



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS – CCSA
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL – DSS
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

**OS LIMITES E POSSIBILIDADES DE EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA DE
HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR NO INSTITUTO DE SAÚDE
ELPÍDIO DE ALMEIDA - DE CAMPINA GRANDE/PB**

CARMEN LUCIA ARAUJO GONÇALVES DIAS

CAMPINA GRANDE – PB

2013

**OS LIMITES E POSSIBILIDADES DE EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA DE
HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR NO INSTITUTO DE SAÚDE
ELPÍDIO DE ALMEIDA - DE CAMPINA GRANDE/PB**

CARMEN LUCIA ARAUJO GONÇALVES DIAS

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à
Coordenação do Curso de Serviço Social da
Universidade Estadual da Paraíba, como pré-requisito
para obtenção do título de Bacharela em Serviço Social.

Orientadora: Prof^a Dra. Alessandra Ximenes

CAMPINA GRANDE – PB

2013

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA SETORIAL CIA I- UEPB

D5411 Dias, Carmen Lúcia Araújo Gonçalves.

Os limites e possibilidades de efetivação da política de humanização na assistência hospitalar no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida de Campina Grande-PB /Carmen Lúcia Araújo Gonçalves Dias. – 2013.

27 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2013.

“Orientação: Profa. Dra. Alessandra Ximenes, Departamento de Serviço Social”.

1. Política da saúde. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Humanização. 4. ISEA. I. Título.

21. ed. CDD 362.1

**OS LIMITES E POSSIBILIDADES DE EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA DE
HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR NO INSTITUTO DE SAÚDE
ELPÍDIO DE ALMEIDA - DE CAMPINA GRANDE/PB**

CARMEN LUCIA ARAUJO GONÇALVES DIAS

BANCA EXAMINADORA

Alessandra Ximenes DSS
Prof.^a. Dra. Alessandra Ximenes DSS/CCSA/UEPB
Orientadora

NOTA: 8,0

Thaísa Simplicio Carneiro Matias
Prof.^a. Ma. Thaísa Simplicio Carneiro Matias DSS/CCSA/UEPB
Examinadora

NOTA: 8,0

Maria do Socorro Pontes de Souza
Prof.^a. Ma. Maria do Socorro Pontes de Souza DSS/CCSA/UEPB
Examinadora

NOTA: 8,0

Trabalho aprovado em: 04 de setembro de 2013.

Média: 8,0

CAMPINA GRANDE – PB

2013

**OS LIMITES E POSSIBILIDADES DE EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA DE
HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR NO INSTITUTO DE SAÚDE
ELPÍDIO DE ALMEIDA - ISEA DE CAMPINA GRANDE/PB**

CARMEN LUCIA ARAUJO GONÇALVES DIAS¹

RESUMO

O presente artigo tem por objetivo investigar os limites e possibilidades para a efetivação da Política de Humanização na Assistência Hospitalar no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA) de Campina Grande-PB, após implantação da Política Nacional de Humanização da Saúde (PNH). Para tanto traçamos como objetivos específicos percorrer o caminho da Instituição para implantação da Política e analisar quais as condições concretas dessa Política hoje na referida Instituição. Nesse sentido, apresenta um histórico da Política Nacional de Saúde no Brasil a partir dos anos de 1980, a construção do SUS e a contrarreforma do Estado no âmbito da Saúde. Alguns resultados obtidos através das observações feitas em campo de estágio e da pesquisa documental do Relatório Final da PNH no ISEA do Ministério da Saúde, que nos autorizam afirmar que tal Política ainda é um desafio em virtude de fatores que vão desde a pouca preparação da equipe multiprofissional até as condições concretas e estruturais da própria maternidade. Foi realizado um estudo de abordagem descritivo-analítico, qualitativa, caracterizando-se pela descrição das observações e análise documental para compreensão real desta no ISEA.

PALAVRAS-CHAVE: Política da Saúde. Sistema Único de Saúde. Humanização. ISEA.

ABSTRACT

This paper aims to investigate the limits and possibilities for effective policy Humanizing Hospital Care in Health Institute Elpidio de Almeida (ISEA) of Campina Grande , after implementation of the National Policy of Humanization of Health (PNH) . Therefore we draw specific objectives go the way of the institution to implement the policy and analyze what the actual conditions of this policy today in that institution . In this sense , presents a history of the National Health Policy in Brazil from the 1980s , the construction of SUS and contrarreforma state within Health Some results obtained through observations in the training field and documentary research Report Final ISEA HNP in the Ministry of Health, which allow us to affirm that such a policy is still a challenge due to factors ranging from poor preparation of the multidisciplinary team to the concrete and structural conditions of motherhood itself . We conducted a study of descriptive and analytical approach , qualitative, by the description of the observations and documentary analysis to real understanding of this in ISEA .

KEYWORDS: Politics of Health National Health System Humanization. ISEA.

¹ Graduanda em Serviço Social pela Universidade Estadual da Paraíba.

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho é fruto de uma inquietação que surgiu no campo de Estágio Supervisionado obrigatório em Serviço Social, entre os meses de outubro de 2011 a novembro de 2012, no Instituto de Saúde Dr. Elpídio de Almeida (ISEA), situado no Centro da cidade de Campina Grande/PB.

Na realização de análise bibliográfica e documental, foi observado que pouco se tem abordado na produção do Serviço Social sobre a Implantação da Política de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. A implantação dessa Política ocorreu no ano de 2005, pelo Ministério da Saúde em parceria com as secretarias estaduais e municipais de saúde. No ISEA esta Política só foi implantada em setembro de 2010 e tem como objetivo atender as necessidades da gestante, do recém-nascido e da mulher no pós-parto, na perspectiva de reduzir as taxas de mortalidades, tanto da mãe quanto do recém-nascido. Esta Política de Humanização no Pré-natal e Nascimento faz parte da Política Nacional de Humanização (PNH) da Atenção e Gestão no SUS.

O interesse pelo tema dessa pesquisa surgiu no período das observações no Estágio Supervisionado em Serviço Social do ISEA. Naquele momento, observamos a preocupação principalmente das assistentes sociais em discutir nas reuniões com as (os) acompanhantes das usuárias da maternidade acerca dos direitos e deveres das (os) acompanhantes e a relevância dessas (es) para com as usuárias do serviço.

O desenvolvimento dessa pesquisa é importante e necessária para o aprofundamento do tema e poderá contribuir através das reflexões aqui apresentadas para um repensar das práticas, uma vez que, desde 2007, esta instituição vem buscando efetivar a Política de Humanização da Assistência Hospitalar com o direito da parturiente ter um acompanhante por lei como uma forma de expressar um atendimento de saúde mais humanizado, visando à atenção do sujeito (a mulher) como uma personagem protagonista de sua ação e com seus valores, respeitando os princípios da Política do HUMANIZA-SUS.

Não há documentos para a pesquisa na referida instituição sobre o assunto, encontramos relatórios oficiais do Ministério da Saúde que faz referencia a implantação da PNH no ISEA. Portanto acreditamos que por meio desta pesquisa poderão surgir novos dados que possam contribuir para uma melhor compreensão de tal realidade.

Uma das atribuições do Serviço Social, no Instituto de Saúde Dr. Elpídio Almeida é esclarecer os acompanhantes sobre seus direitos garantidos pelo Sistema Único de Saúde

(SUS) e pela PNH e sua importante colaboração nos cuidados e segurança da mãe e do recém-nascido.

Enquanto estagiária de Serviço Social, estudar esse tema pareceu-nos muito importante pelo reconhecimento da necessidade de investigação, necessitamos que valores que fundamentam o Código de Ética Profissional, como a liberdade e a justiça social estejam articulados as exigências democráticas, apenas a Democracia tomada como valor ético-político central, favorece a ultrapassagem das limitações reais que a ordem burguesa impõe ao desenvolvimento pleno da cidadania, dos direitos, das garantias individuais e sociais e das tendências à autonomia e autogestão social (CFESS, 1993) e em conformidade com projeto ético-político da profissão- que se materializa no processo sócio- histórico nos princípios do Código de Ética, na matriz teórico- metodológica.

Neste sentido, nos parece imperativo entender a trama das relações sociais, políticas, econômicas e culturais que perpassam a formulação e implementação das leis, dentre elas, a que rege a política de saúde no tocante à atenção humanizada. Para tanto, necessário se faz traçar o caminho percorrido pela instituição para implantação da Política de Humanização de Saúde no ISEA e analisar quais as condições concretas da política de humanização hospitalar hoje na supracitada instituição.

O nosso estágio supervisionado em Serviço Social aconteceu quinzenalmente aos sábados, cuja duração foi de setembro de 2011 a dezembro de 2012. Participamos nesse período de observações *in loco*, reuniões com os acompanhantes e visitamos as usuárias em seus leitos, esclarecendo- as sobre seus direitos no SUS e acompanhando os atendimentos solicitados ao Serviço Social do ISEA.

Nosso objetivo geral foi investigar os limites e possibilidades de efetivação da Política de Humanização na Assistência Hospitalar do ISEA. Nossos objetivos específicos foram: traçar o caminho percorrido pela instituição para implantação da Política de Humanização de Saúde no ISEA e analisar quais as condições concretas da Política de Humanização Hospitalar hoje no ISEA.

Segundo Minayo (1994), a realidade social só se apreende por aproximação e essa é mais rica que qualquer teoria ou qualquer pensamento que se possa ter sobre ela. A partir desse pressuposto, o método de abordagem utilizado nessa pesquisa foi o crítico-dialético, que permite conhecer a especificidade histórica e a construção social do fenômeno estudado (OLIVEIRA apud RICHARDSON, 2007) numa relação permanente entre o particular e o universal, considerando aspectos históricos, econômicos, sociais, políticos, ideológicos e

culturais que permeiam o objeto de estudo, possibilitando também a apreensão das contradições e as articulações entre os fenômenos.

O enfoque qualitativo da realidade foi privilegiado, tendo em vista que, como o nosso objetivo foi investigar os limites e possibilidades de efetivação da Política de Humanização na Assistência Hospitalar do ISEA. A referida abordagem é a mais propícia, como objetivo desvendar a realidade para além de dados estatísticos, não emprega um instrumental estatístico como base para a análise de um fenômeno nem pretende quantificar ou medir unidades ou categorias homogêneas (OLIVEIRA apud RICHARDSON, 2007).

Como mostra o referido autor, a pesquisa qualitativa consiste em uma tentativa de uma compreensão detalhada dos significados e características situacionais apresentadas pelos documentos pesquisados da instituição através dos relatórios oficiais do Ministério da Saúde, da consulta bibliográfica e pelas *observações* realizadas no período de estágio supervisionado, situando-os (as) em um contexto histórico.

A presente proposta de estudo constitui-se em uma pesquisa do tipo analítico-descritiva com abordagem qualitativa dos dados a serem coletados. A natureza de nossa pesquisa é documental e bibliográfica com abordagem qualitativa, por entender que:

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se ocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes (DESLANDES, 2008, p. 210).

A abordagem qualitativa como sendo um processo de reflexão e análise da realidade. É um processo que implica em estudos literários pertinentes ao tema, *observações*, aplicações de questionários, entrevistas e análise de dados.

Realizamos leituras de artigos científicos dos profissionais responsáveis pela implantação da Política Nacional de Humanização, através do Ministério da Saúde, sendo esses: Gastão Wagner e Regina Benevides. No que diz respeito a questões bibliográfica e documental foram analisados: os documentos oficiais do Ministério da Saúde: Oficina Nacional HUMANIZASUS: Construindo a Política Nacional de Humanização, Brasília, 19 e 20 de novembro de 2003 e A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no SUS - Plano de Qualificação das Maternidades e Rede Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste/ Rede Cegonha, Relatório Final, Brasília- DF, Novembro de 2012, que faz referencia ao ISEA.

Nossa hipótese foi que a Política de Humanização na assistência hospitalar do ISEA ainda é um desafio, em virtude de fatores que vão desde a pouca preparação da equipe multiprofissional até as condições concretas e estruturais da própria Instituição.

Para melhor entender a Política de Humanização na assistência de saúde faz-se necessária uma retomada histórica de como se deu a construção do SUS que não é uma concessão por parte do Estado, mas resultado de muitas lutas da sociedade brasileira.

2. DA CONSTRUÇÃO DO PROJETO DA REFORMA SANITÁRIA À REGULAMENTAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Os anos de 1980 foram marcados por vários movimentos sociais e manifestações de protestos da sociedade civil brasileira. A sociedade, ao mesmo tempo em que vivenciou um processo de democratização política, superando o regime militar, experimentou também uma profunda e prolongada crise econômica que persiste até os dias atuais.

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 o setor estatal e empresarial médico; e a emergência do movimento sanitário (BRAVO, 2009).

A saúde, naquela década, contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais para o setor. Assim, o supracitado setor deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculado à democracia (BRAVO, 2009).

Nesse momento de efervescência e amplo debate merecem destaque algumas categorias que foram fundamentais para defesa de melhores condições de vida para a melhoria da situação de saúde o fortalecimento do setor público, ultrapassando o corporativismo e defendendo questões mais gerais, merecendo destaque os seguintes sujeitos coletivos: os profissionais de saúde, representados pelas suas entidades; o movimento sanitário que tinha o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) como veículo de difusão e ampliação do debate a respeito da saúde e democracia e elaboração de contrapropostas; os partidos políticos de oposição que começaram a colocar em seus programas temáticos e viabilizaram debates no Congresso Nacional para discutir a política de saúde; e os movimentos sociais urbanos que realizavam eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil. No que diz

respeito às lutas as principais propostas debatidas foram: a 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 e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão e os Conselhos de Saúde (BRAVO, 2009).

O marco dessa discussão na questão de saúde no Brasil ocorreu na realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu em março de 1986, em Brasília, no Distrito Federal em 1988, dois anos depois da 8ª Conferência Nacional de Saúde ocorreu à promulgação da Constituição Federal Brasileira que, no plano jurídico, representou a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais em nosso país diante da grave crise e as demandas de enfrentamento da desigualdade social.

O texto constitucional, com relação à saúde, após vários acordos políticos e pressão popular, atende em grande parte às reivindicações do movimento sanitário, prejudicando o interesse empresarial do setor hospitalar, porém sem alterar o setor farmacêutico. Os principais aspectos aprovados foram: o direito universal à saúde e o dever do Estado, acabando assim com a discriminação existente entre segurados e não segurados, entre rural e urbano; As ações e Serviços de Saúde passam a ser de relevância pública, cabendo ao setor público sua regulamentação, fiscalização e controle do Sistema Único de Saúde, integra todos os serviços públicos em uma rede *hierarquizada, regionalizada, descentralizada, e de atendimento integral, com participação da comunidade*; A participação do setor privado no sistema de saúde passa a ser complementar; Proibida a comercialização de sangue e seus derivados.

Desse modo, a saúde passou a ser reconhecida como direito social inerente à condição de cidadania, cabendo ao Poder Público à obrigação de garanti-la: “a saúde é direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 2011, p. 116) também fica garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação de saúde, permitindo assim uma atenção integral à saúde. Essa conquista política e social pode ser atribuída a diversas lutas e esforços empreendidos pelo Movimento da Reforma Sanitária, entre 1976 e 1988 (PAIM, 2009).

Com a Constituição Federal de 1988, também conhecida como Constituição Cidadã ou Carta Magna, nós tivemos muitas outras conquistas, como: A Seguridade Social que compreende um conjunto integrado de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, composta pela Saúde, Previdência e Assistência Social. O direito à saúde está regulamentado

na Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº 8.080 de setembro de 1990 e na Lei nº 8.142/90 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre a transparência de recursos entre as diferentes instâncias de governo. Nas Normas Operacionais Básicas (NOBS) de 1993 e 1996, nas Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS) SUS, 01/2012. Integram ainda a legislação da saúde: As Legislações Estaduais; As Leis Orgânicas dos Municípios; Os Princípios e as Diretrizes para a NOB de Recursos Humanos (NOB/RH SUS) de Dezembro de 2000 (VASCONCELOS, 2007).

A Carta dos Direitos dos usuários da Saúde é baseada em seis princípios básicos de cidadania (BRASIL, 2006) onde diz que: todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado; todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema; todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação; todo cidadão tem direito ao atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos; todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça de forma adequada e todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos.

A Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº 8.080 de setembro de 1990, no Art. 2º diz que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. No parágrafo 1º assegura o dever do Estado de garantir a saúde, consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. No parágrafo 2º o dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade. No Art. 3º define que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (BRASIL, 1990).

O SUS foi implementado apesar das suas dificuldades e desafios, como resultado positivo garantido por lei, como resposta as exigências da nossa sociedade desde a década de 1980, mesmo sendo ainda um desafio num sistema neoliberal, o SUS tem avançado a cada dia, são tratamento de alta complexidade tipo, combate ao Câncer quem vem crescendo e apresentando resultados bastante positivos, assistências a pessoas com deficiências especiais e outros tratamentos que antes do SUS, não se podia imaginar. Mas observamos também, que a saúde não é apenas ausência de doença, mas também é ausência de alimentação, moradia,

saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, acesso aos bens e serviços essenciais; e que o nível de saúde de uma população expressam a organização social e econômica do país. Apesar do que está garantido na referida lei, nos anos de 1990, o Estado intervém com políticas e ações para a sua participação no Mercado Financeiro Exterior, sufocando nossa Constituição Federal.

2.1 O SUS e a Contrarreforma do Estado

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, pensou-se que no Brasil iria incorporar tal como nos países centrais a concepção de “welfare state”, que compreende um Estado de bem-estar social. Entretanto, na década de 1990, surgiu o Neoliberalismo - que se entende pelo novo liberalismo, uma ideologia capitalista ou burguesa que defende uma programática em que o Estado não deve intervir na regulação do comércio exterior nem na regulação de mercados financeiros, pois o livre movimento de capitais garantirá maior eficiência na redistribuição de recursos internacionais (BEHRING; BOSCHETTI, apud NAVARRO, 1998).

O Estado, então, teve que garantir a expansão do Mercado e para isso ele deveria sair de cena e assistir apenas os mais necessitados, chamam essas modificações exigidas pelo capital estrangeiro de “contrarreformas” (BEHRING; BOSCHETTI, 2008).

A ideologia neoliberal reflete no âmbito das políticas sociais, com o Estado investindo o mínimo possível nas Políticas Sociais e atribui seus deveres a iniciativa privada, as organizações não governamentais - ONGs e a própria sociedade civil. As políticas sociais passam a ser desenvolvida de forma restrita e focalizada, ou seja, alcançando uma pequena camada da sociedade. Segundo Bravo e Matos (2006, p.35-36), essa ideologia tem como perspectiva:

Política de ajustes tem como tendências a contenção dos gastos com a racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidades do poder central. Ao Estado cabe garantir um mínimo aos que não podem pagar ficando para o setor privado o atendimento aos cidadãos consumidores. Como principais características, destacam-se: o caráter focalizado para atender as populações vulneráveis, a desconcentrações dos serviços e o questionamento da universalidade do acesso.

Nesse contexto, destacaram-se os movimentos de rupturas com o projeto democrático da saúde na década de 1990, a começar pelo governo Collor, com redução dos

gastos na área social e boicote à implantação do SUS, via emendas constitucionais. Posteriormente, o governo Itamar Franco foi marcado por iniciativas incipientes de descentralização e financiamento das ações do SUS, mas também pelo início da primazia da área econômica sobre o social.

O governo FHC, por sua vez, inicia explicitamente a implantação do projeto neoliberal nas políticas de saúde, a partir da inércia das ações neste setor, ou ainda, por ações deliberadas sem a consulta ou o consentimento da população, a exemplo da CPMF (Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira). É também no governo FHC que se evidencia mais fortemente a ação dos grupos contrários ao SUS, sobretudo no aspecto gestão, orçamento e controle, adaptando o já sucateado setor de saúde aos ditames da equipe econômica (BRAVO; MATOS, 2006).

No governo Lula (2002 a 2009) não foi diferente: esperava-se do presidente Luis Inácio Lula da Silva uma atitude diferente a de FHC, um freio nos ditames Neoliberais, devido à sua trajetória política de esquerda.

Entretanto, como continuidade da política de saúde dos anos noventa, merece destaque a ênfase na focalização, na precarização, na terceirização dos recursos humanos, no desfinanciamento e a falta de vontade política para viabilizar a concepção de Seguridade Social (a Saúde, a Previdência e a Assistência Social), que compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, previsto na CF de 1988/Título VIII/ da Ordem Social. Um exemplo de focalização foi a centralidade no Programa de Saúde da Família, sem alteração significativa, para que o mesmo se transformasse em estratégia de reorganização da atenção básica, em vez de ser um programa de extensão de cobertura para as populações carentes (BRAVO, 2006).

No final do primeiro mandato de Lula, foi apresentado o Pacto pela Saúde (2006), com o objetivo de rediscutir a organização e o funcionamento do SUS e avançar na implementação dos seus princípios. Algo que ainda não foi debatido amplamente.

A 13ª Conferência Nacional de Saúde aconteceu no segundo Mandato de Lula, e teve como tema central “Saúde e Qualidade de Vida: Política de Estado e Desenvolvimento”. O Conselho Nacional de Saúde entendeu que era importante para a sociedade brasileira definir diretrizes para o avanço e a garantia da saúde como direito fundamental no desenvolvimento humano, econômico e social, bem como apontar estratégias para assegurar o SUS, como política do Estado. Dois temas foram centrais na 13ª Conferência: o projeto de Fundação Estatal de Direitos Privados no âmbito da Saúde e descriminalização do aborto, o último projeto foi reprovado não só em todos os grupos, mas também na plenária final. Marcando

assim, um posicionamento claro do movimento da saúde, contrário ao modelo de gestão proposto pelo Governo, que retoma, com novo fôlego, a contrarreforma do Estado, iniciado por Fernando Henrique Cardoso (FHC) por Bresser Pereira (BRAVO, 2008).

O Governo da presidente Dilma, iniciado em 1º de janeiro de 2010, tem seu início com o discurso de posse apontando a consolidação do SUS, ressaltando que iria utilizar a força do governo federal para acompanhar a qualidade do serviço prestado e o respeito ao usuário. Afirmou também que iria estabelecer parcerias com o setor privado na área de saúde, assegurando a reciprocidade quando da utilização dos serviços do SUS, apontando sinais preocupantes com relação à defesa do SUS, construído nos anos de 1980.

Ao Ministro da Saúde, a presidente da república fez algumas solicitações formais. Uma com relação à atenção a Saúde da Mulher e da Criança, o que inclui a constituição da rede Cegonha (que envolve os cuidados desde a gestação até os primeiros anos de vida da criança) o lançamento deste programa foi em março de 2011. Outra solicitação foi com relação à prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados com as mulheres acometidas pelos cânceres de mama e de colo uterino.

Em fevereiro de 2011, foi anunciado o Programa “Aqui tem Farmácia Popular” que foi à implantação que visa oferecer medicamentos para hipertensão e diabetes. Outra demanda foi à criação das UPAS (Unidades de Pronto-Atendimento 24/horas) em todo Brasil e a importância da formação e fixação de profissionais de saúde. Com relação a essas propostas cabem algumas reflexões. As UPAS fortalecem o modelo hospitalocêntrico. O importante seria pensar o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família e sua articulação com o Sistema.

Outra questão a ser considerada é como fixar os profissionais e solidificar sua formação sem uma política de gestão do trabalho e educação, explicitando plano de cargos, carreiras e salários e a proposta de educação permanente para os trabalhadores da saúde. O que se tem verificado é a ampliação da terceirização e a precarização dos trabalhadores (BRAVO, 2011).

As impressões que tivemos no campo de estágio foi que alguns profissionais estavam próximo a aposentadoria e não apresentavam o mesmo otimismo do início de suas carreiras, mas também percebíamos que poucos haviam procurado se aperfeiçoar na profissão em virtude de vários fatores, fórum pessoal e financeiro.

Diante do que já foi apresentado nesse trabalho, percebemos as dificuldades e desafios para a implementação do SUS de forma efetiva, considerando o sentido integral para o conceito de saúde, têm relação com o pouco investimento por parte do governo, gerando a problemática vivida no âmbito da saúde como filas intermináveis, descontinuidade dos

tratamentos, a indiferença frente à dor e sofrimento, a falta de recursos, o descaso diante de situações dramáticas da vida, a própria condição de trabalho na saúde, o que dificulta a implantação da PNH, que desde 2003 vem tentando se efetivar nos serviços de saúde, na perspectiva de colocar em prática os direitos garantidos pelo SUS.

3. A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE

A PNH do SUS, também chamada de HumsnizaSUS foi criada em 2003 pelo Ministério da Saúde e pactuada na Comissão Intergestores Tripartite e pelo Conselho Nacional de Saúde.

Lançada em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) busca colocar em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar. [...] A PNH estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho, e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si (BRASIL, 2009, s/p)

O Dicionário da Língua Portuguesa define a palavra humanizar como: tornar humano, civilizar, dar condição humana, logo é possível dizer que humanização é um processo de constante transformação e que sofre influência do contexto em que ocorre e só pode ser promovida e submetida pelo próprio homem (SIMÕES, 2007).

Ser humano é aceitar que cada pessoa é única e insubstituível e que possui sua singularidade e é esta que a define como pessoa única e devemos levar em consideração sua construção pessoal e social ao longo de seu desenvolvimento, respeitando sua opinião e sua experiência de vida.

A relação social na saúde se dá entre sujeitos. Os profissionais de saúde que trabalha sobrecarregado e com os baixos salários, a instituição onde trabalha em condições de estresse de plantões seguidos e o outro sujeito é o usuário que precisa de assistência de saúde, mas vem sem atendido por falta vagas e de estrutura física.

Segundo Deslandes (2006), a humanização do cuidado estaria baseada na relação que pressupõe a liberdade de ação, o status de igualdade e o compartilhamento na tomada de decisões, em tratar o outro como igual, remetendo a um sentido de reciprocidade e empatia e

de acesso à informação e a importância dos afetos entre humanos numa relação que envolve a dramaticidade da dor e da morte.

A PNH é uma estratégia de fortalecimento do SUS, em curso no Brasil desde meados de 2003. Seu propósito é o de contribuir para a melhoria da qualidade da atenção e da gestão da saúde no Brasil, por meio do fortalecimento da Humanização. Como política transversal na rede e afirmando a indissociabilidade do modelo de atenção de gestão (BRASIL, 2008a). Nesse sentido, as principais prioridades nas quais a PNH tem investido são:

- 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 às populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados, etc.);
- Buscar contagiar trabalhadores, gestores e usuários do SUS com as ideias e as diretrizes da humanização e fortalecimento das iniciativas existentes;
- 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 de sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS, corresponsabilizando esses sujeitos nos processos de gestão e de atenção;
- Fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS;
- Produzir conhecimento e desenvolver tecnologias relacionais e de compartilhamento das práticas de cuidado e de gestão em saúde;
- Compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais, estimulando processos de educação permanentes;
- Aprimorar e ofertar/divulgar estratégias e metodologias de apoio a mudanças sustentáveis nos modelos de atenção e de gestão em saúde;
- Implementar processos de acompanhamentos e avaliação na/da PNH, na perspectiva de produção de conhecimento, incluindo metodologias e informações para aprimoramento da gestão, ressaltando análise e saberes gerados no próprio processo de construção de redes. Aponta-se, com isso, para a valorização dos processos coletivos e

experiências exitosas, a serem colocadas em situação de análise, fazendo e apresentando a partir da análise de experiência (PASCHE; PASSOS, 2008, p. 95).

Com a PNH, a proposta inicial foi ampliada e seu foco deixou de ser o sistema hospitalar, passando a ser todo o sistema de saúde. A PNH considera, como fundamentais as mudanças nas profundas desigualdades socioeconômicas, nos problemas de acesso aos serviços de saúde, na desvalorização dos trabalhadores de saúde, na precarização das relações de trabalho, no baixo investimento na educação permanente dos trabalhadores, na pouca participação destes na gestão dos serviços e no frágil vínculo com os usuários (MARTINS; BÓGUS, 2004). De um modo geral, a humanização aparece como uma necessidade de se redefinir as relações humanas na atenção e na compreensão da condição humana e dos direitos humanos.

Com a PNH, a principal proposta é fazer com que tanto o usuário do serviço de saúde quanto o profissional de saúde e gestores se percebam protagonistas e coparticipantes de um mesmo processo em saúde seja a proteção, promoção e a recuperação.

A Lei nº 11.108/2005 que é a lei do (a) acompanhante atende a demanda para um parto mais humanizado, visando à tranquilidade e à segurança da gestante diante da presença de uma pessoa que seja próxima e de sua confiança. Após o parto, o acompanhante pode e deve auxiliar nas tarefas básicas com o bebê, enquanto a mulher se encontrar em reabilitação. A mãe também tem o direito de ficar com o seu filho no quarto, alojamento conjunto e de receber visita de seus outros filhos mesmo que seja menor de idade. Essa Lei é uma das mais importantes na PNH e na garantia de uma assistência mais humanizada e uma possibilidade do pai desse bebê fazer parte deste cenário.

Faz-se necessário lembrar que para darmos início a nossa pesquisa, foi muito difícil pelo fato que no ISEA não havia material referente ao tema, nem na Secretária Municipal de Saúde da cidade, já vemos isso como um limite para a pesquisa e outra também foi que os dias resumidos de estágio (quinzenalmente) e em regime de plantão, dificultando de certa maneira nossas observações pela descontinuidade dos acontecimentos.

4. LIMITES E POSSIBILIDADES PARA A EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR NO INSTITUTO DE SAÚDE ELPÍDIO DE ALMEIDA - ISEA

O Instituto de Saúde Dr. Elpídio de Almeida (ISEA), fica localizado no centro de Campina Grande, na Paraíba. No período de estágio estava sob a Direção Administrativa da Médica Francimar Maria José Ramos Victo.

A Instituição ISEA, foi fundada em 05 de Agosto de 1951, no governo de José Américo de Almeida, recebeu inicialmente o nome de Maternidade Elpídio de Almeida em homenagem ao prefeito municipal (Elpídio Josué de Almeida) que era médico.

Em 1992, a maternidade passou a se chamar Instituto de Saúde Elpídio de Almeida, em homenagem ao ex-prefeito e fundador. Não poderíamos falar do ISEA, sem antes falar da trajetória de vida de seu fundador.

Elpídio Josué de Almeida nasceu em Areia, em 1º de Janeiro de 1893 e em 1918, formou-se em medicina pela Faculdade do Rio de Janeiro. Seis anos depois, veio morar em Campina Grande, onde passou a atuar como médico e posteriormente, também na política local. Foi eleito prefeito para a gestão de 30 de Outubro de 1947 a 30 de Novembro de 1951, período este que inaugurou a maternidade. Depois ainda foi eleito deputado federal, e novamente prefeito de Campina, exercendo o novo mandato de 30 de Novembro de 1955 a 30 de Novembro de 1959, quando então se afastou da vida política e voltou a se dedicar apenas a medicina. Faleceu aos 78 anos, em Campina Grande.

Outro personagem importante da historia do ISEA, foi o médico pediatra Dr. Virgílio Brasileiro, que trabalhou durante muitos anos no Instituto. O médico Virgílio Brasileiro foi o grande incentivador da amamentação, que acabou sendo homenageado com seu nome no Banco de Leite Humano da maternidade, o único da cidade.

Em 1996, o ISEA recebeu a condição de Amigo da Criança, pelo incentivo do aleitamento materno e, em 2011, o ISEA comemorou dois momentos importantes: seu aniversário sexagenário (60 anos) na assistência às mulheres que procuram os mais de 50 serviços oferecidos pela maternidade e “debutou” (15 anos) na condição de Amigo da Criança, exatamente em uma data em que o mundo inteiro estava realizando a Semana Mundial de Amamentação, realizada em agosto de 2010.

O ISEA não faz apenas atendimentos de partos, oferece vários outros serviços de saúde baseados nos princípios do SUS, em especial, a Política do Humaniza SUS, atendimento pré-natal a gestantes de Baixo e Alto Risco, com um número de especialistas que

compõem uma equipe multidisciplinar (Cardiologistas, Fisioterapeutas, Nutricionistas, Endocrinologistas, Pediatras, Ginecologistas, Obstetras, Enfermagem e Psicologia). Oferece além desses, atendimentos pós-parto, Planejamento Familiar (com cirurgias de Laqueaduras ou Vasectomias), implantações do DIU além do incentivo do uso de preservativo.

A referida instituição oferece também programas de assistência ao neonato: Teste do Pezinho, Teste da Orelhinha, Banco de Leite Humano, Imunização e o serviço de Cartório para registro do bebê. Tudo isso resultado das conquistas garantidas pela Constituição Federal de 1988, a qual reconhece que a saúde é direito de todos e dever do Estado.

Entre muitos serviços oferecidos pelo Instituto, citamos alguns como: os Testes do Pezinho e Orelhinha, que passou a ser lei, mas o ISEA já realizava; cirurgias de Vasectomia; Centro de Tratamento de Obesidade; Ouvidoria SUS; Núcleo de Prevenção de Violência contra as Mulheres (referência para vítimas de violência sexual); Cartório de Registro Civil, onde as crianças nascidas na maternidade já saem com o documento emitido gratuitamente; suítes PPPs (Pré-Parto Parto e Pós-Parto); Casa da Mãe Dr. Flaviano Guedes, para mães que precisam acompanhar os filhos que permanecem internados na maternidade; Projeto Mãe Canguru, local destinado a mães com bebês prematuros, onde a mãe faz o papel de incubadora física, o recém-nascido fica junto ao corpo da mãe, como se fosse a bolsa de um canguru que guarda seu filhote, entre outros serviços.

O ISEA oferece ainda partos de baixos e altos riscos, pré-natal, atendimentos psicológico, de fisioterapia, serviço social, UTI Neonatal, Imunização, Banco de Leite Humano, Pediatria para nascidos na maternidade, tratamentos odontológicos para pacientes do pré-natal, planejamento familiar, exames de ultrassonografia, Raios-X e laboratório de análises clínicas. Todos esses serviços e melhorias implantadas no sentido de Humanizar cada vez mais o atendimento, contribuíram para que, no fim de 2010, o ISEA recebesse do Ministério da Saúde o conceito “A”, colocando a Instituição entre as nove melhores das 26 maternidades das regiões Nordeste e Amazonas Legal (Dados de uma reportagem publicada no Jornal da Paraíba Online o iParaíba de 03 de Novembro de 2011).

Esses serviços oferecidos computaram no ano de 2010 um total de 57.894 atendimentos (SIC), revelando por si a importância do ISEA, não só para Campina Grande como também para as cidades circunvizinhas e há registros de pacientes até de outros estados, como Pernambuco e Rio Grande do Norte. Os recursos financeiros da Instituição são unicamente vinculados a Secretaria Municipal da Saúde de Campina Grande, unicamente do SUS.

No ISEA, segundo depoimentos dos profissionais de saúde, inclusive do Serviço Social e confirmado com o Relatório Final do Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste, do Ministério da Saúde, a prática de Assistência de Saúde Humanizada as parturientes com direito a um acompanhante no processo de parir, iniciou-se em setembro de 2010, algo recente devido às adequações das instalações da maternidade que era uma das exigências do Ministério da Saúde e para que isso acontecesse tiveram como norte, treinamento com a equipe de saúde do Hospital Sofia Feldman, a principal maternidade de Belo Horizonte, que é referência de Assistência Humanizada com iniciativas premiadas que estão servindo de Modelo para o Programa Rede Cegonha, do Ministério da Saúde (RADIS, 2012).

O ISEA oferece a prática do Parto Humanizado, um tipo de parto que não há interferência médica, ou seja, o bebê nasce da forma mais natural possível, sem anestesia ou corte, mas com apoio afetivo por parte do acompanhante e toda equipe multiprofissional obstetra, para avaliação da parturiente, o fisioterapeuta que auxilia nas técnicas de respiração e exercícios físicos que ajude ao bom desempenho do parto, o enfermeiro com especialidade em obstetrícia que faz o papel de parteira, um técnico de enfermagem, que faz a junção de circulante (que auxilia a todos) e o pediatra para assistir ao bebê após o nascimento e a mulher, a grande protagonista desse tipo de parto, porque o parto normal é uma atividade da mulher e não um procedimento médico (a equipe de saúde está ali apenas para oferecer um ambiente de segurança).

No ISEA existe, apenas, uma equipe que assiste o parto humanizado que é um tipo de parto feito de cócoras, em banheira aquecida, um banquinho, ou seja, da forma que a mulher se sinta bem, confortável, sem intervenção médico-cirúrgico, sem cortes, sem anestesia, apenas a mulher em seu papel natural de trazer ao mundo um novo ser humano, mas esse tipo de parto é feito de forma ainda muito esporádica, apenas quando esses profissionais estão de plantão, e isso só ocorre a cada 15 dias. Por esse motivo, não vamos falar do parto humanizado como uma prática, mas dos limites e possibilidades de efetivação da Política de Humanização na Assistência Hospitalar no ISEA, como o foco desta pesquisa.

Desde a implantação da PNH, no ISEA, que a equipe de profissionais do Serviço Social, vem sem medir esforços, viabilizar aos usuários da Instituição seus direitos no que rege a Lei nº 11.108/ 05, conhecida como a lei do acompanhante, os direitos das pacientes e dos profissionais de saúde, enfim, de todos que direta ou indiretamente estão envolvidos na consolidação dessa política.

O Serviço Social na Instituição é composto por 13 profissionais atualmente, muitos desses próximos a se aposentar. Com base em nossas observações no campo de estágio no período de setembro de 2011 a dezembro de 2012, podemos identificar as competências e atribuições do Serviço Social na maternidade especificamente, pois os outros programas e projetos de assistência de saúde já citados tais como: planejamento familiar, sala de vacina, banco de leite, testes de pezinho ou orelhinha entre outros, que necessitam da presença e acompanhamento do assistente social não funcionam nos finais de semana, então o profissional de Serviço Social plantonista do fim de semana trabalha exclusivamente atuando na assistência hospitalar da maternidade (por esse motivo, vamos nos deter apenas nos profissionais que foram nossos supervisores de campo do estágio) fica claro para nós que nossas supervisoras, atuam em consonância com o Código de Ética Profissional, com a Lei que Regulamenta a Profissão e com as diretrizes e princípios do SUS.

Mas é visível perceber as dificuldades que o Serviço Social tem de executar suas atividades na Instituição por vários motivos, pela falta de condições concretas, falta sala com espaço suficiente para a escuta com o usuário, a mesma sala é dividida para dois profissionais, em atendimento muitas vezes, atendem duas pessoas ao mesmo tempo, falta linha telefônica de livre demanda para ligações interurbanas, para viabilizar contatos com outros serviços de saúde em outros municípios, para viabilizar transportes para as parturientes de alta, uma questão que nos chamou a atenção durante o período de estágio foi o serviço social empenhado em viabilizar os direitos do acompanhante garantido por lei. Identificamos o exercício profissional de forma clara e conforme já citamos em consonância com o Código profissional, visando sempre o direito do usuário.

As principais dificuldades do Serviço Social no desenvolvimento da Política de Humanização na assistência de saúde no ISEA, através das nossas observações estão de uma forma geral, nas condições concretas, estruturais (falta espaço físico para melhor acomodação das parturientes, o recém-nascido e seu acompanhante nas enfermarias) chamado de Ambiência, pela PNH, é um espaço que oferece condições para acomodar a parturiente, o bebê e o acompanhante, mas o que vimos foram enfermarias superlotadas, sem condições nenhuma de conforto ou privacidade, e também observamos a falta de envolvimento de todos os profissionais de saúde nessa Política, enquanto sujeitos participantes do processo de saúde. Nesse caso, no processo de assistir à parturiente e seu filho, de maneira mais humanizada, respeitando todos os direitos em consonância com os princípios do SUS, mas não devemos desconsiderar as condições de trabalho destes profissionais, a falta de educação continuada em saúde, ou seja, não há atualizações permanentes nas questões de procedimentos e novos

protocolos de saúde, a falta de comunicação entre gestores e subordinados e a pouca relação de troca de experiências de vida entre os trabalhadores da saúde e seus usuários.

Isso está para além de uma questão de relação interpessoal e compromisso com seu papel desempenhado na saúde, pois não devemos esquecer as condições concretas: a falta de investimentos na saúde, a superlotação, falta de leitos que comportem o aumento das demandas de parturientes que vem de toda a parte do Estado, os baixos salários para a classe de técnicos e auxiliares, pois os funcionários deste nível, não foram contemplados com o Plano de Cargo Carreira e Salário, apenas o pessoal de nível superior (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais, entre outros). Devemos considerar que a falta das condições objetivas de trabalho levam muitos profissionais a trabalharem insatisfeitos, considerando isto como um fato, muitos desses profissionais trabalham em mais de um serviço de saúde, às vezes são dias seguidos de plantão para viver em melhores condições financeiras. Enquanto profissionais de Serviço Social devemos apresentar propostas que levem os sujeitos a esclarecer seus direitos e lutar contra essa expressão concreta do sistema capitalista.

O Serviço Social do ISEA desenvolve na maternidade nos finais de semana, um trabalho na perspectiva do direito e da humanização em consonância com as diretrizes do SUS, digo, nos finais de semana, em virtude de nosso estágio. Basicamente nas reuniões com os acompanhantes, onde são apresentados nas reuniões com a participação dos estagiários os direitos e deveres dos acompanhantes no tempo que permanecerem na instituição são apresentados também os serviços existentes no ISEA, como a Ouvidoria SUS, um instrumento de denúncia contra maus tratos e falta de atendimento; o direito de visita aberta (horário de visita estendido das 10h às 16h); o Serviço de Cartório; o planejamento familiar e suas condições de acesso; esclarecimentos sobre as licenças de maternidade e paternidade e outros questionamentos que vão surgindo no decorrer das reuniões.

As principais propostas para a efetivação da Política de Humanização no ISEA perpassam todo um processo de conscientização dos sujeitos envolvidos, (gestores, trabalhadores e usuários) mas também a participação coletiva na gestão dos serviços de saúde, chamada de cogestão pela PNH, que é a inclusão de novos sujeitos nos processos de análise dos contextos, da política em geral e da saúde em particular, em lugar de formulação e de pactuação de tarefas e de aprendizado coletivo (BRASIL) www.saude.gov.br-humanizasus; acesso em 26/06/2013. Porque quem melhor sabe a maneira que quer ser tratado se não o próprio usuário/ sujeito, deveria vir dele às sugestões de melhorias, do que está faltando, como aprendemos que o planejamento deve ser participativo; é o sujeito protagonista de sua

história que faz toda diferença. Mas é importante esclarecer de forma objetiva a esses sujeitos o dever do Estado e os seus direitos de cidadãos. E nessa perspectiva de direito adquirido na Constituição Federal, incluir os usuários do SUS na participação e no controle social dos recursos e financiamentos na saúde.

Nosso objetivo geral foi investigar os limites e possibilidades de efetivação da PNH na assistência hospitalar do ISEA, para isto estabelecemos como objetivos específicos traçar o caminho percorrido pela Instituição para implantação da PNH e avaliar quais as condições concretas da PNH no ISEA hoje. Partimos da hipótese que a Política de Humanização na assistência hospitalar do ISEA ainda é um desafio, em virtude de fatores que vão desde a pouca preparação da equipe multiprofissional até as condições concretas e estruturais da própria instituição. Com base nas observações *in loco* no estágio supervisionado no período de setembro de 2011 a dezembro de 2012 e na pesquisa documental dos Relatórios Oficiais do Ministério Saúde, em especial O Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste, relatório final, novembro de 2012. Damos início ao nosso relatório da pesquisa.

No ano de 2008, o governo Brasileiro priorizou quatro (4) ações para a redução das iniquidades regionais na Amazônia Legal e Nordeste, envolvendo vários Ministérios, tendo como prioridade a redução do analfabetismo, erradicação do sub-registro civil, o fortalecimento da Agricultura Familiar e a redução da Mortalidade Infantil. (BRASIL, p.7. 2012)

Esse foi o ponto de partida para que o Ministério da Saúde definisse um Projeto de Redução da Mortalidade Infantil e Materna, entre maio e junho de 2009, foi realizado oficinas em 17 Estados das regiões prioritárias, em que foram construídos os planos estaduais, compostos por ações nos âmbitos da regulação de leitos obstétricos e neonatais; na vinculação da gestante, desde o pré-natal, ao serviço onde se realizaria o parto (Lei nº 11.634/2007); e no direito a acompanhante de livre escolha da mulher na internação para o parto (Lei nº 11.108/2005). Dentro do pacto de Redução da Mortalidade Infantil na Amazônia Legal e no Nordeste, encontra-se o **Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais (PQM)**, esse plano foi organizado e coordenado pela PNH e Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (DAPES), por meio de Áreas Técnicas de Saúde da Mulher (ATSM) e da Criança e Aleitamento Materno (ATSCAM).

O Plano surgiu para apoiar o processo de qualificação da assistência obstétrica e neonatal em 26 maternidades das regiões abrangidas. O ISEA estava entre essas 26 maternidades. Essas maternidades incluídas no PQM foram selecionadas a partir de critérios

técnicos, tais como: pertencer à rede do SUS; estar localizada em municípios prioritários do Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil (aqueles que concentram as maiores taxas de mortalidade infantil); realizar mais de 1.000 partos por ano; dispor de UTI neonatal; ser referência para a formação e preferencialmente, já participar da Rede Norte- Nordeste de Saúde Perinatal (RENOSPE), além disso, o Plano deveria abranger maternidades de todos os 17 estados que compõem as duas regiões, logo, o ISEA foi selecionado, pois atendia a todos os critérios exigidos, iniciando assim a implantação da assistência humanizada, com o objetivo de diminuir a mortalidade infantil e materna. Iniciaram-se as pactuações com as equipes gestoras das maternidades, processo que culminou com a realização de oficinas de trabalho nas duas regiões, em Fortaleza - CE e Belém - PA, em dezembro de 2009. Nessas oficinas, participaram também as equipes técnicas das maternidades, às quais foram apresentadas e consensuadas diretrizes gerais do PQM, suas estratégias e modo de ação para cada uma das instituições, bem como os resultados esperados (BRASIL, 2012, p. 08).

O Plano de Qualificação das Maternidades foi organizado em quatro direções: **Cogestão** (nova cultura organizacional nas maternidades, com a construção de espaços coletivos e democráticos das relações institucionais); **Direito a acompanhante e ambiência** (é a inclusão do acompanhante de livre escolha da mulher em todo o processo de parto (trabalho de parto, parto e pós- parto imediato), conforme assegurada pela Lei nº 11.108/2005). A fim de garantir o direito de acompanhante para a mulher durante o processo de parto, este deve vir acompanhado de adequação da ambiência às especialidades da atenção ao e ao nascimento humanizado, de acordo com a RDC nº 36/2008(resolução que regulamenta o funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal e seus anexos, aprovado pela ANVISA). As alterações de ambiência das maternidades buscaram e buscam garantir privacidade e conforto à mulher e permitir a inclusão do acompanhante, assegurando que todo o processo de parto aconteça no mesmo espaço físico, a exemplo dos quartos PPP- pré- parto, parto e pós-parto imediato; Vinculação da gestante, desde o pré- natal ao local de parto, em uma rede integrada de cuidados, visa qualificar o cuidado e evitar a peregrinação da gestante e do recém- nascido por atendimento e um dos meios é a melhorar a articulação entre equipe de atenção básica e da maternidade; **Acolhimento em rede e acolhimento com classificação de risco**- diz respeito à construção de uma rede de cuidado e responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, em todos os momentos da assistência, cabe ouvir os usuários, fomentar sua participação na produção do cuidado e considerar suas preocupações e angústias, fazendo uso de uma escuta qualificada, a vinculação deve ser compreendida como um referencial de responsabilização do sistema de

saúde sobre a gestante. O Acolhimento e Classificação de Risco (ACCR) é um dispositivo que visou incluir a lógica do acolhimento e da classificação de risco nas portas de emergência das maternidades que integraram o Plano.

No ano de 2011, dar-se início a segunda fase, ou fase 2 do Plano de Qualificação das Maternidades, que era a articulação do PQM e a rede Cegonha, além da implementação das quatro diretrizes supracitadas, as finalidades centrais foram: avançar na qualificação obstétrica, sobretudo, por meio da realização de Cursos de Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento; construir e/ ou fortalecer os Fóruns Perinatais, entendendo-os como uma estratégia fundamental para a construção da rede de cuidado materno e infantil; desenvolver a integração do PQM ao conjunto de ações e investimentos da Rede Cegonha. Avançar na qualificação, por meio de ações de formação nas maternidades, teve como objetivo central implantar e monitorar boas práticas na atenção obstétrica e neonatal, para isso contou com o grande investimento em formação nas 26 maternidades do PQM que foi realizado através do Curso de Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento, facilitado por profissionais do Hospital Sofia Feldman de Belo Horizonte/Minas Gerais, parceiros do PQM, juntamente com apoiadora (es) e supervisoras(es) do Plano (BRASIL, 2012, p.27).

O documento do PQM, relatório final do Ministério da Saúde (2012), conta os resultados após a implantação da PNH do ISEA, logo, a resposta dos objetivos específicos: as condições concretas da PNH no ISEA hoje.

- ✓ **Cogestão:** Foram instituídos colegiados gestores, mas se encontram em processo inicial de implantação, tem participação majoritária de profissionais de enfermagem e assistentes sociais; A Coordenação Clínica tem dificuldade para reunir-se com os profissionais médicos; A maternidade participa de fórum Perinatal intersetorial; A Ouvidoria está em funcionamento; O Comitê de óbito começou em maio/2011, porém tem encontra problemas; A CCIH funciona sem atropelos.
- ✓ **Acolhimento em rede:** Há vaga sempre para gestantes puerperais e recém-nascidos; Não há mapa de vinculação da maternidade em rede; Tem aumentado a articulação com gestão da Atenção Básica; Foram realizados 03 encontros em 2011 e 01 em 2012; Foram fechadas agendas uma de apoio matricial com o Obstetra do pré-natal de alto risco e outra para socializar o conjunto de ofertas que o ambulatório da maternidade oferece; Agenda prévia de visita na maternidade para gestantes acompanhadas na Atenção Básica.

- ✓ **Acolhimento e classificação de risco:** O projeto de ACR não está implementado; Foram realizadas oficinas, a equipe de enfermagem vem sendo sensibilizada e há planejamento para melhora da ambiência; Os protocolos ainda precisam ser revistos pela equipe médica; Foi repassado o protocolo do HSF e de outras maternidades locais para equipe definir seus protocolos; Acolhimento admitiu duas enfermarias, mas ainda não está priorizando demandas de risco; Articulou-se com o SMS a ida das arquitetas para fazer um projeto pequeno de adequação, que contempla salas de classificação de risco, posto de enfermagem e observação na emergência, para isso já teve 03 encontros e se está aguardando apresentação da planta e aprovação da Secretaria Municipal de Saúde (SMS).
- ✓ **Direito ao acompanhante e ambiência:** O direito a acompanhante foi implantado com apoio da promotoria, o que respaldou a gestora local; Ainda existem dificuldades de acolher com mais qualidade o acompanhante e permanece como problema a não aceitação por parte de alguns profissionais e também pela falta de compromisso dos profissionais da porta de entrada; No momento da implantação, foram feitos alguns acordos com relação à rotina e organização do fluxo de entrada, porém esse gerenciamento às vezes não tem ocorrido; No mês de fevereiro/2012 os médicos do ISEA solicitaram uma agenda com a SMS, na ocasião, solicitaram a retirada dos acompanhantes do Alojamento de Alto Risco, alegando que essas mulheres passam muito tempo internadas na unidade, e se tem pouca estrutura de acolhimento e leitos extras nas enfermarias, a SMS, segundo a direção, concordou com a equipe; Mediante articulação entre apoiadora e gestora local, após reunião com o grupo responsável pela solicitação e gestores (as) da SMS (coordenação da saúde da mulher, criança, DAEC), ficou acordado que cada situação deverá ter avaliação da equipe multidisciplinar; Há direito a acompanhante de livre escolha em toda a internação e procedimentos e há visita aberta (BRASIL, 2012, p.156 e 157)

Com base nas observações no momento do estágio supervisionado em Serviço Social no ISEA no período de setembro de 2011 a dezembro de 2012 e também através da pesquisa documental, do Relatório Final do Plano de Qualificação das Maternidades e Rede Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste/Rede Cegonha do Ministério da Saúde, promovido pela PHN da Atenção e Gestão do SUS, fica claro a confirmação da hipótese que os limites e

possibilidades de efetivação da Política de Humanização na assistência hospitalar no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida- ISEA levantada no início deste trabalho, é um desafio em virtude de fatores que vão desde a pouca preparação da equipe multiprofissional até as condições concretas e estruturais, isto com base nos dados supracitados, que tem como fonte o próprio Ministério da Saúde (MS). O ISEA ainda tem muito que melhorar para oferecer um serviço mais humanizado no que tange as diretrizes da PNH que tem como referência para o MS o Projeto Rede Cegonha do Hospital Sofia Feldman de Belo Horizonte/Minas Gerais.

Vale aqui lembrar que foi a equipe multiprofissional desta instituição que administrou o curso de qualificação para a equipe de saúde do ISEA, pois o HSF é exemplo do SUS que deu e dá certo, o MS quer que esse Projeto Rede Cegonha sirva de modelo para toda rede SUS, principalmente no que diz respeito às maternidades, com o objetivo de diminuir os índices de mortalidades tanto maternas quanto infantil.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Serviço Social tem sido chamado para viabilizar, juntamente com outros profissionais de saúde a Política de Humanização na Saúde, desde a Atenção Básica até a Alta Complexidade, mas nós futuros assistentes sociais devemos ter a clareza da concepção amplo do significado de humanização em saúde, pois envolvem aspectos que vão desde procedimentos operacionais do processo de saúde baseado em valores intimamente pessoais, até a garantia dos direitos sociais que envolvem os trabalhadores com salários dignos e condições concretas de trabalho e a viabilização dos direitos dos usuários do SUS como rege os princípios e diretrizes de HUMANIZASUS.

Concluimos com esse trabalho de pesquisa, segundo os dados coletados da pesquisa documental e através das nossas observações, em campo de estágio, que os limites e possibilidades de efetivação da política de humanização na assistência hospitalar do ISEA, são reais, mas ainda precisa se adequar as exigências da PNH do MS, como também fica evidente que a presença do acompanhante é um fato e uma conquista de direito adquirido por lei, porém faltam as condições de ambiência que ofereça privacidade para as usuárias e seus acompanhantes, falta ainda o envolvimento de alguns profissionais de saúde do ISEA para que essa política dê certo, deixamos claramente registrado que o cenário descrito nesse trabalho de pesquisa tem intrínseca relação com o contexto neoliberal no âmbito da saúde, o Estado investindo o mínimo possível. Atualmente o ISEA passa por reformas para a

implantação da segunda fase da Política de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) que é a implantação da Rede Cegonha- Hospital Sofia Feldman Belo Horizonte/Minas Gerais, referência modelo do Ministério da Saúde. Mas, a investigação da conclusão da implantação da Segunda fase da PNH no ISEA suscitará novas investigações.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BENEVIDES, R; PASSOS, E. **A humanização como dimensão pública das políticas de saúde**, Rio de Janeiro, 2005.
- BENHRING, E. R.; BOCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história** -4. Ed, São Paulo: Cortez, 2008.
- BRASIL. **Constituição Da República Federativa do Brasil**, Brasília, 1990.
- BRASIL. **Constituição Da República Federativa do Brasil**, Brasília, 2011/2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde, **Carta dos direitos dos usuários da saúde**, Brasília, 2006.
- BRAVO, M. I. S; MATOS, M. C. de. **Projeto ético-político do serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária**: elementos para o debate. In: Mota, Ana Elizabete ET AL (org.) **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo, Cortez, 2006.
- BRAVO, M. I. S; VASCONCELOS, A. M. (org.). **Serviço Social e Saúde**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.
- BRAVO, M. I. S. **Política de Saúde no Brasil**. In: MOTA, A. E. et al. (org.). **Serviço Social e Saúde- formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, MS, 2006.
- BRAVO, M. I. S. **Política de Saúde no Brasil**. Serviço Social e Saúde- formação e trabalho profissional. Rio de Janeiro, 2009.
- BRAVO, M. I. S.(org.). **Saúde e Serviço Social**. São Paulo Cortez, 2006.
- BRAVO, M. I. S; PEREIRA, P. A. P, (org.b). **Política Social e Democracia**. São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro: UERJ, 2001.
- BRAVO, M. I. S. **Serviço Social e Reforma Sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo: Cortez, (1995).
- CFESS. Conselho Federal de Serviço Social: **Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília: CFESS, 2010.
- DESLANDES, S. F.(Org.) **Humanização dos cuidados em saúde: Conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.

- DESLANDER, Suely Ferreira. **Pesquisa Social: Teorias, Métodos e Criatividades**/Suely Ferreira Deslander; Romeu Gomes; Maria Cecília de Sousa Minayo (org.). 27ªed. Petrópolis, RJ: VOZES, 2008.
- JORNAL DA PARAÍBA, **Online o iParaíba de 03 de Novembro de 2011**. Acessado dezembro de 2011.
- MARTINS, M. C. F. N.; BÓGUS, C. M. considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde e Sociedade**, v.13, n.3, set./dez.2004.
- MENEZES. J. S. B; BRAVO. M. I. S. **Saúde na atualidade**: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade/ organizadoras, Maria Inês Souza Bravo; Juliana Souza Bravo de Menezes- 1. ed. – Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Humaniza SUS**: Política Nacional de Humanização- documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, 2008.
- OLIVEIRA, Maria Marly de. **Como Fazer Pesquisa Qualitativa**. Petrópolis, RJ: VOZES, 2007.
- PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Coleção Temas em Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.
- PASCHE; PASSOS. **A Importância da Humanização a partir do Sistema Único de Saúde**. Rev. Saúde Pública. Santa. Cat. Florianópolis, V.1, n.1, jan/jun 2008.
- PASCHE; PASSOS; HENNINGTON. **Cinco anos da Política Nacional de Humanização: Trajetória de uma política pública**. Brasília, 2010.
- RADIS: **Comunicação e Saúde**, nº 117, maio 2012.
- RELATÓRIO FINAL, **Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste/ Rede Cegonha**. Brasília-DF, novembro de 2012.
- RELATÓRIO, **Oficina Nacional HUMANIZASUS: Construindo a Política Nacional de Humanização**, Brasília, 19 e 20 de novembro de 2003.
- SIMÕES, A. L. A. ET AL. **Humanização na saúde: enfoque na atenção primária. Texto Contexto**, Enfermagem, Florianópolis, v.16, n.3, jul./set.2007.