

A política de humanização do sistema único de saúde (SUS), e suas expressões na maternidade do hospital regional de Pombal-PB

The humanization policy of the unified health system (SUS), and their expressions in the maternity ward of the regional hospital of Pombal-PB

Maria Charlene Cavalcante Vieira¹, Anne Izabelly Oliveira de Sousa², Barbara Laiana Ricarte de Lima³, Ednara Albuquerque de Sousa⁴, Eriisa Gonçalves Rolim⁵.

RESUMO - O presente trabalho discute sobre a Política de Humanização do Sistema Único de Saúde (SUS), na Maternidade do Hospital Regional de Pombal e traz como objetivo principal elaborar uma análise de como se dá a implementação desta política nas unidades hospitalares, sobretudo, em áreas de maternidade. Quanto aos objetivos específicos apresentados circundaram em torno da perspectiva de apresentar os preceitos da Política de Humanização, no âmbito da Política Nacional de Saúde; investigar a concepção que as usuárias dos serviços de maternidades públicas têm sobre a Política Nacional de Humanização, além de analisar o nível de efetivação no que diz respeito ao atendimento que é ofertado às usuárias identificando as demandas que são apresentadas e que devem estar sendo ofertadas pela Política de Humanização. A pesquisa imprime o cunho descritivo-exploratório com abordagem metodológica quali-quantitativa. A mesma teve como lócus o Hospital Regional de Pombal Senador Ruy Carneiro da Cidade de Pombal/PB. No que se refere à população pesquisada, esta se constituiu quantitativo de gestantes que forem atendidas na maternidade do Hospital Regional Senador Ruy Carneiro da Cidade de Pombal – PB, no período de Fevereiro a Abril de 2014. Desta população foi selecionada aleatoriamente, uma amostra 16 mulheres como foco da entrevista. A relevância deste trabalho reflete-se no fato de que a Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) apresenta grande importância no que se refere aos atendimentos no âmbito das unidades de saúde, e ganha ainda mais importância quando esse atendimento é realizado dentro das maternidades junto às parturientes, pois estas carecem de acolhimento, atenção e acima de tudo de serviços que venham atender adequadamente as suas necessidades.

Palavras-Chave: Política de Humanização, Saúde, Atendimento Humanizado, Maternidade

ABSTRACT - This paper discusses about the Humanization policy of the unified health system (SUS), in the maternity ward of the Regional Hospital of Pombal and brings as general objective to prepare an analysis of how the implementation of the national policy of humanizing hospital units, especially in areas of motherhood. The specific objectives will come in the run-up to the precepts of Humanization policy, within the framework of the National Health Policy, investigate the conception that the users of the services of public maternity hospitals have about National policy of Humanization, and analyse the level of implementation with regard to the service which is offered to the user identifying the demands that are put forward and which should be being offered by Humanization policy. Research prints the descriptive-exploratory with quali-quantitative methodological approach. The same locus as the Hospital Regional de Pombal Senator RuyCarneiro da Town of Pombal/PB. With regard to the population to be searched, will be covered the number of pregnant women who are satisfied in the maternity ward of the Regional Hospital Senator RuyCarneiro da Town of Pombal-PB, in the period from February to April 2014. Certain that the Politics of humanization of the Sistema Único de Saúde (SUS) features great relevance as regards services within health units, and gains even more importance when it comes to treating this service within the maternity wards next to women in labour, because they lack shelter, attention and above all of services that will meet their needs adequately.

Key-words: Humanization policy, Health, Attendance Humanization, Maternity.

*Autor para correspondência

Recebido em 01.02.2014 e aceito em 04.02.2014

¹Graduada no Curso de Bacharelado em Serviço Social, da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Cajazeiras- FAFIC. E-mail:chaycavalcanti@hotmail.com

²Graduada no Curso de Bacharelado em Serviço Social, da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Cajazeiras- FAFIC. E-mail:bellynhaoliveira@hotmail.com

³Graduada no Curso de Bacharelado em Serviço Social, da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Cajazeiras- FAFIC. E-mail:barbaralricarte@hotmail.com

⁴Graduada no Curso de Bacharelado em Serviço Social, da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Cajazeiras- FAFIC. E-mail:ednara2008@hotmail.com

⁵Graduada no Curso de Bacharelado em Serviço Social, da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Cajazeiras- FAFIC. E-mail:erissarolim@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Os cuidados à saúde é uma necessidade que acompanha a humanidade, desde as civilizações antigas, e expressam ações com características particulares de cada época histórica. Nesta conjuntura, as ações de saúde alcançaram avanços com vistas ao melhor atendimento das questões que permeiam a problemática, inclusive algumas transformações na formatação do próprio conceito do binômio saúde/doença.

O objetivo deste trabalho consiste em analisar a Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde com os usuários da Maternidade do Hospital Regional de Pombal Senador Ruy Carneiro da Cidade de Pombal/PB, procurando evidenciar alguns aspectos acerca do conhecimento dos usuários sobre saúde, direitos do cidadão e deveres do Estado.

A política de Humanização apresenta grande relevância, no que se refere ao atendimento de pessoas nos serviços de saúde, e esse tema ganha ainda mais importância, quando vem tratar de um atendimento humanizado voltado para as gestantes, que estão ali dentro de uma maternidade, prestes a dar à luz, em um momento de muita angústia, incertezas e acima de tudo medo, portanto, é exatamente nesse contexto que, observamos a cada dia inúmeros casos de mães que perdem seus filhos, ou quando elas mesmas também vão a óbito, por falta de atendimento, negligência médica, falta de profissionais, dentre tantos outros fatores, que são corriqueiros na mídia, e por ser assim passam até mesmo a se tornar normais aos olhos da população.

Garantindo acesso universal e igualitário a todos os indivíduos, esta análise partiu da realização de uma pesquisa quali-quantitativa, com a realização de entrevistas com o suporte de um roteiro de entrevista semiestruturado, com a finalidade de observar como as usuárias são acolhidas em unidades de maternidades, percebendo inclusive qual é o atendimento quem vem sendo ofertado pelas equipes.

Dessa forma o objetivo geral da pesquisa consistiu em analisar como se dá a implementação da Política Nacional de Humanização na Maternidade do Hospital Regional Senador Ruy Carneiro da Cidade de Pombal-PB, seguido dos objetivos específicos que foram: apresentar os preceitos da Política de Humanização, no âmbito da Política Nacional de Saúde; investigar a concepção que as usuárias da Maternidade do Hospital Regional Senador Ruy Carneiro da Cidade de Pombal-PB têm sobre a Política de Humanização; analisar o nível de efetivação no que diz respeito ao atendimento que é ofertado às usuárias na referida Maternidade; identificar as demandas que são apresentadas e devem estar sendo assistidas pela Política de Humanização.

A pesquisa foi de cunho descritivo-exploratório com abordagem metodológica quali-quantitativa. Neste respeito, utilizou-se o estudo de caso que possibilitou uma maior aproximação com a realidade pesquisada.

A pesquisa foi realizada na Maternidade do Hospital Regional de Pombal. A escolha por este hospital se justifica pelo fato de que o período do Estágio Supervisionado foi vivenciado nesta unidade de saúde. E a partir desta experiência foi possível estabelecer uma

relação de pesquisa acadêmica com a temática, tendo em vista que esta se apresenta como uma forte demanda para a referida instituição.

Quanto à população desta pesquisa constituiu-se do quantitativo de gestantes que foram atendidas na maternidade do Hospital Regional Senador Ruy Carneiro da Cidade de Pombal – PB, no período de Fevereiro a Abril de 2014. Neste sentido, abarcou uma amostra de 16 mulheres do universo total do segmento selecionado, como foco da entrevista.

Foram incluídas nessa pesquisa, as gestantes atendidas pela maternidade do Hospital Regional de Pombal, que aceitem se submeter à entrevista. Assim como foram excluídos dessa pesquisa, os indivíduos que não atenderam a este perfil, tendo em vista que não apresentam às condições que favoreçam uma resposta a temática desenvolvida, a partir de seus objetivos.

Para a coleta de dados, foram utilizados os instrumentais de entrevista semiestruturada, o qual contém questões abertas e fechadas, que dará a possibilidade de obter dos entrevistados informações mais detalhadas acerca dos aspectos mais relevantes do problema, bem como suas descrições da situação em estudo, após, é claro, o consentimento formalizado verbalmente e por escrito, respeitando-se o horário e o local de acordo com a disponibilidade das participantes e da pesquisadora. Portanto, foi aplicado um Roteiro de Entrevista na perspectiva de melhor coletar os dados para essa pesquisa.

Dentre os instrumentos de análise, utilizou-se a análise crítico-dialética, com vistas a uma melhor compreensão da realidade. Buscando para isto, traçar um levantamento macro do nível de efetivação da Política de Humanização, contrapondo esta realidade com as condições locais e que se fazem presentes no Hospital Regional de Pombal/PB.

Os riscos mais relevantes para essa pesquisa foram às ocasiões em que as entrevistadas, poderiam não ter entendido ou quando não compreendiam as questões que foram apresentadas. Outro fator que ofereceu riscos para a pesquisa foram os momentos em que porventura a entrevistadora/pesquisadora não compreendeu adequadamente as respostas que foram fornecidas, ou quando foi mal interpretada, além de fatores institucionais que também acarretarem prejuízos diretos a pesquisa, por exercer influência nas respostas das entrevistadas.

Sendo assim, a pesquisa pretendeu contribuir de maneira positiva, no sentido de enriquecer a concepção dos leitores sobre o tema.

Portanto, diante da realidade da oferta dos serviços da saúde pública no país, em que esta oferta não ocorre da maneira como se propõe, esta pesquisa tem como hipótese a premissa de que as instituições de saúde na atualidade, e também o Hospital Regional Senador Ruy Carneiro, não possuem condições de atendimento, e inclusive não disponibilizam momentos de capacitação para os profissionais. Logo se afirma que a Política de Humanização não tem tido as condições necessárias e favoráveis para ser efetivada.

Vale ressaltar que este trabalho se estrutura com a organização de algumas seções: no primeiro momento realiza-se uma abordagem sobre o SUS e a Política Nacional de Humanização, pontuando as características

que se fizeram presentes no processo de desenvolvimento das ações de cuidado à saúde, até que fossem efetivadas como Política Social. Em seguida se faz uma análise da Política Nacional de Humanização, enquanto direitos de todos no escopo da Política de Saúde, mais com um enfoque nos limites da maternidade, enquanto espaço privilegiado de atenção humanizado. Para tanto, se faz uma análise dos limites e possibilidades que são postas a estas ações, tendo em vista as determinações desenhadas pelos interesses neoliberais.

Além disso, a seção seguinte atinge um momento marcante desta análise, quando expressa algumas considerações traçadas a partir do resultado da pesquisa, e contempla as questões que foram pontuadas, traçando um paralelo importante com a realidade que é vivenciada na unidade que fora pesquisada. Finalmente, este trabalho alcança a etapa das considerações finais, e da apresentação dos anexos e apêndices que se fizeram necessários à realização do mesmo como um todo, inclusive a pesquisa.

Esta pesquisa buscou contribuir de maneira positiva, no sentido de enriquecer a concepção dos leitores sobre o tema. Como também auxiliar na compreensão dos elementos que resultaram na construção da atual política de saúde, entendendo neste contexto que embora o processo de desenvolvimento tenha apresentado mudanças e avanços, ainda poderá acarretar em uma diversidade de outras mais.

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

A sessão a seguir apresentará uma retrospectiva de como se deram as primeiras medidas de cuidados com a saúde, por quem eram ofertadas e os medicamentos que eram utilizados; nesse sentido, será abordado, o momento delicado pelo qual a saúde brasileira enfrentou, com o surgimento de epidemias e pestes, e quais foram as ações adotadas pelo Estado frente a essa realidade.

Dentro dessa ótica serão discutidos os avanços pelos quais a partir de lutas e conflitos a sociedade passou a alcançar direitos antes não garantidos, desencadeando em uma das maiores conquistas que foi a criação do Sistema único de Saúde (SUS).

Resgate Histórico das Medidas de Cuidados à Saúde no Brasil

Um retrocesso histórico revela entre outros aspectos, como se deram os primeiros movimentos de cuidado à saúde dos indivíduos. Neste sentido, é perceptível que a assistência aos doentes era ofertada de maneira bem rudimentar, inicialmente, por sacerdotes ou feiticistas que eram tidos naquele momento como os únicos habilitados para resolver os males que comprometiam a saúde das pessoas, não existindo ainda, o acesso a medicamentos. Esse “tratamento” era feito através de plantas medicinais. Outro elemento que contribuía para que estas pessoas recebessem esse tipo de “cuidado” na oferta dos tratamentos à saúde, era o fato de que as patologias físicas estavam primordialmente associadas/ligadas a intervenções sobre-humanas, ou seja,

eram reconhecidas como castigo ou punição divinas (SANTOS S/D, p.02).

Dentro desse processo histórico as rezadeiras e curandeiros também tiveram papel muito importante na construção histórica da saúde. Estes que se utilizava de inúmeras práticas religiosas e de rituais por eles criados, envolvendo ramos e folhas, na perspectiva de ajudar aqueles que os procuravam, em busca da cura de alguma doença, estas eram ações com características predominantemente rudimentares. Sendo assim importante enfatizar que, a assistência médica era muito escassa nessa época e não era um direito de todos.

Os diagnósticos eram elaborados pelas próprias rezadeiras, assim como, a orientação a ser seguida para alcançar a cura, já que estas também se utilizavam saberes espirituais, estes diagnósticos eram denominados de mal olhado, espinhela caída, quebrante, dentre outros que ainda são muito comuns de serem ouvidos por pessoas que habitam em localidades mais afastadas dos grandes centros urbanos.

A realidade brasileira não foge à regra destas condições, portanto, também revelou formas muito incipientes na gênese dos cuidados com a saúde. Assim, o cenário era marcado por ações que se apresentavam como bastante delicadas, no que se refere a tais cuidados. Havia a ausência de serviços dos cuidados à saúde de forma eficaz e permanente, o que contribuía para que a saúde da sociedade fosse lançada a própria sorte.

Em face dessa realidade passaram a emergir pestes, onde podemos citar como exemplo a peste bubônica, que atingiu fortemente a cidade de Santos no Estado de São Paulo, acendendo o sinal de alerta para possíveis epidemias no país.

Paralelamente a esse cenário, cabe lembrar que importantes iniciativas marcaram esse período, tais como a criação da Fundação Oswaldo Cruz e do Instituto Butantã, estas foram ações que confrontaram diretamente com a realidade sanitária da época e que resultou em avanços positivos, na redução dos males que assolavam a sociedade, mesmo que de maneira bastante embrionária.

No entanto, com a ausência de um controle eficaz das doenças, resultou-se em grandes epidemias, como também no avanço de diversas doenças, tais como a malária e a febre amarela, esse quadro se agravou gradativamente, pois o Brasil tem em sua história um contexto de lutas, travadas contra as epidemias.

Com o decorrer do tempo o Estado, passou a adotar medidas campanhistas/sanitaristas para conter as doenças que se alastravam pela sociedade, as medidas eram executadas através da força braçal, por trabalhadores do governo, houve atos como, queimas de colchões e roupas da população, e tais ações foram amplamente criticadas, resultando, portanto, em um quadro de revolta social.

A onda de insatisfação se agrava com outra medida de Oswaldo Cruz, a Lei Federal nº 1261, de 31 de outubro de 1904, que instituiu a vacinação anti-varíola obrigatória para todo o território nacional. Surge, então, um grande movimento

popular de revolta que ficou conhecido na história como a revolta da vacina (POLIGNANO, S/D, p. 05).

As ações campanhistas mesmo sendo alvo de críticas e revolta por parte da população surtiu efeito positivo no controle das epidemias, dando fim a algumas das doenças que assolavam a sociedade da época. Oswaldo Cruz, na época Diretor do Departamento Federal de Saúde Pública, teve importante papel no controle e erradicação dessas epidemias, promovendo uma reforma que previa:

- o registro demográfico, possibilitando conhecer a composição e os fatos vitais de importância da população;
- a introdução do laboratório como auxiliar do diagnóstico etiológico;
- a fabricação organizada de produtos profiláticos para uso em massa (POLIGNANO, S/D, p.05).

Mudanças significativas ocorreram a partir do momento em que no ano de 1920, Carlos Chagas ocupou o cargo antes de Oswaldo Cruz e efetuou medidas mais amplas e eficazes no controle das patologias, dessa forma criaram-se setores próprios para tratar a lepra a tuberculose e as demais doenças pertinentes da época.

Algo importante a ser lembrado é que as epidemias, naquele período eram controladas com o intuito de não prejudicarem as relações sociais, certos de que os avanços no cenário da política de saúde possuíam inteira consonância com a política social e financeira do país, já que estas relações pautavam-se no intuito de beneficiar os capitalistas da época, e em face dessa realidade já era possível observar as relações nos serviços de saúde entre os setores público e privado.

Vale lembrar ainda, que os primeiros anos de 1900 foram marcados por importantes avanços como, a criação dos sindicatos. Alguns outros avanços também marcaram este período no Brasil, como o setor da agricultura e da indústria que tiveram seus direitos sindicais reconhecidos, e a jornada de trabalho que foi reduzida para 12 horas em 1911.

Assim como fora sinalizado anteriormente, as ações de proteção social no Brasil, tiveram a efetivação de ações importantes na década de 1920. Por exemplo, em 1923 foi aprovada a lei Eloy Chaves, que preconizava a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), este passo foi tido como um marco para a criação da Previdência Social no Brasil, através desta lei, consideráveis avanços no cenário dos direitos dos trabalhadores começaram a emergir. No entanto a mesma trazia algumas ressalvas:

- a lei deveria ser aplicada somente ao operariado urbano. Para que fosse aprovado no Congresso Nacional, dominado na sua maioria pela oligarquia rural foi imposta a condição de que este benefício não seria estendido aos trabalhadores rurais. Fato que na história

da previdência do Brasil perdurou até a década de 60, quando foi criado o FUNRURAL;

- Outra particularidade refere-se ao fato de que as caixas deveriam ser organizadas por empresas e não por categorias profissionais;
- A criação de uma CAP também não era automática, dependia do poder de mobilização e organização dos trabalhadores de determinada empresa para reivindicar a sua criação (Lei Eloy Chaves).

Por volta de 1923 e 1929, foram criadas em média 40 Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), a primeira CAP a ser criada foi em benefício aos ferroviários em vista dos importantes aspectos que a profissão representava frente aos setores econômicos, essas caixas eram administradas pelas próprias empresas, com participação dos seus empregados, as (CAPs), embora a princípio tenha privilegiado apenas os trabalhadores de ferrovias, logo após os portuários também foram “cobertos” por este ação assistencial.

Em conformidade com o sistema previdenciário em vigor, valem ressaltar que o Estado não arcava com os custos dos benefícios destinados aos trabalhadores, estes eram mantidos pelas empresas, seus empregados e, contudo a sociedade não deixava de ofertar sua parcela de contribuição à medida que consumia os produtos.

Cabe ressaltar que, além do trabalhador, ter acesso à aposentadoria e pensão, ele também contava com apoio funerário e médico, estando dentro dessa cobertura, assistência médica a família do trabalhador, redução nos preços de medicamentos, além de ofertar apoio financeiro ao empregado, em caso de eventuais acidentes de trabalho.

Em seguida por volta de 1930-1937, as (CAPs), foram substituídas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), esta foi uma ação do Estado com o intuito de beneficiar outras categorias de trabalhadores, em síntese a principal diferença entre os dois institutos foi que ao contrário das CAPs os IAPs organizariam seus trabalhadores a partir de categorias profissionais e não mais por empresas como ocorria com as CAPs, a respeito dos benefícios que foram concedidos aos trabalhadores foram:

- a) aposentadoria;
- b) pensão em caso de morte, para os membros de suas famílias ou para os beneficiários, na forma do art. 55 ;
- c) assistência médica e hospitalar , com internação até trinta dias;
- d) socorros farmacêuticos, mediante indenização pelo preço do custo acrescido das despesas de administração .

§ 2º- O custeio dos socorros mencionados na alínea c não deverá exceder à importância

correspondente ao total de 8% , da receita anual do Instituto, apurada no exercício anterior, sujeita a respectiva verba à aprovação do Conselho Nacional do Trabalho(POLIGNANO, S/D, p.10).

Segundo Polignano (S/D, p. 10) No que se refere às colaborações a sociedade os IAPs foi um instrumento captador de recursos, e nesse sentido, trouxe reflexos positivos para a situação social da época, e a partir desse instituto surgiram também: Legião Brasileira de Assistência (LBA), Fundação Leão XIII, Ministério da Saúde, Educação, Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), Serviço Social da Indústria (SESI), e Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI).

Já no ano de 1965 houve a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), através do qual e sob muita resistência unificou os IAPs, foi este o instituto que de fato, firma bases em adquirir serviços os setores privados, o que se consolidará cada vez mais com a criação do Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (SINPAS), e do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), instituto esse muito importante para aquele período. Uma característica que vale ressaltar é que não diferentemente da realidade atual o INAMPS também comprava serviços do setor privado para ofertá-los no público.

Como é perceptível, mesmo com o registro destas ações e com a criação destes mecanismos, a política de saúde não era reconhecida como prioridade pela agenda do Estado. Dessa forma a população ficava a mercê de ações tidas como “caritativas”, já que a saúde não era um direito do cidadão, os hospitais em sua maioria eram filantrópicos, o que resultava na oferta de serviços ineficazes e soba ótica da caridade e do assistencialismo.

O Sistema Único de Saúde (SUS) e suas implicações para a efetivação da Política de Saúde no Brasil

Conforme discutimos anteriormente, alguns desafios se fizeram presentes no cenário constituído pelas tentativas da sociedade em estabelecer melhorias do quadro social, no que concerne aos cuidados à saúde. Dentro dessa conjuntura, destacasse a década de 1920, que foi marcada por inúmeros conflitos e lutas sociais, quando a sociedade se contrapunha aos ditames do Estado que não voltava o seu olhar para as crescentes necessidades da população, e ainda com o aumento da inflação e os custos de vida altíssimos.

A partir dos anos de 1920, as preocupações com a saúde pública no Brasil apresentavam-se, em grande parte, aos interesses da economia cafeeira, que transformara o país em principais supridores de matérias-primas no mercado mundial. Onde o café tinha ampliado o mercado interno, produzindo um desenvolvimento ferroviário, alicerçado a rede bancária e fornecido as bases para o crescimento industrial.

Na mesma década ocorreu a crise de 1929, que percorreu o mundo e devastou diversos setores da sociedade, onde se podem observar com maior clareza os altíssimos níveis de desemprego e instabilidade econômica e financeira, segundo Behring (S/D, p.69) acerca de tal crise, “A concorrência é acirrada bem como a especulação. Há uma estagnação do emprego e da produtividade, o que gera uma forte capacidade ociosa da indústria”.

Ainda no que diz respeito ao processo que culminou na formatação da Política de Saúde, tal como se identifica na atualidade, alguns momentos e reivindicações merecem destaque, como elementos que impulsionaram as ações do cuidado à saúde, como direito de todos e dever do Estado, ultrapassando a lógica da caridade e da filantropia. Dentre estes, pode ser citado o Movimento de Reforma Sanitária. Este movimento surgiu através de uma série de reivindicações promovidas por uma parcela da sociedade frente ao Estado que se encontrava em um momento de crise e não conseguia impor seu autoritarismo ditatorial perante a sociedade. Teve como momento de consolidação os anos de 1980 e se deu através da organização de setores da sociedade, que buscavam uma participação ativa nos espaços institucionais.

O Projeto da Reforma Sanitária foi um marco no que se refere às lutas da sociedade em busca da garantia dos direitos sociais de uma forma geral, por que a partir daquele momento a sociedade passou a ter um diálogo mais direto com o Estado, desenvolvendo uma luta frente a frente, e este era um momento crítico para o Estado, onde ele se viu recuado e com inúmeros problemas sociais emergindo. Foi este o momento em que o Estado também passou a ouvir a sociedade através dos seus conselhos, isso é claro, ainda de maneira bem discreta, e foram exatamente os conselhos que passaram a ser o principal elo entre o Estado e a sociedade, foi através destes que, a voz do povo pode, mesmo que de maneira embrionária, chegar aos ouvidos do Estado.

Por volta de 1985 o país vivenciou uma crise em diversos setores, desde o aspecto econômico até o social, os problemas eram os mais diversos, o Estado era omissivo com relação à garantia dos direitos sociais, altos níveis de desemprego, as condições de vida e saúde eram precárias, aumento da inflação, portanto, as consequências para este amontoado de problemas não poderia ser outro: uma insatisfação por parte da sociedade, desencadeando assim nas greves registradas naquele período, que foi o meio pelo qual a sociedade encontrou para ser ouvida e para ter seus interesses levados em conta; e foi naquele contexto de instabilidade que o Estado usa seu tradicional meio para conter os conflitos, a repressão. O Estado passou a criar mecanismos para auxiliá-lo no fim das reivindicações, e diante desse impasse a luta dos sanitaristas se tornou cada vez mais um desafio a se concretizar.

O Projeto de Reforma Sanitária promoveu conquistas significativas para a sociedade, pois sua luta estava pautada pela efetivação de direitos em diversos segmentos sociais além de trazer consigo os princípios da integralidade, descentralização, intersetorialidade e

universalização. Um ponto importantíssimo a destacar é que a Reforma Sanitária trouxe como uma de suas maiores conquistas o Sistema Único de Saúde, o qual destacará a seguir.

Um grande marco para a consolidação das reivindicações do movimento sanitário foi a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que em um feito inédito conseguiu unir diversos segmentos da sociedade para lutar em busca de direitos e fazer com que o Estado cumprisse de fato o seu papel, algo a ser destacado é que este evento diferentemente de conferências anteriores conseguiu reunir cerca de cinco mil pessoas, no entanto, mesmo com a participação expressiva da sociedade a conferência não alcançou um de seus objetivos que seria a participação direta nas decisões do Estado, porém fez com que a sociedade olhasse mais de perto a forma como suas relações se davam.

A 8ª Conferência foi um evento duplamente inédito. Inédito na história das políticas de saúde porque não se tem notícia de que o poder executivo brasileiro jamais tenha convocado a sociedade civil para o debate de políticas ou programas de governo, menos ainda no estágio ou momento de sua formulação na escala de que fez naquele momento. Todas as sete conferências de saúde anteriores pautaram-se por um caráter eminentemente técnico e pela baixíssima representatividade social marcada pela participação praticamente restrita a gestores e técnicos governamentais (CARVALHO, 1995, p. 53).

As práticas conservadoras que operavam o governo do presidente Sarney ágrossa modo impediam o avanço do Projeto de Reforma Sanitária, no entanto, a criação do Programa de Desenvolvimento dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), que teve como instrumento legal, o decreto nº 94.657, de 20 de julho de 1987, onde "Dispõe sobre a criação de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados".

Foi uma política de curto prazo, criada com o intuito de, consolidar e tornar mais eficazes as ações em saúde, de forma que os serviços se tornassem cada vez mais descentralizados, dando mais autonomia aos Estados e Municípios, o programa também abriu portas para a continuidade do movimento de Reforma Sanitária, tornando possível uma inserção ainda maior da sociedade no cenário do Estado, tendo em vista que o SUDS, teve grande relevância para a consolidação da atual Política Nacional de Saúde, o que pode ser visto, quando se vislumbra alguns dos seus objetivos centrais:

*"(...) induzir a uma unificação com descentralização (..)
(...) reforço das instâncias colegiadas das AIS (...)
(...) redefinição das atribuições dos três níveis de governo (...)
O (...) INAMPS sofrerá uma redução em sua estrutura, de maneira a adapta-lo às*

*funções específicas de planejamento, orçamento e acompanhamento (..)
(...) reforma assistencial que modifique a natureza e a qualidade dos serviços de saúde (...) (BERENGER, 1996, p.46).*

Portanto, ao decorreremos por um contexto de lutas e conflitos, travado por aqueles que estavam, de fato, envolvidos na luta por um projeto reformista que viesse garantir direitos a aqueles que estavam a muito sob as migalhas oferecidas pelo Estado, desencadeamos na Constituição Federal de 1988, por meio da quais direitos como a Seguridade Social e como frutos dela a Política de Saúde a de Assistência Social e a Previdência Social vieram na perspectiva da garantia dos direitos sociais e da melhoria nas condições de vida da população, e foi nesse cenário que a proposta da Reforma Sanitária foi efetivada.

A Constituição de 1988, em seu artigo 196, versa que a saúde é direito do cidadão e dever do Estado, garante acesso universal e igualitário, ou seja, a todos os indivíduos da sociedade independentemente de origem, raça, cor, sexo, posição econômica e social, orientação religiosa, idade e quaisquer outras formas de discriminação.

Para implementar políticas de saúde pós Constituição Federal suas ações e serviços devem pautar-se à promoção, proteção e recuperação da saúde. Esta é a base fundamental da qual se configuram as novas políticas de saúde em nosso país a partir 1988 em diante, no entanto, para que ela pudesse chegar a consolidar-se de tal forma o conceito de saúde em nossa sociedade precisou passar por vários processos de transformação, o qual verá a seguir.

Primeiramente a saúde era vista como ausência de doença, que requeria apenas medidas curativas para o paciente, ou seja, por meio de intervenção médica no indivíduo no intuito de recuperar sua saúde; tratava-se aqui só da doença. Mas em 1948, a Organização Mundial de Saúde (OMS), traz para a discussão do tema uma nova concepção, "[...] ao definir saúde como completo bem-estar físico, mental e social". Rezende e Cavalcanti (2009, p. 68).

A partir dessa nova visão, o processo saúde-doença não mais se limitaria apenas a dimensão biológica, mas também aos aspectos: econômico, político e social do indivíduo, sendo assim até hoje. Mas é só a partir de 1988 que vamos ter uma efetivação completa dessa nova concepção, através dos marcos da lei, porque até então era a lógica capitalista que determinava a forma de execução dessa política, mesclando seus interesses ao novo conceito. Já como noção de "direito", vamos ter aí seu primeiro momento marcado na Pós-Segunda Guerra Mundial (1939 – 1945), com o surgimento da ONU (Organização das Nações Unidas), que votará em 1948 uma Declaração dos Direitos Humanos, sendo assinada pelos países, incluindo o Brasil, a qual diz: ' todo homem tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar, a si mesmo e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis [...]' (CEAP, S/D, p. 11-12).

No entanto, a saúde passa a ser vista também como direito fundamental de todo ser humano, entretanto, não houve uma efetivação desse direito por parte do Estado, pois, este não assumiu de fato a responsabilidade de prestar serviços públicos de saúde a toda a população, mesmo após assinar a Declaração Universal dos Direitos Humanos. Antes, guiado pela lógica mercadológica de direito à saúde, continuou a desenvolver as mesmas ações que eram implementadas entre as décadas de 1930 a 1945, na Era Vargas, no qual só quem tinha direito de acesso seriam os contribuintes da previdência social, ou seja, aqueles que estavam inseridos no mercado formal de trabalho e que, portanto, possuíam carteira assinada, e a política pública destinava-se apenas às regiões periféricas objetivando a prevenção das doenças infectocontagiosas que pudessem trazer mais prejuízos econômicos.

Somente com a Constituição Federal de 1988 é que iremos ter “[...] a política de saúde como direito social universal e atributo de cidadania [...]” (REZENDE; CAVALCANTE, 2009, p. 71). Esse passo dado foi considerado um dos maiores avanços para a história da saúde do Brasil e isso aconteceu graças as muitas lutas de pessoas e movimentos comprometidos com o interesse da população em geral, pois defendiam que todos “os brasileiros são cidadãos e, por isso, sujeitos de direitos e entre estes está a saúde” CEAP (S/D, p. 19), e a partir da instituição das Leis Orgânicas da Saúde (LOS), nº 8.080 e nº 8.142 de 1990, que tratam da efetivação do Sistema Único de Saúde - SUS, é que iremos ter a regulamentação de suas ações e serviços executados.

É importante ressaltar que o SUS (Sistema Único de Saúde), vem subsidiar as ações da Política de Saúde no Brasil, e traz consigo um aparato de serviços e ações na perspectiva de garantir uma saúde ampla e de qualidade, e para tanto, tem por base princípios e diretrizes como veremos a seguir.

Tendo como premissa que um princípio é algo que deve ser valorizado, o Sistema Único de Saúde preza pelos seguintes princípios:

- *universalidade* onde o direito a saúde deve ser estendido a todos sem restrições;
- *equidade* onde o direito de oportunidade seja dado a todo e qualquer cidadão;
- *integralidade* que prioriza um atendimento que englobe serviços que venham atender as mais variadas necessidades independentemente do seu nível, promovendo a prevenção e proteção a saúde;
- *descentralização* preconiza que os Estados e Municípios também tenham autonomia sobre determinados serviços dentro do Sistema Único de Saúde;
- *regionalização* que limita o território onde determinada população deve ser atendida;
- *hierarquização* este princípio trata da forma como as unidades de saúde devem se organizar a partir da complexidade do

serviço que cada uma oferece para atender o usuário.

O cenário do cuidado à saúde no Brasil mesmo depois de ter sido garantida como um direito de todos e dever do Estado, apresentou algumas lacunas a partir dos anos de 1990, pois o sistema teria que atender toda a camada que antes era descoberta pelos serviços. Pois como se sabe, antes da realidade posta pela Constituição Federal de 1988, só quem tinha acesso a saúde eram aqueles que pagavam por ela, dessa forma o número de pessoas que o Sistema de Saúde Pública teria que cobrir era muito grande. Além disso, os investimentos no setor não eram feitos como deveriam, e essa situação geraram graves problemas na efetivação dos serviços.

Foi, portanto, nesse cenário que as iniciativas da saúde privada se intensificaram, devido às fortes determinações neoliberais, e a partir daí começaram a surgir os eficientes planos de saúde, onde o serviço de saúde passou a ser uma mercadoria e esta, de grande valor para seus comerciantes, pois à medida que os serviços são mal ofertados a sociedade, ela procura meios para acessá-los, e o único encontrado é pagar pelos serviços de saúde.

Porém, o fato de ter sido legalizada não deu por encerrado o processo de construção do sistema de saúde, pois mesmo após 1988 muitas leis, normas e serviços foram desde então, elaborados e implementados objetivando o aprimoramento das ações e serviços prestados, dentre as quais podemos citar o Decreto Nº 99.438/90 - Organização do Conselho Nacional de Saúde, as Normas Operacionais Básicas (NOB), editadas em 91/93/96, e as Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS), editadas em 2001/2002, que servem para programar, orientar e organizar o SUS.

Toda esta abordagem histórica do conceito e noção de direito de saúde foi feita, de forma sucinta, no intuito de situar nosso leitor sobre o processo evolutivo de conquistas e constantes transformações que nossa saúde passou até chegar a consolidar-se como política pública para todos como foi visto anteriormente.

Portanto, após essa reflexão sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) e seus rebatimentos para a política de saúde, é fundamental discutirmos acerca da Política Nacional de Humanização (PNH), uma política que foi criada dentro do próprio Sistema de Saúde, no intuito de agregar ações para melhorar a qualidade dos serviços ofertados a sociedade, o que será retratado de forma mais aprimorada nas colocações a seguir.

Neste sentido, alguns desafios do SUS precisam ser superados. Não se ampliará a capacidade do SUS de gerar respostas aos problemas de saúde da população sem a superação dos graves limites do seu financiamento. O Brasil é o único com sistema público de saúde onde os gastos privados são superiores aos gastos públicos. Já, as dificuldades encontradas merece um nível de atenção ao SUS apresentou progressos significativos no setor público, mas enfrenta problemas graves com o setor privado, que detém a maioria dos serviços de complexidade e referência a nível secundário e terciário.

Os preceitos da Política Nacional de Humanização no âmbito da Política de Saúde no Brasil

Referindo-se, portanto, a um grande passo para a política de saúde, trataremos a partir deste momento, de uma política criada em 2003 e que muito vem sendo debatida dentro da Política de saúde, que é a Política de Humanização do Sistema Único de Saúde, ou o Humaniza/SUS (PNH). Em termos gerais, esta política vem tratar acerca de como devem estabelecer-se as relações entre gestores, trabalhadores e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), em prol de fomentar um atendimento e prestação de serviço que garantam melhor qualidade no processo de cuidado em saúde.

Por humanização compreendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva nas práticas de saúde. (BRASIL, 2009).

Humanizar é, então, ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais (BRASIL, 2004).

Em outras palavras, humanizar o sistema é torná-lo capaz de prestar serviços que acolham os usuários como eles são, sem discriminação, levando em consideração não apenas seu estado físico, mas mental (emoções, sua subjetividade) e suas condições sociais, culturais. No âmbito de desenvolvimento do trabalho entre as equipes de profissionais e entre a rede de saúde, é melhorar a comunicação entre esses setores, visando o respeito à autonomia de atuação de cada sujeito envolvido na produção de saúde e também garantir-lhes condições adequadas de trabalho, como também para os usuários.

Outros autores trazem conceitos mais práticos acerca desta política, reafirmando, é claro a sua importância dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), o que é perceptível com a descrição:

A PNH – Humaniza SUS é uma política pública de saúde que reafirma os princípios da universalidade, equidade e integralidade do SUS mas, também, propõem outros princípios dos quais não se pode abrir mão se queremos um SUS resolutivo e de qualidade (ARCHANJO E BARROS, S/D, p. 04)

Segundo o documento base para gestores e trabalhadores do SUS, esta política visa:

- Traduzir os princípios do SUS em modos de operar dos diferentes equipamentos e sujeitos da rede de saúde;

- Construir trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos;

- Oferecer um eixo articulador das práticas em saúde, destacando o aspecto subjetivo nelas presente;

- Contagiar, por atitudes e ações humanizadoras, a rede do SUS, incluindo gestores, trabalhadores da saúde e usuários.

Assim, entendemos humanização como:

- Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores;

- Fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos;

- Aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos;

- Estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão;

- Identificação das dimensões de necessidades sociais, coletivas e subjetivas de saúde;

- Mudança nos modelos de atenção e gestão, tendo como foco as necessidades dos cidadãos, a produção de saúde e o próprio processo de trabalho em saúde, valorizando os trabalhadores e as relações sociais no trabalho;

- Compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p.14).

Tendo em vista que, a Política Nacional de Humanização (PNH), agrega inúmeras possibilidades para a sua aplicação á medida em que procura atuar nas mais diferentes áreas que compõem o SUS, na perspectiva de melhorar cada vez a forma como os usuários desse sistema são atendidos, propondo é claro somar esforços com o intuito de estreitar os laços entre os serviços de saúde e os usuários, e não apenas estreitá-los, mas torná-los cada vez mais firmes e duradouros, para que dessa forma tenhamos um serviço com maior qualidade onde a sociedade tenha suas necessidades atendidas com a qualidade que lhe é de direito.

Cabe lembrar que é desafiadora a missão de pôr em prática todos os objetivos que a PNH apresenta no tocante as necessidades particulares que cada usuário possui, assim como também se registra como desafio há falta de investimentos no aparelhamento das unidades e na capacitação dos profissionais, para atuarem segundo os preceitos que são estabelecidos.

A esse respeito, a PNH vem propor como resultados práticos, uma redução no tempo de espera, por pacientes que geralmente aguardavam horas para serem atendidos, em filas gigantescas, durante os atendimentos os pacientes terão uma classificação de risco, para assim tornar o serviço mais humano e acolhedor.

O atendimento deve ser ofertado de maneira

integral, enquanto os profissionais recebem treinamento para melhor se adequarem a política e conseqüentemente atuarem segundo os preceitos da mesma, além do que os ambientes de trabalho são fisicamente, aparelhados e adequados, com o intuito de proporcionar segurança e conforto aos usuários e profissionais.

O documento base para gestores e trabalhadores do SUS, aponta os dispositivos utilizados pela PNH.

- *Acolhimento com classificação de risco;*
- *Equipes de referência e de apoio matricial;*
- *Projeto terapêutico singular e projeto de saúde coletiva;*
- *Projetos de construção coletiva da ambiência;*
- *Colegiados de gestão;*
- *Contratos de gestão;*
- *Sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde: gerência de “porta aberta”, ouvidorias, grupos focais e pesquisas de satisfação;*
- *Projeto “Acolhendo os Familiares/Rede Social Participante”: Visita Aberta, Direito de Acompanhante e Envolvimento no Projeto Terapêutico;*
- *Programa de Formação em Saúde e Trabalho e Comunidade Ampliada Pesquisa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p.20).*

Referindo-se ao acolhimento, vale ressaltar que este possui considerável importância perante os demais dispositivos, visto que, é a partir dele que os profissionais irão conduzir o atendimento que será ofertado aos usuários do serviço de saúde.

Por acolhimento, se entende como sendo a:

Recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e, ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p.35)

No entanto, dentro dessa ótica, deve se estar atentos para os rebatimentos da PNH, no âmbito da política de saúde, podendo ser registrado avanços em aspectos relevantes como transformação nos modelos de gestão pré-existentes à medida em que, a partir daí tem-se reflexos nos padrões de atendimento, o que paralelamente faz girar outros eixos do sistema de saúde, evoluindo assim, para resultados positivos.

É importante destacar também que, a proposta dessa política está além disso, como pode ser observada a

partir das contribuições de ARCHANJO E BARROS quando afirmam que,

Construir a PNH como política pública é construir uma política que é para todos e de qualquer um, uma política que convoca trabalhadores, usuários, gestores para trabalhar em prol da saúde coletiva e que altera as relações de poder ao propor a indissociabilidade entre atenção e gestão. (S/D, p. 04)

Portanto, a aplicabilidade e eficácia da PNH, não é tarefa de apenas um setor de trabalho, um gestor ou um determinado funcionário, para que se consiga tornar de fato um atendimento humanizado nas unidades de saúde, se faz necessário que todos os setores e profissionais abracem os preceitos da política, não a atendendo como uma atenção a mais que será dada a um usuário, mas sim como algo que lhe é de direito e acima de tudo como política transformadora.

É importante ressaltar que o Sistema Único de Saúde (SUS), trouxe inúmeros avanços para as condições de vida e saúde da população brasileira e incluir a PNH dentro desses avanços é estritamente necessário; no entanto, a existência dessa política se deu a partir de necessidades que foram se apresentando dentro do Sistema Único de Saúde (SUS).

À medida em que a relações entre trabalhador e usuário pautavam-se apenas em questões práticas e não em uma abrangência mais ampla das necessidades de ambas as partes, não havendo dessa forma, práticas para estender esses vínculos, viu-se a necessidade de uma política pautada em um comprometimento que envolva não apenas o usuário, mas todo o seu contexto, já que este possui necessidades particulares que jamais podem ser generalizadas.

Dentro dessa ótica, os trabalhadores que são peça chave para referenciar a política, requerem atenção primordial, já que estes são responsáveis na produção e promoção a saúde, devendo estes ser valorizados e acima de tudo ouvidos, dentro de suas necessidades, ou até mesmo de sugestões que venham agregar valores dentro das unidades.

Assim, é relevante lembrar que as dificuldades para a aplicabilidade da política são constates, já que esta não é de fato, compreendida em seu sentido real, onde até mesmo alguns gestores não possuem conhecimento acerca da mesma e ainda, aos próprios usuários dos serviços de saúde compreendem que humanizar o serviço é apenas tratá-los com carinho e atenção, essa é uma barreira dura de ser quebrada no serviço de saúde essa visão pronta, que os usuários possuem a cerca da PNH.

Outro desafio que a Política de Humanização pretende alcançar é a inclusão de maneira mais participativa dos trabalhadores no processo de construção dessa política, de forma que venha a romper com a fragmentação dentro do processo de trabalho, podendo assim, tornar o trabalho em equipe, a discussão e a aproximação entre os setores uma realidade presente dentro do sistema de saúde.

A respeito do que de fato, a Política de Humanização trouxe de avanços para o Sistema Único de Saúde, pode-se constatar traços ainda tímidos na melhoria do atendimento que é ofertado a sociedade, os usuários passaram a ter um diálogo mais próximo com os profissionais dos serviços de saúde, a classificação de risco, que é um dispositivo que prioriza o atendimento do usuário, também pode ser notado de maneira positiva, além do que a atenção se tornou mesmo que minimamente mais integral se comparada a períodos anteriores a criação da política.

LIMITES E POSSIBILIDADES DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH) E OS DESAFIOS POSTOS À SUA VIABILIZAÇÃO

Nesta seção se objetiva apresentar a Política Nacional de Humanização (PNH), com os seus limites e possibilidades na assistência a saúde de mulheres em situação da maternidade, onde possam desenvolver seus desafios que a PNH possibilita em relação às maternidades.

A PNH como mecanismo de assistência à saúde de mulheres em situação da maternidade

No final da década de 1980, o Brasil passou por movimentos de redemocratização política, o movimento sanitário e construção do Sistema Único de Saúde (SUS), onde especialmente o movimento das mulheres consolidou de pautas de direitos sexuais e reprodutivos e das críticas ao modelo médico hegemônico (DESLANDES, 2005). Nesse sentido, os sistemas de saúde na década de 1980 foram marcados pelos movimentos das mulheres na busca de princípios como: eficácia, otimização e eficiência dos movimentos das mulheres.

Segundo Fortes (2004), a partir dos anos 90, a humanização da atenção à saúde onde impõe como política pública, iniciando-se no ambiente hospitalar, e, sendo dirigida a todos os níveis de atenção de saúde.

Nos anos 1990, a ampliação de propostas políticas referentes à humanização na saúde, onde no ano de 2001, o Ministério da Saúde acabou lançando o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) que estabelecia um conjunto de ações integradas para objetivar as alterações na assistência aos usuários no ambiente hospitalar público.

De acordo com Benevides (2005), o Ministério da Saúde, em 2003, defendeu a priorização da humanização como aspecto fundamental a ser contemplado nas políticas públicas de saúde, sendo assim algo fundamental para ser posto em prática. E nas propostas de humanização era evidente o caráter fragmentado não só nas relações, mas também no modo como suas ações se organizavam dentro do Ministério da Saúde.

Perante isso, a humanização era um desafio e uma urgência na reavaliação dos conceitos e práticas nomeados como humanizadas na saúde, ou seja, as políticas públicas de saúde são fundamentais para a

prática e as propostas de humanização de modo de organizar o Ministério da Saúde.

Segundo o mesmo autor (2005) nas propostas de humanização era evidente o caráter fragmentado não só na relação de baixa horizontalidade, mas também no modo vertical como se organizavam dentro do Ministério da Saúde. Tinha, então, duplo problema, a banalização do tema da humanização e a fragmentação das práticas ligadas a diferentes programas de humanização da saúde. Assim, para buscar o encaminhamento do problema, o Ministério da Saúde propôs a criação da Política Nacional de Humanização (PNH) que além de atender a todos os demais usuários também apresenta mecanismos de assistência para orientar às mulheres sobre os cuidados relativos à saúde onde Santos Filho, Barros e Gomes (2009), relatam que:

As diretrizes da PNH possuem suas orientações gerais e se expressam no método da inclusão de usuários, trabalhadores e gestores na gestão dos serviços de saúde, por meio de práticas diversas, como a clínica ampliada, a cogestão dos serviços, a valorização do trabalho, o acolhimento, a defesa dos direitos do usuário, entre outras.

A humanização deveria traduzir os princípios e os modos de operar no conjunto das relações entre os que constituem o Sistema Único de Saúde. E principalmente, o modo coletivo e co-gestivo de produção da saúde e de sujeitos implicados nesta produção, onde deveria orientar a construção da PNH como política pública. Podendo, estimular o protagonismo dos atores do sistema de saúde e garantir melhores condições para os profissionais e gestores realizarem seu trabalho foi à direção da Política Nacional de Humanização (Benevides, 2005).

Nesse sentido, a assistência às mulheres na maternidade deve ser pautada em serviços de ótimas condições com níveis de atenção e de cuidado relativos às necessidades de cada mulher, na busca de oferecer condições adequadas de atendimento.

A PNH vem se afirmando no SUS como uma política pública que atende ajusta e importantes reivindicações por mudanças nos serviços de atenção à saúde, pois incluem em suas preocupações, diretrizes, prioridades e dispositivos que atendem a todos os que estão envolvidos no processo de produção de saúde. Mais ainda, a PNH é uma política que se destaca pelo aspecto é subjetivo constituinte de qualquer ato de cuidado e por não separar atenção e gestão. Nesse sentido, sua construção vem responder às necessidades de mudanças do modelo assistencial de saúde que, apesar de avanços consideráveis, não foi capaz de superar desafios importantes como as dificuldades de acesso, a falta de acolhimento com qualidade e

resolutividade, a desvalorização profissional, a falta de formação de vínculo entre as equipes, a fragmentação no processo de atenção, etc.(BRASIL, 2004).

Portanto, é nesse contexto das práticas do cuidado na saúde que a ideia da PNH começou a ganhar espaço dentro das práticas de atenção básica principalmente através das propostas do dispositivo de acolhimento. Diante do exposto, a PNH está se firmando como política pública para atender as reivindicações da sociedade em relação aos serviços prestados à saúde, onde as dificuldades de acesso, a falta de acolhimento com qualidade, à desvalorização do profissional e entre outros aspectos ainda continua na sociedade.

Com isso, o Ministério da Saúde (MS) acabou preconizando o Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN), onde os manuais tinham diretrizes técnicas importantes e cursos de capacitação em formadores. A humanização da assistência, nas suas muitas versões, expressa uma mudança na compreensão do parto como experiência humana, e para quem o assiste uma mudança no "que fazer" diante do sofrimento de outro humano (DINIZ, 2005).

Para Oliveira, Collet e Viera (2006), a implementação das ações humanizadoras requer a valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecer o trabalho em equipe multiprofissional, fomentar a construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos, fortalecerem o controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS, democratizar as relações de trabalho e valorizar os profissionais de saúde.

Os desafios que se apresentam para a PNH nas relações desenvolvidas em maternidades

Segundo Deslandes (2005), a grande contribuição da PNH está em posicionar a subjetividade em lugar de destaque. Reconhecer a centralidade dos processos de subjetivação de todos os atores envolvidos na saúde para a modificação de práticas, culturas e sujeitos.

A Política de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS (PNH) criada em 2003, teve por objetivo qualificar práticas de gestão e de atenção em saúde. Isso corresponde à produção de novas atitudes por parte de profissionais, gestores e usuários, de novas éticas no campo do trabalho, incluindo aí o campo da gestão e das práticas de saúde, superando problemas e desafios do cotidiano do trabalho, problemas esses ligados diretamente a questões historicamente presentes no cotidiano da sociedade brasileira. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

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 humanizadas 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, 2006).

Nesse sentido Padilha (2012) relata que:

A comunicação dos profissionais com o usuário depende de outrotipo de iniciativa, como capacitação e programas que incentivem humanização e a qualidade no atendimento, uma das nossas grandes metas. Na Atenção Básica temos um programa de qualificação que premia quem melhor atende na área hospitalar e temos o SOS Emergência, que, entre outras ações, propõe a criação do acolhimento com classificação de risco já na chegada do paciente no hospital. Além disso; estamos a cada dia buscando programas e ações estratégicas para aumentar o acesso e qualificar o serviço.

As maternidades públicas no Brasil geralmente atendem a maior parte das mulheres que não têm condições de consumir os serviços oferecidos pelas instituições privadas de saúde. Assim, o grande desafio que se coloca, para todos os profissionais que prestam esta assistência, é de minimizar o sofrimento das parturientes, tornando a vivência do trabalho de parto e o parto em experiências de crescimento e realização para a mulher e sua família. Entende-se, de fato, que esse é um grande passo a ser dado, e a partir de observações durante os períodos de estágios constatou-se que muitos dos profissionais não possuem qualificação adequada, nem tão pouco conhecimento, acerca de técnicas que venham proporcionar um alívio para o sofrimento das parturientes.

As enfermeiras obstetras têm sido seduzidas a se incorporar a este projeto, não só pela valorização de sua atuação profissional, mas também pela possibilidade do que Pires (1996) chamou de "assistência integral de enfermagem". Este modelo de assistência rompe com a fragmentação dos cuidados e permite que a profissional tenha a compreensão do processo de assistência, superando a divisão de tarefas que caracteriza o sistema tradicional de atenção.

O conceito de humanização e sua ligação com o parto, adotado pelos movimentos feministas é o de uma atenção que reconhece os direitos fundamentais de mães e crianças, além do direito à tecnologia apropriada. Isso inclui: o direito à escolha do local, pessoas e formas de assistência no parto; a preservação da integridade corporal de mães e crianças; o respeito ao parto como experiência altamente pessoal, sexual e familiar; a assistência à saúde e o apoio emocional, social e material no ciclo gravídico-puerperal; e a proteção contra abuso e negligência.

Esse conjunto de recomendações baseadas na evidência foi sintetizado e publicado em 1996 pela OMS e traduzido pelo Ministério da Saúde do Brasil em 2000. De acordo com a Rede Nacional Feminista de Saúde (2002), estas recomendações vêm sendo sistematicamente desconsideradas:

(...) É o caso de condutas que deveriam ser estimuladas durante o parto, como a presença de acompanhante, monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher, oferta de líquidos, uso de técnicas não-invasivas para alívio da dor (como massagem, banho e relaxamento) e liberdade de posição no parto, com o encorajamento de posturas verticais.

As gestantes também colocam a importância do apoio do parceiro e da família na gestação referida pelas mulheres, demonstrando a importância de uma estratégia que insira este grupo no atendimento do pré-natal (DIAS e DESLANDES, 2006). De acordo com a Rede Nacional Feminista de Saúde (2002), a presença do acompanhante promove o bem-estar da mãe e do recém-nascido:

(...) contribui para a melhoria dos indicadores de saúde e do bem-estar da mãe e do recém-nascido. A presença do acompanhante aumenta a satisfação da mulher e reduz significativamente o percentual das cesáreas, a duração do trabalho de parto.

Nesse sentido, ficou demonstrado que a experiência do trabalho de parto e as informações obtidas com outras gestantes, são realizadas à base da construção de sua expectativa da assistência ao parto atual.

Neste cenário, as mulheres esperam minimamente por um conjunto básico de ações que garantam o parto em condições de segurança para elas e seus bebês. Ter vaga na hora em que chegam à maternidade, ser recebida com educação e um atendimento tecnicamente competente para ela e o bebê são os principais componentes deste conjunto elementar de expectativas (DIAS e DESLANDES, 2006).

Também devemos considerar as dificuldades apontadas pelos trabalhadores para justificar a limitação que têm em dar maior atenção à mulher e ao seu acompanhante. Algumas dificuldades se referem ao “tempo” maior que exige a assistência humanizada e que eles não dispõem em razão do reduzido número de profissionais na equipe e também por circunstâncias de acúmulo de partos em certas ocasiões, além da costumeira falta de material. (REIS e PATRÍCIO, 2005). Nesse sentido, as dificuldades encontradas pelos trabalhadores para ajudar o paciente e seu acompanhante é o tempo que determinam a esses profissionais da saúde, pois deveriam ter um período maior na assistência humanizada, mas com os acréscimos de partos em determinadas ocasiões acabam retirando do seu tempo de atendê-los.

Para Benevides e Passos (2005), a humanização enfrenta dois grandes desafios: o conceitual e o metodológico. Pois, os 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.

Perante o contexto, os desafios encontrados na humanização refletem tanto na padronização e no funcionamento de forma sistemática, onde a humanização passa a reproduzir de forma mecânica e perdendo as transformações dirigidas à saúde, que são vivenciadas pela democracia e assim trazendo vários riscos a sua humanização.

Assim, Benevides e Passos (2005, p. 391) relatam que a Política de Humanização só se efetiva uma vez que se consiga sintonizar ‘o que fazer’ com o ‘como fazer’, o conceito com a prática, o conhecimento com a transformação da realidade.

A realidade da maternidade inserida no Hospital Regional de Pombal/PB

O tema humanização ganha novos contornos quando passa a ser debatido no interior de espaços e situações que demandam uma a sua efetivação de forma plena. A título de exemplo, estão os momentos dos atendimentos que são prestados pelas maternidades públicas, com vistas ao atendimento dos preceitos que são desenhados pela Política Nacional de Humanização. Portanto, tendo em vista a sua importância será elaborada no momento que se segue, uma abordagem sobre a implementação da PNH, como parte integrante e imprescindível do Sistema Único de Saúde (SUS), na maternidade do Hospital Regional de Pombal Senador Ruy Carneiro da Cidade de Pombal/PB. Pretende-se, de maneira sucinta, mas satisfatória apresentar os elementos que compõem o cenário da PNH no interior de instituição, explicitando inclusive o nível de efetivação e atendimento que é ofertado pela unidade às usuárias que representam a demanda social posta.

A princípio sabemos que, quem procura atendimento nas redes públicas de saúde não tem apenas o direito de ser atendido e receber tratamento adequado às suas necessidades, mas que também esse atendimento e tratamento deverão ser acompanhados e caracterizados por ações de humanização, como declara a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, do Ministério da Saúde, em seu terceiro princípio.

Assegura ao cidadão o atendimento acolhedor e livre de discriminação, visando à igualdade de tratamento e a uma relação mais pessoal e saudável. É direito dos cidadãos o atendimento acolhedor na rede de serviços de saúde de forma humanizada, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em função da idade, raça, cor, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, características genéticas, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, ser portador de patologia ou pessoa vivendo com deficiência (BRASIL, 2006).

Referindo-se a humanização no parto cabe ressaltar que, é um tema onde se cabe larga discussão, por se tratar de um momento muito delicado na vida da

mulher, ao mesmo tempo em que o próprio procedimento em si requer muito cuidado, atenção e muito profissionalismo, por parte de todos os envolvidos no processo, nesse sentido cabe ressaltar que é direito da mulher e dever do órgão prestador do serviço, garantir um atendimento onde todas as suas necessidades sejam amplamente atendidas, para tanto, o Ministério da saúde através da Portaria/GM nº 569, de 1/6/2000 criou o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), com o intuito de melhor gerir as ações dos profissionais frente a esse tipo de atendimento, como afirma Diniz.

O objetivo primordial do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento(PHPN) é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania.

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento fundamentam-se nos preceitos de que a humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério.

A humanização compreende pelo menos dois aspectos fundamentais. O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O outro se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas não beneficiem a mulher nem o recém-nascido, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos (BRASIL, 2002).

Existem ainda legislações que asseguram direitos a mulher no momento do parto como a Lei 11.108, promulgada em 2005, garante que toda gestante tenha direito a um acompanhante de sua escolha durante o período de pré-parto, parto e pós-parto, ou seja, desde o momento em que chega à maternidade, até 48 horas após o nascimento, salvo sob orientação médica contrária.

O Hospital Regional de Pombal Senador Ruy Carneiro, por ser um Hospital de referência para os pequenos municípios circunvizinho, possui uma grande demanda de pacientes, é um Hospital de média complexidade que possui referências com hospitais de Campina Grande/PB e João Pessoa/PB. Dentre os serviços que são ofertados por esta unidade de saúde, estão aqueles que se situam na maternidade. Daí o enfoque deste momento: o atendimento que é disponibilizado ali, uma vez que todo o processo que envolve o nascimento de uma criança requer muito cuidado e atenção, e um atendimento humanizado é de fundamental importância para garantir

que esse momento da vida da mulher seja um episódio que não lhe traga traumas, apenas alegrias, como afirma DIAS E DOMINGUES.

Alguns estão relacionados a uma mudança na cultura hospitalar, com a organização de uma assistência realmente voltada para as necessidades das mulheres e suas famílias. Modificações na estrutura física também são importantes, transformando o espaço hospitalar num ambiente mais acolhedor e favorável à implantação de práticas humanizadoras da assistência. Contudo, a humanização da assistência ao parto implica também e, principalmente, que a atuação do profissional respeite os aspectos de sua fisiologia, não intervenha desnecessariamente, reconheça os aspectos sociais e culturais do parto e nascimento, e ofereça o necessário suporte emocional à mulher e sua família, facilitando a formação dos laços afetivos familiares e o vínculo mãe-bebê. (DIAS E DOINGUES, 2005, p.700).

Portanto, por ser o parto um episódio tão marcante na vida de uma mulher, é que este deve se harmonizar com as premissas que são determinadas pela PNH, para que dessa forma, os profissionais possam acolher adequadamente cada usuária segundo suas necessidades, prestando um atendimento com respeito e acolhimento, deixando claro que, não se trata de um favor ou bondade de um ou outro funcionário, mas sim de um direito que deve ser garantido a todo cidadão.

Buscando sempre ouvir e entender o que o outro está sentindo, procurando dar a cada mulher, um tratamento adequado de acordo com suas necessidades, tanto no que se refere ao seu estado físico quanto emocional, uma vez que a ausência dessa assistência humanizada, acarreta graves consequências tanto para a mãe quanto para o bebê, tais como traumas psicológicos devido longos períodos com dores, sem a presença de um profissional para dar suporte emocional, a medicalização em excesso, longos processos de espera além de muitas vezes a mulher ter que passar por intervenções desnecessárias.

Para melhor compreender o cenário no qual esse atendimento é ofertado, visa-se identificar o quanto a política de Humanização do SUS, representou de fato, um avanço no âmbito interno da própria política de saúde.

Apontando neste sentido, a viabilidade, a partir das possibilidades e limites que se colocam em cada conjuntura, na medida em que estas ações são perpassadas por inúmeras condições que se opõem a sua efetivação. A título de exemplo, a cultura neoliberal, que não prioriza em sua agenda, o atendimento qualificado nos serviços de saúde, antes e apenas, a assistência básica.

Vejamos, portanto se o atendimento da maternidade do HRP tem dialogado com os preceitos da PNH, se os profissionais adotam em seu cotidiano medidas que garantem um atendimento humanizado e acima de tudo de qualidade.

O Hospital Regional de Pombal passou recentemente por uma reforma que alterou significativamente suas instalações, e conseqüentemente a maternidade foi totalmente modificada, houve um aumento no número de enfermarias, assim como no número de leitos, os ambientes da maternidade, foram

aparelhados na perspectiva de melhorar as condições de atendimento dos usuários e as condições de trabalho dos profissionais.

A maternidade hoje conta com, oito enfermarias e dezesseis leitos, além de uma sala de pré-parto contendo dois leitos, para a condução dos serviços ofertados as parturientes, a unidade dispõe do trabalho de diversos profissionais, como: médicos obstetras, pediatras, enfermeiras, nutricionistas, assistentes sociais, técnicos em enfermagem, além de todos os demais funcionários que trabalham para dar suporte a equipe de saúde.

O atendimento na maternidade funciona da seguinte forma, a gestante ao dar entrada no hospital queixando-se de contrações, é encaminhada para a maternidade, mais precisamente para a sala de parto, para ser avaliada pelo médico plantonista, estando a paciente de fato em trabalho de parto, a mesma é conduzida até a sala de pré-parto, ficando ali durante os momentos que antecedem o parto, esse é o momento no qual a mulher sem dúvida, esta emocionalmente muito fragilizada e respeitar suas opiniões e acima de tudo a sua privacidade é um fator importante para o bom andamento do processo.

Nessa ocasião a gestante é preparada para o procedimento que será realizado, caso seja um parto normal, o mesmo será feito ali mesmo na sala de parto, com a presença de um médico uma enfermeira e um técnico em enfermagem, segundo relatos, das próprias usuárias a mulher já em processo avançado de trabalho de parto é orientada a fazer força com o intuito de auxiliar os profissionais para a expulsão do feto, não existe nesse momento um diálogo ou uma preparação junto a gestante a perspectiva de tranquilizá-la.

No entanto, se após a avaliação médica for constatada a necessidade de uma cirurgia, a mesma será encaminhada ao bloco cirúrgico para ser feito a cesariana, nesse momento a mulher é preparada para o procedimento cirúrgico, com vestimentas adequadas, além de ser administrado soro, cabe ressaltar que apesar do parto normal ser um procedimento muito doloroso para a mulher, ele apresenta inúmeros benefícios, tanto para a mulher quanto para o RN.

O parto, ao contrário do que defende a versão medicalizada, não é um evento patológico, mas sim natural e biológico vinculado ao contexto familiar. No entanto, deve-se mudar o direcionamento da assistência que detém a mulher como refém e incapaz de participar do momento sublime de parir (MENEZES E DIAS, 2012, p.31).

Passado esse processo a mãe e o recém-nascido após terem recebido todos os cuidados referentes às primeiras horas de vida, são levedos a enfermaria e durante o tempo em que permanecem ali, são dadas as mães e acompanhantes orientações referentes ao pós-operatório, amamentação, cuidados com o RN, além de receberem informações sobre a rotina da instituição.

Com base nas observações realizadas no período de estágio, durante o tempo em que mãe e RN permanecem nas enfermarias, não é possível observar por parte dos profissionais um suporte emocional, já que a mulher passou por um período de excessivo desgaste físico e psicológico, não existe de fato, um momento reservado de conversa entre a puérpera e o profissional,

onde ela possa expor suas dúvidas frente o procedimento pelo qual ela vivenciou um momento onde a mãe se sinta segura e crie junto ao profissional um vínculo que lhe traga confiança para o período delicado que ela enfrenta.

Dentro dessa ótica, e a partir de informações coletadas por profissionais de saúde que atuam em outros municípios, ao se fazer um paralelo com outras maternidades, a maternidade do HRP possui boas condições de funcionamento, essa situação se refletiu, durante o período de estágios, pois ao visitarmos as puérperas, elas sempre demonstravam estar satisfeitas com o atendimento que lhes era ofertado, no entanto, sinalizando duas direções, cabe ressaltar que, ainda existiam algumas que não consideravam o atendimento de boa qualidade, como é comum em serviço público, devido os diversos problemas que a saúde pública brasileira vem enfrentando, algumas usuárias apontavam falhas e insatisfação, sendo que em menor grau.

Passado o período em que a parturiente e o RN (Recém Nascido), devem permanecer na unidade hospitalar, caso o parto tenha sido normal a alta é dada após período de vinte e quatro horas, já para as mulheres que se submeteram a cesariana, estas só deixam o hospital passadas quarenta e oito horas, para que a alta seja dada é necessário que o RN passe pela avaliação de um pediatra, e tenha recebido algumas vacinas que são necessárias logo nos primeiros dias de vida.

UMA ANÁLISE ACERCA DO ATENDIMENTO QUE É OFERTADO AS PARTURIENTES NA MATERNIDADE DO HRP.

Nessa seção será abordada a pesquisa e as características do município, através da maternidade do Hospital Regional de Pombal.

Analisando o Universo da Pesquisa

A análise a seguir, através da representação dos entrevistados, possibilitará uma maior compreensão sobre a realidade do tema que vem sendo discutido no decorrer deste trabalho. Nesse sentido o objetivo geral da pesquisa consistiu em: Analisar como se dá a implementação da Política Nacional de Humanização na Maternidade do Hospital Regional Senador Ruy Carneiro da Cidade de Pombal-PB, seguido dos objetivos específicos que são: Apresentar os preceitos da Política de Humanização, no âmbito da Política Nacional de Saúde; Investigar a concepção que as usuárias da Maternidade do Hospital Regional Senador Ruy Carneiro da Cidade de Pombal-PB têm sobre a Política de Humanização; Analisar o nível de efetivação no que diz respeito ao atendimento que é ofertado às usuárias na referida Maternidade; Identificar as demandas que são apresentadas e devem estar sendo assistidas pela Política de Humanização.

A pesquisa foi de cunho descritivo-exploratório com abordagem metodológica quali-quantitativa. Neste respeito, utilizou-se o estudo de caso que possibilitou uma maior aproximação com a realidade pesquisada.

Foi realizada na Maternidade do Hospital Regional de Pombal. A escolha por este hospital se justifica pelo fato de que o período do Estágio

Supervisionado foi vivenciado nesta unidade de saúde. E a partir desta experiência foi possível estabelecer uma relação de pesquisa acadêmica com a temática, tendo em vista que esta se apresenta como uma forte demanda para a referida instituição.

A população desta pesquisa constituiu-se do quantitativo de gestantes que foram atendidas na maternidade do Hospital Regional Senador Ruy Carneiro da Cidade de Pombal – PB, no período de Fevereiro a Abril de 2014. Para tanto abarcou uma amostra de 16 mulheres no universo total do segmento selecionado, como foco da entrevista.

Foram incluídas nessa pesquisa, as gestantes atendidas pela maternidade do Hospital Regional de Pombal, que aceitarem se submeter à entrevista. Assim como foram excluídos dessa pesquisa, os indivíduos que não atenderam a este perfil, tendo em vista que não apresentam às condições que favoreçam uma resposta a temática desenvolvida, a partir de seus objetivos.

Para a coleta de dados, foram utilizados os instrumentais de entrevista semiestruturada, o qual contém questões abertas e fechadas, que dará a possibilidade de obter dos entrevistados informações mais detalhadas acerca dos aspectos mais relevantes do problema, bem como suas descrições da situação em estudo, após, é claro, o consentimento formalizado verbalmente e por escrito, respeitando-se o horário e o local de acordo com a disponibilidade das participantes e da pesquisadora. Portanto foi aplicado um questionário na perspectiva de melhor coletar os dados para essa pesquisa.

Dentre os instrumentos de análise, utilizou-se a análise crítico-dialética, com vistas a uma melhor compreensão da realidade. Buscando para isto, traçar um levantamento macro do nível de efetivação da Política de Humanização, contrapondo esta realidade com as condições locais e que se fazem presentes no Hospital Regional de Pombal/PB.

Os riscos mais relevantes para essa pesquisa foram às ocasiões em que as entrevistadas, poderiam não ter entendido ou quando não compreendiam as questões que foram apresentadas. Outro fator que ofereceu riscos para a pesquisa foram os momentos em que porventura a entrevistadora/pesquisadora não compreendeu adequadamente as respostas que foram fornecidas, ou quando foi mal interpretada, além de fatores institucionais que também acarretarem prejuízos diretos a pesquisa, por exercer influencia nas respostas das entrevistadas.

Esta pesquisa pretendeu contribuir de maneira positiva, no sentido de enriquecer a concepção dos leitores sobre o tema. Como também auxiliar na compreensão dos elementos que resultaram na construção da atual política de saúde, entendendo neste contexto que embora o processo de desenvolvimento tenha apresentado mudanças e avanços, ainda poderá acarretar em uma diversidade de outras mais.

Deve-se entender que a Política de Humanização deve ser aplicada na perspectiva de que os profissionais atendam adequadamente a cada gestante segundo as necessidades que estas apresentem, prestando um atendimento com respeito e acolhimento, deixando claro que não se trata de um favor ou bondade de um

determinado funcionário, mas sim de um direito que deve ser garantido a todo cidadão.

Portanto, diante da realidade da oferta dos serviços da saúde pública no país, em que esta oferta não ocorre da maneira como se propõe, esta pesquisa tem como hipótese a premissa de que as instituições de saúde na atualidade, e também o Hospital Regional Senador Ruy Carneiro, não possuem condições de atendimento, e inclusive não disponibilizam momentos de capacitação para os profissionais. Logo se afirma que a Política de Humanização não tem tido as condições necessárias e favoráveis para ser efetivada.

Caracterização do Município de Pombal/PB

A cidade de Pombal, localizada no alto Sertão da Paraíba é um lugar calmo e hospitaleiro, possui uma área de 889km² que a torna a segunda maior cidade do sertão paraibano no que se refere a sua extensão territorial, e cerca de 32.443 habitantes isso segundo dados do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), é uma das cidades mais antigas da Paraíba.

Teve sua fundação no final do século XVII, e foi elevada a categoria de vila no ano de 1766, e apenas em 1862 elevou-se à categoria de cidade, é banhada pelo rio Piancó, e através deste, traz a agricultura como uma das principais fontes de renda, seguida do comércio e de pequenas fábricas.

Os pombalenses nome dado a aqueles que residem na cidade, vivem em cerca de 11.248 domicílios, e dispõem de uma arquitetura admirada, merecendo destaque o centro histórico da cidade assim como a igreja de Nossa Senhora do Rosário, que conta com uma bela estrutura barroca.

Algo que merece destaque foi a construção de um Campus da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), inaugurado no ano de 2007, algo que, de maneira ainda discreta vem trazendo crescimento e progresso para a cidade.

Segundo os dados coletados na Secretária de Ação Social no município de Pombal, a rede sócia assistencial do município é composta por duas unidades do CRAS (Centro de Referência de Assistência Social) um CREAS (Centro de Referência Especializada de Assistência Social), uma instituição não filantrópica, o Centro de Educação Integral Margarida Pereira da Silva, (CEMAR), onde são realizados inúmeros cursos de capacitação, oficinas de arte, assim como, o centro também possui todo um trabalho assistencial com crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social.

A rede ainda conta com uma unidade do Conselho Tutelar, 12 Unidades Básicas de Saúde de (UBS), situadas nos bairros com maior concentração de pessoas, que ofertam o atendimento básico a população, uma Policlínica, onde são realizadas consultas especializadas e diversos tipos de exames, e um Hospital Regional, que dá suporte as pequenas cidades da região.

Caracterização do Espaço/Campo da Pesquisa: Maternidade do Hospital Regional Senador Ruy Carneiro do Município de Pombal/PB

O Hospital Regional de Pombal Senador Ruy Carneiro como é conhecido atualmente, antes era chamado Hospital Distrital, no dia 29 de junho de 1973, através de uma solicitação do deputado estadual Francisco Pereira Vieira que lutava perante o governo do Estado, com o então governador Ernandes Ayres pela construção de um Hospital no município de Pombal, já que este contava apenas com os serviços de uma única unidade de saúde denominada Maternidade Sinhá Carneiro, hoje extinta. Já no ano de 1987 no governo de Milton Bezerra Cabral o Hospital Distrital passou por uma reforma e ampliação na perspectiva de melhor atender a demanda que aumentava gradativamente, vinda das cidades circo vizinhas, e no governo de Cássio Cunha Lima é que o então Hospital Distrital foi regionalizado e passou a ser denominado de Hospital Regional Senador Ruy Carneiro que conta hoje com os serviços prestados por 282 funcionários e já teve durante toda sua história 12 diretores, todas as informações supracitadas, foram coletadas de uma funcionaria que atua a muitos anos na unidade, por que apesar de constantes buscas não foram encontrados registros sobre a fundação do hospital.

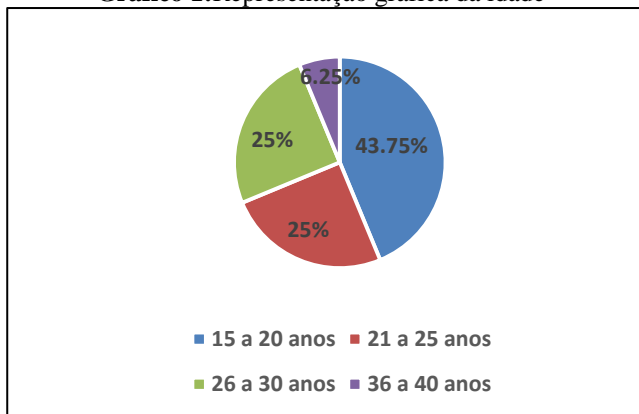
Quanto á estrutura física do Hospital Regional de Pombal (HRP), ela se compõe da seguinte maneira: uma diretoria clínica, a sala de coordenação de gestão e a de setores, um espaço para a equipe técnica, a tesouraria, a sala reservada para atendimentos psicológicos, o ambiente de atendimento dos assistentes sociais, e as salas de fisioterapia, enfermagem e nutrição.

A unidade conta ainda com, um espaço reservado para a equipe de apoio, um laboratório, uma lavanderia e a sala de serviços.

Resultados obtidos com a pesquisa

Este trabalho alcançou uma das etapas mais relevantes, quando passou a traçar uma análise a partir do resultado da coleta de dados, advindos das entrevistas. E iniciou a abordagem, identificando a idade dos entrevistados. Neste sentido, foram apresentadas as seguintes possibilidades para as participantes: de 15 a 20 anos de idade; de 21 a 25; 26 a 30 e finalmente, de 36 a 40. Assim, foi possível identificar que, a grande maioria das entrevistadas, 43,75% tinham de 15 a 20 anos, como pode ser observado no gráfico a abaixo:

Gráfico 1: Representação gráfica da idade

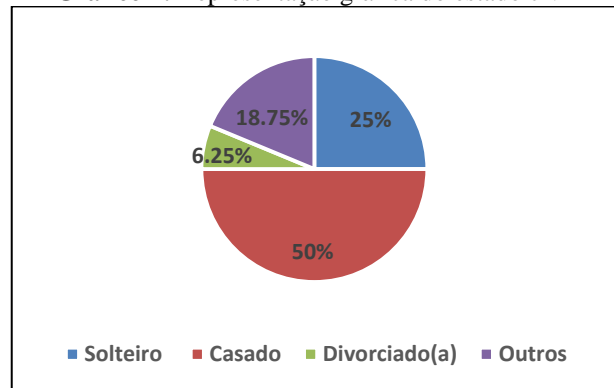


Pesquisa Realizada no: Hospital Regional de Pombal Senador Ruy Carneiro/ Pombal-PB, 2014.

Tais números refletem um problema social muito frequente, um número cada vez maior de adolescentes grávidas na sociedade, sendo que essa experiência, traz mudanças sociais, econômicas e até mesmo culturais, para a vida das adolescentes que passam pela experiência de serem mães tão prematuramente.

No tocante ao estado civil, foram apresentadas as entrevistadas as seguintes possibilidades, solteira, casada, divorciada, ou alguma outra situação conjugal, nesse sentido a maioria das entrevistadas, 50% responderam ser casadas, no entanto 25% delas são solteiras, 18,75% vivenciam algum outro tipo de união e 6,25% são divorciadas.

Gráfico 2: Representação gráfica do estado civil



Pesquisa Realizada no: Hospital Regional de Pombal Senador Ruy Carneiro/ Pombal-PB, 2014.

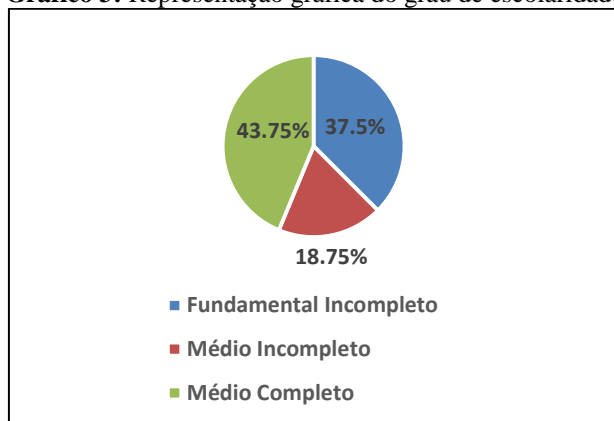
Atentando para os dados apresentados no gráfico anterior, é possível identificar um problema social grave, o crescente número de mulheres que engravidam sem, no entanto, apresentarem condições estruturais, principalmente no tocante ao momento da vida em que muitas vezes elas se encontram, já que a falta de um parceiro(a), embora não comprometa dificulta potencialmente a criação de um filho, em seu processo de desenvolvimento sócio histórico, como destaca MARIN e PICCININI:

[...] parte expressiva da literatura destaca as implicações negativas envolvendo tais famílias, especialmente em relação às características sócio demográficas, psicológicas e sociais encontradas nestas configurações. As mães solteiras são, frequentemente, contrapostas às casadas por relatarem mais problemas relacionados à baixa renda [...](MARIN e PICCINI I, 2009, p.425)

Ao pesquisar acerca do grau de escolaridade das parturientes, o processo da entrevista revelou os reflexos da deficiência da política educacional do país, quanto á formação das mesmas. Foram apresentadas neste momento, as seguintes possibilidades: fundamental incompleto, fundamental completo, médio incompleto, médio completo, superior incompleto, superior completo e não alfabetizada, e a partir dessas indagações constatou-se que, 43,75% das mulheres possuem o ensino médio

completo, 37.5% o fundamental incompleto, e 18.75% o ensino médio incompleto.

Gráfico 3: Representação gráfica do grau de escolaridade



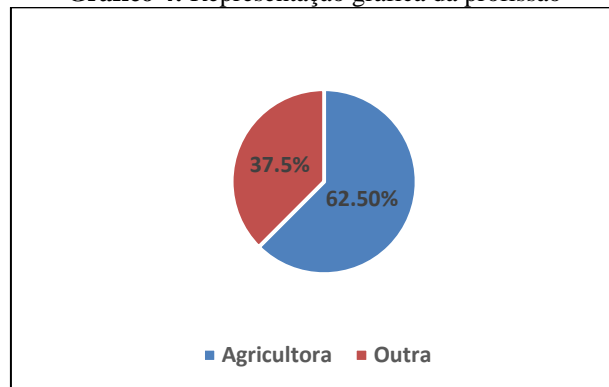
Pesquisa Realizada no: Hospital Regional de Pombal Senador Ruy Carneiro/ Pombal-PB, 2014.

Em virtude da má aplicabilidade da Política de Educação no Brasil, é que nos deparamos com situações dessa natureza, um grande número de mulheres, ainda jovens, possui um baixo nível de escolaridade, pois o acesso à educação assim como as políticas públicas ainda não se dá de maneira satisfatória.

Na América Latina e no Brasil, em particular, a questão tem características específicas e mais complexas. Aqui enfrentamos ao mesmo tempo os problemas novos e os antigos. O analfabetismo absoluto ainda atinge milhões de brasileiros e precisa ser solucionado com políticas voltadas à superação da pobreza e da exclusão. Ao mesmo tempo, é preciso melhorar o desempenho dos sistemas de ensino e elevar a qualificação da força de trabalho em todos os níveis, tendo em vista participação nos setores de ponta da economia mundialização e fortalecimento das instituições democráticas (RIBEIRO,S/D, p.02).

Um fator de grande relevância a ser investigado, foi à profissão das usuárias, e a entrevista disponibilizava as seguintes possibilidades: doméstica, agricultora, autônoma, ou se a mulher exercia alguma outra função que não constava no roteiro. Diante do exposto, verificou-se que, 37.5% das entrevistadas dizem serem agricultoras e 62.50% possuem outras profissões.

Gráfico 4: Representação gráfica da profissão

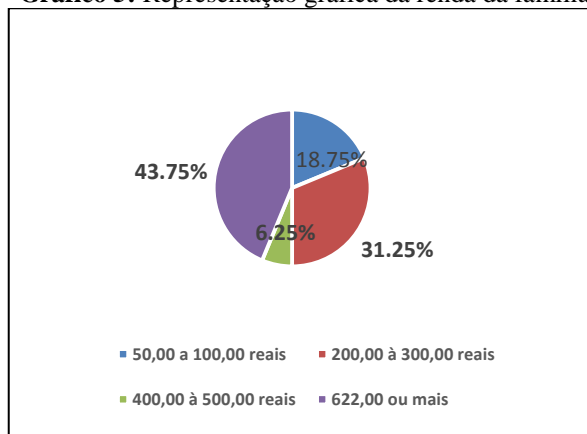


Pesquisa Realizada no: Hospital Regional de Pombal Senador Ruy Carneiro/ Pombal-PB, 2014.

As cidades do sertão Paraibano possuem em sua maioria perímetros rurais muito extensos, tendo assim a agricultura muito presente em sua realidade social, portanto essas mulheres trazem a agricultura como profissão no intuito de abarcarem benefícios como o salário maternidade, com o intuito de melhorar a renda da família.

Uma questão que cabe larga discussão é a renda familiar das entrevistadas, em virtude do impacto que tal questão tem sobre a vida das mesmas, já que a condição socioeconômica reflete diretamente em todo o contexto da vida de uma pessoa, nesse sentido o roteiro a apresentava a seguintes possibilidades: 50,00 a 100,00 reais, 200,00 a 300,00 reais, 400,00 a 500,00 reais ou 724,00 ou mais, e perante as indagações o números alcançados foram os seguintes: 43.75% disseram ganhar 622,00 reais ou mais, 31.25% de 200,00 á 300,00 reais, 18.75% responderam que ganham de 50,00 á 100,00 reais por mês e apenas 6.25% de 400,0 á 500,00 reais.

Gráfico 5: Representação gráfica da renda da família



Pesquisa Realizada no: Hospital Regional de Pombal Senador Ruy Carneiro/ Pombal-PB, 2014.

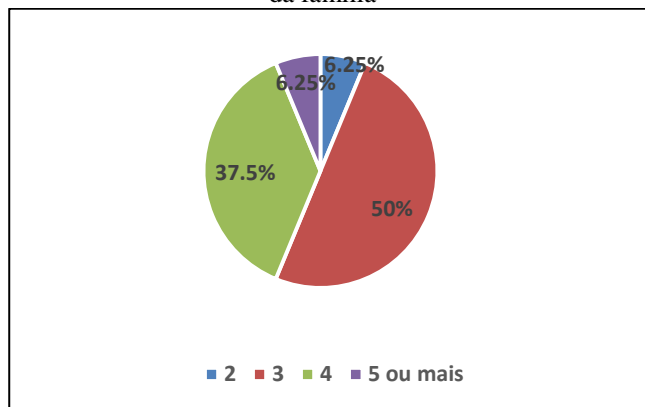
Referindo-se ao nível de renda das entrevistadas constatou-se que as desigualdades nesse sentido, são notórias, os números supracitados, dialogam diretamente com a realidade econômica e principalmente com a disparidade social que o país vivencia esse cenário certamente trará interferências diretas na vida dessas mulheres, já que a maternidade requer não apenas atenção e cuidado por parte das mães, mas também condições econômicas para atender, mesmo que de maneira básica as necessidades de um filho.

Nos últimos anos estamos assistindo a uma importante transformação na distribuição de renda brasileira. Desde 2001 a desigualdade vem caindo consideravelmente. Apesar, desta boa notícia o Brasil ainda é um dos campeões mundiais a alta desigualdade, o que faz da sustentabilidade desta redução uma questão fundamental para a agenda futura do país. Embora a queda recente ainda não seja a maior nem a mais prolongada dos últimos trinta anos, caso se mantenha, pode vir a se

tornar um caso sem precedentes (BARROS, CARVALHO, FRANCO E MENDONÇA, 2006, p.01).

A pesquisa investigou dentre outras coisas o número de membros da família das parturientes, os possíveis números eram os seguintes: 2 membros, 3, e 5 ou mais e a partir daí os resultados coletados foram os estes: A família de 50% das entrevistadas é composta por 3 membros, 37.5% tem 4 membros na família, 6.25% 2, e 6.25% 5 ou mais membros.

Gráfico 6: Representação gráfica do número de membros da família



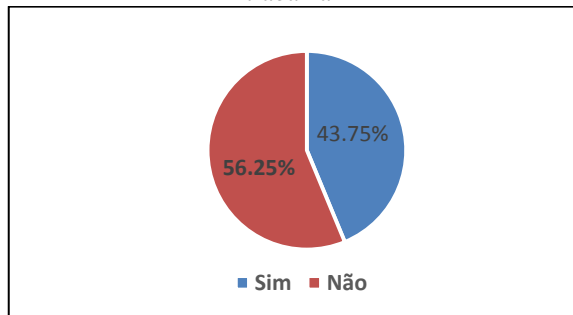
Pesquisa Realizada no: Hospital Regional de Pombal Senador Ruy Carneiro/ Pombal-PB, 2014.

Conforme o percentual acima se pode identificar que, a maioria das famílias das entrevistadas é composta por pai, mãe e filhos, já que 50% destas convivem com três pessoas, sinalizando assim, uma realidade nas famílias brasileiras, onde os pais cada vez mais optam por terem um, ou no máximo dois filhos.

No tocante ao tipo de moradia, todas as entrevistadas responderam que residem em casas de alvenaria, no entanto com base no diálogo tido com as mesmas, é possível observar que algumas possuem condições de vida precárias, sem condições favoráveis para uma manutenção de vida saudável para ela e para o bebê, que esta por vir, apesar do fato das casas serem de alvenaria, pode representar um fator positivo, se comparado a outras realidades, onde muitas mulheres dão a luz em barracos, ou até mesmo, algumas em situação de rua, e por isso o caso de morarem nessas residências pode refletir, mesmo que minimamente nas condições de vida dessas mulheres assim como das crianças que irão residir junto com elas.

A pesquisa indagou também quais as usuárias que trabalham, dispondo assim, de duas alternativas sim, ou não, sobre esse assunto foi possível verificar que, 56.25% delas não trabalham e 43.75% trabalham.

Gráfico 8: Representação do número de usuárias que trabalham



Pesquisa Realizada no: Hospital Regional de Pombal Senador Ruy Carneiro/ Pombal-PB, 2014.

Um dado importante na pesquisa e que vale ressaltar é que, a maioria das entrevistadas não trabalha o que vem refletir um problema social latente no país: o desemprego, e dentro dessa ótica entende-se que isso afeta diretamente a vida dessas mulheres já que, na maioria das vezes a única renda existente para suprir as necessidades econômicas do lar, é a do esposo; são, portanto, essas condições que elevam negativamente cada vez mais o quadro econômico e social do país como retratam os autores KATO E PONCHIROLLI:

Dos fatores estruturais, o Brasil amarga efeitos de três fatores perversos: baixo crescimento, educação insuficiente e legislação inflexível. Destes fatores, a educação insuficiente desde a infância é responsável direta ou indiretamente pela baixa qualificação da mão-de-obra no Brasil e apresenta-se como um dos pontos mais críticos para o país. Assim, é possível evidenciar que boa parte dos problemas como desemprego no país é gerada pela baixa qualificação da mão-de-obra existente, oriunda de uma educação precária e insuficiente (KATO E PONCHIROLLI, 2002, p. 89).

É importante que se frise também o fato de que as mulheres que compõem o quadro anteriormente observado, com uma participação mínima e completa ausência do mercado de trabalho, poderão estar vivenciando uma experiência da falta de acesso as informações necessárias e adequadas, no que diz respeito ao cenário dos direitos que lhes assistem, e conseqüentemente, não detém da capacidade de lutar pela efetivação destes.

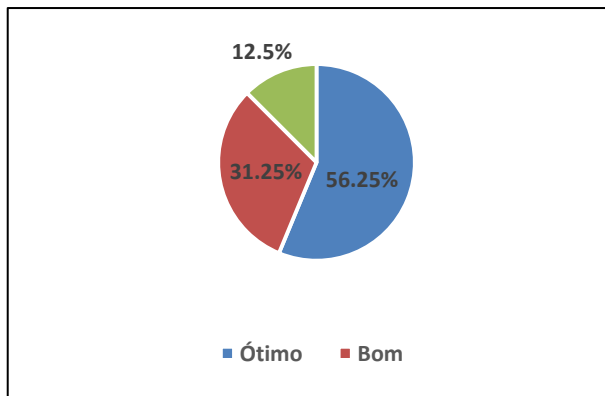
DADOS REFERENTES À PROPOSTA DO ESTUDO

Esta pesquisa também primou por algumas características específicas e peculiares à temática de estudo, dessa forma, confrontando as participantes entrevistadas com questionamentos relacionados aos objetivos que foram traçados para a realização da pesquisa.

Neste sentido, a pesquisa procurou identificar como as usuárias avaliavam o atendimento ofertado na

maternidade, e disponibilizou as seguintes possibilidades: ótimo, bom, regular ou péssimo, e acerca dessa indagação foi obtido um resultado positivo, pois a maioria das entrevistadas, 56.25%, consideram o atendimento ótimo, 31.25% bom e apenas 12.5% regular.

Gráfico 9: Representação referente ao atendimento da maternidade



Pesquisa Realizada no: Hospital Regional de Pombal Senador Ruy Carneiro/ Pombal-PB, 2014.

A partir dos dados coletados observamos que, a maioria das usuárias considera o atendimento de ótima qualidade, pois muitas entendem que para um atendimento ser de qualidade é necessário apenas que suas necessidades básicas sejam atendidas, o que vem demonstrar a falta de conhecimento sobre seus direitos, sobre como de fato, uma unidade deve atuar para atender de maneira integral e com qualidade seus usuários, e a política de humanização vem exatamente nesse sentido, demonstrando que um atendimento de qualidade vai bem além, de uma boa estrutura física de uma unidade, ou da boa vontade de seus funcionários para com os pacientes, com relatam ARCHANJO e BARROS:

A PNH busca, fundamentalmente, fomentar autonomia e protagonismo de trabalhadores, usuários e gestores, aumentar o grau de corresponsabilidade na produção de saúde e sujeitos, estabelecer vínculos solidários e participação coletiva na gestão. Enfim, mudança nos modelos de atenção e de gestão dos processos de trabalho em saúde e compromisso com melhoria das condições de trabalho e atendimento. (ARCHANJO e BARROS, S/D, p.2)

Em relação à qualidade do atendimento e se este atendia as necessidades das entrevistadas foi questionado se sim ou não, e 98.75% das entrevistadas disseram que o atendimento recebido foi de boa qualidade e apenas 12.75% responderam que o atendimento não era de qualidade.

Os aspectos que segundo o posicionamento das entrevistadas, proporcionam e justificam este resultado, foi com relação ao atendimento, pois as mesmas referem ter suas necessidades todas atendidas, onde algumas

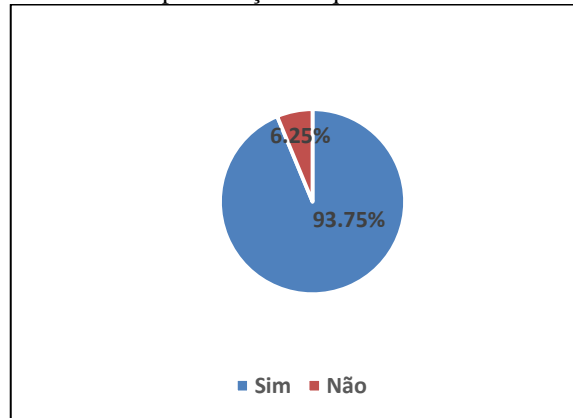
relataram inclusive não lhes faltar nada durante a prestação do serviço, o que podemos constatar em algumas das falas a seguir:

Por que não faltou nada (Entrevistada n° 01)

Por que assim que cheguei fui atendida (Entrevistada n° 04)

Por que tudo que precisei tive (Entrevistada n° 06)

Gráfico 10: Representação da qualidade do atendimento



Pesquisa Realizada no: Hospital Regional de Pombal Senador Ruy Carneiro/ Pombal-PB, 2014.

A maioria das parturientes disse, que o atendimento além de ser de boa qualidade, ele conseguiu atender as suas necessidades, por que segundo elas, para que o serviço fosse de boa qualidade era necessário apenas que o(a)s enfermeiros (as), estivessem sempre ali quando elas chamassem, ou que suas necessidades mais básicas fossem atendidas.

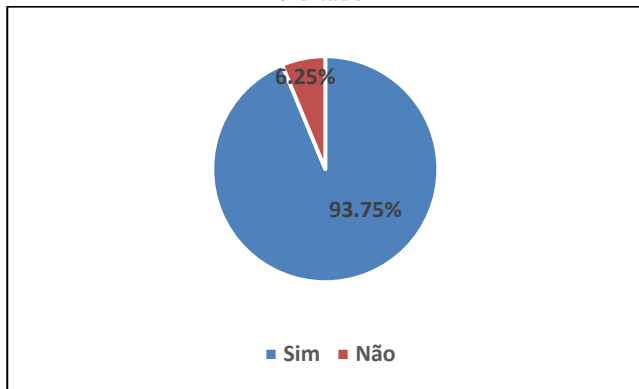
Elas não possuem um conhecimento mais amplo acerca dos seus direitos, e traduzem uma gentileza, ou educação de um determinado funcionário como sendo algo em forma de favor e não de direito, não entendendo, que um atendimento de qualidade contempla desde a estrutura física das unidades, até a boa qualificação dos profissionais que ali atuam.

No tocante ao acolhimento, cabe ressaltar que este é um dos pontos mais importantes para a qualidade do atendimento, tendo em vista que ele disponibilizará recursos favoráveis para atender a usuária durante o tempo em que permanecer na unidade hospitalar, e sobre o assunto disponibilizou-se das seguintes opções, indagando a usuária se sentia bem acolhida na unidade ou não. Dessa forma, 93.75% responderam que sim e 6.25% que não, como se observa nas transcrições abaixo.

Por que de vez em quando eles vinham no quarto (Entrevistada n. 10)

Por que fui bem atendida (Entrevistada n.14)

Gráfico 11: Representação gráfica do acolhimento que é ofertado

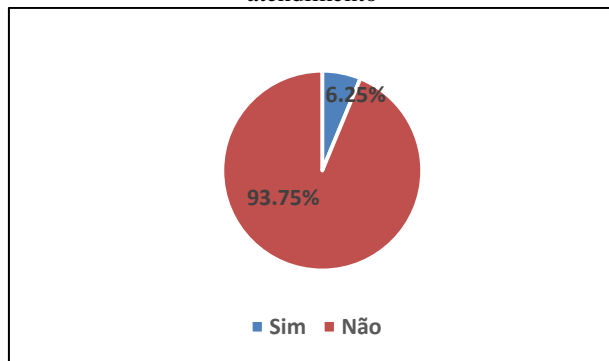


Pesquisa Realizada no: Hospital Regional de Pombal Senador Ruy Carneiro/ Pombal-PB, 2014.

A respeito das falas apresentadas, verifica-se, que a noção que as usuárias possuem sobre atendimento é a mesma sobre acolhimento, as mesmas não compreendem que acolher envolve escuta, atenção, conversa enfim ver a necessidade de cada usuário individualmente.

A pesquisa indagou também sobre as dificuldades enfrentadas pelas usuárias durante o atendimento, e dispôs para as usuárias como questionamento se sim ou não, e a maioria delas, 93.75%, responderam que não houveram dificuldades, e apenas 6.25%, disse que sim.

Gráfico 12: Representação das dificuldades enfrentadas no atendimento



Pesquisa Realizada no: Hospital Regional de Pombal Senador Ruy Carneiro/ Pombal-PB, 2014.

Apesar de um número bem pequeno de mulheres relataram enfrentar dificuldades durante o atendimento, é importante destacar os motivos que as levaram a tal resposta.

O Brasil, ao longo da sua história enfrenta sérias dificuldades frente à Política de Saúde, problema como filas gigantescas nos hospitais falta de estrutura física das unidades, falta de pessoal dentre vários outros problemas que são corriqueiros nas mídias, no entanto a falta de médicos é um dos problemas mais latentes, o que interfere de maneira direta e significativa na qualidade dos atendimentos, o que pode ser observado acima na fala da entrevistada.

Quando indagadas se sofreram algum tipo de discriminação durante o atendimento todas as

entrevistadas responderam que não, número bem importante já que a discriminação seja ela de qual tipo for, ainda é tão presente nos atendimentos hospitalares, apesar de se tratarem de profissionais da saúde, os que não deveriam jamais agir de tal forma.

No tocante ao tratamento que é ofertado pelos profissionais, e se os mesmos tratam todos de maneira igualitária a pesquisa disponibilizou duas alternativas sim ou não, e 50% das usuárias acreditam que existam sim, diferenças no atendimento ofertado, colocando que as questões partidárias influenciavam os funcionários na hora do atendimento, e 50% colocaram que não vislumbravam nenhuma diferença.

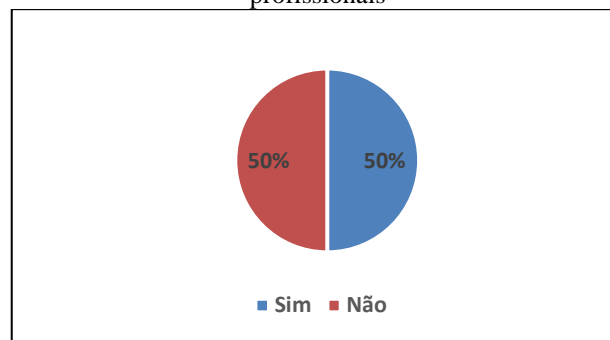
Por que eu acho que é por partido (Entrevistada n.15)

Por que tem uns que colocam muita dificuldade (Entrevistada n. 07)

Por que mim atenderam igual aos outros (Entrevistada n.6)

Por que eu vi eles tratando bem (Entrevistada n.11)

Gráfico 13: Representação do tratamento dado pelos profissionais



Pesquisa Realizada no: Hospital Regional de Pombal Senador Ruy Carneiro/ Pombal-PB, 2014.

Ofertar um atendimento de qualidade é dever de toda ou qualquer instituição, no entanto sabemos que esse papel várias unidades hospitalares não cumprem, e são diversos os fatores que contribuem para essa realidade, tendo em vista que muitos profissionais não possuem preparo e nem competência para atenderem adequadamente os usuários, assim como as instituições não recebem investimentos para suprir de forma mais ampla as necessidades das demandas apresentadas.

A fim de investigar qual o nível de compreensão que as usuárias tinham sobre a Política de Humanização, as mesmas foram questionadas se já tinham ouvido falar em algum aspecto da política, mas infelizmente a maioria das gestantes não conhece ou nunca ouviram falar na Política de Humanização, ou em atendimento Humanizado, essa é uma realidade bem negativa, por que vem mostrar as falhas na aplicabilidade da Política.

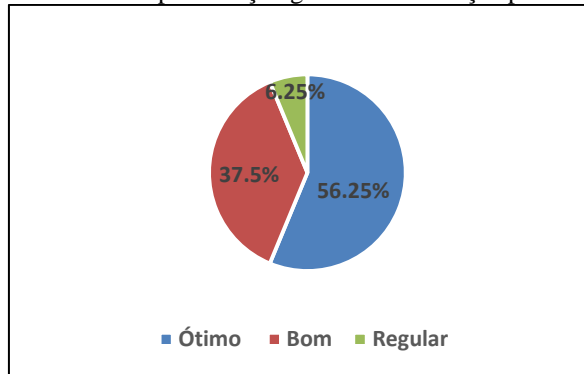
E referindo-se a Política Nacional de Humanização, esse é um dos questionamentos mais importantes da pesquisa, já que vem tratar da concepção que as usuárias possuem acerca da Política de Humanização, importante por que, o fato de conhecer a política forneceria as mesmas subsídios para cobrarem das

unidades um atendimento dentro daquilo que a política vem propor.

Humanizar é, então, ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais (BRASIL, 2004).

A pesquisa questionou as entrevistadas acerca de como elas avaliavam os serviços prestados pela maternidade, e disponibilizou as seguintes alternativas: ótimo, bom, regular ou péssimo, e de forma positiva a maioria das parturientes, 56,25% avaliaram o serviço como sendo de ótima qualidade, 37,5% bom e apenas 6,25% disse que o atendimento era regular.

Gráfico 14: Representação gráfica dos serviços prestados



Pesquisa Realizada no: Hospital Regional de Pombal Senador Ruy Carneiro/ Pombal-PB, 2014.

A respeito dos números apresentados pode-se verificar que as usuárias avaliaram positivamente os serviços que a maternidade oferece, durante a entrevista foi possível observar, que para elas era necessário apenas os serviços mais básicos serem ofertados, para considerarem o serviço de boa qualidade.

No transcorrer da entrevista indagou-se também se as entrevistadas vislumbravam algo que pudesse ser melhorado, e verificou-se que a noção que as entrevistadas possuíam sobre melhorar o atendimento era muito simplista, variavam entre melhorar a comida, os profissionais atenderem bem, os profissionais serem mais pacientes, e outras não conseguiam ver nada que pudesse ser melhorado, como podemos observar relatos a seguir:

Não consigo enxergar o que melhorar. (Entrevistada: 01)

Ainda não observei o que pode ser melhorado (Entrevistada:05)

Nada (Entrevistada: 11)

As gestantes não citaram melhoras estruturais, ou não possuíam uma visão geral de todo o contexto hospitalar, o que vem demonstrar a falta de conhecimento e informação das mesmas, e acima de tudo elas não possuem infelizmente uma noção mínima de direito.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a elaboração desta análise, foi possível estabelecer algumas considerações sobre a Política de Humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus preceitos no espaço da Política de Saúde. Sobretudo, quando se trata das relações constituídas no âmbito de maternidades, a partir da realidade posta pela Maternidade do Hospital Regional “Senador Rui Carneiro” no município de Pombal. Neste sentido, a presente pesquisa teve como objetivo analisar a Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde com os usuários da Maternidade, e procurando evidenciar alguns aspectos acerca do conhecimento dos usuários sobre saúde, direitos do cidadão e deveres do Estado.

Assim, a análise apresentada sobre os respondentes investigou o perfil das gestantes que possuem uma faixa etária de 15 a 20 anos, quando se verificou que a maioria se identificou como casadas e que sobrevivem como agricultoras, podendo arrecadar uma renda familiar de um pouco menos que um salário mínimo.

No levantamento seguinte, apurou-se a partir das falas das entrevistadas sobre o atendimento na maternidade, e segundo estas é de ótima qualidade, pois o acolhimento atende as suas necessidades. Afirmaram ainda que não passa nenhuma dificuldade com a chegada a maternidade. No entanto, questionadas sobre o tratamento dos profissionais da unidade, houve uma diversificação, pois algumas relataram que existem tratamentos diferenciados de alguns profissionais da maternidade, o que não deveria ocorrer, pois é dever da instituição atender sem diferenciar nenhum paciente, e conseqüentemente, direito destes serem recepcionados de modo que tenham as suas necessidades atendidas satisfatoriamente.

Desta forma, relatando sobre a compreensão de Política de Humanização as gestantes não sabiam explicar nenhum aspecto de PNH ou atendimento humanizado, assim não podiam exigir da maternidade um atendimento com respeito e ainda mostrando as falhas acontecidas no cotidiano da PNH. Este dado deve despertar interesse, pois mesmo com essa característica, as gestantes relataram que os serviços prestados são de ótima qualidade, pois atende as suas necessidades naquele momento.

Diante da análise, as beneficiárias retrataram que os profissionais deveriam ser mais compreensivos, atenciosos, onde as mesmas possam ter confiança nesses profissionais, e ainda verificou que essas soluções já seriam suficientes para uma gestante ficar tranquila e satisfeita com os serviços prestados pela maternidade.

Perante a análise, conclui-se que as gestantes assistidas pelo Hospital Regional “Senador Rui Carneiro” do município de Pombal têm um bom atendimento, apesar de algumas falhas no tratamento dos profissionais com as gestantes, e necessita de uma melhor visão desses profissionais para o atendimento da gestante. No entanto, ficou claro na entrevista, que as entrevistadas não possuem nenhuma informação sobre a Política de Humanização que são assistidas para elas e para saúde da criança.

A partir dos discursos apresentados evidenciou-se como um dos pontos mais importantes da pesquisa, a falta de conhecimento das usuárias acerca de seus direitos, a forma retraída como as mesmas se posicionam enquanto protagonistas de um serviço, não vislumbrando nenhuma melhora para o atendimento que lhes era ofertado, dando assim, espaço ao conformismo e ao silêncio.

É latente, a forma programada como tudo funciona dentro de uma unidade de saúde, não existe uma maneira particular de atender individualmente o usuário dentro de sua necessidade, tudo funciona segundo o que já estava previamente estabelecido, e são essas atitudes que, impedem drasticamente o sucesso de uma política de saúde e em especial a política de humanização.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990. 168 p. (Série Legislação Brasileira).
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Brasília, DF, 2006, 8 p. Documento Online. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_integra_direitos_2006.pdf>. Acesso em: 11.10.2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília, DF, 2004, 20 p. Documento Online. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf>. Acesso em: 11.10.2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **O HumanizaSUS na atenção básica**. Brasília, DF, 2009, 40 p. Documento Online. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza_sus_atencao_basica.pdf>. Acesso em: 11.10.2011.
- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. **Humanização na saúde: um novo modismo?** *Interface*, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 389-394, mar./ago. 2005a. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832005000200014&script=sci_arttext>. Acesso em: 26 maio 2006.
- _____. **A humanização como dimensão pública das políticas de saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561- 571, 2005b.
- Carvalho PMGde. **Práticas educativas em saúde: ações dos enfermeiros na Estratégia Saúde da Família [dissertation]**. Teresina: Faculdade de Enfermagem/UFPI; 2009. 85p.
- CEAP, Centro de educação e Assessoramento Popular de Passo Fundo. [Et Al] **Cartilha Direito à Saúde**. s/d, Documento Online. Disponível em: <http://www.saude.al.gov.br/files/pactopelasaude/manuais/cartilha_direito_saude.pdf>. Acesso em: 13.10.2011.
- DIAS, Marcos Augusto Bastos; DESLANDES, Suely Ferreira. **Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil**: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. *Cad. Saúde Pública [online]*. 2006, vol.22, n.12, pp. 2647-2655. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006001200013>. Acesso em 10/09/2014.
- DIAS, Marcos Augusto Bastos; DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, Sept. 2005. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300026&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15/09/2014
- DINIZ, C. S. G. **Humanização da assistência ao parto no Brasil**: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, jul./set. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a19v10n3.pdf>>. Acesso em: 11 fev. 2009.
- DESLANDES, Suely. F. **Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar** *Ciência e Saúde Coletiva*, Vol. 9, Num. 1, 2004, pp. 7-14. Publicado na Redalyc e *Ciência e Saúde Coletiva*, 2005.
- FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderlei Silva; MERHY, Emerson Elias. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, Abril 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000200019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em on 16 Sept. 2014.
- HISTÓRIA DA ENFERMAGEM: **As práticas de saúde ao longo da história e o desenvolvimento das práticas de enfermagem**. Retirado do site da ABEN/PE.
- MENEZES, Marisa Gonçalves Brito; DIAS, Daniella Fernandes Soares. **A Humanização do cuidado no pré-parto e parto**. *SynThesis Revista Digital FAPAM*, Pará de Minas, n.3, 24 - 36, abr. 2012. Acessado em 20/10/14.
- Oliveira BRGde, Collet N, Viera CS. **A humanização na assistência a saúde**. Ver *Latina-am Enfermagem*; 2006.

- PADILHA in ORGANICOM. **Revista Brasileira de Comunicação Organizacional e Relações Públicas** – Edição Especial – Comunicação e Saúde – Ano 9 – N.16/17 – 2012.
- SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Política de Humanização da assistência à Saúde – **Manual de Humanização**. Disponível em: <http://www.humanizasaude.rs.gov.br/site/artigos/manual/>. Acesso em 11/09/11.
- PUCCINI, P. T.; CECILIO, L. C. O. **A humanização dos serviços e o direito à saúde**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1.342-1.353, set./out. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500029. Acesso em: 24 maio 2006.
- REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – São Paulo, **Dossiê Humanização do Parto**, 40p.; 2002.
- REZENDE, I. ; CAVALCANTI, L. F. Política de Saúde e serviço social. IN: **Serviço Social e políticas sociais**. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2009, p. 67 – 74.
- REIS, Adriana Elias dos; PATRICIO, Zuleica Maria. **Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina**. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 2011 . Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000500023&lng=pt&nrm=iso. acessos em 30 ago. 2011.
- RIBEIRO, Liliane da Consolação Campos; ROCHA, Regina Lunardiand RAMOS-JORGE, Maria Letícia. **Acolhimento às crianças na atenção primária à saúde: um estudo sobre a postura dos profissionais das equipes de saúde da família**. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2010, vol.26, n.12, pp. 2316-2322. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010001200010. Acesso em 10/09/11.
- RIOS, Izabel Cristina. **Caminhos da Humanização na Saúde** – Prática e Reflexões. Editora Áurea, 2009.
- SANTOS, Francimário Vito dos. **Mulheres que rezam: uma abordagem antropológica entre os saberes das rezadeiras e os saberes dos médicos (profissionais de saúde) no município de Cruzeta/RN**. Trabalho apresentado na 26ª Reunião Brasileira de Antropologia, realizada entre os dias 01 e 04 de junho, Porto Seguro, Bahia, Brasil, no Fórum de Pesquisa ‘Terapeutas, cuidadores e curadores: Uma interface Antropologia, cidadania e saúde popular’, coordenado pelas Dras. Soraya Fleischer (CFmea) e Carmen Susana Tornquist (UDESC). Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN. Disponível em: www.abant.org.br
Acesso em: 18/09/13