

Humanização na Saúde e a Prática Profissional do Assistente Social

Humanization in Health and Practice Social Worker Professional

Humanización en la salud y la práctica Trabajador social profesional

Recebido: 10/02/2022 | Revisado: 18/02/2022 | Aceito: 25/02/2022 | Publicado: 07/03/2022

Daniele Rosa Damasceno

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1466-0942>

Universidade Nilton Lins, Brasil

AVA Instituto Cultus do Grupo Educacional Faveni, Brasil

E-mail. daniele.rosa05@hotmail.com

Resumo

O artigo tem como foco conhecer a humanização no atendimento oferecido aos usuários de saúde é fundamental para uma assistência de qualidade. A humanização e a qualidade no atendimento aos usuários de saúde como um todo, é uma tarefa que deve transcender as esferas burocráticas que envolvem apenas as normatizações. O objetivo geral desse trabalho foi demonstrar como o Assistente Social pode intervir no contexto das principais dificuldades enfrentadas pelos usuários de saúde e promover a humanização na área da saúde. Quanto à metodologia, o trabalho contempla uma revisão da literatura, baseada em uma pesquisa eminentemente bibliográfica. Com a realização da pesquisa pôde-se observar que a humanização é fator fundamental para o desenvolvimento do atendimento com qualidade ao usuário de saúde e sua família, contemplando não somente os problemas fisiopatológicos, mas também os biopsicossociais. E no contexto da saúde pública, frequentemente se observam insatisfações por parte dos usuários. No atendimento humanizado, destaca-se a visão holística que engloba uma relação interpessoal, que inclui ações como ouvir atentamente os usuários e o acesso a informações pertinentes às suas necessidades. Nesse cenário, ressalta-se a atuação do Assistente Social que, em parceria e integração com outros profissionais de saúde, podem desenvolver um atendimento mais humanizado, acolhedor e de qualidade, buscando ainda mecanismos de acesso à saúde conforme prevê a Política de Humanização na Saúde, e que preceitua que as filas serão reduzidas e o tempo de espera com ampliação do acesso à saúde e atendimento acolhedor e resolutivo.

Palavras-chave: Humanização; Saúde; Assistente social.

Abstract

The article focuses on knowing the humanization of care offered to health users, which is essential for quality care. Humanization and quality of care for health users as a whole is a task that must transcend bureaucratic spheres that involve only standardization. The general objective of this work was to demonstrate how the Social Worker can intervene in the context of the main difficulties faced by health users and promote humanization in the health area. As for the methodology, the work includes a literature review, based on an eminently bibliographical research. With the completion of the research, it could be observed that humanization is a fundamental factor for the development of quality care for health users and their families, covering not only pathophysiological problems, but also biopsychosocial problems. And in the context of public health, dissatisfaction on the part of users is often observed. In humanized care, there is a holistic view that encompasses an interpersonal relationship, which includes actions such as listening carefully to users and accessing information relevant to their needs. In this scenario, the role of the Social Worker is highlighted, who, in partnership and integration with other health professionals, can develop a more humanized, welcoming and quality care, also seeking mechanisms for access to health, as provided for in the Health Humanization Policy, and which prescribes that the lines will be reduced and the waiting time with expansion of access to health and welcoming and resolute care.

Keywords: Humanization; Health; Social worker.

Resumen

El artículo se centra en conocer la humanización de la atención ofrecida a los usuarios de la salud, fundamental para una atención de calidad. La humanización y la calidad de la atención al usuario de la salud en su conjunto es una tarea que debe trascender los ámbitos burocráticos que solo involucran la estandarización. El objetivo general de este trabajo fue demostrar cómo el Trabajador Social puede intervenir en el contexto de las principales dificultades que enfrentan los usuarios de la salud y promover la humanización en el área de la salud. En cuanto a la metodología, el trabajo incluye una revisión de la literatura, basada en una investigación eminentemente bibliográfica. Con la culminación de la investigación, se pudo observar que la humanización es un factor fundamental para el desarrollo de una atención de calidad para los usuarios de la salud y sus familias, cubriendo no solo problemas fisiopatológicos, sino también problemas biopsicosociales. Y en el contexto de la salud pública, a menudo se observa insatisfacción por parte de los usuarios. En el cuidado humanizado, existe una mirada holística que engloba una relación interpersonal, que incluye acciones como escuchar atentamente a los usuarios y acceder a información relevante a sus necesidades. En este

escenario, se destaca el rol del Trabajador Social, quien, en alianza e integración con otros profesionales de la salud, puede desarrollar una atención más humanizada, acogedora y de calidad, buscando también los mecanismos de acceso a la salud, tal y como se prevé en la Humanización de la Salud. Política, y que prescribe que se reducirán las filas y el tiempo de espera con ampliación del acceso a la salud y atención acogedora y decidida.

Palabras clave: Humanización; Salud; Asistente social.

1. Introdução

A humanização constitui-se no objeto de estudo desse trabalho, cuja delimitação contempla uma abordagem da prática profissional do Assistente Social na área da saúde.

No processo de internação e cura, fatores básicos como a infraestrutura hospitalar, as tecnologias e a capacitação técnico-científica são fundamentais para a geração de bons resultados. Entretanto, é importante destacar que além destes fatores, o impacto na terapêutica, depende fortemente da presença ou ausência de um atendimento de qualidade e de relações humanizadas.

A saúde é um bem precioso para qualquer pessoa, assim quando ela falta, o ser humano torna-se fragilizado. Neste momento de fragilização não só a pessoa em questão sofre, mas também a família. Esse cenário demanda do Assistente Social uma intervenção mais atuante e humanizada para com os pacientes internados e seus familiares na busca de atender às suas necessidades e superar as dificuldades do processo de internação e recuperação da saúde.

No entanto, para o Assistente Social oferecer um atendimento de qualidade e humanizado, faz-se necessário que a gestão da instituição de saúde incorpore os princípios da humanização do trabalho e do atendimento hospitalar.

Os hospitais prontos socorros, por serem locais onde surgem diariamente casos diversos de doenças, das mais variadas formas e agravantes, propicia também um foco de estresse e ansiedade, o que contribui para a modificação do comportamento ocasionado por necessidades tanto do paciente, de seus acompanhantes, quanto dos profissionais de saúde, que lhes assistem.

A situação problemática, que deu origem ao trabalho, partiu de uma experiência pessoal na realização do estágio supervisionado em um hospital e pronto socorro de referência, localizado na cidade de Manaus, pois, ao conviver com o modelo assistencial da política social de saúde oferecida aos usuários, observou-se na prática que, durante o processo de internação de uma pessoa, os diagnósticos e os procedimentos clínicos, medicamentosos ou cirúrgicos, são os prioritários, no entanto, estão longe de ser os únicos em uma conduta terapêutica eficiente.

Nesse cenário, os profissionais de saúde, inclusive os profissionais de Serviço Social, na medida de suas possibilidades, podem ajudar o indivíduo a lidar com o seu sofrimento e a crescer a partir dele. No entanto, isso só é possível a partir de um atendimento de qualidade e humanizado. E nesse contexto, a intervenção do Assistente Social assume grande relevância.

Ainda no período de estágio supervisionado, pôde-se observar a qualidade do atendimento oferecida pelos profissionais de saúde e pelo hospital como um todo, verificando-se como se dão os relacionamentos entre os usuários e seus acompanhantes com os profissionais de saúde, o que contribuiu para a reflexão de como o Assistente Social pode contribuir para o processo de humanização da saúde.

Face ao exposto questiona-se: Como o Assistente Social pode intervir no contexto das principais dificuldades enfrentadas pelos usuários de saúde e promover a humanização na área da saúde?

A hipótese que norteia a pesquisa parte do pressuposto de que, a intervenção do Assistente Social assume grande relevância no enfrentamento das dificuldades encontradas pelos usuários de saúde e seus acompanhantes, buscando mecanismos de acesso à saúde que priorize uma assistência de qualidade e humanizada.

Conforme preceitua o art. 196 da Constituição Federal (CF), o direito à saúde é dever do Estado e perante esta condição, ela é elevada como um princípio constitucional de justiça social. A saúde é um direito garantido e insere-se também na esfera de atuação do Serviço Social na busca de uma melhor política de assistência na área de saúde com vistas à garantia dos direitos civis, sociais e políticos.

Logo, faz-se necessária a conscientização dos profissionais de Serviço Social que atuam na área da saúde e como futuros profissionais, há necessidade se aprofundar os estudos sobre o tema, haja vista que, a área de saúde constitui-se em um grande campo de atuação dos Assistentes Sociais.

Para se justificar a relevância da discussão do tema em meios acadêmicos e sociais pode-se destacar que, a saúde pública no país hoje está cada vez mais precária e precisando com urgência da atenção das autoridades. No país são milhares de pessoas que sofrem com o descaso na área da saúde e infelizmente não é só no Amazonas que isso vem acontecendo.

De acordo com a Constituição Brasileira a saúde pública é questão de cidadania, saúde é um direito fundamental de todos, direito esse prestado pelo Sistema Único de Saúde - SUS. A qualidade no atendimento oferecido aos usuários de saúde é fundamental. E daí decorre a importância de contemplar a integralidade do ser humano oferecendo um atendimento humanizado e acolhedor, sem juízo de valores. A humanização e a qualidade no atendimento aos usuários de saúde como um todo, é uma tarefa que deve transcender as esferas burocráticas que envolvem apenas as normatizações, regras e memorandos.

A importância deste estudo reside no fato de que o mesmo visa buscar respostas aos problemas relacionados aos sistemas de serviços de saúde e suas ações. Além de compreender o sentido das atividades que são desenvolvidas para os usuários que buscam nos hospitais um atendimento de qualidade.

O objetivo geral desse trabalho foi demonstrar como o Assistente Social pode intervir no contexto das principais dificuldades enfrentadas pelos usuários de saúde e promover a humanização na área da saúde. Para isso foi necessário estabelecer os seguintes objetivos específicos: descrever a evolução das Políticas Públicas de acesso à Saúde e Humanização; conhecer a humanização na saúde em seus aspectos históricos, conceituais e legais; e abordar como o Serviço Social pode contribuir para a humanização no atendimento oferecido aos usuários de saúde, contextualizando o Serviço Social na Saúde destacando seus parâmetros ético-profissionais.

No que se refere à metodologia, o método de abordagem utilizado foi o dedutivo, partindo-se dos conceitos mais abrangentes para os particulares, e o de procedimento foi o teórico, caracterizando-se como uma monografia de revisão, obtido através de um trabalho de compilação, com utilização das técnicas de pesquisa eminentemente bibliográfica com coleta de dados baseada em material disponível publicado em livros, revistas, jornais e redes eletrônicas.

E com a finalidade de atender aos objetivos do artigo, que está estruturado e delineados conforme sua estrutura pretendida. onde, primeiramente se uniformiza os conhecimentos primordiais sobre: Estado de Bem-Estar Social; cidadania; democracia; políticas públicas e de Assistência Social e Sistema Único de Saúde – SUS.

Nos resultados e discussão apresenta-se a humanização no atendimento em saúde contemplando noções históricas, conceituais e legais e as Políticas de Humanização no SUS, destacando em seguida o Serviço Social na área da saúde com enfoque no Código de Ética do Serviço Social e finalizando com a abordagem da Prática do Serviço Social no contexto da Humanização da Saúde.

2. Referencial Teórico

2.1 Contextualizando o Estado do Bem-Estar Social, Cidadania e Democracia

De acordo com Rodrigues (2010, p.63), “o Estado de Bem-Estar Social (Welfare State) é um sistema de proteção social que emergiu nos países de capitalismo desenvolvido no período do pós-Segunda Guerra Mundial”.

Segundo o sociólogo britânico Thomas H. Marshall, (apud Rodrigues, 2010, p. 66), “foi no contexto da industrialização da Inglaterra, durante o século 19, que surgiu, pela primeira vez na história, um aparelho estatal, administrativo com o fim de garantir o bem-estar da população menos protegida”. Essa garantia de bem-estar “advém, portanto, da ação do Estado, que implementa as políticas ou programas de proteção social. Além disso, essa ação política tem por base as forças evolutivas em operação no sistema social sobre as quais os atores sociais não têm controle”.

O Estado de Bem-Estar Social configura-se como um campo de escolhas e de solução de conflitos para decidir sobre a distribuição dos frutos do trabalho social e o acesso de camadas expressivas da população à proteção contra os riscos inerentes à vida em sociedade (como invalidez, exclusão, doença, desemprego involuntário). A provisão dos serviços e de medidas de política social e econômica que propiciam, entre outras coisas, segurança no mercado de trabalho (garantia de salários, de postos e condições de trabalho e representação dos interesses do trabalho), garantia de renda (seguro-desemprego, auxílio-família e auxílio-doença) proteção contra riscos da vida social (saúde, habitação e educação) e pleno emprego tornam-se, nesse contexto, direitos sociais assegurados pelo Estado aos indivíduos que vivem num determinado território. Portanto, o Estado de Bem-estar Social é uma expressão da proteção concebida pelo Estado como direito à cidadania. Sabemos que o reconhecimento por parte do Estado dos direitos dos cidadãos depende da “trajetória histórica” de cada país (Rodrigues, 2010, p. 63-64).

Para aprofundar esse enfoque, pode-se lançar mão, por exemplo, de um estudo realizado por Bryan Turner, professor de Sociologia no Instituto de Pesquisa da Ásia - ARI, da Universidade Nacional de Cingapura em que se definem diferentes tradições de cidadania, dentro do espaço público ou privado, de acordo com dois eixos analíticos: *down-top* e *top-down* (de baixo para cima e de cima para baixo).

Segundo Turner apud Rodrigues (2010, p. 64): A análise das distintas trajetórias históricas galgadas por diferentes países na conquista pela cidadania pode ser concebida de acordo com a dicotomia público-privado. É importante salientar essa dicotomia porque, trajetórias históricas distintas acabam por desembocar em diferentes tipos de Estado de Bem-Estar Social. No que se refere ao primeiro eixo (*down-top*), é possível conceber a cidadania como fruto da ação revolucionária mediante a transformação do Estado em nação. Nesse caso, como no exemplo da França, a cidadania é conquistada de baixo para cima, dentro do espaço público, e o Estado democrático nasce quase que simultaneamente ao reconhecimento dos direitos dos cidadãos.

Ainda nessa perspectiva, esclarece Giordani (2018, p. 65): “há países onde a cidadania é obtida de baixo para cima, mas dentro do espaço privado, como foi o caso dos Estados Unidos”. Já no caso da Inglaterra, a cidadania é conquistada por “cidadãos-súditos” (*down-top*), no âmbito do espaço público e mediante a universalização dos direitos individuais. Por fim, “a Alemanha ilustra um quarto caso em que a cidadania é construída, por sua vez, de cima para baixo (*top-down*)”. Isso significa dizer que, ao contrário do caso dos Estados Unidos, por exemplo, onde a cidadania adquire força com energia associativa dos cidadãos, na Alemanha ser cidadão significa, em última análise, ser leal ao Estado, afinal, nesse caso, a própria concepção de cidadão nasce do Estado. E nesse quesito, o caso brasileiro aproxima-se do alemão.

Quando está se abordando acerca da forma pela qual a cidadania surge nos diversos países, faz-se necessário, inicialmente, definir cidadania, que de acordo com Silva (2012, p. 319), no direito brasileiro, “o termo cidadão designa o indivíduo que é titular dos direitos políticos de votar e ser votado e suas consequências”. Já o vocábulo cidadania é atributo das pessoas integradas na sociedade estatal, “tratando-se também de um atributo político decorrente do direito de participar no governo e direito de ser ouvido pela representação política, a cidadania, qualifica, dessa forma, os participantes da vida do Estado”.

A definição adotada pelo sociólogo britânico Thomas H. Marshall (apud Rodrigues, 2010, p.65), a cidadania se compõe de três, tipos básicos de direitos que, por sua vez, remetem-nos a um conjunto de instituições específicas.

Direitos Cívicos: o primeiro tipo de direitos refere-se àqueles que se compõem dos direitos à propriedade, de firmar contratos válidos, de liberdade de expressão, pensamento, crença e de justiça. Da perspectiva institucional, os direitos cívicos estão relacionados aos Tribunais de Justiça, que servem à salvaguarda desses direitos e à proteção dos membros da comunidade nacional.

Direitos Políticos: o segundo tipo diz respeito ao direito de voto (votar e ser votado) e do acesso aos cargos públicos. As assembleias representativas (locais e nacionais) são exemplos de instituições que servem como vias de acesso à participação política (na legislatura) e ao processo de tomada de decisões públicas.

Direitos Sociais: por fim, segundo Amorim (2020, p. 10): Os direitos sociais referem-se a um leque mais amplo de direitos dos cidadãos que vão do direito a um mínimo de segurança e bem-estar econômico até o direito de participar plenamente da herança social e viver a vida de um ser civilizado, de acordo com padrões que prevalecem na sociedade. Nesse caso, as instituições públicas correspondentes são a escola pública (que possibilita a todos os membros da comunidade receberem, pelo menos, os elementos básicos de uma educação) e os serviços sociais ofertados pelo Estado, que visam garantir um mínimo de proteção contra a pobreza e a doença.

É importante ainda esclarecer que, quando está se abordando acerca da cidadania, faz-se mister também esclarecer o que é democracia, afinal, como bem esclarece Silva (2012), a eficácia da ação política do Estado que implementa políticas públicas sociais depende de como as instituições funcionam na prática. Isso significa dizer que, quando o Estado faz diferença na formação e representação de identidades e interesses coletivos, tem-se uma democracia e nesse sentido, então, também deve-se sintetizar o que é democracia.

Schmitter e Karl (2015, p. 17) definem democracia, sinteticamente, como: Consenso e *accountability* (responsabilização política), e estabelecem alguns critérios para definir o que a democracia não é. De acordo com esses autores, democracia não é estabilidade social, não traz harmonia política e nem crescimento econômico. Democracia também não elimina a pobreza, nem produz eficiência administrativa. Contudo, dizem eles, é na vivência de um regime democrático que temos a chance de produzir bens comuns (como liberdade, paz social, igualdade).

De fato, esclarece Giordani (2018), a política (inclusive a democrática) implica não só consenso e conflito, mas também princípios e políticas públicas. Em outras palavras, o que acontece no processo político determina não só nossas metas sociais, como também o conteúdo e a distribuição de direitos (civis, políticos e sociais). Para que sejam efetivos, esses direitos dependem, por sua vez, do reconhecimento por parte de uma autoridade, isto é, do Estado.

2.2 As Políticas Públicas e de Assistência Social e a Saúde brasileira

É comum De acordo com Rodrigues (2010, p.13), em termos conceituais, política pública configura-se “como um processo pelo qual vários grupos que constituem a sociedade, cujos valores, interesses e finalidades são diferentes, tomam decisões em coletividade e que condicionam o conjunto dessa sociedade”, se convertendo em algo a ser compartilhado, ou seja, em uma política comum.

Para se compreender a importância da política, como objeto das políticas públicas, pode-se partir das seguintes premissas:

1) As sociedades contemporâneas caracterizam-se não apenas pela diferenciação social, mas também por identidades e visões de mundo específicas sobre questões como desenvolvimento e bem-estar, por exemplo.

2) Seus membros têm expectativas diferentes sobre a vida em sociedade, na medida em que suas ideias, valores, interesses e objetivos se distinguem.

3) A natureza complexa das sociedades contemporâneas implica conflito não só de objetivos (fins), mas também dos modos de atingir esses fins (meios).

4) Há, grosso modo, duas formas de resolver os conflitos: pela força (coerção/repressão) ou pela ação política. Esta última (ação política) tem como características principais a ação coletiva (baseada na diversidade de perspectivas sobre fins e meios), a necessidade de aceitação da decisão alcançada e o caráter impositivo da decisão coletiva (Santos, 2020, p. 22).

Ante ao exposto até o momento, pode-se destacar que as políticas públicas podem ser caracterizadas como decisões e ações que são revestidas da autoridade de soberania atribuída ao poder público, sendo resultantes da atividade política, demandando várias ações estratégicas destinadas a implementar os objetivos desejados e, em virtude disso, envolvem mais de uma decisão política.

Segundo informações publicadas pelo Sistema Único de Assistência Social – SUAS (2012), as definições legais referentes à regulamentação da Política Pública da Assistência Social, consistem em três instrumentos principais: a Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, Lei nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993 que foi o primeiro texto da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), de 1998, e as Normas Operacionais Básicas – NOB/97 e NOB/98.

De acordo com o SUAS (2012), a LOAS prevê a regulamentação da Assistência Social, que também determina que a competência é pertencente às três esferas de governo, preceituando ainda que a sua implementação é tarefa compartilhada entre os entes federados autônomos.

Conforme o art. 1º da LOAS (1993, p.1): A assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas.

A assistência social caracteriza-se como uma possibilidade de reconhecimento público da legitimidade das demandas de seus usuários e espaço de ampliação de seu protagonismo. A proteção social deve garantir as seguintes seguranças: segurança de sobrevivência, incluídas aí, de rendimento e de autonomia; de acolhida; e, convívio ou vivência familiar (PNAS, 2004).

Segundo Sposati (2005), a estratégia para acionar a consolidação do SUAS se assenta em quatro pilares que sustentam a plataforma deste sistema no Brasil.

- 1) A PNAS 2004, isto é a Política Nacional e Pública da Assistência Social que concebe as bases da assistência social como política pública;
- 2) A concepção do SUAS – Sistema Único de Assistência Social detalhado na PNAS 2004 e na NOB nº 1/2005;
- 3) A pactuação nacional expressa pela NOB nº 1/2005 que redefine bases e responsabilidades de Estado dos entes federativos com a política de assistência social e a gestão SUAS;
- 4) O Plano Nacional de Assistência Social, de caráter decenal, construção participativa e aprovação prevista para a V Conferência Nacional, de dezembro de 2005, que recebe a Consignia SUAS – Plano 10 (SPOSATI, 2005, p.21).

No que se refere ao conceito de saúde, apesar de o mesmo ter sido amplamente discutido ao longo da história da humanidade, uma definição oficialmente aceita só ocorreu no século XX, após a II Guerra Mundial com a criação da Organização das Nações Unidas - ONU e da Organização Mundial da Saúde – OMS, que divulgou em 1946, um conceito que implicou no reconhecimento do direito à saúde e da obrigação do Estado na promoção e proteção da saúde, afirmando que “a saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade” (Scliar, 2017, p. 37).

A Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS vai além da OMS e inclui a dimensão espiritual na definição de saúde como: “um estado de completo bem-estar físico, mental, social e espiritual”. A Comissão Episcopal Italiana, por sua vez, assim define a saúde: “é o equilíbrio dinâmico entre corpo, psique e espírito, e externamente entre pessoa e ambiente” (Mezzomo, 2013, p. 21).

Após considerações iniciais sobre o conceito de políticas públicas e saúde pode-se adentrar na evolução histórica das políticas públicas de saúde no Brasil que, de acordo com Galvão (2013, p.163), “os primórdios do acesso à saúde estão ligados às primeiras enfermarias que eram as jesuítas, que serviam para abrigar os recém-chegados”. É com o encerramento da colonização e crescimento da população “que começam a surgir os estabelecimentos hospitalares nos moldes dos existentes na metrópole. É assim que surgem as irmandades da Misericórdia. No início, a cura dos enfermos era uma questão secundária”.

Cohn (2016) complementa essas informações ao afirmar que, a história do direito à saúde no Brasil está intrinsecamente associada à previdência social.

Não só esse fato remete o direito à saúde marcado pela distinção original de inserção dos trabalhadores no mercado de trabalho, como convive com as medidas implementadas pela saúde pública, que antecedem a própria instituição da previdência social no país. Caracterizada pela responsabilidade das ações de caráter coletivo de natureza preventiva no controle de endemias

e programáticas na atenção a grupos selecionados da população, materno-infantil, tuberculosos e, hansenianos e outros, a saúde pública no decorrer do tempo convive de forma tensamente complementar com a assistência médica individual filantrópica e previdenciária, e posteriormente da rede pública, sendo crescentemente pressionada a buscar nova identidade sem perder a sua especificidade. “Essa complementaridade tensa traduz exatamente a questão do coletivo contraposta ao individual, a do curativo contraposta ao preventivo” (Cohn, 2016, p. 13).

Na visão de Medeiros e Guimarães (2012, p. 576), concorre para o desafio da implementação real do SUS: “o processo de sucateamento por que passaram e continuam passando os serviços públicos de saúde, onde o espaço físico é precário e/ou deteriorado, há falta de materiais permanentes e equipamentos técnicos”, há ainda “falta de material de consumo diário, e má remuneração dos recursos humanos, questões locais, como o próprio acréscimo da demanda”. Enfim, se por um lado, “as possibilidades de acesso, de alguma forma, ampliaram-se, por outro lado, esbarram no limite da concretização desse acesso dos serviços públicos para atender de forma adequada a essa demanda”.

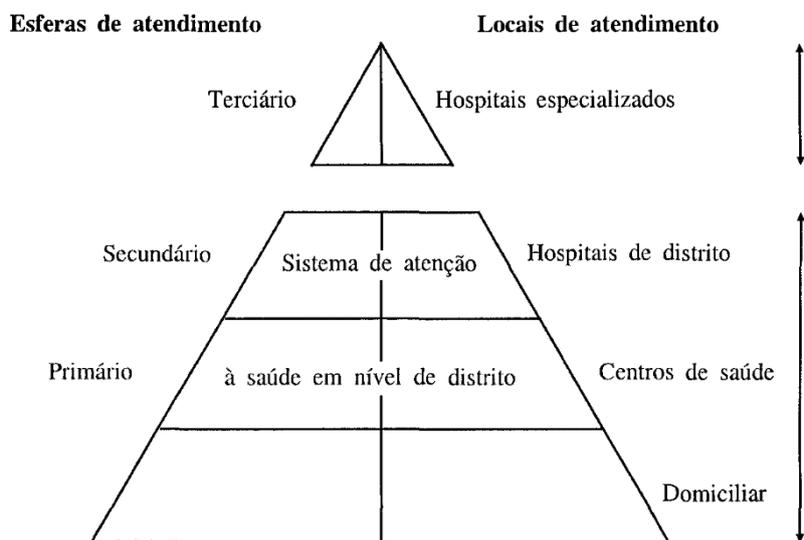
Na visão de Cohn (2016, p. 50), o atual texto constitucional significa um “indiscutível avanço no que diz respeito a uma concepção mais abrangente de seguridade social por contraposição àquela até então prevalecente antes do advento da Constituição Federal de 1988”. Enquanto está entendida como um seguro social “se restringe às formas de benefícios e prestações de serviços bastante específicas, aquela abrange um conjunto integrado de ações visando assegurar o direito à saúde e à previdência e assistência sociais, abolindo o caráter estritamente contratualista” até então vigente, e reafirmando esses direitos como universais.

2.3 Sistema Único de Saúde – SUS

Antes de se abordar sobre o SUS, faz-se necessário descrever brevemente o que é sistema de saúde que segundo Elias (2015, p. 65), pode ser pensado de várias maneiras. No entanto, “a maneira mais usual de pensá-lo”, talvez por ser a mais difundida, “consiste em diferenciar as instituições que o compõem segundo dois critérios referentes aos serviços de saúde: o grau de incorporação de tecnologia material e o grau de capacitação dos recursos humanos de nível universitário”.

De acordo com Elias (2015, p.66), a partir destes traçadores, as instituições “são agrupadas pelas esferas de atendimento (classificadas em níveis: primário, secundário, terciário), ou ainda segundo locais de atendimento, estabelecendo uma hierarquização entre os diversos grupos”, conforme exemplificados na Figura 1.

Figura 1 - Pirâmide do Sistema de Saúde.



Fonte: Elias (2015).

Deve-se ressaltar, no entanto, que esta forma abstrata dos Sistemas de Saúde é muito mais um recurso intelectual para facilitar o debate do que propriamente uma estrutura a ser reconhecida no cotidiano do funcionamento dos serviços de assistência à saúde. Assemelha-se a um certo “tipo ideal”, dificilmente encontrável na realidade, sobretudo na do Brasil. Finalmente, o conjunto dessas distintas instituições pode ser agrupado segundo diferentes critérios. Os mais frequentemente utilizados são os geográficos e os da população abrangida pelos serviços. Destes resultam os Distritos de Saúde e as Regiões de Saúde que em conjunto compõem os denominados Sistemas Locais de Saúde - SILOS, corriqueiramente citados nos textos de saúde coletiva, especialmente nas áreas de administração e de planejamento (Guimarães, 2012, p. 36).

Conforme Giordani (2018, p. 44), apesar da capacidade de expressão do modelo proposto, “especialmente em sua forma gráfica, e do grande poder racionalizador que parece sustentá-lo, em realidades concretas estes atributos não se manifestam com a esperada intensidade”.

A saúde tem-se centrado nas formas de reorganizar o setor, “bem como na repartição das responsabilidades entre os setores público e privado, destacando a melhoria da eficácia dos serviços e a descentralização como os melhores meios para concretizá-la”. No contexto brasileiro, têm sido agregados a este debate pelo menos dois outros problemas tais como: “os relacionados ao financiamento do setor da saúde, envolvendo a definição dos recursos necessários e fontes estáveis para seu provimento, e os relativos a uma denominada crise de gerenciamento dos serviços” (Elias, 2015, p. 67).

Guimarães (2012, p. 38) esclarece que a Constituição federal de 1988 contempla a “saúde como um direito social e dever do Estado, prevendo a estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS) universal no acesso, igualitário no atendimento assistencial e equânime na distribuição dos recursos”. Segundo a carta magna a organização do SUS deve obedecer às seguintes diretrizes: “descentralização com a fixação das direções pelas esferas de governo (Federal, Estadual e municipal), atendimento integral que compatibilize as atividades preventivas e as assistenciais, e a participação da comunidade”, difundida como controle social, no sentido daquele controle exercido pela sociedade.

3. Metodologia do Estudo

A metodologia da pesquisa foi a bibliográfica, descritiva com base na abordagem qualitativa, usando a análise dos dados usando a utilização de sites e banco de dados via internet para obter artigos que embasem o estudo.

Portanto, a metodologia também é sistemática por ser um valioso instrumento do pesquisador, “uma vez que é por meio da especificação dos caminhos a serem adotados, que se torna possível delimitar a criatividade e definir o como, onde, com quem, com quê, quanto e de que maneira se pretende captar a realidade” e os fenômenos estudados.

3.1 Métodos

Como elemento norteador desse artigo, o método utilizado nesta pesquisa foi o bibliográfico, descritivo e qualitativo pois, buscou-se em pesquisas realizadas nas literaturas, complementadas como estudos literários no sentido de explicitar o processo transformação das políticas públicas em relação aos deficientes auditivos e a inserção social para a inclusão no mercado de trabalho.

Para Fachin (2010, p. 35), “A metodologia varia de acordo com as peculiaridades de cada pesquisa, no entanto, são necessárias algumas informações acerca de alguns aspectos, como os que são apresentados a seguir, tais como: métodos de pesquisa e abordagem, lócus da pesquisa, sujeitos, análise dos dados, dentre outros como os aspectos éticos e legais da pesquisa”. A ação metodológica foi o ponto de partida para os métodos de pesquisa indireta e direta. A primeira consistiu na coleta de informações, conhecimentos e dados demonstrados por outros pesquisadores, sob as mais diversas formas, como publicações de documentos, legislação, projetos, livros, artigos, revistas, jornais, ou seja, pesquisa literária.

Com base no método utilizado procurou-se também a análise crítica da Humanização na Saúde e a Prática

Profissional do Assistente Social, baseada em pesquisas de literaturas produzidas por teóricos os quais corroboram para a análise do objeto de estudo, como afirma Marconi e Lakatos (2012, p. 32), “esse é o princípio da identidade, que é o princípio da coerência, do acordo rigoroso do pensamento consigo mesmo”, nesse sentido alinha-se a teoria com o conhecimento empírico de objeto de estudo.

3.1.1 Universo e amostra da pesquisa

O universo da pesquisa foi literário, sistemático e descritivo com amostra através dos dados obtidos por meio de leituras tais como: (livros, revistas, jornais, sites, artigos, trabalho de conclusão de cursos dentre outros), utilizados para todos os tipos de pesquisa.

3.1.2 Seleção de sujeito da pesquisa

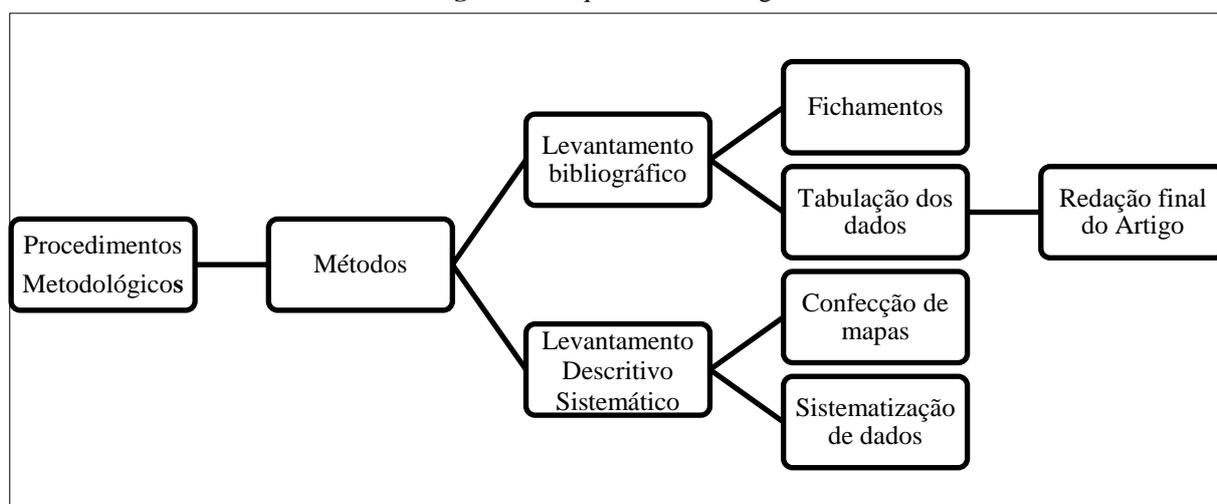
A seleção do sujeito da pesquisa foi baseada nos critérios de classificação propostos por Flick (2009), que a distingue sob dois aspectos: quanto aos fins e quanto aos meios. Quanto aos fins, a pesquisa foi caracterizada em literária por ser uma investigação, que segundo Yin (2012, p. 23): a pesquisa literária é uma verificação ou sondagem por meio todo tipo de estudo. Com referências desde 2012 à 2021.

Quanto aos meios, a pesquisa foi descritiva e qualitativa, segundo fonte de informações que foram coletadas em levantamento bibliográfico e por meio de todo tipo de publicações. Furasté (2015, P. 42) defende que o trabalho descritivo é um método de abordagem que descreve características de população ou fenômenos, tais como: fontes secundárias que abrangem bibliografias relacionadas ao tema de estudo, que vai desde revistas, publicações avulsas, internet, acervos e livros.

3.1.3 Instrumento de coleta de dados

A fonte para coletar os dados foi descritiva e qualitativa. Para Gil (2010, p. 22), a principal finalidade das pesquisas descritivas e qualitativas é, esclarecer e organizar os conceitos e ideias, quanto a estruturação de dificuldades mais presumidas ou hipótese observáveis para futuros estudos”. Nesta perspectiva, a Figura 2, mostra um esquema da metodologia desse estudo.

Figura 2 - Esquema Metodológico.



Fonte: Adaptado de Furasté (2015).

O método sistemático, foi de suma valia para organizar as ideias que poderiam ficar soltas, conforme Vergara (2011, p. 26), “a metodologia é o conjunto de métodos ou caminhos que são percorridos na busca do conhecimento, essa busca resultará em uma análise crítica dos dados coletados aliados ao embasamento científico das literaturas pesquisadas”.

4. Resultado e Discussão

Nessa seção está explanado o resultado e discussão sobre a prática do Serviço Social no contexto da Humanização da Saúde, mas primeiramente discorre-se sobre a humanização na relação profissional-cliente, que segundo Martins (2021, p. 32), o profissional de saúde que desenvolve atividade assistencial, tais como médico, enfermeiro, fonoaudiólogo, psicólogo, fisioterapeuta, odontólogo, nutricionista, terapeuta ocupacional, inclusive o Assistente Social, dentre outros além das ações e procedimentos técnicos ligados à sua área específica, “estabelece sempre, com os usuários, relações interpessoais. Logo, o trabalho desses profissionais depende, não somente da qualidade técnica, mas também da qualidade interacional”.

4.1 A Prática do Serviço Social no contexto da Humanização da Saúde

Como bem observa Martins (2012, p. 8), muitas queixas e problemas dos usuários podem ser resolvidos ou atenuados quando estes se sentem “compreendidos e respeitados pelos profissionais, pois a falta de acolhimento ao cliente e de continência aos seus aspectos emocionais pode conduzir ao abandono ou à não adesão ao tratamento”. Além disso, é importante ressaltar que, a atividade assistencial “não pode ocupar-se de seres humanos como se não o fossem. Seres humanos são tanto os usuários como os profissionais, ou seja, ambos têm necessidades, desejos, medos, carências”.

Uma das contribuições mais significativas para o entendimento do contexto interpessoal, interacional, relacional, é o estudo quase microscópico da intimidade da relação profissional-cliente, levando-se em consideração os seguintes aspectos, “o cliente está inserido em um contexto pessoal, familiar e social complexo, que deve ser considerado; a assistência deve efetuar uma leitura das necessidades pessoais e sociais do cliente; na instituição interatuam as necessidades de quem assiste e de quem é assistido, que devem ser consideradas” (Freitas, 2017, p. 18).

Nesse sentido Martins (2021, p. 32), ressalta que “é de extrema importância a incorporação, pelo profissional de saúde do aprendizado e do aprimoramento dos aspectos interpessoais inerentes à tarefa assistencial, conhecendo, inclusive, os fenômenos psicológicos que nela atuam, afinal”, o aprimoramento da interação do profissional e do usuário é uma das facetas da humanização da assistência em saúde, e para que a mesma ocorra, são também importantes saber que “a contratação de profissionais suficientes para atender a demanda da população”. (Freitas, 2017, p. 20), Nesse sentido se faz necessário a aquisição de novos equipamentos médico-hospitalar; abertura de novos serviços e recuperação e adequação da estrutura física das instituições; revisão da formação dos profissionais com reestruturação dos currículos das faculdades da área da saúde; capacitação permanente dos profissionais (educação continuada); melhoria de condições de trabalho melhoria da imagem do serviço público de saúde.

A humanização na área da saúde assume grande relevância para os usuários de saúde e nesse sentido, as instituições devem desenvolver ações que garantam um atendimento humanizado, conforme preconiza a PNH e nesse cenário, o Serviço Social das instituições de saúde assume o papel de orientar não somente os pacientes, bem como seus familiares acerca de seus direitos e deveres, capacitando-os para o exercício da cidadania e para melhor utilizar os recursos sociais disponíveis.

Nesse cenário, esclarece Giordani (2018, p. 45), a contribuição do Serviço social assume grande relevância no processo de humanização da saúde “para garantir que o usuário de saúde seja visto em sua integralidade e não apenas como um corpo doente”, haja vista que, “esse profissional encontra-se devidamente capacitado para a identificação dos determinantes sociais e para a apreensão das vulnerabilidades sociais que interferem na qualidade de vida e saúde das pessoas”.

Para Elias (2015, p. 45), no atual contexto da saúde é urgente a reflexão sobre a garantia do direito humano fundamental de todos os sujeitos a uma “assistência à saúde orientada pela humanização das relações profissionais balizadas pela promoção da autonomia, justiça e respeito à dignidade da pessoa humana”. E este processo de reflexão, acerca do “dever ser” e do “poder ser” para atingir a humanização da assistência à saúde, se expressa e se fundamenta na ética, mostrando-se, assim, como possibilidade de reflexão sobre os valores e princípios que direcionam a prática do Serviço Social na área de saúde.

A prática do Serviço Social tem conexão direta com a humanização, trabalhando nesse contexto, além da subjetividade, uma compreensão holística de que o ser humano não é um ser acabado, no entanto, com múltiplas dimensões e incompleto, que traz consigo inúmeras experiências, e o Assistente Social deverá estar apto para trilhar nesta seara de trabalho.

Na concepção de Bravo e Matos (2016, p.43), cabe ao Serviço Social em uma “ação em conjunto com outros segmentos que defendem o aprofundamento do Sistema Único de Saúde - SUS, formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde”. A intervenção do Assistente Social “é de extrema relevância no processo de reconhecimento dos princípios da saúde coletiva, fundante do SUS, se traduzindo em alterações nas práticas de saúde e na humanização do atendimento”.

De acordo com Galvão (2013, p. 28), a humanização da assistência à saúde “tem fundamentos na ética, que se configura como uma possibilidade de reflexão sobre os valores e princípios que direcionam a práxis do assistente social na saúde”, colocando-se aí “a dimensão da humanização como um processo de construção para a qualificação da ação profissional”. A ética é uma reflexão que é construída tomando-se como base a relação com os outros, apontando para a necessidade de “compreensão por parte dos assistentes sociais de que o direito a uma saúde humanizada só pode ser alcançado através de uma atitude de reciprocidade e compromisso para com os outros”.

Enquanto profissional, só posso estar comprometido com a promoção da saúde do outro na medida em que me preocupo com este outro, em síntese, quando este outro me interessa, independente de quem seja e das condições em que se encontre. A ética situa-se sempre no outro, no compromisso com a sua saúde. A prática profissional do assistente social torna-se ética quando é baseada no princípio da sensibilidade e no reconhecimento do direito de todos à igualdade, rumo à construção de relações mais justas e solidárias e é a partir dessa compreensão que a humanização da ação do assistente social na saúde pode se concretizar.

Cohn (2016, p. 47), defende “a opção pela ética exige do assistente social um espírito investigador, ou seja, exige que o profissional tenha aguçada a sua capacidade de perceber a realidade que o cerca sob uma novo olhar”, assim desvelando nela novas possibilidades em potencial e isto requer um esforço para romper com o conformismo característico da burocracia institucional, imprimindo à ação profissional a capacidade de começar algo novo.

E nesse contexto, a prática do Serviço Social deve sempre ter como norteador o código de ética da categoria e primar para que os princípios de solidariedade, reciprocidade, respeito pelo próximo, defesa da pluralidade do ser humano, bem como o posicionamento político em defesa da justiça e da equidade, baseado no compromisso por valores democráticos, sejam efetivamente cumpridos.

Retomando a visão de Guimarães (2012, p. 28) ao ressaltar que, para promover o acesso dos sujeitos à saúde, “o assistente social precisa ter como horizonte em sua prática a sensibilidade, reconhecendo o outro como um ser capaz de sentimentos, respeitando e comprometendo-se com a realização de sua saúde”. O compromisso com a ética profissional “pode ser viabilizada, tanto na esfera dos atendimentos cotidianos que o assistente social realiza, quanto nas relações diretas com os sujeitos, como na formulação de políticas públicas de saúde”.

Nesse sentido, pode-se ressaltar que, o agir ético na saúde, seja em hospitais, ou em qualquer instituição de saúde, significa visualizar as pessoas não como meio, mas como fim, sendo que a pessoa não pode ser tratada como um mero objeto da ação profissional e sim ter a sua autonomia preservada.

A posição ética profissional baseada no questionamento e no diálogo com o mundo e com as pessoas significa que o assistente social não perdeu a sua capacidade de sonhar com uma realidade, diferente e melhor, e, nesse contexto, uma prática profissional ética jamais pode ocorrer na passividade, demandando o engajamento do assistente social frente à realidade e com a realidade, dando sentido de responsabilidade aos projetos que empreende. O assistente social orientado “por uma atitude ética de valorização da saúde dos sujeitos, deve ampliar os espaços de diálogo, extensivos também à relação com os demais profissionais de saúde” (Figueiredo, 2017, p. 28).

E levando-se em consideração o exposto, pode-se destacar que o assistente social é ético quando, na relação com os sujeitos é capaz de estabelecer uma reflexão, que o faça se comprometer com a promoção da saúde como um bem humano essencial. Nessa direção, a ética na ação do assistente social na perspectiva da humanização, configura-se como uma experiência que envolve questionamentos e reflexões da realidade.

E ao discorrer sobre a importância do Serviço Social para a humanização do atendimento oferecido pela equipe de saúde, recorre-se a visão de Yamamoto (2017, p. 17), ao destacar que a atuação do Assistente Social “configura-se como uma manifestação de seu trabalho na esfera da produção e reprodução da vida social”, e, nesse sentido, “deve-se recusar visões unilaterais, que contemplam apenas dimensões isoladas da realidade, devendo-se ter uma visão da totalidade na apreensão da dinâmica da vida social”, identificando, desta forma, como o Serviço Social se relaciona com as várias dimensões da vida social.

Os Assistentes Sociais, bem como outros profissionais das mais diversas áreas que lidam com o problema da falta de humanização em todos os segmentos da sociedade, devem se conscientizar da importância de seu compromisso com a garantia dos direitos dos cidadãos, afinal o momento que vivemos é um momento pleno de desafios. Com o COVID – 19, é preciso ter coragem, é preciso ter esperanças para enfrentar o presente. É preciso resistir e sonhar. É necessário alimentar os sonhos e concretizá-los no horizonte de novos tempos mais humanos, mais justos, mais solidários, prevenindo-se com vacinas e aconselhamentos dos profissionais da saúde.

E no cenário do enfrentamento das dificuldades encontradas pelos usuários de saúde pública, os Assistentes Sociais são desafiados a enfrentar este problema e nesta situação atual, a atuação do profissional de Serviço Social é de extrema relevância para a efetivação dos mecanismos de acesso à saúde que priorize uma assistência humanizada e de qualidade, afinal, como bem se posiciona Yamamoto (2017, p. 30), um dos maiores desafios que o Assistente Social vive na contemporaneidade é “desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano, ser um profissional propositivo e não só executivo”.

Faleiros (2017, p.90), por sua vez, esclarece que, “o encontro dos sujeitos fragilizados com o Serviço Social se dá, em geral, em uma instituição e diante desse contexto, é preciso ver essa fragilização no seu movimento complexo”, pois a realidade é múltipla. O usuário de saúde, por exemplo, é uma pessoa fragilizada, que está buscando seu direito ao acesso à saúde, que muitas vezes, por falta de estrutura, lhe é negado, por meio de uma assistência humanizada e de qualidade. desta maneira, a atuação do Assistente Social não se trata apenas de resgatar a essência da assistência enquanto auxílio, mas do Serviço Social, do trabalho social nas relações de vida tecidas pelos sujeitos na sua história/trajetória.

No entanto, faz-se necessário destacar que, o Assistente Social depende de recursos dos programas e projetos da instituição onde trabalha, sendo, “os meios e recursos materiais, financeiros, bem como os de estrutura organizacional necessários ao exercício do trabalho desse profissional” que em geral são fornecidos ou pelo Estado ou pelas entidades empregadoras (Bravo Matos, 2016, p. 39).

E para finalizar a questão da importância da intervenção do Serviço Social para a humanização do atendimento oferecido na área da saúde, recorre-se novamente ao pensamento de Freitas (2007, p. 33), ao destacar que a ética se configura como um imperativo para a qualificação da práxis dos assistentes sociais que atuam na saúde, haja vista que, ela é o fundamento da

humanização, estabelecendo compromissos e responsabilidades na construção da promoção da saúde como um processo relacional.

Não restam dúvidas de que o atual cenário da saúde no Brasil demanda uma reflexão urgente sobre a garantia do direito humano de todos os sujeitos a uma assistência à saúde pautada na humanização das relações entre profissionais e pacientes contemplando o respeito à dignidade da pessoa humana.

5. Considerações Finais

O atendimento das pessoas com deficiência auditiva em instituições nos aspectos inclusivos, atingiram consistência no cenário brasileiro, quando se iniciou o debate mundial sobre o Trabalho para todos envolvendo diversos países e culminando com definição de diretrizes para a reorganização dos sistemas de mão-de-obra no Brasil.

O presente trabalho teve como foco a demonstrar como o Assistente Social pode intervir no contexto das principais dificuldades enfrentadas pelos usuários de saúde e promover a humanização na área da saúde. E esta demonstração foi desenvolvida por meio da descrição da evolução das Políticas Públicas de acesso à Saúde e Humanização; do conhecimento da humanização na saúde em seus aspectos históricos, conceituais e legais; e da contextualização do Serviço Social na Saúde destacando seus parâmetros ético-profissionais.

Ao examinar a humanização na saúde e a qualidade do atendimento aos usuários de saúde, algumas conclusões se apresentam, e a primeira delas é o fato de que, as instituições de saúde embora devam seguir o que preconiza a Política Nacional de Saúde, precisam ser mais humanizadas, não só ao que tange à assistência prestada aos usuários, mas também humanizar-se em relação aos profissionais que ali atuam, desde a recepção ao atendimento médico e ambulatorial, buscando constantemente o pleno atendimento dos anseios e expectativas da população.

Em seguida, na passagem da ótica geral para o particular, voltou-se o olhar às questões específicas, buscando dar conteúdo concreto a forma como o Assistente Social pode intervir no contexto das principais dificuldades enfrentadas pelos usuários de saúde e promover a humanização na área da saúde.

Nesse trabalho, buscou-se ainda demonstrar que, muitas vezes, na área de saúde só se preocupar em fazer investimentos na área de recursos materiais, com novas alternativas tecnológicas à clientela de saúde. Entretanto, é importante ressaltar que, somente o investimento na qualificação dos recursos humanos irá propiciar mudanças, no que tange à humanização e qualidade no atendimento.

Na realidade, as pesquisas sobre a humanização na área da saúde e a qualidade do atendimento precisam ser desenvolvidas sob uma esfera contemporânea e inovadora e que contemple a importância da humanização e da qualidade no atendimento, para o cotidiano da vida dos usuários de saúde, em busca de uma vida mais digna e saudável.

No entanto, durante a realização desse estudo, o que se pôde perceber, é que nem sempre as pesquisas desenvolvidas sobre a temática, quer seja sob uma perspectiva teórica ou prática, destacam uma visão ampla, processual e dinâmica da humanização, não levando em consideração o fato de que a humanização e a qualidade, caminham lado a lado, e que a mesma assume grande relevância e atinge grandes proporções no contexto da saúde, se constituindo atualmente numa exigência da população usuária de saúde.

A humanização apresenta múltiplas dimensões e contempla de forma macro e articulada diferentes aspectos e, em virtude dessa característica, ressaltou-se, a priori essa nova forma de pensar o atendimento em saúde, com humanização, acolhimento e qualidade, indo de encontro ao que assegura a Constituição Federal de 1988, que traz, em seu art. 196, a saúde como um direito de todos e dever do Estado, garantida através de políticas sociais e econômicas que tenham por finalidade a redução do risco de doença e de outros agravos, resguardando ainda o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

E respondendo ao problema inicial da pesquisa, durante o trabalho confirmou-se a hipótese de que a intervenção do Assistente Social assume grande relevância no enfrentamento das dificuldades encontradas pelos usuários de saúde e seus acompanhantes, buscando mecanismos de acesso à saúde que priorize uma assistência de qualidade e humanizada, haja vista que, o que se percebe na realidade, o atendimento oferecido aos usuários ainda não é humanizado e acolhedor conforme prevê a Política de Humanização na Saúde, e que preceitua que as filas serão reduzidas e o tempo de espera com ampliação do acesso à saúde e atendimento acolhedor e resolutivo.

Conforme preconiza o art. 196 da Constituição Federal (CF), o direito à saúde é dever do Estado e perante esta condição, ela é elevada como um princípio constitucional de justiça social. E sendo a saúde um direito garantido, insere-se também na esfera de atuação do Serviço Social na busca de uma melhor política de assistência na área de saúde com vistas à garantia dos direitos civis, sociais e políticos. Através da humanização no atendimento aos usuários, os profissionais de saúde, em parceria com os profissionais de Serviço Social poderão contribuir substancialmente para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde da população.

O atendimento humanizado abordado neste trabalho consiste em um atendimento holístico que engloba ações primordiais para uma relação interpessoal, incluindo o ouvir atentamente os usuários de saúde, estabelecendo-se dessa forma, uma atitude empática para com eles e conduzindo informações pertinentes às suas necessidades. E com base nessas premissas, assenta-se a relevância da atuação do Assistente Social junto a outros profissionais de saúde, para que integrados possam desenvolver um atendimento mais humanizado aos usuários de saúde.

As reflexões produzidas nesse artigo sobre a prática profissional do Assistente Social e dos profissionais de saúde sinalizaram os trabalhos futuros, para o atendimento à saúde, deixando de lado a indiferença, o desrespeito, o preconceito, a intolerância, o individualismo e a incomunicabilidade e prezar pela humanização de todos.

Referências

- Amorim, A. C. (2020). A Política Nacional de Humanização no SUS: a palavra como “dádiva” na subjetivação da atenção e gestão em saúde. *Research, Society and Development*, 9(12), e46391211370-e46391211370.
- Bravo, M. Inês S. Matos. Maurílio C. (2016). Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: Bravo, M. I. S., et al. (Orgs). Saúde e Serviço Social. Cortez; UERJ.
- Brasil. (2012). Código de ética do/a assistente social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. 10. ed. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social. http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf.
- Brasil. (2004). Ministério da Saúde. Humaniza SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma no fazer em saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2004. <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/acolhimento.pdf>.
- Cohn, A. (2016). A saúde como direito e como serviço. (4a ed.), Cortez.
- Elias, P. E. (2015). Estrutura e organização da atenção à saúde no Brasil. In: Cohn, A.; Elias, P. E. Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços. 6. ed. São Paulo: Cortez/CEDEC.
- Fachin, O. (2010). Fundamentos de Metodologia. (3a ed.), Saraiva.
- Faleiros, V. P. (2017). Estratégias em serviço social. (7a ed.), Cortez.
- Ferreira, A. B. H. (2014). Mini Aurélio: o minidicionário da língua portuguesa. (6a ed.), Positivo.
- Figueiredo, N. M. A. de et al. (2017). Entre a filosofia e as políticas públicas: o que saber sobre o SUS. In: Figueiredo, N. M. A. de; Tonini, T. SUS e PSF para Enfermagem: Práticas para o cuidado em saúde coletiva. Yendis.
- Furasté, P. A. (2015). Normas Técnicas para Trabalhos Científicos: Explicitação das Normas da ABNT (17a ed.), Editora. Dáctilo Plus.
- Flick, U. (2009). Introdução à pesquisa qualitativa. (2a ed.), Tradução Nertz. ARTMED.
- Freitas, B. P. (2017). O Assistente Social na Assistência Hospitalar e o Desafio da Humanização: reflexões sobre a dimensão intersubjetiva da prática profissional. Dissertação de Mestrado. Departamento de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. http://www.maxwell.lambda.ele.puc-rio.br/cgi-bin/PRG_0599.EXE/10060_1.PDF?NrOcoSis=32146&CdLinPrg=.

- Galvão, M. D. (2013). *A História da Medicina em Manaus*. Manaus: Editora Valer/Governo do Estado Amazonas/Editora da Universidade Federal do Amazonas.
- Gil, A. (2010). *Fundamentos de Metodologia Científica*. (8a ed.), Atlas.
- Giordani, A. T. (2018). *Humanização da saúde e do cuidado*. Difusão Editora.
- Guimarães, G N. (2012). A formação dos profissionais de saúde e a humanização. In: MEZZOMO, Augusto Antônio et al. *Fundamentos da humanização hospitalar: uma visão multiprofissional*. São Paulo.
- Lakatos, Eva. M. M. Mariana A. (2010). *Fundamentos da Metodologia Científica*. (5a ed.).
- LOAS. (1993). Lei Orgânica da Assistência Social. Lei 8742 de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8742.htm.
- Martins, M. C. F. N. (2012). *Humanização das relações assistenciais: a formação do profissional de saúde*. (2a ed.), Casa do Psicólogo.
- Martins, A. R. (2021). Aplicabilidade da teoria de Orem na Assistência aos pacientes ostomizados. *Research, Society and Development*, 10(11), e454101119939-e454101119939.
- Mezzomo, A. A. (2013). O conceito de ser humano através dos tempos. *Fundamentos da humanização hospitalar: uma visão multiprofissional*. Local.
- PNAS. (2004). Política Nacional de Assistência Social. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. <http://www.mds.gov.br/backup/arquivos/pnas_final.pdf>
- Rodrigues, M. M. (2010) *Assumpção. Políticas públicas*. Publifolha.
- Santos, L. C. B. Gondinho, B. (2020). Judicialização do acesso de idosos ao Sistema Único de Saúde–SUS e Sistema Único de Assistência Social–SUAS. *JMPHC. Journal of Management & Primary Health Care*, 1-2.
- Silva, M. F. F. da. (2012). A qualidade do atendimento humanizado na rede pública em Manaus. *Web Artigos*. 30/08/2011. <http://www.webartigos.com/artigos/a-qualidade-do-atendimento-humanizado-na-rede-publica-em-manaus/75287/>.
- Scliar, M. (2017). História do conceito de saúde. In: *Physis* 17(1), 2007. <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03.pdf>>
- Schmitter, A. Karl. B. (2015). Desafios para Consolidação do SUAS PLANO 10. In: V Conferência Nacional de Assistência Social SUAS – Plano 10. Estratégias e metas para implementação da política nacional de assistência social. 205. [http://www.famem.org.br/Arquivos/V%20Conferência%20Nacional%20de%20Assistência%20Social%20\(SUAS\)%20-%20Plano%2010.pdf](http://www.famem.org.br/Arquivos/V%20Conferência%20Nacional%20de%20Assistência%20Social%20(SUAS)%20-%20Plano%2010.pdf).
- Vergara, S. C. (2011). *Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração*. 13ª. Editora Atlas. São Paulo Brasil.
- Yin, R. K. (2012). *Estudo de caso: planejando métodos*. (4a ed.), *Bookman*.
- Yamamoto, M. V. (2017). *O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. (12a ed.), Cortez.