



**RATIO - FACULDADE TEOLÓGICA E FILOSÓFICA
CURSO DE BACHARELADO EM SERVIÇO SOCIAL**

ALBENICE PEREIRA DE ABREU

A HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE: DESAFIOS DO ASSISTENTE SOCIAL

Fortaleza - CE

2019

ALBENICE PEREIRA DE ABREU

A HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE: DESAFIOS DO ASSISTENTE SOCIAL

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Serviço Social da Ratio - Faculdade Teleológica e Filosófica, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientador: Prof.^a Maria do Socorro Lima Martins Matos.

Fortaleza

2019

FICHA CATALOGRÁFICA

Obs: Os detalhes de como fazer essa ficha serão fornecidos individualmente, na Biblioteca Central da UFJF. O aluno (a) deve procurar a bibliotecária quando terminar todo o texto da monografia. Lá irá obter o número/registro CDU

ALBENICE PEREIRA DE ABREU

A HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE: DESAFIOS DO ASSISTENTE SOCIAL

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Serviço Social da Faculdade Teológica e Filosófica - Ratio, como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social.

Aprovada em ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Maria do Socorro Lima Martins Matos (Orientadora)
Ratio - Faculdade Teológica e Filosófica

Prof^a
Ratio - Faculdade Teológica e Filosófica

Prof^o.
Ratio - Faculdade Teológica e Filosófica

Dedico especialmente aos meus pais, Rita Rodrigues Pereira e Luiz Gonzaga Maciel, essenciais na minha vida e na minha construção como ser humano e ao Gilber Batista Barreto por me fazer feliz.

AGRADECIMENTOS

A Deus do céu e ao nosso senhor Jesus Cristo;

Ao meu filho Claudecyr Pereira;

A minha filha Claricy Pereira;

A minha mãe Rita Rodrigues Pereira e meu pai Luiz Gonzaga Maciel;

As professoras Fernanda Lelpo, Socorro Martins, Cristiane Oliveira;

A todos da minha família;

E a pessoa que se tornou extremamente importante na minha vida, resgatou em mim as melhores e maiores sensações, Gilber Batista Barreto.

A nossa Senhora Aparecida, Nossa Senhora de Fátima e Jesus Cristo;

A todos que não foram aqui citados, mas, que lutaram e torceram, diariamente ao meu lado, transmitindo fé mútua, amor incondicional, alegria radiante, calma, bravura, tornando assim meus dias felizes e graciosos.

“O homem joga sua saúde fora para conseguir dinheiro; depois, usa dinheiro para reconquistá-la.” (Confúcio)

RESUMO

Este estudo discute o tema da humanização na saúde e os desafios do assistente social. Tendo como objetivo conhecer o trabalho do assistente social dentro do âmbito da saúde e seu papel na humanização do atendimento, compreendendo as dificuldades enfrentadas pelo profissional dentro desse espaço, analisando qual a real função do assistente social no âmbito da execução dessa política, além de identificar os efeitos da Política Nacional de Humanização (PNH). Para tanto, traz em sua construção prerrogativas inerentes à humanização da saúde e seu atendimento, além de salientar a importância do assistente social nessa nova conjuntura, uma vez que o sistema de saúde passa por uma crise. Destacando percursos importantes na edificação de um novo conceito de humanização, desconstruindo pensamentos retrógrados sobre a temática, salientando o humanismo em suas diversas posturas, reforçando a humanização das práticas de saúde e uma relação harmoniosa entre usuários, profissionais e gestores. Conclui evidenciando os desafios confrontados pelo assistente social no âmbito da saúde acerca da humanização do atendimento. É um trabalho de natureza qualitativa, com metodologia baseada em estudo bibliográfico.

Palavras-chave: Humanização. Serviço Social. Saúde.

ABSTRACT

This study discusses the theme of humanization in health and the challenges of the social worker. Having as objective to know the work of the social worker within the scope of health and its role in the humanization of care, understanding the difficulties faced by the professional within this space, analyzing what the real function of the social worker In the context of the implementation of this policy, in addition to identifying the effects of the national Humanization Policy (PNH). To this end, it brings in its construction prerogatives inherent to the humanization of health and its care, besides highlighting the importance of the social worker in this new conjuncture, since the health system goes through a crisis. Highlighting important pathways in building a new concept of humanization, deconstructing retracted thoughts on the theme, emphasizing humanism in its various postures, reinforcing the humanization of health practices and a relationship Between users, professionals and managers. It concludes by highlighting the challenges faced by the social worker in the health field about the humanization of care. It is a qualitative work, with a methodology based on a bibliographical study.

Key-words: Humanization. Social Services. Health

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11.
2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS	26.
2.1 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE	30.
2.2 A REFORMA SANITÁRIA	36.
2.3 A POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO DO SUS	44.
3 O SERVIÇO SOCIAL	47.
3.1 A GÊNESE DO SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL	47.
3.2 O PROJETO ÉTICO POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL	54.
3.3 A INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE	56.
4 POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO: DIREITOS DOS USUÁRIOS E DEVER DO PROFISSIONAL	63.
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	65.
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67.

1 INTRODUÇÃO

A política de saúde vem ao longo dos anos implantando um processo de humanização, buscando conhecer seus usuários, fazendo com que seus direitos previstos em lei sejam efetivados no atendimento aos idosos e crianças, para tal, se compreende saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente, ausência de afecções e enfermidades” (OMS, 1948).

Campos (2007) em sua fala reforça a importância de considerar cada vez mais a necessidade de fincar a discussão acerca da saúde, pontuando o ponto de vista holístico e humanístico, “visto que o respeito à individualidade das pessoas, da escuta atenciosa, da valorização das crenças e da comunicação, da presença genuína, são ingredientes básicos da humanização” (CAMPOS, 2007, p.979).

Humanizar o atendimento no âmbito da saúde é uma das premissas que essencialmente comporta um nicho de qualidade e diferencial para os usuários dos equipamentos e instituições, uma vez que os procedimentos técnicos são cotidianamente padronizados deixando: a margem da humanização no atendimento Deslandes (2006, p.15).

A humanização tem sido associada a distintas e complexas categorias relacionadas à produção e gestão de cuidados em saúde, tais como: integralidade, satisfação do usuário, necessidade de saúde, qualidade da assistência, gestão participativa, protagonismo dos sujeitos e a intersubjetividade envolvida no processo de atenção.

O diálogo entre profissionais e usuários não garante um atributo padrão para a melhoria no atendimento, todavia, a empatia e o olhar humanizado transmitem ao indivíduo usuário uma perspectiva valiosa de tratamento e atenção, a qualidade dos serviços de saúde, o contentamento de todos os envolvidos no suporte,

(DESLANDES, 2006). Dentro desse pressuposto emblemático, é pautado o trabalho do assistente social vinculado à saúde. Verbalizam Rodrigues et al, (2011, p.152):

Discutir o trabalho do assistente social na área da saúde com enfoque na Política de Humanização nos remete a algumas características que desvendam a particularidade desse complexo processo de trabalho, no qual os profissionais são historicamente e culturalmente identificados como um dos profissionais da saúde que também se dedica às questões relativas à humanização do atendimento.

As expressões sociais advindas da conjuntura estrutural e econômica trazem ao assistente social inúmeras situações e demandas, que requerem preparo e qualificações, como profissional poderá abordar de modo fidedigno os anseios e questionamentos acerca das insatisfações dos usuários frente ao atendimento. O Serviço Social, por ter desde sua gênese o trabalho voltado a superar as expressões da questão social, busca agir de modo interventivo nas camadas da vida social, no intuito de reafirmar os direitos inerentes ao ser humano.

A presente pesquisa objetiva conhecer o trabalho do assistente social vinculado à saúde, compreender as dificuldades enfrentadas pelo profissional dentro da área da saúde, analisando qual a real função do assistente social no âmbito da execução dessa política, além de identificar os efeitos da implementação da Política Nacional de Humanização (PNH). Conforme o Ministério de Saúde (2003):

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 PNH deve se fazer presente e estar inserida em todas as políticas e programas do SUS. Promover a comunicação entre estes três grupos pode provocar uma série de debates em direção a mudanças que proporcionem melhor forma de cuidar e novas formas de organizar o trabalho.

Criada para promover um espaço de diálogo a PNH abre um precedente no intuito de que exista uma comunicação entre os usuários, gestão e profissionais,

buscando aprimorar o atendimento e investindo para encontrar novos meios para a organização intrínseca trabalho e humanização, (BRASIL, 2003).

Nessa perspectiva de mudança, buscaram-se novas ferramentas para melhorar a qualidade do atendimento na saúde, nesse contexto o assistente social é requisitado para somar nessa incessante busca, por meio de suas qualificações e conhecimento. Rodrigues et al (2011, p.144) discorrem a respeito:

O assistente social tem o compromisso ético-político de trazer para o espaço institucional a informação, o conhecimento e o saber desconhecido pela população usuária, corroborando assim para a edificação de seu projeto ético político profissional bem como para o fortalecimento das ações voltadas para à humanização em saúde.

Os desafios direcionados ao assistente social na área da saúde abarcam um contexto social e de abrangência variável, o profissional referenciado busca com seus esforços salientar a população sobre seus direitos, proporcionando esclarecimentos acerca do dever das instituições de saúde, alçando seu projeto político profissional, somando as realizações direcionadas à humanização da saúde, (RODRIGUES et al, 2011). Lacerda em seus estudos aborda (2014, p.31):

O trabalho do assistente social, portanto, consiste em uma práxis social mais complexa do que o sentido estrito do trabalho enquanto relação metabólica direta entre homem e natureza. É neste complexo universo que o assistente social se encontra no cotidiano, tendo que dar respostas teórico-práticas, enxergando as alternativas historicamente existentes, percebendo em cada uma delas as suas potencialidades e construindo um conjunto de ações que vão materializando a realidade.

O assistente social está inserido na mesma conjuntura estrutural do modelo capitalista, porém o profissional necessita através de suas qualificações, edificar e fincar alternativas para demandas novas e antigas, assim pretende-se de modo concreto criar conjuntos de ações que irão corporificar a realidade (LACERDA, 2014).

As relações divergentes de cunho social em que o profissional é submetido fazem com que eles pesquisem e analisem meios e ferramentas que irão fomentar uma melhoria na textura do trabalho que supera a ideia de homem e natureza. Sodré (2010, p.454), explicita a importância de reconhecer a luta que o profissional de assistência social iniciará para a viabilização de uma qualidade no atendimento no âmbito da saúde.

Do conhecimento acumulado nas lutas sociais, o assistente social contribuiu para a politização do campo da saúde. Inseriu o debate sobre os determinantes sociais de forma definitiva e ainda hoje se insere nas frentes de trabalho para demarcar um posicionamento macropolítico que luta por um SUS menos biomédico nas suas mais diversas redes de serviços e especialidades.

Alicerçando seu significado social com outras profissões em sui generis as que comungam legalmente com seu anseio de confrontar as situações de violações, combatendo as injustiças, preconizando direitos básicos e essenciais que afetam diretamente na vida de indivíduos em situação de risco, confrontando juridicamente os descasos sociais e políticos.

Dentro do processo de trabalho o assistente social aplica suas competências, busca de modo legal explicitar a dimensão política de sua profissão, porém, para que o profissional possa agir, tais atos necessitam de utilização de conhecimentos e aptidões, através de uma gama de mediações e uso apropriados de instrumentos/mecanismos de trabalho, tendo em vista os frutos propostos. Sobre esses conceitos, segundo Martinelli (2011, p.498):

Cada um desses momentos é saturado de determinações políticas, econômicas, históricas, culturais que estão presentes no atendimento demandado e nas respostas oferecidas, pautadas sempre em valores éticos que fundamentam a prática do Serviço Social, com base no Projeto Ético-Político profissional, como expressão que é do Código de Ética, aprovado pela Resolução do CFESS n. 273/93, com alterações posteriores, bem como da Lei n. 8662, de junho de 1993, que regulamenta o exercício profissional.

Estão inclusas no atendimento do assistente social determinações políticas, além de histórica e que abrangem os aspectos culturais, guiado por valores intrínsecos que embasam a efetivação do Serviço Social (MARTINELLI, 2011).

O trabalho do assistente social é pleno de valores que o próprio Código de Ética orienta em sua estrutura, os aspectos políticos, econômicos e históricos estão presentes em todas as demandas e situações que acometem a vida social, logo o trabalho do assistente social possui um leque vasto de diversidades e problemáticas sociais.

A identidade do Serviço Social é edificada dentro dos princípios de ética e da política, entrelaçada com as dimensões técnico-operativa e teórico-metodológica, adjuntos aos termos de poderes, na práxis do assistente social as expressões humanas são vivas e palpáveis, toda ação tem por finalidade a emancipação humana, humanizando toda a atuação profissional. Conforme Severino (1995, p.47-48):

A substância do existir é a prática [. . .]. Só se é algo mediante um contínuo processo de agir; só se é algo mediante a ação. [. . .] É na prática e pela prática que as coisas humanas efetivamente acontecem, que a história se faz. [. . .] Por isso, a esfera básica da existência humana é a aquela do trabalho propriamente dito, ou seja, é a prática que alicerça a existência material dos homens.

A essência do existir se pauta em um conjunto de ações, pois só se é algo perante construções, só existe história pela prática, toda a existência do homem é fincada no trabalho e nas descobertas que ajuda a edificar a existência humana (SEVERINO, 1995).

É pelo trabalho que o homem busca fincar sua existência na história, suas conquistas e avanços fazem a vida em sociedade reacender objetivo, buscando alçar a plenitude de sua existência. Salienda Martinelli (2011, p.499):

Na área da saúde, este é um verdadeiro imperativo, não somente por força da política de humanização, mas sobretudo porque esta é uma área em que pulsam valores humanos candentes e onde trabalhamos com a vida em suas múltiplas manifestações, desde o nascimento, passando pela infância, juventude, vida adulta, processo de envelhecimento, até a finitude.

No espaço da saúde existem valores humanos fortes, nesse âmbito existem sentimentos cadentes e muitíssimas expressões da vida que carecem de atenção, perpassando todas as etapas de vida até seu findar (MARTINELLI, 2011). A área da saúde acompanha todo o processo e ciclo natural da vida de seus usuários, com isso é importante ressaltar a priori do atendimento realizado a esses mesmos indivíduos, que fragilizados explicitam um olhar ameno e humanizado, “No atendimento direto aos usuários, trabalhamos com pessoas fragilizadas que nos pedem um gesto humano: um olhar, uma palavra, uma escuta atenta, um acolhimento, para que possam se fortalecer na sua própria humanidade” (MARTINELLI, 2001, p.499). De acordo com a pontuação da Resolução nº 383/99 de vinte de março de 1999 do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS):

Art. 2º - O assistente social atua no âmbito das políticas sociais e, nesta medida, não é um profissional exclusivamente da área da saúde, podendo estar inserido em outras áreas, dependendo do local onde atua e da natureza de suas funções.

Por ser um profissional da saúde segundo a resolução acima citada, o assistente social, bem como tantos outros profissionais, possuem em sua alçada as demandas que lhe são delegadas de acordo com suas qualificações nessa área bastante abrangente, prestando serviços a sociedade e aos usuários que necessitam de suas disposições (CFESS, 1999).

A inserção do assistente social no âmbito da saúde chega para acrescentar e fortalecer o aparato técnico desta área, os serviços ganham um profissional qualificado e diferenciado. Segundo a Constituição de 1988 “Art. 2º A saúde é um

direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”.

A saúde é um dos direitos constitucionais assegurado pelo Estado, ou seja, é dever do mesmo promover esses serviços entre outros, já que saúde é um termo abrangente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) “conceitua saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas pela ausência de doenças ou enfermidades”.

É preciso em miúdos aprofundar a objetivação do termo saúde, para que assim possam-se cuidadosamente abordar as múltiplas questões sociais engendradas nesse contexto, além das relações de trabalho existentes nessa construção, “o exercício do trabalho do assistente social ao se vincular à realidade como especialização do trabalho, sofre um processo de organização de suas atividades” (ABESS, 1996:24).

Esse processo que organiza as atividades do profissional de assistência social em conjunto com o trabalho da equipe vincula-se de maneira natural, (ABESS/ ABEPS, 1996). As especialidades advindas do Serviço Social torna sua inserção um marco para a sua história, já que abre-se um espaço a mais para atuar e, conseqüentemente leva seu olhar crítico ao novo horizonte.

Assim, o que de relevante se colocou foi a constatação de que, enquanto os assistentes sociais subestimavam a utilidade e o conteúdo das suas práticas, cada vez mais as instâncias de gerenciamento dos serviços de saúde, em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde, apontavam para a necessidade da ação dos profissionais na composição das equipes dos serviços públicos de saúde (COSTA, 1998 p. 2).

Os assistentes sociais, em dado momento, chegaram a menosprezar as utilidades significativas de suas práticas e capacidade, no entanto, a área da saúde e seus respectivos campos, recintam a importância desse profissional na composição do quadro de profissionais nessas equipes multifuncionais (COSTA,

1998). As qualificações do profissional de serviço social são imensuráveis e com as expressões sociais em constante rotação, os serviços públicos de saúde enxergaram a sua importância dentro desse espaço imenso, empachado de demandas advindas da realidade social. Em seus estudos Scliar afirma (2007, p.30):

O conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja: saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas. O mesmo, aliás, pode ser dito das doenças.

Embora o termo saúde tenha sua definição imbuída de fatores paradoxais divergentes com a realidade social, econômica, política, cultural e religiosa, o mesmo significado transmuda, levando em consideração esses mesmos aspectos, todavia a terminologia de saúde não retrata a mesma simbologia para todos (SCLIAR, 2007). Com o passar do tempo, das mudanças científicas e os avanços tecnológicos e todo o desenvolvimento social, criou-se a percepção de que a saúde abrange um enorme espaço, e que, defini-la simplificando seu conteúdo é de total irresponsabilidade. Diz Herrera (1976, p. 210):

Portanto, o conceito de saúde se amplia, estendendo-se para o bem-estar físico, mental e social, o que vale dizer que a saúde só poderá ser atingida em resposta a existência de um contexto de forças e influências sociais, culturais, emocionais e físicas favoráveis, cujos fatores estão interligados e que devem ser considerados por qualquer ação que se destine a solucioná-los.

Toda ação que buscar sanar/solucionar as patologias que afligem/atingem a sociedade em seu todo, é considerada resposta para os desgastes da então terminologia da saúde física, mental, social, ou seja, a interminável busca pelo bem-estar (HERRERA, 1976). Em seus estudos Herrera afirma:

O Serviço Social, portanto, é visto como uma atividade dinâmica, que necessita estar constantemente adaptando-se às novas situações, pela influência que sofre das correntes sociais, econômicas e culturais, sujeitas a uma permanente mudança.

Por ser uma profissão que tem em sua gênese atividades diversas e dinâmicas, sendo construídas constantemente por renovações e adaptações, as novas expressões que emergem no âmbito social fazem com que o Serviço Social esteja sempre atento ao novo e apropriando-se, e atualizando seus conhecimentos (HERRERA, 1976).

O Serviço Social é cotidianamente atualizado de acordo com as expressões sociais e suas mudanças no seio social, com isso as demandas ganham novos efeitos e todos os contextos sociológicos da sociedade moldam novas ações e conjunturas, “Isto implica desfazer-se de velhos e inadequados papéis, para assim assumir outros que se harmonizem com a mudança contínua dos tempos presentes” (HERRERA 1976, p.211).

Os tempos presentes em cada época são resultados de mudanças decorrentes de outrora, os anseios e visões que até o presente momento são ditas como verdade, em determinado período poderão não ser mais, o que serve para os dias atuais serão impróprios para uma nova sociedade com novos conceitos (HERRERA, 1976). Moreira, Lustosa, Dutra et al. (2014, p.3232):

O conceito de humanização é polissêmico, engloba inúmeros enunciados e é permeado por imprecisões. Entretanto, as formas de perceber ou entender humanização não se dissociam de suas práticas. A humanização pode ser compreendida como um vínculo entre profissionais e usuários, alicerçado em ações guiadas pela compreensão e pela valorização dos sujeitos, reflexo de uma atitude ética e humana.

A definição e conceituação de humanização são bastante variadas, ou seja, possui diversas significâncias, sendo enumeradas com tópicos e perpassa entre mútuas dubiedades. Contudo, seu significado está relacionado a sua prática, podendo ser concebida pelo trato entre os profissionais e seus usuários, liame solidificado entre as partes com o enaltecimento dos indivíduos, reverberação de

uma ação ética e acima de tudo humana (MOREIRA, LUSTOSA, DUTRA ET AL. 2014).

Os usuários necessitam de um atendimento com maior acolhimento e atenção, a urgência se faz primordial, uma vez que estes ao chegar ao recinto hospitalar, chegam em completo estado de vulnerabilidade. “Em outro sentido, a humanização é associada à qualidade do cuidado, que incluiria a valorização dos trabalhadores e o reconhecimento dos direitos dos usuários” (MOREIRA, LUSTOSA, DUTRA et al. 2004, p.3232). Calegari, Massarollo, Santos (2015, p.43) apontam:

O termo Humanização é de difícil conceituação, pois apresenta características subjetivas e complexas e, apesar do qualificativo positivo, pode assumir distintos significados, em razão de diferenças culturais e de valores individuais. O que é humanizado para uma pessoa pode não ser para outra.

Já na saúde, a humanização perpassa os conceitos da defesa dos direitos, tais como cidadania e ética. “Relaciona-se com a luta pelos direitos dos pacientes e fundamenta-se na Declaração Universal dos Direitos Humanos, adotada e proclamada pelas Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948” (CALEGARI, MASSAROLLO, SANTOS, 2015, p.43).

Todos os direitos referentes aos usuários/pacientes foram assegurados, embasados na Declaração Universal dos Direitos Humanos, acordo assinado pelas Nações Unidas no ano de 1948, é importante ressaltar a importância dessa luta pelos direitos dos pacientes, fato que ainda na contemporaneidade é pautado (CALEGARI, MASSAROLLO, SANTOS, 2015).

Tratar a humanização e os direitos conquistados pelos pacientes de modo superficial é errôneo, a realidade social e o bem-estar estão intrinsicamente ligados, o que não se pode revogar esse vínculo. Em seus estudos Calegari, Massarollo e Santos, (2015, p.43) afirmam:

Para a população atendida, a desumanização do atendimento à saúde foi decorrente de problemas como as filas, a insensibilidade dos trabalhadores da saúde frente ao sofrimento das pessoas, os tratamentos desrespeitosos, o isolamento imposto ao paciente em relação à sua família e rede social durante procedimentos e hospitalizações, a gestão autoritária e a degradação do ambiente e das relações de trabalho, que expressaram não apenas falhas éticas e individuais, mas, inclusive, a forma de organização do serviço de saúde no Brasil.

A desumanização em relação aos tratamentos e atendimentos efetuados no âmbito da saúde vem sendo discutidos para uma melhor concordância aos diferentes sujeitos, os direitos dos usuários, dos profissionais e dos gestores expressados no bojo social, as enormes filas, o desrespeito com o sofrimento dos pacientes, toda a insensibilidade frente a situação destes e as diversas e veementes reclamações para com os profissionais da saúde, tornou-se preciso a discussão urgente para harmonizar essa relação (CALLEGARI, MASSARALLO, SANTOS, 2015).

O sucateamento e a desvalorização do trabalho atingem a saúde, como em outros setores da rede pública, porém, tal atitude não justifica as agressões, o profissional de saúde em sua particularidade também sofre, porque necessita de mecanismo e ferramentas para dar suporte aos usuários, conforme, Callegari, Massarallo, Santos “assim, além do ‘cuidado técnico’, deve ser feito um atendimento diferenciado, com atenção às particularidades de cada pessoa” (2015, p.44).

A presente pesquisa objetiva conhecer o trabalho do assistente social vinculado a saúde, compreender as dificuldades enfrentadas pelo profissional dentro da saúde, além de analisar qual a real função do assistente social no âmbito da saúde. Partindo do pressuposto de que todo sujeito tem direito ao atendimento de qualidade, e que o trabalho do Assistente Social é primordial para buscar assegurar essa garantia, embora haja bastantes desafios para o profissional nesse cerne social.

Conhecer os desafios do assistente social no espaço da saúde proporcionará uma maneira de enxergar com outros olhos o lado do profissional e suas implicações dentro desse espaço institucional.

Destacar o reconhecimento e a relevância da implantação da Política Nacional de Humanização, tanto para seus usuários como para a sociedade torna-se um ato grandioso de cidadania.

Portanto, sugere-se pesquisas contemporâneas e estudos que possam vir a verificar a humanização e os seus limites, identificar a existência de possíveis lacunas no desenvolvimento e acompanhamento dessa temática, especialmente por garantir uma melhor qualidade no atendimento ao usuário da saúde.

A presente pesquisa é classificada como revisão bibliográfica e documental, de natureza qualitativa, que procura abordar o problema citado a partir de referências publicadas e estudo de autores renomados.

Para Laville e Dionne (1999, p. 43), as pesquisas qualitativas são mais apropriadas para investigar os fenômenos humanos, para que “tentemos conhecer as motivações, as representações, consideremos os valores, [. . .], deixemos falar o real a seu modo e o escutemos”. Para outros estudiosos como Minayo (1994, p.21):

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com nível de realidade que não pode ser qualificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Um adjetivo importante das pesquisas qualitativas é que são exploratórias, todavia, incentivam os estudiosos/sujeitos a questionarem e pensarem abertamente sobre alguma temática e conceito. Fazendo emergir aspectos próprios dos sujeitos e que atingem motivações não patentes ou, mesmo, concludentes, de maneira franca.

A pesquisa qualitativa entra no universo do objeto de estudo, adentrando no

espaço de motivações, aspirações, valores e fé, avança no âmbito das intimidades empíricas, ultrapassando o fenômeno comprometido pela operacionalização de variáveis. Sobre pesquisa exploratória no entendimento de Gil (2010, p. 27):

As pesquisas exploratórias têm como propósito proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses. Seu planejamento tende a ser bastante flexível, pois interessa considerar os mais variados aspectos relativos ao fato ou fenômeno estudado. Pode-se afirmar que a maioria das pesquisas realizadas com propósitos acadêmicos, pelo menos num primeiro momento, assume o caráter de pesquisa exploratória, pois neste momento é pouco provável que o pesquisador tenha uma definição clara do que irá investigar.

O autor destaca a importância de se utilizar de fundamentos e conceitos de diversos autores sobre determinada temática, porque esse tipo de pesquisa possibilita verificar variados aspectos relativos ao objeto estudado. Marconi e Lakatos (2011, p. 100) entendem por pesquisa bibliográfica como sendo:

Toda bibliografia já tornada pública em relação ao tema estudado, desde publicações avulsas, boletins, jornais, revistas, livros, pesquisas, monografias, teses, material cartográfico, até meios de comunicação orais: rádio, gravação em fitas magnéticas e audiovisuais: filmes e televisão.

A revisão literária consiste em uma relação profunda do tema a ser abordado, buscando informações através de um levantamento realizado em base de dados, com o objetivo de detectar o que existe exposto sobre o tema. Para Gil (2007, p. 44), “os exemplos mais característicos desse tipo de pesquisa são as investigações sobre ideologias ou aquelas que se propõem à análise das diversas posições acerca de um problema”.

Com a pesquisa bibliográfica é possível formular questionamentos acerca do problema exposto e requerido, é importante a busca e análise de documentos que já contenha informações anteriores e fidedignas. De acordo com Gil (2002, p.45):

Pesquisa documental assemelha-se muito à pesquisa bibliográfica. A diferença essencial entre ambas está na natureza das fontes: Enquanto a pesquisa bibliográfica se utiliza fundamentalmente das contribuições dos diversos autores sobre determinado assunto, a pesquisa documental vale-

se de materiais que não recebem ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetos da pesquisa.

Conforme Gil (2002) a pesquisa documental tende a assimilar-se bastante com a bibliografia, embora haja sua diferenciação pontuada, a documental usa de materiais neutros que ainda não sofreram modificações por parte de outros autores, ou seja, o documento ainda está com as ideias originais e a concepção fica a parte do estudioso que está a se deleitar com as informações que contidas no documento lhe serviram para embasar e formular suas teses. Segundo Pádua (1997, p.62):

Pesquisa documental é aquela realizada a partir de documentos, contemporâneos ou retrospectivos, considerados cientificamente autênticos (não fraudados); tem sido largamente utilizada nas ciências sociais, na investigação histórica, afim de descrever/comparar fatos sociais, estabelecendo suas características ou tendências [...].

Com base em Pádua, (1997), a pesquisa documental tem sido em sua maioria utilizada nas ciências sociais, buscando averiguar os conteúdos históricos contidos nos papéis, no afim de entender e contrapor todos os fatores sociais, indicando as idiosincrasias e, conseqüentemente, suas vertentes. Segundo Santos, 2000 apud CORSETTI, (2006 p.45) a respeito da pesquisa documental:

É realizada em fontes como tabelas estatísticas, cartas, pareceres, fotografias, atas, relatórios, obras originais de qualquer natureza – pintura, escultura, desenho, etc, notas, diários, projetos de lei, ofícios, discursos, mapas, testamentos, inventários, informativos, depoimentos orais e escritos, certidões, correspondência pessoal ou comercial, documentos informativos arquivados em repartições públicas, associações, igrejas, hospitais, sindicatos, dentre outros.

O documento é um importante elemento para a pesquisa, as informações nele contidas são inalteráveis, a riqueza e precisão que se encontram no formato documental legitima as reflexões e ponderamentos ansiado pelo pesquisador. Baseando-se nos artigos e pesquisas dos autores citados, o tema A Humanização da Saúde: os desafios do Assistente Social, abrangeu seu levantamento

bibliográfico, tendo seu embasamento teórico e suas referências nos bancos de dados da Scientific Eletronic Library Online (SciELO) e Google Acadêmico e em sites confiáveis de periódicos científicos. Objetivando uma melhor análise do estudo, tendeu-se por examinar informações em dados publicados em: teses, artigos, monografias e livros.

Na intenção de edificar a busca de informações vinculada, foram usados termos e expressões chaves: humanização, saúde, serviço social, englobando no recinto da pesquisa Leis e Decretos pertinentes e ligados à temática salientada, simpaticando por informações na língua pátria, Língua Portuguesa, ocorrendo no período de Agosto a Dezembro de 2018.

Posteriormente ao levantamento bibliográfico, efetivou-se uma leitura exploratória que, de acordo com Gil (2002) compreende-se na apreciação do material colhido, no intento de analisar a significância da obra para a abrangência da pesquisa.

Findando a etapa de seletividade da leitura e textos, realizou-se uma esmiuçada leitura analítica, com afincos de selecionar e elencar as informações relevantes contidas na fonte, de maneira a viabilizar a aquisição de respostas a problemática do estudo.

Todos os artigos elegidos foram lidos e manuseados de forma que suas características primárias fossem utilizadas, ressaltando título, autor, país e ano de publicação, base metodológica, ferramentas de coleta de dados e as perspectivas dos autores.

Chegando a finitude da etapa da leitura das fontes, foram discernidas as obras estudadas e pesquisadas, registrando os dados imprescindíveis neles nivelados,

construindo-se a interpretação destes, de modo que os fatos fossem concatenados ao referencial teórico do estudo, resultando-se no presente trabalho.

No primeiro capítulo são apresentadas informações relacionadas à política nacional da saúde, a reforma Sanitária, a política de humanização do SUS. Em seguida, no segundo capítulo, o serviço social, o seu projeto ético político e a Inserção do assistente social no âmbito da saúde, ressaltando o trabalho do assistente social na política de saúde. Logo adiante, no terceiro capítulo, é abordada a relação do assistente social e as equipes multiprofissionais em saúde, o desafio do trabalho multiprofissional, a política de humanização: direito do usuário e dever do profissional, culminado nas considerações finais acerca do estudo proposto.

2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS

O Sistema Único de Saúde possui em sua gênese os princípios básicos de universalidade e de cunho igualitário, que atingem seu público de modo geral, com o aparato legalizado que abrange o atendimento de qualidade, essa edificação do SUS desconstruiu a meritocracia de certos sujeitos abastados. É importante reviver todo o seu conceito de amplo amparo para a população, sem distinção de classe, cor, raça e etc. “O SUS é uma produção coletiva, e seus inúmeros entraves e riquezas só podem ser compreendidos quando olhados por muitos de nós” (MARTINS & LUZIO, p.15).

Foi preciso lutas e mais lutas para se chegar ao modelo universal que atingisse de modo empírico as necessidades da sociedade, já que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, todavia, esse sistema ressalta a proeminência da saúde a todas as pessoas. Conforme Valença & Germano (2010, APUD Paim 2009, p. 1262):

O SUS é luta, conquista e esperança, haja vista que para sua criação, uma multidão de militantes transformou uma proposta nascida na sociedade em parte de um sistema de proteção social, por meio do processo constituinte. Em seguida, foram estabelecidos acordos e pactos para transformar o SUS em uma grande política pública de inclusão social e de democratização da saúde. Ressalta que o SUS é uma conquista, pois vários objetivos intermediários já foram alcançados, ainda que muitos desafios tenham de ser enfrentados.

A construção do SUS teve em sua edificação uma gama de militantes advindos da sociedade, sujeitos que buscavam melhorias no cerne da saúde, pontuando os direitos legais constituintes, logo a seguir, avançando nos acordos e discussões findando e transmutando o SUS em uma política pública que engloba a inclusão social, democratizando o direito a saúde, tornando-se um triunfo, embora, tenham-se alçados objetivos entrepostos, permanecem desafios a serem solucionados (VALENÇA & GERMANO, 2010, APUD PAIM, 2009).

Os desafios são constantes na conjuntura que finca o SUS, a política e a economia e as expressões da questão social formulam uma perspectiva de mudança, para se compreender que o sistema citado é um dos aparatos às demandas sociais que abalam a saúde da população nacional, relata Carvalho (2013, p. 10):

O Sistema Público de Saúde resultou de décadas de luta de um movimento que se denominou Movimento da Reforma Sanitária. Foi instituído pela Constituição Federal (CF) de 1988 e consolidado pelas Leis 8.080 e 8.142. Esse Sistema foi denominado Sistema Único de Saúde (SUS).

É inegável a importância que o Movimento da Reforma Sanitária teve para a consolidação do SUS, suas ações foram imprescindíveis para tornar-se Lei garantida pela CF de 1988, logo torna-se dever do Estado e direito universal para todos que dele precisar (CARVALHO, 2013).

As lutas para que o SUS fosse consolidado como mecanismo e aparato de saúde para todos os indivíduos que precisarem, mostra que os direitos básicos para uma vida saudável e proeminente de qualidade podem sim ser garantidos e viabilizados pelo Estado de direito.

Carvalho aponta alguns princípios encontrados na Constituição Federal de 1988 que são essências e que formam a base do SUS (1993, p. 12):

Cito apenas três deles: a autonomia dos Estados e Municípios ainda que pertencentes a um Estado federado; o princípio conseqüente da descentralização que rompe com toda a tradição ditatorial militar que enfrentamos durante 25 anos; a valorização da cidadania puxando pela participação popular como mecanismo de controle da sociedade como um todo, tanto do público como do privado.

O arcabouço que permeia o Sistema Único de Saúde além de valorizar a participação popular rompe com o conservadorismo militar e seu estruturalismo, prestigia acima de tudo a cidadania.

Carvalho (2013) verbaliza que as ações do SUS são executadas e reconhecidas pelo Sistema Público de Saúde, sendo dever do mesmo exercer ações públicas no que concernem suas atribuições. O autor ainda em seus estudos faz uma analogia ao que era e o que é hoje o SUS:

Antigamente, quando se falava em ações públicas de saúde se pensava na concepção antiga da saúde pública: ações mais coletivas e de promoção e proteção à saúde e para as doenças de maior interesse coletivo e com pouco apelo comercial, como tuberculose, hanseníase, malária, febre amarela, doença mental etc. Hoje, a concepção e o campo da saúde pública, enquanto SUS, é abrangente, incluindo o individual e o coletivo, com ações de promoção, proteção e recuperação da saúde em todos os campos e fazendo todos os campos como vigilância sanitária, epidemiológica, saúde do trabalhador, alimentação e nutrição, saúde da pessoa portadora de deficiência e todos os procedimentos: consultas, exames, urgências, internações, cirurgias, transplantes, UTI etc. (2013, p.13).

Os dois pontos colocados pelo autor mostram uma disparidade gritante entre os conceitos de saúde pública pertencente ao momento da época e aos novos conceitos atuais presente na contemporaneidade, a priori da promoção da saúde se dava em questão do interesse coletivo e de pouco apelo comercial, atualmente, esse conceito transmutou com a criação do SUS que abriu um leque para a diversidade que existe no campo da saúde (CARVALHO, 2013).

No contexto da saúde contemporânea, o conceito que se tinha em relação aos deveres e meios como se realizava a saúde foram aos poucos sendo moldados e transcendendo o aspecto filantrópico que se projetava em outrora. De acordo com (ROLIM et al p.140) “O SUS nos trouxe a ampliação da assistência à saúde para a coletividade, possibilitando, com isso, um novo olhar as ações, serviços e práticas assistenciais”. Viacava et al (2018, p.1752) apontam em seus estudos os principais princípios e diretrizes que norteiam o SUS.

Universalidade de acesso em todos os níveis de assistência à saúde; igualdade na assistência, sem preconceitos e privilégio de qualquer gênero; integralidade da assistência; participação da comunidade; e descentralização político-administrativa.

Os princípios e diretrizes que norteiam o Sistema Único de Saúde integram a importância do cuidado igualitário e de cunho universal para todos os indivíduos que necessitem do aparelho para eventual perda de saúde, preservando o direito em todos os níveis assistenciais que cabe e abarca a legislação, (VIACAVA ET AL, 2018). Mesmo com os desafios e as falhas que o SUS sofre, é imprescindível e irrevogável a sua competência no que tange a demanda social da grande maioria atendida por ele.

2.1 A Política Nacional de Saúde

Assegurada pela Lei N° 8.080, de 19 de Setembro de 1990, a política nacional da saúde é acentuada com todos os aparatos legais para o acompanhamento e suporte da população que necessita dos serviços. Em seu primeiro artigo, a Lei explicita o teor contido na criação de tal política.

Art. 1º Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado, (BRASIL, 1990).

Todas as ações previstas na legislação frente à saúde, seja ela extremada ou coletiva, são regulamentadas de modo a assegurar a fidelidade e comprometimento na qualidade das mesmas, sendo ela orgânica, pública ou privada (BRASIL, 1990).

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

No inciso 1º do artigo 2º da citada Lei, verbaliza o dever que o Estado possui acerca da garantia a saúde aos indivíduos, além de transmitir a formulação das políticas, porém tal responsabilidade delegada ao Estado não restringe a família e o próprio indivíduo buscar e garantir sua saúde (BRASIL, 1990). É dever do Estado e direito do cidadão a saúde, o Estado promove as ações e mecanismos necessários ao cidadão para manter a sua integridade seja ela física, mental e social, para isso é preciso comumente ações de cunho proeminente no que tange a sua delegação de dever. Malta et al (2018, p.1800) salientam em suas pesquisas o conjunto de estratégias e meios para se criar o processo que culmine na saúde.

A promoção da saúde consiste em um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, visando atender as necessidades sociais de saúde e a melhoria da qualidade de vida.

Os autores indicam que a promoção da saúde se dá por meio de um conjunto de estratégias na esfera ímpar ou grupal, tal ação busca galgar os anseios sociais de saúde, assim pretendendo alçar a qualidade de vida de todos os sujeitos (MALTA ET AL 2018). O estímulo da saúde engloba pontos sociais, coletivos e individuais inescusáveis para se chegar a uma qualidade de vida digna e louvável. O autor Finkelman (2002, p.40) aborda:

A história da saúde pública no Brasil é, em larga medida, uma história de combate aos grandes surtos epidêmicos em áreas urbanas e às denominadas endemias rurais, como a malária, a doença de Chagas e a ancilostomose.

O Brasil possui uma conjuntura histórica repleta de enfrentamentos a enormes surtos epidemiológicos, que ocorreram em recintos urbanos e no campo rural, mazelas tais como a malária, ancilostomose e a doenças de Chagas (FINKELMAN, 2002). Em épocas anteriores a contemporaneidade o país não era portador de cuidados e políticas de prevenção que conseguissem em larga escala atender as demandas, seja ela por ausência de ferramentas e meios ou pelo fato da saúde ainda ser tratada de modo esporádico.

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

Com a criação da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 que regulariza o SUS e define-o como um conjunto de ações e serviços da saúde entrelaçados entre as esferas públicas federais, estaduais e municipais, sob a administração do Poder Público, fomentando assim o Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1990). Com os

avanços no meio social, econômico e político, fez-se necessária a criação de um sistema que abrangesse a saúde para todos em moldes iguais e, principalmente com qualidade.

O Brasil em dado momento de sua história, marcado pela mercantilização do café e do leite, contemplava-se a margem do capitalismo mundial, ressaltam Bertolozzi & Greco (1996, p.381) “submetendo-se econômica e politicamente a metrópole Portugal, sendo que a exploração econômica se dava através de ciclos - do pau-brasil, da cana de açúcar, da mineração, do café”. Nessa perspectiva, a sociedade estava sendo ordenada pelos burgueses que detinham do poder econômico da época, com a exploração dos trabalhadores e com a necessidade de manter essa fonte de trabalho aparentemente bem. Bertolozzi & Greco (1996, p.382) “Dado que inexistia um sistema de saúde formalmente estruturado, as ações eram de caráter focal”, porém, parte dessa população fazia uso da medicina “folk¹”, no entanto, os burgueses faziam utilização de profissionais da medicina legal oriunda de Portugal (BERTOLOZZI & GRECO, 1996). Nessa ocasião foi criada a Academia Real de Medicina Social que tinha como pretensão, “a proteção da saúde da população segundo os modelos europeus e a defesa da ciência, o que contribuiu para a construção da hegemonia da prática médica no Brasil” Bertolozzi & Greco (1996, p.382), a hegemonia em relação aos dados aspectos da saúde frente à sociedade e seus componentes perpetuava os moldes advindos da Europa, essa coligação de formação ainda pendura nos dias atuais. A saúde era vista de modo alternativo quando era redirecionada aos trabalhadores proletariados que não

¹ A medicina complementar e alternativa (MCA) é definida como um conjunto de sistemas, práticas e produtos de uso clínico, não considerado como prática médica convencional, de reconhecida eficácia pela comunidade científica. São exemplos de MCA o uso de ervas medicinais, os suplementos vitamínicos, as dietas especiais, a medicina chinesa, a homeopatia, as técnicas de relaxamento terapêutico e outros. Independente da existência ou não de sua comprovação científica, um fato é inquestionável: o uso de MCA em pacientes com câncer é muito elevado em qualquer sociedade (LEAL, SCHWARTSMANN, 2008, LUCAS, p.481).

possuíam um valor econômico alto, fato histórico que perpetuam ainda na contemporaneidade, os melhores tratamentos ainda são vinculados aos senhores detentores de poder, ressaltam, Ribeiro et al (2010, p.43-44):

A história das políticas de saúde no Brasil está inserida no contexto da história do Estado brasileiro, com início no período colonial, e do interesse em manter saudável a mão-de-obra, com grandes mudanças após a industrialização e a criação de fundos de aposentadoria e pensões.

No período colonial a saúde era vista de modo privado, em que só tinha direito os sujeitos que poderiam pagar, porém com a chegada da industrialização essa visão foi alterada, uma vez que era necessária uma mão-de-obra saudável, com as transformações decorrentes dessa nova conjuntura industrial criaram-se os fundos de aposentadoria e pensões (RIBEIRO ET AL, 2010). Com as mudanças sociais e econômicas advindas da industrialização o Estado/Colonial se viu em uma situação comprometedora, os seus interesses deveriam seguir um passo rápido e firme, porém para isso fez-se urgente a criação de meios para manter o trabalhador em um estado saudável para não implicar no procedimento de seus anseios. Todos os fatos históricos antes e depois da criação do SUS demonstram que conforme explicam, Ribeiro et al (2010, p.43-44) “Antes da reforma sanitária e da criação do SUS, em 1988, a saúde era restrita a uma parcela da população que contribuía com um seguro social para desfrutar de tal benefício”.

Nesse arcabouço social e contributivo a saúde tornou-se um negócio lucrativo e separativo, lucrativo porque os serviços eram disponíveis aos que mantinham corretamente seus tributos, separativo, pois só era possível ter um atendimento de nível os senhores burgo de poder, os tratamentos eram diversificados conforme sua classe. Ribeiro et al (2010, p.44) “O direito à assistência e à saúde era restrito aos segurados”. Na década de 1930 ocorreu o fenômeno da industrialização, com isso

foi instituído o sistema de proteção social, Ribeiro et al (2010, p.44), contextualizam sobre o decorrente tema “com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que ampliaram o papel das CAPs. Contudo, os IAPs ainda mantinham a exigência de contribuição trabalhista para a garantia do benefício, que era discriminado de acordo com a categoria profissional”.

Mesmo com a criação de mecanismo para viabilizar o direito a saúde, porém, existiam condicionalidades para a garantia deste, esse benefício era dado aos que contribuía com os deveres trabalhistas. Todo esse processo histórico da saúde no país sofreu alterações em seus diversos momentos, “A História da Saúde Pública no Brasil tem sido marcada por sucessivas reorganizações administrativas e edições de muitas normas” (BRASIL, 2017). No Brasil colônia, até os meados da década de 1930, as ações eram desempenhadas de modo desprezioso sem organização ou estabilidade institucional.

Iniciaram-se nesse período várias transformações, desde a criação até a extinção de órgãos de prevenção e controle de mazela e epidemias, resultando, em 1991, na criação da Fundação Nacional de Saúde (BRASIL, 2017). A Funasa é vinculada ao Ministério da Saúde, emergiu com o “Decreto nº 100, de 16 de abril de 1991, como resultado da fusão de vários segmentos da área de saúde, entre os quais a Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP) e a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM)” (BRASIL, 2017). No Art. 2º referentes a Funasa explicita as finalidades de suas ações e serviços:

I - implementar atividades para o controle de doenças e de outros agravos à saúde; II - desenvolver ações e serviços de saneamento básico em áreas rurais; III - realizar, de forma sistemática, estudos e pesquisas e análises de situações de saúde e suas tendências;

A Funasa buscava criar ferramentas e mecanismos para o controle de doenças e mazelas, desenvolvendo ações em áreas rurais, além realizar pesquisas que viessem a elucidar diversas situações em questão da saúde (BRASIL, 2017). “IV - apoiar a implementação e operacionalização de sistema e serviços locais de saúde e saneamento; V - operar, em áreas estratégicas e de fronteiras, atividades, sistemas e serviços específicos de saúde; VI - coletar, processar e divulgar informações sobre saúde”. Essas finalidades eram cuidadosamente apreciadas para assim dispor a população vulnerável serviços de saúde. Teixeira (2008, p.325) informa em seus estudos sobre o processo de reforma que a Fundação Nacional de Saúde sofreu em 1999: “Com o processo de descentralização, preconizado pelo SUS, das ações de epidemiologia e controle de doenças”. Com a construção do SUS todo o processo em relação à Saúde estava sendo desconstruído e descentralizado, seja em função das ações epidemiológicas ou controle de doenças. Ainda conforme Teixeira (2008, p.325) acerca do processo acometido pela FUNASA, “Em 2003, outra transformação fundamental foi realizada com a criação da Secretaria de Vigilância em Saúde, retirando do âmbito da FUNASA a gestão do sistema nacional de vigilância epidemiológica e ambiental em saúde”. Agora, com a criação da Secretária de Vigilância em Saúde, a FUNASA teve alguns deveres revogados, tais como a vigilância epidemiológica e ambiental em saúde (TEIXEIRA, 2008). Com a criação do Sistema Único de Saúde o modelo de saúde ganhou abrangência e moldes extraordinários que possibilitaram um alcance maior de público.

Silva & Baptista (2015, p.92) verbaliza, “A década de 1980 foi decisiva para afirmação do movimento internacional em torno da promoção da saúde”, com a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa, Canadá em 1986,

esse marco na história da saúde, “divulgou a proposta de uma ‘Nova Promoção da Saúde’, trazendo um ‘novo olhar’ baseado na ótica dos determinantes e condicionantes da saúde” (SILVA & BAPTISTA, 2015, p.93). Essa situação trouxe grandes avanços no debate no que tange ao entendimento da medicina em relação a promover a saúde em âmbitos ainda inexploráveis, uma vez que a saúde era tida em uma esfera individual, porém essa perspectiva e conceito foram ampliados (SILVA & BAPTISTA, 2015).

Vários pontos de vistas pontuados nessa extensa história produziu o documento que ficou conhecido como a “Carta de Ottawa”, Silva & Baptista (2015, p.93) “tornou-se o principal documento de referência para a promoção da saúde elaborado em consonância com os princípios apresentados pela Organização Mundial da Saúde (OMS)”. Em 1988 ocorreram mudanças substanciais que mudaram o rumo da história aqui no Brasil conforme explana Yaryd (2009, p.39) sobre os direitos garantidos “A Constituição Federal de 1988, em seu título II, contemplou um elenco bastante amplo de direitos e garantias fundamentais, na esteira de seu reconhecimento e afirmação no curso da historia”.

2.2 A Reforma Sanitária

Advinda de lutas e pesquisas aglutinadas de metodologias e técnicas, uma verdadeira união entre estudiosos, profissionais e uma parte da sociedade civil culminou na Reforma Sanitária, marco na história do país no que tange ao termo saúde. Segundo Paim (2012 p. 10) “assim, a elaboração do projeto da Reforma Sanitária Brasileira contou com a participação de professores e pesquisadores da Saúde Coletiva, especialmente através do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

(CEBES) e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO)”.

O termo ‘Reforma Sanitária’ foi utilizado no Brasil em 1973, que conforme o autor Silva (1973, apud PAIM, p.9, 2012) a expressão ‘reforma sanitária’ aparece no Brasil em 1973 num artigo sobre as origens da Medicina Preventiva no ensino médico (SILVA, 1973). O autor citado argumenta em seus estudos o sanitarismo aplicado no século XIX, fazendo uma contrapartida com as mudanças da área Medicinal e Social, sincronizado nos moldes de países como França e Alemanha, (PAIM, 2012). “Sugeria que a Medicina Social propunha mudanças mais amplas na sociedade para alcançar a saúde, enquanto que na Inglaterra vingou apenas uma reforma sanitária mais limitada” (PAIM, 2012, p.9). Conforme o Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde ao definir a Reforma Sanitária. BRASIL (1987, p.381, APUD PAIM, 2012, p.11):

As modificações necessárias ao setor saúde transcendem aos limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação no que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde, constituindo-se no que está se convencionando chamar de Reforma Sanitária.

Para que hajam transformações no setor da saúde é preciso mais que mudanças administrativas e econômicas, mas, sim uma estreita reestruturação de todo os setores que abrangem a saúde, conforme o autor referenciado acima, o próprio termo saúde clama por uma conceituação nova e atualizada, que possa corresponder as demandas contemporâneas, buscando rever toda essa legislação que rege a promoção da saúde, culminando no que pode se chamar de Reforma Sanitária (BRASIL, 1987, APUD, PAIM, 2012).

Todo processo para que fosse possível transformar a promoção, proteção e recuperação da saúde teve árduas transições essenciais, não só no aspecto financeiro e administrativo, mas, em toda a legislação que norteia e guia as políticas e ações constitucionais, esse processo complexo foi denominado de reforma sanitária, que buscava uma saúde de qualidade e para todos, independentemente de classe. A estudiosa Menicucci (2015 p.78) descreve um pouco da óptica no que tange a criação do SUS:

A reforma sanitária que foi feita visando à criação do SUS, gravada na Constituição, foi de fato uma ruptura com todos os princípios que ordenavam a política de saúde até então. E nesse sentido podemos falar de fato em reordenamento ideológico e institucional. Ideológico devido aos princípios fundantes da política de saúde, que são completamente alterados, e institucional em função da criação do sistema único de saúde.

É imprescindível que a Reforma Sanitária teve como priori a edificação do SUS, ação legitimada e anexada na Constituição, essa atitude e modificação rompeu com os princípios que até então ordenava a política de saúde, Menicucci (2015) verbaliza que nesse sentido é possível realmente falar em reordenamento ideológico e institucional, no aspecto ideológico porque atinge e altera os princípios pioneiros da política de saúde, já no ponto de vista institucional essa pontuação ocorre pela criação do sistema único (MENICUCCI, 2015).

A Reforma Sanitária em sua criação tinha em seu foco principal a criação de um sistema único que pudesse atender de maneira igualitária e com qualidade para que a sociedade gozasse dos serviços prestados, as mudanças na estrutura ocorreram, e modificações vieram, no entanto, é preciso rever toda a objetivação da Reforma que não se resume apenas na criação do SUS. Santos (2013 p. 274) revisa, o processo histórico do SUS e quanto tempo este levou para ser implantando e praticado:

No seu processo histórico o SUS começou na prática nos anos 70, há 40 anos, com movimentos sociais e políticos contra a ditadura, pelas Liberdades Democráticas e Democratização do Estado, que se ampliava e fortalecia por uma sociedade justa e solidária e um novo Estado com políticas públicas para os direitos humanos básicos, com qualidade e universais.

Praticamente há 40 anos, os movimentos sociais de cunho político lutavam e combatiam a ditadura no intuito de conquistar Liberdades Democráticas e, logo a Democratização do Estado, em uma vasta ampliação que tonificava uma sociedade íntegra, que reverenciava um novo Estado proeminente às políticas públicas direcionadas aos direitos básicos do ser humano, de forma valorizada e universal (SANTOS 2013). No âmbito da Saúde, todo esse fluxo libertador elevou-se com o reforço e com a bandeira defendida pela Reforma Sanitária “Na saúde, este movimento libertário fortaleceu-se com a bandeira da Reforma Sanitária” (SANTOS, 2013, p.274) prevendo o que viria logo no futuro a ser denominada como as diretrizes constitucionais de direitos “antecipando o que viria, anos depois, a ser as diretrizes constitucionais da Universalidade, Igualdade e Participação da Comunidade” (SANTOS, 2013, p.274). Leal et al (p.1916) informam em suas pesquisas que:

A construção do SUS é resultado da luta pela Reforma Sanitária brasileira e de muitas disputas políticas, além da intensa participação dos movimentos sociais nas instâncias de controle social. Essas tensões e disputas conformam uma rica história com resultados, por vezes contraditórios, mas que certamente contribuíram para a melhoria das condições de saúde da população brasileira.

A história da edificação do SUS é repleta de lutas, perdas e vitórias, culminada pela Reforma Sanitária, os movimentos sociais tiveram e possuem importante papel nessa construção grandiosa e tangível, as condições de vida mudam conforme as transições econômicas e políticas, com isso a estruturação da

saúde segue os moldes referenciados (LEAL *ET AL*, 2018). O SUS é resultado de lutas e uma delas é a Reforma Sanitária que buscava melhorias no âmbito da saúde.

Todo o processo de democratização da saúde nessa época culminou para a Reforma Sanitária, Arouca (1989b, *APUD* PAIM, 2008, p.27) aponta nos termos seguintes:

Discutir a REFORMA SANITÁRIA nos seus aspectos conceituais, ideológicos, políticos e institucionais é, atualmente, tarefa fundamental de todos aqueles que, em diferentes países como o Brasil, Itália, Bolívia, Espanha, Portugal etc. estão comprometidos com a democratização das estruturas políticas e a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos.

Dentro do âmbito da discussão acerca da reforma sanitária são debatidos aspectos ideológicos, políticos e institucionais, conceitos atualmente fundamentais que vários países tais como o Brasil, Itália, Bolívia, Espanha tem como tarefa e compromisso, tendo em vista a democratização de edificações políticas e um anseio por uma melhoria na qualidade de vida de seus respectivos cidadãos (AROUÇA, 1989b, *APUD* PAIM, 2008). Democratizar as ações políticas no intuito de melhorar a vida de todos torna-se uma tarefa bastante árdua, em que os envolvidos precisam confrontar essas mudanças substanciais na qualidade e na vida das pessoas, perpassam conceitos ideológicos e políticos além dos institucionais que os países necessitam desconstruir.

Arouca (1989b, *APUD* PAIM, 2008, p.27) aponta nos termos seguintes, “esta tarefa mais que fundamental, torna-se imprescindível para nós que buscamos, nas lutas pela Reforma Sanitária, construir as bases do socialismo democrático que almejamos para o Brasil (AROUÇA, 1989b)”. O movimento sanitário enquanto movimento é caracterizado pelo impecável ato de aglomerar diversos pensadores e indivíduos de antagônicas naturezas funcionais, organizacionais e políticas, comprometido com projeto ético-político, objetivando interesses coletivos. (VAITSMAN, 1989, *APUD* PAIM, 2008).

Esse movimento reconhece-se como um fio condutor de usuário e de grupos utilizadores dos serviços da saúde, é necessário ingerir que os interesses individuais não eram pautados, mas, sim os coletivos (VAITSMAN, 1989, p.153-154, *APUD*

PAIM, 2008, p.29). Os anseios coletivos eram priorizados, ficando o comprometimento de todos os envolvidos, com isso os crescentes movimentos tornavam-se não só meios e ferramentas para os requerentes de direitos igualitários, com a junção de vários setores e pensamentos ideológicos centrados em um só objetivo, a saúde como direito de todos, “isso ocorreu com a articulação de uma série de núcleos que traziam propostas transformadoras e que, aos poucos, passaram a compartilhar de uma visão e uma linha de atuação que culminou por tomar forma como movimento sanitário (ESCOREL, 1999, p.69)”. É preciso entender que não houve apenas uma transformação no cenário da saúde, mas sim na política da saúde.

Cohn (1989, p.123) explica sobre a terminologia “Movimento” e o que significa em uma concepção técnica:

No Brasil, a noção de Reforma Sanitária vem sendo associada à de movimento. Isso traz implicações importantes. Movimento significa processo, fenômeno dinâmico e inacabado. Sendo um processo em curso e sem final predeterminado, demarcar seu início também é tarefa complexa.

A Reforma Sanitária Brasileira é vinculada a movimento, no entanto, conforme o autor acima citado, isso inocula encadeamentos consideráveis. Por ser um movimento, logo esse processo torna-se inacabado, e sem previsão para sua finitude conclusão, porém, especificar seu início não é uma delegação fácil (COHN, 1989). Em suas falas a estudiosa (GOHN, 2011, p.336) expressa seu conhecimento em relação a essas cinesias, “os movimentos realizam diagnósticos sobre a realidade social, constroem propostas. Atuando em redes, constroem ações coletivas que agem como resistência à exclusão e lutam pela inclusão social”.

Tanto o autor como a autora retribui para um consenso de movimento e sua relevância no meio social, político e econômico, evidenciando a edificação

demasiadamente em constante construção. Teixeira (2009, p.474) relata a Reforma Sanitária no Brasil como “uma estratégia política e um processo de transformação institucional cujo projeto e trajetória de institucionalização implicaram a reformulação de um campo de saber”.

Oriunda de receios e contestações sociais a reforma sanitária não deixa de ser uma estratégia política, culminada de um esboço de transformações institucionais cujo caminho incide na revisão de um campo de saber (TEIXEIRA, 2009). Todo esse processo de busca pela garantia de direitos e pela liberdade democrática garantiu ganhos concretos que perpetuam ainda na conjuntura contemporânea, “emergindo como parte da luta pela democracia, a Reforma Sanitária já ultrapassa três décadas, tendo alcançado a garantia constitucional do direito universal à saúde e a construção institucional do Sistema Único de Saúde (SUS)” (TEIXEIRA, 2009, p.474).

Com três décadas da unificação do direito a saúde que a RS revogou com premissa em sua luta, ainda existem problemas e conceitos a serem delimitados e repensados para que haja uma melhoria, uma vez que as eventuais mudanças sociais implicam diretamente nessa conjuntura reformista.

Teixeira (2009, p.476), aborda o projeto de construção que o movimento que embalou a reforma sanitária brasileira detinha em seus preâmbulos frente a hegemonia de um recente escalão civilizado “o que implica uma profunda mudança cultural, política e institucional capaz de viabilizar a saúde como um bem público”.

Essa nova construção incide em uma transfiguração aguda nos espaços cultural, político e institucional, hábil para nortear o direito à saúde um nível público (TEIXEIRA, 2009). Alguns princípios guiaram esse processo, assegurando o embasamento do mesmo, em suma a égide da saúde adentrava numa perspectiva

democrática de cunho político, já que toda a estruturação desse novo modelo de disponibilizar a saúde seria alterada conforme as novas demandas. (TEIXEIRA, 2009, P.477).

Um princípio ético-normativo que insere a saúde como parte dos direitos humanos; um princípio científico que: compreende a determinação social do processo saúde/doença; um princípio político que assume a saúde como direito universal inerente à cidadania em uma sociedade democrática; um princípio sanitário que entende a proteção à saúde de forma integral, desde a promoção, passando pela ação curativa, até a reabilitação.

Com o surgimento do SUS, grande vitória democrática e social sendo legalizados pela Constituição de 1988, esses princípios não obtiveram tanta relevância, uma vez que o pensamento ideológico do Governo tendia para o Neoliberalismo, contrário ao pensar de seus fundadores (TEIXEIRA, 2009). A saúde tornou-se direito de todos e dever do Estado, não obstante com essa nova reformulação, o Estado se mantinha isolado sem muita participação nas políticas públicas, responsabilizando o indivíduo pela sua própria saúde e bem estar. Entende as falhas desse movimento como notoriamente importante para ressaltar futuros erros, situando condições mais humanas ao invés de tratar a saúde como mera mercadoria.

Valla (1992, p.31) ressalta uma abordagem da saúde, tradicional, desenvolvida no Brasil que, “Privilegia conselhos e normas para o indivíduo, fazendo com que o acesso à saúde seja um esforço individual e, conseqüentemente, uma responsabilidade individual.” Deixando sobre guarda da vítima a total supervisão da saúde, fomentando uma menção a saúde-doença da população a suas condições de vida e trabalho (TEIXEIRA, 2009). Com isso o projeto neoliberal garante que seus interesses sobressaiam os da população que realmente necessita dos serviços públicos.

2.3 A Política de Humanização do SUS

Humanizar atualmente está sendo uma temática bastante discutida dentro da área da saúde no que diz respeito ao tratamento e consolidação dos direitos dos básicos dos usuários, “destaca-se a questão da violência, ou seja, a humanização como oposição a ela e nesta são referidos maus-tratos físicos e psicológicos” (WALDOW, BORGES, p.415). Humanizar aponta o autor em seus relatos que andar na contra mão da violência e de toda ação que infrinja os direitos do ser humano, dando suporte para a melhoria do atendimento seja através da tecnologia e de relacionamentos acolhedores primando pela empatia “refere-se à necessidade de melhoria da qualidade dos serviços prestados que se daria por meio da tecnologia e do bom relacionamento” (WALDOW, BORGES, p.415). “Em terceiro, aparece a ideia de humanizar pela melhoria das condições de trabalho do cuidador” (WALDOW, BORGES, p.415). Melhores condições que o cuidador/profissional necessita configura uma das ferramentas essenciais para que haja uma humanização de qualidade, embora não garanta a mesma. Para o Ministério da Saúde (2003):

A Política Nacional de Humanização (PNH) – HumanizaSUS 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 PNH deve estar presente e inserida em todas as políticas e programas do SUS.

A PNH desde sua criação em 2003 desempenha os princípios que norteiam o SUS tanto em suas atividades cotidianas como nas suas práticas de atenção e gerenciamento, fortalecendo o campo da saúde pública nacional, viabilizando conversação entre gestores, trabalhadores e usuários numa perspectiva de garantir a integridade e bem-estar de todos os envolvidos nesse processo (BRASIL, 2003). Conforme o Ministério da Saúde, a comunicação entre esses três

conjuntos é de total valia para debates que focaliza mudanças no processo de aprimoramento no cuidar e no alinhamento de novos meios de organização atualizadas do trabalho.

Benevides e Passos (2005, p. 562) afirmam, que “identificada a movimentos religiosos, filantrópicos ou paternalistas, a humanização era menosprezada por grande parte dos gestores, ridicularizada por trabalhadores e demandada pelos usuários”. Importantes protagonistas no processo de inserção da PNH, sublinha a temática humanização como uma solicitação dos usuários e de uns trabalhadores, todavia, é desrespeitada e desdenhada por profissionais e gestores (BENEVIDES, PASSOS, 2005). Goulart e Chiari acrescentam, (2010, p.255):

A crescente complexidade dos sistemas de saúde, os progressos da medicina e da ciência, além do fato da prática médica ter se tornado mais arriscada e, em muitos casos, mais impessoal e desumanizada, geralmente envolvendo grande burocracia, mostrou a importância de se reconhecer o direito do indivíduo à autodeterminação e de assegurar garantias de outros direitos dos pacientes.

Reconhecer os direitos tanto do usuário, trabalhador e gestor é um passo a ser considerado para que se construa uma relação amigável e respeitável entre esses grupos, Brasil (2003) “A humanização é a valorização dos usuários, trabalhadores e gestores no processo de produção de saúde”, a definição terminológica dada pelo MS incita a valorização de todos os sujeitos que fomenta todo o processo de saúde, no que diz respeito ao cuidado do ser humano e de suas necessidades individuais e sociais (BRASIL, 2003).

Valorizar as necessidades individuais de todos os componentes desse processo é primordial para alcançar melhorias e revisar posicionamentos que possam ser mudados e que venham futuramente edificar avanços significativos para o

âmbito da saúde no que tange a temática humanização. Ainda de acordo com a publicação do (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013):

A valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Fomento da autonomia e do protagonismo dos sujeitos e dos coletivos envolvidos no processo de saúde, visando aumento do grau de co-responsabilização, humanização da gestão e participação dos trabalhadores nos processos de decisão e estabelecimento de vínculos solidários na produção de saúde em rede.

É necessário que todos os indivíduos que participam do processo da saúde sejam vistos com um olhar humanizado, seja ele o profissional que atua, o gestor que realiza a coordenação do espaço e o usuário que faz utilização do aparelho e dos serviços prestados pelo Governo, com essa ação poderia vir a eclodir nos blocos coletivos uma gama de autonomia e protagonismo, além da crescente grau de co-responsabilidade e humanização da gestão e trabalhadores, fomentando assim vínculos colaborativos na busca pela saúde em conjunto, (BRASIL, 2013).

Com a valorização dos indivíduos que participam do processo em busca da saúde sendo visto com outros olhos, a relação entre todos envolvidos ganha novos ares, no que se refere à humanização no atendimento da saúde. “A PNH conta com um núcleo técnico sediado em Brasília – DF e equipes regionais de apoiadores que se articulam às secretarias estaduais e municipais de saúde”, (BRASIL, 2013).

Esse modelo de relação existente faz com que se estreitem ainda mais as informações e conhecimentos adquiridos compartilhando os planos de ações, tendo em vista difundir as novidades vinculadas a saúde. Essa ligação eleva o compartilhamento de novidades em âmbito nacional, servindo de suporte para perpetuar meios para melhorar o processo da saúde. Puccini & Cecílio (2004, p.1344) definem que nos serviços de saúde, essa intenção humanizadora se revela em diversas proposições, tais como: “melhorar a relação médico-paciente; organizar

atividades de convívio, amenizadas e lúdicas como as brinquedotecas e outras ligadas às artes plásticas”.

Os serviços organizados de saúde servem de suporte para uma interação fiel e humanizados entre os médicos e pacientes, diferenciando uma relação intrinsecamente harmonizada e didática, nessa perspectiva conforme os autores podem-se fazer uso de atividades lúdicas, artes plásticas e música, para consolidar um convívio amenizado (PUCCINI & CECÍLIO, 2004). Alves et al (2007, p.37) respaldam a importância da valorização do prestígio humano e sua subjetividade “tendo como objetivo o aprimoramento das relações entre profissionais e usuários, dos profissionais entre si e melhoria da imagem dos hospitais na comunidade”.

Reiterar uma harmônica relação entre os sujeitos é uma premissa primária, pois, fecunda, em um espaço ainda recheados de atritos, finitas possibilidades para resguardar os direitos e deveres tanto do profissional quanto do usuário. Reiterando Alves et al, (2007, p.38) “a humanização é entendida como valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, incluídos, portanto, usuários, trabalhadores e gestores”. A PNH direciona suas prioridades em foco com a solidificação de resultados, tais como a redução de filas e tempo de espera, ampliando o acesso e atendimento acolhedor e resolutivo; os usuários do SUS saberão quem são os profissionais e a rede que cuidam de sua saúde, Benevides e Passos (2005, p.563) acentuam a PNH como “uma rede comprometida com a defesa da vida, rede humanizada porque construindo permanente e solidariamente laços de cidadania”. Levando em conta o cuidado prioritário a vida.

3 O SERVIÇO SOCIAL

3.1 A Gênese do Serviço Social no Brasil

O Serviço Social está inserido na divisão social e técnica do processo do trabalho além de realizar ações profissionais no âmbito diversificado das políticas socioassistenciais, seja ela na esfera privada ou pública. Por ter em sua gênese o teor social, logo sua ação se estabelece fundamentalmente nos princípios básico da vida alicerçado pelo seu código de ética. É importante ressaltar que a história do serviço social é repleta de desconstruções, embora ainda na atualidade seja vista de modo filantrópico. Machado (2013. p.3) explana em seus estudos um pouco da influência do Serviço Social logo em sua iniciação.

O Serviço Social teve, desde o seu nascedouro, influências da Igreja Católica, portanto, as práticas dos primeiros assistentes sociais estavam baseadas na caridade, solidariedade e filantropia. Tais práticas, que às vezes permanecem até hoje em alguns espaços ocupacionais, reproduzem ações não condizentes com o atual Projeto Ético-Político da profissão (Projeto que também visa a sustentabilidade por meio de uma nova ordem societária).

É indiscutível que o Serviço Social tem em sua gênese, fortes influências da Igreja Católica, posteriormente as ações e postura dos primeiros profissionais serem baseada na filantropia e na caridade, óptica que em certos recintos ocupacionais ainda permanecem firmes e vivos, todavia vai de encontro com o contemporâneo Projeto Ético-Político da profissão, tal projeto objetiva por meio da desconstrução e renovação de uma nova ordem societária que possibilite a sustentabilidade (MACHADO, 2013).

A influência da Igreja no que diz respeito a questões sociais ainda permeia o receio da sociedade e de pensamentos comuns, desconstruir tais linhas e conduta é eventualmente uma égide para o desvelamento dos pensares sobre o profissional e suas ações, em outrora, conforme aponta o autor acima citado, os primeiros passos dados pelo Serviço Social foram orientados e norteados pela Igreja, porém com o

passar do tempo e de avanços e estudo a profissão pode romper com esse adestramento ideológico (MACHADO, 2013).

Para Yamamoto (2014, p.610) “as condições que circunscvem o trabalho do assistente social expressam a dinâmica das relações sociais vigentes na sociedade”. Nessa perspectiva o assistente social é submetido às polarizações existentes no enredo posto pelos interesses e relações sociais, sendo uma engrenagem dos mecanismos de apropriação participando das atividades que exploram soluções para a classe proletarizada, intervindo na reprodução do antagonismo social (Yamamoto e Carvalho, 1982). É uma dicotomia a relação que o assistente social possui com a classe proletária e os donos dos meios de produção e exploração da força de trabalho, para isso precisa articular ferramentas e cuidados para apaziguar os interesses dos dois lados, tornando-se compilador de estudos e pesquisas que suscitem a correlação harmônica. Alcantara & Vieira (2013, p.339) acerca de um dos desafios que os assistentes sociais enfrentam em seu âmbito de trabalho:

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.

É posto aos profissionais de serviço social vários desafios no seu cotidiano, sendo que um de seus maiores e mais significante é progredir com sua capacidade de desvendar as diferentes demandas inseridas na realidade social, tal análise possibilita a compreensão da sua atuação dentro do espaço social e institucional (ALCANTARA & VIEIRA, 2013). O assistente social busca compreender a realidade social para assim poder agir e executar de modo íntegro as políticas públicas, entender as peculiaridades das demandas é essencial, é primordial para que se possa intervir.

Iamamoto (2009) ressalta que na contemporaneidade o profissional de serviço social está sendo requisitado em todos os espaços sociais, seja ela no âmbito público ou privado, no que tange as modificações e transições da realidade social e capitalista, com isso a sua capacidade de ler essa realidade torna-se uma ferramenta eventualmente indissociável da transição velho/novo. Segundo Iamamoto (2009, p.372) “os assistentes sociais estão sendo chamados a atuar na esfera da formulação e avaliação de políticas e do planejamento, gestão e monitoramento, inscritos em equipes multiprofissionais”.

O profissional está sendo chamado e com isso consegue ampliar ainda mais o seus espaços ocupacionais, o controle social e sua capacitação para orientar os conselhos de políticas públicas, além de elaborar projetos e programas sociais.

Iamamoto (2009, p.372) afirma que “ampliam seu espaço ocupacional para atividades relacionadas ao controle social à implantação e orientação de conselhos de políticas públicas, à capacitação de conselheiros, à elaboração de planos e projetos sociais, ao acompanhamento e avaliação de políticas, programas e projetos sociais”.

Os serviços dos assistentes sociais são uma importante ferramenta para edificar ações e posicionamentos no que tange as questões das expressões sociais bastantes intensivas e transmutadas, para isso o profissional soma no intuito de edificar resoluções para atender as demandas postas.

Alcantara e Vieira (2013, p.340) denotam situações e demandas corriqueiras que são delegadas ao assistente social pelos usuários no campo da saúde além de mostrar a relação com os aspectos seguintes:

- (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.

Dentro do espaço da saúde, o assistente social enfrenta diversos dissabores para com a equipe de saúde, por participar de uma equipe multiprofissional, onde é preciso um trabalho em conjunto que requer e exige não só dele mesmo, mas, de todos os profissionais envolvidos, porém o assistente social possui aproximações com os usuários e seus dilemas no que se refere ao tratamento obtido no campo da saúde, além de lidar com as exigências das instituições a qual faz parte do corpo (ALCANTARA & VIEIRA, 2013).

O trabalho do assistente social dentro do espaço da saúde não é simplesmente fácil tampouco seria, uma vez que está inserida em uma equipe multiprofissional, com isso precisa estabelecer um projeto de inserção dos valores éticos seja eles dos usuários, profissionais e gestores. Conforme Herrera (1976, p.221) indica que o Serviço Social atenta-se com diversas implicações que perpassam o eixo social, emocional, culturais e econômicos, que conforme ele atua no nível da saúde, podendo vir a ser também um desencadeador de mazelas.

Lidando com os fenômenos referentes ao ser humano em seu processo de interação com sua realidade social, objetiva a mobilização e desenvolvimento das potencialidades humanas e sociais, através de métodos e técnicas que lhe são específicas.

O assistente social em sua prática profissional é acentuado a correlacionar-se com os fenômenos inerentes aos seres humanos e sua busca de diálogo com as questões sociais, designando o encontro e a sofisticação dos talentos humanos e sociais, por meio de dispositivos e apetrechos intrinsecamente característicos

(HERRERA, 1976). Acentua os enfrentamentos que o profissional se depara ao adentrar no espaço social, onde as relações são peculiares às expressões sociais e humanas, ultrapassando a linha das especificidades fenomenais. Sendo assim lamamoto (2014, p.618) afirma:

A atuação dos assistentes sociais dá-se no âmbito das relações entre as classes e destas com o Estado no enfrentamento das múltiplas expressões da “questão social”, sendo a política social uma mediação fundamental do exercício profissional voltado para a sua formulação, gestão avaliação e financiamento, assim como para a assessoria aos movimentos sociais.

Essa atuação chega a parecer uma incógnita para a profissão, sendo sua relação basicamente voltada ao âmbito onde residem as relações entre as classes e sua vivência com o Estado, sem tipificar os enfrentamentos cotidianos das múltiplas expressões advindas da questão social, lamamoto afirma que a política social é fundante nas atividades de tal profissional, sendo voltada para a sua programação e financiamento, podendo assim assessorar também os movimentos sociais (IAMAMOTO, 2014). Esse contexto analítico que existe reputa uma visão sensorial que o profissional incessantemente precisa atualizar, para poder assim articular meios concretos e sintetizar seu exercício. lamamoto (2014, p.619) especifica um dos maiores desafios posto ao Assistente Social no contexto e na conjuntura atual:

Decifrar as novas mediações por meio das quais se expressa a “questão social hoje é de fundamental importância para o Serviço Social em uma dupla perspectiva: para apreender as várias expressões que assumem, na atualidade, as desigualdades sociais — sua produção e reprodução ampliada — e para projetar formas de resistência e de defesa da vida e dos direitos, que apontam para novas formas de sociabilidade.

A autora cuidadosamente explicita em seus estudos que a questão social na contemporaneidade é constantemente oscilante e mutável, e com isso o profissional de Serviço Social tende a se apropriar ainda mais de estudos e de capacitações que lhe façam decifrar de maneira real as demandas variantes das expressões sociais (IAMAMOTO, 2014). Herrera (1976, p.221) “isto implica desfazer-se de velhos e inadequados papéis, para assim assumir outros que se harmonizem com a mudança contínua dos tempos presentes”. Para Abramides (2016, p.457):

A profissão, relativamente jovem, tem cinquenta de seus oitenta anos marcada pelo processo de ruptura com o conservadorismo. Isso não é pouca coisa em um país com a herança oligárquica, conservadora em seus processos de urbanização e industrialização.

A história do serviço social perpassa por inúmeras lutas contra o conservadorismo e o autoritarismo burguês que usurpa diariamente a força de trabalho e a vida social dos sujeitos socialmente vulneráveis, mesmo sendo uma profissão jovem, ainda caminha para o crescimento saudável, tal posicionamento e conquista pode vir a serem consideradas enormes vitórias, já que o processo de industrialização e urbanismo é direcionado pela política oligárquica do país (ABRAMIDES, 2016).

O Serviço Social obteve um verdadeiro rompimento com as ideais e as amarras do conservadorismo entre 1972 e 1975 com o movimento de reconceituação, conforme afirma Abramides (2016, p.460) “o movimento de reconceituação incidiu no Brasil no projeto pioneiro de formação profissional da Escola de Serviço Social da Universidade Católica de Minas Gerais. Conhecido como método BH, sua formulação e experiência se desenvolveram entre 1972 e 1975”.

Utilizando-se dos ensinamentos contidos na teoria social de Karl Marx, os profissionais buscaram reiterar o significado social da profissão, inerentes às contradições vigentes na sociedade capitalista e a crescente exploração da força de trabalho, no intuito de alçar uma nova sociabilidade “na direção de uma nova sociabilidade humana (ABRAMIDES, 2016, p.460)”.

Fraga reverbera a respeito da profissão e seu reconhecimento na sociedade, “o Serviço Social é uma profissão reconhecida na sociedade na medida em que é socialmente necessária e exercida por um grupo social específico” (2010, p.43). Sua necessidade é deferida na medida em que a demanda social postula seus conhecimentos, ainda ressaltando essa categoria, o autor aborda sua competência acerca do compartilhamento de “um sentimento de pertencimento e possui uma identidade profissional” (p.43), por estar inserida na divisão do trabalho o Serviço Social conforme IAMAMOTO (2011, p. 18) esmiúça em seus estudos “surge como parte de um movimento social mais amplo”.

3.2 O Projeto Ético Político do Serviço Social

O Projeto Ético-Político regula as ações e as atividades que o profissional de Serviço Social exercem e executam em campo, por ser uma profissão distinta de teor social, requer meios e ferramentas que possibilite aos usuários confiabilidade e sigilo, tendo em vista a qualidade no atendimento.

O Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais/Resolução CFESS n. 273/93 de 13 de março de 1993 (Conselho Federal de Serviço Social, 1993a), a Lei de Regulamentação da profissão/Lei n. 8.662/9, de 7 de junho de 1993 e as diretrizes curriculares do curso de Serviço Social (BRASIL, 2012)” são verdadeiros pilares basilares para a atuação do profissional e sua segurança e embasamento, garantindo a seu compromisso com a vida e a verdade.

Netto (1999, p.104-5) registra que no epicentro do projeto a condecoração da liberdade como valia cêntrica, “a liberdade concebida historicamente, como possibilidade de escolher entre alternativas concretas; daí um compromisso com a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais” (NETTO, 1999, p.104-5). O autor apropriado de conhecimentos científicos enfatiza a vinculação do projeto societário com a proposta de uma nova ordem social, sem dominador e dominado, explorado ou explorador, salientando o ser humano além de sua etnia e gênero (NETTO, 1999).

A transformação social almejada pelo projeto desmistifica a relação social capitalista de exploração do trabalho para a existência e manutenção das relações sociais por uma relação mais humana e igualitária. Iamamoto (1994, p.91) acentua a problemática que o profissional de serviço social sofre dentro do espaço trabalhista, e o seu desafio de manter seu compromisso com a classe trabalhadora e a

fidelidade com o seu projeto ético-político, essa questão (IAMAMOTO, 1994, p.91) “que não é posta prioritariamente pelo profissional, mas pela dinâmica da realidade, sendo por ele assumida: a da criação de uma nova hegemonia no bojo das relações fundamentais da sociedade”.

Essas circunstâncias propõem uma real ruptura com o molde dominante de pensar, educar e de dirigir, com isso tende-se a superar por meios de ações coletivas “identificada com os setores subalternos e de uma compreensão da realidade comprometida com o desvendamento de suas contradições, a consciência ambígua e heteróclita do próprio profissional”. Por meios da consciência do próprio profissional e perceptível identificar os desdobramentos das relações sociais e suas contradições ferrenhas, podendo esse conforme (IAMAMOTO, 1994, p.91) “tornar-se, efetivamente, um especialista e um político, isto é, um dirigente, capaz de expressar os interesses majoritários da população, que seja por ela requerido e reconhecido”. É importante destacar a magnitude da ética em concordância com Gontijo (2006, p.129) “ética’ significa, portanto, tanto a disciplina que reflete criticamente sobre o saber ético encarnado nos costumes e modos de ser, como esse próprio saber”. Repensar e contemplar sobre a ética em seus diversos lados sobre os próprios saberes adquiridos sejam de modo científico ou não, torna-se um pressuposto para uma análise crítica e leal.

O projeto ético-político do serviço social em seus diversos anseios luta para “viabilizar finalidades profissionais consoantes com valores articulados aos interesses dos trabalhadores (FORTI, 2017, p.380)”. O comprometimento e a ética que a profissão conota com os interesses dos trabalhadores é solidificada em campo e na teoria “são mediadas pelo conjunto de necessidades e possibilidades, de demandas e respostas que legitimam a profissão na divisão social do trabalho da

sociedade capitalista, marcando a sua origem e a sua trajetória histórica (BARROCO, 2001, p.12)".

O Código de Ética profissional de 1986 é cunhado em um corpo que percorreu dois processos para assim o ser "negação da base filosófica tradicional, nitidamente conservadora, que norteava a "ética da neutralidade", e afirmação de um novo perfil do/a técnico/a, não mais um/a agente subalterno/a e apenas executivo/a, mas um/a profissional competente teórica, técnica e politicamente (BRASIL, 2012, p.20)". Esses dois momentos são transitórios para a história do serviço social e seu projeto ético-político, estudiosos e pesquisadores juntamente com a Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) em 1996 criaram as Diretrizes curriculares que o Serviço Social necessitaria para capacitar seus profissionais, "explicitando os conteúdos teórico-práticos básicos e mínimos que devem comparecer na formação do assistente social (NETTO, 2015, p.235)". Moisés (2017, p.4) complementa acerca do projeto ético-político do Serviço Social ressaltando seus "valores, compromissos e princípios emancipatórios que vão à contramão do projeto de sociedade baseado na banalização da vida (Moisés 2017, p.4)". Resultante de três níveis constitucionais "a legislação que regula o exercício da profissão, o seu código de ética e os parâmetros da formação acadêmica (NETTO, 2017, p.236)". Essas três bases asseguram o Projeto Ético-Político profissional.

3.3 A Inserção do Assistente Social na Saúde

A Resolução 218 de 1997 do Conselho Nacional de Saúde em sua Sexagésima Reunião Ordinária, realizada nos dias 05 e 06 de março de 1997, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, considera

a regulamentação das profissões de Saúde, inclui entre os mesmos o Assistente Social. Fundamental para a ampliação da saúde, o profissional de Serviço Social chega para somar nos serviços relacionados à relação social. Sodré (2014, p.70), em sua fala ressalta que a exigência do assistente social se dá pelo mesmo “cumprir atividades em nome da promoção da saúde”. Esses profissionais aparatam-se ainda mais a promoção da saúde com seus serviços capacitados. Sodré (2014, p.75) afirma que:

Quando são solicitados para explorar as atividades de prevenção, respondem com clareza e precisão, pois compreendem a atuação de combate ao um “risco” específico, referem-se a doenças que requerem uma atuação que se antecipe e que não deixe avançar um quadro preexistente ou em vias de aumento de número de casos.

O autor repassa que o assistente social consegue dar diferentes contornos no que se diz a prevenção da saúde, explorando as atividades de prevenção responde com uma impecável clareza e rigor, compreendendo a realidade da situação na luta contra o risco (SODRÉ, 2014). Por ter uma capacitação oriunda das questões sociais, sendo um profissional gabaritado com uma visão acentuada, atento a todos os detalhes ditos como irrelevantes, logra uma vazão dentro das possibilidades das demandas postas. Schmaller et al (2012,p.348):

Defendemos que os assistentes sociais, por atuarem na saúde, não abdicuem da identidade profissional, mas que a atuação nas Residências Multiprofissionais passe “pela compreensão dos determinantes sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença e na busca de estratégias político-institucionais para o enfrentamento dessas questões”. Portanto, não devem prescindir da especificidade do Serviço Social e devem agir embasados pelo Código de Ética e da Lei que regulamenta a categoria.

O autor retrata a importância do assistente social não perder sua essência, tampouco sua paridade profissional atuando no âmbito da saúde, porém seu

comportamento nas Residências Multiprofissionais deve perpassar pelo entendimento pertinentes a questões sociais, econômicos e culturais influenciadores no seguimento saúde-doença, objetivando encontrar estratégias político-institucionais na resistência às questões citadas (SCHMALLER ET AL, 2014). Sendo assim, compreendida as facetas do Serviço Social, em hipótese alguma os norteamentos oriundos do Código de Ética e a Lei que regula sua profissão devem ser abstraídos (SCHMALLER ET AL, 2014).

O profissional de serviço social tem dever em sua complexa colaboração na promoção da saúde como um espaço multiprofissional e multilateral, no entanto abster-se de seus princípios enquanto assistente social não é uma opção, a sua formação é pautada em ética e compromisso com a verdade e a vida, com isso abdicar de valiosos preceitos é um falta grave para com sua profissão. De acordo com Costa (1998, p.22):

O assistente social precisa dispor e conhecer portarias e normas de funcionamento das unidades e do próprio sistema de saúde, além dos manuais de funcionamento dos programas, horários de atendimento das unidades, setores (sobretudo dos serviços de apoio ao diagnóstico) e dos profissionais (principalmente médicos, psicólogos, fisioterapeutas etc).

Costa (1998) faz uma análise preciosa acerca da inserção do assistente social no âmbito da saúde, focaliza a importância do conhecimento de “portarias e normas de funcionamento das unidades e do próprio sistema de saúde (COSTA, 1998, p.22)” estando ciente do funcionamento dos programas, rotina, horários e manuais pertinentes às unidades de saúde, compreendendo e conhecendo os serviços de apoio ao diagnóstico e de outros profissionais tais como médicos, psicólogos, fisioterapeutas e outros (COSTA, 1998). O assistente social além de atuar na área de saúde precisa se adaptar e conhecer o funcionamento geral desse espaço social.

ABEPSS (1996, p.36) aborda os diversos processos do trabalho do assistente social:

A inserção do Serviço Social nos diversos processos de trabalho, encontra-se profunda e particularmente enraizado na forma como a sociedade brasileira e os estabelecimentos empregadores do Serviço Social recortam e fragmentam as próprias necessidades do ser social e a partir desse processo como organizam seus objetivos institucionais que se voltam à intervenção sobre essas necessidades”.

Bernardo e Pinheiro (2011, p.10 -11) ressaltam o processo de evolução dos serviços da saúde, ganhos advindos com a implementação da Constituição de 1988, que abrange o sentido do termo saúde, nessa perspectiva insere o “profissional de Serviço social dentro do contexto das políticas de saúde, colocando tal profissão inserida na área como um todo, desde a atenção primária e básica aos serviços especializados de alta complexidade”.

Costa e Andrade (2014, p.118) conclui que a base de atuação do profissional é pautada nas facetas da questão social, “ao desvelar a saúde como direito e promover condições que possibilitem o acesso dos usuários, o/a assistente social contribui com o processo de construção e sensibilização destes usuários enquanto sujeitos de direitos, o que revela a atuação a partir de um direcionamento social que, além de impulsionar a emancipação dos sujeitos sociais, estimula e fortalece a universalização do acesso à saúde”.

A saúde segundo Santos & Senna (2017, p.440) tornou-se um dos principais campos que o assistente social está atuando, sublinham as ações que os mesmos desenvolvem, “merecem destaque aquelas vinculadas à Educação em Saúde que, embora não exclusivas do assistente social, têm sido uma das mais constantes e frequentemente requisitadas a esse profissional, sobretudo no âmbito da chamada Atenção Primária em Saúde”. Dentro desse espaço, o assistente social consegue

inserir seu trabalho juntamente com outros profissionais, assim criam uma rede de compartilhamento tendo como foco a resoluções de problemas decorrentes das demandas.

Apesar de todos os avanços conquistados pela tecnologia e da ciência na área da saúde, ainda coexistem diversas lacunas que precisam ser preenchidas, esse novo molde que configura a política de saúde interfere diretamente o trabalho do assistente social em diversas proporções, conforme afirma o Conselho Federal de Serviço Social – CFESS (2010, p.23):

Nas condições de trabalho, na formação profissional, nas influências teóricas, na ampliação da demanda e na relação com os demais profissionais e movimentos sociais. Amplia-se o trabalho precarizado e os profissionais são chamados a amenizar a situação da pobreza absoluta a que a classe trabalhadora é submetida”.

A nova estrutura da saúde e sua política está cheia de lacunas, com isso enxergam no profissional de serviço social uma ferramenta essencial para buscar soluções para essas problemáticas advindas das demandas. A solicitação desse especialista é realizada em todo tempo para atender demandas bastante complexas, conforme Sodré (2010, p.466-467) explica a complexidade desse atendimento ressaltando que “uma só pessoa pode ocupar dias de trabalho devido a sua complexidade. E mesmo com demandas grandes e intensas de atendimento direto à população, é também convocado a ocupar cargos que dialogam com a gestão”.

O autor de modo claro deflagra informações contundentes sobre a complexidade existente no âmbito da saúde, configurando a importância de tempo para solucionar problemáticas sérias, sendo impostas ao assistente social resoluções rápidas, com isso o trabalho poderá sofrer uma queda na sua qualidade técnica, observando que tal ação pode vir a alterar e infringir as diretrizes que norteiam o profissional de serviço social.

No campo da saúde existe um leque imenso de demandas e anseios relacionados à vida humana, Sodré (2010, p.473) acentua essa dinamização em seus estudos “não é possível realizar ações estanques e padronizadas em políticas públicas que atuam diretamente sobre a vida”.

As situações insalubres que os profissionais da saúde são submetidos são bastante rústicas e deterioradas, dificultam as atividades e ações desses técnicos que atuam em condições impróprias. Para Fonseca (2010, p.24) “o assistente social, assim como os demais profissionais que atuam nessa área, realiza o seu fazer profissional em condições difíceis, colocando-se como mediadores entre uma população miserabilizada demandante destes serviços públicos e o descaso das elites dominantes”. Essa ambiguidade existente entre o trabalho e a deterioração das condições faz com que os serviços em sua maioria não acendam o seu real potencial de qualidade, dentro do espaço da saúde o técnico de serviço social atua em conjunto com outros profissionais, ou seja, suas ações não são isoladas da equipe multiprofissional, Nogueira e Miotto (2007, p.10) declaram:

As ações profissionais do assistente social no campo da saúde, assim como em outros, não ocorrem de forma isolada, mas se articulam em eixos/processos à medida que se diferenciam ou se aproximam entre si, e particularmente na saúde integram o processo coletivo do trabalho em saúde (NOGUEIRA E MIOTTO, 2007, p.10).

O trabalho do assistente social se harmoniza com as ações de outros profissionais, seja ela no campo da saúde ou em outros âmbitos, porém na saúde particularmente, aproximam entre si, objetivando um melhor atendimento para os usuários e suas diversas demandas. Dentro do mercado de trabalho o assistente social é privilegiado por adentrar em um espaço cotidiano das classes menos favorecidas, com isso consegue absorver a realidade e seu teor social. Conforme Sousa (2008, p.122) “esse conhecimento é, sem dúvida, o seu principal instrumento

de trabalho, pois lhe permite ter a real dimensão das diversas possibilidades de intervenção profissional”.

Bravos e Matos (2006, apud CAMPOS, 2015, p.3) ressaltam a importância de manter os princípios de dois projetos essenciais na construção da profissão de serviço social, para averiguar se realmente o profissional está conseguindo dar respostas qualificadas às demandas projetadas pelos usuários. “É sempre na referência a estes dois projetos que se poderá ter a compreensão de se o profissional está de fato dando respostas qualificadas às necessidades apresentadas pelos usuários”.

Conforme Campos (2015), explicitam em seus estudos acerca da atuação do técnico de serviço social, para que as ações do técnico sejam isentas do senso comum, o mesmo deve distanciar-se das abordagens tradicionais de filantropia, “reforçadoras das práticas conservadoras que tratam as situações sociais como problemas pessoais que devem ser resolvidos individualmente” (CAMPOS, 2015, p.3).

Esses conceitos corroborados pelo conservadorismo não levam em conta as situações sociais e todos os contextos impostos aos indivíduos desprovidos de meios para a sua sustentação básica. O Conselho Federal de Serviço Social (CFESS, 2010, p.39) em sua competência reafirma alguns conceitos fundantes para que os profissionais de Serviço Social possam agir e atuar dentro do campo da saúde, tais como: “a concepção de saúde, a integralidade, a intersetorialidade, a participação social e a interdisciplinaridade, já ressaltados no primeiro item deste documento”.

Ainda conforme (CFESS, 2010, p.40) o assistente social atua “na pesquisa, no assessoramento e na mobilização dos trabalhadores, compondo muitas vezes, equipe multiprofissional”. CFESS (2010, p.40) no âmbito da saúde é delegado ao assistente social quatro eixos para a sua atuação são eles: “atendimento direto aos

usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional”. Dentro desse espaço esses eixos são atribuídos ao profissional para que o mesmo possa com suas habilidades desenvolver um papel importantíssimo para a promoção da saúde, obviamente em conjunto com outros profissionais da área da saúde.

4 POLITICA DE HUMANIZAÇÃO: DIREITOS DO USUÁRIOS E DEVER DO PROFISSIONAL

A Política de Humanização ocorre quando os usuários em sua complexidade são atendidos com um olhar e um tratamento significativo correspondente a sua demanda, com a crise no sistema de saúde e várias reclamações e denúncias de abusos acerca dos serviços prestados pelas instituições profissionais da área, se fez necessário repensar a política de modo humanizado, ressaltando os direitos legais dos usuários e os deveres do técnico profissional.

Na portaria N° 1.820, de 13 de agosto de 2009 que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, “art. 2º Toda pessoa tem direito ao acesso a bens e serviços ordenados e organizados para garantia da promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação da saúde” (BRASIL, 2009). Sobre a humanização no atendimento, a portaria exhibe no Artigo 4º suas orientações acerca da mesma, “toda pessoa tem direito ao atendimento humanizado e acolhedor, realizado por profissionais qualificados, em ambiente limpo, confortável e acessível a todos” (BRASIL, 2009).

Humanizar o atendimento é uma prioridade essencial para que haja avanço na relação usuários, profissional e instituição. Barbosa (2013, p.123) comenta sobre a pretensão da Política Nacional de Humanização em provocar, “inovações na produção de saúde, gestão e no cuidado, com ênfase na educação permanente dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde e na formação dos acadêmicos da área de saúde”.

O objetivo da PNH em buscar emergir no seio ainda escasso da saúde a prevalência do atendimento humanizado, experimentar novas maneiras de atendimento, reorganizar e conscientizar as práticas profissionais além de reatualizar a formação dos novos profissionais de saúde. Desmistificar o termo “Humanização” é uma tarefa árdua uma vez que essa terminologia gira na perspectiva do “viés da bondade, do favor e da tutela. O desafio foi fazer com que a humanização pudesse gaguejar” (MARTINS E LUZIO, 217 p.17).

Faz se urgente criar novos sentidos, recriar novos problemas para assim, “produzir conexões inusitadas para que a humanização comportasse as mais de [...] mil lutas travadas cotidianamente pelos usuários e trabalhadores do SUS” conforme Martins e Luzio (2017, p.17). O atendimento e atenção na saúde, segundo apontam Goulart e Chiari (2010, p.257) são pautados “em princípios como a integralidade da assistência, a equidade e a participação social do usuário, dentre outros, demandam a revisão das práticas cotidianas com ênfase na criação de espaços de trabalho menos alienantes que valorizem a dignidade do trabalhador e do usuário”.

Os princípios basilares que norteiam o atendimento e a atenção foram criados justamente pensando nas questões adversas advindas de um público diverso. Em seus achados Goulart e Chiari (2010, p.266) ressaltam que o processo decorrente da humanização, compreendendo “na atitude simples de se disponibilizar para ouvir e contar, trocar experiências e comparar seu processo histórico com o outro”.

Os autores buscam resgatar a reciprocidade empírica e as ações “que permite a identidade humana e o reconhecimento da possível imperfeição, mas também a ilimitada possibilidade do fazer de novo” (2013, p.266).

Essa relação de empatia com a dor do próximo, no caso em si do usuário atendido, traz uma qualidade humana e humanizada, tornando a ação acolhedora excepcional. Goulart e Chiari verbalizam acerca “uma relação amistosa, de respeito, cordialidade e, principalmente, em que a escuta dos anseios, desejos, demandas e sentimentos do paciente e de seus familiares seja possível”.

Escutar e ouvir as mazelas e dores dos usuários torna o atendimento respeitoso, uma vez que o indivíduo em suma chega a instituição, fragilizado e vulnerável, tendo uma acolhida cordial sua situação pode vir a ser amenizada e

menos dolorida, essa contribuição serve para não perder o sentido da atuação tanto do trabalhador como da sociedade (GOULART E CHIARI, 2010).

Em uma relação que coexiste empatia com a dor do outro, a mesma fica harmônica e facilitada, sendo que os dois lados se comunicam de modo cordial chegando ao consenso em que todos saem satisfeitos. Não se pode negar e tampouco deixar esquecidas as condições de trabalho e as tensões vivenciadas pelos profissionais, é preciso também rever o lado dos profissionais enquanto ser humano que em seu cotidiano é submetido a diversas formas de dores e perdas, lamentos, um tenso recinto de trabalho e, as cobranças (MOTA, MARTINS E VÉRAS, 2006). Abordar o lado dos profissionais é preciso uma vez que, quem cuida de quem cuida dos usuários?

Mota, Martins e Véras (2006, p.234) acentuam em suas ponderações sobre o assunto “sendo assim, cuidar de quem cuida é condição suficiente para desenvolver projetos de ações em prol da humanização da assistência”. É preciso entender que cada indivíduo tem sua singularidade e individualidade e humanizar na atenção, é preciso levar todas essas correlações criando meios para atender as demandas conforme suas necessidades (FORTES, 2004). A dor é singular devendo ser tratada como tal.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se afirmar que a Humanização na saúde é traduzida em diversas relações que merecem atenção, que inicia desde o atendimento ao usuário até a capacitação do profissional de saúde, é importante ter coerência na hora de abordar a complexidade do tema, existem vários lados que precisam de cuidados, a humanização se faz necessária nesse arrido terreno. Com a crise na saúde e com a crescente demanda social o sistema enxergou no profissional de Serviço Social uma ferramenta forte para conseguir dar respostas às demandas inerentes aos usuários e suas necessidades enquanto ser social. As relações coexistentes entre os indivíduos que fazem parte da engrenagem de funcionamento da promoção da saúde são intrínsecas a vida social e em sociedade, o profissional de saúde atua no

âmbito de sofrimento, dores, perdas etc. Com isso, o mesmo cria uma defesa e certo padrão de atendimento técnico, no entanto, essa postura é prejudicial ao processo de promoção de saúde, afetando os serviços públicos prestados. Humanizar o atendimento no âmbito da saúde é uma das premissas que essencialmente comporta um nicho de qualidade e diferencial para os usuários dos equipamentos e instituições. É preciso cuidadosamente aprofundar a objetivação do termo saúde, para que assim possam abordar as múltiplas questões sociais engendradas nesse contexto, além das relações de trabalho existente nessa construção. Nunca, em tempo, a temática Humanização foi recorrente para a sociedade no que se refere à saúde. Entende-se que o percurso de conscientização e reeducação dos profissionais, usuário e gestores, é uma árdua tarefa a ser realizada. Desconstruir e reconstruir o conceito comum existente sobre a humanização na saúde e suas respectivas é um passo essencial para que se possam engrenar possibilidades reais no que tange a humanizar o atendimento na saúde. Nessa conjuntura de prerrogativas em relação à humanização na saúde é irrevogável ressaltar que os espaços e as condições que o profissional em suma precisa atuar são desprovidos de qualidade e de ferramentas necessárias para que o seu trabalho seja satisfatório e consiga resultar em melhorias aos usuários. O assistente social adentra nesses espaços porque identifica os determinantes sociais que compromete as condições de vida dos usuários e sua saúde, sua participação e sua inserção em equipes multiprofissionais é imprescindível, pois o mesmo acentua o chamamento para a humanização no atendimento na saúde (ALCANTARA E VIEIRA, 2013). O técnico em serviço social por ter uma formação e uma óptica que ver além do que está posto, articular possibilidades e ações juntamente com a equipe, justamente para dar resultados positivos no que se objetiva com a sua inserção no campo da saúde.

Porém, são inegáveis os desafios que o assistente social precisa confrontar nesse arcabouço, Alcantara e Vieira (2013) ressaltam em seus achados que um dos maiores é desenvolver a sua capacidade em decifrar a realidade e dar propostas direcionadas a efervescência de direitos. Essa capacidade possibilita ao técnico uma compreensão exímia das condições advindas da realidade social onde está inserida os indivíduos socialmente vulneráveis. Dentro do espaço da saúde, o profissional de assistência social precisa além de atuar nas questões sociais, necessita entender todo o processo de funcionamento na área da saúde, horário, datas, conhecer os profissionais, os gestores, os programas disponíveis, ou seja, o mesmo precisa adentrar nesse espaço de modo que compreenda todo o funcionamento da área.

O diálogo entre profissionais e usuários não garante um atributo padrão para a melhoria no atendimento, todavia, a empatia e o olhar humanizado transmitem ao indivíduo usuário uma perspectiva valiosa de tratamento e atenção, a qualidade dos serviços de saúde o contentamento de todos os envolvidos no suporte. Dentro desse pressuposto emblemático é pautado o trabalho do assistente social vinculado à saúde.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABESS/CEDEPSS. **Proposta básica para o projeto de formação profissional:** novos subsídios para o debate. Recife, 1996.

ABRAMIDES, M. B. C. **80 anos de Serviço Social no Brasil:** organização política e direção social da profissão no processo de ruptura com o conservadorismo. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 127, p. 456-475, set./dez. 2016.

ALCANTARA, L. D. S.; VIEIRA, J. M. W. **Serviço Social e Humanização na Saúde:** limites e possibilidades. Social Work and Health Humanization: limits and possibilities. Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 12, n. 2, p. 334 - 348, jul./dez. 2013.

ALVES, F. L; MIOTO, R. C. T; GERBER, L. M. L. **A política nacional de humanização e o serviço social:** elementos para o debate. Serviço Social & Saúde Campinas v. 6 n. 6 p. 1-170 Maio 2007.

BARBOSA, G. C. *et al.* **Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde:** revisão integrativa. Rev Bras Enferm, Brasília 2013 jan-fev; 66(1): 123-7.

BARROCO, M. L. S. **Fundamentos éticos do Serviço Social.** 7º Edição Serviço social: Direitos Sociais e Competências profissionais. Cortez editora. 2001.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. **A humanização como dimensão pública das políticas de saúde**. Humanization as a public dimension of the policies in the health system. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 10, n. 3, Rio de Janeiro, p. 561-571, jul./set. 2005.

BERTOLOZZI, M. R; GRECO, R. M. **As políticas de saúde no Brasil: Reconstrução histórica e perspectivas atuais**. *Rev. Esc. Enf. USP*, v.30, n.3, p.380-98, dez. 1996.

BERNARDO, C. J. P; PINHEIRO, J. N. **Serviço Social no Contexto da Saúde Pública**: notas para uma discussão. Portal de periódico – FAFIC, 2011. Disponível em: <Serv.Soc.& Saúde, Campinas, SP v.13, n. 1 (17) p. 111-126 jan./jun. 2014 ISSN 1676-6806.

BRASIL. **RESOLUÇÃO CFESS N.º 383/99 de 29/03/1999**. Ementa: Caracteriza o assistente social como profissional da saúde. Brasília (DF), 29 de março de 1999.

BRASIL. **Lei N° 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.

BRASIL. **DECRETO N° 100, De 16 de ABRIL de 1991**. Institui a Fundação Nacional de Saúde e dá outras providências.

BRASIL. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. *Anais...* Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987a. p.381-389.

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

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 1988. Brasília, DF, Senado, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS**. (2003).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: política nacional de humanização/** Ministério da Saúde, Secretária-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009**. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde.

CALEGARI, Rita de Cássia *et al.* **Humanização da assistência à saúde na percepção de enfermeiros e médicos de um hospital privado**. *Rev Esc Enferm USP* · 2015; 49(Esp2):42-47 DOI: 10.1590/S0080-623420150000800006.

CAMPOS, A. d. C. S. **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas.** Deslandes SF, organizadora. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. 416 pp. ISBN: 85-7541-079-2.

CAMPOS, E. C. S. d. **A gestão no exercício profissional do Assistente Social: as particularidades do trabalho na política de saúde.** I congresso internacional de política social e serviço social: desafios contemporâneos ii seminário nacional de território e gestão de políticas sociais i congresso de direito à cidade e justiça ambiental. Londrina PR, de 09 a 12 de Junho de 2015.

CFESS. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde.** Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais, Brasília: CFESS, 2010.

COHN, A. **Caminhos da reforma sanitária.** Lua Nova, (19): 123-140, nov. 1989. Comissão nacional da reforma sanitária. Documentos I, II e III. Rio de Janeiro, 1987.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 1997. **Regulamentação das profissões de Saúde, Resolução 218/97.** Disponível em <http://www.saudeemmovimento.com.br/conteudos/conteudo_print.asp?cod_noticia=193>. Acessado em 8 de outubro de 2018.

CORSETTI, Berenice. **Análise documental no contexto da metodologia qualitativa. UNirevista,** vol. 1, nº1:32-46 (janeiro2006). Disponível em: <<http://www.unirevista.unisinos.br/pdf/ART%2005%20BCorsetti.pdf>> Acesso em: 02 de Outubro de 2018.

CARVALHO, Gilson. **O momento atual do sus... a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei.** *Saúde soc.*, S.Paulo, 2(1):9-24, 1993.

CARVALHO, Gilson. **A saúde pública no Brasil.** estudos avançados 27 (78), 2013.

COSTA, J. S. d. O; ANDRADE, L. S. d. **Serviço Social e o SUS: Desafios na Prática do Assistente Social.** Serv. Soc. & Saúde, Campinas, SP v. 13 n. 1 (17) p. 111-126 jan./jun. 2014 ISSN 1676-6806

COSTA, M. D. H. **O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais.** Revista Serviço Social & Sociedade, São Paulo, nº62, Cortez, 2000.

DESLANDES, Suely Ferreira (org.) **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas [online].** – Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. Criança, Mulheres e Saúde Colletction. 416 p. ISBN 978-85-7541-329-6. Available from SceELO Books <<http://books.scielo.org>>.

ESCOREL, Sarah. **O movimento estudantil e o centro brasileiro de estudos de saúde** (Cebes). In: Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999, pp. 68-88. ISBN 978-85-7541-361-6. Available from SciELO Books .

FINKELMAN, J., org. **Caminhos da saúde no Brasil** [online]. Rio de Janeiro: Editora fiocruz, 2002. 328 p. ISBN 85-7541-017-2. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

FONSECA, A. G. **A importância do acompanhamento dos recém-nascidos internados na Maternidade Escola Assis Chateaubriand: o olhar materno**. 2010. 68 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social)- Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2010.

FORTI, V. L. **Pluralismo, Serviço Social e projeto ético-político: um tema, muitos desafios**. R. Katál., Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 373-381, set./dez. 2017 ISSN 1982-0259.

FORTES, P. A. de C. **Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde**. Saúde e Sociedade v.13, n.3, p.30-35, set-dez 2004.

FRAGA, C. K. **A atitude investigativa no trabalho do assistente social**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 101, p. 40-64, jan./mar. 2010.

GIL, A. C. **Como elaborar Projetos de Pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 1946 - 4. ed. - São Paulo : Atlas, 2002.

GOHN, M. D. G. **Movimentos sociais na contemporaneidade**. Revista Brasileira de Educação v. 16 n. 47 maio-ago. 2011.

GONTIJO, E. D. **Os termos 'Ética' e 'Moral'**. Mental - ano IV - n. 7 - Barbacena - nov. 2006 - p. 127-135.

GOULART, B. N. G. de; CHIARI, B. M. **Humanização das práticas do profissional de saúde – contribuições para reflexão**. Thinking about health related professions humanized practice. Ciência & Saúde Coletiva, 15(1):255-268, 2010.

HERRERA, Nereide Amadeo. **Serviço Social: objetivos, funções e atividades em uma unidade sanitária**. Ver. *Saúde públ.*, S. Paulo 10:2009-16. 1976.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 10 Ed. São Paulo: Cortez, 2006.

IAMAMOTO, M. V. **A formação acadêmico-profissional no Serviço Social brasileiro**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 120, p. 609-639, out./dez. 2014.

IAMAMOTO, M. V. **Renovação e conservadorismo no serviço social**. 11. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Tradução de Heloísa Monteiro e Francisco Settineri. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; Belo Horizonte: Editora da UFMG, 1999. 340 p.

LACERDA, L. E. P. de. **Exercício profissional do assistente social: da imediatividade às possibilidades históricas**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 117, p. 22-44, jan./mar. 2014.

LEAL, M. do C. **Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Reproductive, maternal, neonatal and child health in the 30 years since the creation of the Unified Health System (SUS). *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6):1915-1928, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018236.03942018.

LEAL, F; SCHWARTSMANN, G; LUCAS, H. S. **Medicina Complementar e Alternativa: uma prática comum entre os pacientes com câncer**. *Rev Assoc Med Bras* 2008; 54(6): 471-86.

MACHADO, L. A. R. **Os desafios da formação do assistente social no âmbito da proteção social básica**. III Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais. Expressões socioculturais da crise do capital e as implicações para a garantia dos direitos sociais e para o Serviço Social. CRESS 6º Região. 7 a 9 de junho de 2013. ISBN 978-85-61447-02-.

MALTA, D. C. *et al.* **O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectiva resultados, avanços e desafios em tempos de crise**. Brazil's Unified Health System and the National Health Promotion Policy: prospects, results, progress and challenges in times of crisis. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6):1799-1809, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018236.04782018.

MARTINS, E. B. C. **Educação e serviço social: elo para a construção da cidadania** [online]. São Paulo: Editora UNESP. 2012. Perspectivas do serviço social no âmbito da política de educação. pp. 209-252. ISBN 978-85-3930-243-7. Available from SciELO Books .

MARTINS, C. A. LUZIO, C. P. **Política HumanizaSUS: ancorar um navio no espaço**. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(60):13-22.

MARCONI, M. de A. LAKATOS, E. M. **Metodologia Científica**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2011.

MARTINELLI, M. L. **O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos*** The Social Worker's job in hospitals: daily challenges. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 107, p. 497-508, jul./set. 201.

MENICUCCI, T. M. G. **História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual**. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.21, Mi

MINAYO, M. C. de S. **Pesquisa Social: Teoria. Método e criatividade**. 29º ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MOÍSES, C. C. A. d C. **O projeto ético-político do serviço social brasileiro frente à ofensiva “neoconservadora”**. Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Desenvolvimento Regional da Universidade Federal Fluminense (UFF). II Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Política Sociais Universidade Federal de Santa Catarina Florianópolis – 23 a 25 de outubro de 2017.

MOREIRA, M. A. D. M; LUSTOSA, A. M; DUTRA, F. et al. **Políticas públicas de humanização: revisão integrativa da literatura**. Public humanization policies: integrative literature review. DOI: 10.1590/1413-812320152010.10462014. n.1, jan.-mar. 2014, p.77-92.

MOTA, R. A; MARTINS, C. G. de M; VÉRAS, R. M. **Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar**. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 11, n. 2, p. 323-330, mai./ago. 2006.

NETTO, J. P. **A construção do projeto ético-político contemporâneo**. In: *Capacitação em Serviço Social e Política Social*. Módulo 1. Brasília: CEAD/ABEPSS/CFESS, 1999.

NETTO, J. P. **O Projeto ético-político profissional do serviço social brasileiro**. pp. 229-242, Lusíada. *Intervenção Social*, Lisboa, n.º 42/45 (2º semestre de 2013 a 1º semestre de 2015).

NOGUEIRA, V. M. R; MIOTO, R. C. T. **Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde**. In: MOTA, A. E.; BRAVO, M. I. et al. (Orgs.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE- OMS. **Carta da Organização Mundial de Saúde**, 1946. Acessado em: 20 de Agosto de 2018. Disponível em: <<http://www.onuportugal.pt/oms.doc>>.

PÁDUA, E. M. M. de. **Metodologia da pesquisa: abordagem teórico prática**. 2. ed. Campinas: Papiros, 1997.

PAIM, J. S. **A Reforma Sanitária e o CEBES** / Jairnilson Silva Paim. Rio de Janeiro: CEBES, 2012. 27p.; 14 X 21cm. ISBN.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica** [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356 p. ISBN 978-85-7541-359-3. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

PUCCINI, P. de T; CECÍLIO, L. C. de O. **A humanização dos serviços e o direito à saúde**. Humanization of healthcare services and the right to healthcare. *Humanização e o direito à saúde*. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(5):1342-1353, set-out, 2004.

RIBEIRO, C. T. M. et al. **O sistema público de saúde e as ações de reabilitação no Brasil**. *Rev Panam Salud Publica*. 2010;28(1):43–8.

RODRIGUES, A. C. et al. **Serviço Social e Humanização: experiência da residência em saúde.** Universidade Federal do Triângulo mineiro – UFTM. Revista Serviço Social & Saúde. UNICAMP Campinas, v. X, n. 12, Dez 2011.

ROLIM, L. B; CRUZ, R. de S. B. L. C; SAMPAIO, K. J. A. de J. **Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa Social.** Control and popular participation as a guideline of SUS: a narrative review. Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, jan./mar. 2013.

SANTOS, N. R. dos. **SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas.** The Brazilian Unified Health System (SUS), State Public Policy: Its institutionalized and future development and the search for solutions. Ciência & Saúde Coletiva, 18(1):273-280, 2013.

SCHMALLER, V. P. V. **Trabalho em saúde, formação profissional e inserção do Serviço Social na residência multiprofissional em saúde da família.** Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 11, n. 2, p. 346 - 361, ago./dez. 2012.

SCLIAR, M. **História do Conceito de Saúde.** PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1): 29-41, 2007.

SEVERINO, A. J. **O poder da verdade e a verdade do saber.** In: Martinelli, M. L.; Rodrigues, M. L.; Muchail, S. T. (Org.). O uno e o múltiplo nas relações entre as áreas do saber. São Paulo: Cortez/Educ, 1995. p. 46-54.

SILVA, P. F. A. da; BAPTISTA; T. W. de F. **A Política Nacional de Promoção da Saúde: texto e contexto de uma política.** Rio de Janeiro, v. 39, n. especial, p. 91-104, dez 2015.

SODRÉ, F. **O Serviço Social entre a prevenção e a promoção da saúde: tradução, vínculo e acolhimento.** Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 117, p. 69-83, jan./mar. 2014.

SODRÉ, F. **Serviço Social e o campo da saúde: para além de plantões e encaminhamentos.** Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 103, p. 453-475, jul./set. 2010.

SOUSA, C. T. de. **A prática do assistente social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional.** Emancipação, Ponta Grossa, 8(1): 119-132, 2008. Disponível em <<http://www.uepg.br/emancipacao>>

TEIXEIRA, C. C. Fundação Nacional de Saúde. **A política brasileira de saúde indígena vista através de um museu.** Etnográfica, novembro de 2008, 12 (2): 323-351.

TEIXEIRA, S. M. F. **Retomar o debate sobre a reforma sanitária para avançar o sistema único de saúde (SUS).** São Paulo v. 49, n.4.out./dez. 2009, 472-480 ISSN 0034-7590

VALENÇA, C. N; GERMANO, R. M.. **O que é SUS**. Paim JS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. 148 p. (Coleção Temas em Saúde). ISBN: 978-85-7541-185-8. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26(6):1261-1265, jun, 2010.

VALLA, V. V. **Educação, Saúde e Cidadania: Investigação Científica e Assessoria Popular**. Education, Health and Citizenship: Scientific Investigation and Popular Consultancy. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 8 (1): 30-40, jan/mar, 1992.

WALDOW, V. R; BORGES, R. F. **Cuidar e humanizar: relações e significados**. Acta Paul Enferm 2011;24(3):414-8.

YARYD, A. T. **Algumas reflexões sobre as políticas de saúde no Brasil**. In IVIANU, R., coord. *Justiça, cidadania e democracia* [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisa Social, 2009. pp. 38-48. ISBN 978-85-7982-013-7. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.