problemas estruturais que ocorriam não foram sanados e sim aprofundados, tornando-se mais complexos e amplos. (BRAVO, 2009).

A partir de meados da década de 1970 os movimentos sociais nacionais e internacionais tomam centralidade nos processos de contestação do caráter privatista das políticas de saúde (VASCONCELOS, A.M. 2010), pautando propostas e construindo projetos de sociedade a partir de discussões entre a sociedade civil e o Estado que fomentam diretrizes de democratização e garantia de direitos (PAIM, 2014).

² A medicina previdenciária entre meados de 1930 até final de 1970 era vinculada a instâncias privadas, cujos fundos de financiamento advinham dos tributos trabalhistas, caracterizando-se, portanto, como um direito contributivo, pautado por uma lógica corporativista. Na década de 1980 essa lógica de concessão de direitos perde força a partir das discussões inerentes a luta de efetivação dos direitos universais no campo da saúde (PONTE et al, 2010)



O brasileiro presenciou nos anos de 1980 a superação do regime militar com a instauração do processo de democratização política e um aprofundamento da crise econômica que persiste até os dias atuais (BRAVO, 2009). As discussões advindas em meados da década de 1970 sob o julgo da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), mobilizada por trabalhadores de saúde, familiares e usuários, promoveram encontros, debates e uma nova política de saúde, outro sim, os ideais da RSB compreendiam para além das mudanças no cuidado em saúde, mas em um projeto de sociedade emancipada (PAIM, 2009).

As discussões inerentes aos processos de Humanização das políticas de saúde dão-se a partir da instituição do Sistema Único de Saúde através da Lei 8.080/1990. A PNH existe desde 2003 e tem como princípios norteadores a transversalidade, a indissociabilidade entre atenção e gestão, protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos, onde se deve atuar nos espaços profissionais a partir de orientações éticas e políticas.

A PNH ainda traz consigo as seguintes diretrizes: acolhimento, gestão participativa e cogestão, ambiência, clínica ampliada e compartilhada, valorização do trabalhador e defesa dos direitos dos usuários (HUMANIZASUS, 2013). Percebe-se que a mesma foi uma de inúmeras estratégias para realizar mudanças importantes nas políticas de saúde brasileira, buscando promover práticas de trabalho nos diversos setores da saúde, que sejam transversais considerando-se os direitos fundamentais à vida, ao respeito das diversidades de expressões culturais e sociais. (GASTÃO, ONOCKO et al, 2014).

Deste modo, Estudos referentes à humanização no atendimento em saúde diversificam-se bastante, Gallo e Mello (2009) evidenciam a importância de analisar não somente a entrada do sujeito no serviço de atendimento de urgência, mas toda a sua situação, assim, além da recuperação física, é importante identificar suas emoções, frustrações e seus desejos de sair do caráter emergencial do hospital.

O atendimento humanizado principalmente nos setores de urgência e emergência, pautado pela política de humanização se propõe a ser uma prática institucional exigindo que a gestão e as equipes programem momentos de treinamento sobre a temática, a fim de qualificar os atendimentos, criando-se na cultura organizacional uma rotina de trabalho sistemático ao que confere a prática humanizada do cuidado, não levando ao segundo plano o cuidado integral do sujeito e seus familiares (GALLO; MELLO 2009).

Na acolhida do paciente no âmbito da atenção hospitalar como também em todas as esferas que permeiam o atendimento à saúde na Santa Casa, o Assistente Social tem um papel fundamental e importante, que é a realização do acompanhamento social junto às famílias que ali se encontram em situação de vulnerabilidades diversas. O profissional



necessita atuar pautado nos princípios do Código de Ética profissional, o que implica em uma postura ética, humanizada e empática, porque para os familiares é um momento delicado e de dor. Durante a sua formação acadêmica, o Assistente Social é instruído para a humanização das relações (a escuta, o diálogo, o reconhecimento dos direitos de cidadania, o perceber e apreender o outro), na contemporaneidade com sua rotina, condicionamentos, principalmente no contexto neoliberal (SILVA; ARIZONO, 2008) tendem a ser fragmentados e colocados em segundo plano, somados principalmente pela rotina do cotidiano de trabalho e pela precarização dos espaços de atuação profissional e das políticas públicas focalistas.

Nesse contexto, de retrocessos sociais e políticos, que vem transformando o cenário brasileiro e conseqüentemente as políticas públicas, percebemos que se faz necessário elucidar sobre a trajetória das políticas de saúde no Brasil. Com base nos estudos da Bravo (2009) e Netto (2010) compreende-se que o processo do golpe militar, o qual fortaleceu a *ditadura do grande capital*, consolidando a lógica de privatização da saúde; os processos de mobilizações sociais, que culminaram na promulgação da Constituição Federal de 1988, promovendo um novo modelo no sistema de saúde pautado pela concepção de seguridade social, assegurando os direitos relativos à saúde, à previdência, e à assistência social como uma questão pública e de responsabilidade do Estado, apresentando à cena social um Estado de Bem Estar na teoria.

O Sistema Único de Saúde - “SUS foi instituído visando à atenção integral ao paciente e a participação comunitária, na gestão e no controle social” (SILVA.; ARIZONO, 2008, p. 01). Uma das grandes dificuldades encontradas hoje para a sua real efetivação se dá por conta de um modelo predominante de atendimento tecnicista e biologizante e uma grande valorização da doença em si em detrimento do usuário.

As transformações nas políticas de saúde foram resultado de inúmeras articulações, encontros e debates dos trabalhadores da saúde de diversas categorias, iniciados na década 1970. Contudo o Serviço Social somente passa a compor, em termos significativos, as discussões e encontros inerentes à RSB em meados da década de 1980 (BRAVO, 2009). Isso decorre dado a processos internos de reflexões e debates sobre as perspectivas que influenciaram as dimensões teórico-metodológicas, técnico-operativos e éticos-político da categoria, tendo-se as vertentes conservadoras e de reconceituação de suas práticas profissionais (Bravo, 2009). Assim os assistentes sociais, passam a compor os coletivos de construção da RSB, e dada sua importante formação política, teórica e metodológica não demoram a se destacarem na composição de grupos de trabalho que conduziram processos



discursivos e de produção e organização de encontros como a 8ª Conferência Nacional de Saúde.

Destaque-se que a partir da mudança interna de paradigma ao que confere o alinhamento do Projeto Ético Político (PEP) aos projetos societários, a categoria passa a compreender que sua atuação na RSB se configura na possibilidade de concretização dos ideais humanistas, pautados pela emancipação social e de viabilização dos direitos humanos.

A partir desse contexto o Serviço Social realiza intervenções de caráter interdisciplinar e com abordagens socioeducativas, assim, suas contribuições no campo da saúde compreendem a defesa intransigente dos direitos sociais, sendo a política de humanização uma estratégia para a efetivação do direito à saúde. Concordamos com Silva e Arizono (2008) ao afirmarem que: “a contribuição do Serviço Social ao projeto de humanização é fundante no projeto ético-político da profissão, que tem nos direitos sociais seu alicerce e se configura no *ethos* interventivo da profissão” (SILVA; ARIZONO, 2008, p. 01).

Ao realizar-se esse tipo de intervenção, é importante destacar o que os parâmetros de atuação do Serviço Social na saúde nos apontam:

[...] pressupõe leitura crítica da realidade e capacidade de identificação das condições materiais de vida, identificação das respostas existentes no âmbito do Estado e da sociedade civil, reconhecimento e fortalecimento dos espaços e formas de luta e organização dos trabalhadores em defesa de seus direitos (Conselho Federal de Serviço Social, 2010, p. 35).

Outro ponto importante que os parâmetros de atuação dos assistentes sociais na saúde nos mostram, é que um dos direcionamentos que a categoria deve efetivar, juntamente com outros profissionais é a construção de espaços nos serviços e/ou ações de saúde que subsidiem a participação da população e profissionais da área para as tomadas de decisões durante todos os processos. Diferentemente da lógica biologizante, o indivíduo se torna uma peça fundamental nas diversas formas de se fazer saúde e assim estabelecendo vínculos solidários de participação entre usuários e profissionais (CFESS, 2010).

O Serviço Social e o projeto de reforma sanitária brasileiro apresentam demandas para o Assistente Social, sendo elas:

Democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde; estratégias de aproximação das unidades de saúde com a realidade; trabalho interdisciplinar; ênfase nas abordagens grupais; acesso democrático às informações e estímulo à participação popular (CFESS, 2010, p. 26).



O Código de Ética da profissão apresenta ferramentas relevantes para a atuação dos Assistentes Sociais na saúde em todas as suas dimensões, tanto na prestação de serviços diretos à população, planejamento, assessoria na gestão e na mobilização e como na participação social (CFESS, 2012).

Diante desse cenário enfatiza-se a importância do trabalho multiprofissional, na perspectiva do atendimento integral dos usuários do SUS, conforme preconiza a lei nº 8.080/1990. Deste modo, como uma estratégia de superação destaca-se que a comunicação é uma estratégia importante, utilizada no processo de acompanhamento das famílias durante os atendimentos na urgência e emergência, uma vez que se necessita fortalecer os vínculos com os atores do processo (família, usuários e profissionais) (NOGUEIRA, et al., 2018).

Ressaltamos que o serviço social como categoria profissional da política de saúde é de fundamental importância, e que apesar de, em seu cerne, ter a produção de conhecimento como atribuição, a categoria não registra um número expressivo de estudos referentes à humanização em saúde no setor de urgência e emergência, assim tivemos dificuldades na busca de dados específicos do Serviço Social neste campo. A produção científica de uma determinada categoria profissional poderá revelar a sua ideologia, posicionamento político, técnico e científico, bem como alguns questionamentos centrais e subjacentes da profissão em si, revelando a realidade prática (CARRASCO, 1987).

Ainda sobre a importância da produção científica, temos que, trabalhos acadêmicos originados a partir da prática profissional, buscam realizar análises históricas do trabalho com o enfoque nas alterações da produção e reprodução das relações capitalistas e o entendimento do trabalho em seu sentido concreto, conforme nos apontam Costa e Madeira (2013, p.102), as autoras afirmam ainda que:

Pesquisas e produções sobre a atuação profissional, seu estatuto de assalariamento, as configurações do mercado de trabalho, os condicionantes que incidem na autonomia profissional e a materialização ou não do projeto ético-político são questões que contribuem para o entendimento da profissão nos espaços sócio-ocupacionais, que, mesmo diante de suas especificidades, comungam dos mesmos ditames do sistema sociometabólico do capital (COSTA.; MADEIRA, 2013, p. 102).

Desta forma, para o serviço social é importante compreender estas relações que envolvem o desencadeamento da profissão, o que as autoras nos mostram logo acima, como uma mola propulsora de estudos. Destarte, “a pesquisa bibliográfica compreende a leitura, seleção, fichamento e arquivo dos tópicos de interesse para a pesquisa em pauta, com vistas a conhecer as contribuições científicas que se efetuaram sobre determinado assunto” (BERTONCELLO.; FRANCO, 2001, p. 82).



3 CONCLUSÕES

Assim sendo, é imprescindível pensar que o Serviço Social compreende uma profissão chave nos processos de articulação do cuidado em saúde no setor de urgência e emergência, a despeito dos aspectos biologizante, pois os assistentes sociais realizam suas intervenções de modo mais aproximado dos usuários que buscam o setor, estabelecendo uma relação supostamente mais humana, com posturas menos tecnicistas, a intervenção desses profissionais possibilita a efetivação da PNH entre os usuários, familiares e trabalhadores do setor.

O setor de urgência e emergência da Santa Casa possui um fluxo diário intenso e acelerado de entradas e saídas de pacientes, assim promover espaços de intervenção à luz da PNH neste setor, exige do profissional uma habilidade comunicativa e de articulação com os trabalhadores, na criação de ações breves e que possibilitem que os usuários compreendam a prestação de serviços em saúde enquanto direito. Articular ações dentro desse contexto, compreende um processo complexo tendo-se que os sete assistentes sociais atuam nos diversos setores do hospital, não tendo um olhar setorizado, fragilizando sua atuação diante das especificidades dos casos, conforme o setor em que surge. Nesse sentido, se faz necessário que o serviço social tenha uma lotação conforme os setores do hospital, a fim de que os profissionais possam promover ações fundamentadas e planejadas para atender a demanda dos diversos tipos de casos.

Consideramos relevante a continuidade do estudo no campo da urgência e emergência hospitalar, dado que este compreende um espaço de promoção de cuidado em saúde e, portanto, de direito.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, Ricardo. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. Boitempo Editorial, 2015.

BERTONCELLO, N. M. F; FRANCO, F. C. P. Estudo bibliográfico de publicações sobre a atividade administrativa da enfermagem em saúde mental. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 9, n. 5, p. 83-90, 2001.

CARRASCO, M. A. P. **Influência das Escolas de Administração Clássica e Científica na produção científica da enfermagem brasileira**, 1987.



Conselho Federal de Serviço Social. **Código de Ética Profissional dos/as Assistentes Sociais / Lei 8663/93**. Brasília: CFESS, 2012. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf> Acesso em 29 de março de 2017.

_____. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Brasília: CFESS, 2010.

COSTA, R. G. Trabalho, práxis e Serviço Social. **R. Katál.**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 101-110, jan./jun. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rk/v16n1/v16n1a11.pdf>> Acesso em 27 de março de 2017.

GALLO, A. M; MELLO, H. C. Atendimento humanizado em unidades de urgência e emergência. **Apucarana: Revista F@ ciência**, v. 5, n. 1, p. 1-11, 2009.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de saúde pública**, v. 23, p. 399-407, 2007.

CAMPOS, Rosana Teresa Onocko et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 252-264, 2014.

HUMANIZASUS. **Política Nacional de Humanização – PNH**. Brasília-DF, 2013. Disponível: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_fo lheto.pdf>. Acesso em 29 mar de 2017.

NETTO, J. P. A construção do projeto ético-político do Serviço Social. **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**, v. 4, 2006.

PAIVA, B. A. *et al.* O Código de Ética de 1983: signo da renovação do Serviço Social no Brasil. In: BONETTI, Dilséa Adeodata et al (Org.). **Serviço Social e Ética: convite a uma nova práxis**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2001. p. 159-173.

SILVA, R. C. P; ARIZONO, A. D. A política nacional de humanização do SUS e o Serviço Social. **Revista Ciências Humanas**, v. 1, n. 2, 2008.