


HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR SOB A PERSPECTIVA DO ASSISTENTE SOCIAL

 <https://doi.org/10.56238/arev7n4-220>

Data de submissão: 18/03/2025

Data de publicação: 18/04/2025

Emanuele Ariana Bona

Mestranda em Administração

Instituição: Atitus Educação

E-mail: manubonasubtil@gmail.com

ORCID: 0009/0006-0532-5228

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2697799173267238>

Katiusciane Helizana de Sousa Queiroz

Pós-graduanda em Assistência Social e Saúde Pública

Instituição: Faculdade de Minas

E-mail: katiuscianequeiroz@gmail.com

Maria Edileuza de Jesus Mattos

Graduada em Serviço Social

Instituição: Universidade Tiradentes-UNIT

E-mail: edileuzadejesus02@hotmail.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4411125053311535>

Jolene da Cunha Pacheco Cruz

Pós-graduada em Educação Especial e Inclusiva

Instituição: Escola Superior da Amazônia-ESAMAZ

E-mail: jolene_as@outlook.com

Mônata Francini Constantino

Pós-graduada em Políticas e Gestão de Serviço Social

Instituição: Centro Universitário Leonardo Da Vinci (Uniasselvi)

E-mail: monata.fc@gmail.com

ORCID: 0009-0004-7377-3597

Lattes: 3413117918990505

Elainy Krishna Sampaio Santiago

Pós-graduada em Educação em Saúde para Preceptores do SUS

Instituição: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa

E-mail: elainykrishna@hotmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-0661-4846>

Lattes: <https://lattes.cnpq.br/7815509660588802>

Katlen Caroline Nazaré Furtado

Mestranda em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia

Instituição: Universidade Federal do Amazonas

E-mail: a3katlen@gmail.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6553257381715835>

Maria Nazaré Lopes Baracho

Doutoranda em odontologia

Instituição: Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM)

E-mail: nazare.baracho@ufvjm.edu.br

ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-0255-52>

RESUMO

A humanização na assistência hospitalar é um tema amplo e complexo, mas de fundamental importância na atualidade, uma vez que se presencia um tempo de relações interpessoais mais frágeis e superficiais, reforçada pela valorização dos avanços científicos e tecnológicos na área da saúde. Esta pesquisa teve como objeto identificar a percepção do Assistente Social no processo de Humanização no ambiente hospitalar, na cidade de Passo Fundo, Rio Grande do Sul. A contribuição deste estudo versa sobre identificar os conhecimentos das principais características deste processo, identificando as contribuições e dificuldades encontradas pelo profissional Assistente Social no âmbito hospitalar. Para tanto, foi realizada uma pesquisa exploratória e qualitativa, que possibilitou identificar o processo de humanização hospitalar na visão deste profissional, além de ser uma pesquisa qualitativa, sendo os dados coletados através de entrevistas semiestruturadas, visando o aprofundamento da realidade analisada. Segundo relatado pelos entrevistados, os profissionais de serviço social precisam desenvolver um papel articulador, principalmente no processo de humanização dentro dos hospitais, agindo de forma articulada com as redes e os diversos profissionais inseridos nesse âmbito. As estratégias e possibilidades de trabalho guiam-se pelo aperfeiçoamento e busca pela melhoria no atendimento, na sua forma mais ampla, mas também visa o cuidado e o reconhecimento das particularidades dos seus usuários.

Palavras-chave: Assistente Social. Humanização. Hospital.

1 INTRODUÇÃO

A temática da humanização tem adquirido, nas últimas décadas, um espaço cada vez mais significativo nas reflexões teóricas e nas práticas profissionais no setor da saúde. Em um contexto caracterizado por avanços tecnológicos e científicos, emerge a necessidade de resgatar valores éticos e humanos nas relações estabelecidas entre os profissionais de saúde, os usuários e os gestores dos serviços. Nesse cenário, a humanização é considerada uma estratégia essencial para aprimorar tanto a atenção quanto a gestão dos serviços de saúde, promovendo a escuta ativa, o acolhimento e o respeito à dignidade humana (Oliveira, 2019).

A consolidação da Política Nacional de Humanização (PNH), instituída pelo Ministério da Saúde em 2004, enfatizou a relevância da sensibilidade, do vínculo e da corresponsabilidade como pilares da assistência, evidenciando o papel central dos profissionais de saúde na construção de práticas mais humanas e integradoras. Esta política propõe uma nova lógica de cuidado centrada no sujeito e na valorização dos trabalhadores da saúde, configurando-se como um marco para a reconfiguração das práticas institucionais em saúde pública no Brasil (Brasil, 2004; Ayres apud Jung, 2007).

No entanto, a ênfase excessiva na técnica e na objetivação do corpo nos processos diagnósticos e terapêuticos frequentemente resulta na despersonalização do cuidado. Como alertam Baches, Filho e Lunardi (2006), a doença passou a ser tratada como um objeto isolado do sujeito que a vivência, gerando uma ruptura entre o saber técnico-científico e a experiência humana da enfermidade. Essa dissociação evidencia uma lacuna entre os avanços biomédicos e a integralidade do cuidado, comprometendo o direito dos usuários à atenção digna, ética e humanizada.

Ademais, a precarização das condições de trabalho dos profissionais da saúde, especialmente aqueles que atuam nos serviços públicos, juntamente com a sobrecarga de atendimentos, a escassez de recursos humanos e materiais e a fragilidade na gestão dos serviços, tem agravado as dificuldades em operacionalizar os princípios da humanização no cotidiano hospitalar. Esses fatores impactam diretamente na qualidade do atendimento e nas possibilidades de construção de vínculos entre profissionais e pacientes (Damasceno, 2022).

Diante desse panorama, é crucial investigar como o conceito de humanização vem sendo compreendido e efetivado nas instituições de saúde, particularmente no âmbito hospitalar, onde predominam práticas fragmentadas e tecnicistas. Nesse contexto, destaca-se o papel do Assistente Social, profissional que tem contribuído significativamente para a efetivação de políticas públicas e para a garantia dos direitos sociais dos usuários, atuando como mediador entre as demandas sociais e institucionais (Oliveira, 2019).

O Serviço Social, orientado por seu projeto ético-político e pelos princípios da reforma sanitária, assume a humanização como um campo de atuação estratégica. Sob essa perspectiva, o Assistente Social busca incorporar ao processo de trabalho uma visão crítica comprometida com a defesa da vida, da equidade e da cidadania, propondo intervenções que transcendem os aspectos burocráticos e contribuem para a transformação das práticas institucionais (Oliveira, 2019).

Nesse sentido, torna-se imprescindível compreender as múltiplas concepções de humanização que coexistem no ambiente hospitalar, considerando que essas concepções refletem distintas matrizes teóricas, políticas e éticas. Para o Assistente Social, essa compreensão é fundamental, uma vez que suas ações devem articular os princípios da PNH com os direitos sociais e com o compromisso profissional com a justiça social e a equidade (Brasil, 2003; Damasceno, 2022).

Portanto, esta pesquisa tem como objetivo analisar a visão do Assistente Social no processo de humanização hospitalar, identificando como este profissional interpreta e aplica os princípios da Política Nacional de Humanização em sua prática cotidiana, bem como os desafios e potencialidades dessa atuação para construir um cuidado mais ético, solidário e centrado no sujeito.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo são abordados tópicos referentes ao Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar; Política Nacional de Humanização (com subitem Grupo de Trabalho em Humanização); Ações e estratégias humanizadoras e Educação continuada como princípio da humanização Hospitalar.

2.1 PROGRAMA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

Foi a partir da criação do Programa Nacional de humanização da assistência Hospitalar (PNHAH), no ano de 2000, conforme portaria do ministério da Saúde nº 881/2001, que o termo humanização passou a ganhar maior visibilidade pública, embora já existissem outros programas, projetos e ações de cunho humanizador. Desenvolvido através do trabalho de profissionais da área da saúde mental e apoio do então Ministro da saúde José Serra, este programa também foi uma resposta aos resultados de avaliação referente à pesquisa realizada junto aos usuários dos serviços hospitalares de âmbito público, que revelou a insatisfação e inúmeras queixas no que tange o atendimento prestado (Brasil, 2000).

Na avaliação feita pelos usuários, a maneira como estes estavam sendo atendidos, a capacidade demonstrada pelos profissionais no sentido de identificar suas expectativas e suas necessidades,

tornaram-se mais importantes e relevantes do que a ausência de medicamentos, médicos e a falta de espaço físico (Brasil, 2000).

Iniciou-se o processo de implementação do PNHAH, através de um Projeto-Piloto, implementado em dez hospitais, localizados em diversas regiões do país, e tinha o propósito de impulsionar um sólido processo de humanização dos serviços com vistas a produzir mudanças progressivas, e permanentes na cultura do atendimento de modo a obter subsídios para que o projeto fosse disseminado para os demais hospitais da rede pública de saúde do país (Brasil, 2000).

Conforme relatório do Ministério da Saúde (2002), após cinco meses de experiência na aplicação do projeto-piloto, a resposta obtida foi positiva por parte dos hospitais, com aceitação dos usuários, demonstrando falhas nos serviços prestados, suscitando a necessidade de desenvolver uma nova cultura de atendimento.

De acordo com o PNHAH, existiam três eixos essenciais ao desenvolvimento do processo de humanização que deveriam ser seguidos: gestão participativa, formação dos GTHs e participação na Rede Nacional de Humanização. O programa também propunha cinco passos relevantes neste processo: sensibilizar a gestão hospitalar, fazer o diagnóstico situacional da instituição hospitalar em termos de serviço humanizado, constituir GTHs, elaborar e implementar um plano de ação em humanização e avaliar os resultados do processo de humanização (Brasil, 2000).

2.2 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

Em 2004 as ações em humanização foram reformuladas e unificadas, lançadas pelo Ministério da Saúde a Política Nacional de Humanização (PNH), também conhecida por humaniza SUS. A partir deste momento, a humanização não é mais vista como um programa, mas sim como uma política transversal que se propõe a ultrapassar todos os níveis de ação e atenção do SUS, diferentemente do PNHAH, que estava direcionado à instituição hospitalar, fundamenta-se na construção e troca de saberes, no diálogo entre os trabalhadores, trabalho desenvolvido em equipe e no reconhecimento das necessidades, anseios e interesses dos diferentes atores da área da saúde (Brasil, 2004).

A PNH visa contemplar o atendimento dispensado aos usuários, e, sobretudo as relações entre trabalhadores e gestores, sendo que:

A grande aposta da PNH é a inseparabilidade entre gestão e atenção, entendendo que a gestão dos processos de trabalho em saúde não pode ser considerada como tarefa administrativa separada das práticas de cuidado (Paulon & Elahel, citado por Quintino, 2008, p. 32).

Os princípios que norteiam a PNH são: transversalidade, indissociabilidade entre gestão e atenção, protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos coletivos. As diretrizes

consistem em: clínica ampliada, acolhimento, cogestão, valorização do trabalho e do trabalhador, fomento das grupidades e coletivos, defesa dos direitos dos usuários e construção da memória do SUS que dá certo (Brasil, 2008a).

A implementação da PNH visa consolidar e garantir cinco pontos específicos, são eles: i) Serão reduzidas as filas e o tempo de espera com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco; ii) Todo usuário do SUS saberá quem serão os profissionais que cuidam da sua saúde e os serviços de sua saúde se responsabilizarão por sua referência territorial; iii) As unidades de saúde garantirão as informações ao usuário, o acompanhamento de pessoas de sua rede social e os direitos do Código dos direitos dos usuários; iv) As unidades de saúde garantirão gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários assim como educação permanente aos trabalhadores, na adequação de ambiência e espaços saudáveis e acolhedores de trabalho(...); e, v) Serão implementadas atividades de valorização e cuidado aos trabalhadores em saúde (Brasil, 2008a, p.31).

Dessa forma, espera-se que assim como os resultados esperados e os dispositivos acionados, sejam usados métodos de monitoramento e avaliação dos processos desenvolvidos com uma perspectiva formativa, participativa e emancipatória, como um instrumento de avaliação para garantir assim a efetivação da Política Nacional de Humanização.

2.3 GRUPO DE TRABALHO EM HUMANIZAÇÃO

O GTH é um dispositivo criado pelo PNHAH (Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar) e mantido pela PNH (Política Nacional de Humanização), que possui o objetivo de intervir na melhoria dos processos de trabalho e na qualidade da produção de saúde. Integram este grupo, pessoas interessadas em discutir serviços prestados, a dinâmica das equipes de trabalho, bem como as relações estabelecidas entre trabalhadores da saúde e usuários (Brasil, 2006a).

O GTH tem como objetivo criar um espaço de encontros, proporcionando momentos de reflexões e de compartilhamentos de pensamentos e informações buscando melhorias nas ações voltadas ao atendimento e funcionamentos dos serviços prestados, excelência na atenção e promoção da saúde dos seus usuários, então:

a construção de um grupo de trabalho aproxima as pessoas, possibilita a transformação dos vínculos já instituídos, além de estabelecer um ambiente favorável para compartilhar as tensões do cotidiano, as dificuldades do trabalho, acolher e debater as divergências, os sonhos de mudança e buscar, por meio da análise e da negociação, potencializar propostas inovadoras (Brasil, 2006a, p. 6).

Neste sentido, um grupo de Trabalho de Humanização além de criar, implementar e desenvolver projetos de humanização, deve se constituir num espaço que propicie o desenvolvimento de ações

voltadas para os usuários, e condições de trabalho para os profissionais, fortalecendo espaços de troca de conhecimentos visando a melhoria na qualidade do trabalho desenvolvido, e consequentemente melhores resultados nos serviços prestados aos usuários.

O GTH se faz presente em todas as produções analisadas que abordam esse processo, tais grupos compõem-se de maneira bastante heterogênea e, conforme Brasil (2006a) podem participar do GTH trabalhadores, técnicos, gestores, coordenadores e usuários, enfim, todos aqueles envolvidos na construção de propostas para promover a humanização.

2.4 AÇÕES E ESTRATÉGIAS HUMANIZADORAS

Ao abordar o conceito de humanização na saúde, é possível compreendê-lo a partir de dois eixos interdependentes: as ações dirigidas aos usuários dos serviços de saúde e aquelas destinadas aos profissionais da área. Essa distinção está alinhada com as diretrizes da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH), anteriormente conhecida como Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). A PNH contempla o serviço de saúde sob duas perspectivas complementares: a humanização do atendimento ao público, que se refere ao cuidado com o usuário, e a humanização das condições de trabalho, que abrange o cuidado com os profissionais (BRASIL, 2001, p. 54).

No que diz respeito às ações destinadas aos usuários, o acolhimento se destaca como uma das principais estratégias de humanização. Conforme estabelecido na cartilha da PNH, o acolhimento não se limita a um espaço físico específico ou a um profissional designado, nem a um horário fixo. Trata-se, principalmente, de uma postura ética e relacional fundamentada no compromisso com a escuta atenta, a corresponsabilidade e a resolutividade. Nesse contexto, acolher implica em “abrigar e agasalhar” o outro em suas necessidades, angústias e particularidades, reconhecendo-o como sujeito de direitos e atenção (BRASIL, 2009b, p. 19).

Outra dimensão relevante do processo de humanização refere-se à ambiência. Essa estratégia inclui a adequação dos espaços físicos, como a reorganização do mobiliário, a pintura das paredes e a reestruturação dos ambientes de atendimento. De acordo com a PNH, a ambiência diz respeito ao tratamento dado ao espaço físico considerado como um local de interação social, profissional e relacional que deve promover cuidado, acolhimento e bem-estar tanto para os usuários quanto para os trabalhadores. Assim sendo, abrange não apenas aspectos materiais e arquitetônicos, mas também elementos estéticos e sensoriais que impactam na percepção do cuidado (BRASIL, 2009c).

Embora as melhorias na ambiência beneficiem tanto os profissionais quanto os usuários, é importante ressaltar que elas não devem ser confundidas com o acolhimento. O acolhimento constitui

uma diretriz central da PNH por envolver dimensões éticas, estéticas e políticas. Eticamente, implica reconhecer o outro em sua totalidade e diversidade; esteticamente, exige a criação de estratégias que valorizem a vida e os encontros cotidianos; politicamente, pressupõe um compromisso coletivo com a escuta ativa, o estabelecimento de vínculos e a transformação das relações nos serviços de saúde (BRASIL, 2009a, p. 6).

No que tange às ações de humanização direcionadas aos trabalhadores da saúde, a PNH propõe diretrizes específicas para o contexto hospitalar. Dentre estas destacam-se: a) a implementação de atividades sistemáticas de capacitação e formação continuada que constituam um projeto de educação permanente fundamentado nos princípios da PNH; b) o desenvolvimento de ações que promovam o cuidado com o trabalhador, valorizando sua saúde, bem-estar e qualidade de vida no ambiente laboral (BRASIL, 2006, p. 32).

Para que os profissionais possam desempenhar suas funções com dignidade e comprometimento ético, é imprescindível que sejam tratados com respeito em sua condição humana. Isso requer condições adequadas de trabalho, remuneração justa e reconhecimento por suas iniciativas e contribuições no processo de cuidado (Backes; Filho; Lunardi, 2006). Dessa forma, observa-se que as estratégias voltadas à valorização dos profissionais da saúde são essenciais não apenas para seu bem-estar individual mas também para o aprimoramento da qualidade da assistência prestada. O respeito à dignidade dos trabalhadores reflete diretamente na eficácia das ações de saúde, potencializando práticas mais humanas, acolhedoras e resolutivas.

O indivíduo bem capacitado, respeitado como profissional e como pessoa pela instituição a qual pertence, com espaço para ser ouvido em suas dúvidas, angústias e necessidades, e com condições adequadas às exigências de seu trabalho, está mais apto a atender com eficiência e qualidade (Brasil, 2002, p.50).

Com isso, a saúde e o bem-estar do trabalhador em saúde estão ancorados em uma norma recente, que é a Norma regulamentadora Segurança e Saúde do Trabalhador em Estabelecimentos de Saúde (NR 32), Portaria nº 485, de novembro de 2005, (alterada pela Portaria GM1.748, de 30 de agosto de 2011). A NR 32, referente à Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde tem por finalidade conforme item 32.1.1 estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral.

Neste sentido, a NR 32 tem sido considerada extremamente importante na prevenção e saúde do trabalhador. Se seguida corretamente, tem como objetivo a prevenção de acidentes, e visa uma melhora na qualidade de trabalho com foco na redução de riscos ambientais, físicos e químicos no

ambiente de trabalho. Cada vez mais estão sendo criados mecanismos, leis e normas para garantir e melhorar a qualidade de vida dos trabalhadores em saúde, mas cabe aos gestores incentivarem a educação continuada, criando espaços para diálogos e treinamentos visando a segurança do seu trabalhador.

2.5 EDUCAÇÃO CONTINUADA COMO PRINCÍPIO FUNDAMENTAL À HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR

As mudanças institucionais e os avanços tecnológicos que ocorrem ao longo do tempo fazem crescer a necessidade da capacitação do Profissional de Saúde para atuar dentro desse novo contexto. Na atualidade, faz-se necessário que os profissionais que trabalham com o ser humano, adquiram competências para atendê-lo por meio de conceitos e distinções, em que os profissionais da área da saúde podem e devem focar com profundidade.

Nessa mesma linha, surgem novos paradigmas amparadores dessa necessidade, tanto para os profissionais da área da saúde, como também para os profissionais que atuam na área da educação voltada para área da saúde, buscando formar profissionais na perspectiva dos diversos desdobramentos da ação de educar, garantindo formar profissionais capazes de serem agentes transformadores da realidade.

Segundo Feuerwerker (2007), reflexões críticas sobre a formação em saúde estão presentes na agenda de certos movimentos há praticamente 50 anos. Inicialmente, eram poucas as vezes, hoje, em função de uma série de elementos do contexto político e econômico no âmbito tanto das políticas públicas como do setor privado, há significativos contingentes de professores, estudantes e gestores da saúde envolvidos em iniciativas de mudança.

O conceito de Educação Permanente em Saúde foi adotado para dimensionar esta tarefa, não no prolongamento do tempo ou carreira dos trabalhadores, mas na ampla intimidade entre formação, gestão, atenção e participação nesta área específica de saberes e de práticas, mediante às intercessões promovidas pela educação na saúde (a educação intercede pela saúde, ofertando suas tecnologias construtivistas e de ensino-aprendizagem).

O exercício concreto dessa meta se faz com política pública de maneira inédita no país, a partir da aprovação pelo plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e legitimação na 12ª Conferência Nacional de Saúde (Conferência Sérgio Arouca), da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, apresentada pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges), do Ministério da Saúde (MS), em 2003.

O Ineditismo indiscutível se fez pela formulação concreta de uma política de educação na saúde (termo inexistente até então), superando a programação da capacitação e atualização de recursos humanos; por sua aprovação mediante seis meses de debates públicos e negociações com as instâncias já legitimadas no SUS; pela singular e concreta aproximação interministerial entre Saúde e Educação (primórdios de uma agenda sonhada historicamente, e de viabilização extremamente difícil) e, ainda, pela interposição de uma nova instância/novo dispositivo no SUS (caráter intersetorial, foco temático, âmbito locorregional e estrutura interinstitucional). Criar uma nova instância/novo dispositivo não é um ato formal, mas de construção (Ceccim, 2005, p.1).

Diante desta nova realidade exige-se um novo perfil de profissionais que atuam na área da saúde. Esta realidade em constantes mudanças mostra a necessidade que o profissional da área da saúde demonstre habilidades e competências no "saber fazer" e "fazer bem". Assim o profissional precisa estar preparado para atuar de forma competente diante das diversas realidades que estão presentes no seu cotidiano, de modo que uma formação inicial completa, não é suficiente para suprir as necessidades presentes na prática profissional. Baseada em evidências, os profissionais precisam constantemente atualizar seus conhecimentos científicos, acompanhando as mudanças tecnológicas para poder aprimorar seus conhecimentos na prática, e garantir um atendimento de qualidade na área hospitalar.

Neste sentido, pode-se observar a fundamental importância da educação continuada para melhorar o resultado no atendimento oferecido pelos profissionais da área da saúde no âmbito hospitalar. Cabe então discutir brevemente sobre o fator motivacional que leva esses profissionais a buscarem voluntariamente a atualização de seus conhecimentos e habilidades.

Nessa perspectiva, segundo Ricas (1994, p.12), a educação continuada "englobaria as atividades de ensino após o curso de graduação com qualidades mais restritas de atualização, aquisição de novas informações e/ ou atividades de duração definida através da metodologia tradicional". Já para Nunes (1993), a educação continuada é caracterizada pelas alternativas educacionais não centradas no desenvolvimento de grupos de profissionais, que pode ser através de cursos de caráter complementares, ou por meio de publicações específicas de um determinado campo.

3 METODOLOGIA

A pesquisa pode ser considerada como uma atividade humana que possui o propósito de descobrir respostas para questões significativas, por meio do processo científico. Neste sentido, para Minayo (2000, p. 17), "é a pesquisa que alimenta a atividade do mundo e a atualização frente à realidade do mundo", cita ainda que a metodologia da pesquisa é o caminho do pensamento e a experiência da realidade, considera pesquisa como:

[...]atividade básica das ciências na sua indagação e descoberta da realidade. É uma atitude e uma prática teórica de constante busca que define um processo intrinsecamente inoculado e permanente. É uma atividade de aproximação sucessiva da realidade que nunca se esgota fazendo uma combinação particular entre teoria e dados. A teoria é construída para explicar ou compreender um fenômeno, um processo ou um conjunto de fenômenos e processos. Este conjunto citado constitui o domínio empírico da teoria, pois esta tem sempre um caráter abstrato (Minayo, 200, p.18).

Para que o objetivo da pesquisa fosse cumprido, este estudo implicou numa pesquisa exploratória, perfazendo uma abordagem qualitativa, pois trata de conhecer e compreender as contribuições do assistente social na humanização hospitalar, bem como os limites e desafio desse profissional no âmbito hospitalar. Para Kipnis (2005, p. 62), o interesse central de uma pesquisa qualitativa é “entender como a realidade é construída pelos sujeitos percebidos como atores sociais”.

O público-alvo desta pesquisa foram os profissionais Assistentes Sociais da área da saúde, que atuam no ambiente hospitalar da região de Passo Fundo-RS. A pesquisa ficou restrita a apenas três hospitais da cidade que possuem este profissional. Sendo assim, buscou-se ao máximo contemplar de forma clara o objetivo da pesquisa. Caracterizada a população da pesquisa, foi marcado horário para a realização da entrevista, que foi realizada e gravada pessoalmente pelo pesquisador.

A pesquisa foi dividida em etapas: primeiramente foi feito o levantamento dos hospitais na cidade de Passo Fundo-RS que possuem o profissional Assistente Social, e que trabalham com a Política Nacional de Humanização. A partir dessa análise foi encaminhado um e-mail para essas instituições, com o convite de participação na presente pesquisa. Posteriormente foi marcada a data e hora para a realização da entrevista que foi semiestrutura, e gravada em datas diferentes com os três profissionais convidados. Na sequência foi feito a análise dos dados obtidos e suas transcrições, onde procedeu-se a leitura e releitura das entrevistas. Por fim, como última etapa, foi feita a análise e discussão dos dados coletados.

Durante a pesquisa foram respeitados os princípios éticos, garantindo o anonimato dos participantes. Antes de começar a entrevista, a população amostral foi esclarecida sobre a pesquisa e seus objetivos, e os que desejaram participar dela receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para assinar, concordando com a mesma.

4 RESULTADOS

Tendo como base o objetivo da pesquisa, a visão do Assistente Social na humanização hospitalar, a apresentação dos resultados obtidos foram organizadas de modo a verificar os objetivos propostos, fazendo uma comparação com as respostas dadas dos três profissionais participantes, pois devido à falta de inserção desse profissional no âmbito da saúde, e da humanização hospitalar, a

pesquisa ficou restrita a apenas três instituições e três profissionais Assistentes Sociais que se dispuseram a responder as perguntas da pesquisa.

Devido a esse tema ser recente e ainda pouco discutido na profissão, os entrevistados decidiram por não se identificar e não identificar a Instituição na qual trabalham. Por esses motivos, eles foram tratados aqui como entrevistados 1, 2 e 3. O profissional Assistente Social cada vez mais tem se inserido nas unidades e serviços de saúde, especialmente em hospitais, para juntamente com os profissionais das outras áreas relacionadas à saúde, implementar e garantir a efetivação da Política Nacional de Humanização.

Igualmente entende-se como necessário expor a compreensão acerca das ações que se entendem como humanizadoras, estas devem ser pensadas na perspectiva de valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores); fomento da autonomia e protagonismo desses sujeitos; aumento de grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; identificação das necessidades de saúde; mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho, tendo como foco as necessidades dos cidadão e a produção de saúde; compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento (Brasil, 2004, p.6).

Diante do exposto, para o entrevistado 1, a efetivação da Política Nacional de Humanização requer a participação de todos os sujeitos envolvidos no processo, desde trabalhadores em saúde, gestores e usuários. Atualmente, busca-se criar uma sintonia e alinhamento entre os sujeitos e os processos envolvidos, buscando sempre considerar o modelo de atenção vigente, suas exigências, transformações e consequências decorrentes dos avanços tecnológicos e científicos em transição na área da saúde, para melhor gerir sua efetivação.

No mesmo sentido, para o entrevistado 2, “a tarefa da humanização nos desafia a refletir sobre o modo de ser e agir com os outros e com o mundo”. Na área da saúde, esta reflexão parece justificar-se frente à percepção da fragmentação das relações humanas, agravado pelo crescimento de fenômenos que passam a valorizar a técnica e os avanços científicos, dissociados do respeito à dignidade humana, da violação dos direitos humanos, sendo estes essenciais a uma assistência de saúde qualificada.

Já para o entrevistado 3 “a humanização enquanto política deve motivar ambientes que promovam construção e troca de saberes, investindo nos modos de trabalho em equipe”, colocando-se desse modo como: “estratégia de inferência no processo de produção em saúde levando em conta os sujeitos, que quando mobilizados, tornam-se capazes de transformar realidades transformando-se a si próprios nesse processo” (Benevides, citado por Junges, 2010, p.9).

No processo de humanização, conforme os Parâmetros para Atuação dos Assistentes Sociais na Saúde, tornam-se relevante por parte do assistente social desenvolver as seguintes ações de articulação junto à equipe de saúde: a) Construir e implementar, junto com a equipe de saúde, propostas de treinamento e capacitação do pessoal técnico-administrativo com vistas a qualificar as ações administrativas que tem interface com o atendimento ao usuário(...); b) Incentivar e participar da discussão do modelo assistencial e da elaboração de norma, rotinas, e ofertas de atendimento da unidade, tendo por base os interesses e demandas da população usuária; c) Participar do projeto de humanização da unidade na sua concepção ampliada, sendo transversal a todo o atendimento da unidade e não restrito à porta de entrada, tendo como parâmetro o projeto de reforma sanitária (Social, 2009, p. 31-32). Neste sentido, para o entrevistado 1:

“O assistente social junto à equipe multidisciplinar busca desenvolver um processo de reflexão que leva a equipe a compreender o significado e sentidos da humanização, de modo a evitar compreensões equivocadas que resultem em ações fragmentadas, isoladas e pontuais (E1).”

No entendimento do entrevistado 2:

“A humanização é compreendida sob uma ótica ampliada que possibilita os profissionais analisarem os determinantes sociais no processo saúde-doença, bem como condições de trabalho e os modelos de gestão e atenção em saúde (E2).”

Por meio disso, deve-se abrir espaço para o protagonismo dos usuários dos serviços de saúde, no sentido de ouvi-los, mas também que possam avaliar os serviços e atendimentos prestados, de modo a identificar o alcance e efetividade destes. Enfim, deve-se buscar a partir da participação dos usuários e trabalhadores da saúde, a revisão do projeto das unidades de saúde, bem como as rotinas de serviços numa perspectiva maior de repensar os processos de trabalho e romper com o modelo de atenção em saúde centrado na doença. Ainda, segundo o entrevistado 3:

“O assistente social, enquanto membro de uma equipe de trabalho em saúde com base no conceito ampliado de saúde é o profissional que identifica as necessidades sociais dos usuários bem como as condições sociais nas quais estes se inserem numa perspectiva de totalidade, podendo desta forma contribuir junto à equipe no sentido de tornar mais efetivo o processo de humanização (E3).”

Sobre o processo das ações humanizadoras, o entrevistado 1 observa que:

“O processo de ações humanizadoras no ambiente hospitalar que ele está inserido, implicou em uma grande mudança nos modelos de gestão, as quais na verdade não estão apenas preocupadas no contexto geral com o verdadeiro significado da palavra “humanização”, mas como um todo a instituição precisa se adaptar as novas normas e regras para garantir o processo de busca pela acreditação (E1).”

Segundo a Organização Nacional de Acreditação (ONA) define-se Acreditação como um sistema de avaliação e certificação da qualidade de serviços de saúde. No entendimento do entrevistado 2:

“As ações humanizadoras realizadas na instituição que ele está inserido, também visa a busca pela acreditação, mas está inserida em uma gestão engessada, já que as ações estão sendo planejadas a princípio pelos gestores dos diversos setores existentes no ambiente hospitalar, o que na visão do entrevistado deveria ser realizado por uma gestão participativa, entre gestores, trabalhadores e usuários, para melhor alcançar o objetivo da humanização (E2).”

Para o entrevistado 3, as ações humanizadoras realizadas pela instituição que ele representa ainda é de cunho desafiador, pois foi proposto mudanças e inovações pela parte da gestão em busca da humanização hospitalar, porém a instituição está passando por um processo com grande de limitações, o que barra muito essas mudanças, mas que os gestores estão procurando caminhos para dar continuidade neste processo, que gera muitos custos no que tange treinamentos, adaptações de ambientes, pesquisas, entre outras. No que diz respeito à educação continuada o entrevistado 1 diz que:

“Um hospital pode estar muito bem provido e servido de avanços tecnológicos e científicos, no entanto, no que tange ao atendimento pode ser desumano na medida em que reduz a pessoa a um objeto, a uma patologia, por isso precisamos fazer com que os trabalhadores entendam a importância da educação continuada, para estar sempre avaliando seu atendimento, buscando um olhar de totalidade tendo bases solidas para melhor agir, e nada melhor que o aperfeiçoamento para isso (E1).”

A humanização Hospitalar requer protagonismo de todos os sujeitos envolvidos neste processo, o que requer mudança nos modelos de gestão, a humanização está pautada em um modelo de gestão participativa, porém para o entrevistado 1, “a participação dos trabalhadores e dos usuários em saúde é ainda muito pequena o que pode ser atribuído pela forma de gestão aplicada”. No que diz respeito à educação continuada, o entrevistado 1 diz que:

“Um hospital pode estar muito bem provido e servido de avanços tecnológicos e científicos, no entanto no que tange ao atendimento pode ser desumano na medida em que reduz a pessoa a um objeto, a uma patologia, por isso precisamos fazer com que os trabalhadores entendam a importância da educação continuada, para estar sempre avaliando seu atendimento, buscando um olhar de totalidade tendo bases solidas para melhor agir, e nada melhor que o aperfeiçoamento para isso (E1).”

Na visão do entrevistado 2:

“No ambiente hospitalar o profissional depara-se com situações difíceis, delicadas e muito complexas as quais demandam conhecimento e habilidades técnicas e científicas, demonstrando o quanto a educação continuada precisa estar presente na vida desses profissionais, pois qualquer tipo de mudança requer aperfeiçoamento (E2).”

Já para o entrevistado 3, “a educação continuada proporciona uma prática reflexiva sobre os processos de trabalho e suas finalidades diante da realidade vivenciada no âmbito hospitalar”. Para finalizar, pode-se refletir sobre a dimensão teórico-metodológica a partir das contribuições feitas pelos entrevistados, os quais acreditam que a teoria-metodológica está para além de um conjunto de metodologias e procedimentos, implica num modo de interpretar e ler a realidade na sua totalidade, o que nos permite realizar diante da busca pelo conhecimento para superar os obstáculos da realidade hospitalar encontrada.

5 CONCLUSÃO

A Humanização é centrada no campo hospitalar, pois acredita-se que é um campo privilegiado de intervenção, onde se preconizam os relacionamentos interpessoais, através dos quais acredita-se que seja possível resgatar o valor da comunicação nos processos de trabalho, bem como o trabalho em equipe, e tem como eixo central a humanização do atendimento ao usuário, a humanização dos profissionais em saúde, e também as necessidades da instituição hospitalar.

A pesquisa visou analisar a Humanização hospitalar sob a perspectiva do Assistente Social, tendo como foco os hospitais da cidade de Passo Fundo-RS, e os profissionais atuantes na área do Serviço Social dentro das instituições de saúde. Este estudo ampliou a compreensão acerca da humanização, levando a percebê-la enquanto espaço importante de atuação, considerado essencial para uma atuação qualificada na construção de conhecimento e de práticas humanizadoras, permitindo reflexões sobre a compreensão de humanização e como se configuram suas ações, gerando questionamentos sobre a própria prática profissional.

A pesquisa realizada foi de cunho qualitativo, e identificou algumas questões para reflexão e possíveis contribuições do assistente social no processo de humanização. Esta compreensão aponta para a importância do assistente social e os demais profissionais da área da saúde aprimorarem suas capacidades tanto no campo da criatividade, como também no campo propositivo, contribuindo assim para criações de ações humanizadoras com foco na qualidade e efetiva responsabilidade no serviço prestado. Deste modo, percebeu-se a importância de monitorar e avaliar as ações humanizadoras, fortalecendo espaços de troca e construção de saberes nas diferentes áreas da saúde.

Importante ressaltar que a humanização na assistência hospitalar é um tema complexo, que apesar de estar ganhando espaço no âmbito hospitalar, ainda encontra dificuldades no seu processo de implementação, devido à centralização na gestão. No processo da pesquisa evidenciaram-se dificuldades que vão desde acessar instituições de saúde no município de Passo Fundo-RS inseridas

no processo de humanização, até encontrar profissionais de outras áreas não ligadas à gestão, como o profissional assistente social que foi o foco dessa pesquisa.

Através das dificuldades encontradas pode-se evidenciar a importância da descentralização dos processos de humanização, visando a gestão participativa, pois este processo é muito amplo e complexo, e o seu foco está diretamente ligado à prestação de serviços aos usuários, o que não é realizado pelos gestores das instituições, mas sim pelos diferentes profissionais que atuam no âmbito hospitalar começando pelos próprios recepcionistas , técnicos , enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, médicos entre outros que tem contato direto com os pacientes e seus familiares.

REFERÊNCIAS

- AYRES, José Ricardo de C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004.
- BACHES, Débora S.; FILHO, Wilson L.; LUNARDI, Valdemar R. O processo de humanização hospitalar como expressão ética. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, p. 132-135, 2006.
- BACKES, Dirce S.; FILHO, Wilson D.; LUNARDI, Valdemar L. O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. Revista da Escola de Enfermagem, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 221-227, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização, Humaniza SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: gestão participativa: co-gestão. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_gestao_participativa_cogestao_2ed.pdf.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Ambiência. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009c.
- CECCIM, Ricardo B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 975-986, 2005.
- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL – CFESS. Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde. Brasília, DF: CFESS, 2009.
- DAMASCENO, Daniele Rosa. Humanization in Health and Practice Social Worker Professional. Research, Society and Development, [S. l.], v. 11, n. 3, p. e54211326828, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i3.26828. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/26828>.
- FEUERWEKER, Laura. Educação na saúde: educação dos profissionais de saúde – um campo de saber e de práticas sociais em construção. Revista Brasileira de Educação Médica, Brasília, DF, v. 31, n. 1, p. 3-4, 2007.

HUMANIZA SUS. Ministério da Saúde. Incorporando as contribuições da discussão da oficina nacional Humaniza SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/oficina_nac_humanizaSus.pdf. Acesso em: 6 jun. 2018.

JUNGES, José R.; DODE, Maria Teresa B. A estratégia de humanização nos processos de trabalho na atenção secundária no Brasil. 2010. Disponível em: www.porto.ucp.pt/lusobrasileiro/actas/Maria%20Teresa%20Dodepdf. Acesso em: 21 maio 2018.

KIPINIS, Beatriz. Elementos de pesquisa e a prática do professor. Brasília, DF: Editora UnB, 2005.

MINAYO, Maria Cecília de S. Pesquisa social: método e criatividade. 7. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

NUNES, Thereza C. M. Educação continuada: uma proposta para a área de epidemiologia do SUS. Informe Epidemiológico do SUS, Brasília, DF: CENEP/MS, 1993.

OLIVEIRA, Ana Paula de. O papel do assistente social na humanização hospitalar. Serviço Social, Fundamentos, Formação e Trabalho Profissional, Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais. v. 16, n. 1, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/CBAS/article/view/25772>.

QUINTINO, Silvana M. O processo de humanização no Hospital Municipal de Rolim de Moura: limites e possibilidades. 2008. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2008. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/1972>. Acesso em: 31 mar. 2018.