



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIENCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

PAULA RÉGIA SOARES DE OLIVEIRA

**A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NA MATERNIDADE
ESCOLA JANUÁRIO CICCO-NATAL/RN: uma análise avaliativa.**

NATAL - RN

2013

PAULA RÉGIA SOARES DE OLIVEIRA

**A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NA MATERNIDADE
ESCOLA JANUÁRIO CICCO-NATAL/RN: uma análise avaliativa.**

Monografia apresentada a Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, como requisito para obtenção de título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Antoinette Brito Madureira

NATAL - RN

2013

A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NA MATERNIDADE ESCOLA JANUÁRIO CICCO-NATAL/RN: uma análise avaliativa.

Monografia apresentada ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte como requisito para obtenção do título de bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Antoinette de Brito Madureira

Aprovado em ___/___/2013

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Antoinette de Brito Madureira (Orientadora)
Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN

Prof^a. Dr^a. Márcia Maria de Sá Rocha
Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN

Assistente Social Tércia Maria Bulhões Correia.
Maternidade Escola Januário Cicco - UFRN

*Dedico a Deus porque Dele,
Por Ele e para Ele são todas as coisas.*

AGRADECIMENTOS

Muitas vezes pensei em desistir ou que não conseguiria chegar até aqui. Mas lutas vêm para nos fazer vitoriosos, é impossível ser vitorioso sem lutar e ser um guerreiro sem ir à guerra. Sou grata porque estivesse ao meu lado e não me deixaste desistir, sou grata a ti Senhor porque por mim vencestes as minhas batalhas.

Obrigada a minha família, em especial a minha mãe e minha avó, que nunca me deixaram fraquejar, sei que por suas orações estou de pé; obrigada pelas palavras de conforto e confiança, tudo o que busco em minha vida, tem vocês em meu pensamento, pois sei que a minha vitória também é a vitória de vocês; obrigada as minhas tias, não poderia deixar de ser grata por tudo que fizeram e fazem por mim; obrigada minhas irmãs, vocês me suportaram durante esses longos quatro anos, meus estresses, minha agitação para dar conta dos trabalhos. Sei que os últimos anos foram os mais difíceis, mas conseguimos todos nós conseguimos.

Aos amigos, vocês estiveram ao meu lado; deram-me força, me apoiaram nos momentos difíceis; me fizeram sorrir e ter ânimo pra continuar minha caminhada. Houve dias em que meu folego daria para correr uma maratona, outros dias mal conseguia dar um passo de cada vez, mas vocês estavam lá na torcida esperando este momento chegar.

As amigas que encontrei pelos caminhos da UFRN, e que quero levar para a vida toda. Vocês fizeram a academia valer a pena, e tornaram o aprendizado mais prazeroso. Dedico um agradecimento especial a Thauana Silva, pela preocupação e ajuda, mais que uma amiga, uma companheira, uma irmã em que confio terá um futuro brilhante; a Ana Patrícia, você resolveu aparecer, assim de última hora, mas fez toda diferença em minha formação, seus conselhos me fizeram repensar muitas atitudes; a Cadydja Layany, Karla Medeiros, Thallyta Pereira, minhas companheiras de bons momentos, obrigada meninas, sentirei saudades dos nossos momentos de boas risadas.

Obrigada as minhas supervisoras de estágio Maria Suzanete e Tereza Cristina Rocha Oliveira, através de vocês consegui cruzar a ponte que começa na teoria e termina na prática, aprendi que as dificuldades nunca serão uma barreira intransponível, pois quando se almeja algo as estratégias são uma ferramenta poderosa, principalmente quando se é uma Assistente Social.

Finalmente, tenho muito a agradecer a minha orientadora Dr^a Antoinette Madureira, obrigado por fazer do aprendizado não um trabalho, mas um contentamento; por me ajudar a descobrir o que posso fazer de melhor e, assim, fazê-lo cada vez melhor; por resolver o que eu achava complicado; por ser uma pessoa a quem pude recorrer quando achei que seria difícil conseguir; obrigado por me convencer de que sou melhor do que suspeitava.

O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado.

Cuidar é mais que um ato; é uma atitude.

Portanto, abrange mais que um momento de atenção.

*Representa uma atitude de ocupação, preocupação,
de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.*

Leonardo Boff

RESUMO:

Monografia de conclusão de curso de graduação em Serviço Social, escrita a partir de uma análise secundária da Pesquisa de Satisfação/MEJEC 2013, realizada no campo de estágio curricular obrigatório entre mães usuárias do Projeto Mãe Canguru e usuárias da Unidade de Parto Humanizado, na Maternidade Escola Januário Cicco em Março de 2013. Tem como objetivo analisar e compreender, a partir da identificação das ações que a viabilizam, a aplicação da Política Nacional de Humanização na MEJEC. Nesse contexto, busca-se identificar, nos textos que referenciam a temática e no cenário da instituição, aspectos relevantes aos limites e possibilidades de execução da política, dentro de um contexto vivenciado diariamente pelos usuários do serviço, procurando apropriar-se da realidade institucional. A pergunta que centraliza a discussão é: seria possível garantir uma gestão mais democrática do usuário, do trabalhador ou até mesmo do gestor da saúde, como propõe a política, deixando de lado ou desconsiderando aspectos fundamentais como às condições de trabalho do profissional da saúde, sobrecarga de trabalho, condições salariais; no caso do usuário, o acesso às informações, espaços de participação, etc.

Palavra-chave: SUS. Política Nacional de Humanização. Maternidade. Usuários. Avaliação como controle social.

ABSTRACT

Monograph completion of undergraduate degree in Social Work, written from a secondary analysis of the Satisfaction Survey / MEJEC 2013, held in the field of curricular required between mothers from Project Kangaroo Mother and users of Humanized Delivery Unit, the Maternity School in March 2013. Aims to analyze and understand, from the identification of actions that enable the implementation of the National Policy on Humane MEJEC. In this context, we seek to identify, in the texts that refer to the theme and setting of the institution respects the limits and possibilities of policy implementation within a daily context experienced by service users, seeking to appropriate the institutional reality. The question that focuses the discussion is : could guarantee a more democratic user , worker or even the health administrator , as proposed by the policy , ignoring or disregarding fundamental aspects such as working conditions of health professionals , workload , salary conditions , in case the user , access to information , participation spaces , etc.

Keyword: SUS. National Humanization Policy. Motherhood. Users. Evaluation as social control.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. AS POLITICAS DE SAÚDE NO BRASIL	13
2.2 A Era de Vargas (1930 A 1950)	15
2.3 Regime Militar: A Centralização do Poder	17
2.4 Uma Nova República: A Luta Pela Reforma Sanitária.	19
2.4.1 Em que consiste o Sistema Único de Saúde.....	23
2.4.2 Quais são as diretrizes e princípios do SUS?	23
2.4.3 Como ocorre a organização dos serviços no SUS?	25
3 A HUMANIZAÇÃO COMO POLÍTICA DE SAÚDE	26
3.1 O que propõe as políticas de assistência materno-infantil	29
3.1.1 As recomendações da Organização Mundial de Saúde para maternidade segura	29
3.1.2 As Ações de humanização no Brasil e sua aplicação no parto e ao nascimento..	30
4. O CENÁRIO DA PESQUISA: MATERNIDADE ESCOLA JANUÁRIO CICCO.	32
4.1 O Setor de Serviço Social da MEJC	35
5. EXPOSIÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS - Pesquisa De Satisfação, Mejec 2013/ Usuários.	36
5.1 Conhecendo o perfil das usuárias	37
5.2 Opinião das usuárias quanto ao acolhimento do serviço.	40
5.2.1 Análise do Grau de satisfação do usuário quanto à educação e respeito da equipe de saúde.....	40
5.2.2 Sensação de confiança na equipe de saúde.....	42
5.2.3 Informações e esclarecimentos sobre estado de saúde.....	43
5.3 Opinião acerca da estrutura da Maternidade	44
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.	46
REFERÊNCIAS	48
ANEXOS	52

LISTA DE SIGLAS

CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CEBES	Centro Brasileiro de Estudo de Saúde
CEBES	Centro Brasileiro de Estudo de Saúde
CEFSS	Conselho Federal de Serviço Social
CONASP	Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária
DNERu	Departamento Nacional de Endemias Rurais
DNS	Departamento Nacional de Saúde
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
IAPs	Instituto de Aposentadorias e Pensões
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
ITEP	Instituto Técnico Científico de Polícia
MEJC	Maternidade Escola Januário Cicco
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAIS	Programa de Ações Integradas de Saúde
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PND	Plano Nacional de Desenvolvimento
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar
PREV-SAUDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PROAMA	Programa de atendimento a mulher em situação de violência
SEMTAS	Secretaria Municipal de Trabalho e Assistência Social
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UC	Unidade Canguru
UPH	Unidade de Parto Humanizado
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

1. INTRODUÇÃO

Esta monografia de conclusão do curso de serviço social é fruto de uma análise crítica reflexiva à política nacional de humanização (PNH). O interesse em trabalhar a forma de execução da política na Maternidade Januário Cicco (MEJC) se deu fundamentalmente, devido às observações que fiz durante o período de estágio curricular obrigatório na instituição. Optei por abordá-la, por entender que historicamente a área da saúde tem se constituído um campo de prática para o Serviço Social, neste sentido a discussão também perpassa a atuação profissional do assistente social.

O trabalho centraliza sua discussão na identificação das ações que viabilizam a aplicação da PNH na MEJC. A partir dessa questão, busquei identificar nos textos que referenciam a temática e no cenário da instituição aspectos relevantes aos limites e possibilidades de execução da política, dentro de um contexto vivenciado diariamente pelos usuários do serviço, buscando apropriar-se da realidade institucional.

O debate a cerca da Política de Humanização aparece nas principais pautas de discussões das políticas de saúde no Brasil na atualidade, sendo incorporado pelo Ministério da Saúde como uma política transversal dentro do sistema, e tendo como uma de suas estratégias a visibilização do “SUS que dá certo”, ou seja, de experiências concretas consideradas exitosas no âmbito do Sistema Único de Saúde. (Conceição, 2009)

Todavia, segundo Conceição (2009) é importante ressaltar que, quando se fala em humanização, devem-se considerar vários fatores, como participação, direitos, qualidade dos serviços, mas também, as condições para que se opere dentro do sistema de saúde atendimento de qualidade, que passa por recursos humanos e materiais. Sem isso, torna-se complicado uma política, que visa à humanização do atendimento, alcançar o sucesso que se espera. Neste sentido, como uma agente das políticas sociais, o Assistente Social necessita apropriar-se de tal discussão a fim de promover, aos usuários do serviço, a plena efetivação dos seus direitos.

A primeira etapa da análise concentra-se em uma leitura e interpretação dos fatores históricos que formularam as políticas de saúde no Brasil, a partir de uma

revisão bibliográfica a cerca da temática em questão. E a segunda destina-se a apresentar, através de gráficos e tabelas, os dados produzidos a partir da *Pesquisa de Satisfação (MEJC, 2013)*, realizada pela instituição com os usuários, como também, aprecia o pensamento e posicionamento dos principais pensadores do Serviço Social, considerando-se também a concepção do CEFSS, no que abrange a Política Nacional de Humanização.

Meu objetivo na incorporação das análises é evidenciar o cenário sobre o qual se inscreve o atual “Projeto de Humanização”, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, como também fazer um levantamento a cerca do processo histórico no qual ele se configura.

O texto divide-se em quatro capítulos. No primeiro apresento as políticas de saúde no Brasil e o contexto histórico que configurou sua formulação. No segundo capítulo discorro sobre a humanização como política de saúde, destacando a proposta da humanização para assistência materno-infantil, materializada na *Rede Cegonha*. O terceiro capítulo trata-se do campo do estágio e cenário desta pesquisa onde consegui grande parte de informações necessárias para análise quali-quantitativa dos dados. No quarto e último capítulo, trago a análise dos dados retirados da *Pesquisa de Satisfação (MEJEC, 2013)*, realizada pela instituição com usuários do serviço, destacando os dados referentes à Unidade Canguru (UC) e a Unidade de Parto Humanizado (UPH).

2. AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL¹

“A saúde tem sido referida como o bem mais precioso de uma nação” (Oliveira; Pramiu; Rozendo, p. 350), e todos são responsáveis por ela, tanto os governos Federal, Estadual e Municipal como os profissionais da área da saúde e a própria sociedade.

Nos últimos anos da evolução histórica das políticas de saúde no Brasil tanto ocorreu um jogo de interesses da população em relação à saúde, quanto à intervenção do Estado, definindo estratégias e ações, em resposta a estas

¹ Este item está baseado nos livros: Souza, M.L, ET al. *Serie Auxiliar de Enfermagem. V.2. Contextualizando o Auxiliar de Enfermagem no Ambiente Social: Estudos Regionais e de Saúde Pública*. Florianópolis: NFR/SPB. CCS-UFSC. 1997. 231p.

Serviço Social e Saúde/ Ana Elizabete Mota... [et. Al.], (orgs). – 2. Ed. – São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde 2007.

necessidades. Neste jogo, destacam-se os movimentos, isto é, o andamento dos fatos políticos e econômicos, que, muitas vezes, marcam avanços importantes e, outras vezes, retrocessos no estabelecimento dessas políticas.

Dessa forma, considerando os diferentes períodos históricos da vida política brasileira, este tópico destina-se a apresentar um breve resgate da evolução das políticas de saúde no Brasil até a proposição e implantação do programa Humaniza SUS.

Visando a melhor compreensão as informações foram agrupadas por períodos históricos. Pré 30; A era Vargas (1930 -1950); Regime militar (1964 - 1985); A luta pela Reforma Sanitária e A humanização como política de saúde.

2.1 A Situação do país em relação à saúde no período Pré- 30

Seguindo a história, é possível identificar que, no final da Idade Média, começa a estruturar-se a ordem econômica capitalista. Mais precisamente no final do século XVIII e início do século XIX, o capitalismo teve sua origem marcada pela concentração do capital de um lado e, do outro, pela existência de uma classe trabalhadora livre e sem propriedade. A concentração do capital cria o desequilíbrio econômico e, em consequência o social. Desta forma, no limiar da era capitalista a atenção à saúde vai se apresentar como reguladora da produtividade e da força de trabalho, desempenhando importante papel na diminuição das tensões geradas pela desigualdade social.

No final do Século XIX, a situação do país, em relação à saúde, apresentava um quadro com presença contínua de doenças endêmicas e graves epidemias. Somente no século XX, na década de 1920, o Brasil modifica sua economia com a plantação do café, o que trouxe mudanças para saúde também. O país encontrava-se no auge da economia cafeeira, o que gerou acúmulo de riquezas, trazendo como consequência um acelerado movimento de urbanização e o surgimento de cidades.

Entretanto, enquanto o processo de industrialização se acelerava, o movimento operário procurava obter dos empresários e dos políticos algum tipo de proteção ao trabalho que levasse à criação de uma legislação social no país, pois

durante quase toda a Primeira República (1889-1930), a questão social ²foi considerada no Brasil como "caso de polícia". Foi só a partir de 1930, no entanto, que essa legislação passou a ser realmente implementada, tanto na área trabalhista quanto na previdenciária.

Segundo os historiadores, nessa época o que se exigia do sistema de saúde era, sobretudo, uma política de saneamento destinado aos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e a erradicação ou controle das doenças que poderiam prejudicar a exportação. Até então o Brasil não possuía nenhuma política voltada para a atenção à saúde de seus habitantes.

Ainda na década de 1920, foi definida a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), organizado pelo médico sanitário Oswaldo Cruz³, baseado no modelo das "campanhas sanitárias", que tinha como atribuições o saneamento urbano e rural, a propaganda sanitária, a higiene infantil, industrial e profissional, entre outras. Estas "melhorias" visavam preservar a mão de obra necessária, principalmente porque a mão de obra qualificada ainda era insuficiente e as demandas de trabalho eram grandes.

Na década seguinte, a revolução de 1930 (começo da era Vargas) deu início a um período durante o qual as classes oprimidas manifestavam-se com relativa liberdade em movimentos reivindicatórios e de protestos, participando ativamente da vida política do país.

2.2 A Era de Vargas (1930 A 1950)

Com o desencadeamento do processo de industrialização, surgem problemas relacionados com a urbanização acelerada, e as precárias condições de vida e saúde de grande contingente de trabalhadores que evidencia a necessidade de um redimensionamento das políticas sociais vigentes.

Assim, ao longo da década de 1930, é estabelecida uma política de saúde que se organiza em dois setores: um de saúde pública e outro, de medicina

² No que se refere à questão, concorda-se com Braga quando afirma (Braga e Paula, 1986: 41-42) que a Saúde emerge como "questão social" no Brasil no início do século XX, no bojo da economia capitalista exportadora cafeeira, refletindo o avanço da divisão do trabalho, ou seja, a emergência do trabalho assalariado.

³ Oswaldo Gonçalves Cruz (1872-1917) estruturou a campanha contra a febre amarela em moldes militares. Iniciou sua luta contra a peste bubônica

previdenciária⁴, que surge com a criação dos institutos de seguridade social, organizados por categorias profissionais.

Com o processo de centralização do poder do Estado, a partir de 1930 é criado o Ministério da Educação e Saúde. Em 1934, a partir de uma reorganização ministerial, o Departamento Nacional de Saúde (DNS) foi transformado no Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médica Social, sendo que, em 1937, este departamento assume a coordenação dos Departamentos Estaduais de Saúde dos estados com menor poder político e econômico, como: o Serviço Nacional de Febre Amarela em 1937, e o Serviço de Combate a Malária no Nordeste em 1939.

No início da década de 40, com a intensificação da industrialização e da urbanização, ocorreram, simultaneamente, o crescimento da rede previdenciária e o aumento dos gastos com a assistência médica neste setor.

Para Oliveira e Teixeira (1986: 91-65), o modelo de previdência que norteou os anos 30 a 45 no Brasil foi de *orientação contencionista*, ao contrário do modelo abrangente que dominou o período anterior (1923-1930). Para os autores um dos determinantes para a diminuição dos gastos foi, sem dúvida, foi o efeito produzido pelo rápido crescimento da massa de trabalhadores inseridos. A previdência preocupou-se mais efetivamente com a acumulação de reservas financeiras do que com a ampla prestação de serviços

Na área da saúde pública, em 1942, durante a Segunda Guerra Mundial, surge o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), em virtude de convênio firmado entre o Brasil e os Estados Unidos com a finalidade de promover o desenvolvimento de ações médico-sanitárias na região amazônica e, assim, garantir a produção de borracha para fins da indústria na guerra.

A situação de Saúde da população, no período de 1945 a 1964 (com algumas variações identificadas principalmente nos anos de 50,56 e 63, em que os gastos com saúde pública foram mais favoráveis, havendo melhoria das condições sanitárias), não conseguiu eliminar o quadro de doenças infecciosas e parasitárias e as elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil, como também a mortalidade geral. (Bravo, 2007)

⁴ A medicina previdenciária surge com a criação dos Institutos de seguridade social – Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), organizados por categorias profissionais. (Souza, M.L, 1997).

As medidas incorporadas neste período conseguiram resolver alguns problemas. Entretanto não foram suficientes para solucionar todos os conflitos da saúde pública brasileira, inclusive muitos deles persistem até o contexto histórico atual, principalmente os que dizem respeito ao perfil epidemiológico da população e o acesso do trabalhador aos seus direitos e a assistência a saúde.

Em 1953, ocorre à criação do Ministério da Saúde que se por um lado evidência a importância da saúde pública, por outro também revela seu caráter secundário no conjunto das prioridades estatais. (Souza, 1997)

Seguindo com a estruturação dos organismos da saúde pública, foi criado em 1956, o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), tendo como função o controle dos serviços de combate as enfermidades endêmicas.

Em 1963, houve a III Conferencia Nacional de Saúde, tendo com pauta principal os problemas das campanhas de saúde. Neste mesmo ano, também incidiu a expansão da assistência médica previdenciária, com grande aumento de despesas por parte da rede particular contratada, iniciando-se, assim a crise financeira do setor.

2.3 Regime Militar: A Centralização do Poder

Como afirma Bravo (2007) à ditadura significou, para a totalidade da sociedade brasileira, a afirmação de uma tendência de desenvolvimento econômico-social e político que modelou um novo país⁵. Para a autora os grandes problemas estruturais não foram resolvidos, mas aprofundados, tornando-se mais complexos e com uma dimensão ampla e dramática.

Como o golpe de 1964, o sistema previdenciário vigente tornou-se mais deficitário. Em 1966, a situação financeira do país levou a uma intervenção do Estado, no setor de saúde, promovendo a unificação do IAPs ao INPS, que através do Decreto Lei nº 200, de 1967, atribui, ao Ministério da Saúde, a função de formular a política nacional de saúde que, no entanto, dispunha de um orçamento precário e decadente.

⁵ Em face da “questão social” no período de 64/74, o Estado utilizou para sua intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital. (Mota, 2007. P. 93)

A política nacional de saúde enfrentou permanente tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses advindos das conexões burocráticas entre os setores estatal e empresarial médico e a emergência do movimento sanitário (Bravo, 2007).

Nessa época, a formulação das políticas de saúde caracterizou-se pela simplificação de dois diferentes modelos já adotados anteriormente, o do sanitarismo campanhista oriundo da primeira república, como refere-se Souza (1997), e o modelo curativo da atenção médica vigente no período populista.

Neste período, as políticas de saúde privilegiam a prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública, de caráter preventivo e, em especial, aquelas de interesse coletivo (Souza, 1997).

Duas características destacam-se no processo de unificação da previdência, no que compreende ao período de 1967-1973. A primeira consiste no progressivo papel do Estado como regulador da sociedade e a segunda, refere-se ao afastamento dos trabalhadores do “jogo político”⁶ (Souza, 1997). Após 1973, a cobertura previdenciária estende-se aos trabalhadores rurais, às empregadas domésticas e aos trabalhadores autônomos, até então excluídos.

No período governamental de 1972-1974 foi lançado o I Plano Nacional de Desenvolvimento (PND)⁷. Tendo fracassado a tentativa de controlar as tensões sociais, o governo lança o II PND que prioriza a implementação de políticas sociais, destacando o papel da Previdência Social e intensificando as atividades assistenciais. A primeira medida adotada foi à criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). Dessa forma cabia ao Ministério da Saúde a responsabilidade das ações de caráter preventivo e coletivo e ao MPAS a missão de cuidar da assistência médica curativa individual.

Em 1975, é criado o Sistema Nacional de Saúde, através da Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975 que, mesmo com sua regulamentação parcial, significou uma tentativa de organizar as atividades do setor de saúde conjugando os serviços

⁶ Neste jogo, destacam-se os movimentos, isto é, o andamento dos fatos políticos e econômicos, que muitas vezes, marcam avanços importantes e, outras vezes, segundo o momento histórico, ocorrem retrocessos no estabelecimento destas políticas.

⁷ O PND baseou-se na aliança entre o governo e a iniciativa privada tendo pouca repercussão para a saúde uma vez que este setor ocupava o 7º lugar em aporte financeiro.

públicos e os privados. Considerando a situação da previdência em relação à assistência médica, o governo cria condições que possibilitassem a continuidade da expansão⁸.

2.4 Uma Nova República: A Luta Pela Reforma Sanitária.

Nos anos 80, a sociedade brasileira, ao mesmo tempo em que vivenciou um processo de democratização política, experimentou uma profunda e prolongada crise econômica (Mota, 2007). “A expressão de uma política centralizadora, concentradora, privatizante e ineficaz estampava-se na deteriorização das condições de vida e saúde da população, fazendo que a insatisfação com a atenção dada a sua saúde aumentasse.” (Souza, 1997, p. 12).

No setor saúde, tendo por base o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), já estendido por todo o país no ano anterior, em 1980, foi criado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE⁹). Nesse momento o Ministério da Saúde passa a investir em programas preventivos, lançando os Programas de Assistência Integral a Saúde da Mulher, da Criança, do Idoso, do Trabalhador e a Saúde Mental.

No entanto, embora tenha existido uma regulamentação política não significa que elas foram completamente implementadas, principalmente porque muitas delas não obtiveram os recursos necessários que viabilizassem sua aplicação prática. (Souza, 1997, p.13)

Apesar de sua inviabilização o PREV- SAUDE serviu de base, para a elaboração do Plano de Reorientação da Assistência a Saúde, conhecido como Plano do CONASP, cuja intenção era provocar uma revisão gradual do modelo médico assistencial, através de uma de uma de suas linhas de ação, o Programa de

⁸ São exemplos: a criação da DATAPREV (Instituto de controle das contas hospitalares apresentadas pelos hospitais contratados) e do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) com a finalidade da concessão e manifestação dos benefícios e prestação de serviços, custeio das atividades e programas de gestão administrativa, financeira e patrimonial.

⁹ A formulação deste programa teve por base, também, as proposições da Conferência de Alma-Ata, URSS, 1978: atenção primária de saúde e participação comunitária, além do reordenamento do setor com a hierarquização por níveis de complexidade dos serviços, a regionalização do atendimento e o estabelecimento de porta de entrada única pelo nível primário de atenção.

Ações Integradas de Saúde (PAIS¹⁰). Para Neto (1991), já com o Plano CONASP, o governo assume oficialmente a crítica ao modelo vigente e encampa parte do discurso da oposição no setor saúde.

No centro de tantas transformações sociais e políticas a saúde também incorporou importantes movimentos de transformação do atual modelo.

A saúde, nessa década, contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil. Saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada a democracia. (Bravo, 2007).

Nesse momento a conjuntura nacional possibilitou que várias lideranças se manifestassem buscando definir novos confrontos na política de saúde. Inserido nesse contexto o Movimento Sanitário começa a se destacar na luta pela transformação do sistema, procurando discutir as relações entre saúde-sociedade e saúde-Estado, buscando maneiras de denunciar a mercantilização da saúde no Brasil.

De acordo com Bravo (2007) dos personagens que entraram em cena destacam-se: os profissionais de saúde, representados por suas entidades, que ultrapassaram o corporativismo, defendendo questões mais gerais como a melhoria da situação saúde e o fortalecimento do setor público; o movimento sanitário, tendo o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) como veículo de difusão e ampliação do debate em torno da Saúde e Democracia e elaboração de contrapropostas ; os partidos políticos de oposição , que começaram a colocar nos seus programas a temática e viabilizaram debates no Congresso para discussão da política do setor, e os movimentos sociais urbanos, que realizaram eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil.

Nesse contexto sócio-político ocorre em Brasília, de 17 a 20 de Março de 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde, com mais de 4.000 participantes. Tendo por temática o direito à saúde como parte da cidadania e a reorganização do setor em um Sistema Único de Saúde, para Souza (1997) a VIII Conferência marca

¹⁰ Este programa surgiu com o propósito de integrar e unificar os serviços de saúde do setor público, tendo como diretrizes a integração interinstitucional, a integralidade das ações de saúde e a definição de mecanismos de referência e contra-referência, além da descentralização dos processos administrativos e decisórios.

a expressão “Reforma Sanitária” como bandeira de luta dos setores progressivos da sociedade.

As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram à universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde, visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde. (Bravo, 2007).

Segundo Neto (1991), embora tenha representado um marco importante para o avanço de uma proposta comum aos setores que defendiam a perspectiva da seguridade social, as resoluções aprovadas na VIII Conferência pouco foram implementadas na prática.

Neste sentido concorda-se com Bravo (2007) quando afirma que a Assembleia Constituinte, com relação à saúde, transformou-se em uma arena política em que os interesses se organizaram em dois blocos polares: os grupos empresariais, sob a liderança da Federação Brasileira de Hospitais (setor privado) e da Associação de Indústrias farmacêuticas (Multinacionais), e as forças propugnadoras da Reforma Sanitária, representadas pela Plenária Nacional pela Saúde na Constituinte.

É nesse contexto de “politização da questão saúde” (Teixeira, 1989. p.50) que, em 20 de julho de 1987, é editado o decreto governamental que cria o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), na tentativa de institucionalizar os princípios de unificação e descentralização a nível dos estados, reduzindo o controle central do exercício principalmente pelo INAMPS.

Na prática, a implantação do SUDS gerou polêmica, pois foram mantidos mecanismos de controle centralizados que favoreceram a manipulação política e a reprodução da lógica privatizante (Souza, 1997). Assim o SUDS não provocou mudanças no modelo assistência da época, persistindo a desigualdade de acesso aos serviços, a baixa resolutividade e produtividade dos recursos, a estrutura inadequada de financiamento do setor e a ausência da integralidade das ações.

Diante de tanta mobilização, torna-se possível uma conquista política que se materializa na Constituição aprovada em 1988. Processo que representou, “a

promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais em nosso país frente à grave crise e às demandas de enfrentamento dos enormes índices de desigualdade social” (Bravo, 2007. p. 96).

A constituição resgatou a proposta da VIII Conferencia Nacional de Saúde e criou o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado posteriormente pelas Leis Orgânicas da Saúde –LOS Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Por estas leis foram consagrados os princípios fundamentais já incluídos na Constituição: a saúde como um direito civil, ou seja, direito do cidadão de dever do Estado; o conceito ampliado de saúde¹¹, considerando a sua determinação social, a construção do SUS assegurando os princípios da universalidade, igualdade e integralidade; direito a informação sobre sua saúde; a participação popular; a descentralização politico-administrativa, com direção única em cada esfera de governo com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios. Na prática, tais princípios não foram considerados pelo governo.

O grande desafio político colocado foi transformar o texto constitucional e infra-constitucional em realidade, pois não se conseguiu efetiva as conquistas legais, em virtude da atuação de forças resistentes a reforma, instaladas no governo ou com influência nele. (Carvalho e Santos, 1992).

Dando continuidade aos fatos, realizou-se em agosto de 1992, em Brasília, a IX Conferência Nacional de Saúde, com o tema central “Saúde: Municipalização é o Caminho”. Os debates mostraram um diagnóstico da situação da saúde no momento: aprofundamento da crise do setor decorrente do desmonte do setor público, da redução de recursos destinados à saúde e do aumento da demanda devido a deteriorização das condições sociais e econômicas da população brasileira (Souza, 1997).

Para Carvalho e Giovanella (1992), a IX Conferência foi marcada pelo confronto ideológico que perpassou os debates de todos os temas, tendo como pano de fundo o modelo do sistema de proteção social. Dois blocos oponentes se mostraram claramente: de um lado o “bloco da seguridade social”, representados

¹¹ A saúde é o resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar desigualdades no modo de vida. (Brasil, Ministério da Saúde, 1986, p. 4)

pelas entidades já envolvidas com o Movimento de reforma Sanitária, de outro o “bloco do seguro social” onde alinhavam-se os representantes dos empresários e interesses privados, defendendo a privatização a saúde. Diante de tantas idas e vindas constata-se que apesar do SUS ter sido transformado em lei, ainda “é longínqua sua efetiva implantação” (Souza, 1997 p. 14).

2.4.1 Em que consiste o Sistema Único de Saúde.

A duas últimas décadas representaram um período de importantes mudanças nas condições de vida da população e na organização dos serviços de saúde. A sessão anterior discutiu os importantes fatores históricos dos quais resultaram a instituição do SUS. Neste sentido torna-se essencial trazer uma discussão sobre os princípios e diretrizes que o fundamentam.

Dessa forma os *Princípios* consistem em “proposições diretoras de uma ciência, as quais todo o desenvolvimento superior dessa ciência deve estar subordinado” (Ferreira, 1986 p. 1393). Ou seja, os princípios definem as linhas básicas ou condições fundamentais sob as quais os SUS irá se desenvolver. *Diretriz*, definida também por Ferreira (1986 p. 594), quer dizer o “Conjunto de instruções ou indicações para se tratar e levar a termo um plano, uma ação, um negocio”. Portanto as diretrizes estabelecem normas de procedimentos para a operacionalização das ações do SUS.

2.4.2 Quais são as diretrizes e princípios do SUS?

O Sistema Único de Saúde, que é integrado por ações e serviços públicos de saúde regionalizados e hierarquizados, é estruturado segundo a Constituição Federal do Brasil (1988, artigo 198) “de acordo com as seguintes diretrizes: I – descentralização, com direção única em cada esfera do governo; II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas e III - pela participação da comunidade.” Dessa forma destaca-se a necessidade de:

Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

Direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

Utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridade, a locação de recursos e a orientação programática;

Participação da comunidade;

Descentralização político administrativa, com direção única em cada esfera do governo: 1) Com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios e 2) Regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

Conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais, e humanos da União, dos Estados; do Distrito Federal e dos municípios, na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

Capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

Organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade dos meios para fins idênticos” (Brasil, Ministério da Saúde, 1990 citado por Coelho; Verdi e Calliari, 1997, p. 51).

Para serem operacionalizadas as diretrizes devem contemplar os princípios estabelecidos pela Lei 8.80/90. Sendo eles: a Universalidade¹², a Equidade¹³ e a Integralidade¹⁴. Entretanto estes princípios nem sempre são realmente colocados em prática.

Segundo Pustai, (1996 p. 18) “legalmente, o sistema de saúde está universalizado, mas o acesso sofre importantes limitações no subsistema de alta tecnologia. Na rede básica, o correu uma ampliação da demanda, sem o correspondente aporte financeiro; em consequência, houve uma grande desqualificação no atendimento”. A garantia à saúde da população, enquanto um direito do cidadão, mesmo estando prevista em lei, dá-se conta que não é uma

¹² A não discriminação de qualquer cidadão em relação às ações e serviços de saúde; o individuo passa a ter direito a todos os serviços públicos de saúde, assim como aquele contratado pelo poder público, sem necessitar de qualquer condição.

¹³ Não só todos têm direito, como ele deve ser provido de forma igualitária, assegurando ações e serviços em todos os níveis necessários para que os indivíduos se igualem pelo gozo dos benefícios oferecidos pelo sistema; isto é, quem precisa mais deve ter mais.

¹⁴ Significa o reconhecimento de que cada individuo é um todo indivisível e integrante de uma sociedade ou comunidade e que as ações de promoção, proteção, prevenção e recuperação, devem levar isso em conta, isto é: tanto no atendimento individual como no coletivo as questões orgânicas, psicológicas e sociais devem ser consideradas em conjunto, assegurando dignidade ao individuo e respeito à comunidade. (Brasil, Ministério da Saúde, 1990)

realidade, em nosso país. “O que se determina, nem sempre se cumpre”. (Souza, 1997 p. 18).

2.4.3 Como ocorre a organização dos serviços no SUS?

A organização dos serviços se dá em níveis de complexidade crescente, onde os centros de saúde, os postos de saúde e as unidades básicas de saúde, correspondem ao nível primário do sistema, constituindo-se em uma rede de serviços regionalizados, descentralizados, sendo “porta de entrada” para o sistema de saúde. Portanto, o acesso da população aos serviços de saúde deve ser através do posto ou centro de saúde (nível primário) e sucessivamente encaminhada aos serviços de maior complexidade (níveis secundário e terciário). Neste sentido, Segundo Pustai (1996, p. 19) é fundamental uma articulação adequada entre os níveis do sistema, de forma que existam fluxos de referência normatizados e que funcionem, ou seja, que possibilite o acesso do usuário aos serviços de saúde.

Dentro do que regulamenta o SUS, no que abrange a organização administrativa, a descentralização consiste na redistribuição das responsabilidades e ações dos serviços de saúde entre as várias esferas do governo, sendo que o que acontece no município é de responsabilidade municipal, o que envolve um estado deve ser de responsabilidade estadual e o que for abrangência nacional será de responsabilidade federal.

Neste contexto, cada esfera do poder público tem responsabilidades e atribuições:

Os municípios tem por função planejar, organizar, controlar, avaliar, gerir, e executar os serviços públicos de saúde e celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviço privados de saúde, bem como avaliar sua execução.

Aos estados compete prestar apoio técnico e financeiro aos municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde, bem como gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional.

A União compete traçar normas gerais para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde e os serviços privados contratados e promover a descentralização, para as unidades federais e os municípios, dos serviços e ações de saúde. (Aguilera e Bahia, 1993 p.12, citado por Souza 1997).

É preciso lembrar também, que a organização do SUS, passa pela participação dos cidadãos, essa participação é garantida pela Constituição Federal e deve ocorrer através de suas entidades representativas nos níveis federal, estadual e municipal. “A garantia de que o sistema funcione passa pelo controle social sobre as políticas de saúde e se dará pela força da organização popular” (Souza, 1997 p. 20).

Para Gramsci (2000), o controle social não é do Estado ou da sociedade civil, mas das classes sociais. “É a partir destas concepções de Estado – com a função de manter o consenso além da sua função corretiva – quando incorpora as demandas das classes subalternas, que se abre a possibilidade de o Estado ser controlado por essas classes, a depender da correlação de forças existentes entre os seguimentos sociais organizados na sociedade civil” (Correia, 2007 p.116).

Dessa forma é necessário que a sociedade civil, não só tenha consciência de seus direitos, como também utilize a sua força de mobilização e fiscalização para garantir que eles sejam executados plenamente.

3 A HUMANIZAÇÃO COMO POLÍTICA DE SAÚDE

Diante de tantos conflitos nota-se que existe uma enorme distância entre a proposta do movimento sanitário e a prática social do sistema público de saúde vigente. O SUS foi se consolidando como espaço destinado aos que não tem acesso aos subsistemas privados, como parte de um sistema segmentado. Mas a proposição do SUS inscrita na Constituição de 1988 de um sistema público universal não se efetivou (Bravo, 2007).

Neste sentido, em reconhecimento das dificuldades práticas em saúde como associados às questões estruturais e econômicas, nos diferentes espaços da sociedade, os órgãos públicos buscaram caminhos para mudanças, aproximando-se da perspectiva gerada no contexto mundial.

Dessa maneira, as reflexões sobre a humanização das ações na área da saúde surgiram para promover transformações no cotidiano dos serviços. A partir da XI Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu no ano de 2000, criou-se o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH) em 2001.

O programa buscava a reorientação da assistência nos ambientes hospitalares, pois o modo como às práticas estavam desenvolvendo-se tendia a ser caracterizado como empecilho para uma qualidade do cuidado. (Diniz, 2001; Deslandes, 2004; Puccini e Celio, 2004; Campos, 2005).

Posteriormente ao se refletir que as dificuldades nas organizações dos serviços extrapolavam os limites do âmbito hospitalar, localizando-se em todos os espaços de atenção a saúde, foi desenvolvida a Política Nacional de Humanização (PNH): o Humaniza SUS. A proposta dessa política era tornar as práticas ditas humanizadas, rotineiras em todas as ações desenvolvidas nos serviços de saúde. Para tanto propunha a construção coletiva da dinâmica contida e o aprimoramento das relações entre usuários, trabalhadores, serviços e comunidade.

Foram apontados novos horizontes para o cotidiano, buscando atender as necessidades dos distintos grupos sociais e incentivando a reflexão sobre o processo de trabalho nos serviços de saúde (Brasil, 2004a, 2004b).

A PNH apresenta-se com princípios norteadores a valorização da subjetividade, levando-se em conta os aspectos sociais e os direitos dos cidadãos; o fortalecimento do trabalho em equipe, fomentando ações transversais e em grupo; a construção da autonomia e do protagonismo dos sujeitos envolvidos na rede SUS para gestão das práticas assistenciais; e, finalmente, o resgate do compromisso com a democratização, a melhoria dos processos de trabalho e a educação permanente (Brasil, 2004a, 2004b). Objetivava-se a

Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e as populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados, etc.);

Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade;

Apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos;

Construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS;

Corresponsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e atenção;

Fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS;

Compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de democratização permanente (Brasil. Ministério da Saúde, 2004).

Morais (2010) aponta que a proposta da humanização destinava-se a transformar o quadro de atenção à saúde vigente no país, tendo em vista envolver e corresponsabilizar os diversos atores com as mudanças no cotidiano das práticas. E que dessa forma existia a expectativa, declarada nos documentos, de que ao se sentir produtor de um fazer, o usuário acabe tomando a possibilidade de mudança como uma luz para as suas necessidades.

Em consideração a essas questões o Ministério da Saúde apresenta a humanização como estratégia de interferência no processo de produção de saúde levando em conta que os sujeitos sociais quando mobilizados são capazes de transformar realidades transformando-se a si próprios neste mesmo processo. Sendo assim

Humanizar a atenção e a gestão em saúde e no SUS se coloca, como estratégia inequívoca para tais fins, contribuindo efetivamente para qualificação da atenção e da gestão, ou seja: atenção integral, equânime, com responsabilização e vínculo; para a valorização dos trabalhadores e para o avanço da democratização da gestão e do controle social (Brasil, Ministério da Saúde, 2004).

Entende-se por tanto, segundo Pasche (2008), que a Política Nacional de Humanização reconhece que há um SUS que dá certo, mas que existem desafios e problemas e que é necessário superá-los. O SUS que dá certo nem sempre toma visibilidade sendo, portanto, tarefa política de seus agentes anunciá-lo não como recurso de marketing, mas como afirmação do horizonte utópico de que é possível produzir mudanças nas práticas de gestão e de atenção, o que permite a produção de reencantamento de trabalhadores e da sociedade em geral pelo SUS, pela política pública solidária, inclusiva e de qualidade.

3.1 O que propõe as políticas de assistência materno-infantil

Considerando que este documento destina-se a expressar as práticas da PNH, vivenciadas por profissionais e usuários, em uma instituição cujo objetivo específico é o acolhimento materno-infantil, torna-se necessário a abordagem das propostas da Política para a área em questão.

Portanto este tópico irá discutir a humanização no pré-natal e nascimento discutindo as produções da Organização Mundial de Saúde (OMS) e os caminhos percorridos na discussão pela humanização no Brasil.

3.1.1 As recomendações da Organização Mundial de Saúde para maternidade segura

“A iniciativa de maternidade segura surge em decorrência das dificuldades na assistência à saúde materna e perinatal em todo o mundo por causa da ausência de tratamento adequado em face das intercorrências durante o processo de parturição”. (Morais, 2010 p. 61).

Desde 1985, um movimento pela OMS aponta para a necessidade de revisão das práticas desempenhadas no acompanhamento da gestação e do nascimento, no entanto para se atingir a maternidade segura é importante reduzir os riscos maternos e o número de gestações indesejadas, bem como as complicações obstétricas e as mortalidades nas mulheres que vivenciaram essas situações.

Diante disso a OMS desenvolveu, inicialmente, um material intitulado *Safe motherhood- care in normal birth: a practical guide* (WHO, 1996. Citado por Moraes 2010 p.63), abordando questões relacionadas à parturição e as práticas no seu intercurso; e posteriormente um outro material intitulado *Pregnancy special – let’s make it safe* (WHO, 1996. Citado por Moraes 2010 p.65), onde reflete que o processo gestacional é vivenciado e afetado diretamente pelos contextos de vida das mulheres (OMS,2002).

Essas reflexões permitiram que fossem constituídas dez metas a serem alcançadas que propunham:

Estabelecer a maternidade segura como um direito humano e um assunto de justiça social, buscando promover a construção de políticas públicas que assegurem o cuidado a saúde materna;

Entender a maternidade segura como um investimento social e econômico vital, por enveredar na necessidade de se reduzir as intercorrências e, conseqüentemente, os gastos em saúde;

Empoderar as mulheres com conhecimentos específicos e a possibilidade de assegurar suas escolhas;

Estimular o casamento e o primeiro nascimento mais tardiamente;
Entender que toda gravidez envolve riscos;

Assegurar um atendimento qualificado no momento do parto;

Melhorar o acesso e a qualidade nos serviços de saúde maternos
Assistir adequadamente a gravidez não desejada e o aborto;

Realizar avaliação constante dos progressos em face das estratégias adotadas; e, por fim;

Envolver e usar o poder da sociedade para favorecer as mudanças propostas. (WHO,1998. In: Morais, 2010).

Segundo Morais (2010) as metas apontam que as mudanças sugeridas tinham como objetivo a revisão da dinâmica social dos diversos países, neste sentido foi delimitado um prazo de vinte cinco anos (de 1990 a 2015) para que os percentuais de morbimortalidade existentes no mundo diminuíssem em torno de 75% nesse grupo.

3.1.2 As Ações de humanização no Brasil e sua aplicação no parto e ao nascimento

Visando cumprir com a proposta da humanização nas maternidades, o governo federal lançou a *Rede Cegonha*, como uma estratégia do Ministério da Saúde, operacionalizada pelo SUS, fundamentada nos princípios da humanização e assistência. É uma Rede de cuidados que assegura às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério e as Crianças o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudável (Portal da Saúde, 2009).

Sustentada por um conjunto de princípios e diretrizes a *Rede Cegonha* objetiva a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e

saúde da criança com foco na atenção ao parto e ao nascimento e no desenvolvimento infantil de zero aos 24 meses; organizar uma rede de atenção à saúde materna e infantil que garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e reduzir a mortalidade materna e infantil, com ênfase no componente neonatal.

Basicamente estrutura-se nos princípios do respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos; do respeito à diversidade cultural, étnica e racial; da promoção da equidade; do enfoque de gênero; da garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes; da participação e a mobilização social; e da compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados.

Neste sentido, segundo o Ministério da Saúde, ela deve ser organizada de maneira a possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde materna e infantil para a população de determinado território, mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, do sistema de apoio, do sistema logístico e da governança da rede de atenção à saúde em consonância com a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 2010, a partir das seguintes diretrizes:

Garantia do Acolhimento com classificação de risco, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do Pré-natal: suficiência de consultas; ampliação de exames e retorno em tempo hábil; visitas ao local do parto.

Garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro: regulação com vaga sempre; vale transporte e vale-táxi; casas de gestante e bebê.

Garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento: suficiência de leitos; direito a acompanhante; boas práticas; ambiência; estímulo ao parto normal.

Garantia da atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade: promover aleitamento materno; garantir acompanhamento da criança na atenção básica; garantir atendimento especializado para casos de maior risco; busca ativa dos faltosos, sobretudo de maior risco; garantir acesso às vacinas disponíveis no SUS.

Garantia de direitos sexuais e reprodutivos: Implementar estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e reprodutiva; promoção, prevenção e tratamento das DST/Aids; orientação e oferta de métodos contraceptivos.

Nesse contexto o principal objetivo da medida é garantir que mulheres e crianças tenham uma assistência humanizada e de qualidade, que lhes permite

vivenciar a experiência da gravidez, do parto e do nascimento com segurança, dignidade e beleza. Não se pode esquecer jamais que dar à luz não é uma doença, mas uma função fisiológica e natural que constitui uma experiência única para a mulher e o(a) parceiro(a) envolvido(a).

3. O CENÁRIO DA PESQUISA: MATERNIDADE ESCOLA JANUÁRIO CICCO.

A Maternidade Escola Januário Cicco está situada na Avenida Nilo Peçanha, 259, Bairro de Petrópolis, na cidade do Natal, no estado do RN. Esta maternidade foi idealizada pelo médico Januário Cicco, norte-rio-grandense nascido em São José do Mipibu em 30 de abril de 1881. Formado na Bahia em 1906 com a tese "Do Destino dos Cadáveres", ele veio para Natal onde reorganizou a assistência médica, construindo o Hospital de Caridade Juvino Barreto, hoje Hospital Universitário Onofre Lopes. Carecendo de autonomia para seu funcionamento, pois o Hospital era de propriedade do Estado, o Dr. Januário Cicco em 1926 criou uma Sociedade de Assistência Hospitalar com a finalidade de administrar o Hospital como serviço terceirizado. Logo depois, fundou a Maternidade de Natal cujas obras tiveram início em 1932.

No início da década de 1940, a Maternidade estava pronta para funcionar, mas o esforço de Guerra, representado na Capital do Estado pela construção do Campo de Aviação de Parnamirim com uma base americana fez com que a Maternidade fosse ocupada como Quartel General das Forças Aliadas e Hospital de Campanha.

Com o final da II Guerra Mundial e após intensa campanha, o Dr. Januário Cicco conseguiu retomar o prédio, restaurá-lo e colocá-lo para funcionar o que ocorreu somente em 1950. Em 1º de novembro de 1952, Januário morre, passando o seu sucessor, o Dr. Onofre Lopes a administrar a Sociedade de Assistência Hospitalar, dando continuidade ao sonho de seu fundador. Sucessivamente a Maternidade de Natal, que em sua inauguração teve sua denominação mudada para Maternidade Januário Cicco.

Os próximos administradores foram João Tinoco (de 1953 a 1956), Joaquim Luz Cunha (de 1956 a 1961), Leide Morais (1961 a 1989), Ivis Bezerra (de 1989 a

1995), Evanuel Elpídio (1995) Ivan Lins de Oliveira (de 1995 a 1997), Iaperi Soares de Araújo (de 1997 a 1999), Maria do Carmo Lopes (de 1999 a 2003) e Kleber Moraes, desde 2003 até os dias atuais. Dr. Kleber, que já foi chefe do departamento de toco-ginecologia, é graduado pela UFRN e tem doutorado pela Universidade de Paris.

O professor Leide Moraes dirigiu a MEJC durante 28 anos. Nesse período ele instalou a cátedra de obstetrícia; promoveu a integração com a ginecologia, criando o departamento de toco-ginecologia; fundou a Residência Médica; instalou diversos serviços de especialidades, para o atendimento da mulher (anestesiologia, urologia, mastologia, endocrinologia, citopatologia, infertilidade, etc.); estimulou bases de pesquisas; promoveu a qualificação do quadro de professores, com a formação de mestres e doutores¹⁵.

Na gestão de Kleber, a MEJC tem passado por um processo de modernização. Embora mantenha a sua arquitetura externa, internamente há uma mudança radical, com construções novas e equipamentos atualizados, com a finalidade de melhorar o ensino, a pesquisa e a assistência à população. Alguns serviços foram implantados, como uma subestação de energia elétrica; central de gases medicinais; farmácia clínica; mamógrafo; aparelhos de ultrassonografia, de vídeocolposcopia e microscópios; o arquivo e documentação médica estão sendo modernizados; outros foram totalmente reestruturados: unidade de recepção às pacientes; central de esterilização; centro cirúrgico obstétrico. Brevemente estarão sendo instalados, um novo centro cirúrgico ginecológico; um setor de estudos acadêmicos e telemedicina; e um laboratório de reprodução assistida, que será o primeiro do norte-nordeste, que atenderá exclusivamente pacientes do SUS. A estrutura física da MEJC conta com um prédio de três andares, que se divide em médico e administrativo, disposta dessa forma:

Térreo: Recepção; capela; chefia de enfermagem; serviço social; recursos humanos; bancos; direção geral; sanitários para visitantes; informática; C.C.I.H; psicologia e custo hospitalar; 3 salas do setor de compras; diretoria clínica; residência médica e multiprofissional; contabilidade; contas hospitalares; nutrição; central de material e esterilização; banheiros dos funcionários; secretaria; serviço de

¹⁵ Informações retiradas do sitio

<http://www.ufrn.br/ufrn/conteudo/servicos/hospitais/januariocicco.php>

comunicação; Unidade A (ginecologia com 13 leitos e um posto de enfermagem) e urgência com posto de enfermagem, sala de estar, banheiro para pacientes, expurgo, 4 consultórios e recepção.

Primeiro andar: ultrassonografia; copa; laboratório de assistência médica e biomédica; anfiteatro Prof. Leide Moraes; sala de convivência; sala de aula da neonatologia onde é realizada triagem auditiva neonatal; expurgo; posto de enfermagem; sala para equipe multidisciplinar; UTI neonatal com 15 leitos; lactário; Unidade C (canguru) com 26 leitos, com posto de enfermagem e banheiro; posto médico; vestiário feminino; vestiário masculino; sala de vacinas; centro cirúrgico; expurgo; Unidade B com 26 leitos e com posto de enfermagem e sala para banho dos RN's; expurgo e sala para Tv; farmácia;

Segundo andar: Centro cirúrgico e obstétrico; UPH (Unidade de Parto Humanizado) com 8 leitos; UTI materna com 6 leitos; Unidade de alto risco Alto Risco com 12 leitos; expurgo; posto médico e posto de enfermagem; alojamento dos médicos; sala para Rn's sadios com as mães na UTI materna; sanitários para os funcionários. Ambulatório, almoxarifado e residência médica, banco de leite, lavanderia.

Na cobertura da atenção a mãe e ao bebê são desenvolvidos na Maternidade Escola, visando um atendimento de qualidade para os usuários. São os seguintes os programas realizados na MEJC:

- 1) Programa de incentivo familiar ao aleitamento materno;
- 2) Programa mãe canguru e apoio a mãe acompanhante;
- 3) Programa de assistência ao parto humanizado;
- 4) PROAMA- Programa de atendimento a mulher em situação de violência;;
- 5) Programa de humanização hospitalar;
- 6) Programa de atenção humanizada as pacientes de cirurgia ginecológica;
- 7) Programa de humanização do pré-natal;
- 8) Programa de planejamento familiar;
- 9) Programa NASCER¹⁶

¹⁶ Visa atender mães portadoras de sintomas do vírus HIV.

4.1 O Setor de Serviço Social da MEJC

Atualmente a Maternidade Escola Januário Cicco conta em seu quadro de funcionários com quatro assistentes sociais atuando no setor do serviço social, considerando que a Maternidade é um hospital que abrange as áreas de média e alta complexidade, este número de profissionais é insuficiente para a demanda da instituição, visto que o serviço social deveria atuar 24h em sistemas de plantões, visando suprir a necessidade de todos os usuários; o que não ocorre devido à insuficiência de profissionais para cumprir a escala de serviço sem sobrecarga de horários. As assistentes sociais cumprem uma carga horária de 30 horas semanais, de segunda a sexta-feira e reparam os plantões aos sábados, domingos e feriados.

É necessário também dizer que a sala destinada ao serviço social não é adequada, não há um espaço reservado para que seja realizado atendimento individualizado, os dilemas e necessidades dos usuários são expostos sem o mínimo de privacidade.

O serviço social tem o papel de realizar a intermediação entre maternidade e usuários, buscando orientar pacientes, acompanhantes e familiares a respeito de seus direitos sociais e também quanto a exames que serão realizados com os recém-nascidos. Diariamente as estagiárias e/ou assistentes sociais visitam os leitos de todas as enfermarias orientando sobre as normas hospitalares e muitas vezes já intervindo em situações de conflito do paciente com funcionários da MEJC ou com familiares, além de verificar com está a assistência prestada a pacientes e acompanhantes, observando suas necessidades.

Fica a cargo do serviço social também o acompanhamento dos pacientes que estão em alta hospitalar e que necessitam de transporte até sua residência ou até outra instituição, como a SEMTAS, o Conselho Tutelar, o INSS e o ITEP.

Existe também um trabalho de educação social, realizado pela equipe do serviço social, envolvendo reuniões com pacientes e acompanhantes da MEJC; as reuniões correspondentes a esta iniciativa acontecem simultaneamente com as acompanhantes e pacientes às quartas-feiras. Com as acompanhantes as reuniões acontecem no anfiteatro Dr. Leide Moraes; este é um dos momentos em que a equipe do serviço social pode estreitar o diálogo com os usuários para que eles possam expor suas queixas, dúvidas e sugestões. Também existe uma reunião que

é realizada com as pacientes ocorre na Unidade C, mais especificamente com as mães que participam do Projeto Canguru e estão internadas ou acompanhando os bebês nesta enfermaria.

As pacientes que buscam atendimento na MEJC são em sua maioria mulheres de camadas populares vindas do interior do estado do RN. Grande parte delas carrega gestações consideradas "de risco". A escassez de atendimento hospitalar nos municípios do interior do Rio Grande do Norte é um dos fatores determinantes para a sobrecarga do serviço; o fato de a MEJC ser uma unidade de referência no atendimento a mulheres com gestação de alto risco também.

Em relação à instrumentalidade utilizada no cotidiano profissional das assistentes sociais, destaca-se a **entrevista social**, que é realizada com as mães que estão com os RN's – Recém-Nascidos - na UTI Neonatal. Também destaca-se a **observação** feita no momento das visitas aos leitos das enfermarias Unidade de Parto Humanizado – UPH; Alto Risco – AR; Unidade Canguru – UC; Ginecologia e UB, onde ficam as mães e os RN's após saírem da UPH. Além do atendimento a demanda espontânea que procura diariamente a sala do serviço social em busca das mais variadas orientações.

O serviço social na MEJC tem muitos desafios a superar: é notável a falta de conhecimento no âmbito desta unidade de saúde acerca do que é atribuição do serviço social. Por este motivo é recorrente que requisitem a presença de uma assistente social para atendimentos que não cabem ao serviço social; que seriam de atribuição da psicologia, por exemplo. Também não há reconhecimento por parte dos outros profissionais: algumas vezes a assistente social é vista como telefonista, pelo fato de realizar contato com outras maternidades em busca de vagas, informar alta hospitalar e marcar exames.

5. EXPOSIÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS - *Pesquisa De Satisfação, MEJC 2013/ Usuários.*

Objetivando a identificação dos aspectos relevantes o bom funcionamento da instituição, a *Pesquisa de Satisfação/ MEJC 2013* foi realizada com os usuários do serviço em março de 2013; a partir da aplicação de um questionário contendo 21 perguntas objetivas, onde os usuários avaliaram tanto a relação *profissional-usuário* quanto a estrutura física da maternidade.

A apresentação desses resultados torna-se elemento complementar a esta pesquisa quando considera-se que, a relação *profissional-usuário* e a avaliação do usuário ao serviços oferecidos, são pontos a serem analisados quando fala-se em ferramenta de controle social ao Sistema Único de Saúde. Neste sentido, conseqüentemente perpassam pela execução da Política Nacional de Humanização, visto que, a PNH visa à garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto, e nascimento no que diz respeito à suficiência de leitos; ao direito a acompanhante; as boas práticas e a ambiência.

Dessa forma, a amostra a seguir apresenta dados colhidos a partir de uma análise secundária dos resultados obtidos através da pesquisa em questão. Reunidos esses dados, procedeu-se com a elaboração de gráficos para facilitar o entendimento das informações. É importante ressaltar ainda que, embora a *Pesquisa de Satisfação/ MEJC 2013* tenha abrangido todas as unidades da maternidade, este documento restringir-se a explorar apenas os dados referentes às Unidades Canguru e Unidade de Parto Humanizado, tendo em vista que são unidades onde foram implementados os projetos *mãe canguru e apoio a mãe acompanhante* e o *Programa de assistência ao parto humanizado*.

5.1 Conhecendo o perfil das usuárias

A instituição oferece atendimento a mulheres de todas as camadas da população, no entanto, a maior parte da demanda advém da população de baixa renda. Isso se deve por sua forma de atuação, pois dentro do que se propõe, adotando o sistema público único de saúde financiado com recursos dos orçamentos públicos, a MEJC oferece atendimento a toda sociedade, o que acaba contribuindo para que a população de baixa renda busque o acesso ao serviço.

De acordo com a pesquisa, identifica-se que o grau de escolaridade da maior parcela de usuárias varia entre 53% que possui o nível fundamental Incompleto e 17% concluiu o ensino médio (FIG. 1).

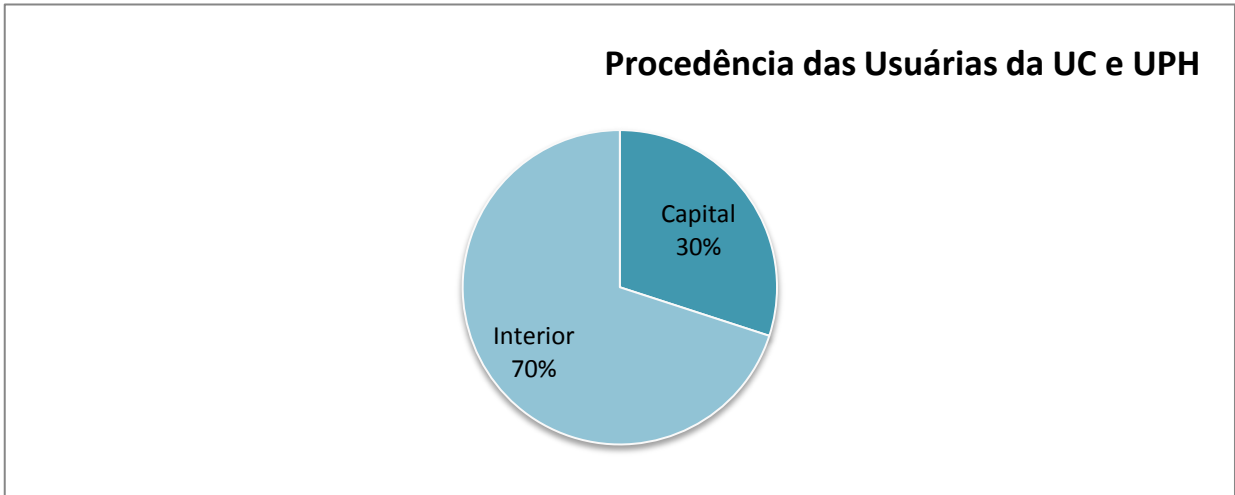


FIGURA 1: Escolaridade da amostra

Fonte: pesquisa de satisfação do usuário (Março de 2013)

Atendendo a demanda populacional a maternidade presta assistência clínica, médica, cirúrgica e obstétrica, entre outras intercorrências e emergências obstétrico – ginecológicas, às mulheres do município de Natal e advindas do interior do estado do Rio Grande do Norte. Entretanto constata-se que a maior parcela de usuárias é advinda de municípios do interior do estado (FIG. 2).

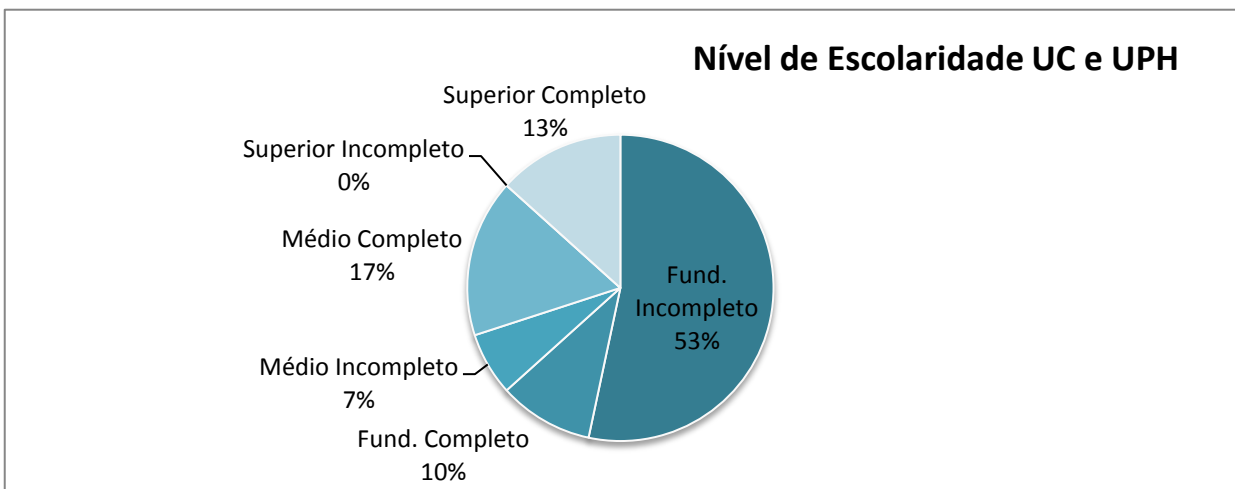


FIGURA 2: Distribuição dos usuários quanto à procedência

Fonte: pesquisa de satisfação do usuário (Março de 2013)

Esses dados nos permitem fazer a constatação da primeira dificuldade enfrentada pela MEJC. Tendo em vista que a comum demanda da instituição são

usuárias de todo Rio Grande do Norte, visto que, é referencia na área de alto risco gestacional, e todas as residentes da região leste do município de Natal, o fato da maternidade acolher a demanda exterior a sua abrangência, como é o caso das usuárias advindas do interior, prejudica o bom funcionamento da instituição, considerando que a escassez de atendimento hospitalar nos municípios do interior do RN é um dos fatores determinantes para a sobrecarga do serviço. Diante desse fato nos deparamos com a segunda dificuldade enfrentada pelo serviço: Como é possível operar de maneira integral quando as falhas do serviço primário interferem diretamente no setor de média e alta complexidade.

Seguindo o que regulamenta os princípios da humanização a Maternidade Januário Cicco garante um “acolhimento com classificação de risco” (Portaria nº 4.279/GM/MS, de 2010) a todas as usuárias que procuram o serviço. Neste sentido, o que pude observar, durante as experiências de estagio na instituição, é que quando essas mulheres chegam ao serviço elas já estão em situação *emergente* necessitando de intervenção imediata, dessa forma os profissionais são obrigados a proceder com a internação mesmo que o serviço não tenha estrutura nem capacidade para tal demanda.

Neste caso, embora exista um compromisso profissional com os usuários as ações acabam sendo fragilizadas, no sentido de que, com a incapacidade de leitos, pela falta de estrutura da instituição, provavelmente existirão macas no corredor e com o aumento da demanda, provavelmente ocorrerá sobrecarga de trabalho, já que os profissionais são obrigados a absorver a responsabilidade por esses pacientes.

Dessa forma os prejuízos são sentidos tanto pelos os usuários, que se vem obrigados e submissos a condições desconfortantes, se não desumanizantes, como por exemplo o fato de ter que passar horas e horas em uma cadeira “em pleno trabalho de parto”, como certa vez me confidenciou um usuária; quanto pelos profissionais que convivem diariamente com um cenário desgastante, fato agravado ainda pela imposição de baixos salários que, conseqüentemente levam o trabalhador a dupla ou tripla jornada de trabalho ou ao excesso de horas extras para complementar o “salário”, visto que a maioria dos técnicos em enfermagem que atuam na instituição são bolsistas que recebem um auxílio em vez de um salário.

5.2 Opinião das usuárias quanto ao acolhimento do serviço.

Cuidar é quando vejo a sua capacidade de sorrir.

É quando vejo que você é feliz no desempenho do seu trabalho.

É quando você me faz sentir seguro em suas mãos.

É quando você não me vê como um moribundo, e assim ajuda-me a viver.

Fala de um usuário citada por Silva (2005).

Considerando o que prever as normas de implementação da Rede Cegonha no deferimento de suas diretrizes, a garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento tornam-se elementos consideráveis ao desenvolvimento desta análise. Por tanto, é de fundamental importância considerar o que os usuários têm a dizer acerca da MEJC tanto no que se refere à ambiência quanto ao serviço.

Dessa maneira avaliando aspectos como: grau de satisfação do usuário quanto à educação e respeito da equipe envolvida na assistência; a sensação de confiança do usuário, na equipe de saúde, durante o atendimento e a disponibilidade das informações e esclarecimentos ao usuário sobre o seu estado de saúde, foram obtidos os resultados que se seguem.

5.2.1 Análise do Grau de satisfação do usuário quanto à educação e respeito da equipe de saúde.

No que abrangem os direitos do paciente, através da Lei 8080, o usuário tem o direito de ser tratado e identificado pelo nome e sobrenome, e não por números, códigos ou de modo genérico, ele precisa ser tratado com respeito e dignidade. Considerando esses argumentos, avaliou-se o grau de satisfação dos usuários quanto à equipe, de acordo com a FIG. 3.

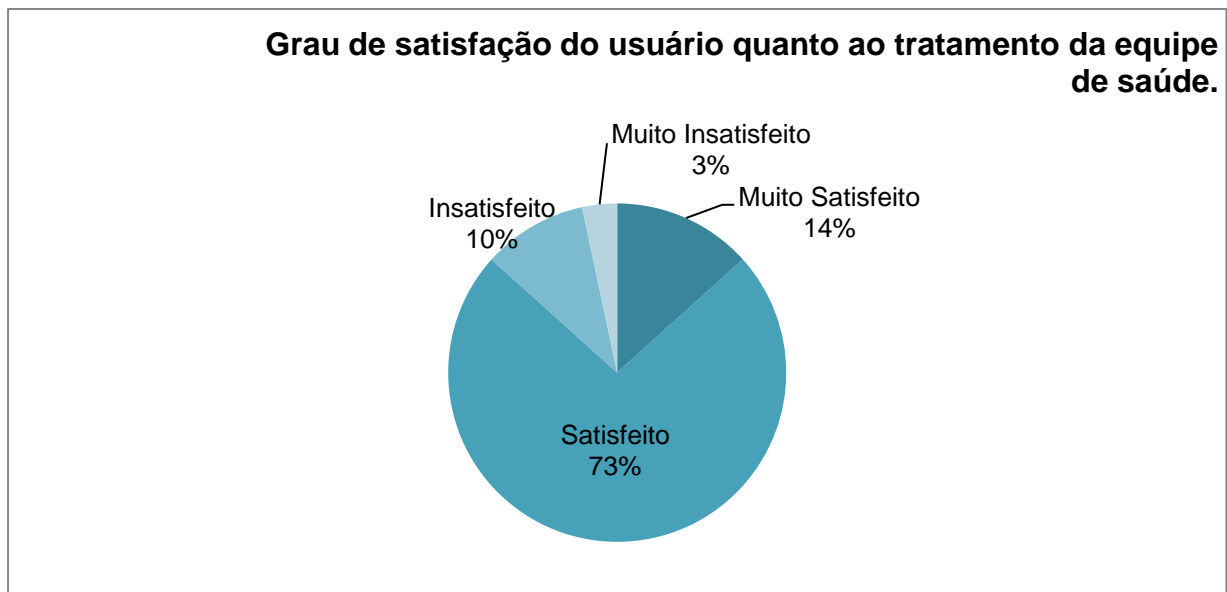


FIGURA 3: Grau de satisfação do usuário quanto à educação e respeito da equipe de saúde.

Fonte: pesquisa de satisfação do usuário (Março de 2013).

Diante dos resultados podemos observar que 87% dos usuários estão satisfeitos ou muito satisfeitos com o atendimento do serviço, isso aparece como ponto positivo, pois revela que existe um compromisso profissional com a dignidade humana. Sabemos que no cotidiano de um serviço de saúde os problemas emergem simultaneamente, mas é importante reconhecer que acima desses problemas existe um conjunto de profissionais que acreditam que as ações transformadoras partem das pessoas, e empenham-se em garantir o acesso à saúde aos usuários.

Entretanto esta análise não se detém a observar um único aspecto dos dados, mas a totalidade que eles demonstram. Portanto não podemos desconsiderar o fato de que, existe uma pequena parcela insatisfeita com as atitudes de alguns profissionais, sobretudo, quando se fala em humanização das práticas assistenciais.

Considerando que uma das principais características do trabalho em saúde é o fato de que ele é relacional, isto é, acontece mediante a relação entre um trabalhador e o usuário, seja ele individual ou coletivo, “o profissional por meio de sua postura, de seu olhar, de seu toque e de seus gestos, consegue aliviar a condição de fragilidade do paciente, ajudando-o a manter sua dignidade, tratando-o como ser humano” (Silva, 2005. P. 59). Dessa forma é imprescindível que se compreenda a saúde e o cuidado em saúde como um direito que precisa ser

respeitado não só porque a lei regulamenta isso, mas porque o usuário precisa disso.

5.2.2 Sensação de confiança na equipe de saúde

Segundo Stefanelly (2005) a confiança é o sentimento que permite a pessoa aprender a lidar com o mundo e resolver os problemas ela inclui o respeito, honestidade, consistência, fé e esperança; é um dos principais fatores do bom relacionamento. No trabalho em saúde, não se pode sequer falar numa relação verdadeiramente terapêutica sem que haja uma relação de confiança. Nesse sentido, conquistar a confiança, por si só, já é um desafio. “É não apenas a experiência e uma grande alegria, mas uma potência capaz de sustentar as dificuldades maiores de uma relação.” (Teixeira, 2005. P. 12).

A confiança precisa ser analisada neste documento, principalmente porque o objetivo principal do PNHAH seria o de aprimorar as relações entre profissionais, entre usuários/profissionais (campo das interações face-a-face) e entre hospital e comunidade (campo das interações sócio comunitárias) (Deslandes, 2004).

De acordo com as usuárias da MEJC, os profissionais transmitem confiança nas ações que desenvolvem (FIG. 4). Isso é um ponto muito positivo, considerando que a instituição é um hospital escola e que uma parcela dos profissionais que atuam nela são estudantes.

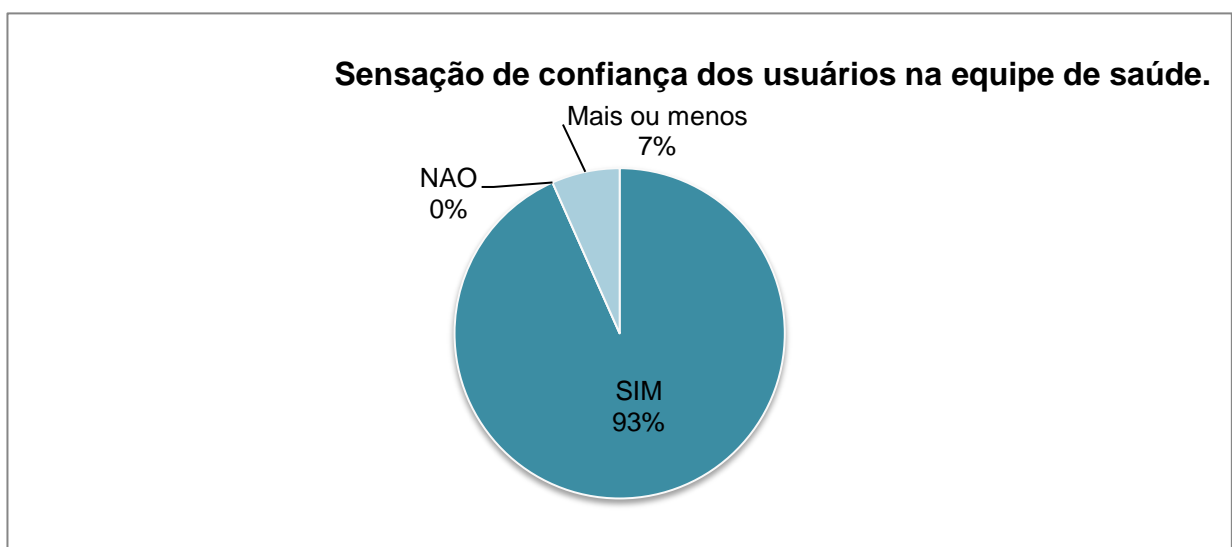


FIGURA 4: Sensação de confiança dos usuários na equipe de saúde.
Fonte: pesquisa de satisfação do usuário (Março de 2013)

Esse fator demonstra que, embora a humanização seja um elemento recentemente incorporado às práticas de saúde, ela já vem sendo explorada, discutida e incorporada nos próprios currículos de graduação dos profissionais da área.

5.2.3 Informações e esclarecimentos sobre estado de saúde.

Em muitas situações, a falta de conhecimento por parte da clientela dos serviços acarreta inúmeros problemas relacionados ao abandono de tratamento e o uso incorreto de medicações. Por este motivo a comunicação é indispensável para a assistência à saúde, pois é o principal meio de veiculação do processo educativo. “Enquanto atividade de suporte aos programas de saúde constitui-se em recurso para estabelecer a confiança e a vinculação do usuário ao profissional e ao serviço de saúde.” (Chiesa e Veríssimo, p. 38. Manual de Enfermagem). Neste sentido a compreensão do usuário acerca do seu problema depende de conhecimentos, incluindo informações e experiências anteriores e atuais, e também do significado desses conhecimentos no contexto de valores da pessoa.

Dessa forma é indispensável que os profissionais compartilhem a informação técnica, que é difícil e complicada, de forma objetiva e compreensível, exponha o que é o problema, suas causas e medidas de intervenção possíveis, para que o usuário compreenda e participe de seu estado de saúde, fator observado na FIG 5.

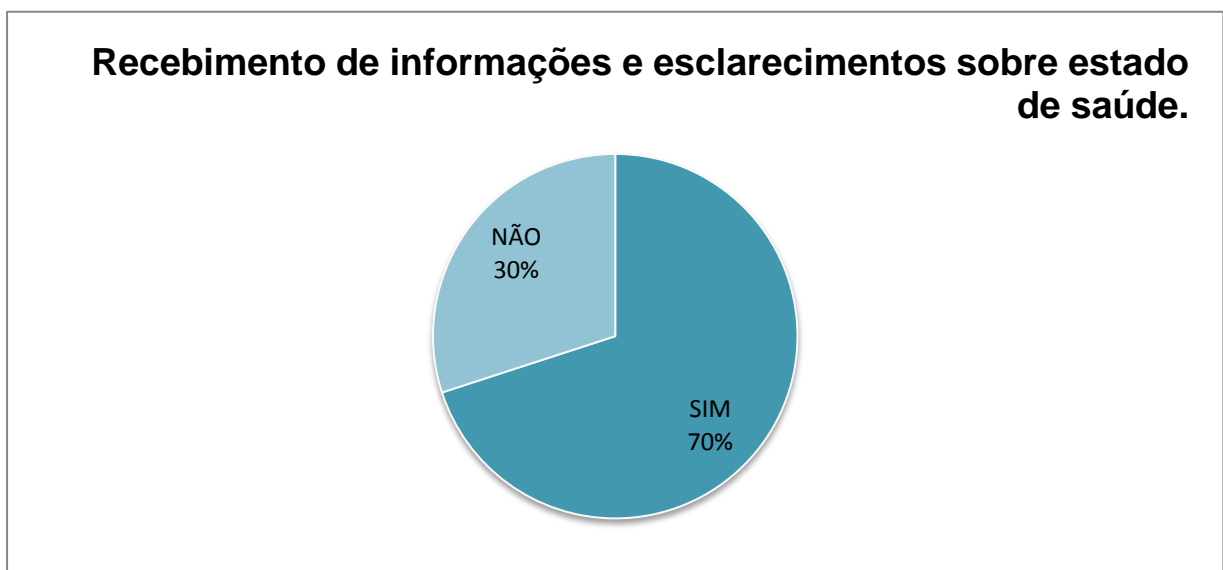


FIGURA 5: Recebimento de informações e esclarecimentos sobre estado de saúde.
Fonte: pesquisa de satisfação do usuário (Março de 2013)

5.3 Opinião acerca da estrutura da Maternidade

Diante do que regulamenta a portaria nº 2.395, de 11 de Outubro de 2011 as Portas de Entrada Hospitalares de Urgência serão consideradas qualificadas ao se adequarem aos seguintes critérios: “II - implantação de processo de Acolhimento com Classificação de Risco, *em ambiente específico*, identificando o paciente segundo o grau de sofrimento ou de agravos à saúde e de risco de morte, priorizando-se aqueles que necessitem de tratamento imediato; VII - implantação de mecanismos de gestão da clínica, visando à: (...) eficiência de leitos”.

No que abrange as diretrizes da humanização, a instituição tem obrigação de garantir as práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento, a partir da suficiência de leitos; direito a acompanhante; boas práticas e da ambiência, como já colocado no início deste capítulo. Neste sentido, considerando que o número de leitos oferecidos pela instituição está diretamente ligado ao (des)conforto das pacientes, foi-se questionado como elas se sentem em relação à ambiência da MEJEC (FIG 6 e 7).

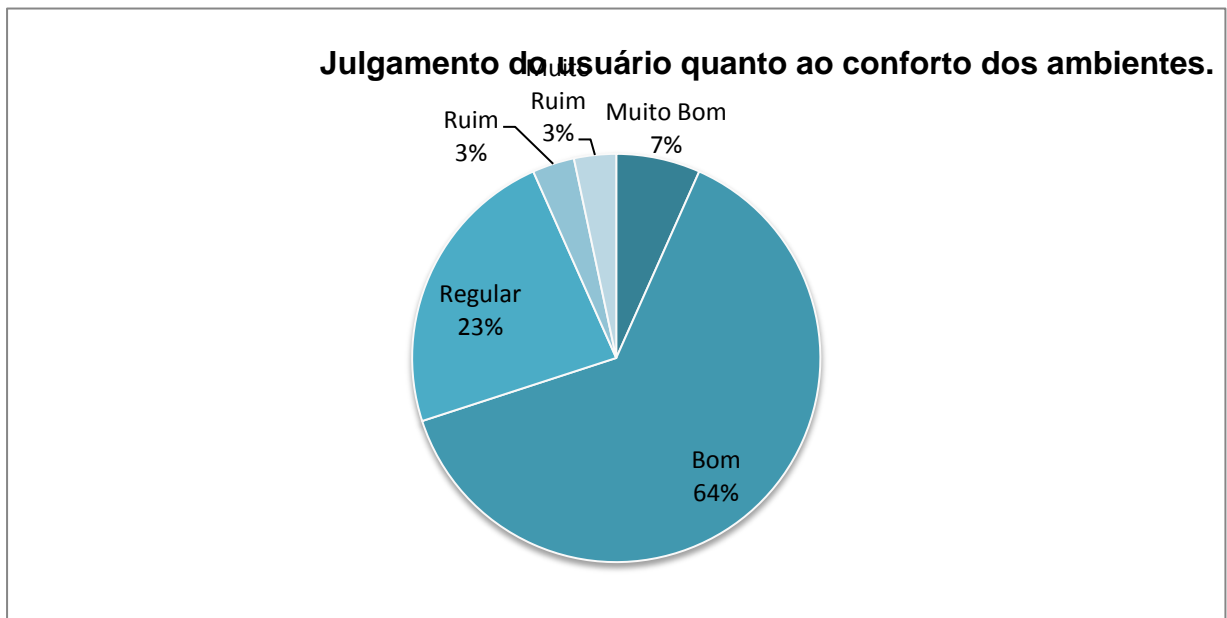


FIGURA 6: Julgamento do usuário quanto ao conforto dos ambientes.
Fonte: pesquisa de satisfação do usuário (Março de 2013).

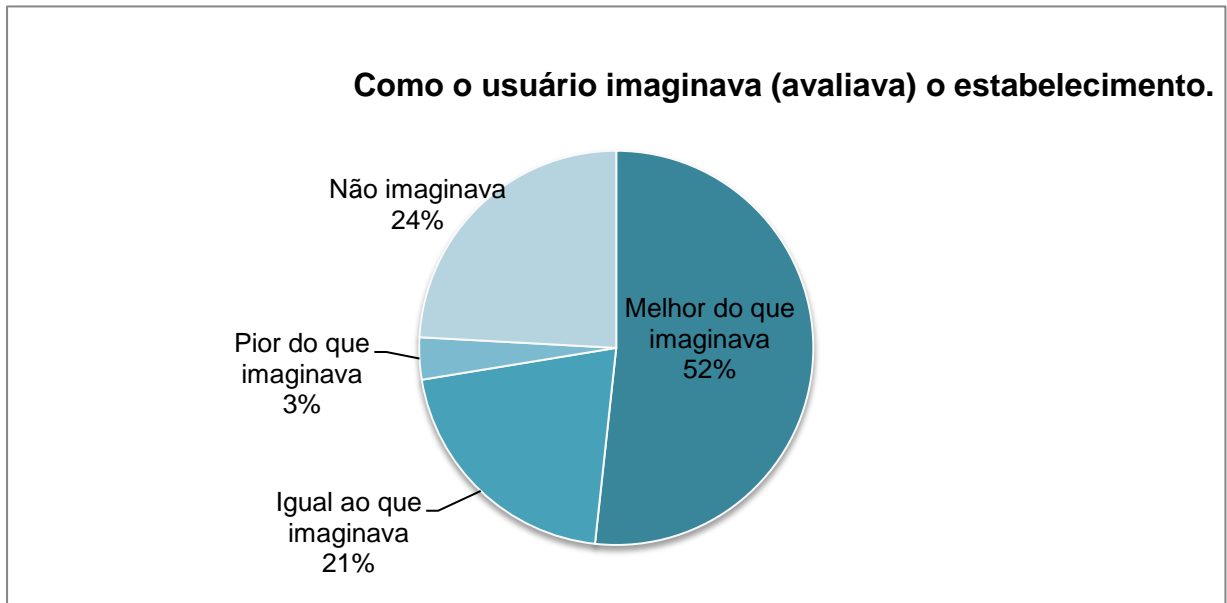


FIGURA 7: Como o usuário imaginava (avaliava) o estabelecimento.

Fonte: pesquisa de satisfação do usuário (Março de 2013)

O exame desse resultado não está desvinculado da análise feita a partir dos resultados da FIGURA 2, está claro que não existem grandes problemas na maternidade, considerando que 70% das usuárias julgam o conforto dos ambientes bom ou muito bom, a grande questão são os problemas que terminam lá. Explicando melhor os fatos, a questão é a seguinte: com a escassez de atendimento nos municípios do interior do estado, ou seja, com uma lacuna no atendimento em rede, a maternidade, que é um hospital de referência, fica sobrecarregada com a demanda, e conseqüentemente não consegue oferecer atendimento de forma igualitária a todos os pacientes.

Diante disso sempre vai existir uma parcela, mesmo que pequena insatisfeita com o serviço oferecido, este é um quadro que se repete não só na estrutura da Maternidade Januário Cicco, mas são fatores comuns na maioria dos serviços de saúde de nosso país. Isso nos faz refletir que quando sem tem uma estrutura em rede, uma pequena falha pode, não só insatisfazer um indivíduo, mas impedir que ele tenha acesso aos seus direitos. E quando este fato está relacionado à saúde o problema torna-se ainda maior, pois pode-se estar colocando em risco a vida desse indivíduo.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.

O presente trabalho que teve como propósito a análise dos principais aspectos que norteiam a realidade na execução da Política Nacional de Humanização, tendo com referência a Maternidade Escola Januário Cicco – Natal/RN possibilitou identificar aspectos significativos quanto aos limites e possibilidades de execução da PNH.

Segundo Souza (2009) “a PNH dá um salto qualitativo, ao considerar a situação na qual estão inseridos os trabalhadores, gestores e usuários, e ao sinalizar para a mudança no modelo de atenção e gestão na saúde, a fim de avançar em direção à qualificação do SUS”.

Entretanto a pergunta que centralizou essa discussão foi: seria possível garantir uma gestão mais democrática do usuário, do trabalhador ou até mesmo do gestor da saúde, deixando de lado ou desconsiderando aspectos fundamentais como às condições de trabalho do profissional da saúde, sobrecarga de trabalho, condições salariais; no caso do usuário, o acesso às informações, espaços de participação, etc. Esta análise nos permitiu constatar que não é possível garantir a totalidade da assistência humanizada quando se avalia tanto a ineficiência de alguns serviços básicos, quanto à escassez de recursos para suprir a demanda total, pois quando se visa à humanização todos os elementos precisam ser incorporados à avaliação.

A análise feita na Maternidade Januário Cicco mostrou que a proposta da humanização pode ser executada, principalmente porque está mais relacionada às ações práticas do que a estrutura material. Entretanto não se pode desconsiderar que a estrutura ofertada influí diretamente nas questões relacionais, principalmente quando avaliamos que a falta de estrutura e de condições de trabalho contribui para fragilizar as relações e propiciar um ambiente desconfortante tanto para o usuário quanto para o profissional. Neste aspecto, destaca-se que o principal dilema não está na falta de estrutura física da maternidade, considerando que a instituição é dotada de uma ótima estrutura, tanto no que se refere aos leitos quanto aos equipamentos; mas sim na sobrecarga do serviço, que propicia um ambiente desconfortante.

Em síntese, os dados revelam que embora existam pontos que precisam ser reavaliados e não podem ser desconsiderados, visto que influenciam não só na execução da política, como no bem estar de usuários e profissionais; como é o caso da baixa remuneração e sobrecarga dos profissionais, e da (des)responsabilização dos municípios por seus usuários; a maternidade, aqui representada na pessoa de seus profissionais, que se dedicam ao pleno desenvolvimento de suas funções, aparece como uma instituição compromissada exercício das práticas humanizadas.

Diante de tudo que foi colocado, é necessário compreendermos que se a intenção é humanizar as relações assistências, torna-se preciso além da presença de um cuidador e uma pessoa que será cuidada, conceitos e atitudes éticas (ALMEIDA, 2012). Portanto, conclui-se que é necessário avançar no sentido de construir e fortalecer práticas voltadas para potencializar a capacidade de participação de sujeitos individuais e coletivos (usuários e trabalhadores) na efetiva construção de condições objetivas dignas de trabalho e atendimento no SUS, dentre as quais se incluem não só a defesa dos direitos existentes, mas a luta pela ampliação e incorporação de novos direitos.

Finalmente, não se pode negar que, no que tange a PNH, cabe ao assistente social, como um profissional que “atua a partir de uma análise macroscópica da questão social expressa na realidade, que se materializa na vida dos sujeitos” (CFESS, 2009); uma aproximação com a questão, considerando que são estas ações permitem impulsionar ações inovadoras no sentido de reconhecer e atender as reais necessidades dos segmentos. Precisamos reconhecer que a penas o conhecimento sobre a PNH não é suficiente para provocar mudanças, isso implica numa revisão de valores, conceitos e posturas por parte de todos os sujeitos envolvidos no processo da saúde. “Cabe a cada um, empenho para transformar a Política Nacional de Humanização, de utopia em uma realidade alcançável”. (Silva; Arizno, 2008).

REFERÊNCIA

AGUILERA, Carlos Eduardo; BAHIA, Lucia. **Temas de Políticas de Saúde**. Universidade Federal do Rio de Janeiro 1993.

BRAGA, José C.S; PAULA., Sérgio G. **Saúde e Previdência Estudo de Política Social**. São Paulo; Hucitec, 1986.

BRASIL, LEI N° 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRASIL, **LEI N° 8.142**, de 28 de Dezembro de 1990.

BRASIL, Ministério da saúde, secretaria de gestão do trabalho e educação em saúde. **Curso de formação de facilitadores da educação permanente em saúde. Unidade de aprendizagem – Trabalho e relações na produção do cuidado em saúde**. Rio de Janeiro: Brasil, Ministério da saúde/ Ficcroz. 2005.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil**. In: **Serviço Social e Saúde**. Mota, Ana Elizabete [et.al.], (org.) 2ed. – São Paulo: OPAS,OMS, Ministério da Saúde, 2007.

CARVALHO, A. e GIOVANELLA, L. A IX Conferencia Nacional de Saúde. **Conjuntura e Saúde**, Rio de Janeiro, p. 11-21, ago.1992.

CARVALHO, A. e SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde: comentários à lei Orgânica de Saúde (leis 8.080,/90 e 8.142/90)**. São Paulo: Hucitec, 1992.

CFESS. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. – Brasília, 2009.

CFSS 2010. **Parâmetros Para Atuação De Assistentes Sociais Na Política De Saúde**, Disponível em www.cfess.org.br/.../parametros_para_a_atuacao_de_assistentes_sociais_na_saude.pdf

CHIESA, Ana aria; VERISSIMO, Maria De La O Ramalho. **A educação em saúde na prática do PSF.** Disponível em <
[http://www.intranet.fct.br/upload/141196/195508_A Educa o em sa-
 de na Pr tica dp PSF.pdf](http://www.intranet.fct.br/upload/141196/195508_A_Educa_o_em_sa-de_na_Pr_tica_dp_PSF.pdf) >

COELHO, Elza B. Salema, VERDI, Marta, CLLARI, Edmar R. da Silva. **Sistema Único de Saúde: uma aproximação política da saúde como direito de todos e dever do Estado.** In: **Contextualizando o Auxiliar de Enfermagem no Ambiente Social: estudos regionais de saúde pública.** Souza, Maria de Lourdes [et. Al] 2ed. Florianópolis: NFR/SPB. CCS-UFSC ,1997. 231p. p.50-54 [Serie Auxiliar de Enfermagem, 5v. V.].

COELHO, Elza B. Salema; WESTRUPP, Maria Helena B.; VERDI, Marta; SOUZA, Maria Lourdes. **As políticas de saúde no Brasil alguns recortes.** In: **Contextualizando o Auxiliar de Enfermagem no Ambiente Social: estudos regionais de saúde pública.** Souza, Maria de Lourdes [et. Al] 2ed. Florianópolis: NFR/SPB. CCS-UFSC ,23p1997.

CONCEIÇÃO, Tainá Souza. **A Política Nacional de Humanização e suas implicações para a mudança do modelo de atenção e gestão na saúde: notas preliminares.** Ser Social, Brasília, v. 11, n. 25, p. 194-220, jul./dez. 2009.

CORREIA, Maria Valeria C. **Controle Social na Saúde.** In: **Serviço Social e Saúde.** Mota, Ana Elizabete [et.al.], (org.) 2.ed. – São Paulo: OPAS,OMS, Ministério da Saúde, 2007.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. **O trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos(as) Assistentes Sociais.** Serviço Social e saúde/ Ana Elizabete Mota...[et.al.], (orgs) – 4. Ed. – São Paulo: Cortez; Brasília ,< DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

DESLANDES, S. F.. **Discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar.** Disponível em:
 <<http://www.scielo.br/pdf/%OD/CSC/v10n3/a16v10n3.pdf>>.

DESLANDES, S.F. (Org.) In: _____. Humanização: revisitando o conceito a partir das contribuições as sociologia médica p. 33-47.

FERREIRA, Aurélio B.H. **Novo dicionário da língua portuguesa 2ed.** Rio de Janeiro. Nova fronteira, 1986.

GRAMISCI, Antonio. Maquiavel – **Notas sobre o Estado e a política.** In COUTINHO, Carlos Nelson (ed. E trad.); HENRIQUES, Luiz Sérgio e NOGUEIRA, Marcos Aurélio (co-eds.). *Cadernos do Cárcere.* Rio de Janeiro ; Civilização Brasileira, v. 3, 2000.

LIMA, Rita de C. Duarte; OLIVEIRA, Elizabete R. A.; CADE, Nágela V.; RABELLO; Mariana Laingier; SANTANA, Lilina G. **O processo de cuidar da enfermagem: mudanças e tendência no mundo do trabalho.** *Cogitare Enferm* 2005 mai/ago; 10(2):63-37.

LUZ, M.T. **Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” anos 80.** *Physis- Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.1,n.1p.77-94, 199. _____. *Manual de Enfermagem.* p. 38. Disponível em: <www.ids-saude.org.br/enfermagem>.

Maternidade Escola Januário Cicco. Disponível em <<http://www.sistemas.ufrn.br/portalufrn/PT/hospitais/maternidade>> Acesso em 20 de Julho de 2013.

Maternidade Escola Januário Cicco. Universidade Federal Do Rio Grande Do Norte. Avaliação De Satisfação Do Usuário. Natal –RN, março 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: política nacional de humanização: documentos base para gestores e trabalhadores do SUS.* Brasília, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: política nacional de humanização – a humanização com eixo norteador das praticas de atenção e gestão em todas as instancias do SUS.* Brasília, 2004a.

NESTSCHE, E. **Uma proposta pedagógica emancipatória para o curso de enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria -RS.** Santa Maria UFSM, 1993. Dissertação (Mestrado em Educação)- Curso de pós-graduação em educação - Universidade Federal de Santa Maria, 1993.

NETO, J.M. **Políticas de Saúde no Brasil: a descentralização de seus atores.** *Saúde em debate*, n.31 p54-66. Mar.1991.

OLIVEIRA, Beatriz Rosana Gonçalves de; PRAMIU, Elza Ema de Souza & ROZENDO, Célia Alves. **O controle social no SUS e a participação dos enfermeiros no segmento representação dos trabalhadores de saúde no município de cascavel – PR.** P. 350. Disponível em <http://www.abeneventos.com.br/2senabs/cd_anais/pdf/id140r0.pdf> Acesso em: 20 de julho de 2013.

OLIVEIRA, Jaime A.A.; TEIXEIRA FLEURY, Sônia M (Im). **Previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil.** Rio de Janeiro: Vozes/Abrasco, 1986.

PASCHER, Dario Frederico. **Humanizar a formação para humanizar o SUS. Serie B. textos básicos de saúde.** 1 ed, 2010. P. 65-72.

Silva, MJP. O aprendizado da linguagem não verbal e o cuidar. IN: STEFANELLI, M.C; CARVALHO, E.C (Org.). **A comunicação nos diversos contextos da enfermagem.** São Paulo: Manole, 2005. P 47-61.

SILVA, Regina Célia Pinheiro da.; ARIZONO Adriana Davoli. **A política nacional de humanização do SUS e o Serviço Social.** Revista Ciências Humanas – Universidade de Taubaté (UNITAU) – brasil – vol. 1, N. 2, 2008. Volume 1, número 2, 2008. Disponível em < <http://www.unitau.br/revistahumanas>>

SOUZA, Tainá. **Algumas reflexões acerca do chamamento do Serviço Social para implementação da Política Nacional de Humanização: desafio a atuação profissional,** 2009. Disponível em: <www.ets.unc.edu.br/xxseminario/data/3/3brsouza.pdf> .

STEFANELLI, M.C. Introdução à comunicação terapêutica. In: STEFANELLI, M.C; CARVALHO, E.C (Org.). **A comunicação nos diversos contextos da enfermagem.** São Paulo: Manole, 2005. P. 63- 72.

VASCCELOS, Ana Maria de. **Serviço Social e práticas democráticas na saúde.** Serviço Social e saúde/ Ana Elizabete Mota...[et.al.], (orgs) – 4. Ed. – São Paulo: Cortez; Brasília ,< DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

ANEXOS

ANEXO 2

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

MATERNIDADE ESCOLA JANUÁRIO CICCO

SERVIÇO SOCIAL

ENTREVISTA SOCIAL

1) Identificação:

Nome: _____

Data do Internamento _____ Data da Alta:

Idade: _____ Naturalidade: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

2) Situação Sócio-Econômica:

Estado civil: _____

Conjuge/companheiro: _____

Responsável: _____

Escolaridade: _____

Profissão: _____

Local de Trabalho: _____

Renda: _____

3) Situação da Família:

4) Observações:

Data: __/__/__

Assistente Social

ANEXO 3

UFRN – MATERNIDADE ESCOLA JANUÁRIO CICCO

SERVIÇO SOCIAL

AUTORIZAÇÃO DE SEPULTAMENTO PELO SERVIÇO SOCIAL

O Serviço Social da Maternidade Escola Januário Cicco autoriza o sepultamento do recém-nascido da paciente _____, tendo em vista o óbito ter ocorrido em ___/___/___ às _____ horas e os familiares não terem comparecido para tomar as devidas providências no sentido de realizar ou autorizar o sepultamento.

Natal ___/___/___

Assistente Social

CRESS _____

ANEXO 4

QUESTIONÁRIO APLICADO JUNTO AS USUÁRIAS DA MATERNIDADE



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
MATERNIDADE ESCOLA JANUÁRIO CICCO
AVALIAÇÃO DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

1) Qual é o seu grau de escolaridade?

- Fund. Incompleto Fund. Completo Médio Médio Completo
 Superior Incompleto Superior Completo

2) Reside

- Capital Interior

3) Quanto ao tempo que esperou para ser atendido na enfermaria em que está internada, você acha que:

- Demorou muito Demorou Demorou pouco
 Não demorou Não foi atendido

4) Em relação ao tempo de espera para atendimento, você se sente:

- Muito satisfeito Satisfeito Insatisfeito Muito Insatisfeito

5) Grau de satisfação do usuário quanto à educação e respeito da equipe de saúde

Muito satisfeito Satisfeito Insatisfeito Muito Insatisfeito

6) Você confia na equipe de saúde que lhe atendeu?

SIM NÃO Mais ou menos

7) Recebimento de informações e esclarecimentos sobre estado de saúde

SIM NÃO

8) Você sabe o nome do profissional que lhe atendeu?

SIM NÃO

9) Você sabe onde reclamar quando não é bem atendido?

SIM NÃO

10) Julgamento do usuário quanto à limpeza dos ambientes.

Muito Bom Bom Razoável Ruim Muito Ruim

11) Julgamento do usuário quanto ao conforto dos ambientes.

Muito Bom Bom Razoável Ruim Muito Ruim

12) Percepção dos usuários quanto à existência de sinalização (placas indicativas de orientação).

SIM NÃO Não Observei

13) Sensação de limpeza e conforto das roupas fornecidas.

Limpas: Sim Não

Confortáveis: Sim Não

Não foi oferecido

14) Grau de satisfação em relação à alimentação.

Muito satisfeito Satisfeito Insatisfeito Muito Insatisfeito

15) Existência de acompanhante de livre escolha do usuário

SIM NÃO

16) Existência de acomodações satisfatórias para acompanhante.

SIM NÃO Às vezes

17) Alimentação garantida para acompanhante.

SIM NÃO Às vezes

18) Percepção do usuário quanto ao tempo de permanência da visita.

Maior que gostaria Como gostaria Menor que gostaria Não recebo visitas

19) Você pagou pelo procedimento recebido no estabelecimento?

SIM NÃO

20) Como você avalia o estabelecimento?

Melhor do que imaginava Igual ao que imaginava

Pior do que imaginava Não imaginava