

Desafios e perspectivas sobre o processo de implementação da Política de Humanização na Maternidade Escola Assis Chateaubriand, em Fortaleza, Ceará

Challenges and perspectives on the implementation the Humanization Policy at the Assis Chateaubriand Maternity School in Fortaleza, Ceará

Edilene Maria Vasconcelos Ribeiro¹, Ana Karla Batista Bezerra Zanella², Maria Sônia Lima Nogueira³

¹ Mestranda no Programa de Pós-Graduação de Políticas Públicas e Sociedade da Universidade Estadual do Ceará (UECE) – Fortaleza (CE), Brasil. Assistente Social da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, da Universidade Federal do Ceará (UFCE) – Fortaleza (CE), Brasil. edileneribeiroas@gmail.com

² Mestre em Políticas Públicas pela Universidade Estadual do Ceará (UECE) – Fortaleza (CE), Brasil. Assistente Social da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, da Universidade Federal do Ceará (UFCE) – Fortaleza (CE), Brasil. anakarlabbz@yahoo.com.br

³ Mestre em Políticas Públicas pela Universidade Estadual do Ceará (UECE) – Fortaleza (CE), Brasil. Assistente Social da Secretaria Municipal de Assistência Social (SMSE) – Fortaleza (CE), Brasil. politicaspublicasuece@hotmail.com

RESUMO O referido estudo tem por objetivo analisar o processo de implementação da Política de Humanização na Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), através do Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais do Nordeste e Amazônia Legal (PQMRP). A pesquisa pautou-se em estudo de natureza qualitativa do tipo descritiva. Os sujeitos da pesquisa perfizeram um universo de oito profissionais. Como principal resultado, visualizou-se que a Política de Humanização obteve êxito no contexto de mudanças institucionais previstas através do PQMRP.

PALAVRAS CHAVE: Sistema Único de Saúde; Política de Saúde; Humanização da Assistência.

ABSTRACT *This study aims to analyze the implementation process of the Humanization Policy at the Assis Chateaubriand Maternity School (MEAC) through Maternity and Perinatal Network Qualification Plan of the Northeast and Amazon (NAMPNQP). The research was based on a qualitative, descriptive approach. The study sample consisted of eight professionals. The main conclusion was that the Humanization Policy was found to be successful in the context of the institutional changes established through the NAMPNQP.*

KEYWORDS: *Unified Health System; Health Policy; Humanization of Care.*

Introdução

A promulgação da Constituição Federal de 1988 e a aprovação do Sistema Único de Saúde (SUS) demarcam um novo rumo na trajetória da política de saúde no Brasil. Como estratégia para o fortalecimento do SUS, o Ministério da Saúde tem incentivado a implementação da Política Nacional de Humanização (PNH), que teve como projeto piloto o Programa Nacional de Atenção Hospitalar à Saúde (PNHAH).

Os valores que norteiam tal política perpassam a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, assim como a sua corresponsabilidade no estabelecimento de vínculos e na participação coletiva dos trabalhadores no processo de gestão.

Visualizando todas as prerrogativas legais quanto à implantação da PNH, o Governo Federal, através do Ministério da Saúde, tem estimulado iniciativas em diversas regiões do País, dentre as quais se destaca o Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais do Nordeste e Amazônia Legal (PQMRP), que faz parte do pacto para a redução da mortalidade infantil e materna nessas regiões.

O Plano de Qualificação tem como objetivo a aplicação da Política Nacional de Humanização durante pré-parto, parto, nascimento e puerpério, proporcionando e estimulando a discussão das práticas de saúde em conjunto com gestores de maternidades, áreas técnicas, atenção básica e especializada.

Nesse sentido, alguns dispositivos da política de humanização vêm sendo utilizados como eixos centrais do PQMRP, dos quais discute-se, neste estudo, o acolhimento com classificação de risco, a visita aberta com direito ao acompanhante e a cogestão. Tais dispositivos trazem em seu bojo a perspectiva da redução da mortalidade materno-infantil, vista como prioridade nas diversas instâncias do governo.

A proposta da humanização destituiu a concepção do modelo de assistência hospitalar pautado na despersonalização e na submissão disciplinar do paciente

nas decisões médicas. Visa, na verdade, a possibilitar o fortalecimento da comunicação e do diálogo entre usuários, profissionais, trabalhadores e gestores da saúde, instituindo uma “nova cultura” de atendimento (DESLANDES, 2004).

A mudança da racionalidade gerencial hegemônica implicará outras formas de se produzir arranjos institucionais que não aqueles que anulam qualquer forma de participação coletiva. A construção desses espaços coletivos possibilita a participação de outros agentes externos (CAMPOS, 2007).

O cenário eleito para o estudo foi a Maternidade de Escola Assis Chateaubriand (MEAC), que compõe os hospitais universitários da Universidade Federal do Ceará, tendo como funções primordiais o ensino, a pesquisa e a assistência médico-hospitalar. Caracteriza-se por prestar assistência às mulheres e aos recém-nascidos em nível terciário, configurando-se como referência no Município de Fortaleza e no Estado do Ceará quanto às suas especialidades (obstetrícia, ginecologia e neonatologia), sendo ainda reconhecida pelo Ministério da Saúde como maternidade de excelência em atendimento a gestantes de alto risco.

A primeira fase do processo de implantação do Plano de Qualificação na MEAC iniciou-se em dezembro de 2009, com a participação de uma apoiadora institucional¹ do Ministério da Saúde. Inicialmente, foi realizado um diagnóstico sobre a estrutura geral da maternidade – seus indicadores de produção, assistenciais e epidemiológicos; as características do modelo de atenção e de gestão; os seus principais desafios; como também os avanços e iniciativas existentes.

No contexto de implantação da primeira fase do plano foram apresentadas suas diretrizes, propostas através de reuniões institucionais com as secretarias municipal e estadual de saúde. Foram realizadas também oficinas, cursos, visitas técnicas a centros de referência em saúde, participação em congressos, videoconferências e visitas de supervisores e outros apoiadores do plano.

¹ Representante do Ministério da Saúde responsável pela discussão do processo de implementação do Plano de Qualificação nas maternidades de referência de Fortaleza (CE): MEAC e Hospital Geral Doutor César Cals. Recorre-se à terminologia utilizada por Campos (2007) para designar aquele que desempenha funções nas equipes, ajudando-as na gestão, nos processos de trabalho e na construção de espaços coletivos. Estabelece, pois, uma relação dialética entre o apoiador institucional e a equipe apoiada.

Vale destacar que alguns profissionais da MEAC participaram da visita técnica ao Hospital Sofia Feldman, em Belo Horizonte (MG) e outros realizaram estágio em Neonatologia no Hospital Universitário de Ribeirão Preto, no Estado de São Paulo. E mais: foi proporcionada a formação de 12 profissionais, entre médicos e enfermeiras, no curso ALSO², promovido pelo Ministério da Saúde. Registra-se também a formação de um grupo estratégico de implementação do plano (Grupo de Trabalho de Humanização), envolvendo diversos trabalhadores da MEAC.

Em 2011, a MEAC continuou seu processo de implementação das ações do PQMRP iniciadas em 2010, no sentido da efetivação e do fortalecimento dos grupos referidos, organizados em seus diversos setores, constituídos de oito colegiados gestores por unidades de produção³: Unidades Neonatais e Alojamento Conjunto; Emergência; Centro Obstétrico; Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) Materna; Centro Cirúrgico; Ambulatórios; e Unidades de Internação (obstetrícia e ginecologia).

No mesmo período, foi elaborado um novo plano de ação contemplando outras diretrizes, tendo sido formuladas estratégias para cumprimento das metas planejadas e não executadas em 2010, a partir da realização de oficinas avaliativas da primeira fase do plano. E mais: foi repactuada, com o grupo estratégico e a direção da MEAC, a realização de encontros semanais para discutir a implementação e o monitoramento do plano de ação.

A proposta do acolhimento com classificação de risco teve grandes avanços, uma vez que foram construídos protocolos de atendimento em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), sob orientação da apoiadora institucional do PQMRP/MS e de profissionais das outras maternidades da rede. Ressalte-se

que o espaço físico da emergência foi readequado para o atendimento nesses moldes. No momento da realização da pesquisa, tal dispositivo estava se efetivando em caráter experimental, e as equipes, sendo capacitadas em serviço.

O direito ao acompanhante de livre escolha para as gestantes durante o trabalho de parto e pós-parto imediato já estava sendo garantido na MEAC desde 2007, em consonância com a Lei nº 11.108/2005. Já a visita aberta só foi instituída em junho de 2011. Ambos os dispositivos passaram a ser objeto de atenção dos gestores e dos trabalhadores da instituição.

A implantação do Plano de Qualificação na MEAC certamente demarca uma nova configuração na reorganização dos diversos espaços institucionais, o que representa um grande salto qualitativo nas relações entre os profissionais e entre estes e os usuários do SUS.

Metodologia

O estudo pautou-se em uma investigação descritiva e de natureza qualitativa, cujo objeto analisado está inserido em um contexto político, histórico-social e institucional. Trata-se de um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) da Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar à Saúde da Universidade Federal do Ceará (UFC).

As técnicas de coleta de dados utilizadas foram a entrevista semiestruturada, gravada (conforme permissão dos sujeitos), e a observação sistemática. Quanto à análise e à sistematização das informações, o estudo pautou-se na contribuição de Bardin (2004) relativa à análise de conteúdo. Assim, os dados foram coletados, organizados e apresentados em três fases, sendo: 1 – caracterização dos sujeitos participantes do estudo;

² Advanced Life Support in Obstetrics (Suporte Avançado de Vida em Obstetrícia): curso proporcionado pelo Ministério da Saúde para médicos e enfermeiros de todo o País, baseado em parâmetros internacionais, a fim de possibilitar uma assistência humanizada ao parto, reduzindo a mortalidade materna e infantil, assim como as complicações pós-parto nas mães e nos recém-nascidos.

³ Entende-se por unidades de produção, segundo Campos (2007), a desconstrução desigual da distribuição do poder expressa nos rígidos sistemas hierárquicos. É importante o envolvimento de todo o pessoal para a construção de uma identidade para os coletivos, construindo sentidos e significados para estes, tendo a possibilidade de democratizar o poder, abrindo espaços para que os coletivos organizados sejam as próprias unidades constitutivas das organizações. "Uma Unidade de Produção, nesse sentido, seria um Coletivo Organizado em potencial, já que juntaria sob uma mesma direção diferentes profissionais e especialistas, todos envolvidos com um certo processo produtivo" (CAMPOS, 2007, p. 155).

2 – análise das falas dos participantes extraídas das entrevistas, após leitura exaustiva e categorização; e 3 – interpretação e análise das falas e conteúdos obtidos em diálogo com os autores que referenciaram a pesquisa.

Os sujeitos eleitos para a pesquisa foram trabalhadores e gestores da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, entrevistados na própria instituição, em um total de oito profissionais: uma assistente social, uma enfermeira, uma psicóloga, uma médica, uma nutricionista, uma fisioterapeuta e duas recepcionistas, em um período compreendido entre novembro de 2010 e agosto de 2011. Vale dizer que os entrevistados foram categorizados numericamente a fim de preservar seu anonimato.

Como critério de inclusão, foi considerada a participação ativa dos profissionais no grupo estratégico de humanização constituído em função do processo de implementação do Plano de Qualificação. O critério de exclusão permeou a não participação do profissional no citado processo.

Ressalte-se que o estudo, por ter envolvido seres humanos, atendeu todas as exigências éticas e científicas fundamentais, de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução no 196/96, mediante a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, sob o protocolo de número 140/10. Nesse sentido, foi formulado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, ficando uma com o entrevistado e outra com a pesquisadora, no qual consta o objetivo e as garantias de sigilo de identidade dos sujeitos.

Resultados e Discussão

Os sujeitos entrevistados passaram por oito profissionais de saúde caracterizados conforme o quadro abaixo.

Tabela 1. Perfil dos entrevistados

Profissionais	Formação/Idade	Vínculo empregatício	Tempo de serviço na MEAC
Entrevistado nº 1	Assistente Social, 48 anos, especialista em gestão de pessoas e em família, abordagem sistêmica. Mestra em Saúde da Criança e Adolescente	Estatutária	24 anos
Entrevistado nº 2	Psicóloga, 45 anos, especialista em psicologia hospitalar e psicopedagogia. Mestra em Educação	Celetista	19 anos
Entrevistado nº 3	Recepcionista, 34 anos, técnica em contabilidade	Celetista	08 anos
Entrevistado nº 4	Nutricionista, 34 anos, especialista em alimentos em saúde pública e nutrição clínica. Mestranda em Farmacologia	Estatutária	05 anos
Entrevistado nº 5	Médica, 53 anos, especialista em ginecologia e obstetrícia. Mestre e Doutora em ginecologia	Estatutária	26 anos
Entrevistado nº 6	Fisioterapeuta, 40 anos, especialista em fisioterapia cardiorrespiratória. Mestra em Farmacologia	Estatutária	16 anos
Entrevistado nº 7	Recepcionista, 35 anos, ensino médio completo	Celetista	16 anos
Entrevistado nº 8	Enfermeira, 43 anos, especialista em obstetrícia	Estatutária	16 anos

Fontes: Dados coletados através da aplicação das entrevistas

Através da análise dos dados, observamos quatro eixos centrais para a discussão do estudo assim apresentados: os pressupostos básicos da humanização; os eixos de ação do plano: visita aberta, direito ao acompanhante, acolhimento com classificação de risco e a cogestão; os significados da humanização e os desafios e perspectivas. Tais eixos foram estruturados de acordo com as leituras e a categorização dos dados obtidos conforme a análise da fala dos sujeitos entrevistados, à medida que se procurou definir pontos-chave que contemplassem os objetivos propostos pelo estudo.

Pressupostos Básicos da Humanização

A política de humanização efetiva-se nas práticas em saúde, no cotidiano de trabalho dos profissionais com outros profissionais e entre os usuários do sistema de saúde. A proposta da política parte ainda de pressupostos, conceitos e dispositivos que visam à reorganização dos processos de trabalho em saúde, que se propõem a transformações nas relações sociais envolvendo trabalhadores e gestores em sua experiência cotidiana de organização e condução dos serviços, bem como a mudanças nas formas de produzir e reproduzir serviços prestados à população.

A relação entre esses sujeitos possibilita a construção de uma política humanizada. Nesse sentido, para a obtenção de uma verdadeira política de humanização, é preciso (re)organizar os processos de trabalho e a maneira como eles são instituídos e construídos no ambiente institucional (BRASIL, 2004). Devem-se priorizar as ações coletivas para a conformação de discussões e reflexões sobre os modelos vigentes em saúde.

Nos achados da pesquisa, identificou-se o reconhecimento de se trabalhar em equipe e o envolvimento dos profissionais e trabalhadores da saúde no processo de construção da política de humanização na instituição, como pode ser observado nos seguintes relatos: “Primeiro, o próprio trabalho em equipe já pressupõe um trabalho humanizado” (Entrevistada nº 2); “[...] a gente tem observado que as ações do parto aqui, [...] elas ainda precisam ter um leque de participação, as maiores categorias envolvidas” (Entrevistada nº 6).

O reconhecimento do trabalho em equipe se direciona para o reordenamento das práticas em saúde, pois é nesse enfoque que se possibilita a

valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutive, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito. (BRASIL, 2006b, p. 28).

As parcerias, os diálogos, as experiências, os objetivos em comum acabam se direcionando para a concretização da assistência à saúde, no qual os profissionais poderão demandar respostas às necessidades da população.

Os profissionais inseridos em uma rede de interdependência poderão compreender as diferentes formas de trabalho e de saberes sem, contudo, homogeneizar suas práticas. O conhecimento acumulado na formação acadêmica e profissional dos profissionais de saúde nos remete a pensar sobre as diferentes formas de articulação dos conhecimentos dentro de uma perspectiva coletiva e de transformação social. Isso acaba por exigir múltiplas relações de cooperação entre os diversos conhecimentos, habilidades e competências.

Além da questão acima mencionada, a valorização profissional e a melhoria das condições de trabalho em saúde também foram destacadas pelos entrevistados, trazendo à tona a ideia da ausência desses aspectos como fator dificultador da humanização do serviço, conforme expressam as falas:

[...] falta de profissionais para gente da recepção é muito pouco, eu trabalho a manhã inteira praticamente só. Ai, quer dizer, acumula tudo, [...] é a única parte que não tá legal ainda, é só a falta de profissional na recepção. (Entrevistada nº 3).

[...] nós temos que ter uma gestão de recursos humanos e, muitas vezes, tem sido nosso empecilho [...]. Nós não temos, ainda, quantidade de profissional que venham realmente

a poder se fazer presente nessa humanização.

(Entrevistada nº 6).

Nesse sentido, a abrangência e a aplicabilidade da humanização estão sendo construídas na MEAC, apesar da existência de alguns limites institucionais, como a recente experiência de gestão democrática, a carência de recursos humanos e a necessidade de reestruturação dos espaços físicos. Estas são questões que merecem ser revistas cuidadosamente.

A comunicação e a linguagem também foram ressaltadas pelos entrevistados como elementos importantes para a humanização. Veja-se o que diz uma entrevistada:

[...] a humanização é toda essa questão da comunicação, da humanização mesmo, de ouvir, de entender, de poder ajudar, [...] então, são todas as atitudes que as pessoas podem fazer, explicar o que estão fazendo. (Entrevistada nº 4).

Verifica-se que a comunicação estabelecida entre profissionais e usuários do sistema de saúde é imprescindível para o modelo de atenção à saúde voltada à humanização dos serviços – remete, pois, ao princípio básico do acolhimento.

A valorização do diálogo é prerrogativa para se efetivar a proposta da política de humanização nas redes de saúde em seus diversos níveis de complexidade. Segundo Boaretto (2004), o diálogo no setor de saúde, através dos conselhos de direitos e outras instâncias sociais, possibilita maior influência e participação da população na gestão das políticas públicas.

Eixos de Ação do Plano: Visita Aberta, Direito ao Acompanhante, Acolhimento com Classificação de Risco e Cogestão

Foi evidenciado, no estudo, que o Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais do Nordeste e Amazônia Legal está conseguindo alcançar seus objetivos propostos no que se refere ao cumprimento das exigências das estratégias caracterizadas nessa primeira

fase de execução, quais sejam: implantação da visita aberta, ampliação do direito ao acompanhante, implantação do acolhimento com classificação de risco e cogestão. Destaca-se, ainda, que a segunda fase do trabalho do Ministério da Saúde é a implantação do Programa Rede Cegonha, que se encontra em processo de estruturação.

A consolidação do plano, através da visita ampliada, do direito ao acompanhante e do acolhimento com classificação de risco está sendo percebida pelos profissionais e trabalhadores da saúde como passo importante para se efetivar a política de humanização na instituição, como se percebe em alguns relatos: “Acredito, com certeza, tá sendo implantado, sim, a parte do acompanhante” (Entrevistada nº 3); “[...] na classificação por risco, algumas coisas já foram feitas, [...] os manuais já foram adaptados, muitas pessoas já participaram da organização desse material, que os protocolos já foram usados” (Entrevistada nº 2).

Registre-se que uma das primeiras medidas propostas e executadas na MEAC foi a ampliação do horário de visita às pacientes internadas, obedecendo ao período que elas próprias optaram. No que diz respeito ao direito ao acompanhamento, isso já era uma realidade na instituição, sendo necessárias algumas melhorias em infraestrutura e logística, como a garantia de refeição para todos os acompanhantes indiscriminadamente, direito este que só foi contemplado em dezembro de 2011.

Considera-se, pois, que as medidas referidas acima requerem, segundo a PNH, novas práticas de gestão, reestruturação dos espaços físicos e logísticos, informatização da recepção, qualificação profissional, entre outros aspectos. Quanto ao aspecto de formação profissional, a fala de uma entrevistada é ilustrativa:

[...] eu acho que tem que ter, antes de acontecer isso, um curso, uma preparação pra recepção e portaria, que eu acho que o acolhimento começa nessa parte, na entrada do hospital [...]. Eu acho que esse ponto aí tá faltando, faz muito tempo que a gente não tem [...]. A gente não tem que viver só em reunião para resolver problema. (Entrevistada nº 7).

Dessa forma, observa-se sua importância no sentido de aumentar o número de profissionais de saúde com competência técnica para prestar acolhimento e assistência aos familiares, sejam estes visitantes ou acompanhantes. Constata-se que a Política de Humanização é imprescindível para o processo de (re)construção dos espaços coletivos e nos serviços de saúde (BRASIL, 2004).

Evidenciou-se, ainda, que houve melhoria no andamento dos processos de trabalho na instituição com a implantação do Plano de Qualificação. Contudo, muito se tem ainda a avançar, conforme relata uma das entrevistadas:

Eu acredito mesmo que algumas coisas vêm sendo mudadas, mas é certo que ainda está longe para as coisas acontecerem da forma que a gente precisa, que a gente acredita. Mas eu tenho esperança que as coisas se resolvam. (Entrevistada nº 8).

De maneira geral, compreende-se que, na perspectiva da clínica ampliada, tendo em vista a produção de saúde nas suas mais ínfimas determinações, a visita aberta e o direito ao acompanhante são imprescindíveis para a concretização dessa proposta. Além disso, a inclusão da comunidade e dos familiares no processo de cuidados ao paciente possibilita e aumenta a autonomia dos sujeitos inseridos no processo saúde-doença. Dessa forma, a manutenção da inserção social no ambiente hospitalar propicia uma rede de solidariedade e responsabilização, possibilitando o fortalecimento e o estreitamento de vínculos entre paciente-família, equipe profissional-família e paciente (BRASIL, 2007).

Seguindo essa linha de análise, no que concerne à discussão da cogestão, esta não foi expressa na fala dos profissionais. Na verdade, o que se percebe é que ela está em processo de construção na realidade e no cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde, o que vem a impactar, sobretudo, na mudança de paradigma que remete ao conceito de humanização, que, por sua vez, deriva de relações democráticas a serem construídas no contexto institucional, pois não se tem como construir um projeto de humanização sem que

se considere a democratização das relações interpessoais (CAMPOS, 2005).

Significados da Humanização

Diversos são os conceitos e as definições sobre a humanização. Seu entendimento vem sendo muito discutido no âmbito da saúde e pelas iniciativas apoiadas pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial de Saúde, identificadas como: a humanização da assistência, a humanização do parto, o projeto Maternidade Segura e o Método Canguru (DESLANDES, 2004).

Dentre os significados atribuídos à Política de Humanização pelos trabalhadores de saúde entrevistados, visualizou-se a prerrogativa do “se colocar no lugar do outro”: “A política de humanização, pra mim, é se colocar no lugar do outro, [...] é você tratar e cuidar aqueles pacientes como se fosse você” (Entrevistada nº 8).

A proposta da Política de Humanização vista como política transversal na rede do SUS tem como um de seus propósitos construir trocas solidárias para a produção de saúde, como construir atitudes e ações humanizadoras nas quais se incluem gestores, trabalhadores de saúde e usuários. É necessário empreender esforços coletivos para disseminar uma nova e verdadeira cultura de atendimento humanizado (BRASIL, 2006a).

Assim, a forma de acolhimento é um dos pressupostos básicos para garantir o acesso dos usuários que procuram o sistema de saúde com a finalidade de atender suas necessidades e de fazer valer seus direitos. Veja-se como um profissional se refere ao dispositivo:

[...] você tem que acolher a paciente, saber naquele momento que tem que ver o estado que ela se encontra. Eu acho que ela tá muito sensível naquele momento, ela quer ter um apoio, uma atenção. (Entrevistada nº 7).

Como postura ética, o acolhimento não se resume apenas a um conjunto de profissionais em um determinado espaço físico recebendo os usuários de acordo com protocolos estabelecidos. O acolhimento perpassa inúmeras determinações de comprometimento com a

qualidade dos serviços prestados, com a criação e o fortalecimento de vínculos e, principalmente, com a construção coletiva dos saberes, das necessidades e possibilidades (BRASIL, 2009). Nesse sentido, a valorização do humano foi identificada em uma das falas como fator importante: “[...] a política de humanização visa a essa valorização do ser humano nas mais diferentes formas e aspectos de sua vida” (Entrevistada nº 6).

Desse modo, a visão ampliada de humanização foi validada, na fala de alguns entrevistados, como algo que vai além do valor benemerente atribuído a ela, mas que implica nos valores que vêm a nortear tal política, conforme já fora mencionado, como a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, assim como a sua corresponsabilidade, o estabelecimento de vínculos e a participação coletiva dos trabalhadores no processo de gestão (BRASIL, 2006a).

Entretanto, segundo Benevides e Passos (2005a), a humanização enfrenta dois grandes desafios: o conceitual e o metodológico. Os autores avaliam que o desafio conceitual parece mais um modismo, no qual ‘padroniza as ações e repete modos de funcionar de forma sintomática’, o que a eles convêm chamar de conceito-sintoma. A humanização passa a se reproduzir de forma mecânica e instituída, perdendo toda a sua perspectiva de mudança das práticas de saúde já vivenciadas nas lutas pela democratização da saúde nas décadas anteriores. Nesse sentido, corre-se esse duplo risco.

Desafios e Perspectivas

O estudo que ora vem a público evidenciou que um dos grandes desafios dos processos de trabalho dos profissionais, na instituição, no contexto da implementação do Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais do Nordeste e Amazônia Legal foi a resistência dos profissionais às mudanças, ilustrada no relato:

Uma das coisas que eu acredito que vá ser um grande desafio é retirar as pessoas de uma zona

de conforto em que elas já fazem da forma que elas querem, a partir da perspectiva do que elas acham que está certo, e inscrever uma nova prática. (Entrevistada nº 2).

Benevides e Passos (2005b) fazem uma crítica referente à conceituação da humanização, perguntando-se para que servirá tal esforço se esta não resultar em mudanças na qualidade dos serviços prestados, nas práticas concretas dos serviços de saúde e nas condições de trabalhos dos profissionais envolvidos.

Esse fato tão emblemático nas discussões nos possibilita refletir e repensar o que, de fato, pretendemos para construir práticas coletivas para uma redefinição dos modelos de atenção à saúde e para afirmar o debate das políticas de humanização. Nessa perspectiva, os autores em questão discutem o desafio metodológico da humanização afirmando que

a Política de Humanização só se efetiva uma vez que consiga sintonizar ‘o que fazer’ com o ‘como fazer’, o conceito com a prática, o conhecimento com a transformação da realidade. (BENEVIDES; PASSOS, 2005b, p. 391).

Se, de um lado se reconhece como grande desafio as resistências dos profissionais às mudanças, de outro, acredita-se que, com o processo de implementação do Plano de Qualificação, as posturas e práticas podem transformar-se, tal como o evidenciado na fala de uma profissional entrevistada:

Então, a gente acredita que existe uma resistência, mas, com o tempo, as vantagens que essa política vem a trazer, não só para o paciente, elas são fundamentais para que a equipe realmente resgate essa sua posição e consiga se envolver nesse processo que vem se dando. (Entrevistada nº 1).

Nessa perspectiva, a mudança de paradigma, embora esteja permeada por conflitos, resistências e interesses diversos, não está finalizada de uma vez por todas, pois alterar a lógica da racionalização técnico-burocrática

e da compartimentalização das práticas – isto é, do cartesianismo nos serviços de saúde através dos processos de trabalho – é recorrer à construção de uma política de humanização voltada para a valorização dos sujeitos na produção da saúde.

O maior desafio identificado no estudo para a implementação, de fato, da Política de Humanização na MEAC é a superação de práticas e posturas que não se direcionam para a transformação da realidade percebida em uma dimensão coletiva. Nesse veio, uma profissional afirma: “Eu espero que as pessoas se conscientizem que as mudanças estão acontecendo e que nós não estamos mais no tempo em que existia uma onda de conforto” (Entrevistada nº 8).

Segundo Minayo (2004), a humanização do setor saúde está centrada em três pontos principais: 1 – a centralidade do sujeito na sua intersubjetividade, na qual ele não é somente aquele a quem se deve tratar com delicadeza e de forma bondosa, ou na qual não se deve apenas criar um espaço confortável para os pacientes, mas, acima de tudo, reconhecer a humanidade no outro, na sua capacidade de pensar, de agir e interagir com o meio e com o próximo, na sua capacidade de manifestar sentimentos, desejos e intencionalidades, de expressar e exercer sua autonomia frente às situações vividas; 2 – o processo de humanização supera, e muito, o caráter funcionalista e mecanicista que muitas vezes é utilizado para racionalizar a sua implementação; 3 – a formação dos profissionais, principalmente médicos, ainda continua tecnicista e fortemente centrada no corpo do indivíduo portador de uma enfermidade. Tais pontos precisam ser problematizados para que haja a transformação das crenças e atitudes (MINAYO, 2004). O entendimento de uma profissional vai ao encontro de tais orientações, pois ela acredita

[...] que se todos os profissionais da instituição estiverem realmente envolvidos e conseguirem perceber a dimensão que é esse Plano de Qualificação, que envolve hoje a política de humanização, realmente, os resultados irão beneficiar não apenas ao cliente, a família, mas a todos que estejam envolvidos dentro da instituição. (Entrevistada nº 1).

Assim, a humanização na atual conjuntura do sistema público de saúde direciona-se, a priori, para a melhoria da qualidade do atendimento aos usuários do sistema de saúde. O cuidado e a criação de vínculos entre usuários e profissionais de saúde devem estimular e promover a participação em saúde e fortalecer o exercício da cidadania (BRASIL, 2004).

Considerações Finais

Diante das análises expostas, pode-se constatar que o processo de implantação da Política de Humanização na MEAC obteve êxito no contexto de mudanças institucionais previstas através do PQMRP, sobretudo na ampliação de direitos e do acesso dos usuários aos serviços prestados, o que, de certa forma, preencheu uma lacuna histórica na melhoria do atendimento em saúde.

Com base nos avanços, torna-se importante uma constante reflexão sobre as discussões e as práticas de saúde que estão sendo propostas na implantação da Política de Humanização através do Plano de Qualificação. Pois, é dessa forma que os sujeitos inseridos nesse processo poderão construir e reafirmar, de fato, os dispositivos da política de saúde como um todo.

Referências

- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2004.
- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modelo? *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 389-394, mar./ago. 2005a.
- _____. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização (PNH)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- _____. *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: visita aberta e direito a acompanhante*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *A construção do SUS: histórias da reforma sanitária e do processo participativo*. Brasília, 2006b.
- BOARETTO, C. Humanização da assistência hospitalar: o dia-a-dia da prática dos serviços. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 15-29, 2004.
- CAMPOS, G. W. S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*. São Paulo: Hucitec, 2007.
- _____. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 389-406, mar./ago. 2005.
- DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.
- MINAYO, M. C. S. Dilemas do setor saúde diante de suas propostas humanistas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n. 9, p. 15-29, 2004.
- OLIVEIRA, M. L.; MACHADO NETO, J. G. Segurança na aplicação de agrotóxicos em cultura de batata em regiões montanhosas. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 30, n. 112, p. 15-25, 2005.
- PERES, F.; MOREIRA, J. C.; CLAUDIO, L. Editorial: Os impactos dos agrotóxicos sobre a saúde e o ambiente. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 4, 2007.
- PIRES, D. X. , CALDAS, E. D.; RECENA, M. C. P. Uso de agrotóxicos e suicídios no estado do Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.21, n.2, p.598-605, 2005.
- SCHMITT, N. M. *et al.* Health risks in tobacco farm workers-a review of the literature. *Journal of Public Health*, Berlin, v.15, n. 4, p.255-264, 2007.
- STOPPELLI, I. M. B. S.; MAGALHÃES, C. P. Saúde e segurança alimentar: a questão dos agrotóxicos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, p. 91-100, set./dez. 2005.
- TRAPÉ, A. Z. *Efeitos toxicológicos e registro de intoxicações por agrotóxicos*. 2005. Disponível em: <<http://www.agr.unicamp.br/tomates/pdfs/eftoxic.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2010.
- VON ESSEN, S. Mccurdy, S. A. Health and safety risks in production agriculture. *Western Journal of Medicine*, California, v. 169, n. 4, p. 214-220, 1998.

Recebido para publicação em Julho/2012

Versão final em Junho/2013

Conflito de interesse: não houve

Suporte financeiro: inexistente