



PROGRAMA DE APRIMORAMENTO  
PROFISSIONAL  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS  
FUNDAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO  
ADMINISTRATIVO - FUNDAP



**Pâmela Fernanda Ferreira de Oliveira Martins**

**A Política Nacional de Humanização e as contribuições do Serviço  
Social na saúde.**

**RIBEIRÃO PRETO – SP**

**2013**



PROGRAMA DE APRIMORAMENTO  
PROFISSIONAL  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS  
FUNDAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO  
ADMINISTRATIVO - FUNDAP



**PÂMELA FERNANDA FERREIRA OLIVEIRA MARTINS**

**A Política Nacional de Humanização e as contribuições do Serviço  
Social na saúde**

Monografia apresentada ao Programa de Aprimoramento Profissional / CRH / SES – SP, elaborada no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento.

**Área:** Serviço Social em Psiquiatria  
Orientadora: Maria Cristina Ferri Santoro

RIBEIRÃO PRETO – SP

2013

Martins, Pâmela Fernanda Ferreira Oliveira.

A Política Nacional de Humanização e as contribuições do Serviço Social na saúde / Pâmela Fernanda Ferreira Oliveira Martins – Ribeirão Preto, SP: [s.n.] ,2013.

Orientadora: Maria Cristina Ferri Santoro.

Monografia apresentada ao Programa de Aprimoramento Profissional/SES do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP.

1. Política Nacional de Humanização. 2. Políticas de Saúde. 3. Serviço Social na Saúde.

**MARTINS, PÂMELA FERNANDA FERREIRA OLIVEIRA**

**BIBLIOTECA CENTRAL DA USP DE RIBEIRAO PRETO**

FACULDADE DE MEDICINA  
DE RIBEIRAO PRETO USP

TOMBO: \_\_\_\_\_ SYSNO: \_\_\_\_\_

**MONOGRAFIA 2013**

“A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO E AS CONTRIBUIÇÕES DO SERVIÇO  
SOCIAL NA SAÚDE”

ALUNA: PÂMELA FERNANDA FERREIRA OLIVEIRA MARTINS  
ORIENTADORA: MARIA CRISTINA FERRI SANTORO

## **Agradecimentos**

Agradeço à Deus, pela oportunidade maravilhosa de ter cursado o Programa de Aprimoramento Profissional, foi uma experiência que proporcionou crescimento pessoal e profissional.

A minha família, por ser a razão de meu viver, minha felicidade, amo todos.

A minha supervisora Maria Cristina, profissional comprometida que me propiciou um rico aprendizado durante a Enfermaria Ala - A de Psiquiatria, obrigada pela paciência.

A minha supervisora do Hospital Dia Fabiana, pela paciência e pelo aprendizado.

A minha dupla de Serviço Social Mariana, pelos momentos de conversas e risadas, obrigada por compartilhar sua amizade.

A minha dupla de Psicologia Flavia, obrigada pela amizade e pela força durante este ano.

Às aprimorandas da Terapia Ocupacional Cristiane, Tamara, Aline e a todos os estagiários, pelos momentos de descontração.

Aos pacientes e às suas famílias, por terem confiado e compartilhado suas histórias comigo, o que contribuiu para modificar meu olhar sobre a vida.

MARTINS, P. F. F. O. **A Política Nacional de Humanização e as contribuições do Serviço Social na saúde.** 2013. 26f. Monografia – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, Ribeirão Preto, 2013.

## RESUMO

Os movimentos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica foram fundamentais para a mudança de rumo da saúde no Brasil. A Constituição Federal, promulgada em 1988, representou um marco na luta pelos direitos dos cidadãos, pois ao estabelecer o Sistema Único de Saúde (SUS) como política, garantiu a saúde como direito de todos e dever do Estado. Para atender aos preceitos constitucionais, a Política Nacional de Humanização na Saúde apresenta uma nova cultura de atenção ao processo de cuidados na saúde. A Política Nacional de Humanização é um tema relevante aos profissionais da área da saúde, inclusive para o Assistente Social. Este estudo objetiva ampliar o conhecimento sobre a Política Nacional de Humanização e a contribuição do Serviço Social na saúde. Para a sua realização, desenvolveu-se a revisão bibliográfica e a análise através do método materialista dialético.

**Palavras – Chave:** Política Nacional de Humanização. Políticas de Saúde. Serviço Social na saúde.

MARTINS, P. F. F. O. **The National Humanization Policy and the Contributions of Social Work in Health** 2013. 26 f. Monograph - Hospital of the Faculty of Medicine of Ribeirão Preto - USP, Ribeirão Preto, 2013.

## **ABSTRACT**

The Health Reform movements and Psychiatric Reform were fundamental to the change in direction of health in Brazil. The Federal Constitution, promulgated in 1988, was a milestone in the fight for the rights of citizens as to establish the Unified Health System (SUS) as a policy, guaranteed health as a right of all and a duty of the State. To meet the constitutional requirements, the National Humanization Policy in Health presents a new culture of attention to the process of health care. The National Humanization Policy is an important issue for healthcare professionals, including the Social Worker. This study aims to increase knowledge about the National Humanization Policy and the contribution of Social Work in Health. For its realization, we developed a literature review and analysis through the dialectical materialist method.

**Key - Words:** National Humanization Policy. Health Policy. Social Work in Health.

## **LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS**

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
GRUMA	Grupo em uso de Medicamentos Antipsicóticos Atípicos
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
PNH	Política Nacional de Humanização
SUS	Sistema Único de Saúde
USP	Universidade de São Paulo



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>2</b>	<b>REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b> .....	11
2.1	A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL.....	11
2.2	O SERVIÇO SOCIAL NO ÂMBITO DA SAÚDE .....	13
2.3	ENTENDENDO A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO .....	15
2.4	O PROJETO ÉTICO-POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL E A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE.....	18
<b>3</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	21
<b>4</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	24
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	25

## 1. INTRODUÇÃO

O movimento da Reforma Sanitária no Brasil inicia-se em meados dos anos 1970, trata-se de uma representação de mudança de paradigma na saúde pela abrangência dos determinantes sociais no processo saúde e doença (BRASIL, 1988).

Em meados dos anos 1980, discutiram-se os rumos da saúde no país sendo aprovada a bandeira da Reforma Sanitária e, ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde como marco importante na trajetória da política pública de saúde no Brasil (BRAVO; MATOS, 2009).

A regulamentação da Constituição Federal de 1988 preconizou a saúde como direito de todos os cidadãos e dever do Estado, resultando nas diretrizes da atual instalação do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1988).

Ainda nesta década, na área de saúde mental, tomou força a Reforma Psiquiátrica, que foi um movimento de questionamento e mudança do paradigma da psiquiatria clássica, com propostas e alternativas adversas ao modelo asilar, no sentido da desinstitucionalização, que previu a substituição do hospital psiquiátrico por serviços de base comunitária.

Embora a Reforma Psiquiátrica em nosso país tivesse as suas próprias características, ela foi incluída dentro de um contexto internacional de mudança pelo rompimento do modelo asilar e, contemporânea ao movimento da Reforma Sanitária, em favor da renovação dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços e o protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de produção de cuidados (BRASIL, 2005).

A partir da XI Conferência Nacional de Saúde (2000), que teve como título: "Acesso, qualidade e humanização na atenção a saúde, com controle social", foi indicado um caminho para interferir na agenda das políticas públicas de saúde, sendo discutida esta temática enquanto qualidade de vida, com ênfase na humanização.

Ao considerar que o projeto ético político de nossa profissão tem nos direitos sociais seu fundamento e que a Política Nacional de Humanização (PNH) é recente, objetivamos com este estudo, ampliar o conhecimento sobre a PNH e as contribuições do Serviço Social na saúde.

## 2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 2.1 A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

A Política de Saúde Mental será abordada a partir do movimento da Reforma Psiquiátrica (1970), como parte do processo de políticas públicas de saúde no Brasil.

A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2005, p. 6).

O ano de 1978 costuma ser identificado como o de início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos no Brasil, por ser o ponto de partida do envolvimento dos trabalhadores da saúde na luta a favor da Reforma Psiquiátrica - o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que denunciou a violência dos manicômios, a mercantilização da loucura, a hegemonia de uma rede privada de assistência psiquiátrica e, ainda, o saber e modelo desta psiquiatria. Tem-se nesse momento como modelo a experiência italiana de Franco Basaglia.

No início de 1980, a Colônia Juliano Moreira, no Rio de Janeiro, enorme asilo com mais de dois mil internos, iniciou um processo de desinstitucionalização.

Surgem as primeiras propostas e ações para a reorientação da assistência. O II Congresso Nacional do MTSM, em 1987, adota o lema "por uma sociedade sem manicômios". Neste mesmo ano, é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental.

O ano de 1989 foi marcado por processo de intervenções e modificações na assistência em saúde mental, como exemplo a Secretaria Municipal de Saúde de Santos, que realizou uma intervenção em um hospital psiquiátrico, com repercussão nacional, em relação a como era o tratamento às pessoas com transtorno mental, possibilitando a construção de uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico. Com este cenário são implantados na cidade Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS)

que funcionavam 24 horas, e também criadas cooperativas, residências para os egressos do hospital e associações.

Em 1989, entrou no Congresso Nacional o Projeto de Lei Paulo Delgado, que propunha a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais e a extinção dos manicômios.

De acordo com o Ministério da Saúde, a década de 1990 foi marcada pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, dando início às primeiras normas federais que regulamentavam a implantação de serviços de atenção diária (experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia) e as que fiscalizavam e classificavam os hospitais psiquiátricos. Ainda nesta década, começam a surgir leis que determinam uma rede integrada de atenção à saúde mental.

No ano de 2001, a Lei Paulo Delgado foi sancionada (Lei Federal nº10.216) redirecionando a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais.

A partir de então, a rede de atenção diária em saúde mental teve importante expansão, passando a alcançar grande parte das regiões que tinham uma tradição hospitalar. O processo de desinstitucionalização de pessoas longamente internadas foi impulsionado com a criação do Programa "De Volta Pra Casa".

Diante do exposto, a incorporação progressiva dos processos de modificação na saúde mental vem sendo materializada no contexto brasileiro, fundamentadas pelas portarias nº 189/1991 e nº 224/1992 do Ministério da Saúde.

Com estas regulamentações puderam ser realizados novos procedimentos, como: a consulta individual e em grupo, por profissionais de Serviço Social, Enfermagem, Psicologia; atendimentos em oficinas terapêuticas, centros de atenção psicossocial, hospital-dia, urgência e internação em hospital geral. Definindo-se os padrões mínimos para o funcionamento dos serviços com vistas à construção de uma rede diversificada de assistência em saúde mental.

Enquanto nova perspectiva de assistência à saúde, a formalização do modelo sanitário, com ações integradas de saúde, através de equipes multiprofissionais, abriu um amplo horizonte de possibilidades e de enfrentamentos na busca do exercício da cidadania das pessoas com sofrimento psíquico.

## 2.2 O SERVIÇO SOCIAL NO ÂMBITO DA SAÚDE

O Serviço Social no Brasil (1930) começou com a assistência aos trabalhadores para intermediar a relação entre capital e trabalho, através da intervenção nas refrações mais imediatas da questão social, como por exemplo, nas fábricas, previdência e assistência social.

Após alguns anos o Serviço Social começa a atuar no campo da saúde mental:

Apesar de a literatura registrar o início do Serviço Social em Saúde Mental no Brasil como sendo em 1946: “No Brasil, a organização de Serviços Sociais Psiquiátricos, iniciados em 1946” (...)” (Sabóia, 1976:51), nos primeiros trinta anos de existência de Serviço Social no Brasil não havia muitos assistentes sociais trabalhando na área psiquiátrica em clínicas, hospitais ou manicômios simplesmente porque o número desses profissionais era reduzido até os anos 1960 (ainda não ocorrera a “privatização” dos serviços públicos de saúde). Havia hospícios estatais nas principais capitais do Brasil, e às vezes um hospício em algum estado da federação atendendo as grandes áreas do interior. Outra particularidade consistia em que eram voltados para o atendimento a população muito pobre e não à massa dos trabalhadores em geral (BISNETO, 2007, p. 21).

Este mesmo autor afirma que as primeiras práticas profissionais em saúde mental ocorreram no ano de 1946, na cidade do Rio de Janeiro.

A nova assistência, antes prestada somente as pessoas consideradas indigentes, passou a ser estendida a massa de trabalhadores e seus dependentes a partir do movimento militar de 1964.

O grande problema para o governo da ditadura militar nos hospícios no fim dos anos 1960 não era a loucura (esta era controlada pela psiquiatria, pelos psicotrópicos e pelo aparato asilar). Era a pobreza, o abandono, a miséria, que saltavam à vista e que geravam contestações da sociedade, principalmente após a incorporação do atendimento aos trabalhadores e seus dependentes na rede previdenciária de assistência mental. O assistente social veio para “viabilizar” o sistema manicomial no seu ponto mais problemático (BISNETO, 2007, p.25).

O assistente social foi demandado pelo Estado ditatorial para atuar como executor de políticas sociais na área da saúde mental, que precisava ser controlada, pois poderia gerar contestações da sociedade, principalmente com a incorporação da rede previdenciária através do atendimento aos trabalhadores e seus dependentes.

Neste cenário, com as lutas contra a ditadura e pelo acesso as melhores condições de vida da classe trabalhadora e experimentando novas influências, no

final dos anos de 1970 e ao longo dos anos de 1980, o Serviço Social foi afirmando um projeto profissional comprometido com a democracia e com acesso universal aos direitos sociais, civis e político (IAMAMOTO, 2001).

O processo da reforma psiquiátrica, que visava à desconstrução da assistência hospitalocêntrica, contribuiu para um novo modelo de assistência em nosso país, através de práticas voltadas a ampliação dos laços sociais, ao resgate da autonomia, luta contra a segregação social e o estigma da incapacidade e de periculosidade, secularmente atribuído a pessoa com transtorno mental.

O Serviço Social chega à década de 1990, com uma incipiente alteração do exercício profissional no âmbito da saúde:

Essa década marca o início da maturidade da tendência hegemônica na academia e nas entidades representativas da categoria – intenção de ruptura – e, com isso, a interlocução real com a tradição marxista. No entanto, os profissionais dessa vertente se inserem, na sua maioria, nas universidades e têm pouca capilaridade nos serviços. Na saúde, os avanços conquistados pela profissão no exercício profissional são considerados insuficientes, pois o Serviço Social chega à década de 1990 ainda com uma incipiente alteração do trabalho institucional; continua enquanto categoria desarticulada do Movimento da Reforma Sanitária, sem nenhuma explícita e organizada ocupação na máquina do Estado pelos setores progressistas da profissão (encaminhamento operacionalizado pela Reforma Sanitária) e insuficiente produção sobre “as demandas postas à prática em saúde” (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2010, p.25).

Nos anos 1990, com a implantação do projeto neoliberal no país, foi identificada a existência de dois projetos políticos em disputa na área da saúde, com diferentes requisições para o Serviço Social.

O projeto privatista vem requisitando ao assistente social, entre outras demandas, a seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial por meio de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo por meio da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais. Entretanto, o projeto da reforma sanitária vem apresentando como demandas que o assistente social trabalhe as seguintes questões: 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 (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2010, p. 26).

Como afirma Iamamoto os assistentes sociais são desafiados a trabalhar sob uma conjuntura de globalização mundial.

Os assistentes sociais são desafiados neste tempo de divisas, de gente cortada em suas possibilidades de trabalho e de obter meios de sobrevivência ameaçada na própria vida. Tempo de crise, em que cresce o desemprego, o subemprego, a luta por meios para sobreviver no campo e na cidade (IAMAMOTO, 2001, p. 18).

O Serviço Social, desde 1997, é considerado como profissão da área da saúde, pelo Conselho Nacional de Saúde. Sua atuação está concentrada, prioritariamente, nas ações de caráter emergencial, educação e informação em saúde, planejamento e assessoria e, mobilização de comunidade. Estas ações são determinadas pela concepção ampliada de saúde e pelas condições objetivas da população usuária dos serviços (CASTRO, 2007).

Para Robaina (2010), toda profissão se legitima frente à sociedade a partir de um processo de inserção histórica na divisão sociotécnica do trabalho, através do conjunto de sua produção teórica e de seus instrumentos operativos que lhe garantem reconhecimento e um mandato social, e o que justifica a existência do Serviço Social é a questão social. As múltiplas expressões da questão social como: trabalho, família, habitação, assistência social, saúde, entre outras, geradas pelo advento do neoliberalismo e pela globalização, tem significado um aumento da requisição por serviços sociais, a seletividade no campo das políticas sociais, e em consequência o aumento da demanda por saúde.

### 2.3 ENTENDENDO A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

A Política Nacional de Humanização, como dimensão de política pública de saúde brasileira, foi instituída no ano de 2004.

Para enfrentar os desafios de tornar os princípios do SUS operativos na prática, o Ministério da Saúde elaborou a PNH como um instrumento para mudanças nos modelos de atenção e gestão, com foco nas necessidades dos cidadãos, na produção de saúde e no próprio processo de trabalho em saúde.

Tematizar a humanização da assistência abre, assim, questões fundamentais que podem orientar a construção das políticas em saúde. Humanizar é, então, ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais (BRASIL, 2004, p. 6).

Dois importantes interlocutores no processo de implantação desta política, Benevides e Passos (2005), apontam que a humanização foi reivindicada por usuários e alguns trabalhadores da área da saúde, porém secundarizada e banalizada por alguns gestores e profissionais.

A humanização, expressa em ações fragmentadas e numa imprecisão e fragilidade do conceito, veem seus sentidos ligados ao voluntarismo, ao assistencialismo, ao paternalismo ou mesmo ao tecnicismo de um gerenciamento sustentado na racionalidade administrativa e na qualidade total. Para ganhar a força necessária que dê direção a um processo de mudança que possa responder a justos anseios dos usuários e trabalhadores da saúde, a humanização impõe o enfrentamento de dois desafios: conceitual e metodológico (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p. 390).

Muitos têm sido os sentidos atribuídos ao conceito de humanização da saúde (conceito polissêmico), o conceito utilizado para este estudo, está embasado na PNH

Entende-se Humanização como: valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; fomento da autonomia e dos protagonismos desses sujeitos; aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos, estabelecimentos de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; identificação das necessidades de saúde; mudanças nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde. Compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento (BRASIL, 2004, p. 7).

Para nossa compreensão, devemos considerar a maneira como o conceito está intrinsecamente relacionado ao processo de constituição do SUS.

É na dimensão da experiência concreta que encontramos um “SUS que dá certo”. A construção da PNH se fez por um “reencantamento do concreto” (Varela, 2003) e não a partir da definição de um modelo ou de um padrão-ideal para organização dos modos de atenção e de gestão no campo da saúde pública brasileira (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p.569).

Ainda, no âmbito da saúde, a humanização diz respeito a:



Como conjunto de estratégias para alcançar a qualificação da atenção e da gestão em saúde no SUS, estabelece-se, portanto, como a construção/ativação de atitudes ética-estético-políticas em sintonia com um projeto de co-responsabilidade e qualificação dos vínculos interprofissionais e entre estes e os usuários na produção de saúde. Éticas porque tomam a defesa da vida como eixo de suas ações. Estéticas porque estão voltadas para a invenção das normas que regulam a vida, para os processos de criação que constituem o mais específico do homem em relação aos demais seres vivos. Políticas porque é na pólis na relação entre os homens que as relações sociais e de poder se operam, que o mundo se faz (BRASIL, 2004, p.8).

Neste sentido, o compromisso ético-estético-político da humanização se assenta nos valores da autonomia e protagonismos dos sujeitos de co-responsabilidade entre eles, dos direitos dos usuários e participação coletiva no processo de gestão.

De acordo com Benevides e Passos (2005), a fragmentação das práticas se evidenciava em sua ligação a diferentes programas e projetos de humanização; havia projetos, atividades e propostas, mas em todos era evidente o caráter fragmentado e separado dessas iniciativas não só na relação de baixa horizontalidade que se verificava entre elas e também no modo vertical como elas se organizavam dentro do Ministério da Saúde e do Sistema Único de Saúde.

Falar de saúde como processo de produção é falar de uma experiência que não se reduz ao binômio queixa-conduta já que aponta para a multiplicidade de determinantes da saúde e para a complexidade das relações entre os sujeitos trabalhadores, gestores e usuários dos serviços de saúde. O que se produz neste processo é a um só tempo a saúde e os sujeitos aí implicados. Por isso, falamos da humanização do SUS como processo de subjetivação que se efetiva com a alteração dos modelos de atenção e gestão em saúde, isto é, novos sujeitos implicados em novas práticas de saúde. Pensar a saúde como experiência de criação de si e de modos de viver é tomar a vida em seu movimento de produção de normas e não de assujeitamento a elas (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p.570).

O Ministério da Saúde propõe diretrizes gerais para a implementação da PNH nos diferentes níveis de atenção, ou seja, atenção básica, atenção especializada e atenção hospitalar.

Neste estudo, serão expostas somente as diretrizes do âmbito hospitalar, pois o Programa de Aprimoramento Profissional de Serviço Social em Psiquiatria desenvolve-se na Enfermaria de Psiquiatria em Hospital Geral – Ala A, no Hospital Dia – Saúde Mental e no Ambulatório Grupo em uso de medicações antipsicóticas atípicas (GRUMA).

Na Atenção Hospitalar propõem-se dois níveis crescentes (B e A) de padrões para adesão à PNH:

Parâmetros para o nível B:

- Existência de Grupos de Trabalho de Humanização (GTH) com plano de trabalho definido. – Garantia de visita aberta por meio da presença do acompanhante e de sua rede social, respeitando a dinâmica de cada unidade hospitalar e as peculiaridades das necessidades do acompanhante.
- Mecanismos de recepção com acolhimento aos usuários. – Mecanismos de escuta para a população e os trabalhadores. – Equipe multiprofissional (minimamente com médico e enfermeiro) de atenção à saúde para seguimento dos pacientes internados e com horário pactuado para atendimento à família e/ou à sua rede social. – Existência de mecanismos de desospitalização, visando a alternativas às práticas hospitalares, como as de cuidados domiciliares. – Garantia de continuidade de assistência com sistema de referência e contra-referência (BRASIL, 2004, p. 14).

Parâmetros para o nível A:

- Grupo de trabalho de Humanização (GTH) com plano de trabalho implantado. – Garantia de visita aberta por meio da presença do acompanhante e de sua rede social, respeitando a dinâmica de cada unidade hospitalar e as peculiaridades das necessidades do acompanhante.
- Ouvidoria e funcionamento. – Equipe multiprofissional (minimamente com médico e enfermeiro) de atenção à saúde para seguimento dos pacientes internados e com horário pactuado para atendimento à família e/ou sua à sua rede social. – Existência de mecanismos de desospitalização, visando a alternativas às práticas hospitalares, como as de cuidados domiciliares. – Garantia de continuidade de assistência com sistema de referência e contra-referência. – Conselho gestor local com funcionamento adequado. – Existência de acolhimento com avaliação de risco nas áreas de acesso (pronto-atendimento, pronto-socorro, ambulatório, serviço de apoio diagnóstico e terapia). – Plano de educação permanente para trabalhadores com temas de humanização em implementação (BRASIL, 2004, p. 14-15).

## 2.4 O PROJETO ÉTICO-POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL E A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO.

Como vimos, o projeto ético-político do Serviço Social teve suas raízes no movimento de recusa e crítica ao conservadorismo profissional, na década de 1970, atingindo sua maturidade nos anos de 1990.

Na luta contra o regime militar e com a conquista da democracia no final dos anos 1980, fomentou-se no interior da categoria profissional a disputa entre dois projetos diferentes: os que defendiam interesses das classes trabalhadoras e os que defendiam interesses capitalistas, diante deste cenário, o Serviço Social redimensionou-se enquanto categoria profissional.

Esse projeto de profissão e de formação profissional, hoje hegemônico, é historicamente datado. É fruto e expressão de um amplo movimento da sociedade civil desde a crise da ditadura, afirmou o protagonismo dos sujeitos sociais na luta pela democratização da sociedade brasileira. Foi no contexto de ascensão dos movimentos sociais, das mobilizações em torno da elaboração e aprovação da Carta Constitucional de 1988, das pressões populares (...) que a categoria dos assistentes sociais foi sendo questionada pela prática política de diferentes segmentos da sociedade civil. E os assistentes sociais não ficaram a reboque desses acontecimentos. Ao contrário, tornaram-se um dos seus co-autores, co-participantes desse processo de lutas democráticas na sociedade brasileira (IAMAMOTO, 2009, p. 51).

Está esboçado no Código de Ética do Assistente Social de 1993, na lei de Regulamentação da Profissão (nº 8.662/93) e, nas Diretrizes Curriculares do Ensino de Serviço Social (1996), que:

O projeto ético-político do Serviço Social se vincula a um projeto socioetário que propõe a construção de uma nova ordem social sem denominação ou exploração de classe, etnia e gênero e assume a defesa intransigente dos direitos humanos, recusando toda forma de autoritarismo e arbítrio; defende a democracia como forma de ampliação da cidadania dos indivíduos sociais. Posicionamento em favor da equidade e justiça social que assegure a universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais (CFESS; Brasília; 1997; p. 17-18).

Segundo o documento Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde:

A concepção de humanização, na perspectiva ampliada, permite aos profissionais analisarem os determinantes sociais do processo saúde-doença, as condições de trabalho e os modelos assistencial e de gestão. Nessa direção, cabe aos profissionais desencadear um processo de discussão, com a participação dos usuários, para a revisão do projeto da unidade de saúde, das rotinas e serviços e ruptura com o modelo centrado na doença. O desafio da humanização é a criação de uma nova cultura de atendimento, pautada na centralidade dos sujeitos na construção coletiva do SUS. Para que essa proposta se consolide é preciso que os trabalhadores estejam motivados, com condições de trabalho dignas e salários compatíveis. A defesa dessa concepção de humanização encontra-se respaldada no projeto ético-político do Serviço Social, devendo ser compromisso e preocupação profissional (CFESS; Brasília; 2010; p. 52).

A PNH constitui-se numa dimensão de política pública porque é transversal às demais ações e programas de saúde e, como movimento social, dialoga e tenciona com suas proposições (BENEVIDES; PASSOS, 2005). Relacionando a Política Nacional de Humanização da Saúde e o Projeto Ético Político do Serviço Social

importa ainda o fato de ambas priorizarem uma nova relação com os usuários dos serviços de saúde:

O compromisso com a qualidade dos serviços prestados a população, aí incluída a publicidade dos recursos institucionais, instrumento indispensável para a sua democratização e universalização e, sobretudo para abrir as decisões institucionais à participação dos usuários (MIOTO, 2007, p. 49).

### 3. DISCUSSÃO

O momento que vivemos é um momento pleno de desafios. Mais do que nunca é preciso ter coragem, é preciso ter esperanças para enfrentar o presente. É preciso resistir e sonhar. É necessário alimentar os sonhos e concretizá-los dia a dia no horizonte de novos tempos mais humanos, mais justos, mais solidários (IAMAMOTO, 2009, p. 17).

A Constituição Federal de 1988 preconiza a saúde como direitos de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988). Esta concepção começou a ser desenvolvida através do movimento da Reforma Sanitária, com o envolvimento dos usuários e trabalhadores da saúde e com a participação da sociedade na mobilização de recursos sociais. Apresentando um novo rumo para a saúde – o SUS. A partir deste movimento a saúde começou a ser discutida como direito social, tendo sido este o tema abordado na VIII Conferência Nacional de Saúde, que teve como tema: “Saúde como direito de cidadania” (BRAVO; MATOS, 2009).

A proposta da Política Nacional de Humanização na saúde surgiu no cenário das políticas públicas como uma oportunidade de propor, discutir e empreender um processo de mudança na cultura de atendimento na rede SUS, tendo a intenção de rompimento com as fronteiras impostas historicamente. Nogueira e Bogus (2004), afirmaram que a promoção e humanização da saúde são processos longos, dinâmicos e relacionados a cada contexto.

As condições políticas neoliberais dificultam e impactam para a implementação do SUS. As profundas desigualdades socioeconômicas ainda permanecem e contribuem para vários desafios no campo da saúde, como a ampliação do acesso com qualidade aos serviços e aos bens de saúde e ampliação dos processos de co-responsabilização entre os sujeitos envolvidos nos processos de produzir e cuidar (BRASIL, 2004).

A saúde teve avanços na descentralização e regionalização de atenção e gestão com a ampliação dos níveis de universalidade, equidade, integralidade e controle social. Contudo, a fragmentação e a verticalização dos processos de trabalho dividem as relações entre os profissionais de saúde e entre estes e os usuários, o trabalho em equipe, assim como o preparo para lidar com as dimensões sociais e subjetivas presentes nas práticas de atenção, justamente por estes desafios que foi proposta a PNH (BRASIL, 2004).

## Segundo Campos (2005) a humanização

Depende ainda de mudanças das pessoas, da ênfase em valores ligados à defesa de vida, na possibilidade de ampliação do grau de desalienação e de transformar o trabalho em processo criativo e prazeroso. A reforma da atenção no sentido de facilitar a construção de vínculos entre equipes e usuários, bem como no de explicitar com clareza a responsabilidade sanitária são instrumentos poderosos para mudança. Na realidade, a construção de organização que estimulem operadores a considerar que lidam com outras pessoas todo o tempo, e que estas pessoas, como ele próprios, têm interesses e desejos com os quais se deve compor, é um caminho forte para se construir um novo modo de convivência (CAMPOS, 2005, p. 400)

A proposição da Política de Humanização pode não ser valorizada já que algumas iniciativas se apresentam de modo vago e associadas a atitudes humanitárias, de caráter filantrópico, voluntário e revelador de bondade. Portanto, um favor e, não um direito a saúde (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Outro aspecto relevante e que foi pouquíssimo explorado através das referências bibliográficas, diz a respeito às condições estruturais de trabalho desse profissional de saúde, quase sempre mal remunerado, muitas das vezes pouco incentivado e sujeito a uma carga considerável de trabalho. Humanizar a assistência é humanizar a produção dessa assistência (DESLANDES, 2004).

Os serviços de saúde mental a partir da Reforma Psiquiátrica foram redimensionados, sendo pautado por uma rede de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). A partir desta política pública de assistência em saúde mental na atualidade, associando estas mudanças ao Serviço Social, que vêm fazendo parte deste contexto de transformações, sendo requisitado para atuar entre o Estado e Sociedade Civil (IAMAMOTO, 2009) nas várias faces da questão social, inclusive na saúde.

No que se refere ao Serviço Social, cabe compreender:

Numa ação necessariamente articulada com outros segmentos que defendem o aprofundamento do Sistema Único de Saúde (SUS) – formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde, atentando que o trabalho do assistente social que queira ter como norte o projeto ético político profissional tem de, necessariamente, estar articulado ao projeto da reforma sanitária (MATOS, 2003; BRAVO; MATOS, 2004). Considera que o Código de Ética da profissão apresenta ferramentas imprescindíveis para o trabalho dos assistentes sociais na saúde em todas as suas dimensões: na prestação de serviços diretos à população, no planejamento, na assessoria, na gestão e na mobilização e participação social (CFESS; Brasília; 2010; p. 29 – 30).

A contribuição do assistente social é fundamental para garantir que a pessoa seja vista em sua integralidade e não apenas como um corpo adoecido, e na viabilização de estratégias para o enfrentamento destes problemas, devendo estar capacitado para a identificação dos determinantes sociais e na apreensão das vulnerabilidades sociais que interferem na qualidade de vida e saúde dos usuários.

Tem-se por pressuposto que transformações estruturais nas políticas sociais, e na saúde em particular, só serão efetivadas por meio de um amplo movimento de massas que questione a cultura política da crise gestada pelo grande capital e que lute pela ampliação da democracia nas esferas da economia, da política e da cultura (CFESS; Brasília; 2010; p. 23).

As ações políticas têm a capacidade de transformar e garantir direitos, constituir novos sentidos, sendo necessária uma reflexão das conquistas e dos desafios da saúde, num sentido de se estar articulado no debate, com a finalidade de caminharmos em direção da concretização do SUS, não perdendo de vista que quando os sujeitos sociais são mobilizados, são capazes de transformar a realidade e transformam-se a si próprio com participação no processo de produção de saúde.

O Serviço Social tem como instrumento normativo para sua prática profissional o Código de Ética Profissional, constituído por princípios: ampliação e consolidação da cidadania, compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população, eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e a discussão das diferenças (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 1997). Neste sentido, caberá ao Serviço Social reforçar a estratégia de ações centradas na ética, no diálogo e na produção de cuidados em saúde.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Através deste estudo, foi possível conhecer e fazer reflexão sobre a PNH. Trata-se de uma política que propõe a melhoria da qualidade e de atenção nos serviços de saúde, novo modelo de comunicação entre os profissionais e os usuários e, a construção de novas práticas de cuidado.

Como participante do processo de trabalho em saúde, é de fundamental importância para o profissional de Serviço Social aprimorar o seu conhecimento sobre as legislações vigentes no país, inclusive a PNH, a fim de ampliar e/ou garantir aos cidadãos o acesso aos direitos sociais e dar continuidade ao processo de consolidação do SUS.



## REFERÊNCIAS

- BARROS, R; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo?. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 9, n. 17, p. 389-394, 2005.
- BENEVIDES, R; PASSOS, E. A Humanização como Dimensão Pública das Políticas de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Niterói RJ, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005.
- BISNETO, J, A. **Serviço Social e Saúde Mental: Uma Análise Institucional da Prática**. São Paulo, ed. Cortez, p. 17-63, 2007.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSus: Política Nacional de Humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília, DF, 2004. 20 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois da Caracas**. Brasília, DF, 2005. 51 p.
- BRASIL. **Código de Ética do Assistente Social: lei 8.662/93 de regulamentação da profissão**. 3.ed. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 1997. 52 p.
- BRAVO, M, I, ; VASCONCELOS, A, M. et al (Ed. Cortez). **Saúde e Serviço Social**. 4.ed. Rio de Janeiro, p. 25-45, 2009.
- CAMPOS, G. W. S. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida?. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, Campinas SP, v. 9, n 17, p. 398-400, 2005.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 11., 2000, Brasília. **O Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: relatório final**. Brasília, 2000. 198 p.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. **A construção social da cidadania**. Brasília, 1986. 12 p.
- CONSELHO FEDERAL DO SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Brasília, DF, 2010.
- CASTRO E CASTRO, M.M. Serviço Social e Cuidado em Saúde: Uma Articulação Necessária. **Libertas Revista do Programa de Pós Graduação em Serviço Social**, Juiz de Fora MG, v. 2, n. 1, p. 106-126, 2007.
- DESLANDES, S, F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 9, p. 7-14, 2004.

IAMAMOTO, M, V. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 16.ed. São Paulo, ed. Cortez, p. 17-49, 2009.

MIOTO, R, C, T. A Política Nacional de Humanização e o Serviço Social: elementos para o debate. **Serviço Social e Saúde**, Campinas SP, v. 6, n. 6, p. 35-49, 2007.

NOGUEIRA, M, M, C, F; BOGUS, C, M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 44-57, 2004.

ROBAINA, M. C. V. O Trabalho do Serviço Social nos Serviços Substitutivos de Saúde Mental. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 102, p. 139-151, 2010.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Sistema Integrado de Bibliotecas da USP. **Diretrizes para apresentação de dissertações e tese da USP : documento eletrônico e impresso Parte I (ABNT)**. FUNARO. Et al. 2. ed. rev. ampl. – São Paulo: 2009. 102 p. (Cadernos de Estudos; 9).