

# HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR

ALTINA FRANCO DE MENDONÇA DAL'EVEDOVE\*  
ARIANE FLORENTINO MOTA\*\*  
SILVANA APARECIDA MAZIERO CUSTÓDIO\*\*\*

## RESUMO

Esta pesquisa teve como objetivo geral avaliar e conhecer os programas de humanização da assistência à saúde no setor privado pelo olhar do usuário. O estudo foi exploratório e descritivo com abordagem quanti-qualitativa. O instrumental utilizado foi o formulário com perguntas abertas e fechadas, com 05 eixos norteadores: a concepção de humanização na ótica do usuário do HUB, o acesso aos direitos dos usuários na saúde, os pontos críticos no atendimento, o envolvimento do serviço social no desenvolvimento das ações humanizadas e as ações humanizadas no setor privado. Conforme os resultados da pesquisa, sobre a concepção dos usuários sobre humanização hospitalar foram observados como um atendimento diferenciado, seguido da atenção e respeito. A totalidade dos usuários consideram humanizado os serviços do Hospital Unimed de Bauru. Quanto à garantia da qualidade dos serviços prestados, os profissionais identificaram-se frente aos usuários, o atendimento foi considerado sem privilégio e sem preconceito, houve prontidão no atendimento e os usuários estão satisfeitos quanto à confiança/segurança. As solicitações junto ao Serviço Social foram atendidas, para garantia dos direitos dos usuários. Conclui-se que a o HUB foi caracterizado por ações de humanização, favorecidas pelo contexto institucional, também visto como um espaço humanizado, pela maioria. No entanto, apesar dos esforços em satisfazer os seus usuários, algumas respostas revelaram a necessidade do aprimoramento e ampliação das ações humanizadas, responsabilidade essa a ser assumida por todos os profissionais da equipe.

**Palavras-chave:** Saúde Suplementar, Humanização, Serviço Social.

\*Bacharelada em Serviço Social pela Faculdade de Serviço Social de Bauru, mantida pela Instituição Toledo de Ensino.

\*\* Bacharelada em Serviço Social pela Faculdade de Serviço Social de Bauru, mantida pela Instituição Toledo de Ensino.

\*\*\*Possui graduação em Serviço Social pelo Instituição Toledo de Ensino (1983) , especialização em Serviço Social pelo Instituição Toledo de Ensino (1995) , mestrado em Serviço Social pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (2000) e doutorado em Distúrbios da Comunicação Humana pela Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (2007) . Atualmente é Assistente Social da Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais e Chefe de Divisão de Apoio Hospitalar da Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais. Tem experiência na área de Serviço Social , com ênfase em Serviço Social Aplicado.

## RESUMEN

Esta pesquisa a tenido por objetivo valuar y conocer los programas de humanización de la asistencia a la salud en el sector privado a través de la mirada del usuario. El estudio ha sido el exploratorio y descriptivo según la abordaje cuanti-cualitativa. El instrumental utilizado fue el formulario con preguntas abiertas y cerradas, con 05 ejes conductores: la concepción de humanización en la óptica del usuario do HUB, el acceso a los derechos de los usuarios en la salud, los puntos críticos del atendimento, el involucrimiento del Servicio Social en el desenvolvimiento de las acciones humanizadas y las acciones humanizadas en el sector privado. Según los resultados de la pesquisa, respecto de la concepción de los usuarios, respecto de la humanización hospitalaria, han sido observados como uno atendimento diferenciado, seguido de atención y respecto. La totalidad de los usuarios consideran humanizados los servicios del Hospital Unimed de Bauru. Cuanto a la garantía de la cualidad de los servicios ejecutados, los profesionales se han identificado ante los usuarios, el atendimento ha sido considerado sin privilegio y sin prejuicio, hubo prontitud en el atendimento y los usuarios son satisfechos cuanto a confianza/seguridad. Las solicitudes junto al Servicio Social han sido atendidas, para garantía de los derechos de los usuarios. Concluyese que el HUB ha sido caracterizado por acciones de humanización, favorecidas por el contexto institucional, también visto cómo un espacio humanizado por la mayoría. Entretanto, no obstante los esfuerzos en satisfacer suyos usuarios, algunas respuestas han revelado la necesidad de hacer más primoroso y de ampliar las acciones humanizadas, responsabilidad que necesita ser asumida por todos los profesionales del equipo.

**Palavras-chave:** Salud Suplementario, Humanización, Servicio Social.

## 1 INTRODUÇÃO

A satisfação do beneficiário é a meta do processo de qualidade, ou seja, as expectativas e necessidades do usuário devem ser satisfeitas. Por isso, a produção dos serviços de saúde resulta da interação entre usuário e prestador.

A qualidade valoriza essa relação e o usuário deixa de ser considerado objeto para assumir a posição de sujeito. Uma vez que se busca a qualidade para diminuir a distância entre o desempenho do serviço e as expectativas dos beneficiários, é necessário verificar os motivos da satisfação ou de insatisfação com os serviços prestados. Desta forma, este trabalho tem como eixo central a avaliação do atendimento humanizado na saúde, no setor privado, pela ótica do usuário,

O número de beneficiários dos planos privados de assistência médica chegou a 18,5% da população do país em 2005, indica pesquisa divulgada pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). De acordo com os números, em junho de 2005 existiam cerca de 34 milhões de vínculos de beneficiários a planos privados de assistência médica. Entre junho de 2000 e junho de 2005, o número de beneficiários no segmento de planos de assistência médica cresceu 11%.

A maior taxa de cobertura foi registrada em São Paulo, com 35,7% de sua população coberta por planos privados de saúde; e a menor em Roraima, com 2,3%. IBGE, (2008).

A expansão da Saúde Suplementar nas últimas décadas foi significativa, estimando-se segundo os dados da PNAD/98, em 38,7 milhões o número de brasileiros cobertos por pelo menos um plano de saúde, o que corresponde a 24,5% da população do País (IBGE, 2000). Esses números expressam as profundas alterações que a prestação dos serviços de saúde vem sofrendo, colocando na agenda governamental a necessidade do estabelecimento de um ordenamento jurídico legal para o setor, que incorpore a regulamentação desse mercado privado e a definição das suas responsabilidades.

Essa regulamentação iniciou-se em 1998, mediante a lei 9.656/98 e aprofundou-se com a lei 9.661/00, que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar. (Brasil, 1998; 2000a).

Vivemos num mundo contemporâneo capitalista, onde ocorre uma veloz e

crecente corrida para a globalização e o sistema neoliberal, fazendo com que surjam mudanças nas esferas políticas, econômicas e sociais.

Diante dessa conjuntura vemos o ser humano cada vez mais sendo tratado como objeto, tendo seu direito negado.

No Brasil, os cidadãos estão sendo tratados como se não existissem, e a única forma de conseguir atendimento é possuindo um convênio que lhe proporcione os mínimos necessários.

Nesse contexto o Serviço Social assume o papel de mediador das relações sociais, onde busca garantir o direito á cidadania, oportunizando junto com usuário formas de emancipação e de conscientização, mostrando a este que ele é sujeito de sua história e que conhecendo seus direitos e deveres como cidadãos, não podem ser banalizados ou tratados como se os problemas fossem corriqueiros.

Assim o presente estudo teve como objetivo geral avaliar e conhecer os programas de humanização da assistência á saúde no setor privado pelo olhar do usuário. Como objetivos específicos de verificar o acesso aos direitos dos usuários na saúde; identificar a concepção de humanização na ótica do usuário do HUB; desvelar os pontos críticos no atendimento; verificar o envolvimento do serviço social no desenvolvimento das ações humanizadas e relevar ações humanizadas do setor privado;

A importância desta pesquisa é dar ao usuário o direito de expressar opinião sobre os pontos críticos e os pontos positivos do atendimento, mostrando a este que ele é sujeito de sua emancipação e também ao HUB a oportunidade do aprimoramento de suas ações de humanização.

O Estado Brasileiro e a Constituição Federal definem suas intencionalidades, e seus princípios, materializados por meio do Sistema Único de Saúde, que propõe ser universal, integral e equânime. Ao setor privado cabe organizar-se de forma complementar ao público. Por isso, o estudo de modelos assistenciais em saúde suplementar não é desvinculado do entendimento global do funcionamento do SUS.

Além desta introdução, o estudo está organizado a partir da fundamentação teórica inicialmente contextualizando a Unimed do Brasil até Bauru, conceituação de saúde suplementar e as modalidades existentes, a humanização e a satisfação dos beneficiários, direitos dos usuários da saúde tanto público como privado e o serviço social na saúde. Continuando, apontamos no segundo capítulo os procedimentos

metodológicos utilizados no estudo. No terceiro capítulo, apresentamos e analisamos os resultados encontrados no estudo. Para finalizar, apresentamos as conclusões do estudo, relacionando-os com os objetivos do mesmo e com a hipótese inicialmente elaborada.

Na metodologia realizou-se um estudo exploratório para um maior aprofundamento no assunto, bem como, pelas observações da vida profissional, leituras, estudos bibliográficos, documentais, hemeroteca sobre o assunto, permitindo a construção da teoria de base e discernimento quanto às particularidades delimitadas sobre o assunto. Utilizou-se também da abordagem quanti-qualitativa, tendo em vista que se utilizou-se dados subjetivos e objetivos.

Para a coleta de dados da pesquisa, utilizou-se um questionário semi-estruturado, contendo perguntas abertas e fechadas cujas questões atenderam aos objetivos da pesquisa.

Posteriormente apresentou-se toda trajetória da pesquisa, abordando sua metodologia, os cenários, bem como, a apresentação e análise dos resultados extraídos da subjetividade e singularidade dos sujeitos.

Para finalizar, apresentam-se as conclusões pertinentes sobre a pesquisa e a partir dos resultados levantados, foi possível apresentar sugestões com possibilidades de uma abertura para novos estudos.

## **2 A UNIMED E A HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR**

### **2.1 Contextualização da Unimed: do Brasil até Bauru**

Em meados da década de 60, os institutos previdenciários foram unificados no INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), prometendo a democratização da saúde. As más condições de atendimento oferecidas pelo sistema público, contudo, abriram espaço para a crescente atuação da medicina de grupo. Essas empresas, porém, tinham como principal objetivo o lucro e acabaram por provocar um processo de mercantilização da medicina.

No ano de 1967, para combater essa tendência, um grupo de médicos liderados por Edmundo Castilho, então presidente do sindicato médico da cidade de Santos, funda a União dos Médicos (Unimed), com base nos princípios do

cooperativismo. Surge assim a primeira cooperativa médica do mundo, administrada nos moldes de uma empresa, porém sem fins lucrativos.

Médicos de várias cidades paulistas, em 1969, visitam a cidade de Santos, interessados na experiência pioneira da Unimed. Poucos meses mais tarde, mais de trinta Unimeds seriam fundadas no estado de São Paulo.

Na década de 70, novas cooperativas médicas são fundadas em diversas cidades do Brasil. Surgem as federações, para padronização dos procedimentos operacionais e estímulo de troca de experiências entre as Unimeds de um mesmo Estado.

Em 1971 é fundada a Cooperativa de Trabalho Médico de Rio Claro, e em 1972 é criada a Unimed do Brasil - Confederação que congrega as unidades de todo o país. Em 1977, apenas uma década após a fundação da primeira cooperativa médica, já são 60 Unimeds em todo o Brasil.

Nos anos oitenta a Unimed entra em uma fase de consolidação e crescimento acelerado. Cerca de cem novas cooperativas são fundadas e a Unimed desenvolve uma estrutura operacional complexa em todo o território nacional.

De acordo com Malta, (2001) “a política de saúde no Brasil seguiu, nos anos 80, uma trajetória paradoxal entre a concepção universalizante, e às tendências estruturais organizadas pelo projeto neoliberal, concretizando-se práticas caracterizadas pela exclusão social e redução de verbas públicas. Em virtude dos baixos investimentos em saúde e conseqüente queda da qualidade dos serviços, ocorreu nesta década uma progressiva migração dos setores médios para os planos e seguros privados”.

O ano 1994 foi muito especial para a Unimed. Além de conquistar o primeiro lugar na pesquisa Top of Mind realizada pelo Datafolha, como a empresa de assistência médica mais lembrada pelos brasileiros, a Unimed também recebe outras premiações, como a da Campanha Vida de Artista e o Mérito Lojista.

Em 1995 é implantada em Bogotá, na Colômbia, a UNIMEC (União de Usuários Médicos e Cajas S/A). A Unimed é reconhecida como a entidade cooperativista líder do setor de saúde nas Américas no "I Fórum Latino de Cooperativismo de Saúde e Afins", primeiro encontro do setor a reunir entidades de mais de 30 países das Américas e Europa.

A Unimed do Brasil filia-se à ACI (Aliança Cooperativa Internacional). Em 1998, a Unimed conquista pelo 11º ano consecutivo o prêmio Mérito Lojista,

oferecido pela Confederação Nacional de Dirigentes Lojistas às empresas que formam parcerias de sucesso com o comércio brasileiro.

No ano de 1999 a maior rede de assistência médica do Brasil reúne noventa mil médicos cooperados e onze milhões de usuários em suas 364 cooperativas médicas espalhadas por todo o território nacional. Pela sexta vez consecutiva, é o mais lembrado Plano de Saúde na Pesquisa do Datafolha Top of Mind e a Unimed firma-se como uma Cooperativa de Excelência em todo o Brasil no ano de 2000.

Seus serviços e atendimento estão fundamentados na perseverança de fazer o melhor com qualidade para o seu maior patrimônio: o ser humano.

Passadas mais de quatro décadas, o Sistema Unimed soma uma série de conquistas que a diferenciam significativamente no mercado. É a maior rede de assistência médica do Brasil, com noventa mil médicos cooperados e 11 milhões de usuários em todo o território nacional.

A Unimed Bauru foi fundada em seis de julho de 1971, comemorando, em 2008, trinta e sete anos de fundação. Além de ser uma das poucas a ter duas mulheres presidentes em sua história até hoje, também foi uma das primeiras cooperativas médicas do Brasil.

O Hospital da Unimed Bauru (HUB) tornou-se referência para outras Unimeds, tanto pelo projeto arrojado quanto pelo atendimento de excelência. Seu principal diferencial é o conceito de atendimento personalizado, visando qualidade e conforto ao usuário, que começa por suas instalações e é ampliado pelo trabalho do corpo clínico e dos colaboradores no atendimento em todas as áreas.

Atualmente são 149 leitos em operação, cerca de 700 funcionários e corpo clínico formado por mais de 550 médicos cooperados da Unimed Bauru. Recentemente uma nova ala de 38 leitos foi entregue para ampliar a capacidade de atendimento.

O HUB possui leitos convencionais nas chamadas clínicas abertas, que atendem pediatria, clínica médica (em todas as especialidades) e ginecologia- obstetrícia (maternidade). Os quartos para planos de acomodação coletiva possuem apenas dois leitos cada um, valorizando a privacidade do usuário.

Pacientes e seus acompanhantes contam também com o serviço de Hotelaria Hospitalar, que acompanha de perto a qualidade do atendimento. Higienização, lavanderia, alimentação, limpeza, manutenção e conveniência são itens coordenados

diretamente pela equipe de Hotelaria.

O Pronto Atendimento 24 horas está em fase de ampliação, com área de 785 metros quadrados. No total, serão 16 leitos de observação ambulatorial: seis femininos, cinco masculinos, dois infantis e um para isolamento. Com suporte de três setores básicos: consultórios de ginecologia, ortopedia e clínica geral (sendo duas salas para atendimento adulto e uma exclusiva para pediatria). Além disso, há salas específicas para reidratação, inalação, sutura e aplicação de medicamentos, e também infra-estrutura especial de atendimento, com sala de recepção para 40 pessoas, sala de emergência, posto de serviço, posto de enfermagem e de Serviço Social. A Unimed denominada como medicina de grupo faz parte da saúde suplementar que aprofundaremos a seguir, tal modalidade.

## **2.2. A Saúde Suplementar**

Alguns anos de funcionamento sem regulação, o mercado de planos e seguros privados de atenção à saúde, no Brasil, denominado setor da saúde suplementar, tiveram que se adequar e cumprir a regulamentação da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998. De acordo com Brasil, (2007) houve avanços no setor da saúde suplementar desde que o Estado entrou em campo como regulador das relações, apesar de todos os problemas decorrentes, tanto das várias formas de organização quanto dos interesses conflitantes existentes em seu âmbito.

A regulação da saúde suplementar trouxe avanços que fazem com que o ambiente esteja melhor hoje do que no período pré-regulamentação. Atualmente, existem critérios para a entrada no mercado e para o funcionamento das operadoras de planos de saúde; acompanhamento econômico-financeiro e maior conhecimento sobre o setor.

Esses avanços permitem que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), criada pela Lei nº. 9.961, de 28 de janeiro de 2000, encare de forma diferente os desafios que lhe são colocados e um desses grandes desafios é a mudança do foco da regulação. (BRASIL, 2007p. 10)

A direção da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS entende que, apesar dos conflitos existentes entre os diversos atores sociais componentes do setor, a qualificação do setor da saúde suplementar é um local de encontro onde podem dialogar.

O desencadeamento desta nova etapa para a atividade de regular o setor privado de planos de saúde significa o reconhecimento do setor da saúde suplementar como local de produção de saúde e uma

ação de induzir a uma transformação profunda de todos os atores envolvidos: as operadoras de planos em gestoras de saúde; os prestadores de serviços em produtores de cuidado de saúde; os beneficiários em usuários com consciência sanitária e o próprio órgão regulador, qualificando-se para corresponder à tarefa de regular um setor com objetivo de produzir saúde. (BRASIL, 2007p. 10)

A área de saúde na década de 80 foi produtiva, durante a quais grandes avanços relativos às políticas setoriais públicas foram conseguidos graças à intervenção organizada da sociedade<sup>1</sup>, constatou-se também um crescimento da atenção à saúde no setor suplementar.

A ampliação da demanda e da oferta de serviços da chamada atenção à saúde suplementar, somada à omissão, apontada por Bahia (2002), pela Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica da Saúde de 1990, que ignoraram a existência e a necessidade de regulação do setor, colaboraram para a entrada na agenda governamental da perspectiva de estabelecimento de um ordenamento jurídico-legal para o mesmo.

Os planos privados de assistência à saúde, com exceção das sociedades seguradoras, não seguiam nenhuma regulamentação específica anteriormente à edição da Lei nº. 9.656, de três de junho de 1998. As operações com seguros de saúde privados realizadas no país estavam subordinadas ao Decreto-Lei nº. 73, de 21 de novembro de 1966, regulamentado pelo Decreto nº. 60.459, de 13 de março de 1967. Portanto a regulamentação se dava no âmbito da Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), com suas diretrizes definidas pelo Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP).

As atividades referentes às demais operadoras que não eram seguradoras, inclusive o protocolamento dos planos a serem comercializados, autorização de funcionamento das mesmas, controle econômico-financeiro e reajustes de preços só se iniciaram com a publicação da Lei nº. 9.656, de 3 de junho de 1998.

Essas atribuições estariam no âmbito da SUSEP e do CNSP conforme o texto original da Lei. Já o papel do Ministério da Saúde (MS) era de assessoramento, cabendo ao Departamento de Saúde Suplementar, assumir a regulação da atividade

---

Dois movimentos considerados marcos da História da Reforma Sanitária: a 8a Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986 e a Constituição de 1988, que consagrou os princípios e diretrizes do SUS e da reforma pretendida (JORGE, 2002).

de produção da assistência à saúde. Em 07 de dezembro de 1998, a Medida Provisória nº. 1730-07, alterou o art. 9º da Lei nº. 9.656, criando o registro provisório do produto e ampliando a competência do MS, não só para questão de conteúdo assistencial, mas também para alguns aspectos da operação dos produtos, incluindo seu registro e a análise crítica dos contratos.

Segundo Brasil, (2007) a partir da Lei e da medida provisória, abriu-se a possibilidade de um maior controle e fiscalização da prestação de serviços realizada pelas operadoras de planos de saúde. No entanto, observou-se que a regulamentação do setor da saúde suplementar avançou mais rapidamente na vertente política do que na operacional, sendo que muitos dos mecanismos e instrumentos de registro e análise das informações, bem como as normas para controle, fiscalização e avaliação dessas empresas ainda estão em construção. (Bahia, 2002). Somando-se a isso o fato de que a saúde suplementar adquire inúmeros e diferentes formatos, seja na prestação assistencial, nas relações interinstitucionais e contratuais com prestadores e beneficiários dos serviços, seja na oferta de serviços etc., o que exige um maior conhecimento dos mesmos e de suas peculiaridades para uma adequada regulação sobre este setor.

O desafio, portanto é enorme, pois para administrar essa gama de interesses e projetos colocado e ainda regular de forma pública esse componente, é necessário entendê-lo, considerando toda a sua complexidade. (Brasil, 2007).

### **2.2.1. Modalidade de operadoras de Planos de Assistência à Saúde**

Operadoras de Planos de Assistência à Saúde são as empresas e entidades que atuam no setor de saúde suplementar, oferecendo aos consumidores os planos de assistência à saúde.

Com base nas informações no setor, a ANS definiu oito modalidades de operadoras. São elas:

Cooperativa médica - classificam-se na modalidade de cooperativa médica as sociedades de pessoas sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que operam Planos Privados de Assistência à

Saúde.

Cooperativa odontológica - classificam-se na modalidade de cooperativa odontológica as sociedades de pessoas sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que operam exclusivamente Planos Odontológicos.

Autogestão patrocinada - classificam-se na modalidade de autogestão patrocinada as entidades que operam serviços de assistência à saúde ou empresas que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, responsabilizam-se pelo plano privado de assistência à saúde destinado, exclusivamente, a oferecer cobertura aos empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, bem como a seus respectivos grupos familiares definidos, limitado ao terceiro grau de parentesco consanguíneo ou afim, de uma ou mais empresas.

Autogestão não patrocinada - classificam-se na modalidade de autogestão não patrocinada as entidades que operam o plano privado de saúde para os participantes e dependentes de associações ou pessoas físicas e jurídicas, fundações, sindicatos, entidades profissionais de classe ou assemelhados.

Medicina de Grupo - classificam-se na modalidade de medicina de grupo as empresas ou entidades que operam planos privados de assistência à saúde, excetuando-se aquelas classificadas nas modalidades anteriores.

Odontologia de Grupo - classificam-se na modalidade de odontologia de grupo as empresas ou entidades que operam exclusivamente planos odontológicos, excetuando-se aquelas classificadas na modalidade de cooperativa odontológica.

Filantropia - classificam-se na modalidade de filantropia as entidades sem fins lucrativos que operam planos privados de assistência à saúde e tenham obtido certificado de entidade filantrópica no Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) e declaração de utilidade pública federal expedida pelo Ministério da Justiça ou declaração de utilidade pública estadual ou municipal em Órgãos dos Governos Estaduais e Municipais.

Seguradoras - sociedades com fins lucrativos que comercializam “seguros de saúde” e que oferecem, obrigatoriamente, reembolso das despesas médico-hospitalares ou odontológicas.

Os consumidores de seguros de saúde têm definido em contrato (denominado apólice) as condições e os limites de reembolso, cobertura, abrangência geográfica, entre outras, conforme disposto na Lei 10.185/2001.

A idéia central dessa nova perspectiva no processo de regulação do setor da saúde suplementar é a ênfase na qualificação de todos os atores envolvidos - operadoras, prestadores, beneficiários e órgão regulador, de modo a qualificar o funcionamento do setor, compreendido nas dimensões da atenção à saúde, econômico-financeira; estrutura e operação e satisfação dos beneficiários.

## **2.3 A humanização e a satisfação dos beneficiários**

### **2.3.1 A humanização**

O sentido atribuído ao termo humanização se refere à articulação entre a qualidade técnica da assistência e o reconhecimento dos direitos do usuário e os seus valores e subjetividade, aliados à valorização profissional.

Humanizar é, por definição, tornar humano, dar condição humana; implica em acolhimento e, sobretudo, em empatia e diálogo. Humanização envolve estratégias dirigidas a aumentar o poder do doente ou da população em geral perante o poder e autoridade do saber e das práticas sanitárias (Bosi e Uchimura 2006).

A humanização na área da saúde tem sido um assunto bastante tratado nos últimos tempos, pois existe uma grande preocupação por parte dos profissionais da saúde em oferecer uma assistência com qualidade, apresentando desta forma como objetivo central o atendimento das necessidades individuais dos pacientes e o contato mais próximo com os familiares (Santos et al 1999).

A família deve ser compreendida como um aliado importante da equipe, podendo atuar como um recurso por meio do qual o paciente pode reafirmar e, muitas vezes, “recuperar” sua confiança no tratamento de forma a investir nas suas possibilidades de reabilitação (Santos et al 1999).

Na construção de um serviço humanizado é preciso transitar, constantemente, de uma forma a outra. Trocar velhos modelos por novos hábitos, exercer a criatividade, a reflexão coletiva, o agir comunicativo, a participação democrática na busca de soluções que sejam úteis para cada realidade singular. A

humanização da assistência à saúde envolve, necessariamente, o trabalho conjunto de diferentes profissionais, em todos os níveis de atendimento (dos profissionais de primeiro contato à alta direção). O trabalho humanizado pressupõe o debate sobre a vida institucional, suas dificuldades, angústias frente ao mundo do trabalho e metas a serem alcançadas; presume que os trabalhadores participem de alguma maneira na tomada de decisões, na definição das tarefas e na construção de projetos que lhes digam respeito.

O trabalho de humanização desenvolve atividades que envolvem o paciente e seus familiares, contribuindo efetivamente para a diminuição da ansiedade; melhoria na qualidade de vida; incentivo à troca de experiências; maior reflexão sobre o processo de saúde, resgatando no paciente a condição de “ser humano” (Fontana et al 1998), proporcionando, assim, maior acolhimento, sem perder de vista o caráter educativo.

Aspectos como a efetividade do acolhimento, a qualidade das relações interpessoais na organização dos serviços, a ética no cuidado, as linguagens em que se desenvolvem os diálogos e a natureza da escuta que se realiza no processo assistencial, dentre muitas outras dimensões do cuidado, exigem a avaliação qualitativa dos programas de humanização (Bosi e Uchimura, 2006).

Tal proposta nos remete a uma reflexão sobre a qualidade pretendida nos serviços de saúde que levou à criação de estratégias que envolvem recursos institucionais, humanos e materiais, como poderá ser visto a seguir.

### **2.3.2 A satisfação dos beneficiários**

O ponto de vista dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde é um componente que contribui para avaliar a qualidade dos produtos e serviços de saúde oferecidos, pois a produção desses serviços resulta da interação entre o beneficiário e a operadora do plano de saúde. (Brasil, 2007)

Para Brasil, (2007, p. 30)

A aceitação e aprovação de um serviço de saúde por parte da população está na dependência de fatores físicos (relativos à disponibilidade de serviços e ao grau de acesso a eles),

cognitivos (relacionados ao conhecimento da existência da oferta de serviços médicos e do risco de determinada doença) e motivacionais (satisfação com os serviços utilizados). Esses fatores, por sua vez, também são influenciados pelas atitudes, valores e crenças do grupo populacional ao quais os beneficiários desses serviços pertencem.

O autor ao analisar a questão da qualidade nos cuidados à saúde considera sete atributos: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Dentre estes conceitos, os que diretamente se relacionam com as expectativas e satisfação dos beneficiários é o da aceitabilidade e da legitimidade.

Quanto à legitimidade, é a aceitabilidade do cuidado na forma como é visto pela comunidade ou pela sociedade em geral. A aceitabilidade refere-se à adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos beneficiários. Depende das avaliações subjetivas destes com relação à efetividade, eficiência e à otimização e ainda da acessibilidade do cuidado, das características da relação médico-paciente e das amenidades do cuidado. (Brasil, 2007)

Segundo Brasil (2007 p.30) “Entende-se efetividade como a melhoria na saúde que é alcançada ou espera-se alcançar, nas condições usuais da prática cotidiana”.

De acordo com os modelos de avaliação de serviços de saúde propostos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Organização de Cooperação para o Desenvolvimento Econômico (OCDE) apresentam diversos pontos de concordância sobre as grandes diretrizes da avaliação. São aspectos comuns nas propostas dos dois organismos a procura por conceitos de resultados de saúde (OMS) ou efetividade (OCDE) e a preocupação com os direitos dos pacientes, vista pela ótica da satisfação ou da experiência dos pacientes. O enfoque qualitativo deve ser utilizado na compreensão dos fatores associados à satisfação do beneficiário, também deve ser considerada e incorporada aos processos de avaliação.

O indivíduo terá ou não satisfeitas suas necessidades ou expectativas, a partir da utilização dos serviços. E o nível de satisfação possibilitará inferir a qualidade nos diversos momentos do atendimento, num processo interativo que se dá desde a entrada até a saída do serviço.

Normalmente, a detecção da satisfação dos usuários se concretiza

utilizando questionários e não a frequência de reclamações. Esse fato ocorre porque nem todas as pessoas reclamam quando têm problemas de atendimento; não se tem certeza se a reclamação terá o encaminhamento adequado; reclamar é difícil e cansativo, sendo difícil demais para quem já tem muitos problemas; muitas pessoas não se sentem bem no papel de queixosas.

Segundo Brasil (2007 p.31)

Pesquisas revelam que apenas 4% dos clientes insatisfeitos reclamam e, para cada reclamação recebida, existem 26 outros clientes insatisfeitos; dos clientes insatisfeitos que não reclamam 65% a 90% jamais voltariam na mesma organização.

Diante desta afirmação, as reclamações podem ser sinalizadores potentes do grau de insatisfação dos beneficiários com suas operadoras/serviços. Por isso a importância de informar aos usuários dos serviços os seus direitos.

## **2.4 Os Direitos dos Usuários da Saúde - público ou privado**

Segundo Brasil, (2006 p. 3) a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde asseguram ao cidadão o direito básico ao ingresso digno nos sistemas de saúde, sejam eles públicos ou privados. A carta é também uma importante ferramenta para que o usuário conheça seus direitos e colabore para um sistema de saúde com muito mais qualidade.

De acordo com Brasil, (2006 p.4) a carta foi elaborada em consenso pelos governos federal, estaduais e municipais e pelo conselho nacional de saúde considerando que:

- ./ O art. 196 da Constituição Federal, que garante o acesso universal e igualitário a ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.
- ./ A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.
- ./ A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a

participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

./ A necessidade de promover mudanças de atitude em todas as práticas de atenção e gestão que fortaleçam a autonomia e o direito do cidadão.

O Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Saúde e a Comissão Intergestora Tripartite convocam todos os gestores, profissionais de saúde, organizações civis, instituições e pessoas interessadas para que promovam o respeito dos direitos e assegurem seu reconhecimento efetivo e sua aplicação.

A Carta dos direitos dos usuários da saúde baseia-se em seis princípios básicos de cidadania:

1. Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde.
2. Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema.
3. Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação.
4. Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos.
5. Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada.
6. Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos.

Conforme o primeiro princípio da carta fica garantido aos usuários a facilidade de acesso aos postos de saúde, especialmente aos portadores de deficiência, gestantes e idosos.

No segundo e terceiro princípios esclarece ao cidadão sobre o direito a um tratamento adequado para seu problema de saúde. Faz referência à necessidade de um atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação (preconceito de raça, cor idade ou orientação sexual, estado de saúde ou nível social).

O quarto princípio garante que o atendimento prestado ao cidadão deve respeitar a sua pessoa, seus valores e seus direitos. Fica assegurado ao paciente, o conhecimento de seu prontuário médico, sempre que solicitado por ele.

O quinto princípio fala sobre as responsabilidades do cidadão para que ele tenha um tratamento adequado. Por exemplo: o paciente nunca deve mentir ou dar informações erradas sobre seu estado de saúde, pois essa atitude pode prejudicar a precisão do diagnóstico dado pelo médico.

O sexto princípio garante que todos os princípios sejam cumpridos. Segundo ele, é necessário que todos os gestores da saúde, representantes das três esferas de governo (federal, estadual e municipal), se empenhem para que os direitos dos cidadãos sejam respeitados.

O instituto de defesa do consumidor – IDEC (2006) elaborou um guia do

direito à saúde – Sistema Público de Saúde (SUS), medicamentos e planos de saúde, orientando os cidadãos sobre os seus direitos na saúde:

- ./ Ter acesso ao conjunto de ações e serviços necessários para a promoção, a proteção e a recuperação da sua saúde.
- ./ Ter acesso gratuito aos medicamentos necessários para tratar e restabelecer sua saúde.
- ./ Ter acesso ao atendimento ambulatorial em tempo razoável para não prejudicar sua saúde. Ter à disposição mecanismos ágeis que facilitem a marcação de consultas ambulatoriais e exames, seja por telefone, meios eletrônicos ou pessoalmente.
- ./ Ter acesso a centrais de vagas ou a outro mecanismo que facilite a internação hospitalar, sempre que houver indicação, evitando que, no caso de doença ou gravidez, você tenha que percorrer os estabelecimentos de saúde à procura de um leito.
- ./ Ter direito, em caso de risco de vida ou lesão grave, a transporte e atendimento adequado em qualquer estabelecimento de saúde capaz de receber o caso, independente de seus recursos financeiros. Se necessária, a transferência somente poderá ocorrer quando seu quadro de saúde tiver estabilizado e houver segurança para você.
- ./ Ser atendido, com atenção e respeito, de forma personalizada e com continuidade, em local e ambiente digno, limpo, seguro e adequado para o atendimento.
- ./ Ser identificado e tratado pelo nome ou sobrenome e não por números, códigos ou de modo genérico, desrespeitoso ou preconceituoso.
- ./ Ser acompanhado por pessoa indicada por você, se assim desejar, nas consultas, internações, exames pré-natais, durante trabalho de parto e no parto. No caso das crianças, elas devem ter no prontuário a relação de pessoas que poderão acompanhá-las integralmente durante o período de internação.
- ./ Identificar as pessoas responsáveis direta e indiretamente por sua assistência, por meio de crachás visíveis, legíveis e que contenham o nome completo, a profissão e o cargo do profissional, assim como o nome da instituição.
- ./ Ter autonomia e liberdade para tomar as decisões relacionadas à sua saúde e à sua vida; consentir ou recusar, de forma livre, voluntária e com adequada informação prévia, procedimentos diagnósticos, terapêuticos ou outros atos médicos a serem realizados.
- ./ Se você não estiver em condição de expressar sua vontade, apenas as intervenções de urgência, necessárias para a preservação da vida ou prevenção de lesões irreparáveis, poderão ser realizadas sem que seja consultada sua família ou pessoa próxima de confiança. Se, antes, você tiver manifestado por escrito sua vontade de aceitar ou recusar tratamento médico, essa decisão deverá ser respeitada.

./ Ter liberdade de escolha do serviço ou profissional que prestará o atendimento em cada nível do sistema de saúde, respeitada a capacidade de atendimento de cada estabelecimento ou profissional.

./ Ter, se desejar, uma segunda opinião ou parecer de outro profissional ou serviço sobre seu estado de saúde ou sobre procedimentos recomendados, em qualquer fase do tratamento, podendo, inclusive, trocar de médico, hospital ou instituição de saúde.

./ Participar das reuniões dos conselhos de saúde; das plenárias das conferências de saúde; dos conselhos gestores das unidades e serviços de saúde e outras instâncias de controle social que discutem ou deliberam sobre diretrizes e políticas de saúde gerais e específicas.

./ Ter acesso a informações claras e completas sobre os serviços de saúde existentes no seu município. Os dados devem incluir endereços, telefones, horários de funcionamento, mecanismos de marcação de consultas, exames, cirurgias, profissionais, especialidades médicas, equipamentos e ações disponíveis, bem como as limitações de cada serviço.

./ Ter garantida a proteção de sua vida privada, o sigilo e a confidencialidade de todas as informações sobre seu estado de saúde, inclusive diagnóstico, prognóstico e tratamento, assim como todos os dados pessoais que o identifiquem, seja no armazenamento, registro e transmissão de informações, inclusive sangue, tecidos e outras substâncias que possam fornecer dados identificáveis. O sigilo deve ser mantido até mesmo depois da morte. Excepcionalmente, poderá ser quebrado após sua expressa autorização, por decisão judicial, ou diante de risco à saúde dos seus descendentes ou de terceiros.

./ Ser informado claramente sobre os critérios de escolha e seleção ou programação de pacientes, quando houver limitação de capacidade de atendimento do serviço de saúde. A prioridade deve ser baseada em critérios médicos e de estado de saúde, sendo vetado o privilégio, nas unidades do SUS, a usuários particulares ou conveniados de planos e seguros saúde.

./ Receber informações claras, objetivas, completas e compreensíveis sobre seu estado de saúde, hipóteses diagnósticas, exames solicitados e realizados, tratamentos ou procedimentos propostos, inclusive seus benefícios e riscos, urgência, duração e alternativas de solução. Devem ser detalhados os possíveis efeitos colaterais de medicamentos, exames e tratamentos a que será submetido. Suas dúvidas devem ser prontamente esclarecidas.

./ Ter anotado no prontuário, em qualquer circunstância, todas as informações relevantes sobre sua saúde, de forma legível, clara e precisa, incluindo medicações com horários e dosagens utilizadas, risco de alergias e outros efeitos colaterais, registro de quantidade e procedência do sangue recebido, exames e procedimentos

efetuados. Cópia do prontuário e quaisquer outras informações sobre o tratamento devem estar disponíveis, caso você solicite.

./ Receber as receitas com o nome genérico dos medicamentos prescritos, datilografadas, digitadas ou escritas em letra legível, sem a utilização de códigos ou abreviaturas, com o nome, assinatura do profissional e número de registro no órgão de controle e regulamentação da profissão.

./ Conhecer a procedência do sangue e dos hemoderivados e poder verificar, antes de recebê-los, o atestado de origem, sorologias efetuadas e prazo de validade.

./ Ser prévia e expressamente informado quando o tratamento proposto for experimental ou fizer parte de pesquisa, o que deve seguir rigorosamente as normas de experimentos com seres humanos no país e ser aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do hospital ou instituição.

./ Não ser discriminado nem sofrer restrição ou negação de atendimento, nas ações e serviços de saúde, em função da idade, raça, gênero, orientação sexual, características genéticas, condições sociais ou econômicas, convicções culturais, políticas ou religiosas, do estado de saúde ou da condição de portador de patologia, deficiência ou lesão preexistente.

./ Ter um mecanismo eficaz de apresentar sugestões, reclamações e denúncias sobre prestação de serviços de saúde inadequados e cobranças ilegais, por meio de instrumento apropriado, seja no sistema público, conveniado ou privado.

./ Recorrer aos órgãos de classe e conselhos de fiscalização profissional visando a denúncia e posterior instauração de processo ético- disciplinar diante de possível erro, omissão ou negligência de médicos e demais profissionais de saúde durante qualquer etapa do atendimento ou tratamento. (IDEC, 2006 p. 7-10)

## **2.5 O Serviço Social na Saúde e na humanização**

Atualmente, a saúde não é considerada como mera assistência médico-hospitalar, curativa ou preventiva; é o resultado de políticas públicas.

Nas políticas de saúde pública, a profissão de assistente social vem se destacando, por estar em contato direto com a população usuária dos serviços em seu cotidiano, no enfrentamento das questões sociais, dentre elas a saúde.

O direito à saúde está regulamentado na Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº 8.080, de setembro de 1990:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. Os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (LOS, Art.3).

Na saúde, o Serviço Social tem como objetivo identificar os aspectos sociais, econômicos e culturais relacionados ao processo saúde-doença, buscando formas de enfrentamento individual e coletivo para estas questões. Para tanto são mobilizados os recursos institucionais e comunitários no campo da assistência e desenvolvimento social, tendo como perspectiva a avaliação/construção das políticas públicas que efetivem direitos básicos de cidadania. (Frossard & Matos, 1998 p. 120).

De acordo com Vasconcelos (2002), na busca de assegurar o direito à saúde, cabe aos assistentes sociais contribuir prioritariamente:

- ./ Com levantamentos, estudos e pesquisas que identifiquem e explicitem os fatores condicionantes e determinantes da saúde, contribuindo na elaboração de Planos de Saúde e da Política de Saúde;*
- ./ Na assistência às pessoas por intermédio de ações que, resgatando a saúde existente, priorizem a promoção e a proteção sem prejuízo das ações assistenciais de cada espaço de trabalho.*
- ./ Na efetivação do direito da comunidade em participar na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais - o controle social.*

O Serviço Social, na saúde, atua para além do sofrimento físico e psíquico, explicitando e enfrentando as diferentes expressões da questão social que determinam os níveis de saúde da população, por meio de ações que priorizem o controle social, a prevenção de doenças, agravos e riscos, a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, facilitando e contribuindo para a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas. (Vasconcelos, 2002)

Referentes à política de saúde, dois projetos políticos em disputa na área da saúde, o projeto privatista e o projeto da reforma sanitária, apresentaram diferentes requisições para o Serviço Social (Bravo, 2006).

O projeto privatista requisita o assistente social, entre outras demandas, para seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial por meio de

aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo pela ideologia do favor e predomínio de práticas individuais.

O projeto da reforma sanitária busca de democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadã.

Bravo (2006) afirma que, em sua maioria, o Serviço Social vem acompanhando o projeto da reforma sanitária e ao projeto ético-político profissional, por mais que, muitas das vezes, não explicitamente. Entretanto, ficou patente a dificuldade da maioria em realizar um trabalho que no cotidiano esteja norteado pelo projeto ético-político profissional e o da reforma sanitária.

No aspecto do trabalho desenvolvido nos serviços, Vasconcelos (1999) e Costa (1998) concluíram que há uma diferença muito grande entre a intenção e o discurso dos assistentes sociais com o trabalho desenvolvido. Isso porque os assistentes sociais verbalizam um compromisso com a população usuária, mas não conseguem concretizá-lo. Assim, identificou que estes profissionais ainda reforçam os objetivos da instituição e não os do projeto ético-político da profissão.

Na saúde, a crítica ao projeto hegemônico da profissão passa pela reatualização do discurso da divergência entre o estudo teórico e a intervenção, pela descrença da possibilidade da existência de políticas públicas e, sobretudo, pela suposta necessidade da construção de um saber específico na área da saúde.

Bravo (2006 p. 212) apresenta três expressões.

A primeira é a constatação de que ainda existe na categoria segmentos de profissionais que, ao realizarem a formação em saúde pública, passam a não se identificar mais como assistentes sociais, recuperando uma auto- apresentação de sanitaristas. A segunda tendência, na atualidade com mais vigor, é a de resgatar no exercício profissional um privilegiamento da intervenção no âmbito das tensões produzidas subjetivamente pelos sujeitos e tem sido autodenominada pelos seus executores como Serviço Social Clínico. E por fim, percebe-se gradativamente o discurso da necessidade da criação de entidades ou da realização de fóruns de capacitação e debates dedicados a importância da produção do conhecimento sobre o Serviço Social nas diferentes áreas de especialização da prática médica. (BRAVO, 2006 p. 212)

A autora revela que o problema não reside no fato de os profissionais de Serviço Social procurar por estudos na área da saúde. O dilema é quando este profissional, em virtude dos méritos de sua competência, passa a exercer outras atividades (direção de unidades de saúde, controle dos dados epidemiológicos e outros), e não mais se identifica como um assistente social. Assim, o profissional recupera uma concepção de que fazer Serviço Social é exercer apenas o conjunto de ações que historicamente lhe é dirigido na divisão do trabalho coletivo em saúde. (Bravo, 2006).

Outra questão discutida por Bravo (2006 p 212):

É a tentativa de obscurecer a função social da profissão na divisão social e técnica do trabalho, pois o problema não está no domínio de teorias que abordam o campo *psi* ou sobre doenças, mas sim quando este profissional se distancia no cotidiano de seu trabalho profissional, do objetivo da profissão, que na área da saúde passa pela compreensão dos aspectos sociais, econômicos, culturais que interferem no processo saúde doença e a busca de estratégias para o enfrentamento destas questões. (BRAVO, 2006 p. 212)

O exercício profissional não se reduz à ação exclusiva sobre as questões subjetivas vividas pelo usuário e nem pela defesa de uma suposta particularidade entre o trabalho desenvolvido pelos assistentes sociais nas diferentes especialidades da medicina.

As novas diretrizes das diversas profissões têm ressaltado a importância de formar trabalhadores de saúde para o SUS com visão generalista e não fragmentada.

O trabalho do assistente social na saúde deve ter como eixo central a busca criativa e incessante da incorporação dos conhecimentos e das novas requisições à profissão, articulados aos princípios dos projetos da reforma sanitária e do projeto ético-político do Serviço Social.

É sempre na referência a estes dois projetos que se poderá ter a compreensão se o profissional está de fato dando respostas qualificadas às necessidades apresentadas pelos usuários. Assim, compreende-se que cabe ao Serviço Social – numa ação necessariamente articulada com outros segmentos que defendem o aprofundamento do (SUS) – formular estratégias buscando reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde efetivando o direito social à saúde, atentando para que o trabalho do assistente

social na saúde tenha como norte o projeto-ético político profissional que, necessariamente, deva estar articulado ao projeto da reforma sanitária (Matos, 2003).

Considera-se que o código de ética do Serviço Social (1993) apresenta ferramentas fundantes para o trabalho dos assistentes sociais na saúde.

Destaca-se entre seus 11 princípios fundamentais:

- ./ Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo;
- ./ Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática;
- ./ Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste código e com a luta geral dos trabalhadores;
- ./ Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional.

Pensar hoje uma atuação competente e crítica do Serviço Social na área da saúde, Bravo (2006 p. 214) considera:

- ./ Estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;
- ./ Facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da Instituição, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária;
- ./ Tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos funcionários nas decisões a serem tomadas;
- ./ Elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como estar atento sobre a possibilidade de investigações sobre temáticas relacionadas à saúde. Bravo (2006 p. 214)

Portanto, não existem fórmulas prontas na construção de um projeto democrático e a sua defesa não deve ser exclusividade apenas de uma categoria profissional. Os assistentes sociais estão desafiados a encarar a defesa da democracia,

das políticas públicas e consubstanciar um trabalho que faça frente ao projeto neoliberal (Bravo 2006).

### **2.5.1 Serviço Social na humanização**

A humanização da prática do assistente social na saúde surge da reflexão acerca das experiências cotidianas com os sujeitos que necessitam de cuidados de saúde. A prática profissional torna-se ética afirmando-se no princípio da sensibilidade, reconhecendo o direito de todos à liberdade rumo à construção de relações mais justas e solidárias.

Desta forma e nesta compreensão de que a humanização da ação do assistente social na saúde pode se concretizar. Para promover o acesso dos sujeitos à saúde, o assistente social precisa ter como horizonte em sua prática a sensibilidade. Significa que o profissional reconhece o outro como um ser capaz de sentimentos e, portanto, o respeita, comprometendo-se com a realização de sua saúde. O assistente social tanto no âmbito dos atendimentos cotidianos que realiza nas relações diretas com os sujeitos como na formulação de políticas públicas de saúde pode estar comprometido.

Na saúde, o agir ético implica ver o sujeito não como meio, mas como fim, a pessoa não pode ser tratada como um mero objeto da ação profissional. Os sujeitos devem ter em qualquer atendimento profissional na assistência à saúde, a sua autonomia preservada.

Para Freitas (2007 p. 29), a ética como expressão da ação do assistente social na saúde:

Implica um permanente desalienar-se do profissional em relação aos sujeitos destituídos do direito fundamental de cuidado para com a saúde. Neste sentido, o profissional é ético quando, na relação com os sujeitos é capaz de tornar-se, pelo exercício da reflexão, comprometido com a promoção da saúde como um bem humano essencial.

O autor ressalta que na atualidade a profissão de Serviço Social tem como horizontes de suas ações princípios éticos – presentes no Código de Ética Profissional de 1993 - essencial para a construção de relações sociais mais justas e solidárias. Porém, a ética vai muito além do código de ética profissional. Os códigos são frutos da expressão de valores morais assumidos por um grupo profissional numa determinada

temporalidade sócia histórica. (Freitas, 2007).

O assistente social precisa criar um vínculo com o outro por meio da comunicação, possibilitando que este tenha a liberdade de expressar seus sentimentos e visões de mundo. Assim, orientado por uma atitude ética de valorização da saúde dos sujeitos, amplia os espaços de diálogo, extensivos também à relação com os demais profissionais de saúde.

O diálogo experimentado pelo assistente social na relação com os sujeitos é um diálogo que deve levar em consideração também os sentimentos. Deste modo, é importante que o profissional esteja sempre atento para perceber o significado dos gestos do outro: um sorriso, um silêncio, um aperto de mão...

Segundo Freitas (2007 p.33):

A valorização da ética como horizonte para a humanização da prática do assistente social na saúde aponta para a permanente construção de vínculos de reciprocidade, imprimindo à instituição saúde o sentido de comunidade.

Para a qualificação da prática profissional dos assistentes sociais na saúde, a ética apresenta-se como um imperativo. Ela constitui-se num horizonte fundamental para a humanização da ação profissional, apontando um compromisso e uma corresponsabilidade com as relações recíprocas e solidárias pautadas na construção da promoção da saúde como um processo relacional. (Freitas, 2007).

O trabalho dos assistentes sociais na perspectiva de seu projeto e processos de intervenção envolve a reprodução da vida material e das formas de consciência social através das quais os usuários pensam e se posicionam perante os serviços de saúde e a própria vidas em sociedade. Por isso, a necessidade de compromisso com a intervenção competente e fundamentada em concepções teórico-metodológicas sólidas. Estas se revertem em condições de trabalho e qualifica a relação com o usuário, interferem no processamento da ação e nos resultados individual e coletivamente projetada.

A preocupação dos assistentes sociais com a resolutividade do sistema de saúde, de apurar no dia-a-dia seus princípios e diretrizes, deve vir acompanhada por uma visão analítica sobre o processo saúde-doença e de adensamentos conceituais que dão conta de responder ao modelo de atenção vigente. O Serviço Social há alguns anos

começa a incorporar em seu cotidiano de trabalho e proposta da humanização.

A humanização é parte integrante do fazer profissional do assistente social, em todos os campos, mesmo sem uma precisão conceitual.

Como refere Martinelli (2007, p.27), ao trabalhar na perspectiva do cuidado ético, da humanização na prática, usamos conscientemente nossos conhecimentos científicos, talvez na busca da finalidade da nossa ação profissional.

Na dimensão do trabalho como uso de si, a autora destaca a importância:

- ./ Do sentimento partilhado;
- ./ Do espaço pluridimensional de escuta;
- ./ Do espaço de acolhimento;
- ./ Do tratamento digno para com o outro;
- ./ Do reconhecimento da situação em que o usuário se encontra.
- ./ Da ética no trato das informações
- ./ Da verdade como base do diálogo
- ./ Da responsabilidade social partilhada Quanto

ao trabalho como cuidado de si recomenda-se:

- ./ Manter um estado de espírito positivo;
- ./ Alimentar a paz do espírito e a tranquilidade;
- ./ Criatividade;
- ./ Buscar constantemente o conhecimento e aprimoramento profissional;
- ./ Lembrar o compromisso com a nossa própria felicidade.

Segundo com Alves, Mito e Gerber et al (2007p. 48).

A humanização, embora ainda permeado por uma imprecisão conceitual e que é referenciada em ações que traduzem diferentes perspectivas que oscilam entre o senso comum e o fortalecimento da saúde como direito e espaço de cidadania para criação/reprodução de sujeitos, há que se evidenciar que o assistente social necessita estar atento para afirmação dos paradigmas que fundamentam seu projeto profissional e questionar idéias de humanização presentes no imaginário dos usuários e dos profissionais, que implicam em processos de aprisionamento, cooptação e capacitação dos sujeitos por um poder instituído.

No contexto das disputas teóricas, ideológicas e políticas que atualmente se assentam nos espaços de discussão da saúde e das quais o Serviço Social também

incorpora, é importante situar o diálogo com as correntes contemporâneas de Saúde Coletiva e levantar alguns questionamentos quanto a assimilação do Serviço Social de suas propostas.

No cotidiano da intervenção profissional o assistente social na política de saúde, não há como a profissão ficar à margem da PNH visto que, por um lado, um dos dispositivos apresentados para sua implementação é a criação de grupos de trabalho em que o assistente social é um dos profissionais que geralmente integra essas equipes, que são espaços privilegiados para definir orientações e propostas de humanização nas instituições de saúde. Por outro lado, a ausência dessa discussão tem levado muitos assistentes sociais a aderirem acriticamente propostas alheias tanto ao projeto ético-político do Serviço Social como à afirmação da saúde como direito de todos e dever do Estado.

A partir do seu projeto profissional, na relação com os usuários, cabe ao assistente social a busca por reiterar elementos como o compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população, aí incluída a publicidade dos recursos institucionais, instrumento indispensável para a sua democratização e universalização e, sobretudo, para abrir as decisões institucionais à participação dos usuários.

Destaca-se que a efetivação dessa tarefa depende também de sua articulação como outros profissionais que compartilham de propostas similares, pois, é imprescindível incluir no universo em que se produzem os cuidados de saúde, os produtores em interação, suas representações em seus atos constatando o sofisticado desafio de realizar uma humanização verdadeira e abrangente.

O trabalho dos assistentes sociais pautado no projeto ético político impulsiona uma intervenção fundamentada em concepções teóricas metodológicas que classifiquem na relação com os usuários como sujeito de direitos.

A humanização é parte integrante do fazer profissional do assistente social, em todos os campos, mesmo sem uma precisão conceitual.

Na política de saúde, o profissional de Serviço Social intervém cotidianamente e não há como a profissão ficar à margem da PNH, pois, um dos dispositivos apresentados para sua implementação é a criação de grupos de trabalho em que o assistente social é um dos profissionais que integra essas equipes, ocupando espaços privilegiados para definir orientações e propostas de humanização nas instituições de saúde. No entanto, a ausência dessa discussão tem levado muito

assistentes sociais a aderirem acriticamente propostas alheias tanto ao projeto ético-político do Serviço Social como à afirmação da saúde como direito de todos e dever do Estado (Alves, Miotto, Gerber, 2007).

O autor ressalta ainda, a importância na relação entre o projeto profissional priorizando uma “nova relação” com os usuários dos serviços oferecidos pelos profissionais. Cabe ao assistente social o compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população, bem como a publicidade dos recursos institucionais, instrumento indispensável para a sua democratização e universalização e, garantindo nas decisões institucionais à participação dos usuários.

A efetivação dessa tarefa também depende de sua articulação como outros profissionais que compartilham de propostas similares, sendo, imprescindível incluir no universo dos cuidados de saúde, os produtores em interação, suas representações em seus atos para o desafio de realizar uma humanização verdadeira e abrangente.

### **3 METODOLOGIA**

De acordo com Minayo (1994, p.22), a metodologia é o caminho e o instrumento próprio de abordar a realidade. Inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitem a apreensão da realidade e também o potencial criativo do pesquisador.

#### **3.1 Apresentação dos instrumentais e sujeitos da pesquisa**

A presente pesquisa foi exploratória e descritiva, na medida em que a primeira permite aumentar o conhecimento de uma determinada realidade, estabelecendo uma maior familiaridade com o assunto, e a segunda traz a descrição dos dados.

Para Triviños (1995, 105p.), a pesquisa exploratória permite ao:

Investigador aumentar sua experiência em torno de determinado problema e a descritiva, por pretender descrever com exatidão os fatos e fenômenos de determinada realidade.

Ainda de acordo com Barros, Lehefeld (2000), a pesquisa descritiva engloba

a pesquisa bibliográfica, documental e de campo.

A metodologia da pesquisa baseou-se na abordagem quanti-qualitativa, ou seja, além da quantificação e descrição de dados objetivos se preocupará em trabalhar com o universo dos significados e valores. Conforme Minayo:

O conjunto de dados quantitativos e qualitativos, porém, não se opõem. Ao contrário, se complementam, pois a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia (MINAYO, 1994, p. 22).

Da pesquisa quanti-qualitativa é possível afirmar que:

Os dados quantitativos prevêem a mensuração de variáveis preestabelecidas, procurando verificar e explicar sua influência sobre outras variáveis, mediante a análise da frequência de incidências e de correlações estatísticas. A abordagem qualitativa fundamenta-se em dados coligidos nas interações interpessoais, na co-participação das situações dos informantes, analisadas a partir da significação que estes dão aos seus atos (Chizzotti, 1998, p. 52).

Segundo Chizzotti (1998), as pesquisas qualitativas procuram compreender as experiências que os sujeitos têm, as representações que formam e os conceitos que elaboram, partindo do princípio que todos os sujeitos são igualmente dignos de estudo, permanecem únicos e todos os seus pontos de vista são relevantes. Além disso, a pesquisa qualitativa tem como características gerais: o fato de ser descritiva, de ter ambiente natural como fonte direta de dados e o pesquisador como instrumento-chave (Furtado, 2006).

No conceito de Martinelli (1999, p.32), as pesquisas quantitativas:

(...) O uso exclusivo de técnicas quantitativas de pesquisa se caracteriza pela adoção de uma estratégia de pesquisa modelada nas ciências naturais e baseada em observações empíricas para explicitar fatos e fazer previsões.

Está relacionado aos postulados teóricos da matriz positivista, cujo paradigma analisa a realidade e o processo de conhecimento com o uso de técnicas que buscam a objetividade através de uma lógica formal com neutralidade no processo de investigação; a realidade

é exterior ao indivíduo e a apreensão dos fenômenos é feita de forma fragmentada. As pesquisas orientadas sob esse paradigma utilizam a experimentação, que é uma criação artificial cuja operacionalização faz uso de uma lógica hipotético - dedutiva. A metodologia da experimentação busca a veracidade ou falsidade de hipóteses, validadas por processos dedutivos matemáticos tipo causa e efeito. Os resultados são expressos em número, intensidade e ordenação; a realidade é exterior ao sujeito, com interdependência entre sujeito e objeto; as relações são lineares, ou seja, o processo é unilateral entre pesquisa e pesquisador. Buscam-se o consenso, conhecimentos operacionais, índices quantitativos.

Para o desenvolvimento da pesquisa optou-se pelo método dialético, entendido como aquele que:

Pensa a relação de quantidade como uma das qualidades dos fatos e fenômenos, buscando encontrar, na parte, a compreensão e a relação como um todo e a interioridade e exterioridade como constitutivas dos fenômenos que podem ser entendidos nas determinações e transformações dadas pelos sujeitos (Minayo, 1994, p. 22-3).

O universo da pesquisa foi composto por todos os pacientes e/ou familiares tratamento no Hospital da Unimed de Bauru que compareceram para internação no período de junho a julho de 2008, totalizando assim, 150 pacientes.

A amostra foi constituída por 50 (33%) usuários/familiares que concordaram em participar da pesquisa, no período de junho a julho, procurando manter a representatividade da amostra. Desta forma, a amostra foi intencional, na medida em que abordou a concepção dos usuários e /ou familiares sobre a humanização.

O pré-teste foi aplicado com três sujeitos da pesquisa, verificando necessidade ou não da reformulação do instrumental. Após a aplicação do pré-teste, verificou-se não ser necessária alteração no instrumental.

Como instrumental técnico para a coleta de dados utilizamos a aplicação de um formulário semi-estruturado, contendo perguntas abertas e fechadas para os usuários/familiares, cujas questões atenderam aos objetivos da pesquisa. Para aplicação do formulário, os usuários e/ou familiares foram esclarecidos sobre a natureza da pesquisa, sua importância e sobre o termo de consentimento livre e esclarecido que foi assinado pelo sujeito concordando com a participação na pesquisa.

Esta pesquisa em sua totalidade foi composta de 05 eixos norteadores: a

concepção de humanização na ótica do usuário do HUB, o acesso aos direitos dos usuários na saúde, os pontos críticos no atendimento, o envolvimento do serviço social no desenvolvimento das ações humanizadas e as ações humanizadas no setor privado.

#### 4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste item procura-se sistematizar os dados encontrados durante o processo de investigação. Para melhor compreendermos as questões abordadas, apresentaremos o perfil dos usuários que constituíram a amostra do presente estudo, no período de junho a julho de 2008, perfazendo um total de 50 sujeitos (33%). Apresentamos o perfil quanto à procedência, faixa etária e escolaridade.

##### 4.1 Perfil social dos usuários do HUB



Gráfico 1 – Procedência

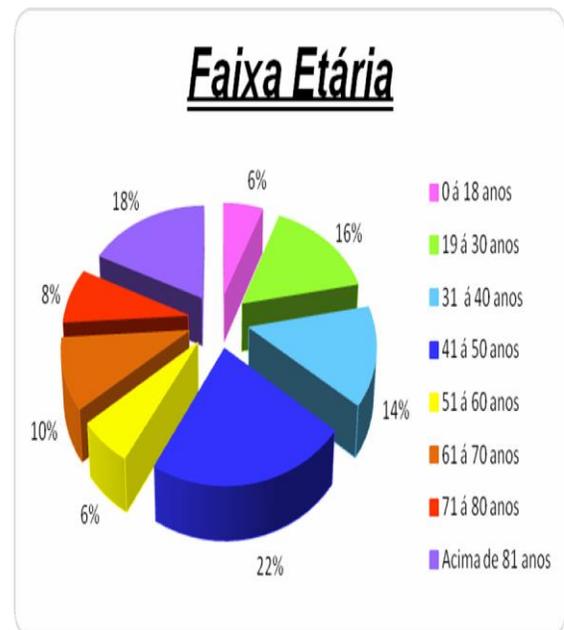
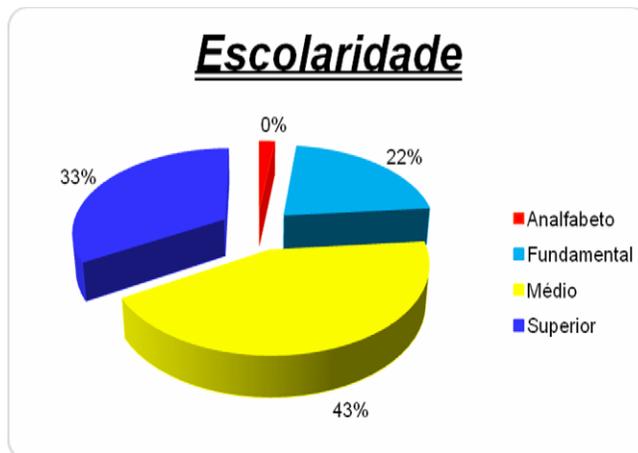


Gráfico 2 – Faixa Etária



*Gráfico 3 – Escolaridade*

Analisando os gráficos que caracterizam o perfil dos usuários pesquisados segundo: procedência, idade e escolaridade, constataram que 80% dos usuários são procedentes da cidade de Bauru, seguido de cidades da região como Reginópolis (6%), sendo, portanto o HUB utilizado por indivíduos da própria cidade. Quanto à idade dos usuários, a maior concentração ocorreu na faixa etária de 41 a 50 anos, ou seja, 22%, seguido de 18% na faixa acima de 80 anos. Com relação à escolaridade, dos 50 usuários (100%), constatamos que houve uma maior concentração no ensino médio 44%, seguido do ensino superior 34%.

Conhecido os sujeitos da pesquisa passamos para a concepção de humanização identificada pelos usuários pesquisados.

Conforme salienta Ayres, (2005), o conceito de humanização passa a ocupar um lugar de destaque nas propostas de reconstrução das práticas de saúde no Brasil, no sentido de sua maior integralidade, efetividade e acesso. Os conceitos de humanização vêm sendo discutidas questões que dizem respeito à democratização e qualidade da atenção à saúde prestada, dentre as quais ganha destaque a sensibilização nas relações entre os profissionais e os usuários.

Para fazer o diferencial nas relações de cuidado humanizado, no ambiente hospitalar, requer-se do profissional da saúde que atue com humanização solidária e sensibilidade, além de ter postura correta de dignidade de caráter. (Pessini e Bertachni, 2004).

É a pessoa doente que deve ser o principal foco de atenção, e não a sua enfermidade. Ainda quando a cura não é mais possível, quando a ciência se acha incapaz de resolver o problema traduzido pela doença, continuamos diante do doente, na sua dignidade, na sua fragilidade e na sua necessidade de ser amparado, cuidado e amado. (Pessini e Bertachni, 2004).

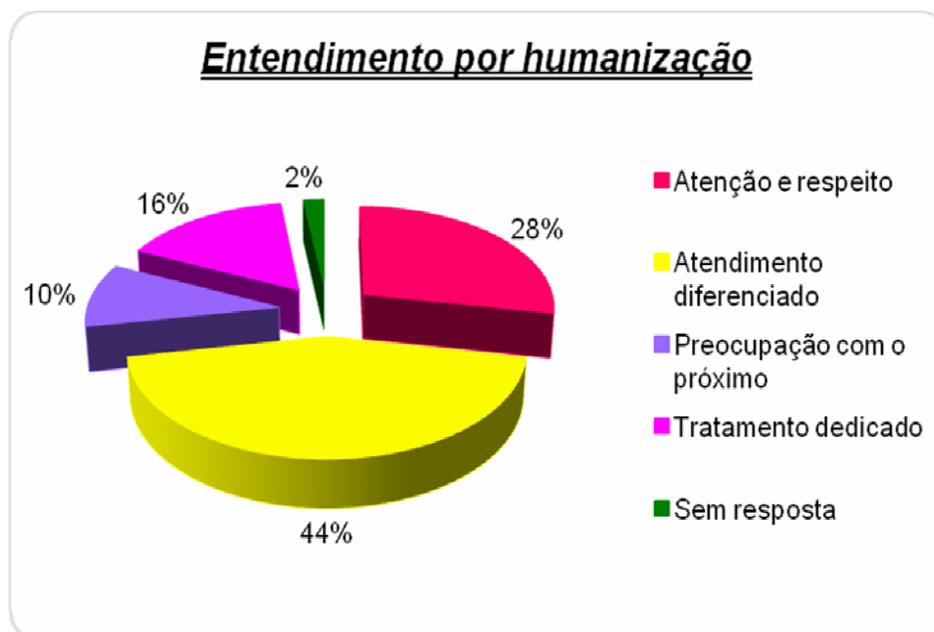
A humanização também é entendida e praticada nos serviços de saúde a partir do senso comum, à medida que se vincula a idéia do “tratar bem“, o que concorre para a banalização da relação entre os sujeitos, perdendo então a perspectiva dos direitos e reiterando relações clientelistas entre profissionais e usuários.

Tal proposta nos remete a uma reflexão sobre a qualidade pretendida nos

serviços de saúde e a opinião de seus usuários com a humanização no HUB.

#### 4.2 Concepção de humanização sob a ótica dos usuários do Hospital Unimed de Bauru

Neste eixo apresenta-se a concepção sobre humanização na ótica dos usuários, conhecimento do conceito bem como, considerações sobre o HUB ser um



hospital humanizado.

*Gráfico 4 – Entendimentos por humanização*

No gráfico 4 observamos as concepções dos usuários sobre humanização hospitalar e observamos que a maior predominância, ou seja, 44% dos usuários conceituam a humanização hospitalar como um atendimento diferenciado, seguido 28% que consideram a atenção e respeito e 16% como tratamento delicado.

Segundo Deslantes, (2005, p. 621):

O termo humanização é extremamente polissêmico, ganhando interpretações de diversos matizes e influências ideológicas. As definições dos gestores se distribuem inicialmente em amplos núcleos de sentido: 1) associados à qualidade da relação interpessoal entre profissionais e usuários (cuidados pautados pelo acolhimento escuta, empatia, respeito); 2) ligados ao reconhecimento dos direitos do paciente (então

interpretados de muitas e distintas maneiras); 3) agregados a uma perspectiva de maior democratização das relações de poder entre profissionais e pacientes; relacionados a um modelo de desmedicalização de atenção ao parto e nascimento; 5) reconhecimento como conjunto de iniciativas para promover o vínculo entre familiares; 6) vinculados à valorização dos profissionais de saúde.

De acordo com o gráfico, quanto à opinião sobre o HUB ser considerado humanizado, podemos observar 100% dos usuários consideram os serviços humanizados. Dessa forma, os usuários justificaram:

Tudo que tenho a dizer são só elogios, pela qualidade e prontidão no atendimento com meu familiar. (Sujeito Feminino, 83 anos)

Ficar doente ou morrer é consequência natural da vida, mas, a dignidade com que estas adversidades são tratadas é que faz toda a diferença para o ser humano. (Sujeito Feminino, 41 anos)

Desta forma acreditamos que a humanização é um processo, conforme aponta Martins (2000):

A humanização é um processo amplo, demorado e complexo, ao qual se oferecem resistências, pois envolvem mudanças de comportamento, que sempre despertam inseguranças. Os padrões conhecidos parecem mais seguros; além disso, os novos não estão prontos nem em decretos nem em livros, não tendo características generalizáveis, pois cada profissional, cada equipe, cada instituição terá seu processo singular de humanização.

Sabemos o quanto é importante à humanização hospitalar e concordamos com Alamy (2005 p. 7)

Pode-se tentar despertar a humanização, porque, na verdade, não há como ensiná-la, não há como ensinar alguém a ser bom, ou se é ou não se é. É inimaginável que alguém possa cumprir protocolos de como proceder tecnicamente para ser bom. Seria como se houvesse maneira técnica de segurar com carinho a mão de alguém que a estende em sua direção ou invés de furtar-se a esquivar-se de soslaio e fingir que nada viu. Mas, é

possível fazê-lo entender que o mínimo é ser educado, tratável, gentil com os outros.

A humanização, então, requer um processo reflexivo acerca dos valores e princípios que norteiam a prática profissional, pressupondo, além de um tratamento e cuidado digno, solidário e acolhedor por parte dos profissionais da saúde ao seu principal objeto de trabalho – o doente/ser fragilizado –, uma nova postura ética que permeie todas as atividades profissionais e processos de trabalho institucionais.

Área como a da Saúde, não funciona sozinha – sua eficácia é fortemente influenciada pela qualidade do fator humano e do relacionamento que se estabelece entre profissionais e usuários no processo de atendimento.

Para tanto, é necessário cuidar dos próprios profissionais da área da saúde, constituindo equipes de trabalho saudáveis e, por isso mesmo, capaz de promover a humanização do serviço, estender-se, também, à formação educacional dos profissionais de saúde. É no processo de formação que se firmam valores e atitudes de respeito à vida humana, indispensáveis à consolidação e à sustentação de uma nova cultura de atendimento à saúde. (BRASIL, 2005, p.5).

Brasil, (2007, p.19) afirma que:

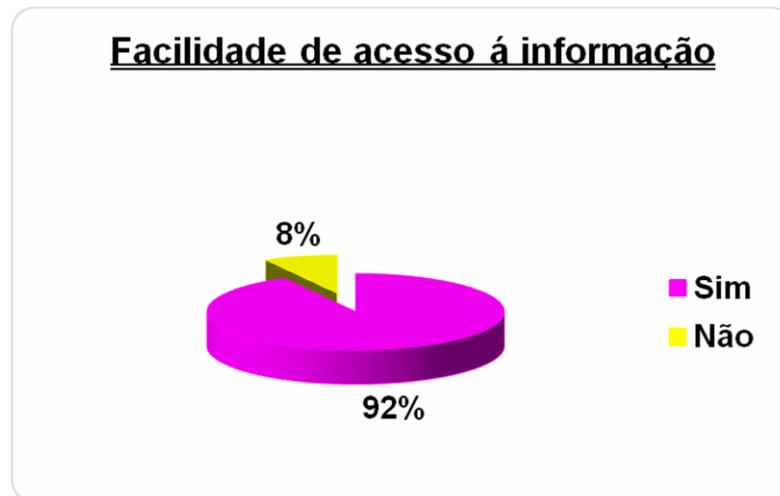
O processo de trabalho em saúde difere do consumo de serviços em geral porque, no setor saúde, o beneficiário não se porta como um consumidor comum diante da mercadoria, pois está desprovido de conhecimentos técnicos e não detém informações suficientes para a tomada de decisão sobre o que irá consumir. (BRASIL, 2007 p.19)

O acesso e acolhimento são elementos essenciais do atendimento, para que se possa incidir efetivamente sobre o estado de saúde do indivíduo e da coletividade.

O acesso à saúde está ligado às condições de vida, nutrição, habitação, poder aquisitivo e educação, englobando a acessibilidade aos serviços, que extrapola a dimensão geográfica, abrangendo também o aspecto econômico, relativo aos gastos diretos ou indiretos do usuário com o serviço, o aspecto cultural envolvendo normas e técnicas adequadas aos hábitos da população e o aspecto funcional pela oferta de serviços adequados às necessidades da população (Unglert,

1995).

#### 4.3 O acesso aos direitos dos usuários na saúde



*Gráfico 5 - Facilidade de acesso à informação*

Quanto à facilidade de acesso à informação observamos que 92% dos usuários tiveram esse acesso.

De acordo com o segundo princípio da Carta dos Direitos dos Usuários de Saúde (2006, p. 5) que assegura ao cidadão o tratamento adequado e efetivo para seu problema, visando à melhoria da qualidade dos serviços prestados:

As informações sobre o estado de saúde, extensivas aos seus familiares e/ou acompanhantes, de maneira clara, objetiva, respeitosa, compreensível e adaptada à condição cultural, respeitando os limites éticos por parte da equipe de saúde sobre, entre outras.

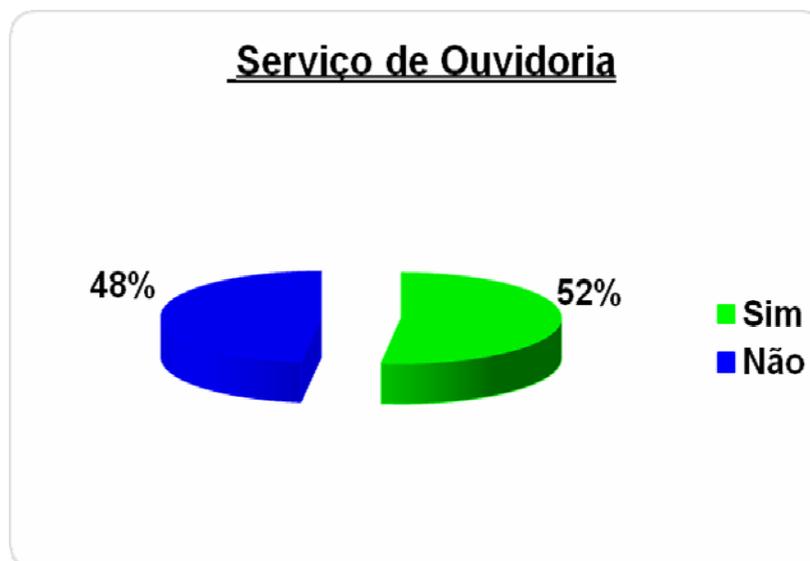
Conforme pontua Medeiros, W. (2006):

(...) é necessário que em algum lugar do hospital estejam concentradas estas informações, pois não há nada mais desagradável, triste, estressante e desumano que a falta de informação para os familiares dos pacientes. Essa falta de informação é um indicador de falta de qualidade no atendimento do hospital e pode ser transformada num

parâmetro para a avaliação do índice de humanização hospitalar.

Ainda de acordo com a Carta dos Direitos dos Usuários (2006, p. 8).

É direito de o usuário ter acesso aos mecanismos de escuta para apresentar sugestões, reclamações e denúncias aos gestores e às gerências das unidades prestadoras de serviços de saúde e às ouvidorias, sendo respeitada a privacidade, o sigilo e a confidencialidade.



*Gráfico 6- Serviço de Ouvidoria*

Com relação ao mecanismo de escuta ou ouvidoria, 52% dos usuários afirmaram terem recebido informações referentes ao setor, enquanto 42% % não tiveram nenhuma informação sobre a ouvidoria, serviço para escuta dos usuários. A Lei 10.294, que dispõe sobre os direitos do usuário o “Serviço de Ouvidoria”.

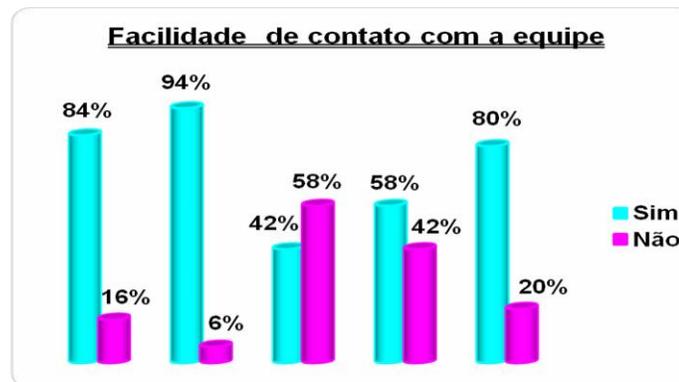
O guia do Direito a Saúde (IDEC, 2006 p. 10) prevê que as instituições de saúde.

Ter um mecanismo eficaz de apresentar sugestões, reclamações e denúncias sobre prestação de serviços de saúde inadequados e cobranças ilegais, por meio de instrumentos apropriados, seja no sistema público, conveniado ou privado.

(IEC, 2006 p. 10)

Humanizar é garantir à palavra a sua dignidade ética, para que o sofrimento humano e as percepções de dor ou de prazer no corpo sejam humanizadas, é preciso tanto que as palavras expressas pelo sujeito sejam entendidas pelo outro quanto que este ouça do outro palavras de seu conhecimento. Pois sem comunicação não há humanização, esta depende da capacidade de falar e ouvir. Com o passar dos anos, devido à necessidade de mudança nas políticas de saúde, muitos projetos de humanização vêm sendo desenvolvidos; são propostas que colocam em destaque o respeito à diferença, a valorização do protagonismo dos sujeitos e a centralidade do diálogo entre profissionais de saúde e pacientes.

A satisfação do usuário com o atendimento, determinando a escolha do serviço e estabelecendo, freqüentemente, um bom vínculo, confirma-se a necessidade de uma atuação que busque a construção de um vínculo entre usuários e profissionais, com garantia de acesso a ações de saúde pelos usuários, bem como



acolhimento humanizado nos serviços. (Ramos e Lima, 2003).

Gráfico 7-Facilidade de contato

A facilidade para contato com a equipe, observamos gráfico 7 que de acordo com os dados apresentados o índice de facilidade com variação entre as áreas com os quais os contatos foram solicitados, ou seja, de 42% a 94% . O menor índice foi encontrado no setor de psicologia e o maior índice com o setor de enfermagem.

De acordo com Brasil, (2007 p.26)

A opinião dos beneficiários de planos privados de assistência à

saúde é um componente que contribui para avaliar a qualidade dos produtos e serviços de saúde oferecidos, pois a produção desses serviços resulta da interação entre o beneficiário e a operadora do plano de saúde.

De acordo com Brasil, (2007p. 9)

A avaliação da qualidade do setor da Saúde suplementar, pela medição do desempenho das operadoras e da ANS, deve ser capaz de contribuir para a análise da situação do setor e de sua capacidade de produção de saúde, ao mesmo tempo em que deve ter agilidade para indicar as mudanças necessárias, tendo em vista a melhoria dos níveis de saúde da população coberta por planos privados de saúde” (Brasil, 2007p. 9).



Gráfico 8-Satisfação com o atendimento da equipe

Analisando o gráfico 8, referente satisfação sobre o atendimento da equipe com base no 4º princípio dos Direitos dos usuários que assegura ao cidadão o atendimento que respeite os valores e direitos do paciente, visando a preservar sua cidadania durante o tratamento. Constatamos que o índice de satisfação variou de 100% a 54%. Sendo que o maior índice de satisfação se deu com o setor de enfermagem seguido da medicina e do serviço social.

De acordo com Brasil, (2007 p. 9)

A avaliação da qualidade do setor da Saúde suplementar, pela

medição do desempenho das operadoras e da ANS, deve ser capaz de contribuir para a análise da situação do setor e de sua capacidade de produção de saúde, ao mesmo tempo em que deve ter agilidade para indicar as mudanças necessárias, tendo em vista a melhoria dos níveis de saúde da população coberta por planos privados de saúde. (Brasil, 2007 p.9).

As informações fornecidas pelos usuários são imprescindíveis quando transformadas em indicadores que estabelecem metas para o bem-estar da população. Eles identificam e dirigem a atenção para assuntos específicos a serem avaliados e são pontos importantes na condução de outros processos, de avaliação dos serviços.

Alguns indicadores são levantados na literatura (Pesquisa 2008) para melhor avaliar a satisfação dos usuários como: confiabilidade do serviço e pontualidade na execução dos mesmos, capacitação técnica, cortesia no atendimento, acessibilidade, eficiência na resolução de problemas, agilidade na resposta e clareza nas informações prestadas.

A avaliação em saúde tem como pressuposto a avaliação da eficiência, eficácia e efetividade das estruturas, processos e resultados relacionados ao risco, acesso e satisfação dos cidadãos frente aos serviços públicos de saúde, na busca da resolutividade e qualidade (Brasil 2004a p. 5).

Chiavenato (1981) aponta um dos objetivos fundamentais da avaliação: fornecer oportunidades de crescimento e condições de efetiva participação a todos os membros da organização.

Torna-se, portanto, necessário se empenhar no levantamento de informações para a avaliação da satisfação dos usuários, imprescindível para a construção de uma base sólida na tomada de decisões, no que tange o fazer profissional, que depende de sua formação e possibilidade de capacitação constante.



**Gráfico 9 – Opinião sobre atendimento da equipe**

Os dados do gráfico 9 referem-se à garantia da qualidade dos serviços prestados abrangendo: Identificação dos profissionais, confiança/ segurança na equipe, privacidade e confidencialidade e prontidão no atendimento.

Quanto à identificação dos profissionais, 88% dos usuários, souberam identificar os profissionais que os atenderam. De acordo com o Guia do Direito a Saúde ( IDEC, 2006, p.8) os usuários terão seus direitos garantidos.

Identificar as pessoas responsáveis direta e indiretamente por sua assistência, por meio de crachás visíveis, legíveis e que contenham o nome completo, a profissão e o cargo do profissional, assim como o nome da instituição.

Como é exigido pela PNH (2004, p. 21), - todo usuário do SUS saberá quem são os profissionais que cuidam de sua saúde os serviços de saúde se responsabilizarão por sua referência territorial.

Dentre os pesquisados, 86% dos usuários tiveram atendimento sem preconceito e/ou privilégio, como ressalta nos Direitos dos Usuários do SUS em seu segundo e terceiro princípios, onde esclarecem que:

Faz referência à necessidade de um atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação (preconceito de raça, cor, idade ou orientação sexual, estado de saúde ou nível social). (Brasil, 2004, p.21)

O Guia do direito á saúde (IDEC, 2006 p.10) garante também:

Não ser discriminado nem sofrer restrição ou negação de atendimento, nas ações e serviços de saúde, em função da idade, raça, gênero, orientação sexual, características genéticas, condições sociais ou econômicas, convicções culturais, políticas ou religiosas, do estado de saúde ou da condição de portador de patologia, deficiência ou lesão preexistente. (IDEC, 2006 p.10)

Os resultados demonstram que 84% dos usuários obtiveram prontidão no atendimento as suas necessidades.

Constatou-se, que a relação usuário-profissional de saúde que se estabelece e, em especial, as perguntas que o usuário se encoraja a fazer, as respostas que obtém ou esclarecimentos e orientações espontâneas que lhe são dadas, especialmente quando levado em conta seu modo de vida, conferem-lhe a segurança necessária para enfrentar eventuais dúvidas e dificuldades e aumentam a relação de confiança já existente. (Ramos e Lima , 2003)

Quanto à confiança/segurança na equipe os dados revelaram que 94% dos usuários estão satisfeitos quanto á este aspecto,

Ser atendido, com atenção e respeito, de forma personalizada e com continuidade, em local e ambiente digno, limpo, seguro e adequado para o atendimento.

Os dados encontrados reforçam que na construção de um serviço humanizado é preciso transitar, constantemente, de uma forma a outra. Trocar velhos modelos por novos hábitos, exercer a criatividade, a reflexão coletiva, o agir comunicativo, a participação democrática na busca de soluções que sejam úteis para cada realidade singular. A humanização da assistência à saúde envolve, necessariamente, o trabalho conjunto de diferentes profissionais, em todos os níveis de atendimento (dos profissionais de primeiro contato à alta direção).

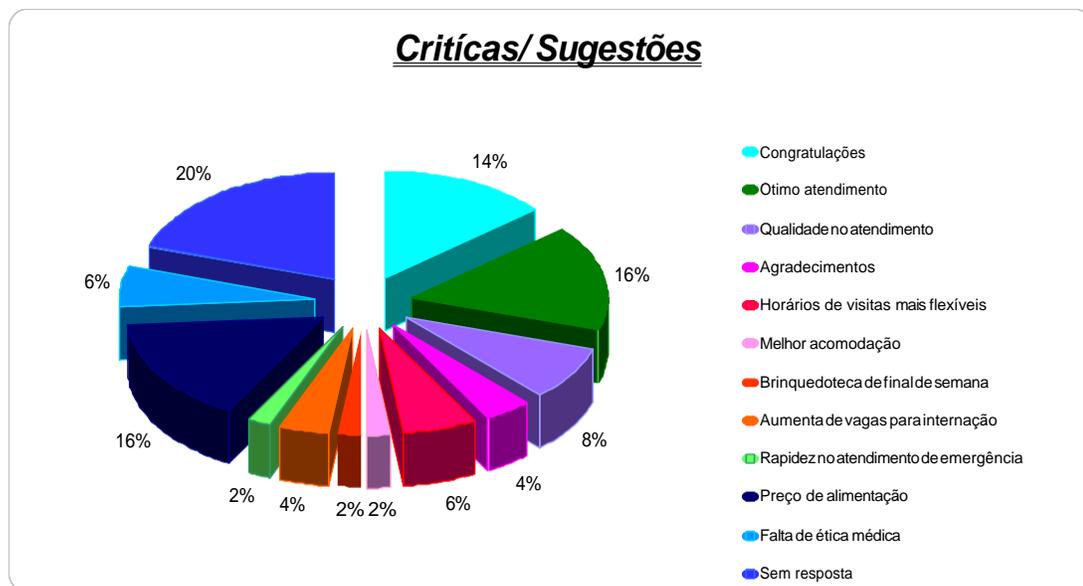
O trabalho humanizado pressupõe o debate sobre a vida institucional, suas dificuldades, angústias frente ao mundo do trabalho e metas a serem alcançadas; presume que os trabalhadores participem de alguma maneira na tomada de decisões, na definição das tarefas e na construção de projetos que lhes digam

respeito.

#### 4.4 Pontos críticos no atendimento

Dos usuários que responderam a questão, as queixas identificadas foram no preço da alimentação (16%), falta de ética médica (6%), horário de visita flexível (6%), melhor acomodação (2%), brinquedoteca no final de semana (2%) e aumento de vagas para internação (2%).

Paralelamente a esses pontos críticos, facilidades durante o processo de internação foram relatadas conforme os depoimentos que se segue, de acordo com a categorização – Ótimo atendimento (16%), Congratulações (14%), Qualidade de atendimento (8%), agradecimentos (4%). Rapidez de atendimento de emergência (4%)



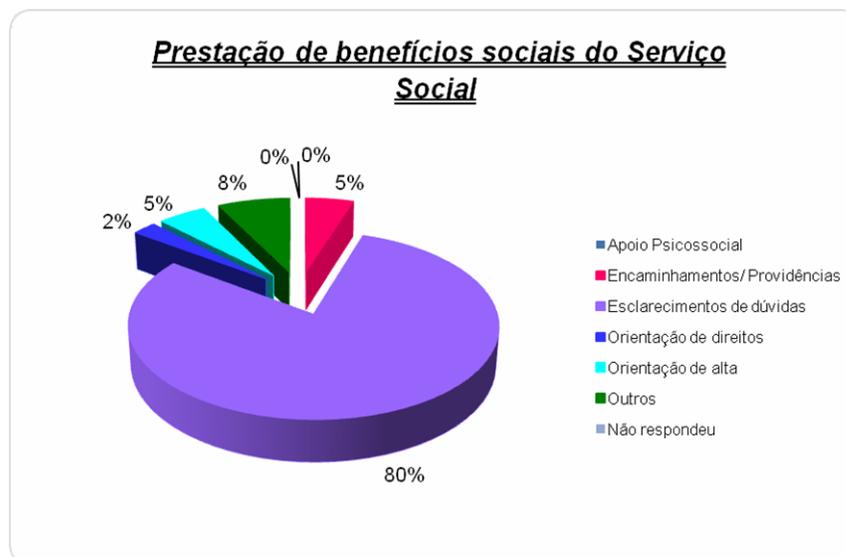
*Gráfico 10-Críticas e Sugestões*

Observamos que os usuários do Hospital Unimed de Bauru, estão satisfeitos com os serviços prestados, sendo que temos insípidas críticas e muitas sugestões para melhorar os atendimentos já prestados. Portanto, esses pontos servem de subsídios para uma reflexão e intervenção. O acolhimento não se esgota na recepção do usuário, devem permanecer nos demais encontros que ocorrem durante

a sua permanência no serviço de saúde. Neste contexto o assistente social além das demandas existentes no âmbito hospitalar, também desenvolve ações de humanização como veremos a seguir.

#### **4.5 O envolvimento do Serviço Social no desenvolvimento das ações humanizadas**

O assistente social é o profissional que detém o papel de articulador e, para isso, necessita utilizar a linguagem e o conhecimento, “tanto das razões que levam o usuário e/ou sua família a ter determinado comportamento, quanto das razões técnicas básicas que levaram o médico/equipe de saúde a optar por uma determinada terapêutica” (Costa: 2000 p. 53).



**Gráfico 11-Prestação de benefícios do Serviço Social**

Analisando o gráfico 11 constatamos que a os usuários em sua grande maioria procuram o Serviço Social para esclarecimentos de duvidas, orientação de alta, encaminhamento e providencias. O Serviço Social está inserido na saúde para promover recuperação e promoção da mesma. Verificamos nos resultados nas pesquisas que à equipe de Serviço Social busca intervir junto à população usuária pautando-se nesses princípios gerais e considera pertinente e fundamental a prática educativa nesse espaço de atuação, visto que se deseja a melhoria da qualidade dos

serviços prestados à população usuária.

As demandas do assistente social são as mais diversas, por isso é importante atentar para que não fique em uma rotina esvaziada de conteúdo teórico-reflexivo. É necessário que o fazer profissional seja qualitativo, onde haja permanente reflexão sobre a prática, tentando, apreender a totalidade da realidade institucional e também dos usuários.

Segundo Costa 2000 p. 54

É importante que o assistente social tenha “um relativo domínio do discurso médico, que o habilita a explicar alguns procedimentos terapêuticos de caráter complementar/auxiliar e cuidados a serem tomados durante o tratamento” (COSTA: 2000 p. 54).

Também chegam ao serviço social demandas de caráter emergencial, tais como: “(...) providenciar transporte, marcação de exames e consultas extras, mobilização de recursos assistenciais” (Costa: 2000, p. 56).

Para que o assistente social seja visto como um profissional que negocia, isto é, um articulador, não pode fazer dessa atividade algo burocratizado, como um mero marcador de exames, mas fazer com que essa atividade tenha visibilidade na instituição.

Neste contexto, podemos observar que o assistente social trabalha com uma grande variedade de demandas que podem ser tanto institucionais, quanto dos próprios profissionais, como dos usuários.

O assistente social, segundo Costa, “cumpre papel particular de buscar estabelecer o elo ‘perdido’, quebrado pela burocratização das ações, tanto internamente entre os níveis de prestação de saúde, quanto, sobretudo, entre as políticas de saúde e as demais políticas sociais e/ou setoriais” (COSTA: 2000 p. 62-63).

A humanização é parte integrante do fazer profissional do assistente social, em todos os campos, mesmo sem uma precisão conceitual.

#### **4.6 Ações humanizadas do setor privado: Unimed Bauru**

Diante do exposto nos resultados encontrados na pesquisa, verificamos a

importância da equipe na construção de ações de humanização em hospitais, pois envolve essencialmente o trabalho conjunto de diferentes profissionais, de toda a equipe. O trabalho interdisciplinar pode favorecer a uma multiplicidade de enfoques e alternativas para a compreensão de aspectos que estão envolvidos no atendimento ao paciente. Isto tudo pode colaborar para o estabelecimento de uma nova cultura de respeito e valorização da vida humana no atendimento ao usuário.

As ações de humanização englobam muitas e diversificadas práticas profissionais que vêm sendo introduzidas no tratamento de pessoas, práticas essas que passam pelo sentimento, pelo respeito, pela escuta e outros.

Humanização, como espaço ético, requer, então, o fomento de relações profissionais saudáveis, de respeito pelo diferente, de investimento na formação humana dos sujeitos que integram as instituições, além do reconhecimento dos limites profissionais.

O verdadeiro cuidado humano prima pela ética, enquanto elemento impulsionador das ações e intervenções pessoais e profissionais, constituindo a base do processo de humanização.

Quando se define a humanização hospitalar como expressão da ética, a filosofia da instituição necessita convergir para a construção de estratégias que contribuam para a humanização do/no trabalho, mediante o estímulo à participação e à comunicação efetiva, com qualidade em todas as suas dimensões: na relação da administração com os trabalhadores, dos trabalhadores entre si e desses com os pacientes.

Por conseqüência, faz-se necessário incentivar a horizontalidade nas relações, pautada na liberdade de ser, pensar, falar, divergir, propor. É imprescindível reconhecer, ainda, que o exercício da autonomia, ou seja, a relação sujeito-sujeito, não é um valor absoluto, mas um valor que dignifica tanto a pessoa que cuida quanto a que está sob cuidado profissional.

Portanto, para implementar um processo de humanização no campo interdisciplinar da saúde, fundamentado na ética, implica o resgate da dimensão humana das/nas relações de trabalho e a sua permanente problematização.

A ética pode contribuir significativamente para a humanização do ambiente hospitalar, para práticas que respeitem a condição de sujeito dos seres humanos, sejam cuidadores, sejam seres sob cuidado profissional, sua dignidade,

valores, direitos, deveres.

Segundo Backes et al (2005, p. 134).

A humanização hospitalar como expressão da ética requer, em suma, a prévia formulação de políticas organizacionais e sociais justas que considerem os seres humanos e seus direitos. Isso significa valorizar a humanidade no trabalhador, favorecendo o desenvolvimento de sua sensibilidade e competência, com mudanças nas práticas profissionais, de modo a reconhecer a singularidade dos pacientes, encontrando, junto a eles, estratégias que facilitem a compreensão e o enfrentamento do momento vivido.

A humanização é entendida como valorização dos diferentes sujeitos implicada no processo de produção de saúde, incluídos, portanto, usuários, trabalhadores e gestores. Ainda contempla direcionamentos em torno da autonomia e protagonismo dos sujeitos, co-responsabilidade destes na produção da saúde, estabelecimento de vínculos e gestão participativa, identificação das necessidades sociais e coletivas, valorização dos trabalhadores, das relações sociais estabelecidas no seu espaço e a melhoria das condições de trabalho.

## **5 CONCLUSÃO**

Considerando a análise dos resultados deste estudo sobre a “Humanização Hospitalar” apresentamos com base nas respostas dos usuários as conclusões que seguem.

### **Quanto ao Perfil dos usuários**

Os usuários pesquisados são procedentes da cidade de Bauru, seguido de cidades da região, a idade dos usuários, concentra-se em duas faixas etárias sendo de 41 a 50 anos e acima de 80 anos. Os usuários possuem o ensino médio.

### **Quanto à concepção de humanização dos usuários e profissionais**

Constatamos que os usuários do HUB conceituam a humanização hospitalar como atendimento diferenciado, a atenção e respeito e tratamento delicado.

### **Com relação ao acesso aos direitos dos usuários na saúde**

Os usuários revelaram que tiveram facilidade de acesso às informações e

também sobre o mecanismo de escuta ou ouvidoria. A facilidade para contato com a equipe variou entre as áreas com os quais os contatos foram solicitados. O índice de satisfação com a equipe variou de 100% a 54%. Sendo que o maior índice de satisfação se deu com o setor de enfermagem seguido da medicina e do serviço social. Quanto à garantia da qualidade dos serviços prestados, todos os usuários referem-se satisfeito com a identificação dos profissionais, com a confiança/segurança na equipe, com a privacidade e confidencialidade e com a prontidão no atendimento.

### **Pontos críticos no atendimento**

Consideramos como pontos críticos as queixas dos usuários referentes ao processo de internação. Nesse sentido identificamos a queixa dos usuários quanto ao preço da alimentação, falta de ética médica, horário de visita flexível, melhor acomodação, brinquedoteca no final de semana e aumento de vagas para internação. Esses pontos servem de subsídios para uma reflexão e intervenção.

Paralelamente a esses pontos críticos, facilidades durante o processo de internação foram relatadas no que diz respeito a ótimo atendimento, congratulações, qualidade de atendimento, agradecimentos e rapidez de atendimento de emergência.

No que diz respeito à humanização hospitalar durante o processo de internação, concluímos que o atendimento no HUB é humanizado, apesar de algumas respostas revelarem a necessidade do aprimoramento e ampliação das ações de humanização.

### **Ações humanizadas do setor privado: Unimed Bauru**

Identificamos com base na carta dos direitos dos usuários da Saúde e também no guia do direito à saúde que envolve o – Sistema Público de Saúde (SUS), medicamentos e planos de saúde que o Hospital Unimed Bauru vem respondendo as ações humanizadas e satisfazendo aos seus usuários. Notamos que em todas as ações de humanização o HUB foi considerado

Quanto aos princípios da PNH observamos que esses vão de encontro com os ditames do código de ética do Serviço Social.

### **O envolvimento do Serviço Social no desenvolvimento das ações humanizadas**

Identificamos que dentre os usuários que informaram procurar o Serviço Social, a maior concentração ocorreu para esclarecimentos de dúvidas e todos

tiveram suas solicitações atendidas. Neste contexto apresentado, o Serviço Social ratifica seu papel de facilitador no acesso dos usuários os seus direitos.

Vale destacar que o Serviço Social do HUB, ao desenvolver sua prática profissional, buscou um compromisso ético político com a população usuária, a fim de garantir a defesa e a efetivação de seus direitos sociais.

Diante do exposto acima concluímos que as ações de humanização no HUB estão sendo implementadas, percebidas e executadas pelos profissionais e reconhecidas pelos usuários. No entanto sugestões foram dadas com intuito de ampliar essas ações como forma de garantir a efetivação da humanização hospitalar.

Como sugestão vemos que o Serviço Social precisa de maior apoio por parte da Diretoria e autonomia para realizar suas ações, sendo que este tem competência técnica e teórica para fazer a leitura da realidade social do usuário , e autonomia para realização de projetos de melhorias de humanização do HUB, sendo que estes muitas vezes são barrados por falta de verbas. Outra sugestão seria a ampliação do quadro de funcionários, para que o serviço seja efetivamente humanizado, o ideal também seria uma sala de atendimento reservada para maior privacidade dos atendimentos, apesar de todos os usuários alegarem que o atendimento ocorre com privacidade, deveria ter uma sala mais ampla e arejada para que este serviço ocorra ainda melhor.

## REFERÊNCIAS

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: Hospital de Clínicas da Unicamp, vol. VI nº6, maio. 2007.

BAHIA, L. **O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: tendências pós-regulamentação**. In: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos. Oficina DIPRO/GGTAP. *Imaginando e Operando a Gestão da Atenção no Âmbito da Saúde Suplementar: textos de Apoio*. Rio de Janeiro, 2002. In: Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil) Programa de qualificação da saúde suplementar: -- Rio de Janeiro: ANS, 2007.

BARROS AJS, LEHFELD NAS. **Fundamentos de metodologia científica: um guia para a iniciação científica**. São Paulo: Makron Books; 2000.

Bosi MLM, Uchimura KY. **Avaliação qualitativa de programas de saúde:** contribuições para proposta metodológicas centradas na integralidade e na humanização In: Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes*. Petrópolis: Vozes; 2006. p. 87-117.

BRASIL. Ministério da saúde. **Lei Orgânica da Saúde**. Lei n. 8142 de 28 de dezembro de 1990. Disponível em < <http://siops.datasus.gov.br>>. Acesso em 27 abr. 2008.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as **condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes** e dá outras providências [*online*] 19 set 1990 [Consultado em 1 jul 2008]; Disponível: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf> 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. PNASS: Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde, edição 2004/2005. Brasília: Ministério da Saúde, 2004 [*online*] [Consultados em 8 out 2008] 2008; [250 telas]. Disponível:

[http://www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq\\_638\\_ManualAdoProgramaANacionaldeAAvaliacaoAdeServicosAdeASaudeA.APNASS.pdf](http://www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq_638_ManualAdoProgramaANacionaldeAAvaliacaoAdeServicosAdeASaudeA.APNASS.pdf)

BRASIL Agência Nacional de Saúde Suplementar, Programa de qualificação da saúde suplementar: -- Rio de Janeiro: ANS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde / Ministério da Saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série E. Legislação de Saúde)

**BRASIL. Política Nacional de Humanização:** documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2 ed, 2004.

Brasil 2000a. *Lei 9.661*. Dispõe sobre a criação da ANS

Brasil 1998. *Lei 9.656*. Dispõe sobre os Planos de Assistência à Saúde. Brasília

Brasil. Código de ética do assistente social: Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social; 1997.

**BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil.** Promulgada em 05 de out. de 1988. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado, 1988.

BRAVO, M.I e MATOS, M.C. **Projeto ético-político do serviço social e sua relação com a reforma sanitária: elementos para o debate.** In: MOTA A.E. Serviço social e saúde: Formação e trabalho profissional Cortez, 2006.

CARTILHA do SUS. **Instituto de Convivência e de Recriação do Espaço Social:** Brasília, 2008. Disponível em <<http://www.inverso.org.br>>. Acesso em: 23 de abr 2008.

CFESS – Código de ética

Chiavenato I. **Administração em recursos humanos.** 2a. ed. São Paulo:Atlas; 1981. v. 3.

CHIZZOTTI A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais.** São Paulo: Cortez; 1998. p.51-87.

COSTA, M. D. H. **Os elos invisíveis do processo de trabalho em saúde:** um estudo sobre as particularidades do trabalho dos assistentes sociais nos serviços públicos de saúde nos anos 90 em Natal (RN). Recife: UFPE (Dissertação de Mestrado), 1998. (mimeo). In: Mota A.E. Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional, 2006, Cortez.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. **O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais.** In: Serviço Social e Sociedade. n. 62. São Paulo: Cortez, março/2000.

FONTANA ROC, SOUZA GCF, DIAS ELF, SOUZA E. **Humanização no tratamento oncológico,** um novo desafio para a equipe multidisciplinar do ambulatório de oncologia do HC/UNICAMP. In: *Anais do 2º Simpósio de serviço social em saúde:* Novas demandas sociais, posicionamento das Instituições e o Serviço Social; 1998 10-11 set; São Paulo, Brasil. São Paulo: Universidade de São

RIPE – Revista do Instituto de Pesquisas e Estudos: Construindo o Serviço Social, Bauru, v.10, n. 17, p. 01-55, jan/jun.2006.  
DAL'EVEDOVE, Altina Franco de Mendonça; MOTA, Ariane Fiorentino; CUSTÓDIO, Silvana Aparecida Maziero,  
Humanização Hospitalar.

Paulo; 1998. p.45.

FURTADO, J.P. Avaliação para o conhecimento e transformação. In: Bosi, M.L.M., Mercado F.J. Organizadores. **Avaliação qualitativa de programas de saúde enfoques emergentes**. Petrópolis: Vozes, 2006.

Frossard A, Matos M. Algumas reflexões sobre a prática profissional do assistente social na saúde. In: 9º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais; 1998. Goiânia: Brasil. p.119-22.

GUIA do direito à saúde. **Sistema público de saúde (SUS), medicamentos e planos de saúde**: São Paulo, 2008. Acesso em: 20 maio 2008. Disponível em: <[http://www.idec.org.br/arquivos/guia\\_direito\\_saude.doc](http://www.idec.org.br/arquivos/guia_direito_saude.doc)>.

GUIA de direitos: **SUS Sistema Único de Saúde**. São Paulo, 2008. Acesso em: 03 maio 2008. Disponível em: <<http://nev.incubadora.fapesp.br/portal/saude/sus>>

IAMAMOTO, M.V. O trabalho profissional na contemporaneidade. In: \_\_\_\_\_.  
**O serviço social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 4 ed. São Paulo: Cortez.

INSTITUTO Brasileiro de Geografia. **PERFIL dos municípios brasileiros**. Brasil, 2008. Acesso em 10 abr 2008. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/perfilmunic/default.shtm>>.

IBGE 2000. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Acesso e utilização de serviços de saúde 1998*. Ministério do Planejamento. Brasil. Rio de Janeiro.

JORGE, A.O. **A gestão hospitalar sob a perspectiva da micropolítica do trabalho vivo**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2002. In Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil) Programa de qualificação da saúde suplementar: -- Rio de Janeiro : ANS, 2007.

LEGISLAÇÃO Brasileira para o Serviço Social: **coletânea de Leis, decretos e regulamentos para instrumentação da (o) Assistente Social**. São Paulo: O Conselho, 2004.

MALTA D.C; CECÍLIO L.C.O; MERHY E. E; FRANCOT. B.; JORGE A.O; COSTA

M.A. **Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais** Ciênc. saúde coletiva vol.9 no. 2 Rio de Janeiro Apr./June 2004 acesso em 28 de set 2008 Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232004000200019&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232004000200019&script=sci_arttext&tlng=pt)

MALTA DC. **Buscando novas modelagens em saúde, as contribuições do**

**Projeto Vida e Acolhimento para a mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993-1996.** Tese de doutorado. Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, Campinas. 2001

MARTINELLI, M. L. **Pesquisa Qualitativa:** Um instigante desafio. São Paulo: Veras. 1999.

MARTINELLI, M.L. O exercício profissional do assistente social na área da saúde: algumas reflexões éticas. IN.: **Serviço Social e Saúde.** Campinas, v.6, n.6. Anual, 2007.

MATOS, M.C. O debate do Serviço Social na saúde nos anos 90. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 74, 2003.

MINAYO MCS. **Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social.** In: Minayo MCS, organizadora. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 7a ed. Petrópolis: Vozes; 1994. p. 22-3.

NAÇÕES Unidas no Brasil. **Declaração universal dos direitos humanos.** Brasil, 2008. Disponível em: < [http://www.onu-brasil.org.br/documentos\\_direitoshumanos.php](http://www.onu-brasil.org.br/documentos_direitoshumanos.php)>. Acesso em: 11 Maio 2008.

PESSINI, L. & BERTACHINI, L. (2004). **Humanização e Cuidados Paliativos.** São Paulo: Loyola.

Ramos D.D; Lima, M.A.D.S **Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre,** Rio Grande do Sul, Brasil Cad. Saúde Pública vol.19 no.1 Rio de Janeiro Jan./Feb. 2003. Acesso em 23 de outubro disponível em [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2003000100004](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000100004)

RODRIGUES, M.L. Elucidação de alguns conceitos básicos: prática profissional e dinâmica da ação. In: RODRIGUES, M.L. **Ações e interlocuções: estudos sobre a prática profissional do assistente social.** São Paulo: Veras, 1999.

Santos CR, Toledo NN, Silva SC. Humanização em unidade de terapia intensiva: paciente-equipe de enfermagem-família. *Nursing* 1999; 2:26-9.

SOUZA, R.O. **Serviço Social na Saúde:** Contribuições políticas e profissionais ao exercício do controle Social. Rio de Janeiro: ESS-UFRJ (Dissertação de Mestrado), 2001 (mimeo). In: Mota A.E. Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional, 2006, Cortez.

TRIVIÑOS ANS. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas; 1995.

UNGLERT, C. V. S., 1995. Territorialização em sistemas de saúde. In: *Distrito*

RIPE – Revista do Instituto de Pesquisas e Estudos: Construindo o Serviço Social, Bauru, v.10, n. 17, p. 01-55, jan/jun.2006.  
DAL'EVEDOVE, Altina Franco de Mendonça; MOTA, Ariane Fiorentino; CUSTÓDIO, Silvana Aparecida Maziero,  
Humanização Hospitalar.

*Sanitário* (E. V. Mendes, org.), pp. 221-235, São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO

**VASCONCELOS, A.M. A prática do Serviço Social. Cotidiano, formação e alternativas na área da saúde.** São Paulo: Cortez, 2002. In: Mota A.E. Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional, 2006, Cortez.

**VASCONCELOS, A.M. Tendências da prática profissional do Assistente Social na atenção à Saúde no município do Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro: ESS-UFRJ (Tese de doutoramento), 1999 (mimeo). In: Mota A.E. Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional, 2006, Cortez.