



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS AGRÁRIAS
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

FRANCISNEIDE CORREIA DE LIMA TEIXEIRA

**A HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO: UMA AVALIAÇÃO EM
PROFUNDIDADE NA EMERGÊNCIA DE UMA MATERNIDADE DE ALTA
COMPLEXIDADE**

FORTALEZA
2025

FRANCISNEIDE CORREIA DE LIMA TEIXEIRA

A HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO: UMA AVALIAÇÃO EM PROFUNDIDADE
NA EMERGÊNCIA DE UMA MATERNIDADE DE ALTA COMPLEXIDADE

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará, como requisito final à obtenção do título de Mestre em Avaliação de Políticas Públicas. Área de concentração: Avaliação de Políticas Públicas.

Orientadora: Profa. Dra. Camila Gonçalves de Mario

FORTALEZA
2025

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- T266h Teixeira, Francisneide Correia de Lima.
 A humanização do atendimento: : uma avaliação em profundidade na emergência de uma maternidade de alta complexidade / Francisneide Correia de Lima Teixeira. – 2025.
 155 f. : il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Ciências Agrárias, Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas, Fortaleza, 2025.
 Orientação: Profa. Dra. Camila Gonçalves de Mario.
1. Humanização. 2. Saúde. 3. Política social. 4. Mulher. I. Título.

CDD 320.6

FRANCISNEIDE CORREIA DE LIMA TEIXEIRA

A HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO: UMA AVALIAÇÃO EM PROFUNDIDADE
NA EMERGÊNCIA DE UMA MATERNIDADE DE ALTA COMPLEXIDADE

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará, como requisito final à obtenção do título de Mestre em Avaliação de Políticas Públicas. Área de concentração: Avaliação de Políticas Públicas.

Aprovado em: 28/11/2024

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Camila Gonçalves de Mario (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.^a Dr.^a Milena Marcintha Alves Braz
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.^a Dr.^a Priscila de Vasconcelos Monteiro
Universidade Federal do Ceará (UFC)

AGRADECIMENTOS

A Deus por me permitir realizar mais um sonho e ter me iluminado com fé, sabedoria e perseverança nesse percurso de estudos.

À minha família pelo apoio e compreensão da minha ausência nos momentos de dedicação ao mestrado.

À professora Dra. Camila Gonçalves De Mario, minha orientadora, pelo apoio, paciência e disponibilidade sempre.

À professora Dra. Milena Marcintha Alves Braz pelas contribuições no trabalho e aceitação em participar da banca examinadora.

À querida profissional e amiga Dra. Priscila de Vasconcelos Monteiro pelas contribuições no trabalho e pronta disponibilidade em participar da banca examinadora.

Às minhas queridas amigas de trabalho pelo incentivo e motivação. Sempre acreditaram em mim e me socorreram nas trocas e permutas de plantão para que eu pudesse concluir esse trabalho.

À querida amiga Sandra Lúcia Alves Siqueira, ouvidora do CH-UFC que muito me ajudou com material de pesquisa, conversas produtivas e orientações para o acesso a dados importantes para pesquisa.

A todas as professoras e professores do Mestrado de Avaliação em Políticas Públicas - MAPP pelos saberes compartilhados.

A todas e todos profissionais da emergência da MEAC por participarem da pesquisa e contribuírem com suas reflexões para o meu trabalho.

Às pacientes da emergência da MEAC que prestaram informações essenciais para meu trabalho com muita boa vontade e prontidão.

À Maternidade Escola Assis Chateaubriand, espaço de trabalho, mas também, cenário propiciador de vivências e reflexões que nos motivam ao aprendizado.

À Mariana Saraiva Pereira do Nascimento, secretária do MAPP, pela atenção e suporte administrativo em toda a trajetória do mestrado.

A todas minha imensa GRATIDÃO.

RESUMO

A Política Nacional de Humanização (PNH) foi lançada em 2003 com o objetivo de concretizar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), promovendo novas formas de gestão e cuidado nos serviços de saúde. Fundamenta-se na inclusão de trabalhadores, usuários e gestores na produção e condução dos processos de trabalho, incentivando o diálogo, o enfrentamento das relações de poder e a valorização das dimensões afetivas do cuidado. Suas mudanças devem ser construídas de forma coletiva, permitindo a criação de novas formas de organização do trabalho. Esta pesquisa tem como objetivo geral avaliar a implementação da PNH na emergência da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC). Especificamente, busca compreender o conteúdo da política e o contexto sociopolítico de sua formulação; analisar sua trajetória institucional e territorial; conhecer a percepção de profissionais e pacientes sobre sua aplicação; identificar obstáculos à sua efetivação; e compreender como essas percepções influenciam as práticas profissionais e as relações interpessoais no ambiente da emergência. O público-alvo da pesquisa incluiu pacientes maiores de 18 anos atendidas na emergência da MEAC, além de profissionais de nível médio e superior que atuam nesse espaço. Trata-se de uma pesquisa avaliativa, fundamentada na abordagem da Avaliação em Profundidade (Rodrigues, 2008), que integra os contextos históricos, econômicos, sociais e políticos na análise de políticas públicas. Essa abordagem valoriza a construção processual do avaliador-pesquisador, permitindo escolhas metodológicas adaptadas ao percurso da investigação. Optou-se por uma abordagem qualitativa, com coleta de dados por meio de pesquisa bibliográfica, documental, entrevistas em profundidade e observação participante. Os resultados indicam que, embora a PNH esteja formalmente implantada na MEAC, sua efetivação ocorre de forma parcial. As profissionais entrevistadas apontam a necessidade de investimentos em formação continuada, ampliação das equipes e valorização do trabalho. Já as pacientes avaliam o atendimento como humanizado, destacando o acolhimento, os cuidados prestados e a importância do diálogo e da comunicação efetiva. Espera-se que os achados contribuam para aprofundar a reflexão sobre a política na instituição, fortalecendo sua aplicação e ampliando o conhecimento sobre práticas de humanização no SUS.

Palavras-Chave: humanização; saúde; política social; mulher.

ABSTRACT

The National Humanization Policy (PNH) was launched in 2003 with the aim of implementing the principles of the Brazilian Unified Health System (SUS) by promoting new approaches to healthcare management and service delivery. It is grounded in the inclusion of workers, users, and managers in the production and management of work processes, encouraging dialogue, the confrontation of power dynamics, and the acknowledgment of affective dimensions in care. The proposed changes must be constructed collectively to foster new organizational practices in healthcare settings. This study aims to evaluate the implementation of the PNH in the emergency department of the Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC). Specifically, it seeks to understand the content of the policy and the socio-political context of its development; analyze its institutional and territorial trajectory; assess the perceptions of healthcare professionals and patients regarding its implementation; identify barriers to its effectiveness; and explore how these perceptions influence professional practices and interpersonal relationships in the emergency setting. The target population included female patients over the age of 18 treated in the emergency department of MEAC, as well as mid- and high-level healthcare professionals working in that setting. This is an evaluative research project based on the Deep Evaluation approach (Rodrigues, 2008), which integrates historical, economic, social, and political contexts in the analysis of social policies. This methodological framework does not follow pre-established models but is rather a processual construction by the evaluator-researcher, who makes methodological choices throughout the evaluation process. A qualitative approach was adopted, with data collected through bibliographic and documentary research, in-depth interviews, and participant observation. Findings indicate that although the PNH has been formally implemented at MEAC, its application remains partial. Interviews with healthcare professionals revealed the need for ongoing training, expanded staffing, and greater professional recognition. Patients, on the other hand, evaluated the care received as humanized, highlighting the quality of attention, the care provided, and the importance of effective communication and dialogue. It is hoped that the study's results will contribute to a deeper understanding of the PNH within the institution, supporting the expansion of knowledge and the strengthening of humanization practices within the SUS framework.

Keywords: humanization; health; social policy; women.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Total de colaboradores do CH-UFC.....	93
Figura 2 - Número de Leitos.....	96

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição de Colaboradores por Hospital e Vínculo.....	92
Gráfico 2 – Relatório de Produção Assistencial - Parto e Nascimento.....	94
Gráfico 3 – Relatório de Produção Assistencial - Produção Ambulatorial.....	95
Gráfico 4 – Relatório de Produção Assistencial - Emergência e Internações.....	96
Gráfico 5 – Manifestações da Ouvidoria.....	99
Gráfico 6 – Casa Viva.....	100
Gráfico 7 – Satisfação dos Usuários.....	101

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Método da PNH	79
Quadro 2 – Princípios da PNH	80
Quadro 3 – Diretrizes da PNH	81
Quadro 4 – Dispositivos da PNH.....	82
Quadro 5 – Requisitos Avaqualis.....	102

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição de Colaboradores por Hospital e Vínculo.....	92
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Alojamento Conjunto
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AP	Avaliação de profundidade
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CF	Constituição Federal
CGTES	Coordenadoria da Gestão do Trabalho e Educação Permanente na Saúde
CH - UFC	Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará
CISMU	Comissão Interinstitucional de Saúde da Mulher
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNS	Conferência Nacional de Saúde
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
COVID	<i>Corona Vírus Disease</i> (Doença do Coronavírus)
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CRES	Coordenadoria Regional de Saúde
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FAS	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
GTH	Grupo de Trabalho em Humanização
HGCC	Hospital Geral Cesar Cals
HIV/AIDS	Vírus da Imunodeficiência Humana
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INSS	Instituto Nacional de Previdência Social
LHUAS	Laboratório de Humanização da Atenção em Saúde
MEAC	Maternidade Escola Assis Chateaubriand
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde

NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não-Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PAC	Programa de Aceleração do Crescimento
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PEC	Proposta de Emenda à Constituição
PEH	Política Estadual de Humanização
PHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PMH	Política Municipal de Humanização
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PNH	Política Nacional de Humanização
PPA	Plano Plurianual
PQMRP	Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais do Nordeste e Amazônia Legal
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde RC – Rede Cegonha
RHC	Rede HumanizaSUS
RMM	Razão de Mortalidade Materna
SESA	Secretaria de Saúde do Ceará
SPM	Secretaria de Políticas para Mulheres
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCINCo	Unidade de Cuidados Intermediários
UCINCa	Unidade de Cuidados Intermediários - Método Canguru
UECE	Universidade Estadual do Ceará
UFC	Universidade Federal do Ceará
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	PERCURSO METODOLÓGICO: OS CAMINHOS DA PESQUISA AVALIATIVA	21
3	POLÍTICA SOCIAL E SAÚDE.....	29
3.1	Concepções de saúde: do saber místico ao saber médico	29
3.2	A política de saúde no Brasil: a redemocratização e a construção do SUS.....	32
3.3	Sistema Único de Saúde - SUS: novos rumos da política de saúde no país.....	38
4	HUMANIZAÇÃO E SAÚDE.....	49
4.1	Humanização: as concepções que cercam a temática.....	49
4.2	Humanização e saúde da mulher.....	62
5	A TRAJETÓRIA DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DO SUS: NOVAS FORMAS DE ATENÇÃO E GESTÃO DA SAÚDE	70
5.1	A humanização em destaque: o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar - PNHAH	70
5.2	A humanização como política pública: a criação do Programa Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS - PNH/SUS.....	74
5.3	A Política Nacional de Humanização do SUS no cenário local.....	85
6	A MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND COMO CAMPO DA AVALIAÇÃO INVESTIGATIVA.....	91
6.1	Apresentando o campo de estudo.....	91
6.2	A implantação da PNH na MEAC.....	97
7	A POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO NA EMERGÊNCIA DA MEAC SOB A ÓTICA DOS SUJEITOS PESQUISADOS.....	104
7.1	Organizando os resultados do campo investigativo.....	104
7.2	Compreensões sobre a humanização na emergência da MEAC.....	107
7.3	Efetivação da PNH na emergência da MEAC.....	111
7.4	Dificuldades e desafios da PNH na emergência da MEAC.....	115
7.5	Ambiência e relações interpessoais no cotidiano da emergência da MEAC.....	118
7.6	Humanização x Desumanização: as relações entre a percepção e a prática.....	124
7.7	Sugestões para garantia de um atendimento humanizado.....	127
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	129

REFERÊNCIAS	132
APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTAS	142
APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTAS	144
APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTAS	146
APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTAS	148
APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	151
ANEXO A – REQUISITOS AVAQUALIS-2023.....	152

1 INTRODUÇÃO

Ao longo do século XX vários modelos assistenciais à saúde foram se alternando no país, de acordo com as transformações sociais, históricas e políticas. Nos anos de 1980 o país vive uma intensa efervescência política e social, marcada notadamente, pela crescente organização e reivindicação dos movimentos populares na luta por seus direitos no contexto da redemocratização do país.

Esse processo culminou com a promulgação de uma nova Constituição Federal em 1988, considerada Constituição Cidadã. Com esse marco legal a saúde passa a ser concebida como uma política pública, direito de todos e dever do Estado, garantindo assim um caráter universal à sua execução. As ações e serviços de saúde são organizados num sistema único integrado numa rede regionalizada - Sistema Único de Saúde - SUS, regulamentado em 1990.

O objetivo primordial do SUS é melhorar a qualidade da atenção à saúde no país. Nessa perspectiva, um dos temas que merece destaque é a humanização do atendimento, amplamente discutida a partir da Política Nacional de Humanização do SUS - PNH que propõe a valorização dos usuários, trabalhadores e gestores no processo de produção da saúde.

Nossa pesquisa tem por objetivo geral a avaliação da Política Nacional de Humanização do SUS na emergência da Maternidade Escola Assis Chateaubriand - MEAC, uma maternidade de alta complexidade do município de Fortaleza - CE.

A aproximação com o objeto de estudo advém da minha experiência profissional como assistente social da área da saúde atuando na emergência da Maternidade Escola Assis Chateaubriand – MEAC. Trago comigo uma experiência profissional prestes a completar 20 anos. Sou formada pela Universidade Estadual do Ceará- UECE. Natural do estado de Alagoas, vivo em Fortaleza há 28 anos e iniciei minha graduação após casamento e filha, invertendo um pouco a “ordem” dos processos. A graduação foi a realização de um sonho, de uma menina do interior de um estado pobre, filha de feirantes, que almejava dar uma condição de vida melhor pra sua mãe, visto o pai ter falecido quando tinha 10 anos.

A cidade de Fortaleza me acolheu, me abraçou e aqui construí minha família, corri atrás de realizações, busquei oportunidades e realizei sonhos. Iniciei minha experiência profissional na Política de Assistência Social, na época da efervescência da construção do Sistema Único de Assistência Social - SUAS, que semelhante ao SUS, é organizado +por complexidade e estabeleceu níveis de proteção social as pessoas e famílias em situação de vulnerabilidade social através de equipamentos sociais como Centro de Referência da

Assistência Social - CRAS e o Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS. Tive a sorte de vivenciar esse momento, rico em discussão de novas temáticas e metodologias. Trabalhei nessa política por quase dez anos, fui técnica e também coordenadora de CRAS. Costumo dizer que o CRAS me fez assistente social e me qualificou para minha profissão.

Mas nem tudo são flores. Apesar da organização da política de assistência, a questão dos trabalhadores ainda era insatisfatória, pois os vínculos de trabalho eram frágeis e a rotatividade das equipes, um desafio. Após mudanças na gestão municipal, me vi impelida a rever minha condição de trabalhadora. A essa altura já tinha feito duas especializações pela UECE, tinha me qualificado. Então me atrevi a sair do comodismo e a buscar novos caminhos. E aí começa meu caminhar na área da saúde. A primeira experiência, mediante seleção pública, foi no maior hospital de trauma do estado do Ceará, o Instituto Dr. José Frota. Inicialmente pensei em desistir, mas fui bem acolhida pela coordenação e nos primeiros dias de trabalho, aquele ambiente já não me causava quaisquer estranhezas, antes me encantava e desafiava pela própria natureza de sua complexidade.

Em 2015 fui convocada para assumir o concurso público da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH, empresa vinculada ao Ministério da Educação e responsável pela gestão dos Hospitais Universitários. Fui lotada na Maternidade Escola Assis Chateaubriand, integrante do complexo hospitalar da Universidade Federal do Ceará. Nesse ínterim, também percorri os caminhos da atenção básica, compondo a equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF, em uma unidade básica de saúde. Em 2017 fui aprovada em concurso público do município de Caucaia, região metropolitana de Fortaleza, sendo lotada para atuar na maternidade desta cidade.

Atualmente estou como servidora pública do município de Caucaia - CE e como funcionária pública na empresa EBSEH, em ambos os vínculos trabalhando com a política de saúde no atendimento ao público feminino.

Após essa “estabilização profissional”, despertei o sonho do mestrado, há tempos guardado no leque das coisas a realizar e me organizei para os estudos. Acompanhando de perto o atendimento em saúde às mulheres, percebendo o contexto em que se dá essa atenção, me propus como mestranda de Avaliação de Políticas Públicas, compreender como se dá esse processo na perspectiva da humanização do cuidado, no cotidiano de uma emergência de uma maternidade de alta complexidade.

Sabemos que as mulheres configuram o maior público nos atendimentos dos serviços de saúde e, em suas histórias na busca para serem atendidas em suas demandas,

encontramos expressões de discriminação, frustrações e violações dos direitos, geradoras de tensão e mal-estar psíquico-físico. “Por essa razão, a humanização e a qualidade da atenção implicam na promoção, reconhecimento, e respeito aos seus direitos humanos, dentro de um marco ético que garanta a saúde integral e seu bem-estar” (Brasil, 2004, p.59).

Discutir a humanização e as possibilidades de sua prática nos processos de atenção à saúde é uma pauta vigente há algumas décadas e ainda encerra divergências quanto a sua conceituação. Até os anos 2000, o termo humanização designa a luta dos usuários pelo respeito aos seus direitos em contextos específicos, exemplificada pelo movimento social em favor do fechamento dos manicômios e pela reforma psiquiátrica nos anos de 1970 devido à violência sofrida pelos usuários dos serviços de saúde mental (Azeredo; Schraiber, 2021).

A humanização na prática assistencial de saúde está vinculada à perspectiva dos direitos humanos. A Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) tem por base o respeito à dignidade, a liberdade e igualdade entre todos os homens. Estes princípios também estão presentes na Constituição Federal Brasileira de 1988. A carta magna do país em seu título segundo – dos direitos e garantias fundamentais – vem tratar dos direitos individuais, coletivos, sociais e políticos. Esse conjunto de direitos se baseiam na dignidade da pessoa humana, são direitos protetivos que garantem o mínimo necessário para que o indivíduo exista de forma digna na sociedade.

Os direitos sociais expressos no artigo 6º da Constituição, dentre eles a saúde, tem o Estado como seu garantidor, configurando uma prestação positiva, pois gera ao Estado uma obrigação de fazer, requerendo sua intervenção a partir da implementação de políticas públicas e legislações que garantam a igualdade dos indivíduos.

A dificuldade se coloca quando na contramão desse processo de conquistas sociais e democráticas, o país passa a se ajustar aos ditames do projeto neoliberal através da redefinição do papel do Estado, que se torna mínimo, e se isenta do seu papel de garantidor de direitos repassando suas responsabilidades para a sociedade civil. Esse processo flexibiliza a estruturação das políticas sociais e ameaça conquistas importantes para o Sistema Único de Saúde.

Ademais, a complexidade crescente dos sistemas de saúde, o avanço do perfil tecnicista, a informatização e burocratização de processos, apresentam uma tendência de afastamento do ser humano e trazem consigo uma assistência à saúde fragmentada e mecanizada, menosprezando a importância da participação dos usuários dos serviços de saúde como sujeito de direitos.

A temática da humanização apresenta uma multiplicidade de sentidos. Seu entendimento se apresenta como uma proposta de mudanças na relação entre os atores, a melhoria no atendimento dos usuários, investimento na formação profissional e condições de trabalho. Protagonismo, autonomia e inclusão de usuários e profissionais nos processos decisórios são importantes referências para a humanização, mas que precisam ser melhor aprofundadas em suas concepções para que não correspondam apenas a apreensões genéricas.

A Maternidade Escola Assis Chateaubriand - MEAC se configura como uma instituição pública federal voltada para o atendimento às usuárias do Sistema Único de Saúde - SUS e presta serviços de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico de alta e média complexidade à população de Fortaleza e do estado do Ceará, sendo também referência em nível regional.

A emergência é a grande porta de entrada da MEAC. É um espaço característico por apresentar grande número de pessoas aguardando atendimento, muitas vezes por longo período, sem a compreensão da rotina e do fluxo dos serviços, gerando ansiedade e angústia. A vivência cotidiana nos apresenta um espaço de atuação dinâmico, movimentado e sempre a postos para o atendimento das queixas obstétricas e ginecológicas das mulheres, permeadas por seus determinantes sociais específicos.

Segundo Deslandes (2001) os serviços de emergência contemporâneos contém uma especificidade que os distingue de quaisquer outros serviços de saúde. Trata-se de uma assistência que deve ser realizada de forma imediata, eficiente e integrada. Exige amplo conhecimento técnico, habilidade profissional e o emprego de recursos tecnológicos.

Compreendendo que a saúde se refere a um conjunto de aspectos que englobam as questões psicológicas, sociais, biológicas, sexuais, ambientais e culturais, identificamos, no cotidiano da prática profissional situações que irão requerer uma intervenção sistemática e uma ação interdisciplinar efetiva da equipe (dependência química, situação de rua, vínculos familiares rompidos, adolescentes gestantes, violência doméstica e sexual, comprometimento da saúde mental, privação de liberdade, entre outras) na perspectiva do atendimento integral em saúde.

A emergência reúne profissionais de várias áreas da saúde (assistentes sociais, psicólogos, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e de laboratório, residentes, recepcionistas), os quais buscam na perspectiva da prática multiprofissional, dar respostas às demandas que chegam. Entretanto, na observação diária percebemos que algumas dificuldades relacionadas à humanização do atendimento a essas mulheres ainda persistem e acabam comprometendo a qualidade dos serviços.

Esse cenário implica a necessidade de construção e fortalecimento da cultura da humanização. As instituições devem planejar e organizar suas ações e serviços assistenciais sob a perspectiva da dignidade humana, visando o autocuidado, a recuperação, a manutenção e a promoção da saúde em colaboração com todos os profissionais envolvidos (Machado, 2006).

Em sua política institucional, a MEAC destaca a Humanização como um dos seus valores principais visando à ampliação do acesso e qualificação do cuidado. Atua a partir de protocolos de acolhimento e colegiados gestores. A implantação de colegiados gestores nas unidades de saúde é uma proposta da Política Nacional de Humanização (2003). São dispositivos de fomento à cogestão e devem contribuir para a valorização e inclusão dos trabalhadores nos processos de trabalho, na perspectiva de alcançar mudanças nos modelos de atenção e promover a equidade e a atenção humanizada em saúde.

Diante o exposto cabe indagar: Qual o contexto social e político para a criação da PNH? Qual o conteúdo dessa Política? Como ela foi formulada? Qual sua trajetória institucional ao longo do tempo e nos espaços onde acontece? Qual a percepção dos profissionais e pacientes sobre a humanização nos processos de trabalho da saúde? A Política de Humanização se efetiva na prática cotidiana dos serviços prestados às pacientes atendidas na MEAC? Quais as dificuldades encontradas para um atendimento humanizado?

Na perspectiva de aprofundar o estudo da temática e responder as questões elencadas, além do objetivo geral, definimos objetivos específicos, quais sejam: apreender o conteúdo da PNH e o contexto social e político de sua formulação; entender a trajetória institucional da PNH e o desenvolvimento de seu percurso temporal e territorial; compreender a percepção das profissionais e pacientes da emergência da MEAC sobre a Política de Humanização; analisar os fatores que dificultam e/ou limitam a efetivação da Política de Humanização; identificar como as percepções das profissionais sobre a humanização podem implicar na prática de suas ações de trabalho; compreender as relações interpessoais na emergência sob a perspectiva da Política de Humanização.

Segundo Cruz (2019) a perspectiva positivista ainda detém a hegemonia na avaliação das políticas públicas, a qual tem por foco a aferição de resultados – eficiência, eficácia e efetividade – com indicadores que seguem o pressuposto de uma agenda neoliberal.

A proposta de pesquisa avaliativa em tela foi orientada pela perspectiva contra-hegemônica da Avaliação em Profundidade. Segundo Gussi e Oliveira (2016) essa perspectiva parte da compreensão interpretativa da política, considerando seus sentidos e significados, portanto, uma abordagem qualitativa, sem desprezar dados quantitativos

que se integrem à avaliação. Os procedimentos metodológicos utilizados foram a pesquisa bibliográfica, a análise documental, as entrevistas em profundidade e a observação participante.

Buscando atender aos objetivos propostos, o presente trabalho está organizado em oito segmentos. O primeiro refere-se a esta introdução em que apresento a temática fazendo sua contextualização e problematização, os objetivos e relevância da pesquisa, e circunscrevo meu lugar de fala e minha relação com a temática.

No segundo segmento, *Percurso Metodológico*: os caminhos da pesquisa avaliativa, exponho a perspectiva analítica do trabalho. Trata-se de uma pesquisa avaliativa inspirada na perspectiva da Avaliação em Profundidade (Rodrigues, 2008), que se propõe a articular os contextos históricos, econômicos, sociais e políticos na avaliação da política social em estudo. Essa metodologia de avaliação não obedece a modelos a priori, mas, sim, constitui uma construção processual do avaliador- pesquisador, que faz suas escolhas metodológicas ao longo do processo avaliativo.

No terceiro segmento, intitulado *Política Social e Saúde*, construí uma trajetória da política de saúde no Brasil, partindo das concepções iniciais sobre o que é saúde à seu desenvolvimento como política pública e ascensão a direito universal com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e a criação Sistema Único de Saúde - SUS.

O quarto segmento, sob o título *Humanização e Saúde*, versa inicialmente sobre as concepções que cercam a temática da humanização, seus sentidos e práticas e finaliza com uma discussão sobre a convergência da humanização com as políticas de saúde da mulher e princípios do SUS.

O quinto segmento, *A Trajetória da Política Nacional de Humanização do SUS*: novas formas de atenção e gestão da saúde, apresenta de forma contextualizada a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, seu percurso de criação e implantação no cenário nacional e local

O sexto segmento, intitulado *A Maternidade Escola Assis Chateaubriand - MEAC* como campo da avaliação investigativa, faz uma apresentação do locus onde será desenvolvida a pesquisa e a avaliação investigativa e percorre o processo de implantação da PNH na referida instituição.

O sétimo segmento, *A Política de Humanização na Emergência da MEAC*: uma avaliação sob a ótica dos sujeitos pesquisados, apresenta a análise dos dados coletados a partir de seis categorias avaliativas fazendo a tessitura teoria/empíria.

Por fim, o oitavo segmento são considerações a respeito do estudo, aspectos encontrados na investigação avaliativa e reflexões sobre a PNH e suas possibilidades e limites numa emergência de alta complexidade.

Acredito ser esse um tema pertinente para abordagem. A “desumanização” do atendimento na saúde tem sido alvo de críticas constantes que sempre acompanhamos tanto na realidade profissional quanto nas grandes mídias. Vale salientar também que em tempos de pandemia esse tema foi muito requisitado e se coloca mais que necessário e atual, sem mencionar, que as implicações negativas no atendimento de uma política social tão importante para a sociedade podem trazer danos irreversíveis para a vida dos seus usuários.

O SUS é um sistema amplo e complexo e sua constante avaliação deve incentivar as trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários na busca da qualificação da saúde pública, conforme preconiza a Política Nacional de Humanização - PNH. Defender o SUS, lutar por seu aperfeiçoamento e ampliação da oferta dos serviços é tarefa de toda sociedade.

Esperamos que o desenvolvimento da pesquisa e os resultados alcançados a partir de saberes construídos e partilhados com seus interlocutores possam contribuir: a) para um aprofundamento da temática na instituição, na perspectiva da ampliação do seu conhecimento e fortalecimento de sua prática; b) para a identificação e superação das principais dificuldades encontradas que limitam ou impedem sua efetividade; c) para gerar novas formas e possibilidades de atuação entre profissionais, gestores e usuários que privilegiem cada vez mais a atenção, o cuidado e o diálogo de forma transversal e democrática, oportunizando a participação e protagonismo dos sujeitos.

2 PERCURSO METODOLÓGICO: OS CAMINHOS DA PESQUISA AVALIATIVA

De acordo com a literatura do campo de públicas, a definição de política pública está imersa em complexidades que tornam difícil a sua especificação de modo preciso, dado as diferentes abordagens conceituais que refletem nas variadas concepções da realidade social e das esferas do conhecimento científico. Sob essas perspectivas, Guba e Lincoln (2011 *apud* Silva; Silva; Silva, 2016, p.1435) referem que as políticas públicas “[...] são as ações realizadas, predominantemente e direta ou indiretamente pelo Estado para atender a demanda dos diferentes grupos sociais, seja beneficiando alguns e prejudicando outros.”

Não encontramos uma definição única sobre o tema, sendo o mesmo citado como controverso ou ainda carente de consenso. Há uma gama de conceitos que trazem que as políticas públicas podem encerrar compreensões que revelam visões de mundo, governo em ação, comportamento político, estudo dos governos, investimentos, interesses, ações do Estado, demandas coletivas, entre outros, sem conclusão sobre qual seria o melhor ou mais adequado. Além disso, as políticas públicas podem ser corporificadas por meio de uma ampla gama de dispositivos que vão, por exemplo, desde uma lei até uma campanha publicitária (Silva; Silva; Silva, 2016).

As políticas públicas são levadas a efeito em relevantes questões que permeiam a sociedade, os quais funcionam como meios carreadores de seus princípios estruturantes, a saber: educação, gestão, habitação, previdência, meio ambiente, saneamento, saúde, segurança, dentre outros. No que se refere ao caminho percorrido para o desenvolvimento de uma política pública, observa-se que suas partes integrantes não são uma unanimidade entre os estudiosos da área, porém as etapas predominantes no seu ciclo formativo envolvem a identificação de um problema, a formulação de soluções, a tomada de decisões, a implementação e a avaliação (Silva; Silva; Silva, 2016).

Segundo Souza (2003), o interesse pelo estudo das políticas públicas no Brasil tem registrado um importante crescimento tanto do ponto de vista acadêmico, com o aumento das pesquisas sobre o tema, quanto dos órgãos governamentais que buscam avaliar suas ações na área pública. O campo da ciência política se amplia e novas disciplinas para pensar as políticas públicas são criadas, implicando no aumento da produção científica sobre o tema em qualidade e volume.

No que concerne à pesquisa acadêmica do campo de públicas no Brasil, evidencia-se seu crescimento em qualidade e volume de publicações, impulsionado pelos centros de pesquisa, órgãos do governo e universidades, os quais ajudam a incrementar a produção

científica da área, inclusive com a participação de campos do conhecimento não restritos à ciência política, partindo de estudos científicos de investigação do funcionamento do governo (Souza, 2003).

Esse crescimento é percebido notadamente a partir da década de 1990, período de centralidade das políticas públicas no Brasil, visto as orientações das agências internacionais de fomento, no processo de adesão do país aos ajustes estruturais do neoliberalismo.

A pesquisa avaliativa tem um caráter incipiente e nos debates sobre a prática de avaliação de políticas públicas no Brasil tem prevalecido a priorização de aspectos mais técnicos, numa perspectiva de seu papel como instrumento gerencial. A década de 1990 testemunhou, nas democracias ocidentais e na América Latina particularmente, a busca de fortalecimento da função da avaliação na gestão governamental, sob a justificativa de modernizar a gestão pública no contexto de busca legitimação da reforma do Estado (Faria, 2005).

Há, indiscutivelmente, um processo de reforma em curso nos diversos governos centrais. Esse cenário de reforma impõe ao Estado uma nova agenda, resultado da dinâmica sócio-político-econômica que tem marcado os diversos governos nacionais. No que se refere à capacidade responsiva do Estado – ou, em outras palavras, a formulação e implementação de políticas públicas e/ou programas – identifica-se também alterações que são o reflexo desse contexto em constante transformação (Gussi; Oliveira, 2016, p. 85).

Nos novos rumos da gestão pública, a avaliação de políticas públicas ganha espaço na agenda governamental como uma exigência dos organismos internacionais para liberação de empréstimos, condicionando estes a indicadores de resultados.

A essa agenda política circunscreve-se um modelo de avaliação de programas, projetos e políticas, sobretudo governamentais, baseados em critérios pré-definidos de eficiência, eficácia e efetividade dos mesmos. Quase sempre reduzidas à dimensão econômica, essas avaliações têm por intuito demonstrar o sucesso ou fracasso das políticas a partir da construção de indicadores, notadamente estatísticos, que revelam a otimização da relação custo-benefício, previamente calculada, em relação ao investimento realizado na execução das políticas. (Gussi; Oliveira, 2016, p. 87).

Esse modelo tecnicista é a perspectiva hegemônica que tem orientado o campo da avaliação das políticas públicas, alinhado à política econômica neoliberal. O paradigma gerencial, positivista, tem como objetivo principal confirmar ou negar hipóteses já pré-pensadas ou estabelecidas à pesquisa, sendo o avaliador um profissional que testará cada afirmativa. Não há questionamentos ao que está posto, apenas há uma aferição do que pode ser medido e colocado em estatísticas.

Voltado para a confirmação de um Estado regulatório, esse modelo não é capaz de responder às contradições que esse mesmo Estado engendra sob a égide do mercado, tampouco

de gestar perspectivas emancipatórias e democráticas para a universalização dos direitos (Gussi; Oliveira, 2016).

De acordo com Cruz (2019) as avaliações técnicas, sustentadas pela lógica positivista, trabalham com a previsibilidade, desconsiderando efeitos não previstos e sem deixar espaços para as críticas às próprias políticas, visto estarem focadas nos elementos da formulação e nos princípios norteadores. Além disso, defendem o pressuposto da neutralidade do pesquisador, incidindo numa concepção avaliativa que se distancia dos ideais de justiça social, emancipação e democracia.

Partindo da compreensão que esse modelo avaliativo tradicional é insuficiente para dar conta da totalidade da questão social objeto da política, a autora destaca que novas reflexões sobre esses limites começam a ser gestadas:

Na avaliação de políticas públicas, área em estruturação desde as primeiras décadas do século XX, especialmente na Europa e nos Estados Unidos, usos frequentes de um cabedal instrumental qualitativo, consolidado nas Ciências Sociais, convidam a reflexões sobre limites, alcances e desafios apresentados ao pesquisador/avaliador quando a subjetividade ganha centralidade na produção do conhecimento (Cruz, 2019, p.03).

Numa perspectiva que se contrapõe ao modelo positivista hegemônico, novos desenhos de avaliações emergem. Para Gussi e Oliveira (2016) a avaliação de políticas públicas trata-se de um processo de natureza sociopolítica e cultural. É a compreensão reflexiva de uma avaliação mais ampla e abrangente que visa analisar a política pública dentro do padrão de intervenção do Estado e suas contradições.

Raul Lejano (2012) apresenta um método experiencial contra hegemônico com novos referenciais teóricos-metodológicos, que buscam avançar na compreensão de questões não resolvidas em relação aos modelos positivistas. O autor refere que avaliar política pública significa ir além da análise do texto formal da política, estimulando a busca do contexto das ações e das experiências dos atores envolvidos nela. A experiência tem valor central e possibilita que texto e contexto se interliguem buscando interpretar vivências, sentidos e significados construídos no cotidiano das pessoas.

Para superar os limites dos modelos de análises de políticas vigentes na atualidade, Lejano propõe, em primeiro lugar, que uma análise de políticas deve considerar as múltiplas dimensões da experiência e do entendimento, atentando para a complexidade dos fenômenos – seu caráter processual, contextual, dinâmico e flexível, só apreensível pelo entendimento de sua realização na prática. Esta perspectiva dá à noção de experiência um lugar central nas formulações teórico-metodológicas propostas pelo autor (Rodrigues, 2008, p.105).

Partindo de experiências do Programa de Mestrado em Avaliação de Políticas Públicas (MAPP) da Universidade Federal do Ceará (UFC), com fundamento nos estudos de Lejano (2012), Léa Rodrigues propõe a avaliação em profundidade, um processo de crítica e ruptura com a perspectiva positivista vigente, na construção de um novo paradigma de avaliação para as políticas públicas.

Essa nova abordagem para avaliação, foge de critérios que a reduzem à dimensão econômica e a construção de indicadores, notadamente estatísticos, na medida em que se pretende contemplar várias dimensões (sociais, culturais, políticas, econômicas, territoriais) e realizar interfaces analíticas e metodológicas com distintos campos disciplinares, numa perspectiva antropológica (Gussi; Oliveira, 2016). Também passa a enfatizar a importância da análise organizacional – estrutura de funcionamento, dinâmica de relações de poder, interesses e valores que permeiam as instituições na elaboração e implementação de políticas (Rodrigues, 2008).

Nosso trabalho de pesquisa avaliativa desenvolveu uma investigação inspirada na perspectiva da avaliação em profundidade (Rodrigues, 2008), pois esta, na aproximação com o pensamento de Lejano (2012), faz a articulação entre os marcos legais do programa (texto) e os determinantes históricos, econômicos, políticos e sociais (contexto), situando-se no campo denominado de paradigmas de avaliação contra hegemônicos (Gussi; Oliveira, 2015).

Essa proposta metodológica dialoga com o campo disciplinar da antropologia e propõe ao avaliador percorrer a trajetória da política, compreendendo-a em suas dimensões históricas, culturais e sociais. A postura relativista e a observação participante construídas pelo avaliador no cotidiano da política favorecem uma “avaliação multirreferenciada, pois contempla vários destinatários das políticas e os significados que dão a elas, sem que se atribua a esses significados uma hierarquia de valores que tende a julgar sob o prisma de um único agente envolvido na política” (Gussi; Oliveira, 2016, p. 95).

Rodrigues (2008), apresenta os fundamentos da proposta da avaliação em profundidade, a partir de quatro eixos analíticos relevantes para análise de uma política:

- 1) Análise de conteúdo da política: aborda a formulação da política, objetivos, critérios, dinâmica de implantação, acompanhamento e avaliação; paradigmas orientadores, concepções e valores que sustentam essas políticas; verificação da coerência interna da política quanto a disponibilidade dos mecanismos para sua efetivação. Esses aspectos se referem à análise do material institucional sob forma de leis, portarias, documentos internos, projetos, relatórios, atas de reuniões, fichas de acompanhamento, dados estatísticos e outros. Sobre este eixo, o trabalho contempla o exame do material institucional, as legislações e demais

documentos que direcionaram a formulação e implantação do SUS, da Política de Atenção à Saúde da Mulher e da Política Nacional de Humanização do SUS.

2) Análise de contexto da formulação da política: prioriza o levantamento de dados sobre o momento político e as condições socioeconômicas em que foi formulada a política em estudo, com atenção para a articulação entre as instâncias local, regional, nacional, internacional e transnacional. Busca a apreensão do modelo político, econômico e social que sustentou a política à época de sua formulação. Levantamento de outras políticas e programas correlacionados à política em foco. Atenção ao marco legal que ampara a política, articulando-o ao contexto referido nos itens anteriores. O presente trabalho traça um percurso histórico-social da política em estudo, considerando as determinações políticas e econômicas que demarcam sua formulação.

3) Trajetória da política: considerado um dos eixos mais importantes, busca entender como localmente, as ações implementadas, gestadas em esferas superiores, são compreendidas e reinterpretadas. Esta dimensão analítica pretende dar e perceber o grau de coerência/dispersão do programa ao longo do seu trânsito pelas vias institucionais. É possível perceber os descompassos entre as concepções presentes na formulação da política e aquelas acionadas quando da sua implementação. Contemplando esse eixo, na análise deste estudo, apresentamos a instituição pesquisada, sua história e trajetória e como a PNH se insere nesta instituição pública, que atende integralmente pelo SUS e tem se constituído uma referência local e regional na atenção à saúde das mulheres.

4) Espectro temporal e territorial: procura apreender a configuração temporal e territorial do percurso da política estudada de forma a confrontar as propostas/objetivos gerais da política com as especificidades locais e sua historicidade. Diz respeito ao percurso de uma política pelas vias institucionais e espaços socioculturais ao longo do tempo de sua implementação. É o momento mais avançado da sistematização de ideias e dados, é nele que se tem a manipulação dos instrumentos metodológicos-analíticos. Nesse sentido, apresentamos os estudos relacionados à humanização na saúde e como a PNH está inscrita nas políticas de saúde do Estado do Ceará e do município de Fortaleza e como esta se efetiva na emergência da MEAC como política qualificadora do SUS, considerando seus objetivos e as particularidades que caracterizam o *locus* em estudo.

Na perspectiva de viabilizar os pressupostos dos eixos constitutivos da avaliação em profundidade a pesquisa se desenvolveu a partir seguintes etapas:

1) Pesquisa bibliográfica com consulta sistemática a artigos, livros, dissertações, revistas e jornais, buscando manter um olhar crítico e reflexivo sobre as informações coletadas,

sua relevância, confiabilidade e atualidade dos dados. A pesquisa bibliográfica busca o levantamento e análise crítica das publicações sobre o tema a ser pesquisado com intuito de atualizar, desenvolver o conhecimento e contribuir com a realização da pesquisa.

2) Análise documental da legislação específica referente a política em estudo e de outras que se entrecruzam com a pesquisa (leis, portarias, programas, decretos, resoluções), examinando o teor destes documentos e obtendo informações significativas, uma vez que estas possibilitam ampliar o entendimento de objetos cuja compreensão necessita de contextualização histórica e sociocultural. Cellard (2008), afirma que o documento escrito institui uma fonte preciosa para todo pesquisador nas ciências sociais. Ele não pode ser substituído em qualquer reconstituição referente a um passado relativamente distante, uma vez que não é raro que ele represente a quase totalidade dos vestígios da atividade humana em determinadas épocas.

3) Entrevistas em profundidade, semiestruturadas, organizadas a partir de um roteiro prévio, flexível, que permite uma abertura para o entrevistador conversar com o pesquisado sem estar preso a uma pergunta formulada. A população do estudo foi composta por pacientes maiores de 18 anos atendidas na emergência da MEAC e os profissionais de saúde, divididos em três subgrupos: gestores, profissionais de ensino superior e técnico e profissionais de ensino médio que realizam sua prática profissional nesse lócus no atendimento e atenção a essas pacientes. Foram entrevistadas 10 pacientes e 07 profissionais.

4) Observação participante com inserção no campo de pesquisa. De acordo com Minayo (2008) a técnica de observação participante se realiza através do contato direto do pesquisador com o fenômeno observado para obter informações sobre a realidade dos atores sociais em seus próprios contextos. A importância dessa técnica reside no fato de podermos captar uma variedade de situações ou fenômenos que não são obtidos por meio de perguntas, uma vez que, observados diretamente na própria realidade, transmitem o que há de mais imponderável e evasivo na vida real.

O desenvolvimento do estudo ocorreu na emergência da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), uma instituição que integra, juntamente com o Hospital Universitário Walter Cantídio, o Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará (CH-UFC) sob gestão da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Atende gratuitamente, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS).

A pesquisa em tela aponta uma perspectiva qualitativa. Minayo (2008), descreve que a pesquisa qualitativa lida com o universo de significados, crenças, motivos, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos

fenômenos que não podem ser reduzidos a operacionalizações de variáveis. Entretanto, destaca que o conjunto de dados quantitativos e qualitativos não se opõem. Ao contrário, se complementam, pois a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia.

Segundo Godoy (1995), a pesquisa qualitativa aborda interesses amplos que se definem ao longo do desenvolvimento do estudo. Trata da obtenção de dados descritivos sobre pessoas, lugares e processos interativos pelo contato direto do pesquisador com a situação estudada, procurando compreender os fenômenos segundo a perspectiva dos sujeitos, ou seja, dos participantes da situação em estudo.

As categorias analíticas estudadas – Saúde, Humanização, Política Social, Mulher – se entrecruzam no percurso do trabalho e são apresentadas e discutidas a partir do arcabouço teórico de pensadores e estudiosos como Benevides e Passos (2009), Bravo (2009), Behring e Boschetti (2010), Escorel (2012), Souza e Moreira (2008), Deslandes (2001, 2004, 2005, 2006), Puccini e Cecílio (2004), Pasche (2009), entre outros.

Quanto à análise e à sistematização das informações, o estudo pautou-se na contribuição de Bardin (2011) relativa à análise de conteúdo. Segundo Cardoso, Oliveira e Ghelli (2021), a análise de conteúdo ganha importância nas investigações no campo das políticas sociais, porque enquanto procedimento, analisa com profundidade a questão da subjetividade, ao reconhecer a não neutralidade entre pesquisador, objeto de pesquisa e contexto.

De acordo com Bardin (2011), a matéria-prima da análise de conteúdo pode constituir-se de qualquer material oriundo de comunicação verbal ou não-verbal, tais como: material escrito (agendas, diários, cartas, respostas a questionários, testes, jornais, livros); material oral (entrevistas, exposições, discursos); material icônico (sinais, grafismos, imagens, fotografias, filmes, pintura); outros códigos semióticos (música, dança, vestuário, posturas, gestos, comportamentos). Essas fontes chegam em estado bruto e suas mensagens são o ponto de partida para a análise.

Bardin (2011) estrutura a análise de conteúdo em três fases: 1) pré-análise; 2) exploração do material; 3) tratamento dos resultados. Entre os elementos da pré-análise estão as primeiras atividades de leitura, a aproximação com o texto, a escolha de documentos e preparação do material, como por exemplo, a transcrição de entrevistas. Na fase da exploração do material temos a criação das categorias, ou seja, a classificação e agrupamento de dados, considerando a parte comum entre eles, reunindo um grupo de elementos sob um título

genérico. De acordo com Câmara (2013) num movimento contínuo da teoria para os dados e vice-versa, as categorias vão se tornando cada vez mais claras e apropriadas ao estudo. A autora também enfatiza que, de acordo com Bardin (2011), as categorias podem ser criadas a priori ou a posteriori, isto é, a partir apenas da teoria ou após a coleta de dados.

A terceira fase da análise de conteúdo refere-se a tratamento dos resultados, a interpretação dos dados. É a busca de significação das mensagens, é o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica. “Nessa fase, o tratamento dos resultados tem a finalidade de constituir e captar os conteúdos contidos em todo o material coletado por meio dos instrumentos” (Fossá, 2013, *apud* Sousa; Santos, 2020, p.1401-1402).

Com a contribuição de Bardin, conseguimos encontrar um caminho para organização e sistematização dos resultados. Na exploração do material coletado neste trabalho, surgiram novas categorias para a avaliação dos dados. Aos temas chaves relacionados à humanização – compreensão, efetivação, dificuldades e desafios, ambiência e relações interpessoais, humanização *versus* desumanização, sugestões – fomos agregando os elementos comuns, advindos dos conteúdos e significados encontrados nas entrevistas em interlocução com os objetivos propostos, definindo as categorias. Segundo Mendes (2007, *apud* Câmara, 2013) o nome e a definição da categoria devem ser criados com base nos conteúdos verbalizados, podendo esta ser representada por uma fala do sujeito. Esse processo de categorização permitiu que a interpretação dos resultados fosse mais profícua.

Os dados coletados na pesquisa foram organizados e apresentados a partir da caracterização dos sujeitos participantes do estudo; da análise das falas dos participantes extraídas das entrevistas, e da interpretação e análise das falas e conteúdos obtidos em diálogo com os autores que referenciaram a pesquisa.

No que se refere aos princípios éticos que orientam o desenvolvimento da pesquisa, ressaltamos que o projeto foi cadastrado e enviado na Plataforma Brasil, por meio do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, obedecendo aos critérios estabelecidos na resolução nº. 466 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012, que estabelece os pré-requisitos éticos e legais para a realização de pesquisas científicas envolvendo seres humanos, sendo aprovado pelo referido comitê sob o Parecer de número: 7.041.394. Destarte, utilizamos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), informando aos participantes a natureza da pesquisa, sua justificativa, objetivos, métodos, bem como potenciais riscos e benefícios.

3 POLÍTICA SOCIAL E SAÚDE

3.1 Concepções de saúde: do saber místico ao saber médico

Discutir o tema saúde nos remete a refletir como esse conceito foi construído ao longo do tempo, compreendendo a influência das determinações econômicas, políticas, sociais e culturais nesse processo, pois cada período histórico traz consigo suas crenças e valores, bem como concepções científicas, religiosas e filosóficas que acabam por orientar o modo de vida das pessoas em sociedade. De forma que várias interpretações se sucedem, demarcadas pelo seu tempo histórico, deixando claro este não ser um conceito universal.

As primeiras concepções sobre saúde partem da busca de tentar entender o adoecimento das pessoas, ou seja, o que vem a ser a doença ou porque se adoece. A concepção mágico religiosa acreditava que a doença resulta da ação de forças alheias ao organismo que neste se introduzem por causa do pecado ou de maldição. A doença era sinal de desobediência ao mandamento divino (Scliar, 2007).

Com o advento da modernidade se registram grandes avanços na área das ciências e nos conhecimentos da área da saúde, a concepção religiosa é superada trazendo a reflexão do conceito de saúde-doença. A partir da visão mais racional da doença e através de pesquisas científicas foi possível pensar maneiras de se evitar as epidemias da época, como prevenir algumas enfermidades e conter o contágio de outras.

Os estudos de Louis Pasteur revelaram a existência de micro-organismos causadores de doenças e possibilitaram a introdução de soros e vacinas. Esse conjunto de conhecimentos leva a discussão sobre o conceito de doença assumir um caráter cada vez mais científico e começa a produzir dados significativos para os estudos em saúde, os quais se organizam em indicadores e são estudados pela nascente ciência, a estatística (Scliar, 2007).

Esses estudos tiveram início na França e Grã-Bretanha, chegando rapidamente aos Estados Unidos. Na Grã-Bretanha eles determinaram a criação de uma Diretoria Geral de Saúde para tratar de medidas de saúde pública e recrutar médicos sanitaristas. Iniciava-se oficialmente o trabalho de saúde pública naquele país, o qual serviu de exemplo para formulação de outros em diferentes países.

As primeiras intervenções do Estado na área da saúde pública surgem a partir de um modelo de sistema de saúde baseado nos seguros sociais obrigatórios cofinanciados, ou seja, as pessoas pagam uma taxa para um fundo para ter acesso à assistência à saúde e outras

seguranças sociais como desemprego, maternidade, velhice. Essa ideia surgiu na Alemanha em 1883 e foi instituída pelo chanceler alemão Otto von Bismarck.

Essas intervenções foram demandadas pelo contexto político e social marcados pela Revolução de 1848, na qual vários países da Europa protestavam contra os regimes governamentais autocráticos, as crises econômicas, as péssimas condições de vida dos trabalhadores bem como pela “ameaça socialista” a partir da publicação do Manifesto Comunista.

Para combater a ascensão do movimento trabalhista e socialista, o governo autoritário de Bismarck atuou em duas direções: por um lado, adotou medidas repressivas proibindo a formação e a ação política das organizações socialistas; por outro, implementou um conjunto de reformas para melhorar o bem-estar dos trabalhadores de forma a garantir a paz social (Martinelli, 1983, *apud* Serapioni; Tesser, 2019, p. 51).

Com as consequências da Segunda Grande Guerra (1939-1945) as intervenções em nível mundial buscaram o retorno a uma nova estabilização social. Seguindo a lógica dos seguros sociais, inaugurada na Alemanha, outros países também adotaram seus modelos de proteção social.

Os estudos de Esping-Andersen (1991, *apud* Behring; Boschetti, 2010, p.99), apontam a distinção dos países em três tipos de regime de proteção social: 1) liberal, nos EUA, Canadá e Austrália, com políticas focalizadas, reduzidas transferências universais; benefícios restritos à população de baixa renda; 2) conservador e corporativista, modelo bismarckiano, na Áustria, França, Alemanha e Itália, com os direitos preservando o status ligado a estratificação social e baseando-se nos princípios da subsidiariedade; 3) socialdemocrata, nos países que instituíram políticas sociais universais como o Reino Unido.

Mas, apesar dos avanços científicos e da compreensão da saúde como uma questão que demandava intervenção pública, não havia ainda um conceito universalmente aceito de saúde. Somente após a Segunda Guerra Mundial, através de um consenso entre as nações e com a criação da Organização das Nações Unidas - ONU e da Organização Mundial da Saúde - OMS surge um conceito. Divulgado na carta de princípios de 7 de abril de 1948 (desde então o Dia Mundial da Saúde), o conceito da OMS reconhece que a saúde é de responsabilidade coletiva e não individual, ou seja, a saúde é um direito e sua promoção e proteção é uma obrigação do Estado (Scliar, 2007).

Em setembro de 1978 em Alma-Ata, na República do Cazaquistão, aconteceu a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde por uma iniciativa da Organização Mundial da Saúde - OMS em parceria com o Fundo das Nações Unidas para a

Infância - UNICEF. Foi uma conferência de significativa importância em vários contextos, âmbitos e dimensões. Alma-Ata ocorreu após uma série de conferências na década de 1970, que debateram uma agenda ampliada para uma nova ordem econômica internacional visando à redução das disparidades entre os países (Pires, 2017). A Conferência enfatizou as enormes desigualdades na situação de saúde entre países desenvolvidos e subdesenvolvidos e expressou a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo (FIOCRUZ, 2018).

A Declaração de Alma-Ata – documento síntese desse encontro – afirmava, a partir de dez pontos, que os cuidados primários de saúde precisavam ser desenvolvidos e aplicados em todo o mundo com urgência, particularmente nos países em desenvolvimento. Ademais, define a Atenção Primária à Saúde - APS como estratégia a ser ofertada a toda a população. Naquele momento, conforme defesa feita pela própria OMS, a saúde era entendida como “completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade” (FIOCRUZ, 2018).

Em novembro de 1986, foi realizada em Ottawa, Canadá, a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Esta Conferência foi, antes de tudo, uma resposta às crescentes expectativas por uma nova saúde pública, movimento que vinha ocorrendo em todo o mundo. As discussões foram baseadas nos progressos alcançados com a Declaração de Alma-Ata, com o documento da OMS sobre Saúde Para Todos e com o debate ocorrido na Assembleia Mundial da Saúde sobre as ações intersetoriais necessárias para o setor (Carta de Ottawa, 1986).

A Carta de Ottawa defende que para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global. As condições e os recursos fundamentais para a saúde são: Paz – Habitação – Educação – Alimentação – Renda - Ecossistema Estável – Recursos Sustentáveis - Justiça Social e Equidade (Carta de Ottawa, 1986).

Na comemoração dos 40 anos da Declaração de Alma-Ata, por iniciativa da OMS, do UNICEF e do Governo do Cazaquistão, realizou-se, em Astana, em outubro de 2018, a Conferência Global sobre Atenção Primária à Saúde. A Conferência afirma o compromisso com o direito fundamental de todo ser humano à saúde, reconhecendo como inaceitável a persistência de iniquidades em saúde, anseia que governos e sociedades priorizem a saúde e o

bem-estar, promovam e protejam a saúde e indica a APS como fundamental na construção de sistemas de saúde sustentáveis (Giovanella *et al*, 2019). Entretanto, a Conferência de Astana ocorre em um contexto internacional distinto daquele de Alma-Ata, estamos no período das políticas de austeridade, crise migratória e ameaças à democracia, período de restrição de acesso aos direitos, da priorização do econômico em detrimento do social.

A Declaração de Astana é um referente internacional, mas não supera a de Alma-Ata, em seus princípios de justiça social e de concepção de APS integral, inseparável do desenvolvimento econômico e social. Apresenta ambiguidades e lacunas. A análise das linhas e entrelinhas da Declaração e dos termos empregados mostra o que está em disputa na arena da saúde global 20. Diferente de Alma-Ata, refere justiça sem o adjetivo social. Justiça social implica, necessariamente, em redistribuição de riqueza (Vance *apud* Giovanella *et al.*, 2019, p. 3).

Embora tenhamos feito grandes avanços nos resultados globais de saúde nos últimos 40 anos, enfrentamos muitos desafios contínuos. Para a OMS é necessário continuar a trabalhar porque a saúde ainda só está ao alcance de alguns e, por isso, todos têm “a responsabilidade solene de garantir que a declaração sobre cuidados primários de saúde permita que todas as pessoas, em todos os lugares, exerçam seu direito fundamental à saúde” (ONU, 2018, p.2).

Para avançar no espírito de Alma-Ata, é crucial reconhecer os direitos sociais, afirmar o dever do Estado, a universalidade do acesso, a orientação e regulação da dinâmica econômica com base nas necessidades públicas e sociais, envolvendo uma governança descentralizada e coordenada em âmbito nacional e global, com forte participação social (Fleury, 2009, *apud* Giovanella *et al.*, 2019, p. 4).

Podemos afirmar que Alma-Ata representa um marco significativo para a saúde mundial, pois traz a ideia da universalidade, define a atenção primária como estratégia a ser ofertada a toda a população, propõe a organização da saúde como um sistema, aponta a importância da formação profissional e das articulações intersetoriais, apresenta uma proposta de modelo e define características fundamentais para o desenvolvimento dos sistemas universais de saúde. A cobertura de todas as necessidades de saúde dos indivíduos passa a ser um debate sobre o que cada país tem capacidade de oferecer (Portal EPSJV, 2018).

Na construção do Sistema Único de Saúde brasileiro, temos a defesa de vários ideários propagados em Alma-Ata, entretanto, a implantação e consolidação desse sistema traz as particularidades históricas da formação social, política e cultural que acompanha o país ao longo dos tempos.

3.2 A Política de Saúde no Brasil: a redemocratização e a construção do SUS

As políticas sociais surgem como resposta à expansão das expressões da questão social, levadas a público pelo movimento e luta dos trabalhadores no contexto de desenvolvimento do sistema capitalista de produção. Segundo Behring e Boschetti (2010) a política social resulta das inter-relações entre economia, política, cultura, ideologia, Estado e sociedade para atenuar as repercussões da questão social. Sobre o exposto França Júnior (2014, p. 1) complementa:

Para as provisões sociais serem consideradas públicas elas devem ser diretamente legisladas e administradas pelo Estado ou deve existir um mandato governamental para que setor privado forneça o serviço. [...] A partir do momento em que o Estado coloca sob sua responsabilidade a execução de determinados serviços sociais, esses serviços sociais passam a ser considerados políticas públicas com cunho social, ou seja, são políticas sociais.

No Brasil o desenvolvimento das políticas sociais carrega marcas de sua particularidade histórica. Os processos de colonização, escravidão e desenvolvimento desigual e combinado configuram nossa formação social em ritmos irregulares e contraditórios. Segundo Schwarcz (2019), o Brasil, por sua herança histórica, se constituiu um país desigual visto sua formação está atrelada a uma linguagem da escravidão, da corrupção e do patrimonialismo.

A questão da saúde no Brasil aparece como reivindicação no nascente movimento operário, no contexto das transformações econômicas e políticas. Como questão social, a saúde surge no início do século XX com o desenvolvimento da economia capitalista, com o avanço da divisão do trabalho e a emergência do trabalho assalariado (Bravo, 2009).

É importante ressaltar que as primeiras formas do sistema de assistência médica no Brasil ocorreram de maneira excludente, uma vez que quem não tivesse trabalho formal não teria direito aos cuidados de saúde.

A política de saúde buscava dar respostas à massa trabalhadora crescente, os assalariados urbanos, sujeitos sociais importantes no cenário político nacional que viviam em precárias condições de higiene, saúde e habitação, visto a aceleração da urbanização. De forma resumida, o Brasil até a década de 1980 passou por longos períodos ditatoriais, em que a saúde tornava-se secundária no país. Ao se falar em políticas públicas de saúde, nestes períodos, estas se resumiam à manutenção da higiene sanitária e do bem estar dos trabalhadores. (Conasems, 2018).

No início da década de 1970, no contexto da luta contra a ditadura, nasce o Movimento Sanitário, que se referia a um conjunto de ideias em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Esse movimento impulsionou a Reforma Sanitária Brasileira e colocou em pauta um projeto de construção contra hegemônica de um novo patamar civilizatório, o que implica uma profunda mudança cultural, política e institucional capaz de viabilizar a saúde como bem público. Segundo Fleury (2009) a construção do projeto

da Reforma Sanitária fundou-se na noção de crise: crise do conhecimento e da prática médica, crise do autoritarismo, crise do estado sanitário da população, crise do sistema de prestação de serviços de saúde.

Foi durante o período mais repressivo do autoritarismo no Brasil – final da década de 1960 e início da seguinte – que se transformou a abordagem vigente dos problemas de saúde e se constituiu a base teórica e ideológica de um pensamento médico-social. A abordagem histórico-estrutural dos problemas de saúde foi realizada nos departamentos de Medicina Preventiva (DMP) criados, por lei, em todas as faculdades de medicina na Reforma Universitária de 1968. Nesses locais, iniciou-se o que chamamos as bases universitárias do movimento sanitário, um movimento social que propunha uma ampla transformação do sistema de saúde (Escorel, 2012, p. 330).

Essa nova abordagem foi incentivada pela Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS e se construiu orientada pelo discurso da medicina preventiva e pelas experiências da medicina comunitária desenvolvidas em projetos alternativos nos quais a aplicação das ciências sociais era utilizada na análise dos problemas de saúde. “Esses projetos, inicialmente vinculados à formação de profissionais da saúde, ultrapassaram esse âmbito constituindo, em maior ou menor escala, propostas de novos modelos de organização da atenção à saúde” (Escorel, 2012, p. 331).

Em meio à crise da previdência e de uma rede de saúde ineficiente, desintegrada, que favorecia a prática de fraudes e desvios de recursos, o governo militar passou a ser questionado. O período nacional desenvolvimentista brasileiro foi abalado pela crise das dívidas externas privadas no início da década de 1980, pelas baixíssimas taxas de crescimento e de investimentos, pelo aumento da inflação e consequente agravamento da desigualdade social.

Segundo Bacelar (2003), no período de 1920 a 1980, o Estado brasileiro teve o caráter essencialmente desenvolvimentista, conservador, centralizador e autoritário. Promoveu o desenvolvimento, mas não transformou as relações da sociedade. O Estado era promotor do desenvolvimento e não transformador das relações sociais. O objetivo era o crescimento econômico e não a proteção social ao conjunto da sociedade.

A atuação do Estado é solicitada por diversos setores da sociedade, a partir da correlação de forças existentes e de acordo com o lugar que cada setor assume no bloco do poder. Entretanto, é notória sua atenção para atender primeiramente, os imperativos da ordem econômica. A primazia da sua atuação na economia se percebe principalmente nos períodos de transição política e econômica, geralmente porque estes são precedidos de crises que tencionam por mudanças e redirecionamento de gastos e investimentos (Corazza, 1981).

No início da década de 1980 o país passa a viver uma intensa efervescência política e social, marcada notadamente, pela crescente organização e reivindicação dos movimentos

populares na luta por seus direitos no contexto da redemocratização do país. O movimento pela reforma sanitária ganhou força e a saúde contou com a participação de novos sujeitos sociais num amplo debate sobre as condições de vida da população brasileira e as propostas governamentais apresentadas para o setor. “Saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia” (Bravo, 2009, p. 95).

Dentre os novos sujeitos sociais podemos destacar os profissionais de saúde e suas entidades, os partidos políticos de oposição, os movimentos sociais urbanos e o próprio movimento sanitário, tendo o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde - CEBES como veículo de difusão e ampliação do debate em torno da saúde e democracia e elaboração de contra propostas.

As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde (Bravo, 2009, p. 96).

Em 1985 no governo da Nova República alguns representantes do movimento sanitário foram nomeados para importantes cargos de direção governamental. No Ministério da Saúde, Sérgio Arouca para a presidência da Fundação Oswaldo Cruz, e no Ministério da Previdência e Assistência Social, Hésio Cordeiro para a presidência do Inamps. Esse fato possibilitou uma inflexão nos rumos da política nacional de saúde (Escorel, 2012).

Em 1986 o Ministério da Saúde convocou a VIII Conferência Nacional de Saúde - CNS, um momento fundamental e decisivo para a discussão da saúde no país. Os temas da 8ª CNS foram: 1. Saúde como direito; 2. Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; 3. Financiamento setorial. A Conferência aconteceu no mês de março daquele ano, em Brasília - DF e pela primeira vez, foram incluídos os usuários do sistema de saúde, além dos profissionais e prestadores de serviços da saúde e dos quadros técnicos e burocráticos do setor. Desse modo, num novo formato, participavam da conferência todos os interessados em debater política pública de saúde para todos os brasileiros.

Reunindo mais de quatro mil pessoas, entre as quais mil delegados, a 8ª CNS discutiu e aprovou a unificação do sistema de saúde, o conceito ampliado de saúde, o direito de cidadania e dever do Estado, elaborou novas bases financeiras do sistema e a criação de instâncias institucionais de participação social. O relatório final desta CNS passou a significar a consolidação das propostas do movimento sanitário original acrescido de novas vertentes e integrantes [...] (Escorel, 2012, p. 357).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde aprovou a criação de um Sistema Único de Saúde, com um novo arcabouço institucional. A discussão sobre o financiamento e a operacionalização do Sistema deveriam ser mais aprofundados, e os fundos da saúde organizados nos três níveis da Federação. Em Julho de 1987 criou-se o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS, que tinha também como princípios básicos: a universalização, a equidade, a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação comunitária (Brasil, 2011).

Nos anos de 1987 e 1988, discutia-se na Assembleia Nacional Constituinte, a aprovação de um plano único para saúde, baseado no resultado do relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde. Essa Assembleia transformou-se numa arena política na qual os interesses estavam organizados em dois blocos: o setor privado (grupos empresariais da área hospitalar e multinacionais farmacêuticas) e as forças defensoras da Reforma Sanitária representada pela Plenária Nacional pela Saúde na Constituinte que agregava centenas de entidades do setor (Bravo, 2009).

Segundo Escorel (2012) como resultado das diversas propostas em relação ao setor de saúde, a Plenária Nacional pela Saúde obteve vitórias que culminaram na aprovação de um capítulo sobre saúde inédito na história constitucional, refletindo o pensamento e a luta histórica do movimento sanitário.

A reforma sanitária que foi feita visando à criação do SUS, gravada na Constituição, foi de fato uma ruptura com todos os princípios que ordenavam a política de saúde até então. E nesse sentido podemos falar de fato em reordenamento ideológico e institucional. Ideológico devido aos princípios fundantes da política de saúde, que são completamente alterados, e institucional em função da criação do sistema único (Menicucci, 2014, p. 78).

A Constituição Federal de 1988 aprovou a criação do Sistema Único de Saúde, reconhecendo a saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado. O Artigo 196 da CF/88 sintetiza adequadamente aquilo que fora defendido por muitos ao longo das décadas que antecederam a criação do SUS:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988).

Já o Artigo 198 da CF/88 define o SUS como:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
 - II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
 - III. Participação da comunidade
- Parágrafo único - o sistema único de saúde será financiado, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (Brasil, 1988).

A Constituição Federal de 1988 confirma os direitos de cidadania, a participação popular na gestão pública e promove a implementação de políticas sociais universais e gratuitas, na perspectiva de direito do cidadão e dever do Estado.

No novo formato constitucional temos o tripé da Seguridade Social: Saúde, política universal; Previdência, política contributiva e Assistência Social, política pública para quem dela necessitar. As ações e serviços devem obedecer às diretrizes da descentralização, regionalização, municipalização e participação da comunidade por meio dos Conselhos e Conferências.

Bravo (2009) destaca que a mudança do arcabouço e das práticas institucionais foi realizada através de algumas medidas que buscavam fortalecer o setor público, entretanto, ao mesmo passo, vai se operando durante o governo de transição democrática, um retrocesso econômico e político que irá repercutir na saúde.

No entanto, a construção do Sistema Único de Saúde, aprovado na Constituição Federal de 1988, ocorreu em um contexto em que a disputa ideológica favoreceu amplamente o projeto neoliberal, reorganizando as relações entre Estado e sociedade em bases distintas daquelas pressupostas por seus formuladores. Foram retomadas as orientações liberais que propugnam por uma forte redução da presença do Estado, seja na economia seja nas políticas sociais (Fleury, 2009, p. 477).

O projeto neoliberal sai em defesa da redução do Estado, justificando que os serviços públicos superdimensionam os gastos estaduais, sendo estes os responsáveis pela crise fiscal. Portanto, faz-se necessário reduzir despesas.

Nesse contexto, os princípios constitucionais que deveriam orientar a implementação das políticas sociais são abandonados e, estas não conseguem provocar as mudanças esperadas. A orientação indicada pelo neoliberalismo prioriza a seletividade e focalização em detrimento da universalização e estatização. Assistimos ao desmonte das políticas de caráter universal, a seletividade nos programas de combate à pobreza e a mercantilização dos serviços sociais, num cenário de exaltação do voluntariado, solidariedade e cooperação, além do chamamento da família e de organizações do terceiro setor para o atendimento das necessidades da população.

Segundo Menicucci (2014), a partir da década de 1990, o contexto tanto nacional quanto internacional foi muito desfavorável, o papel do Estado estava sendo rediscutido num reordenamento com francas reformas pró-mercado. Nossas reformas estavam na contramão da história, o mundo todo discutindo a diminuição do papel do Estado e nós implantando uma Constituição que ampliava o papel do Estado e a responsabilidade estatal na provisão de várias políticas públicas. A defesa era para políticas pontuais, com restrições às de cunho universalista. O apelo ideológico apontava a crise fiscal e econômica para justificar as políticas de ajuste, com cortes das despesas públicas, particularmente das despesas com políticas sociais. E na reestruturação da relação entre Estado e mercado, deveria caber ao primeiro apenas o papel subsidiário, ou seja, de atuar quando o mercado não desse conta.

Além da adesão do país aos ditames do projeto neoliberal, a autora ainda pontua outras dificuldades encontradas para implementação do SUS: o suporte político era insuficiente para a reforma, o movimento sanitário, fazendo parte da gestão, perdera um pouco da mobilização e havia brigas e discordâncias dentro do governo. O movimento coeso, antes existente, se divide nas várias clivagens partidárias, nos vários partidos que a democratização permitiu. O grupo dos médicos volta-se para questões corporativas e, de fato, não havia coalizões amplas para a implementação de uma reforma de cunho universalizante.

Ainda tínhamos o problema do subfinanciamento, a não ampliação dos recursos necessários e um setor público altamente dependente da rede privada prestadora de serviços, com baixíssima experiência de regulação, trajetória de corrupção e de assolamento do próprio Estado, bem como de sua ocupação pelos interesses privados.

Bravo (2009) destaca que essa conjuntura acaba por imprimir fragilidade ao processo das medidas reformadoras em curso e levanta dúvidas e incertezas sobre a implementação do Projeto de Reforma Sanitária, visto também a redução do apoio popular face a ausência de resultados concretos na melhoria da atenção à saúde e a reorganização dos setores conservadores contrários à reforma que passam a dar a direção no setor, a partir de 1988.

3.3 Sistema Único de Saúde - SUS: novos rumos da política de saúde no país

A Constituição Federal de 1988 traz o arcabouço legal das conquistas alcançadas no campo das políticas sociais como direitos de cidadania. É considerada o marco que inaugurou o período democrático no Brasil, após mais de 20 anos de ditadura militar, e foi formulada atendendo diversos interesses e demandas da população brasileira. Por ser considerada bastante

avançada em relação às questões sociais e as garantias legais de cidadania, ficou conhecida como Constituição Cidadã.

Durante o ano de 1989 o esforço era para regulamentar o SUS por meio de legislação complementar. O VI Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde e o II Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva manifestaram preocupação de que a demora na legislação implicasse retrocesso no processo constitucional, visto também a instabilidade econômica do período, o avanço da ideologia neoliberal e das forças privatizantes. Coube a Plenária Nacional de Saúde assumir a condução dos debates da Lei Orgânica da Saúde - Lei 8.080, de setembro de 1990, e Lei 8.142, de dezembro de 1990 - promulgadas em 1990, constituindo as bases legais de organização do novo sistema nacional de saúde brasileiro, o SUS (Escorel, 2012).

A Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. O texto detalha os princípios e diretrizes do SUS e nos artigos 2º e 3º reafirma a saúde como direito fundamental e dever do Estado e a concepção ampla de saúde adotada na CF/1988:

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais e social (Brasil, 1990a).

A Lei dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. A participação da comunidade é assegurada mediante a criação de instâncias colegiadas conforme o texto aponta:

Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I - a Conferência de Saúde; e

II - o Conselho de Saúde (Brasil, 1990a).

Em relação ao repasse de recursos são estabelecidos alguns critérios para o recebimento:

Art. 4º Para receberem os recursos, de que trata o art. 3º desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com:

I - Fundo de Saúde;

II - Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990;

III - plano de saúde;

IV - relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4º do art. 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

V - contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;

VI - Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação (Brasil, 1990a).

O Sistema Único de Saúde - SUS conforma o modelo público de ações e serviços de saúde no Brasil. Sua regulamentação a partir de 1990 reformula os papéis dos entes governamentais e a estrutura político-institucional incorpora espaços e instrumentos de democratização e compartilhamento do processo decisório e da gestão do sistema de saúde (Noronha; Lima; Machado, 2008).

No início década de 1990 também são editadas duas Normas Operacionais Básicas - NOBs, portarias do Ministério da Saúde que têm a finalidade de nortear a transferência de recursos financeiros, contribuir para definição mais clara dos papéis dos gestores federal, estaduais e municipais, e disciplinar a organização da gestão do SUS. A NOB-SUS 01/91 define a política de financiamento do SUS, o repasse direto e automático de recursos do fundo nacional aos fundos estaduais e municipais de saúde, conforme critérios estabelecidos. A NOB-SUS 01/93 tem como objetivo disciplinar o processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde na perspectiva de construção do Sistema Único de Saúde.

Entretanto, em meio ao processo de transição democrática, o desenvolvimento econômico foi interrompido no Brasil pela crise da dívida externa e pela alta inflação na década de 1980. A rendição do Brasil ao Norte em 1991, sob o comando de políticos e burocratas liberais, ocorreu no governo Collor, que adotou as reformas econômicas e as políticas macroeconômicas previstas pelo Consenso de Washington (Bresser Pereira, 2017).

Essas reformas estão alinhadas com a ideologia neoliberal a partir de uma agenda pública que se organiza em torno da promoção do ajuste econômico, da desregulamentação, da desestatização e da abertura da economia.

Para tanto, utilizaram-se instrumentos como a privatização das empresas estatais e mesmo de serviços sociais, a redução da pauta e/ou valor dos benefícios sociais juntamente com o aumento das dificuldades para alcançá-los, a introdução de mecanismos da economia de mercado como a competição gerenciada na organização dos serviços sociais, a redução do papel de provedor do Estado com a transferência dessa competência a organizações civis lucrativas ou não (Fleury, 2009, p. 477).

Arretche (2000) esclarece que no início dos anos de 1990 as instituições políticas federativas já estavam plenamente estabelecidas. A Constituição Federal de 1988 conferiu a autoridade política de cada nível de governo, soberana e independente das demais, entretanto, a gestão das políticas públicas permanecia centralizada.

A descentralização das políticas públicas brasileiras cumpriria em parte os propósitos do projeto neoliberal e seria amplamente colaboradora para a manutenção de privilégios burgueses nacionais e de grandes corporações internacionais. Com a contribuição de diversos autores, Farias (2011) explica que a reforma do Estado não iria apenas atender as inspirações constitucionais, mas seria também uma tentativa de desligamento da gestão social, através de incentivos e projetos de atração da sociedade civil, Organizações Não Governamentais - ONGs e da iniciativa privada.

Para o governo Collor era importante retirar o Estado das atividades que não fossem mais necessárias e dotá-lo de uma estrutura mais móvel e flexível. Para tal, imprimiu em seu governo o projeto liberal-corporativo, um reformismo reducionista da administração pública, oposto à democratização e universalização. “A descentralização foi implantada como descentralização administrativa, ou seja, como desconcentração, que se associava à delegação e às parcerias com o setor privado” (Silva, 2015, p. 201).

O que pode ser visto é a tentativa do Estado de gradativamente transferir as responsabilidades socioambientais para os governos subnacionais e terceiro setor e, no caso da descentralização pública, para o mais novo ente federado, o município. Dentro deste processo conhecemos a maior estratégia do estado neoliberal para forçar esta transferência gradativa de responsabilidades, o desfinanciamento destas atividades, da educação, da gestão ambiental da saúde atitudes que permitiram a entrada do setor privado para explorar o espaço aberto propositalmente (Farias, 2011, p.131).

Entretanto, os resultados desta descentralização ainda estão longe de configurar uma significativa autonomia decisória no âmbito da maior parte dos municípios. Segundo Arretche (1999), apesar da descentralização ter apelo à maior autonomia do poder local, à articulação de atores regionais e ao controle mais efetivo do cidadão das ações governamentais, não há garantia alguma de que uma proposta de descentralização supere, por si só, o clientelismo, a corrupção, a perda de capacidade regulatória e de formulação de políticas públicas pelo governo central.

Filippim e Abrucio (2010) destacam que as estratégias utilizadas pela União e/ou Estados para que os municípios aderissem à descentralização mantiveram as práticas de cooptação patrimonialista e que os políticos e lideranças locais sabiam muito bem os benefícios políticos que iriam adquirir ao oferecer localmente serviços públicos antes centralizados. Entretanto, ressaltam que os municípios nem sempre apresentavam capacidade administrativa e técnica instalada, bem como, equipamentos e recursos técnicos e humanos necessários à descentralização, carecendo da ajuda expressa de níveis superiores de governo, a fim de modernizarem sua estrutura e seus modelos de gestão.

De acordo com Silva (2015) a descentralização do SUS foi cada vez mais incorporada como diretriz nos instrumentos políticos-jurídicos das políticas sociais. Esses instrumentos normativos, as Normas Operacionais Básicas do SUS (NOB), foram editados pelo Ministério da Saúde e orientavam as condições e critérios para a habilitação dos municípios ao processo de descentralização dos serviços de saúde. Entretanto, as condições políticas, institucionais e econômicas, bem como a estrutura de incentivos e adesão imprimiu ritmos diferenciados à descentralização das políticas sociais.

Os estudos de Arretche (1999) apontam que a saúde teve uma taxa de adesão mais elevada de descentralização em relação a outras políticas sociais. A autora apresenta que em 1997 58% dos municípios brasileiros estavam habilitados em alguma condição de gestão do SUS e, ao longo do ano de 1996, 54% das consultas médicas foram prestadas por unidades municipais de saúde. Para a autora esses resultados são condicionados pela “regra constitucional de universalidade do atendimento em saúde, as regras de operação do SUS e o modo pelo qual o Ministério da Saúde vem implantando a descentralização, marcado pela precariedade no desempenho de suas funções de financiamento do sistema” (p.121).

Silva (2015) esclarece que em relação a administração pública do país, até nos governos posteriores, considerados de esquerda, foram mantidas as práticas gerencialistas em todas as áreas sociais, numa convivência burocrático-patrimonialista que por vezes colidia com atividades que se orientavam por um modelo de gestão pública democrática, que o autor denominou de padrão híbrido de gestão. Quanto à descentralização, “do ponto de vista teórico-prático, remete principalmente à noção de desconcentração, que está associada à delegação de responsabilidades aos governos estaduais e municipais e às organizações sociais da sociedade civil” (p.204).

Segundo Dagnino (2004) esse processo no Brasil sofre um dilema que a autora denomina de confluência perversa. Se por um lado temos o alargamento da democracia construído com as lutas populares pela redemocratização e a participação popular assegurada em lei, por outro, temos o avanço do neoliberalismo, com a implantação de um Estado mínimo que se encolhe como garantidor de direitos e repassa suas responsabilidades para a sociedade civil.

Nesse contexto, a saúde enfrenta dificuldades para implementação do SUS e passa a uma disputa de interesses entre dois projetos sociais distintos: O Projeto da Reforma Sanitária que defende a participação popular e a responsabilidade do Estado na condução das políticas sociais, e, o projeto de saúde articulado ao mercado, que tem por foco a privatização e mercantilização da saúde.

Bravo (2009) destaca que apesar das declarações oficiais de adesão ao Sistema Único de Saúde - SUS, verificou-se o descumprimento dos dispositivos constitucionais e legais e uma omissão do governo federal na regulamentação e fiscalização das ações de saúde em geral. A autora também aponta algumas questões que comprometem a possibilidade de avanço do SUS como política social:

[...] o desrespeito ao princípio da equidade na alocação dos recursos públicos pela não unificação dos orçamentos federal, estaduais e municipais; afastamento do princípio da integralidade ou seja, indissolubilidade entre prevenção e atenção curativa havendo prioridade para a assistência médico – hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção da saúde. A proposta de Reforma do Estado para o setor saúde ou contrarreforma propunha separar o SUS em dois: o hospitalar e o básico (p. 101).

Apesar dos esforços empreendidos, os ajustes neoliberais afetam sobremaneira o SUS e comprometem a sua efetivação, uma vez que o Estado restringe o financiamento público, estimula a expansão do setor privado, racionaliza a oferta, descentraliza se isentando de responsabilidades e incentiva a refilantropização da pobreza. Ou seja, vai se confirmando no país a vitória do projeto privatista de saúde.

Com a estabilização da moeda a partir do Plano Real e a eleição de Fernando Henrique Cardoso (1995), se constrói a aliança política entre partidos de centro e direita em torno de um projeto de tomada de poder e de reconstrução do Estado em uma perspectiva liberal.

Era necessário implantar na administração pública uma nova filosofia, uma nova cultura gerencial com suas respectivas práticas. Diversos projetos foram encaminhados como a avaliação dos órgãos do governo, a criação de agências autônomas e de organizações sociais, bem como a instituição da lógica da publicização, a qual permite a mudança da natureza jurídica das instituições públicas de direito público para direito privado. A publicização, aprovada oficialmente no legislativo federal com a lei n. 9.637, de 15 de maio de 1998, ou Lei das Organizações Sociais, deu início à flexibilização do Sistema Único de Saúde (Brasil, 1995 *apud* Lima, 2010).

Confirmando o exposto, o autor conclui:

Em suma, com base no arcabouço de ideias do Plano Diretor da Reforma do Estado [...] assistiu-se, na segunda metade dos anos 1990, a um intenso processo de terceirização dos serviços de saúde. Assim, a um só tempo, eliminou-se a figura do servidor público, com a flexibilização e desregulamentação das relações de trabalho; oficializou-se a dupla porta de entrada no Sistema Único de Saúde, ao permitir a celebração de convênios com planos privados de saúde como meio de captação adicional de recursos, agravando as desigualdades de acesso e aumentando a regressividade do sistema; e comprometeu-se o serviço que antes era público com o faturamento, a produtividade e a otimização da relação custo-benefício (p. 299).

Mesmo em um contexto adverso, podemos destacar alguns avanços na política de saúde: a implantação da NOB-SUS 01/96 que contribuiu para o avanço da descentralização ao criar mecanismos de indução para que os municípios aderissem ao SUS; a aprovação da lei, que determina a distribuição gratuita do tratamento de antirretrovirais aos portadores de HIV/Aids, através do SUS; a expansão e destaque do Programa Saúde da Família; a criação da Política Nacional de Medicamentos que busca garantir o acesso da população aos remédios que são considerados essenciais; a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa); a aprovação da lei da reforma psiquiátrica ou lei antimanicomial.

Registra-se também a realização de duas conferências nacionais: a 10ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) realizada em 1996, e a 11ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) realizada no ano 2000.

A 10ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) teve os seguintes temas:

1. Saúde, cidadania e políticas públicas;
2. Gestão e organização dos serviços de saúde;
3. Controle social na saúde;
4. Financiamento da saúde;
5. Recursos humanos para a saúde;
- 6 Atenção integral à saúde.

Por sua vez, a 11ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) teve como tema central: Efetivando o SUS – Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social. Entre os temas abordados na 11ª CNS estão:

1. Controle social;
2. Financiamento da atenção à saúde no Brasil;
3. Modelo assistencial e de gestão para garantir acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social.

Ressalta-se que a 11ª CNS foi a primeira conferência que apresentou o tema da humanização na atenção à saúde.

A eleição do Presidente Lula em 2002 resgata a esperança por mudanças que pudessem alterar o curso da economia e da vida da população. Entretanto, devido às pressões dos agentes econômicos, a política macroeconômica foi mantida e, no seu primeiro mandato, viveu-se o antagonismo entre a política social e a economia.

A Constituição de 1988 era incompatível com a doutrina liberalizante e a contrarreforma exigia que fosse eliminado deste documento o capítulo sobre a “Ordem Social”. Assim, quando têm início os governos da coalizão liderada pelo Partido dos Trabalhadores (PT), o difícil caminho rumo à consecução das metas constitucionais de

desenvolvimento civilizatório já estava comprometido pela violenta marcha da contrarreforma (Calixtre; Fagnani, 2017, p. 3).

A permanência da crise econômica e do baixo desenvolvimento nacional, indicou o desequilíbrio das políticas neoliberais e o Governo Lula passa a implantar estratégias de um novo desenvolvimentismo, ancoradas na consolidação das conquistas democráticas, na participação popular, na expansão dos serviços públicos e ampliação dos programas sociais, notadamente, os de transferência de renda, articulados às políticas públicas de saúde, educação, assistência social, trabalho e renda. Merece destaque nesse cenário a criação do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome - MDS (2004) e a proposta de uma agenda de recuperação do mundo do trabalho com um grande fortalecimento das áreas sociais.

Com relação à saúde, o primeiro mandato do presidente Lula se inicia com a antecipação da 12ª Conferência Nacional de Saúde (2003) com o tema central: Saúde direito de todos e dever do Estado, o SUS que temos e o SUS que queremos, marcando uma tentativa de retomada das diretrizes da Reforma Sanitária. Diversas políticas de saúde foram definidas, influenciadas pela agenda social de seu governo, como a Política Nacional de Humanização (2003) na perspectiva de efetivação dos princípios do SUS, a Política Nacional de Saúde Bucal, a Política Nacional de Atenção às Urgências, o Programa Farmácia Popular do Brasil, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, o Pacto pela Saúde.

No segundo mandato, Lula conseguiu acalmar as tensões entre as correntes conservadoras e liberais defensoras do Estado mínimo e o Estado Social defendido pela participação popular em vários Conselhos de políticas públicas, principalmente em função do crescimento econômico que há muito não se registrava no país. Em 2007 foi lançado o Programa de Aceleração do Crescimento – PAC que procurava reforçar o papel do Estado na coordenação dos investimentos para a expansão econômica e social. O papel do Estado foi fortalecido na condução dos investimentos públicos e privados.

Na área da saúde destacamos a Implantação das UPAs , os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra, a Secretaria Especial de Saúde Indígena e as Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Também merece destaque nesse período a ampliação e reconfiguração da arquitetura participativa no âmbito federal, estadual e municipal com a mobilização e participação popular em instâncias de planejamento e controle social de políticas públicas como os conselhos e as conferências.

Apesar dos avanços registrados, a expectativa do governo Lula em relação ao fortalecimento e consolidação do projeto de reforma sanitária não se cumpriu e a polarização entre os dois projetos têm se mantido. Como aspectos de continuidade da política de saúde dos anos 90, ressalta-se a ênfase na focalização, na precarização, na terceirização dos recursos humanos, no desfinanciamento e a falta de vontade política para viabilizar a concepção de Seguridade Social (Bravo, 2009).

O governo Dilma Rousseff assiste a um novo acirramento das tensões com caráter antipopular e antidemocrático, devido à desaceleração do crescimento a partir da crise financeira internacional e erros em sua política interna. O governo enfrenta um período de fragilização, com grandes manifestações de rua e de oposição às suas pautas no Congresso.

No campo da saúde há um esforço de continuidade com relação às políticas de saúde ligadas a uma agenda social, como a criação da Rede de Atenção Psicossocial, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, a Estratégia Rede Cegonha e o Programa Mais Médicos, que visa suprir a carência de médicos em regiões de difícil acesso. A Lei nº 8.080, de 1990, é finalmente regulamentada, e detalham-se aspectos do SUS, como a disposição acerca de seu modelo assistencial, que deve ser focado na atenção primária (Pauletti, 2020).

No segundo mandato, o governo Dilma segue buscando manter o crescimento econômico, mas enfrenta dificuldades interna e externamente. A partir do questionamento do resultado das eleições, a oposição aproveita-se do momento e aprofunda a campanha ideológica contra a esquerda. O ciclo de protestos em diversas regiões do país, no contexto da crise político-econômica conflui para o processo de *impeachment*.

Pouco mais de uma década de trabalhismo democrático gerou as condições para o Golpe Militar de 1964; pouco mais de uma década de governos populares gerou as condições para o Golpe Parlamentar de 2016. Em ambos os casos, a economia política explica melhor que a macroeconomia: era preciso reverter os ganhos da classe trabalhadora sobre a apropriação do excedente social. Ambos se encerraram de maneira violenta e abriram espaço para uma longa hibernação de direitos fundamentais e de outros processos civilizatórios (Calixtre; Fagnani, 2017, p.4).

O governo Temer, a partir do documento “Uma ponte para o futuro”, lançado no final de 2015, intensifica a reforma do Estado adotando medidas de orientação pró-mercado com prioridade absoluta para a promoção do ajuste fiscal, abandonando a perspectiva de crescimento com inclusão social dos governos petistas (Carneiro, 2021, p. 24).

A saúde, que já vinha sendo historicamente subfinanciada, enfrenta uma nova restrição orçamentária, provocada pela PEC do Teto de Gastos Públicos, a qual estabelece que

as despesas primárias do governo federal serão apenas ajustadas pela inflação ao longo de 20 anos, a partir de 2017, que passam então a ser apenas corrigidas pela inflação acumulada.

Nesse cenário de retroação do Estado, adota-se um novo regime orçamentário, com ajuste drástico, expresso na PEC do teto de gastos, na reforma trabalhista, na reforma da previdência e no enxugamento ministerial, esvaziando principalmente os ministérios relacionados às políticas transversais com o das Mulheres, Juventude, Igualdade Racial. Tais medidas representam um grave retrocesso nas conquistas de cidadania que fragilizam os processos democráticos e as relações entre Estado e sociedade.

O que tem se observado a partir do Governo Temer é a reiteração da aposta nas virtudes do ajuste fiscal e do reformismo neoliberal, trazendo em seu bojo o desmonte ou esvaziamento gradativo de políticas públicas e a desconstrução da capacidade técnico-administrativa e relacional do Estado (Carneiro, 2021, p. 25).

O governo Bolsonaro assume aprofundando as medidas reformistas já iniciadas e segue na perspectiva de restrição de direitos e das garantias legais das políticas públicas em função da reorganização do Estado neoliberal.

Entre as medidas tomadas Carneiro (2021) elenca o reajuste do salário mínimo sem contemplar aumento real; a continuação da reforma Ministerial com extinção de vários ministérios, entre eles o do Trabalho, impactando na oferta de políticas; reconfigurações funcionais da Política Indigenista e do Meio Ambiente, esvaziando e fragilizando seus órgãos; a retomada da reforma da previdência; o desmonte da participação popular pela extinção dos conselhos de políticas públicas.

Ademais envia ao Congresso três Propostas de Emenda à Constituição, a PEC emergencial com foco na contenção dos gastos e despesas com pessoal; a PEC dos fundos públicos com o propósito de pôr fim aos fundos infraconstitucionais, o que podendo acarretar prejuízo na prestação de serviços; e a PEC do pacto federativo que relativiza os direitos sociais condicionando-os ao equilíbrio fiscal.

No balanço que fazem das PECs que integram o Plano Mais Brasil, Vieira et al. (2020, p. 10) argumentam que a preocupação que fundamenta suas proposições ‘não parece ser com a garantia dos direitos sociais, mas sim com uma visão muito restrita de ajuste fiscal, mesmo que isso implique o sacrifício desses direitos’ (Vieira *et al.*, *apud* Carneiro, 2021, p. 34).

Nesse cenário ainda vivenciamos a epidemia da COVID-19 que instaura uma crise sanitária, política, econômica e social sem precedentes. Passamos a conviver com um número crescente de mortes, aumento do desemprego e do trabalho precarizado, aprofundamento da pobreza, da desigualdade e vulnerabilidade social.

A falta de coordenação central na condução da pandemia, expôs no país, com o apoio do governo federal, a construção de uma cultura negacionista da ciência, de suas pesquisas e conhecimentos. Esse fato atrasou o processo de vacinação no país e corroborou para um número maior de óbitos pela doença.

A pandemia se mostrou positiva ao apresentar e confirmar para o país a capilaridade e competência do Sistema Único de Saúde – SUS, o compromisso de pesquisadores e cientistas das grandes agências nacionais de pesquisa na busca da cura e/ou prevenção da Covid-19 e o reconhecimento dos profissionais de saúde que fazem esse sistema, destacando a importância dessa política pública para o povo brasileiro.

Nas entrelinhas ou escancaradamente acompanhamos o caráter conservador e nacionalista desse governo que busca respaldo no fundamentalismo religioso e torna-se indutor de uma cultura de ódio e intolerância que passam a reger o comportamento da sociedade.

Num contexto de crise, a ascensão de uma cultura de descrença e desrespeito à democracia e suas instituições legítimas, nos coloca em risco de retrocessos significativos, flexibiliza a estruturação das políticas sociais e ameaça conquistas importantes.

Temos em mente que nosso país nunca viveu uma democracia plena e que as marcas de sua formação continuam a se expressar nos ódios raciais, na intolerância religiosa, na discriminação sexual e em tantos outros aspectos já mencionados. “A Constituição Federal de 1988 continua sendo a melhor expressão de um Brasil que firmou um sólido compromisso democrático em vários níveis das relações sociais, bem como estabeleceu políticas maduras de defesa dos direitos humanos” (Schwarz, 2019).

Apesar do cenário contraditório e desafiador, alguns estudiosos reconhecem o SUS como a maior reforma da área social brasileira, destacando que não podemos desconsiderar os seus avanços. Entretanto, os embates contemporâneos estão postos, dentre eles, a necessidade urgente da organização dos setores da sociedade civil pela defesa dos direitos sociais conquistados.

4 HUMANIZAÇÃO E SAÚDE

4.1 Humanização: as concepções que cercam a temática

A humanização é hoje um tema que vem ganhando destaque nos serviços públicos de saúde, nos textos oficiais e nas publicações da área da saúde coletiva. É pauta de discussão no mundo há várias décadas quando se trabalha as práticas de assistência e atenção à saúde.

O termo humanização apresenta atributos de muitas perspectivas, tanto teóricas quanto práticas. É considerado um tema polissêmico cujas interpretações variam desde o senso comum baseado no altruísmo caritativo e humanismo, passando por discussões essencialistas sobre o que seria o fundante do homem até as leituras de um humanismo revisitado que articula a singularidade humana em suas necessidades com a ética da vida (Deslandes, 2005).

O Dicionário Aurélio define humanização como ato ou efeito de humanizar, tornar humano, dar condição humana a alguma ação ou atitude humana. Também pode significar ser benévolo, afável, tratável.

A indefinição do conceito de humanização é apontada em vários estudos, destacando-se para alguns autores a ausência de fundamentos teóricos, históricos e filosóficos nos discursos e práticas de humanização. Nestes, a humanização é percebida quase sempre como melhoria das relações dos profissionais de saúde e pacientes na perspectiva do respeito, atenção, consideração, de uma maior humanidade (Gallian; Pondé; Ruiz; 2012).

Para além da saúde, o discurso da humanização se faz presente em outras áreas como a administração, a economia e o setor de serviços. Em cada área o discurso é organizado em torno de concepções diversas. Na atenção à saúde se vincula a defesa de direitos, cidadania, ética; na administração, com vistas a otimização do trabalho, está baseado na qualidade total e felicidade da empresa; na economia busca desconstruir a alienação da mais-valia na perspectiva do resgate do homem pelo trabalho; e quanto aos serviços, se associa a questões como melhoria de acesso e qualidade, redução do tempo de espera, respeito, conforto e ambiência (Souza; Moreira, 2008).

No sentido filosófico, o termo humanização tem suas bases no humanismo renascentista, o que esclarece seu uso não ser recente. Esse humanismo atribui um valor ao homem no seu sentido pleno, o concebe como ser histórico que através da razão intervém sobre a natureza e seu destino, buscando autonomia e felicidade, numa constante evolução.

Em essência, esse humanismo representa uma visão ‘positiva’ da natureza humana, contrariando a anterior noção ‘negativa’, prevalente na filosofia medieval. No

Renascimento, os considerados humanistas discordavam da ‘insuficiência’ da natureza humana - decorrente da corrupção natural advinda do ‘pecado original’ - e também da necessidade da Graça Divina (Barbosa; Miguel; Gallian, 2014, p. 66).

Souza e Moreira (2008) tecem algumas reflexões sobre os qualificativos desta filosofia e seus sentidos aplicados à noção de humanização. A primeira seria de que este homem, um ser do mundo, histórico, sujeito a paixões, têm sua historicidade como liberdade e como limite. Pode exercer domínio sobre os acontecimentos por meio da razão, fazer escolhas e controlar as paixões a fim de conquistar sua liberdade e autonomia, sem os limites das instituições tradicionais como a Igreja, o Império e o Feudalismo. A segunda seria sobre o fato desse homem sujeito às paixões, não conservar, em sua presença no mundo, como se poderia idealizar, uma bondade por essência. Ao contrário, esse homem mundano é do conflito e da escolha, da liberdade e do limite e precisa exercitar as artes da política e negociação.

Os autores ainda destacam que as metamorfoses do humanismo se fortaleceram em discursos que idealizaram as relações sociais evocando uma essência boa do ser humano, sem considerar que tanto a cooperação quanto o conflito permeiam essas relações.

Nessa discussão, o conflito, como uma das muitas possibilidades de expressão das interações humanas, pode, no contexto das relações sociais, abarcar múltiplas estratégias de poder, que imprimem qualidades, valores e modelos. [...] Logo, mais do que somente as qualidades ou conteúdos individuais, interessam as formas que esses conteúdos tomam no contexto das relações, interações e no interior dos processos de trabalho em saúde, que dependem de uma equipe, de grupos ou de um conjunto de profissionais funcionando de forma complementar (Souza; Moreira, 2008, p. 330).

Puccini e Cecílio (2004, p. 1346) questionam se ao longo do tempo a espécie humana teria perdido essa essência? O que seria essa essência? A teríamos perdido em algum momento e lugar e agora estaríamos desesperados para resgatá-la? Os autores destacam que essas questões buscam explicar o movimento humanizador e alertam para a dificuldade de se conceituar variadas iniciativas e intenções que, “situadas no campo dos justos e politicamente corretos, trabalham com concepções de mundo muito diferentes, resultando em distintas propostas de humanização que, no fundo, só coincidem enquanto slogan de propaganda”, realizadas de formas pontuais com noções genéricas.

Ademais, apontam que essa diversidade conceitual de intenções vem acompanhada de uma tendência que considera a humanização e suas possibilidades como um processo dependente de algo externo do homem como ser social, “quer pela noção de Deus como origem ou fonte de uma essência perdida, quer da natureza com seus instintos racionais de qualidade, quer pelo resgate de uma essência humana eterna e imutável inerente a todos os indivíduos da espécie” (p. 1347).

Corroborando com exposto Souza e Moreira (2008, p. 330-331) complementam:

A locução humanização remete, segundo alguns, a algo perdido ou abandonado e que, portanto, mereceria ser resgatado: a dimensão pessoal. E aqui o sentido do humano é o do adjetivo ao qual corresponde certa idealização de uma essência capaz de bondade, solidariedade dedicação, coragem, força. Atributos que remetem, em certo sentido, a uma razão que controla os sentimentos negativos, permitindo ao homem suportar os desafios da doença, da morte e dos impasses subjetivos.

Sob perspectivas que idealizam a essência humana, as respostas para problemas reais só seriam dadas dentro de uma compreensão que desconsidera o caráter histórico-social tanto destes problemas como da própria humanização. Isto é, o entendimento da humanização como um aspecto da realidade humana mutável com o tempo, tal como o homem, que, por sua natureza histórica e social, se produz e reproduz no processo das relações sociais (Puccini; Cecílio, 2004).

Os autores compreendem a humanização não como uma busca da essência humana perdida, antes percebem essa essência como um produto das relações que constroem a natureza do homem social. Não é abstrato e imanente, é algo presente no conjunto das relações sociais. A essência humana está na realização gradual e contínua das possibilidades imanentes à humanidade e dos valores próprios do gênero humano, como o trabalho, a sociabilidade, a universalidade, a consciência e a liberdade. Para Souza e Moreira (2008, p. 331):

Em sua definição, a humanização vem acompanhada da necessidade de ampliar o foco do cuidado, desconstruindo uma ação centrada simplesmente na sobrevivência. Para tanto, os profissionais de saúde e os pacientes devem estar situados como sujeitos de sua própria história, e os primeiros devem reconhecer seus pacientes também como indivíduos. Os autores defendem a ligação da humanização com a ‘essência do ser’, remetendo a uma historicidade do humano como condição para o reconhecimento do direito de cuidar e ser cuidado com qualidade.

Ferreira (2005) destaca a pertinência de uma abordagem antropológica do tema, visto a diversidade de formas humanas imaginadas em diferentes sociedades, nos levar a questionar as noções de “humanidade”: O que é ser humano? Como se constrói ou destrói a humanidade dos sujeitos?

Oliveira, Collet e Viera (2006) investigaram o sentido do que é o homem, o humano e a humanidade. Partindo das comunidades primitivas explicam que nestas praticamente não existia diferença entre os animais, os deuses da terra e os homens. A condição humana era restrita aos membros da tribo ou clã, os demais, não eram considerados humanos. Nos Impérios Orientais, o imperador, filho direto de Deus, era o único a ser chamado de humano, nem os nobres nem os escravos eram “humanos” nessa magnitude. Na Grécia Antiga

e na Clássica, as mulheres, as crianças, os escravos e estrangeiros não eram cidadãos e, em graus variáveis, não eram tidos como humanos.

Com o surgimento das grandes cidades seus habitantes cidadãos tornaram-se sinônimos de humanos e seu modo de organização e comportamento resulta na apropriação da natureza humana pelos civilizados. Na Modernidade, sob o domínio da razão, todos os tipos de homens foram considerados humanos e integrantes de uma espécie comum, a humanidade.

Na civilização contemporânea, já estariam dadas as condições objetivas e subjetivas para obter um alto grau de humanidade para todos os membros da espécie humana, visto o alto grau de potência produtiva. A humanidade poderia ser definida como o “funcionamento de toda a espécie humana que vise conseguir que a todos seja dado acesso ao que precisam, segundo suas necessidades e a cada um as condições para desenvolver e exercitar suas capacidades” (Oliveira; Collet; Viera, 2006, p. 280).

Para essas autoras o humano combina três elementos: a materialidade do corpo, a imagem do corpo e a palavra que se inscreve no corpo. O que o diferencia dos outros animais é seu desenvolvimento numa rede de imagens e palavras, na qual a linguagem torna possível ao homem a construção de significados e sentidos, que compartilhada com seus semelhantes, transforma a sociedade de uma forma dinâmica, ao longo do tempo e das civilizações.

A humanização depende da capacidade de falar e de ouvir, pois as coisas do mundo só se tornam humanas quando passam pelo diálogo com os semelhantes, ou seja, viabilizar nas relações e interações humanas o diálogo (...) como forma de conhecer o outro, compreendê-lo e atingir o estabelecimento de metas conjuntas que possam propiciar o bem-estar recíproco (Oliveira; Collet; Viera, 2006, p. 281).

Segundo Deslandes (2004, p. 10), o ser humano é um ser de linguagem, as dificuldades no processo de comunicação entre profissionais e usuários, profissionais e gestores, repercutem negativamente no processo do cuidado. “O desrespeito à palavra e a falta de troca de informações, a debilidade da escuta e do diálogo promoveriam a violência, comprometeriam a qualidade do atendimento [...]”. Para a autora, a diretriz central da proposta da humanização é a ampliação do processo comunicacional. A palavra de usuários e profissionais precisa de lugar significativo no cotidiano das instituições.

Humanizar é, ainda, garantir à palavra a sua dignidade ética. Ou seja, o sofrimento humano, as percepções de dor ou de prazer no corpo para serem humanizadas precisam tanto que as palavras com que o sujeito as expressa sejam reconhecidas pelo outro, quanto esse sujeito precisa ouvir do outro palavras de seu reconhecimento (Oliveira; Collet; Viera, 2006, p. 280).

Para a psicanálise, o termo humanização evoca o lugar da subjetividade. O homem e sua natureza como centro de investigação, compreensão e intervenção dá-se no encontro da

psicanálise com o humanismo. Humanizar, no sentido de tornar humano, é admitir todas as dimensões humanas – históricas, sociais, artísticas, subjetivas, sagradas ou nefastas - e possibilitar as escolhas mais conscientes e responsáveis. Segundo Rios (2009, p. 255):

A natureza humana comporta pulsões para a construção e para a agressão. Em nossa essência, temos potencial para agir tanto num sentido quanto no outro. O julgamento ético de cada ato e a sua escolha são tarefa psíquica constante, que põe em jogo os valores que a cultura nos dá por referência e os desejos que se ocultam no íntimo de cada um. Reconhecer a importância dessas características humanas é o primeiro passo para a humanização.

Ainda de acordo com a autora, para a humanização seriam necessários dois movimentos: o reconhecimento da importância dessas características humanas e a criação de métodos que consigam inserir esses aspectos nas relações de trabalho de forma a se garantir à palavra toda sua potência em espaços legítimos de fala e escuta.

O desrespeito ao estatuto ético da palavra pode propiciar condições de arbítrio e violência. Entretanto, se a palavra fracassar podemos ser capazes das maiores arbitrariedades, a destrutividade faz parte do humano e “pode se manifestar em muitos níveis e intensidades, desde pequenos gestos cotidianos à atos de violência cruéis e definitivos” (Oliveira, Collet, Viera, 2006).

Numa perspectiva moral, a humanização se vincula a valores humanitários como respeito, solidariedade, compaixão, empatia, bondade, expressos em ações humanas, julgadas boas ou más, a partir de visões de mundo determinadas pelo tempo e contexto histórico que permeiam as transformações da sociedade. É uma proposta de humanização que vislumbra uma construção coletiva de resgate da dignidade humana na área da saúde e do exercício da ética como uma reflexão crítica entre os valores profissionais e os princípios institucionais, direcionando a ação no sentido do bem. “A ética, assim pensada, torna-se um importante instrumento contra a violência e a favor da humanização” (Rios, 2009, p. 255).

A humanização surge como resposta à insatisfação e sofrimento de profissionais e pacientes diante de situações e fatos de violência institucional como castigos, abusos e arbitrariedade. Essas práticas eram comuns em escolas, prisões e instituições psiquiátricas. No início de sua criação, os hospitais também eram conhecidos como lugar de sofrimento, por não reconhecer as subjetividades das práticas assistenciais, pela rigidez hierárquica, pela disciplina autoritária e pelo descaso de aspectos humanísticos, entre outros fatores, que desconsideram a autonomia e o direitos das pessoas (Rios, 2009).

A violência simbólica explicitada pelo não reconhecimento das necessidades emocionais e culturais dos pacientes, além da imposição de valores morais e comportamentais

sempre esteve presente na historicidade das organizações hospitalares. A violência é a antítese do diálogo, a negação do outro em sua humanidade e a forma de tratar o doente como alguém sem discernimento ou competência para a tomada de decisões, foi, por muito tempo, característica da cultura organizacional hospitalar (Deslandes, 2004).

Segundo Ferreira (2005), o hospital conforme conhecemos hoje é próprio do ocidente cristão. Na Idade Média (séculos XII e XIII), o hospital era lugar de caridade onde se prestava cuidados físicos, morais e materiais a doentes, indigentes, órfãos, velhos e peregrinos, sob a administração de religiosos, para os quais ao ajudar os necessitados significava a obtenção do perdão de seus pecados.

Antes do século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres. Instituição de assistência, como também de separação e exclusão. O pobre como pobre tem necessidade de assistência e, como doente, portador de doença e de possível contágio, é perigoso. Por estas razões, o hospital deve estar presente tanto para recolhê-lo, quanto para proteger os outros do perigo que ele encarna. [...]. Dizia-se correntemente, nesta época, que o hospital era um morredouro, um lugar onde morrer. E o pessoal hospitalar não era fundamentalmente destinado a realizar a cura do doente, mas a conseguir sua própria salvação. Era um pessoal caritativo - religioso ou leigo - que estava no hospital para fazer uma obra de caridade que lhe assegurasse a salvação eterna. Assegurava-se, portanto, a salvação da alma do pobre no momento da morte e a salvação do pessoal hospitalar que cuidava dos pobres. (Foucault, 2023, p. 174-175).

O hospital permanece com essas características até o começo do século XVIII. Ainda em meados do século XVII, era um lugar de exclusão, assistência e transformação espiritual, em que a função médica não aparecia. Quanto à prática médica, não havia justificativa científica, que a predestinasse a ser uma medicina hospitalar. A qualificação médica estava na prescrição de receitas, conhecimento de textos e não na experiência de campo. A experiência hospitalar estava excluída da formação ritual do médico (Foucault, 2023).

Com o racionalismo cartesiano do século XVII, passa a vigorar uma razão científica em saúde que separa corpo e mente, razão e emoção, objetividade e subjetividade. A influência desta filosofia na área da saúde influenciará o campo do saber biomédico e a educação para a prática clínica. Esse modelo reduz a complexidade dos fenômenos a uma relação simples de causa-efeito e desconsidera os aspectos sociais, psicológicos e de comportamento. Ao fragmentar o corpo, “a biomedicina separa a doença de seu caráter de experiência humana, passível de significação e processualidade”.

A necessidade de humanizar a atenção à saúde é decorrente da observação de que, em algum momento no desenvolvimento da prática clínica tradicional, a perspectiva da relação entre o agente da terapêutica e o paciente foi estruturada/orientada essencialmente pela dimensão da patologia e pelos diversos fatores a ela relacionados.

[...], o que sintetiza as ideias de uma certa autonomia da doença sobre o sujeito humano, de uma supervalorização do corpo biológico e da desatenção para as experiências sociais e culturais do adoecer e do cuidado (Souza; Moreira, 2008, p. 330).

Nesse modelo também se registra que o apelo ao ideal de neutralidade científica esteve presente no interior do campo da medicina. Segundo Deslandes (2004) a objetividade positivista é o modelo por excelência da medicina científica com a defesa da neutralidade e exterioridade em face da doença como objeto de estudo e não do doente.

Na área da saúde, uma das mais expressivas preocupações com a humanização se apresenta na crítica à tecnologia e suas implicações sobre a prática médica. Martins (2002) explica que o acelerado desenvolvimento tecnológico passou a supervalorizar a doença cientificamente em detrimento da singularidade do sujeito, suas emoções e crenças, desumanizando assim, a assistência.

Sob a mesma perspectiva Gallian (2000) afirma:

Os grandes avanços científicos e técnicos no campo das ciências experimentais aplicadas à medicina e às ciências da saúde em geral vêm trazendo uma série de transformações nesses campos. O processo de desumanização é uma das consequências do divórcio entre a medicina e as humanidades que ocorreu, principalmente, a partir de fins do século XIX (Gallian, 2000, *apud* Puccini; Cecílio, 2004, p. 1345).

Segundo Rios (2009), a humanização ressurge no momento em que a sociedade pós-moderna passa por uma revisão de valores e atitudes esquecidas em tempo de frouxidão ética. A autora chama a atenção para o cenário mundial, afirmando não ser possível pensar a humanização fora dos acontecimentos do mundo contemporâneo. A pós-modernidade apresenta as mudanças impostas pelo capitalismo multinacional e pela globalização econômica as quais ruíram com os ideais utópicos, políticos, éticos e estéticos da modernidade, que creditava à razão humana a construção de um mundo melhor. Os grandes coletivos sociais deixam de ser referência e as pessoas passam a ressaltar o individualismo e a aparência. Num cenário de perda de suportes sociais e éticos e de fortalecimento da cultura narcisista, as relações se constroem num terreno fértil para a intolerância à diferença, a violência e a pouca reflexão sobre os valores humanos.

Corroborando com a exposição, Souza e Moreira (2008) apresentam o pensamento de Pessini e Bertachini (2004), segundo o qual a humanização das instituições de saúde passa pela humanização da sociedade e as situações de exclusão, violência e iniquidade contribuem para um rebaixamento da solidariedade, da tolerância e da compaixão, com impacto nas instituições de saúde. O contexto macro se impõe ao contexto micro, tanto no que é nobre

quanto no que é degradante. A tecnologia comparece como algo que contribui para a coisificação da pessoa humana e a sacralização das coisas.

Gallian, Ruiz e Pondé (2012) consideram que vivemos numa era dos extremos cuja contradição maior seria o desenvolvimento técnico-científico versus desumanização. Vivemos uma existência mediada por extraordinários recursos tecnológicos com alta capacidade de transformação e, absurdamente, nunca havíamos chegado a um grau tão elevado de destruição da natureza e da vida humana em suas dimensões pessoal, ética e moral:

Concomitantemente aos efeitos da poluição e do esgotamento dos recursos naturais — o aquecimento global, dentre outros — convivemos com os efeitos da cientificização e tecnificação da vida e das relações humanas, que enfeixa uma série de patologias associadas à desumanização: a solidão, a depressão, o pânico, o desespero... (p.06).

Os riscos da desumanização na saúde são aumentados à medida que o conhecimento vai se tornando mercadoria e o homem contemporâneo, passa a funcionar num ritmo acelerado de produção e consumo. “O vácuo ou vazio de sentido, que se formou por força deste afastamento radical do conteúdo existencial, tem sido preenchido, ou mais bem disfarçado, por uma tecnologia cada vez mais sofisticada e complexa” (Gallian, Ruiz e Pondé, 2012, p.07).

Nessa situação se constrói um cenário social e institucional no qual a falta de sensibilidade e de valores humanísticos abre espaço para que comportamentos violentos disfarçados de intolerância e desprezo passem a reger as relações sociais. A autora também destaca a “medicalização do viver humano” como outro fator que contribui para esse estado de coisas. A crença das pessoas nas verdades científicas na área da saúde, em contraposição a outras formas sociais de compreensão da existência humana, estabelece que toda e qualquer expressão da vida passa por um diagnóstico médico previsto em algum Código Internacional das Doenças - CID com cura na medicina. “Assim, toda tristeza vira depressão, toda inquietação vira ansiedade e todo mundo procura os serviços de saúde atrás de respostas rápidas e deglutíveis, mesmo que não funcionem...” (Rios, 2009, p.256).

Psicofármacos de última geração apresentam-se então como solução diante da ineficácia frustrante dos recursos tecnológicos multiestimulantes, que mesmo com a capacidade de criar realidades virtuais, não conseguem substituir com sucesso esta experiência a uma só vez dolorosa e vital da realidade da vida real (Gallian; Ruiz; Pondé, 2012, p.07).

Para os autores o maior impacto do desenvolvimento científico-tecnológico das últimas décadas se deu no campo da Medicina e a Modernidade teria creditado a este campo a esperança para a resolução de todos os problemas patológicos, bem como, a solução para

superar problemas essenciais da humanidade como a dor, o sofrimento e a própria morte. “Mas eis que, paradoxalmente, é precisamente na vanguarda, na frente mais brilhante e promissora da Modernidade que a percepção do vazio e da sombra é sentida de maneira mais candente e dolorosa” (p.07).

Mediante o avanço tecnológico no campo da saúde quais as possibilidades de acesso dos sujeitos a essas tecnologias, seu custo para o sistema de saúde e a impossibilidade de que o progresso tecnológico descarte a necessidade de contato direto entre usuários e profissionais, numa relação de confiança, respeito e reciprocidade, são reflexões que devem permear as práticas de atenção à saúde. De acordo com Goulart e Chiari (2010, p.256):

Não há como minimizar, ou mesmo desprezar, as importantes contribuições dos avanços tecnológicos baseados nestes princípios. Porém, cada vez mais constatamos que a dimensão humana, vivencial, psicológica e cultural da doença, assim como os padrões e as variabilidades na comunicação verbal e não-verbal, precisam ser considerados nas relações entre o profissional da saúde e os usuários.

Além dos fenômenos já citados ainda vivenciamos a realidade dos serviços de saúde sucateados, a insuficiência de recursos e investimentos, a má gestão pública, as péssimas condições de trabalho e remuneração dos profissionais, as filas de espera gigantescas, o mau atendimento aos usuários, entre outras questões que interferem sobremaneira na qualidade dos serviços prestados e na humanização do atendimento.

A efervescência da discussão sobre a humanização está vinculada às dimensões alarmantes do fenômeno da desumanização. Esse fenômeno é uma experiência que se expressa tanto no cotidiano dos profissionais quanto na frustração dos doentes que não conseguem ter suas demandas atendidas. Acrescenta-se ainda, que pelas condições dadas, os profissionais de saúde tornam-se agentes e também vítimas desta patologia moderna - a desumanização - assim como seus pacientes (Gallian; Ruiz; Pondé, 2012).

Deslandes (2006), em um de seus estudos, apresenta o debate da humanização a partir de textos da sociologia norte-americana dos anos 1970. No confronto dessa literatura com as reflexões dos textos brasileiros, a autora aponta a persistência de alguns dilemas éticos, morais e ideológicos, bem como a permanência de conceitos e modelos explicativos nesse campo.

A contribuição da sociologia norte-americana é pioneira no esforço de conceituar a humanização ou desumanização no cuidado em saúde. Desde a década de 1950 já descrevia práticas e lógicas identificadas como fatores de desumanização e a partir da década de 1970 torna essas práticas em objeto sistemático de estudo. Alguns trabalhos iniciais já apontavam, em suas abordagens explicativas, fatores de ordem estrutural como a lógica biomédica da

formação profissional, a organização dos serviços e as estruturas de hierarquia social que, somados a fatores de interação, gestam relações de conflito, cooperação e subordinação entre profissionais e pacientes (Deslandes, 2006).

Em 1972, o simpósio americano intitulado *Humanizing Health Care* (Humanizando o Cuidado em Saúde), é considerado um marco desse debate. Esse encontro contou com centenas de participantes, profissionais da saúde e das ciências humanas, que buscavam conceituar, ou pelo menos identificar, o que seria a humanização ou desumanização do cuidado em saúde.

Nessa perspectiva, Deslandes (2006), apresenta em seu estudo, o trabalho da socióloga Jan Howard (1975) como um dos primeiros da sociologia médica a retratar o esforço de produzir modelos explicativos para conceituação do tema. Howard (1975), a partir de ampla revisão bibliográfica apresentará um modelo identificando onze práticas produtoras de desumanização dos cuidados e oito práticas consideradas humanizadoras, já identificadas em estudos anteriores. De forma resumida, as práticas desumanizadoras apresentadas são:

1. Tratar pessoas como coisas - diz respeito ao não reconhecimento do doente como pessoa e sujeito, mas como objeto da intervenção clínica;
2. A desumanização pela tecnologia - indicaria as situações em que o cuidado seria predominantemente realizado por intermédio de máquinas e procedimentos sem interação entre doente e cuidador;
3. A desumanização pela experimentação - denuncia as muitas formas antiéticas de pesquisa experimental com seres humanos;
4. Ver a pessoa como problema - prática que reduz a pessoa doente à sua patologia. Formação biomédica centrada na patologia e não no paciente
5. Tratar as pessoas como pessoas de menor valor - valorização de status e hierarquia num dado sistema social, em que determinados indivíduos e grupos seriam vistos como inferiores aos demais;
6. Pessoas isoladas - expressa a despersonalização, reclusão, solidão e não-reciprocidade entre os doentes e seus cuidadores no sistema de saúde;
7. Tomar as pessoas como recipientes de cuidados subpadronizados - dispensar a determinada pessoa ou grupo - seja por indiferença, discriminação ou negligência - um cuidado de menor qualidade;
8. Considerar pessoas sem escolha - discute sobre a autonomia, os graus de liberdade e suas antíteses como questões de desumanização, tanto de pacientes quanto dos profissionais num dado modelo de assistência;

9. A neutralidade e objetividade biomédica - poderiam gerar interações frias e distanciadas com os pacientes, sendo identificadas como produtoras de desumanização do cuidado, "pessoas interagindo com *icebergs*";

10. Colocar pessoas em ambientes estáticos e estéreis - trata das preocupações com o ambiente, o bem-estar que o ambiente poderia gerar, decoração e outras formas de ambiência;

11. Debate moral sobre a responsabilidade dos profissionais na preservação da vida - considera uma forma de desumanização negar tal direito. Incluem-se aí as polêmicas sobre eutanásia, aborto e o desligamento de tecnologias de suporte da vida. Nesse debate alguns autores consideram, em contrapartida, antiético e desumanizador manter a vida sob certas circunstâncias.

Esse conjunto de práticas nas quais se identificam situações de desumanização podem pertencer a uma mesma ordem de fenômenos ou a fenômenos distintos. De modo geral, podemos destacar dentre esses: a racionalidade científica, o desenvolvimento da tecnologia e a formação de caráter biomédico, já discutidos nesse texto, sob os quais os profissionais de saúde constroem suas práticas; a hierarquização e discriminação nas relações de trabalho; e, um fenômeno que contribui na maioria dos fatores de desumanização, a negação da pessoa, da subjetividade do sujeito e sua autonomia.

Sobre a hierarquização e discriminação nas relações de trabalho, cabe destacar que no ambiente hospitalar existem papéis hierárquicos consolidados que gestam relações de poder que influenciam e orientam decisões. Esse modelo centrado no saber/poder fragmenta os processos de trabalho, promovendo desigualdades e subordinações entre profissionais e usuários, saberes e práticas.

Na dimensão das práticas de saúde a autoridade profissional surge como uma usurpação da fala e do saber do usuário, como justificativa para o controle, a submissão e a obediência. O poder é visto como ocultação de informações, pelos profissionais, sobre procedimentos e estado de saúde dos pacientes, desqualificando o saber do usuário sobre seu corpo e sua experiência no adoecer, tornando ainda mais desigual a relação entre eles. (Azeredo; Schraiber, 2021). Existe uma relação íntima entre o conhecimento e o poder dentro da coletividade. De acordo com Foucault (1987, p. 31) “poder e saber estão diretamente implicados; que não há relação de poder sem constituição correlata de um campo de saber, nem saber que não suponha e não constitua ao mesmo tempo relações de poder”.

Corroborando com o exposto, Kunkel (2002, *apud* Souza e Moreira, 2008, p. 331) assinala três aspectos que desumanizam as relações de saúde: a especialização que fragmenta o usuário, desqualificando o atendimento deste como pessoa humana; a assimetria entre usuário e

profissional, tratando o usuário como um ser inferior e desconsiderando seu saber; o domínio das falas que supervalorizam o saber médico em detrimento do conhecimento que o usuário traz sobre o que está passando e sobre seu modo de vida, estabelecendo uma lógica pautada na doença e não na integralidade do paciente. Para a autora, “humanizar o cuidado em saúde é combater as perspectivas que enganam o usuário e o destituem de informações importantes sobre a sua saúde, desrespeitando a sua cultura e seus costumes”.

Para uma prática humanizada, faz-se necessário reconhecer os usuários dos serviços de saúde em suas dimensões. O respeito à singularidade, complexidade e individualidade do sujeito não pode ser negligenciado. A valorização desses elementos no processo de interação com o usuário, seria um dos principais objetivos a serem alcançados para se chegar à humanização do cuidado.

A humanização reconhece o campo das subjetividades como instância fundamental para a melhor compreensão dos problemas e para a busca de soluções compartilhadas. Participação, autonomia, responsabilidade e atitude solidária são valores que caracterizam esse modo de fazer saúde que resulta, ao final, em mais qualidade na atenção e melhores condições de trabalho. Sua essência é a aliança da competência técnica e tecnológica com a competência ética e relacional (Rios, 2009, p. 255).

Deslandes (2005) apresenta dois desafios que se colocam quanto a construção de um modelo de atenção humanizado: a produção de um cuidado orientado pelo reconhecimento de pessoa, no sentido de pertencimento a um grupo, uma cultura; e de sujeito, no seu sentido singular, legítimo e autônomo. A autora politiza o estatuto da pessoa e de sujeito e lança as indagações: quem goza do status de pessoa e de sujeito nas práticas de assistência prestada nos serviços de saúde? Quais capitais de protagonismo e autonomia os diferentes atores usufruem? A definição de pessoa passa pelo reconhecimento e respeito a outros e distintos referenciais culturais, já a noção de sujeito nos lança ao discurso ético da autonomia, das escolhas e decisões à luz das condições de gênero, posição social e etnia/raça.

Goulart e Chiari (2010) demonstram que a ideia de autonomia dos usuários aparece pautada no entendimento do sujeito como um cidadão de direitos e está relacionada principalmente com a necessidade do aumento da informação deste sobre o seu tratamento e com a defesa de sua participação sobre as decisões e escolhas a respeito do processo de cuidado. Entretanto, numa cultura organizacional que mantém a hierarquização dos saberes e prática, fatores como a despersonalização e imposição de normas, o desrespeito à expressão singular dos sujeitos e sua cultura, e a decisão do paciente, acabam por dificultar que esse direito seja respeitado. Para Barbosa e Silva (2007)

[...] a fragilização do ser humano na posição de ‘paciente’ desfavorece o exercício da autonomia quando ocorre a visão paternalista de que a equipe de saúde detém o poder e o conhecimento, subestimando assim a capacidade do doente em fazer julgamentos com relação a si e a sua saúde (p. 547).

Voltando ao trabalho da socióloga Jan Howard (1975) apresentado no estudo de Deslandes (2006), temos um modelo que definirá a humanização a partir de oito condições vinculadas a três dimensões: às dimensões ideológicas, da estrutura das interações paciente-cuidador e psicológicas.

A dimensão ideológica é caracterizada por três referências da prática de cuidado: o intrínseco valor da vida humana, a insubstituibilidade de cada ser humano e a consideração da pessoa em sua integralidade. O valor da vida humana faz referência a questões como igualdade, equidade, saúde como direito; o ser humano como insubstituível destaca a importância de estarmos sensíveis ao reconhecimento deste como ser singular, de identidade única; e a integralidade da pessoa aborda o caráter holístico do ser e a relevância de se preocupar com os aspectos importantes para o cuidado, evitando a fragmentação.

Em relação à dimensão da estrutura em que se dão as interações entre cuidadores e pacientes, as três referências são: a liberdade de ação, o status de igualdade e o compartilhamento na tomada de decisões. A liberdade de ação diz respeito tanto à limitação da ação do profissional por questões de custos ou exigências administrativas, quanto a limitação do paciente quer seja pela doença, falta de conhecimento ou normas institucionais. Sobre a igualdade a autora destaca que a humanização é uma relação que carece de algum nível de igualdade e que situações pautadas por ideias de inferioridade ou superioridade são o avesso de uma assistência humanizada. Compartilhar decisões e responsabilidades é reafirmar a consideração do outro como igual, garantindo seu direito na participação dos cuidados de sua saúde a partir do acesso à informação sobre o diagnóstico, tratamento e suas consequências.

A dimensão psicológica apresenta dois fatores de humanização: a empatia e o afeto. A empatia é entendida como um dos comportamentos potencialmente humanizadores do cuidado e o afeto envolve o emocional, a construção de vínculos positivos entre cuidadores e doentes.

Essas oito condições são consideradas necessárias e suficientes e “partem da premissa básica de que os seres humanos são produtores de necessidades fisiológicas e psicológicas, e o cuidado que se preocupa em provê-las pode ser entendido como humanizado” (Deslandes, 2006, p. 41).

Neste sentido, o homem para o qual as políticas de saúde são construídas deve ser o homem comum, o homem concreto, tomado em sua singularidade e complexidade, não

havendo uma imagem definitiva e ideal do homem, o que indica a potencialização da capacidade humana de ser autônomo em conexão com o plano coletivo que lhe é adjacente (Benevides; Passos, 2009).

4.2 Humanização e Saúde da Mulher

Desde as primeiras décadas do século XX, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde do país, estando circunscrita, nesse momento, às questões relativas à gravidez e ao parto. Os programas elaborados até a década de 1970, eram caracterizados por uma visão restrita sobre a mulher, voltados pela sua especificidade biológica e seu papel social de mãe e doméstica. Mulheres e crianças eram considerados grupos de risco e maior vulnerabilidade e esses programas preconizavam ações materno-infantis como estratégia de proteção (Brasil, 2004).

Esses programas receberam críticas do movimento feminista brasileiro por seu caráter reducionista, no qual os cuidados à mulher eram focados apenas no ciclo gravídico-puerperal, desconsiderando a assistência nos demais períodos da vida. Ademais eram verticalizados e sem integração aos demais programas e ações do governo federal.

Em 1975 foi realizada no México a I Conferência Mundial da Mulher da ONU com tema “A eliminação da discriminação da mulher e o seu avanço social”. Este evento com foco na igualdade plena de gênero fortalece a articulação política das mulheres no Brasil e no mundo. Este ano de 1975 também foi instituído pela ONU como o Ano Internacional da Mulher e configurou-se uma referência importante para o surgimento de um novo momento do feminismo no Brasil, que mesmo numa conjuntura adversa, em meio a uma ditadura militar, conseguiu se organizar como espaço de mobilização.

O país vivenciava crises em vários setores. As precárias condições de saúde e a ineficiência do Estado em responder às demandas levaram diversos movimentos sociais a se mobilizar pela redemocratização. No movimento de mulheres a demanda por saúde era muito forte. As principais questões estavam relacionadas à contracepção e ao planejamento familiar. Um dos objetivos era criar uma política nacional sobre planejamento familiar, uma vez que os métodos contraceptivos eram em grande parte viabilizados por instituições acusadas de promover uma “esterilização em massa” (Cofen, 2020).

Uma pauta comum que agregava a luta feminista, e que ainda perpassa as experiências de todas as mulheres é a reapropriação dos seus corpos. Ter o pertencimento do

próprio corpo vai de encontro a posturas natalistas e controlistas e abre campo para discussão sobre os direitos reprodutivos (Silveira; Paim; Adrião, 2019).

Naquele momento tratava-se de revelar as desigualdades nas condições de vida e nas relações entre os homens e as mulheres, os problemas associados à sexualidade e à reprodução, as dificuldades relacionadas à anticoncepção e à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e a sobrecarga de trabalho das mulheres, responsáveis pelo trabalho doméstico e de criação dos filhos (Ávila; Bandler, 1991, *apud* Brasil, 2004a, p. 16).

Na década de 1980, o debate sobre a saúde ganha destaque em todos os setores organizados da sociedade, passando a ser um elemento central das demandas dos movimentos populares. Temas como aborto e sexualidade são as principais pautas políticas do movimento feminista, que passa a elaborar um novo modelo de assistência à saúde da mulher.

As mulheres organizadas argumentavam que as desigualdades nas relações sociais entre homens e mulheres se traduziam também em problemas de saúde que afetavam particularmente a população feminina. Por isso, fazia-se necessário criticá-los, buscando identificar e propor processos políticos que promovessem mudanças na sociedade e consequentemente na qualidade de vida da população. (Brasil, 2004a, p. 16).

Em 1983, no governo de João Batista Figueiredo – último presidente da ditadura militar – foi criado dentro do Ministério da Saúde o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher - PAISM. Publicado em 1984, o programa pode ser considerado como resultado da mobilização das mulheres brasileiras pelo reconhecimento dos seus direitos. O Programa incorporou o ideário feminista para atenção à saúde, destacando aspectos da saúde reprodutiva e apresentando propostas de ações voltadas para a atenção integral das necessidades prioritárias das mulheres, rompendo com o modelo de atenção materno-infantil vigente.

O PAISM, enquanto diretriz filosófica e política, incorporou também, como rumos norteadores, a ideia de descentralização, hierarquização e regionalização, bem como de equidade da atenção. Além disso, propôs novas formas de relacionamento entre os profissionais de saúde e as usuárias, apontando para a apropriação, pela própria clientela, de um maior controle sobre sua saúde, seu corpo e sua vida, e preconizando, no âmbito da integralidade, a assistência clínico-ginecológica e educativa em pré-natal, parto e puerpério, DST, câncer de colo uterino e de mama e em planejamento familiar. Contemplou, dessa forma, uma abordagem geracional da mulher em todas as fases da vida, desde a adolescência até a terceira idade (Brasil, 2004a).

No marco da VIII Conferência Nacional de Saúde, algumas conquistas consolidam-se, entre as quais a realização da I Conferência Nacional "Saúde e Direitos da Mulher", entre 10 e 13 de outubro de 1986, com a participação de 900 representantes de todos os estados e territórios da Federação. As resoluções desta conferência foram incorporadas à Carta das Mulheres Brasileiras aos Constituintes, entregue aos parlamentares em 1987. O documento

continha as principais reivindicações das feministas para o texto constitucional que passaria a ser redigido pela Assembleia Nacional Constituinte para a nova Constituição Federal.

A luta do movimento sanitário para a criação do Sistema Único de Saúde - SUS teve contribuição significativa do movimento das mulheres para sua concretização. A criação de um modelo de serviços públicos de saúde coletiva e assistência médica integrados era um dos pleitos da Carta das Mulheres. Através do projeto “Nós e a Constituinte” muitas das reivindicações das mulheres foram incorporadas à Constituição de 1988, entre elas, no parágrafo 7º do artigo 226, o Direito ao Planejamento Familiar (Redesaúde.org.br).

O processo de construção do SUS tem grande influência sobre a implementação do PAISM. O SUS vem sendo implementado com base nos princípios e diretrizes contidos na legislação básica: Constituição de 1988, Lei n.º 8.080 e Lei n.º 8.142, Normas Operacionais Básicas (NOB) e Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), editadas pelo Ministério da Saúde. Particularmente com a implementação da NOB 96, consolida-se o processo de municipalização das ações e serviços em todo o País (Brasil, 2004a).

A política neoliberal e o ajuste fiscal passaram a ditar os rumos da política brasileira na década de 1990. No âmbito dos municípios há a delimitação das ações básicas mínimas e em nível federal também se percebe dificuldades para a implementação do PAISM. As ações realizadas de 1998 a 2002 se concentraram na saúde reprodutiva e na redução da mortalidade materna. A perspectiva da atenção integral permanecia, mas havia lacunas em outras áreas de atenção à saúde da mulher como climatério/menopausa; queixas ginecológicas; infertilidade e reprodução assistida; saúde da mulher na adolescência; doenças crônico-degenerativas; saúde ocupacional; saúde mental; doenças infectocontagiosas e a inclusão da perspectiva de gênero e raça nas ações a serem desenvolvidas (Brasil, 2004a).

O PAISM é um programa que converge com as bases constitucionais do SUS pela defesa dos conceitos de integralidade, equidade, protagonismo e participação social, os quais também fazem parte das diretrizes da Política Nacional de Humanização do SUS, criada em 2003. Embora os primeiros documentos referentes à atenção à saúde da mulher não tragam o termo humanização em seus textos, este aparece implícito nos conceitos que orientam as ações de saúde para esse público.

O movimento feminista e a busca pela humanização na saúde estão relacionados. A defesa do SUS é essencial para as mulheres, não apenas em questões de saúde reprodutiva. A luta feminista pela humanização da assistência à saúde foca-se no resgate do papel ativo da mulher, na participação social, no acesso à saúde pública, na garantia que este acesso seja justo e humanizado, respeitando as particularidades da mulher.

A partir do ano de 2000, passamos a encontrar o termo humanização em vários documentos oficiais do Ministério da Saúde. Podemos destacar o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento instituído pela Portaria/GM nº 569, de 01/06/2000 e a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso – Método Canguru por meio da Portaria/GM nº 693, de 05/07/2000, ambos inseridos no conjunto de ações voltadas para a qualificação da atenção e assistência ao pré-natal, parto, puerpério e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania. Também marcam esse período o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar - PNHAH em 2000:

A implementação das diferentes ações nesse mesmo período foi acompanhada nos anos seguintes pela Política Nacional de Humanização, que potencializou as premissas e as propostas inovadoras apresentadas pelo Método Canguru no sentido da qualificação da assistência, do acolhimento ao recém-nascido e sua família, da clínica ampliada e do cuidado com a ambiência (Brasil, 2017, p. 13).

O protagonismo feminino sempre teve destaque nos conselhos e conferências da saúde, espaços de participação e construção das políticas públicas para as mulheres, notadamente a Rede Feminista da Saúde e a Comissão Interinstitucional de Saúde da Mulher (CISMU), instância de assessoramento ao pleno do Conselho Nacional de Saúde, coordenada por feministas que teve papel importante no processo de implementação e monitoramento do PAISM. “Nesses relatórios, as propostas aprovadas sobre saúde da mulher refletem também a mobilização do movimento de mulheres nas conferências estaduais e a participação nos conselhos estaduais de saúde e na CISMU” (Souto; Moreira, 2021).

Em 2003 houve a ampliação e o surgimento de novos espaços de participação social no governo Lula com a criação da Secretaria de Políticas para as Mulheres - SPM e a convocação de Conferências para Políticas para Mulheres. Nesse momento, com grande contribuição da CISMU, realizava-se o debate de transformar o PAISM em PNAISM, ou seja, passar de programa à política.

Em 2004 foi realizada a I Conferência Nacional de Políticas Públicas para as Mulheres, com o tema: “Políticas para as Mulheres: um desafio para a igualdade numa perspectiva de gênero”. Na ocasião, foi lançada pelo Ministério da Saúde, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, contemplando princípios, diretrizes e plano de ação para os anos 2004-2007.

A PNAISM foi elaborada pelo MS em parceria com diversos setores da sociedade, em especial com o movimento de mulheres, o movimento negro e o de trabalhadoras rurais, sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área, organizações não-governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacional. Propõe a ampliação e

qualificação da atenção integral à saúde da mulher a ser implementada em todos os estados e pelo Distrito Federal, considerando as especificidades regionais e a organização local dos sistemas de saúde. Nessa perspectiva prima pelo fortalecimento dos princípios do SUS, universalidade, integralidade e equidade, e amplia a oferta de ações propostas pelo PAISM, para além da consolidação dos direitos sexuais e reprodutivos:

A mencionada política incorpora também a prevenção e o tratamento das DST e de mulheres vivendo com HIV/aids, assim como das portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico. Além disso amplia as ações para grupos historicamente alijados das políticas públicas em suas especificidades e necessidades, como as mulheres negras, as indígenas, as trabalhadoras da cidade e do campo, as que estão em situação de prisão, as lésbicas e aquelas que se encontram no climatério e na terceira idade. Avança também rumo à formulação de um modelo de atenção à saúde mental das mulheres sob o enfoque de gênero (Brasil, 2004a, p.05).

Em seu diagnóstico, a PNAISM considera a heterogeneidade do país em relação às questões sociais, econômicas, culturais e de acesso aos serviços de saúde, compreendendo as diferenças do perfil epidemiológico da população feminina de uma região para outra do país; perpassa os diversos temas de saúde coletiva e apresenta dados relativos a mortalidade materna, como um indicador importante para avaliar as condições de saúde da população e o grau de desenvolvimento da sociedade.

Razões de Mortalidade Materna (RMM) elevadas são indicativas de precárias condições socioeconômicas, baixo grau de informação e escolaridade, dinâmicas familiares em que a violência está presente e, sobretudo, dificuldades de acesso a serviços de saúde de boa qualidade (Brasil, 2004a, p.26).

As mulheres compõem a maioria da população brasileira (51,5%) e também são as principais usuárias dos serviços de saúde, seja no atendimento para elas próprias ou como acompanhantes ou cuidadoras de familiares, amigos e vizinhos. É preciso considerar que aspectos da vida como a alimentação, o lazer, o trabalho, a renda, a educação, as condições de moradia e a relação com o meio ambiente são fundamentais para a saúde das mulheres, sem esquecer, que sobre estas pesa sobremaneira, a questão da discriminação nas relações de trabalho, a questão da raça/etnia, as situações de pobreza e a sobrecarga de trabalho, visto a responsabilização com o trabalho doméstico e o cuidado com os filhos ainda ser uma tarefa delegada às mesmas.

O relatório sobre a situação da População Mundial (2002) demonstra que o número de mulheres que vivem em situação de pobreza é superior ao de homens, que as mulheres trabalham durante mais horas do que os homens e que, pelo menos, metade do seu tempo é gasto em atividades não remuneradas, o que diminui o seu acesso aos bens sociais, inclusive aos serviços de saúde (Brasil, 2004a, p.12).

As mulheres vivem mais do que os homens, mas adoecem com mais frequência, devido às precárias condições de inserção no mercado de trabalho e às imposições dos novos processos produtivos mediados pela tecnologia. Entretanto, esse adoecimento é tratado sem correlação epidemiológica com o trabalho, mesmo quando as mulheres sofrem de doenças causadas pelas condições de trabalho que se tornam crônicas acompanhando-as até o fim da vida (Paz, 2021). Brasil (2004a, p.09) acrescenta que “a vulnerabilidade feminina frente a certas doenças e causas de morte está mais relacionada com a situação de discriminação na sociedade do que com fatores biológicos”.

A desigualdade de gênero constitui uma das grandes contradições da sociedade que se mantém ao longo da história da civilização e tem colocado as mulheres em um lugar social de subordinação. Essa desigualdade tem como uma de suas extremas formas de manifestação a violência contra as mulheres, que é resultado de uma assimetria de poder que se traduz em relações de força e dominação. Desse modo, a violência baseada no gênero tem se constituído em um fenômeno social que influencia sobremaneira o modo de viver, adoecer e morrer das mulheres (Guedes; Silva; Fonseca, 2009, p. 626).

Com base no diagnóstico realizado, a PNAISM apresenta objetivos, princípios, e diretrizes. Esses elementos constitutivos da política vão apontar a importância da humanização para a qualificação da atenção e atendimento à saúde da mulher. Os três objetivos gerais são:

- Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro.
- Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie.
- Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde (Brasil, 2004b, p. 67).

A humanização e a qualidade da atenção são apresentadas como princípios da PNAISM, sendo percebidas como condições indissociáveis e essenciais para a promoção, reconhecimento e garantia do direito e da saúde integral das mulheres, reconhecendo-se que a qualidade não se reduz a resolver problemas e a humanização não significa apenas tratar bem.

Humanizar e qualificar a atenção em saúde é aprender a compartilhar saberes e reconhecer direitos. A atenção humanizada e de boa qualidade implica no estabelecimento de relações entre sujeitos, seres semelhantes, ainda que possam apresentar-se muito distintos conforme suas condições sociais, raciais, étnicas, culturais e de gênero (Brasil, 2004b, p.59).

Nessa perspectiva, o princípio da humanização também é apresentado como uma das diretrizes da PNAISM:

As práticas em saúde deverão nortear-se pelo princípio da humanização, aqui compreendido como atitudes e comportamentos do profissional de saúde que

contribuam para reforçar o caráter da atenção à saúde como direito, que melhorem o grau de informação das mulheres em relação ao seu corpo e suas condições de saúde, ampliando sua capacidade de fazer escolhas adequadas ao seu contexto e momento de vida; que promovam o acolhimento das demandas conhecidas ou não pelas equipes de saúde; que busquem o uso de tecnologia apropriada a cada caso e que demonstrem o interesse em resolver problemas e diminuir o sofrimento associado ao processo de adoecimento e morte da clientela e seus familiares (Brasil, 2004b, p.64).

Os objetivos, princípios e diretrizes da PNAISM apresentam outras condições importantes que precisam ser fortalecidas para a efetivação da política como: acesso aos serviços; estrutura e organização da rede; disponibilidade de recursos tecnológicos; capacitação dos profissionais; acolhimento amigável; está voltada para a atenção integral à saúde da mulher, considerando todos os ciclos de vida, a perspectiva de gênero, raça e etnia; ter uma dinâmica inclusiva e uma percepção mais ampla que respeite as diferenças sem discriminação de qualquer espécie. Também prevê mecanismos de avaliação, monitoramento e análise de indicadores.

Foram criadas iniciativas de implementação dos objetivos da política para os três níveis de governo por meio de pactos e ações específicas às diferentes áreas ressaltadas pela política: Pacto Nacional pela Redução da Morte Materna e Neonatal e Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento (2004); Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos e Lei do acompanhante no parto (2005); Conferências Nacionais das Mulheres (2004, 2007 e 2011); Pacto pelo Enfrentamento da Violência contra a Mulher (2007); Regulamentação da vigilância do óbito materno e o Pacto de Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e na Amazônia Legal (2008); Plano de qualificação das maternidades - PQM (2009); Rede Cegonha (2011); Programa Viver sem Violência (2013).

Em 2017 foi realizada em Brasília, entre os dias 17 e 20 de agosto, a II Conferência Nacional de Saúde das Mulheres. O evento promovido pelo Conselho Nacional de Saúde reuniu 1.800 participantes com o objetivo central de propor diretrizes para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres. A segunda edição de uma Conferência Nacional de Saúde das Mulheres aconteceu 31 anos depois da primeira, que foi realizada em 1986. Foi um espaço de participação de mulheres indígenas, quilombolas, jovens, mulheres com deficiência, mulheres idosas e mulheres transexuais.

As conferências de saúde são espaços importantes de avaliação, formulação e proposição no campo da política de saúde. Participação e controle social na saúde significam a corresponsabilidade entre Estado e sociedade civil na formulação, na execução, no monitoramento e avaliação das políticas e programas de saúde.

Não se pode negar os avanços conquistados pela PNAISM para melhoria da atenção da saúde das mulheres. A política avançou na perspectiva de gênero buscando compreender a mulher numa percepção ampliada de seu contexto de vida e de sua singularidade. Entretanto, não podemos esquecer que estamos sob a égide de um Estado neoliberal, que prima pelo econômico em detrimento do social, comprometendo a efetividade das políticas públicas. Concretizar a PNAISM ainda é um desafio, principalmente em regiões com maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde e a busca pela integralidade ainda é um marco a ser alcançado pelas gestões intergovernamentais. Além disso, a discriminação contra as mulheres continua a contribuir para as desigualdades econômicas, sociais e de saúde das suas famílias.

O Plano Nacional de Saúde (2024-2027) confirma que a atenção à saúde das mulheres está institucionalizada pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PNAISM, que traz entre suas diretrizes a atenção integral à saúde da mulher em todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais e rompendo-se as fronteiras da saúde sexual e da saúde reprodutiva, para alcançar todos os aspectos da saúde da mulher.

É importante ressaltar que a participação para a efetivação de políticas para as mulheres antecede a Carta Magna e o SUS. A luta das mulheres por cidadania e direitos passa pelo reconhecimento do seu lugar de cidadã na sociedade, do respeito à sua condição feminina, a legitimação de seu direito social e civil. As mulheres são protagonistas de suas próprias vidas e nos seus distintos cenários, territórios e comunidades. Suas lutas e conquistas agregam valor na construção de um Brasil mais solidário, mais igual, com mais equidade, mais cidadania e democracia participativa.

5 A TRAJETÓRIA DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DO SUS: NOVAS FORMAS DE ATENÇÃO E GESTÃO DA SAÚDE

5.1 A humanização em destaque: o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar - PNHAH

Os sistemas de saúde vivem uma crescente complexidade a partir dos progressos da medicina e da ciência. A tecnologia imprime novas formas de atenção e atendimento no campo da saúde, podendo levar a uma prática impessoal, burocrática e desumanizada em muitos casos. Gesta-se um contexto onde passa a ser importante a discussão sobre os direitos dos usuários, reconhecendo-os e assegurando garantias.

Existe uma distinção entre direitos sociais e direitos individuais dos pacientes. Os primeiros são coletivos, frutos de escolhas e decisões políticas em cada sociedade; já os direitos individuais podem ser operacionalizados em função de pacientes tomados individualmente. A saúde, como um direito humano fundamental, passou a ser preconizada pela Organização das Nações Unidas - ONU e Organização Mundial da Saúde - OMS após a II Guerra Mundial e foi consagrada na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, no artigo XXV (Goulart; Chiari, 2010).

A partir da década de noventa, vários países membros da OMS assinaram declarações, em conjunto ou próprias, relativas aos direitos dos pacientes. Em 1995 foi publicada em Lisboa, a Declaração sobre a Promoção dos Direitos dos Pacientes na Europa. A declaração foi elaborada pela Organização Mundial de Saúde - OMS em colaboração com a Consulta Europeia sobre os Direitos dos Doentes, em Amsterdã. O documento destaca a implementação dos conceitos de respeito pelas pessoas, o livre exercício da escolha individual e a necessidade de construção de mecanismos que garantam a qualidade do atendimento.

No Brasil a discussão da humanização na área da saúde não pode ser feita sem considerar a vinculação do tema ao processo de constituição do Sistema Único de Saúde - SUS. No contexto de luta pela redemocratização do país, o SUS é gestado a partir da organização de vários setores da sociedade que se uniram ao Movimento da Reforma Sanitária e formularam os princípios de universalidade, equidade e integralidade como norteadores da política de saúde, que estão presentes na Constituição de 1988 como direito de qualquer cidadão e como dever do Estado (Benevides; Passos, 2005).

Na efervescência da Reforma Sanitária e do processo constituinte temos o surgimento das discussões e questionamentos sobre o papel da saúde, o acesso aos serviços de

atenção à saúde e os direitos do paciente. Com a promulgação da Constituição de 1988, os serviços de saúde devem promover o acesso à informação sobre a saúde, garantir atendimento e resolutividade e preservar a autonomia das pessoas.

A Constituição Federal é a primeira lei que protege o paciente. Em 2009, o Ministério da Saúde publicou a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, por meio da Portaria n. 1.820, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. A carta inclui o direito a atendimento humanizado e acolhedor, realizado por profissionais qualificados, em ambiente confortável e acessível a todos.

As lutas pelas melhorias no campo da saúde, as reivindicações e a legislação sobre direitos do paciente, anunciam transformações em vários contextos da sociedade brasileira, compõem o processo de construção da democracia e da cidadania e apresentam redefinições tanto do papel do Estado quanto da sociedade, através de suas organizações e associações.

A reivindicação de humanização do atendimento por parte dos movimentos sociais e associações de defesa de direitos de pacientes, sobretudo aquelas de certos grupos mais vulneráveis e/ou organizados, como pacientes idosos, portadores de HIV e de distúrbios mentais, é parte desse processo mais amplo de democratização do estado e da sociedade no Brasil (Goulart; Chiari, 2010, p. 258).

Nesse período já se registram vários trabalhos que apontam a importância da construção de uma assistência humanizada, pautada na valorização da dignidade do trabalhador e do usuário e o conceito de humanização passa a ocupar um lugar de destaque nas propostas de reconstrução das práticas de saúde no Brasil, no sentido de alcançar sua maior integralidade, efetividade e acesso.

A temática da humanização ganhou novo destaque em maio de 2000, quando o Ministério da Saúde regulamenta o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar - PNHAH. Registra-se que no final deste mesmo ano, a humanização é também incluída na pauta da 11ª Conferência Nacional de Saúde, a qual teve como tema: “Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social”. Esse momento propicia o surgimento de várias experiências de humanização da assistência, sendo seguidas de iniciativas no campo político-normativo.

O PNHAH foi apresentado em Brasília, no dia 24 de maio de 2000, para convidados representativos das mais variadas instâncias da área da saúde, tais como Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, dirigentes de Hospitais e Universidades, representantes dos usuários, Conselhos de Saúde e Conselhos de Classe. O Programa propunha um conjunto de ações integradas que visavam mudar substancialmente o padrão de assistência ao usuário nos

hospitais públicos do Brasil, melhorando a qualidade e a eficácia dos serviços prestados por estas instituições:

- Difundir uma nova cultura de humanização na rede hospitalar pública brasileira;
- Melhorar a qualidade e a eficácia da atenção dispensada aos usuários dos hospitais públicos no Brasil;
- Capacitar os profissionais dos hospitais para um novo conceito de assistência à saúde que valorize a vida humana e a cidadania;
- Conceber e implantar novas iniciativas de humanização dos hospitais que venham a beneficiar os usuários e os profissionais de saúde;
- Fortalecer e articular todas as iniciativas de humanização já existentes na rede hospitalar pública;
- Estimular a realização de parcerias e intercâmbio de conhecimentos e experiências nesta área;
- Desenvolver um conjunto de indicadores de resultados e sistema de incentivos ao tratamento humanizado;
- Modernizar as relações de trabalho no âmbito dos hospitais públicos, tornando as instituições mais harmônicas e solidárias, de modo a recuperar a imagem pública dessas instituições junto à comunidade (Brasil, 2001, p. 14).

O PNHAH constitui uma política ministerial destinada a promover uma nova cultura de atendimento à saúde no Brasil, cujo objetivo seria o aprimoramento das relações entre profissionais, entre usuários/profissionais (campo das interações face-a-face) e entre hospital e comunidade (campo das interações sociocomunitárias), visando à melhoria da qualidade e à eficácia dos serviços prestados por estas instituições (Deslandes, 2004).

A primeira etapa deste programa foi a realização de um projeto piloto, implementado em dez hospitais distribuídos em várias regiões do Brasil, situados em diferentes realidades socioculturais, e que possuíam diferentes portes, perfis de serviços e modelos de gestão. O trabalho em cada hospital foi desenvolvido por dois profissionais, com o acompanhamento de uma equipe de supervisores, coordenada pelo Comitê de Humanização.

Os multiplicadores do programa de humanização têm como função a criação de um Grupo de Trabalho de Humanização em cada um dos hospitais, constituído por lideranças representativas do coletivo de profissionais, cujas tarefas são: difundir os benefícios da assistência humanizada; pesquisar e levantar os pontos críticos do funcionamento da instituição; propor uma agenda de mudanças que possa beneficiar os usuários e os profissionais de saúde; divulgar e fortalecer as iniciativas humanizadoras já existentes; melhorar a comunicação e a integração do hospital com a comunidade de usuários (Oliveira; Collet; Viera, 2006, p. 282).

O programa considerado como inovador foi construído por um grupo de psicanalistas e tinha forte apelo à transformação das relações interpessoais, ou seja, ao campo das subjetividades. Ademais, estimulava a disseminação das ideias da humanização, os diagnósticos situacionais e a promoção de ações humanizadoras de acordo com as realidades locais (Rios, 2009).

Deslandes (2004) faz uma análise do documento oficial do PNHAH e destaca três ideias centrais da humanização no texto: 1) humanização como oposição à violência; 2) humanização como capacidade de oferecer atendimento de qualidade; 3) humanização como melhoria das condições de trabalho. Acrescenta que no corpo do documento não há definições precisas sobre o conceito de humanização, entretanto, destaca o fator humano como o mais estratégico e o processo comunicacional como a referência conceitual mais importante, visto o ser humano ser um ser de linguagem.

Devido a centralidade do modelo assistencial brasileiro, o PNHAH oficializa o movimento da humanização com foco inicial nos hospitais e vai ganhando força e visibilidade nessas instituições. Entretanto, essa ação mostrou que a problemática era mais complexa, pois a fragilidade dos modelos de atenção e gestão estava presente em vários serviços da administração pública, principalmente os da esfera da saúde e não apenas nos hospitais (Martins, 2010, *apud* Navarro; Pena, 2013).

Até 2003 se registram uma série de iniciativas relacionadas à humanização da atenção à saúde, caracterizadas pela dinâmica de programas: Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (2000); Programa Centros Colaboradores para a Qualidade e Assistência Hospitalar (2000); Norma de Atenção Humanizada de Recém-Nascido de Baixo Peso - Método Canguru (2000); Programa de Acreditação Hospitalar (2001). Essas iniciativas eram localizadas ou pontuais e apresentavam concepções variadas, de intenções e enfoques específicos. Algumas mostraram-se relevantes, mas, ao mesmo tempo, eram frágeis quanto ao conceito e metodologia (Souza; Mendes, 2009).

Em artigo que debate a experiência enquanto integrantes da equipe do Ministério da Saúde - MS nos anos 2003 e 2004, Benevides e Passos (2005) relatam que a discussão no MS se deu na defesa da priorização do tema da humanização como aspecto fundamental a ser contemplado nas políticas públicas de saúde. Havia tensão entre concepções diferentes e se fazia urgente reavaliar conceitos e práticas nomeadas como humanizadas. “Identificada a movimentos religiosos, filantrópicos ou paternalistas, a humanização era menosprezada por grande parte dos gestores, ridicularizada por trabalhadores e demandada pelos usuários” (p. 562).

O debate também evidenciava as condições precarizadas de trabalho, as dificuldades de pactuação das diferentes esferas do SUS, o descuido e a falta de compromisso na assistência ao usuário dos serviços de saúde. Além disso, a avaliação dos nomeados programas de humanização identificava o caráter fragmentado e separado dessas iniciativas, marcado pela baixa horizontalidade e seu modo vertical de organização.

Tínhamos, então, um duplo problema: seja o da banalização do tema da humanização, seja o da fragmentação das práticas ligadas a diferentes programas de humanização da saúde. Na verdade, trata-se de um mesmo problema em uma dupla inscrição teórico-prática, daí a necessidade de enfrentarmos a tarefa de redefinição do conceito de humanização, bem como dos modos de construção de uma política pública e transversal de humanização da/na saúde (Benevides; Passos, 2005, p. 562).

Diante dessa problemática, a Secretaria Executiva do MS propôs, em 2003, a criação da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS - PNH/HumanizaSUS em substituição do PNHAH.

5.2 A humanização como política pública: a criação da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS - PNH/SUS

Em 2003 o contexto político era favorável, iniciava-se uma nova gestão no comando do país e tudo convergia para que a humanização ganhasse o status de política pública. Humberto Costa foi escolhido pelo governo Lula para o comando do MS e Gastão Wagner de Sousa Campos, autor de vasta produção acadêmica e participante do movimento pela Reforma Sanitária, assumiu a Secretaria Executiva do MS. De acordo com Pereira e Neto (2015), Gastão Campos trouxe para o Ministério da Saúde novas ideias, metodologias e conceitos como o de clínica ampliada, cogestão, apoio matricial, entre outros, que passaram a compor os textos e fazer parte do vocabulário das políticas de saúde e da composição da estrutura teórica da Política Nacional de Humanização do SUS.

Portanto, para a construção de uma Política de Qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS), a Humanização deve ser vista como uma das dimensões fundamentais, não podendo ser entendida como apenas um ‘programa’ a mais a ser aplicado aos diversos serviços de saúde, mas como uma política que opere transversalmente em toda a rede SUS. O risco de tomarmos a Humanização como mais um programa seria o de aprofundar relações verticais em que são estabelecidas normativas que ‘devem ser aplicadas e operacionalizadas’, o que significa, grande parte das vezes, efetuação burocrática, descontextualizada e dispersiva, por meio de ações pautadas em índices a serem cumpridos e em metas a serem alcançadas independentemente de sua resolutividade e qualidade (Brasil, 2004b).

A PNH, conhecida como HumanizaSUS, nasce vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, a PNH, contando com um núcleo técnico sediado em Brasília – DF e equipes regionais de apoiadores que se articulam às secretarias estaduais e municipais de saúde. A partir desta articulação se constroem, de forma compartilhada, planos de ação para promover e disseminar inovações em saúde. É uma política pública que emerge do contexto da reforma sanitária brasileira, da construção do campo da saúde coletiva e das experiências de humanização que o SUS apresentava em iniciativas locais e nacionais.

Arouca já defendia na 11ª Conferência Nacional de Saúde que a reforma sanitária era muito mais do que um processo meramente tecnoburocrático ou gerencial na história da saúde pública brasileira; tratava-se de um marco na direção do aprimoramento de nossa experiência civilizatória. Em outras palavras: a construção do SUS teria como uma de suas consequências o aperfeiçoamento de nossa própria experiência como sociedade, então mais justa e solidária a partir da defesa de valores como democracia direta, controle social, universalização de direitos e humanização do cuidado (Pasche; Passos; Hennington, 2011, p. 4542).

O Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS (2010) apresenta o seguinte entendimento para a humanização do SUS, entre outros: valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde; fomento da autonomia e do protagonismo dos sujeitos e coletivos; aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; mudança nos modelos de atenção e gestão em sua indissociabilidade; compromisso com a qualificação da ambiência; compromisso com a articulação dos processos de formação; luta por um SUS mais humano, construído com a participação de todos.

Segundo Souza e Mendes (2009), a PNH surge como radicalização da aposta na humanização e, em seu documento base, assume ser uma política que transversaliza todo sistema: das rotinas nos serviços às estratégias de gestão, fomentando trocas solidárias e ações multiprofissionais e interdisciplinares, envolvendo gestores, profissionais e usuários em processos humanizados, a partir de novas formas de pensar e cuidar da saúde, e de enfrentar seus agravos.

Qualificar de transversal uma política de saúde significa atribuir às suas práticas um caráter de comunicação e de comunalidade. O conceito de transversalidade deve ser entendido aqui como um terceiro eixo que altera o padrão tradicional de comunicação organizado a partir dos eixos vertical e horizontal nas instituições de saúde: eixo vertical da hierarquização dos diferentes e o eixo horizontal que homogeneíza a comunicação na corporação dos iguais (Pasche; Passos; Hennington, 2011, p. 4544).

A humanização, por sua transversalidade, busca ultrapassar as fronteiras rígidas dos diferentes saberes/poderes que operam a produção da saúde; deve se constituir como vertente orgânica do SUS e “garantir este caráter questionador das verticalidades, pelas quais estamos, na saúde, sempre em risco de nos ver capturados” (Brasil, 2004b, p.07). Mediante um cenário de práticas hierarquizadas e fragmentadas, implica mudanças profundas nas relações das equipes de trabalho (profissionais, gestores) e entre estes e os usuários dos serviços. É preciso estabelecer a escuta e o diálogo e romper a lógica técnico-burocrática. Mudanças no modelos de atenção e de gestão da saúde.

De acordo com Pereira e Neto (2015), o HumanizaSUS reconhece o lugar de destaque da subjetividade para a modificação de práticas, culturas e sujeitos e acredita que a

mudança e a valorização de processos sociais e subjetivos sustentam-se em tecnologias relacionais para produzir saúde. Benevides e Passos (2005) também defendem a humanização do SUS como processo de subjetivação, uma experiência que considera a multiplicidade de determinantes da saúde e a complexidade das relações entre os sujeitos:

Falar de saúde como processo de produção é falar de uma experiência que não se reduz ao binômio queixa-conduta já que aponta para a multiplicidade de determinantes da saúde e para a complexidade das relações entre os sujeitos trabalhadores, gestores e usuários dos serviços de saúde. O que se produz neste processo é a um só tempo a saúde e os sujeitos aí implicados. Por isso, falamos da humanização do SUS como processo de subjetivação que se efetiva com a alteração dos modelos de atenção e de gestão em saúde, isto é, novos sujeitos implicados em novas práticas de saúde (Benevides; Passos, 2005, p. 570).

Ademais, apostam no trabalho democrático de sujeitos e coletivos protagonistas de sua própria história, na experiência singular do homem, em ações concretas de produção da realidade, deslocadas de uma noção idealizada do homem:

É na dimensão da experiência concreta que encontramos um “SUS que dá certo”. A construção da PNH se fez por um “reencantamento do concreto” (Varela, 2003) e não a partir da definição de um modelo ou de um padrão-ideal para organização dos modos de atenção e de gestão no campo da saúde pública brasileira. (Benevides; Passos, 2005, p. 569).

A Política Nacional de Humanização do SUS busca pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano, propondo mudanças nos processos de gerir e cuidar que superem a fragmentação e verticalização dos processos de trabalho que esgarçam as relações entre os diferentes profissionais de saúde e entre estes e os usuários. Destaca a importância de compreender a humanização como uma temática ampla e complexa, um direito que envolve o fazer de distintos sujeitos, descolado de vieses associados a atitudes humanitárias e filantrópicas.

A PNH apresenta-se não mais como um programa, mas como uma política para se reinventar modos de gerir e modos de cuidar, tomando por diretrizes o acolhimento, a ampliação da clínica, a gestão democrática, a valorização do trabalhador e a garantia dos direitos dos usuários. Estas diretrizes se apoiam em três princípios: a ampliação da transversalidade ou aumento do grau de abertura comunicacional intra e intergrupos, favorecendo a capacidade de interferência mútua entre sujeitos e a sua capacidade de deslocamento subjetivo; a inseparabilidade entre gestão e atenção e, finalmente, a aposta no protagonismo dos sujeitos em coletivos (Pasche; Passos; Hennington, 2011, p. 4544).

Também objetiva qualificar as práticas de gestão e atenção à saúde propondo novas atitudes no contexto das relações entre profissionais, usuários e gestores, numa perspectiva transversal que perpassa todos os serviços e hierarquias de atendimento. Nesse contexto, o processo de formação dos profissionais precisa ser repensado. O aprendizado técnico, racional e individualizado deve ceder lugar a uma aprendizagem apoiada pela reflexão, sem negar ou

menosprezar os recursos tecnológicos, mas utilizando-os como recurso e não como finalidade da intervenção na saúde. Faz-se importante o equilíbrio entre a capacitação científica e a formação humanística, de uma visão abrangente e multifacetada da saúde e da sensibilidade para compreender a realidade psicossocial das pessoas que precisarão dos serviços profissionais (Goulart; Chiari, 2010).

Entretanto, vale destacar que a capacitação profissional por si só, não garante a qualidade do cuidado prestado à população, pois os profissionais de saúde, em sua singularidade e complexidade de sujeitos, podem apresentar interesses, valores, vontades e desejos não consoantes com as propostas de humanização.

Assim, entendemos que a responsabilização pelo cuidado se dá não somente através da responsabilidade legal e normativa que os profissionais de saúde têm, mas atravessa as relações entre sujeitos inseridos numa dinâmica subjetiva e social caracterizada em nosso momento histórico pela exacerbação do individualismo e desinvestimento das instâncias coletivas para resolução de problemas sociais. Tais características, a nosso ver, dificultam a construção de um cuidado mais fraterno e produtor de autonomia (Silva; Sá; Miranda, 2013, p. 848).

Outro aspecto que merece destaque diz respeito às condições estruturais de trabalho do profissional de saúde que se expressam nos baixos salários, ambientes insalubres, carga horária exaustiva, vínculos trabalhistas fragilizados ou informais, amparado pela cultura do individualismo e competitividade produzida e defendida pela lógica neoliberal vigente. Humanizar a assistência é humanizar a produção dessa assistência, reforçando a posição estratégica das ações centradas na ética, no diálogo e na negociação dos sentidos e rumos da produção de cuidados em saúde (Deslandes, 2004).

Tematizar a humanização da assistência abre, assim, questões fundamentais que podem orientar a construção das políticas em saúde. 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, 2004b, p. 6).

Souza e Moreira (2008) destacam que na sociedade atual há um investimento na humanização como um valor associado a uma grife de qualidade, que vai gerar uma diferenciação e uma capacidade de destaque àqueles que a utilizam. Esta perspectiva se assemelha ao que Puccini e Cecílio (2004) chamam de slogan de propaganda, iniciativas pontuais, com motivação demagógica e atividades sob a denominação do clichê humanização, muitas vezes mascarando a realidade da situação que se quer modificar. Faz-se necessário um pensar reflexivo acerca do uso da humanização “como um conceito que orienta práticas, sob pena de perdermos seu possível potencial transformador e incorreremos na armadilha da mera repetição de uma palavra de ordem vazia e sem sentido” (Souza; Moreira, 2008, p. 332).

A construção de um novo modelo proposto pela PNH encerra muitos desafios e configura-se como um processo amplo, demorado e complexo, pois destaca não só uma mudança de base formal, legal, mas sobretudo, uma mudança de comportamento em novas formas de atenção e gestão do SUS, para as quais ainda se impõem inseguranças e resistências. Exige também o envolvimento de várias instâncias, mas salienta que cada instituição construirá seu processo singular de humanização, visto a premissa de valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas (Oliveira, Collet, Viera, 2006). O fortalecimento do trabalho multiprofissional, o fomento à construção da autonomia e protagonismo dos sujeitos, o fortalecimento do controle social e da participação, a democratização das relações de trabalho e a valorização dos profissionais, também constituem desafios que estão postos para a efetivação da Política Nacional de Humanização do SUS.

A PNH, em seu caráter inovador e transversal, estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si. Para tal, elenca propósitos, objetivos e resultados esperados:

1. Propósitos da Política Nacional de Humanização do SUS

- Contagiar trabalhadores, gestores e usuários do SUS com os princípios e as diretrizes da humanização;
- Fortalecer iniciativas de humanização existentes;
- Desenvolver tecnologias relacionais e de compartilhamento das práticas de gestão e de atenção;
- Aprimorar, ofertar e divulgar estratégias e metodologias de apoio a mudanças sustentáveis dos modelos de atenção e de gestão;
- Implementar processos de acompanhamento e avaliação, ressaltando saberes gerados no SUS e experiências coletivas bem-sucedidas.

2. Objetivos da Política Nacional de Humanização do SUS

- Ampliar as ofertas da Política Nacional de Humanização aos gestores e aos conselhos de saúde, priorizando a atenção básica/fundamental e hospitalar, com ênfase nos hospitais de urgência e universitários;
- Incentivar a inserção da valorização dos trabalhadores do SUS na agenda dos gestores, dos conselhos de saúde e das organizações da sociedade civil;

- Divulgar a Política Nacional de Humanização e ampliar os processos de formação e produção de conhecimento em articulação com movimentos sociais e instituições.

3. Resultados esperados

- Redução de filas e do tempo de espera, com ampliação do acesso;
- Atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco;
- Implantação de modelo de atenção com responsabilização e vínculo;
- Garantia dos direitos dos usuários;
- Valorização do trabalho na saúde;
- Gestão participativa nos serviços.

Apesar dos problemas e dificuldades em cada serviço de saúde, a PNH tem sido experimentada em todo o país, a partir das experiências bem-sucedidas de humanização de um SUS que dá certo, e do qual partem as orientações da PNH, traduzidas em seu método, princípios, diretrizes e dispositivos.

O método da PNH conhecido como “método da Tríplice Inclusão” é considerado como inclusivo ao significar uma desestruturação das limitações de poder e propor a construção de uma ação coletiva. Conforme o quadro a seguir (Quadro 01) o referido método defende a inclusão dos diferentes sujeitos implicados nos processos de produção de saúde (Brasil, 2010).

Quadro 1 - Método da PNH

MÉTODO DA TRÍPLICE INCLUSÃO	Inclusão dos diferentes sujeitos (gestores, trabalhadores e usuários) no sentido da produção de autonomia, protagonismo e coresponsabilidade.
	Inclusão dos analisadores sociais ou, mais especificamente, inclusão dos fenômenos que desestabilizam os modelos tradicionais de atenção e de gestão, acolhendo e potencializando os processos de mudança.
	Inclusão do coletivo seja como movimento social organizado, seja como experiência singular sensível dos trabalhadores de saúde quando em trabalho grupal.

Fonte: Folheto Política Nacional de Humanização PNH (Brasil, 2013).

Para a gestão e o cuidado da saúde, quanto ao modo de fazer, a PNH está fundamentada em três princípios norteadores apresentados no quadro abaixo (Quadro 02). “Por princípio entende-se o que causa ou força a ação, ou que dispara um determinado movimento no plano das políticas públicas” (Brasil, 2010, p. 23).

Quadro 2 - Princípios da PNH

PRINCÍPIOS	Transversalidade A Política Nacional de Humanização deve se fazer presente e estar inserida em todas as políticas e programas do SUS. A PNH busca transformar as relações de trabalho a partir da ampliação do grau de contato e da comunicação entre as pessoas e grupos, tirando-os do isolamento e das relações de poder hierarquizadas. Transversalizar é reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido. Juntos, esses saberes podem produzir saúde de forma mais corresponsável.
	Indissociabilidade entre atenção e gestão As decisões da gestão interferem diretamente na atenção à saúde. Por isso, trabalhadores e usuários devem buscar conhecer como funciona a gestão dos serviços e da rede de saúde, assim como participar ativamente do processo de tomada de decisão nas organizações de saúde e nas ações de saúde coletiva. Ao mesmo tempo, o cuidado e a assistência em saúde não se restringem às responsabilidades da equipe de saúde. O usuário e sua rede sociofamiliar devem também se corresponsabilizar pelo cuidado de si nos tratamentos, assumindo posição protagonista com relação a sua saúde e a daqueles que lhes são caros.
	Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos coletivos Qualquer mudança na gestão e atenção é mais concreta se construída com a ampliação da autonomia e vontade das pessoas envolvidas, que compartilham responsabilidades. Os usuários não são só pacientes, os trabalhadores não só cumprem ordens: as mudanças acontecem com o reconhecimento do papel de cada um. Um SUS humanizado reconhece cada pessoa como legítima cidadã de direitos e valoriza e incentiva sua atuação na produção de saúde.

Fonte: Folheto Política Nacional de Humanização PNH (Brasil, 2013).

As diretrizes da PNH explicitadas no quadro a seguir (Quadro 03) são as orientações gerais e as direções éticas que indicam como gestores, trabalhadores e usuários

devem ser incluídos no exercício da produção de saúde, preservando-a também como produção de cidadania (Navarro; Pena, 2013).

Quadro 3 - Diretrizes da PNH

DIRETRIZES	Acolhimento Acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva.
	Gestão Participativa e cogestão Cogestão expressa tanto a inclusão de novos sujeitos nos processos de análise e decisão quanto a ampliação das tarefas da gestão – que se transforma também em espaço de realização de análise dos contextos, da política em geral e da saúde em particular, em lugar de formulação e de pactuação de tarefas e de aprendizado coletivo.
	Ambiência Criar espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, propiciem mudanças no processo de trabalho e sejam lugares de encontro entre as pessoas.
	Clínica ampliada e compartilhada A clínica ampliada é uma ferramenta teórica e prática cuja finalidade é contribuir para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença. Permite o enfrentamento da fragmentação do conhecimento e das ações de saúde e seus respectivos danos e ineficácia.
	Valorização do Trabalhador É importante dar visibilidade à experiência dos trabalhadores e incluí-los na tomada de decisão, apostando na sua capacidade de analisar, definir e qualificar os processos de trabalho.
	Defesa dos direitos dos Usuários Os usuários de saúde possuem direitos garantidos por lei e os serviços de saúde devem incentivar o conhecimento desses direitos e assegurar que eles sejam cumpridos em todas as fases do cuidado, da recepção até a alta.

Fonte: Folheto Política Nacional de Humanização PNH (Brasil, 2013).

A PNH em seus dispositivos (Quadro 04) indica modos de fazer para que as diretrizes propostas possam ser efetivadas. Sugere iniciativas que privilegiam a escuta qualificada; a organização dos sujeitos em colegiados gestores, comitês e grupo de trabalho de humanização; a discussão compartilhada sobre mudanças e a melhor forma de uso dos espaços físicos; a qualificação do diálogo e uso de outras variáveis para enriquecer os diagnósticos; a garantia da formação e participação dos trabalhadores nos espaços coletivos de gestão e o direito do usuário de ser informado sobre sua saúde.

Quadro 4 - Dispositivos da PNH

DISPOSITIVOS DA PNH	☐ Acolhimento com Classificação de Risco; ☐ Equipes de Referência e de Apoio Matricial; ☐ Projeto Terapêutico Singular; ☐ Projetos Cogeridos de Ambiência; ☐ Colegiado gestor ☐ Contrato de Gestão; ☐ Sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde: gerência de “porta aberta”; ouvidorias; pesquisas de satisfação; ☐ Visita Aberta e Direito à Acompanhante; ☐ Programa de Formação em Saúde do trabalhador; ☐ Programas de Qualidade de Vida e Saúde para os Trabalhadores da Saúde; ☐ Grupo de Trabalho de Humanização (GTH); ☐ Câmaras Técnicas de Humanização (CTH); ☐ Projeto Memória do SUS que dá certo
-----------------------------------	--

Fonte: Folheto Política Nacional de Humanização PNH (Brasil, 2013).

Essas iniciativas da PNH buscam construir e/ou fortalecer espaços de livre pensamento e expressão, onde haja horizontalidade dos processos de comunicação, autonomia e protagonismo dos sujeitos e partilha de saberes.

Como política, a Humanização deve, portanto, traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais, entre as diversas unidades e serviços de saúde e entre as instâncias que constituem o SUS. O confronto de ideias, o planejamento, os mecanismos de decisão, as estratégias de implementação e de avaliação, mas principalmente o modo como tais processos se dão, devem confluir para a construção de trocas solidárias e comprometidas com a produção de saúde, tarefa primeira da qual não podemos nos furtar (Brasil, 2004b, p.07).

Além de seu método, princípios, diretrizes e dispositivos, desde 2008 a PNH conta com a Rede HumanizaSUS - RHS, uma rede de apoio mútuo para o enfrentamento dos desafios colocados à humanização da gestão e do cuidado no SUS. A RHS se constituiu como um dos dispositivos oferecidos pela Política Nacional de Humanização com o objetivo de “criar uma

rede de colaboração, que permita o encontro, a troca, o afeto, o conhecimento, o aprendizado, a expressão livre, a escuta sensível, o acolhimento, a multiplicidade de visões, a arte da conversa, a participação de qualquer um (Redehumanizausus, 2008).

É uma rede social composta por todos que compõem o SUS (trabalhadores, gestores e usuários), pessoas que trabalham para fazer um sistema de saúde mais justo, acessível e integral. Também propicia a visibilidade de ações exitosas no campo da humanização por todo esse país, na perspectiva do fortalecimento de práticas de saúde que dizem da potência e qualidade do SUS.

A RHS conta com um acervo digital de Humanização que reúne documentos e registros históricos da humanização no Brasil, dos atores e acontecimentos que fizeram e fazem o movimento HumanizaSUS. Tem três grandes coleções que reúnem mais de três mil itens, entre fotografias, material gráfico da HumanizaSUS e da RHS e reúne as publicações produzidas pelo Núcleo Técnico de Humanização do Ministério da Saúde que abrange as diretrizes e dispositivos da Política Nacional de Humanização. Inclui cartilhas, os cadernos HumanizaSUS e seus volumes temáticos, vídeos, artigos e outros documentos de interesse para a humanização.

O Coletivo HumanizaSUS se constitui em torno desse imenso acervo de conhecimento comum, que se produz sem cessar nas interações desta Rede. A grande aposta é que essa experiência colaborativa aumente o enfrentamento dos grandes e complexos desafios da humanização no SUS (Redehumanizausus, 2008).

Na cerimônia de abertura do Seminário de 10 anos da Política Nacional de Humanização, realizado em 2013 e publicado pelo Ministério da Saúde em 2014, Dário Frederico Pasche, então diretor do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas do MS, destaca que, ao longo desse anos, muitos questionamentos permanecem sobre a PNH, entretanto, é inegável o conjunto do acervo de materiais e experiências registradas, bem como a capilaridade conceitual da humanização como prática em todo o sistema público de saúde.

O diretor salienta os desafios da PNH em sua construção. Refere que a primeira dificuldade foi refletir sobre o próprio tema da humanização, que precisou ser desbanalizado, desvinculado de noções ou crenças religiosas, de gênero ou categoria profissional. Precisou ser teorizado e se constituir como política transversal. Acrescenta que como política, a humanização se expressa nas dimensões do estado, do governo, mas foi necessário resgatar a dimensão da política pública, que é a dimensão pública da política pública, e é nesta que ela se resolve com maior participação e força do público, do coletivo, tem que ser um movimento da sociedade. Para tal, era necessário fomentar o protagonismo, não dissociar gestão de atenção,

garantir a inclusão de cada um, dos grupos e dos coletivos (gestores, trabalhadores e usuários), tendo a clareza que esse encontro pode não ser harmônico, visto interesses distintos de seus participantes. Então, reforça que a humanização traz essa complexidade que é o trabalho em saúde para botar na roda, concluindo que “um legado desses dez anos é uma convicção de que esses princípios e esse modo de pensar e de fazer a política de humanização, eles se consolidaram” (Brasil, 2014, p. 36).

A editora da Rede HumanizaSUS, Patrícia Silva, em debate exibido virtualmente pela Rede em 23/08/24, pelo programa RHS Convida, contextualiza que, em 2015, com impeachment da presidente Dilma Rousseff, o vice-presidente Michel Temer assume o comando do país e exclui a área técnica da Política Nacional de Humanização do organograma do governo federal, cessando o apoio técnico para sua implementação aos serviços de saúde. Desde lá, a Rede HumanizaSUS passou a representar, mais que uma rede virtual, tornando-se um ponto de resistência do coletivo que acredita nessa política pública para superar diversos desafios no SUS, sendo um movimento social autônomo e financiado por seus próprios participantes. Patrícia Silva acrescenta que, desde o início do mandato atual do presidente Luís Inácio Lula da Silva, o coletivo da Rede HumanizaSUS é constantemente indagado sobre o retorno da Política Nacional de Humanização ao Ministério da Saúde.

No referido debate foi convidado o professor Gastão Wagner de Sousa Campos, para discutir sobre a questão: A PNH é necessária e tem lugar na atual conjuntura? Quais os sentidos (sentimentos) de um Política Nacional de Humanização hoje? Gastão Wagner foi o Secretário Executivo do Ministério da Saúde à época da criação da PNH. É professor titular da Universidade Estadual de Campinas, defensor do SUS e importante referência no campo da Saúde Coletiva no Brasil.

O professor Gastão defende a necessidade da PNH e reforça a importância da luta coletiva para convencer o Ministério da Saúde a retomar essa política. Salienta que é um processo de educação política, na perspectiva da formação moral, ideológica e política dos sujeitos, de acordo com as diretrizes do SUS, inclusive, um movimento que possa atuar com um certo grau de autonomia em relação ao governo de plantão. Acrescenta que a humanização se propõe numa sociedade radicalmente democrática e, portanto, é preciso avançar na desconstrução das práticas clientelistas e desrespeitosas que fazem politicagem no país. Passados 20 anos, a PNH precisa se atualizar, precisa rever suas prioridades, é preciso avançar em questões como o racismo, o machismo, se posicionar contra o fascismo e a ideologia neoliberal. Ele acredita que o MS, sob o comando da ministra Trindade tem um grande potencial para reconstruir e recompor essa política transversal entre todas as áreas do SUS,

entretanto, até o momento, não viu ninguém falando sobre isso. Defende a luta pelo retorno da potência que a PNH encerra, pois acredita que a humanização é uma forma de dar estabilidade institucional à proposta do direito universal à saúde através do cuidado compartilhado.

A PNH nasceu dentro do SUS, partindo de experiências concretas e bem sucedidas, de um SUS que dá certo. Apesar da situação institucional atual, a cultura da humanização está presente no cotidiano da assistência à saúde em inúmeras vivências por este país afora. É uma política transversal que busca transformar os modos de cuidar e fazer gestão e efetivar os princípios do principal sistema de inclusão social deste país. É uma política que horizontaliza as relações, que partilha saberes, que prima pela coletividade e pelo respeito ao outro, em sua dignidade e diversidade de ser humano. Portanto, faz-se mais que necessária para qualificar as ações do SUS e garantir uma política pública de saúde integral, universal, equânime e participativa.

5.3 A Política Nacional de Humanização do SUS no cenário local

Em 2000, com a instituição do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH, busca-se uma mudança no padrão de assistência ao usuário nos hospitais públicos do Brasil. Segundo os estudos de Gomes et al (2008) esse processo no estado do Ceará, focado nos hospitais e na criação dos Grupos de Trabalho da Humanização – GTH durou três anos e evoluiu por etapas, a partir de um estudo-piloto no Hospital Geral Dr. César Cals (HGCC) e, em seguida, a primeira fase envolveu seis hospitais. A segunda etapa, prevista para o final de 2002, com trinta hospitais, foi truncada pelo processo político-eleitoral, para a Presidência da República e para o Governo do Estado.

A Criação da Política Nacional de Humanização na Atenção e Gestão em Saúde - PNH em 2003 amplia o desafio da humanização, pois ultrapassa os limites dos hospitais e se expande para uma atenção integrada na gestão e no cuidado em saúde por meio de uma política de caráter transversal. Gomes et al (2008) explica que o trabalho já iniciado com o PNHAH no Ceará não podia retroceder e foi dado seguimento aos GTH e a construção das cartas de direitos dos pacientes. O desafio foi envolver os municípios das capitais e das macrorregiões de saúde, no esforço geral de humanização em saúde, sobretudo na atenção primária.

De acordo com Sampaio (2018), a partir da reflexão sobre as forças e fragilidades do SUS/Ceará, o governo estadual cearense adotou a humanização como eixo estratégico de suas novas práticas de saúde, apoiando as parcerias e interações entre trabalhadores, usuários e gestores, entre os diferentes níveis de gestão do SUS e estimulando a troca de saberes e a

socialização de práticas exitosas. Esse processo finaliza em 2005 com a aprovação da Política Estadual de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde do Ceará – PEH/CE, que apresentou seis objetivos específicos:

1. Estabelecer permanente fórum de discussão sobre as relações entre humanismo, solidariedade, respeito, competência técnica e competência relacional na prática da atenção e da gestão em saúde;
2. Melhorar a qualidade da atenção dispensada a profissionais e clientes do campo da saúde;
3. Articular e socializar experiências exitosas de humanização da atenção e da gestão em saúde, estimulando a realização de parcerias;
4. Incentivar a compreensão de sentimentos e valores, a participação, a grupalidade e o controle social no campo da saúde;
5. Estimular a inclusão de conteúdos associados à humanização da atenção e gestão em saúde no projeto político-pedagógico dos cursos formadores no campo da saúde.
6. Apoiar e incentivar as ações de voluntariado na saúde favorecendo a parceria com a sociedade na construção da humanização no cuidado e na gestão.

Ainda segundo o autor, esses objetivos estavam fundamentados em oito grandes princípios orientadores: Respeito à diversidade de linguagens, crenças e valores; Respeito à subjetividade e à dignidade; Respeito ao diálogo, à livre expressão de opiniões e à escolha; Construção da universalidade do direito ao atendimento, com qualidade e eficiência do acolhimento; Construção da equidade de condições para a igualdade de resultados; Construção da autonomia e do protagonismo; Construção da grupalidade e da interdisciplinaridade na prática dos conhecimentos e das intervenções; Construção da participação social e da gestão participativa.

Ao longo do tempo as unidades de saúde foram implementando projetos e ações de humanização que vão desde eventos comemorativos e culturais a atividades de valorização do trabalhador e atenção aos pacientes (projetos de segurança e medicina do trabalho, método canguru, casa da gestante). Também houve avanços em relação a implantação de outros elementos da PNH como o acolhimento com classificação de risco, a melhoria na ambiência com ampliação ou reforma das estruturas físicas, fortalecimento das ouvidorias, formação dos GTH, entre outros.

A Política Estadual de Humanização na Atenção e da Gestão em Saúde no SUS é coordenada pela Coordenadoria de Gestão do Trabalho e da Educação Permanente na Saúde -

CGTES. De acordo com informações do site da Secretaria de Saúde do Ceará - SESA, em abril de 2013 aconteceram os encontros de formação dos coletivos da Política Estadual de Humanização na Atenção e da Gestão de Saúde do SUS - PEH, que incluem o Colegiado Estadual de Humanização, as Câmaras Técnicas de Humanização das Coordenadorias Regionais de Saúde - CRES e Grupos de Trabalho de Humanização - GTHs dos serviços de saúde. Esses coletivos têm a missão de promover e acompanhar a implementação das diretrizes e dispositivos da PEH nos serviços e na gestão da saúde no Estado (Ceará, 2017).

Os coletivos formados estiveram em reunião com o consultor do Ministério da Saúde José Maria Ximenes. Mesmo reconhecendo avanços na gestão e nos indicadores de saúde, como a ampliação da cobertura do Programa Saúde da Família - PSF e a redução significativa da Taxa de Mortalidade Infantil no Ceará, ele admitiu “gargalos”, especialmente na garantia de acesso aos serviços, que comprometem a humanização mais efetiva do Sistema Único de Saúde. Entretanto, destacou os resultados expressivos do Estado nos transplantes de órgãos e tecidos, na implantação de redes de serviços de saúde, como Rede de Urgências e Rede Cegonha e na ampliação da oferta de serviços com a nova rede de assistência (Policlínicas, UPAs, Hospitais Regionais e Centros de Especialidades Odontológicas) (Ceará, 2017).

No Plano Estadual de Saúde 2024-2027, a humanização consta como um dos valores institucionais, entre outros, como sustentabilidade, inclusão e valorização das pessoas. Entretanto, não a identificamos com o status de política. Ao longo do texto temos referências a humanização nas linhas e entrelinhas de serviços e projetos, num sentido mais genérico, junto a diretrizes e objetivos de outras políticas, ou seja, a humanização, como política pública, não ocupa um lugar central nas ações propostas.

Acreditamos que o contexto nacional de dismantelamento da PNH se reflete no Estado e faz-se necessário uma articulação de forças políticas e da sociedade civil organizada para que a humanização volte ao seu patamar de política estadual, o que inclusive, lhe garante recursos para ampliação e fortalecimento das ações. Entretanto, a humanização está consolidada como ideal a ser seguido na dinâmica de atenção e atendimento do SUS no Estado. Prova disso foram as ações inovadoras de humanização no período da pandemia da Covid -19, bem como as ações registradas por hospitais estaduais de referência no Estado.

O Hospital Geral César Cals, em 2020, registrou iniciativas de humanização no método “mãe canguru”; no estímulo ao aleitamento materno, com um banco de leite que funciona 24 horas; e com o Projeto Lean nas Emergências, um projeto do Ministério da saúde que visa a redução da superlotação nas emergências dos hospitais públicos (Diário do Nordeste,

2020). E o Hospital Geral de Fortaleza - HGF, também registrou em junho de 2023 a consultoria do Hospital Sírio-Libanês - HSL para dar início ao Programa de Cuidados Paliativos no SUS – Atenção Hospitalar, Ambulatorial Especializada e Atenção Domiciliar. A capacitação com foco na humanização teve o objetivo de capacitar a equipe de profissionais da unidade com metodologias para fortalecer o bem-estar e a dignidade de pacientes com doenças crônicas e ameaçadoras à vida (Ceará, 2023).

No município de Fortaleza, em 2005, a Secretaria Municipal de Saúde priorizou a discussão e a efetivação da humanização da saúde como eixo estruturante da atenção à saúde de todo o município. A partir do acolhimento, um dos dispositivos da PNH, era proposto um novo processo de reflexão-ação na produção da saúde, buscando envolver gestores, trabalhadores e usuários. O objetivo era vincular o conceito de acolhimento ao processo de trabalho em saúde referindo-se, inicialmente, a uma atitude acolhedora das equipes e dos serviços para com a população usuária do SUS (Fortaleza, 2006).

Como ações importantes desse período, o Relatório de Gestão 2005 aponta: a formação dos Grupos de Trabalho de Humanização nos hospitais municipais de Fortaleza num direcionamento para a construção e efetivação da sua Política Municipal de Humanização - PMH. Esses grupos seriam importantes para orientar e implementar as ações de humanização na rede SUS, reafirmando seus princípios e estratégias operacionais. A outra ação se refere ao Curso de Extensão Universitária Fortaleza HumanizaSUS numa parceria da Secretaria Municipal de Saúde com a Universidade Federal do Ceará e o Instituto Sol de Desenvolvimento, Pesquisa, Empreendedorismo e Crédito. O objetivo principal era desenvolver e fortalecer o SUS, capacitando os profissionais e gestores num grande fórum de mobilização para a humanização em Fortaleza. O curso aconteceu em três etapas: a primeira com cinco mil participantes, a segunda com 150 pessoas escolhidas para facilitadores e a terceira aconteceu nas unidades de saúde (Fortaleza, 2006).

No ano de 2006 segue a intensa mobilização em favor da humanização, com ampliação dos GTH nos hospitais municipais e no nível central da Secretaria Municipal de Saúde. Também foi estabelecida parceria do Ministério da Saúde - MS, através da Coordenação da Política Nacional de Humanização - PNH, com a Prefeitura Municipal de Fortaleza - PMF, e com a Universidade Estadual do Ceará - UECE, através de seu Laboratório de Humanização da Atenção em Saúde - LHUAS. Com essa parceria obteve-se além do apoio para o desenvolvimento de atividades, a troca de saberes e de experiências entre os diversos atores/atrizes dessas instituições, envolvidos com a proposta de construção de um Sistema de

Saúde mais humanizado, capaz de oferecer serviços mais resolutivos e com maior qualidade (Fortaleza, 2007).

Em 2007 a PMH foi implementada nas redes assistenciais do Sistema Municipal de Saúde reafirmando o enfoque nos três eixos prioritários a serem abordados nas ações: Acolhimento e Ambiência, Gestão Compartilhada e Saúde do Trabalhador. O Relatório de Gestão desse período destaca a importância da articulação entre a PMH e a Política de Educação Permanente como eixos estruturantes e transversais do sistema de saúde (Fortaleza, 2008).

Em 2008, a SMS reafirma a Política Municipal de Humanização e fortalece a articulação com a Educação Permanente e com a Política Municipal de Ouvidoria no SUS (Fortaleza, 2009). A implantação e implementação da política de humanização no município desenvolveu várias estratégias simultâneas, tais como: elaborar mapas de risco dos ambientes de trabalho, estimular gestões compartilhadas (por meio de rodas de conversa), fortalecer as redes de saúde (entre a atenção básica e o sistema hospitalar), promover o acolhimento por classificação de risco no ordenamento do fluxo dos pacientes, entre outras medidas (Andrade, 2007, *apud* Ponte, 2014). Em novembro de 2008, Fortaleza sedia a Mostra Interativa HumanizaSUS: 20 anos do SUS e 05 anos da Política Nacional de Humanização e o II Encontro Municipal de Humanização de Fortaleza. Esses eventos reuniram trabalhadores, conselheiros e gestores da saúde para debaterem as propostas de fortalecimento da Política Municipal para o período seguinte que compreendia de 2009-2012 (Fortaleza, 2009).

Em 2009 com a continuidade do mesmo grupo da gestão anterior, agora em um novo período político, a Política Municipal de Humanização (PMH) é confirmada como uma política estruturante de governo (Fortaleza, 2010). O relatório de gestão de 2009 traz impresso a meta da PMH que seria: Instituir a Política Municipal de Humanização (PMH) como uma política estratégica e transversal capaz de envolver gestores, trabalhadores, conselheiros e usuários na qualificação da gestão e da atenção à saúde (Fortaleza, 2010).

Segundo Ponte (2014), em 2010 se percebe um planejamento mais formalizado, com quadro de metas, prazos e cumprimentos de atividades; o que demonstra uma maior organização e sistematização das ações propostas voltadas para a Política Municipal de Humanização, incluindo a elaboração de uma matriz de planejamento e monitoramento das ações propostas.

Entre as metas previstas no Plano Municipal 2010-2013 estão: fortalecer as diretrizes da PNH, pactuadas pelos coletivos, com ênfase no acolhimento, cogestão e valorização do trabalho e do trabalhador; fortalecer e acompanhar os coletivos de humanização

existentes; implantar e acompanhar os coletivos regionais de humanização; realizar processo de formação de apoiadores institucionais da PNH (Fortaleza, 2012).

Em 2013, uma nova gestão assume o município. De acordo com os estudos de Ponte (2014), o Plano Plurianual (PPA) 2014- 2017 mostra algumas propostas como ações a serem executadas na perspectiva da humanização: garantir o pleno funcionamento dos Postos de Saúde já instalados, com atendimento de qualidade; elaborar e executar Programa de Educação e Informação em Saúde, humanizando profissionais de saúde, professores, técnicos da saúde, conselheiros.

Nos relatórios de gestão do período 2013-2017 não encontramos referência a humanização como Política Municipal. No texto dos documentos identificamos ações referentes como a revitalização do acolhimento com classificação de risco e a efetivação da PNH. A situação é semelhante nos Planos Municipais de Saúde 2018-2021 / 2022-2025. A humanização não configura mais como uma política municipal estratégica dentro do sistema municipal de saúde. Ela está presente em ações de outras políticas como a educação permanente e em Redes de Atenção à Saúde - RAS como a Rede de Atenção às Urgências e Emergências e a Rede Cegonha.

A Maternidade Escola Assis Chateaubriand – MEAC, campo dessa pesquisa, é a maior maternidade do Ceará. Atende integralmente pelo Sistema Único de Saúde – SUS e integra a Rede Cegonha, uma estratégia do Ministério da Saúde, instituída pela Portaria Nº 1.459/2011, que envolve um conjunto de ações que visa garantir um atendimento humanizado e de qualidade para as mulheres, a partir de quatro componentes: parto e nascimento; puerpério; atenção integral à saúde da criança; sistema logístico (transporte sanitário e regulação).

Em 12/09/2024, o Governo Federal lançou a Rede Alyne, uma estratégia de reestruturação da Rede Cegonha, cujo objetivo é reduzir a mortalidade materna em 25%. O novo programa prevê diversas medidas como: reestruturação dos serviços de urgência e emergência, incentivo ao aleitamento materno, mais investimento em pré-natal, leitos canguru e modelo de financiamento por nascido vivo. A iniciativa homenageia a jovem negra Alyne Pimentel, que morreu aos 28 anos, gestante e vítima de negligência médica (Brasil, 2024).

6 A MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND COMO CAMPO DA AVALIAÇÃO INVESTIGATIVA

6.1 Apresentando o campo de estudo

Os estudos sobre parturição indicam que historicamente os cuidados com o parto eram prestados por mulheres conhecidas como parteiras, aparadeiras, comadres. Eram pessoas de inteira confiança do mulhierio e detinham saber empírico sobre os cuidados com o corpo, doenças venéreas e assistiam de forma domiciliar as mulheres durante a gestação, parto e puerpério (Brenes, 1991).

A prática desses cuidados só foi incorporada pela medicina posteriormente. Na Europa nos séculos XVII e XVIII e, no Brasil apenas com a inauguração das Escolas de Medicina e Cirurgia na Bahia e no Rio de Janeiro em 1808.

Atualmente, as práticas tradicionais de assistência às mulheres ainda existem em diversas regiões e povos brasileiros, mas a maioria dos atendimentos ginecológicos e obstétricos são realizados em unidades públicas de saúde.

A primeira maternidade do país foi fundada em 30 de outubro de 1910 na cidade de Salvador - BA, por iniciativa do professor Climério Cardoso de Oliveira, que a partir de uma intensa movimentação popular conseguiu receber recursos federais para sua construção.

A Maternidade Escola Assis Chateaubriand nasce de uma campanha em prol de sua construção em 28 de maio de 1955. As obras foram iniciadas no ano seguinte. Em 14 de dezembro de 1963 foi inaugurada e entregue a Universidade Federal do Ceará - UFC. (Brasil, 2020).

Prestes a completar 61 anos, a Maternidade Escola Assis Chateaubriand - MEAC e o Hospital Universitário Walter Cantídio - HUWC, compõem o Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará - CH-UFC, que está fundamentado nos pilares Ensino, Pesquisa, Assistência, Sustentabilidade, Governança, Processos e Pessoas. Cenário de práticas para formação de profissionais e estudantes de diversas partes do país, o CH-UFC é celeiro de pesquisas científicas e centro de assistência em saúde à população via SUS (MEAC, 2022).

Desde novembro de 2013, é administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH, por meio de contrato de gestão firmado com a Universidade. A rede de hospitais universitários federais é formada por 51 hospitais vinculados a 36 universidades federais. Destes, 45 hospitais são vinculados à Rede Ebserh. O CH-UFC conta com 4.689 colaboradores distribuídos por hospital e vínculo de acordo com a Tabela 1 abaixo:

Tabela 1 - Distribuição de colaboradores por hospital e vínculo

Vínculo	Categoria	HUWC	%	MEAC	%	CH.UFC	%
EBSERH	Cedidos	8	61,5%	5	38,5%	13	0,3%
EBSERH	Efetivos	1.353	57,9%	983	42,1%	2.336	49,8%
EBSERH	Temporários	13	68,4%	6	31,6%	19	0,4%
EBSERH	Temporários PSS	6	100,0%	0	0,0%	6	0,1%
Residentes	Resmed	320	89,9%	36	10,1%	356	7,6%
Residentes	Resmulti	80	77,7%	23	22,3%	103	2,2%
Terceirizados		573	60,6%	372	39,4%	945	20,2%
UFC	Ativos	593	65,8%	308	34,2%	901	19,2%
UFC	Cedidos	6	66,7%	3	33,3%	9	0,2%
UFC	Efetivos	1	100,0%	0	0,0%	1	0,0%
Total		2.953	63,0%	1.736	37,0%	4.689	100,0%

Fonte: FAPIS - Ferramenta de Apresentação de Painéis de Inteligência em Saúde - 16/10/2024

O Gráfico 1 abaixo também informa os vínculos de trabalho diversos:

Gráfico 1 - Distribuição de colaboradores por hospital e vínculo

Distribuição por hospital e vínculo



Fonte: FAPIS - Ferramenta de Apresentação de Painéis de Inteligência em Saúde - 16/10/2024

Já a Figura 1, a seguir, ilustra o total de colaboradores do CH-UFC:

Figura 1 - Total de colaboradores do CH-UFC



Fonte: FAPIS - Ferramenta de Apresentação de Painéis de Inteligência em Saúde - 16/10/2024.

Os profissionais UFC são regidos pelo Regime Jurídico Único que regulamenta a relação entre os servidores públicos e a administração pública. São servidores públicos estatutários. Os profissionais da EBSEH são denominados empregados públicos federais, regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e contratados por meio de concurso público. O profissional terceirizado é um trabalhador que presta serviços por meio de uma empresa de terceirização, com a qual tem vínculo empregatício, neste caso, são contratados via CLT. As formas de contrato divergem quanto à estabilidade profissional e remuneração. No cenário do CH-UFC, os profissionais terceirizados são os que percebem os menores rendimentos e têm o vínculo empregatício mais frágil, visto a constante mudança das empresas prestadoras de serviço. São profissionais de nível de ensino fundamental e médio e executam serviços de limpeza geral, copa e cozinha, segurança, portaria, recepção, contínuo, maqueiro e outros.

Como missão, a MEAC se propõe a realizar assistência, ensino e pesquisa para o cuidado com excelência à saúde da mulher e do recém-nascido. Seus valores fundamentais são: Compromisso com a vida; o acolhimento das pessoas; a formação para o cuidado em saúde; a realização de pesquisas de excelência e a governança corporativa. Sua visão é ser uma instituição acreditada, referência regional em pesquisa na área de saúde da mulher e perinatal, com profissionais capacitados e cenários de práticas adequados. Na MEAC, as ações assistenciais focam prioritariamente os princípios da humanização, com cultura participativa, trabalho integrado e interdisciplinar (UFC, 2023).

A MEAC é reconhecida pelo Ministério da Saúde como maternidade de excelência no atendimento às gestantes de alto risco, além de se destacar como referência na adoção das boas práticas ao parto e nascimento humanizados. É uma instituição pública federal que oferta serviços em nível de alta e média complexidade à população através de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico nas especialidades de obstetrícia, ginecologia, neonatologia, mastologia e medicina fetal. Funciona 24h com emergência aberta, atendendo usuárias com urgências e emergências obstétricas e ginecológicas, entre outras demandas (MEAC, 2023).

O registro do número de partos e nascimentos realizados pela MEAC expressa a grande demanda que é atendida pela instituição, ultrapassando, segundo o quadro abaixo, 350 procedimentos por mês.

Gráfico 2 - Relatório de Produção Assistencial - Parto e Nascimento

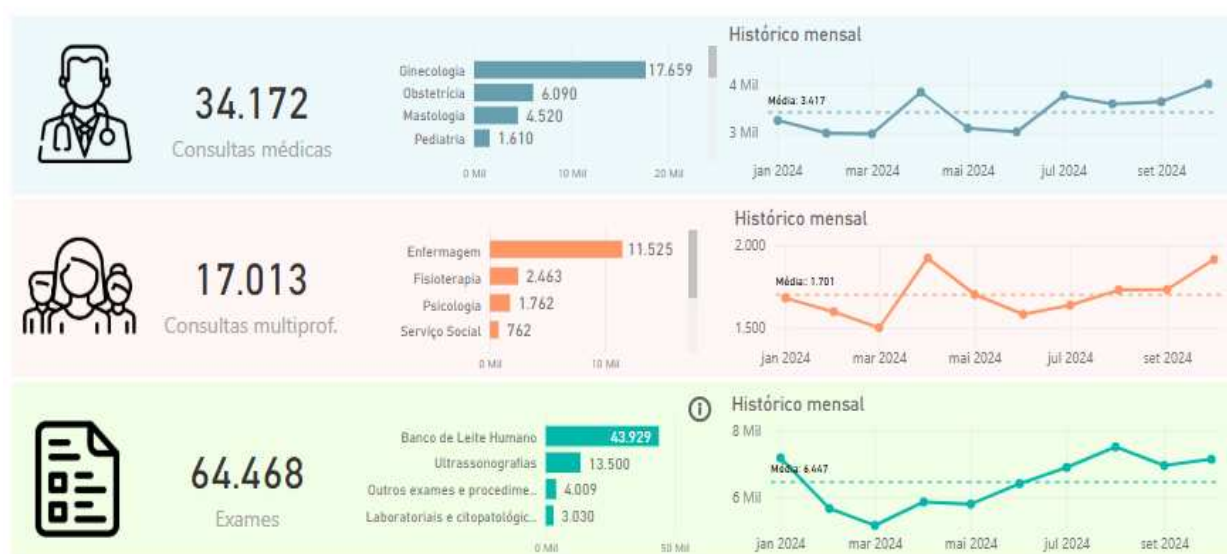


Fonte: FAPIS - Ferramenta de Apresentação de Painéis de Inteligência em Saúde - Janeiro a Outubro de 2024.

Os serviços oferecidos pela MEAC englobam vários ambulatórios especializados e as unidades de internação de obstetrícia, ginecologia, mastologia e UTI materna. Na neonatologia, conta com o Alojamento Conjunto (AC), as Unidades de Cuidado Intermediário (UCINCo) e Canguru (UCINCa) e as Unidades de Terapia Intensiva Neonatais (UTIN). Também conta com a Casa da gestante, bebê e puérpera, oferta serviços laboratoriais, de imagem e banco de leite humano, além de atuar como campo de formação de alunos de graduação, curso técnico e de residência médica e multiprofissional da UFC.

O Gráfico 3, a seguir, apresenta o expressivo número de atendimentos ambulatoriais realizados, destacando as consultas médicas, as consultas com a equipe multiprofissional, exames e procedimentos.

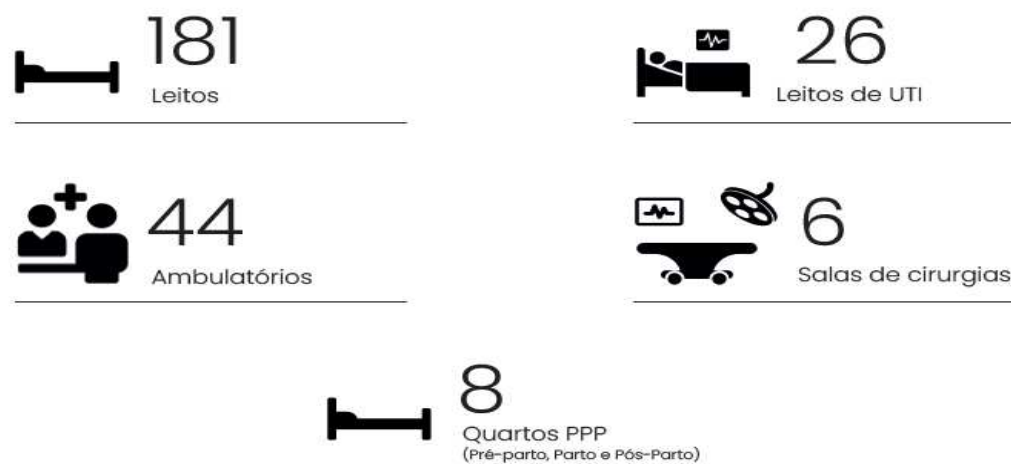
Gráfico 3 - Relatório de Produção Assistencial - Produção ambulatorial



Fonte: FAPIS - Ferramenta de Apresentação de Painéis de Inteligência em Saúde - Janeiro a Outubro de 2024

Quanto à capacidade instalada, apresenta um número de leitos superior a 150 (Figura 2), sendo assim classificada como hospital de grande porte.

Figura 2 - Número de leitos



Fonte: Relatório Institucional 2022 – Complexo Hospitalar da UFC / EBSERH (2022).

O serviço de pronto atendimento é ofertado pela emergência 24 horas por dia para atendimento de queixas de situações obstétricas, ginecológicas, de mastologia e de violência sexual, esta última com acompanhamento multiprofissional e seguimento no ambulatório especializado Superando Barreiras. Desde o dia 28 de agosto de 2024 passou a funcionar com uma estrutura nova, oferecendo aos profissionais melhores condições para o trabalho e favorecendo um ambiente mais adequado para atenção e cuidado das pacientes.

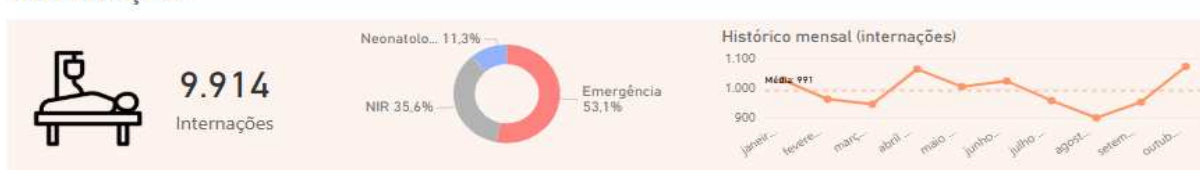
A emergência é a grande porta de entrada da MEAC e opera diariamente com um grande número de atendimentos e internações, expressos no quadro a seguir:

Gráfico 4 - Relatório de Produção Assistencial - Emergência e Internações

EMERGÊNCIA



INTERNAÇÕES



Fonte: FAPIS - Ferramenta de Apresentação de Painéis de Inteligência em Saúde - Janeiro a Outubro de 2024.

6.2 A implantação da PNH na MEAC

Com a criação da Política Nacional de Humanização (PNH) em 2003, a MEAC foi buscando implementar e fortalecer ações e práticas que garantam e possam efetivar esta política em todo o processo de assistência às mulheres e aos recém-nascidos. Dentre estas, podemos citar: 1990 - Garantia de acompanhante à criança e ao adolescente (ECA - Lei 8.069-13/07/1990); 2003 - Garantia de acompanhante à paciente idosa (Estatuto do Idoso – Lei 10.741- 10/10/2003); 2003 - Formação do Grupo de Trabalho em Humanização – GTH; 2007 - Garantia às parturientes do direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (Lei 11.108-07/04/2005); 2007 - Inauguração do Centro de Parto Humanizado; 2008 - Cartório de Registro Civil; 2010 - Ampliação do horário de visita; 2011 - Horário de visita dos avós na Neonatologia; 2011 - Garantia de refeição para todos acompanhantes.

O processo de implantação da PNH na Maternidade Escola Assis Chateaubriand-MEAC se fortalece a partir do incentivo do Governo Federal, através do Ministério da Saúde com o Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais do Nordeste e Amazônia Legal (PQM RP), que faz parte do pacto para a redução da mortalidade infantil e materna nessas regiões.

Segundo Ribeiro, Zanella e Nogueira (2013), o objetivo do Plano de Qualificação é a aplicação da Política Nacional de Humanização durante pré-parto, parto, nascimento e puerpério, e a promoção da discussão das práticas de saúde em conjunto com gestores de maternidades, áreas técnicas, atenção básica e especializada, a partir da utilização dos dispositivos da PNH como eixos centrais do Plano.

Ainda de acordo com as autoras, a primeira fase do Plano iniciou-se em dezembro de 2009 e contou com a participação de um representante do Ministério da Saúde como apoiador institucional. Também registra-se processos de capacitação profissional através de cursos e visitas técnicas a outros hospitais do país e a formação de um grupo estratégico para implementação do Grupo de Trabalho em Humanização com a participação dos trabalhadores.

Como resultados do processo de implantação das ações do PQMRP, em 2011 foram constituídos oito colegiados gestores: Unidades Neonatais, Alojamento Conjunto, Emergência, Centro Obstétrico, Unidade de Tratamento Intensivo (UTI Materna), Centro Cirúrgico, Ambulatórios e Unidades de Internação (obstetrícia e ginecologia). No mesmo período, foi elaborado um novo plano de ação contemplando outras diretrizes e registrou-se avanços quanto

à proposta do acolhimento com classificação de risco, mediante a construção de protocolos de atendimento em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

Em 2012 a MEAC aderiu a Rede Cegonha, uma estratégia do Ministério da Saúde (MS), vinculada ao pacto de redução da mortalidade materna e infantil. Sob os princípios da Política Nacional de Humanização, a Rede Cegonha visa a implementar uma rede de cuidados voltados às gestantes e puérperas, buscando assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (Brasil, 2011).

O destaque da MEAC no Projeto Rede Cegonha conferiu a esta, em 2016, pelo MS, o reconhecimento como Centro de Apoio ao desenvolvimento das boas práticas de atenção obstétrica e neonatal no Brasil, passando a ser considerada como uma das maternidades modelo do país.

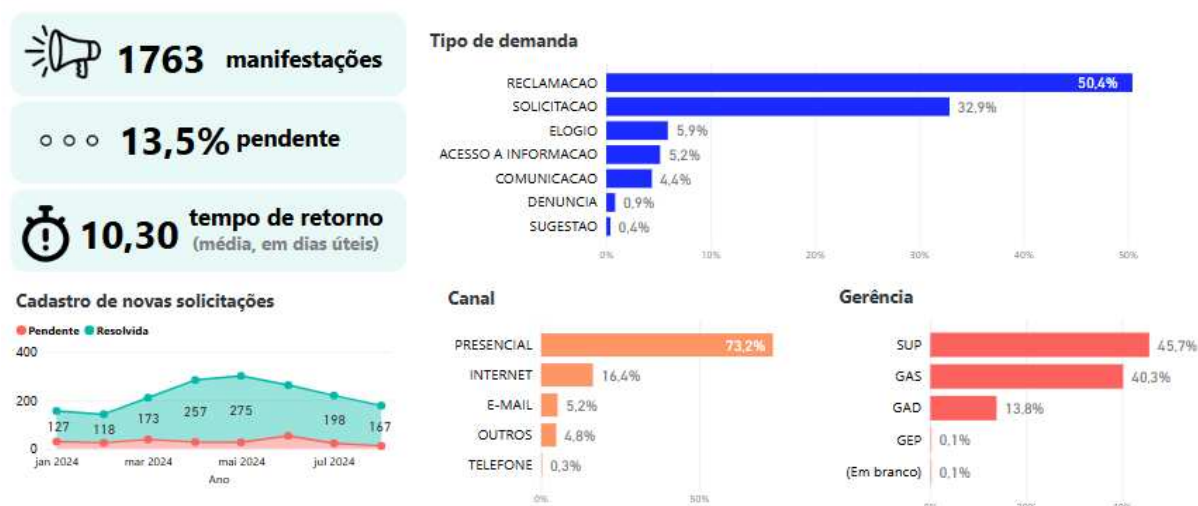
Em 2017 é criada a Comissão de Humanização da MEAC, sendo nomeada como presidente a ouvidora da instituição. No ano seguinte a EBSEH publica a Diretriz Ebserh de Humanização: Assistência Humanizada para Melhoria da Qualidade em Saúde. O documento tem como objetivo recomendar um rol mínimo de atividades em humanização da atenção hospitalar a serem implementadas, executadas, monitoradas e avaliadas na Rede Ebserh, a fim de que possibilite um trabalho coeso em rede.

A Diretriz da Ebserh reconhece que vários hospitais da rede já possuem trabalhos em humanização, alguns de grande destaque nacional e internacional, o que favorece a implementação de ações nos demais hospitais com as trocas de experiências em rede. Entretanto, reforça a importância de um documento que formalize essas experiências, combine conceitos e defina prioridades para adequação aos requisitos da PNH (Brasil, 2018).

A diretriz discorre sobre dispositivos e ações importantes na implementação e expansão das atividades que fortalecem o processo de humanização da gestão do cuidado: Grupo de Trabalho de Humanização, Visita aberta e direito ao acompanhante, Sistemas de escuta qualificada, Desospitalização; Acolhimento com classificação de risco; Carta de direitos dos usuários do SUS, Ambiência, Valorização dos trabalhadores, Brinquedoteca.

Em relação aos dispositivos elencados, a MEAC conta com Comissão de Humanização com regulamento interno próprio, trabalha com visita ampliada e garantia de acompanhante a todas as pacientes (Lei 14.737 de 28 de novembro de 2023). Possui serviço de ouvidoria implantado para realização de escuta qualificada, o qual registra, a partir de diversos canais, as manifestações das demandas dos usuários, identificadas no quadro abaixo:

Gráfico 5 - Manifestações da Ouvidoria



Fonte: FAPIS - Ferramenta de Apresentação de Painéis de Inteligência em Saúde - 07 de outubro de 2024

Quanto à desospitalização, a MEAC vem avançando quanto ao projeto terapêutico singular e trabalha com relatórios de alta e encaminhamentos pra continuidade de tratamento na rede de saúde. A emergência atua com os protocolos de acolhimento e classificação de risco implantados.

O acolhimento favorece a construção de relação de confiança e compromisso entre as equipes e os serviços. O ato de acolher não deve se restringir a uma atitude voluntária de 'bondade' e 'favor' por parte de alguns profissionais; não se reduz a uma reorganização espacial com adequação de recepções administrativas e outros ambientes, nem também a uma ação de triagem (administrativa, de enfermagem ou médica) com seleção daqueles que serão atendidos pelo serviço naquele momento (Brasil, 2017, p. 14).

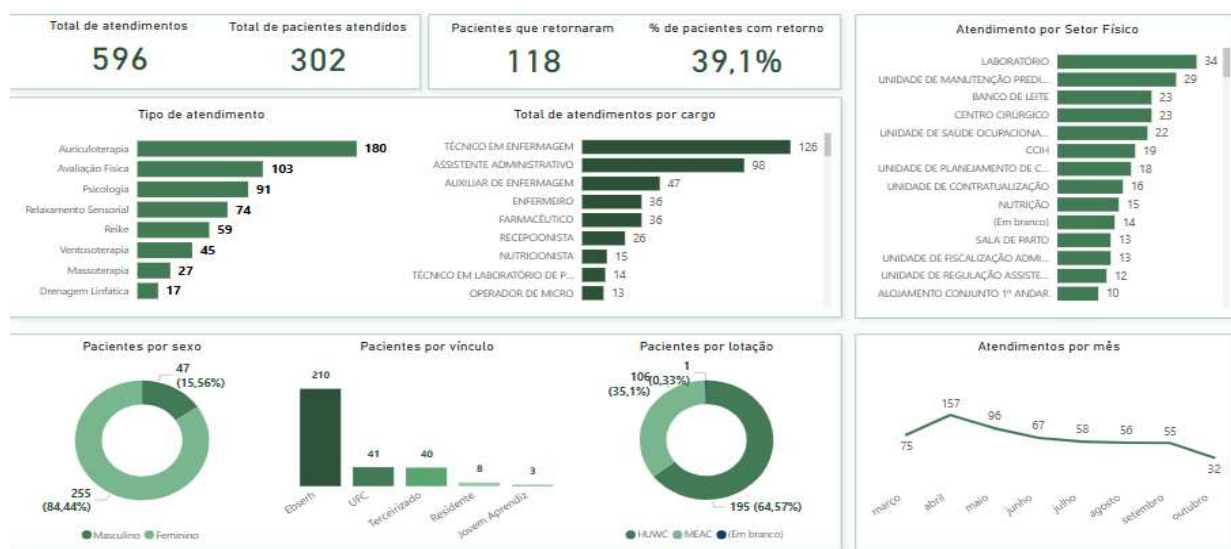
Segundo Pasche (2009) o acolhimento é uma diretriz ética, portanto inegociável e, por isto, uma direção fundamental para a construção de redes de atenção, redes de cuidado. É uma atitude de abertura à recepção de necessidades de saúde que se expressam na forma de demandas para os serviços e profissionais da saúde. Acolher requer a construção de respostas satisfatórias às necessidades, independentemente da lógica de organização dos serviços, que devem ter o acolhimento como diretriz norteadora de sua forma de funcionamento.

O acolhimento realizado na porta de entrada das maternidades apresenta particularidades próprias relacionadas à gestação e ao parto. Sentimentos como medo e insegurança, acrescidos do desconhecimento e dos mitos que rodeiam esses fenômenos sempre trazem preocupação às pacientes e familiares. O acolhimento realizado com informações claras e objetivas, na perspectiva da construção de um vínculo de confiança, favorece o protagonismo da paciente e a qualidade do atendimento (Brasil, 2017).

Essa diretriz não tem local nem hora certa para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo. Pensado como um processo transversal, o acolhimento deve permear todos os espaços do serviço e rede, como uma postura a ser exercida por todas as equipes para melhor escutar e atender às necessidades singulares da mulher/gestante.

Em relação aos demais dispositivos citados, salientamos que a MEAC possui a Carta de Serviços aos Cidadãos disponível no site da instituição; tem melhorado a ambiência, nesse momento com destaque para a nova emergência e conta com ações de valorização dos trabalhadores expressas em atividade de formação, capacitação e qualidade de vida, destacando-se nessa última atividade a Casa Viva, que oferta aos trabalhadores atendimento psicológico (escuta) e salas para práticas de relaxamento e de atividades em grupo (conforme quadro 11), gerenciadas pelo Programa de Qualidade de Vida no Trabalho, coordenado pela Unidade de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalhador. Não conta com serviço de brinquedoteca, pois não tem atendimento de pediatria.

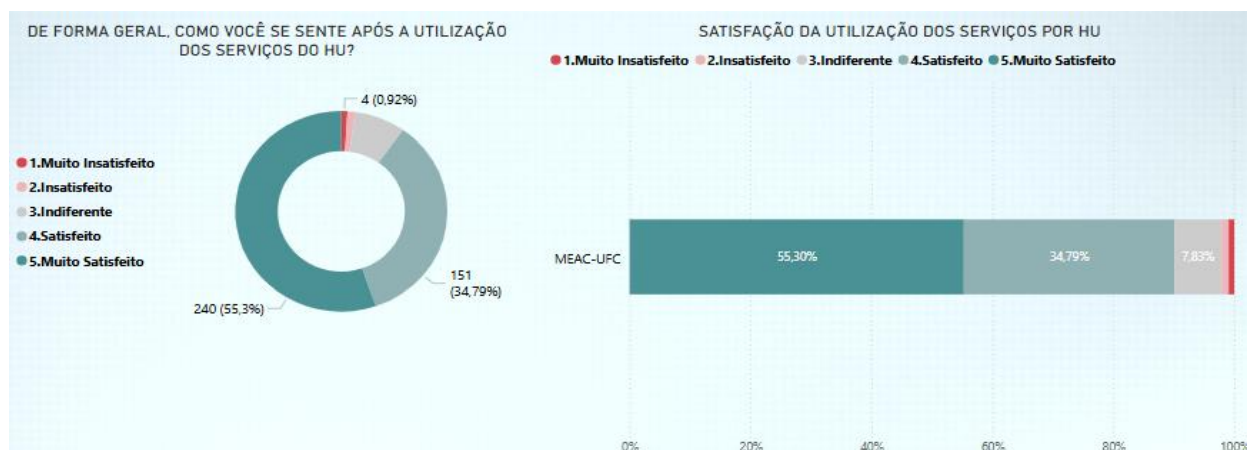
Gráfico 6 - Casa Viva



Fonte: FAPIS - Ferramenta de Apresentação de Painéis de Inteligência em Saúde - 05 de novembro de 2024.

Quanto aos processos avaliativos realizados pela instituição, salientamos a pesquisa de satisfação dos usuários (pacientes e acompanhantes) realizada anualmente pela ouvidoria. A pesquisa de 2024 avaliou dados referentes a roupa/limpeza/lixo; estrutura; atendimento no ambulatório; atendimento na internação; refeições; equipamentos médicos; segurança/portaria. A avaliação do atendimento na internação inclui dados do atendimento da equipe médica e dos demais profissionais de saúde. Os dados apresentados do ano de 2024 expressam nível de satisfação superior a 90% conforme o quadro abaixo:

Gráfico 7 - Satisfação dos usuários



Fonte: FAPIS - Ferramenta de Apresentação de Painéis de Inteligência em Saúde - 2024.

Em conversa com a Ouvidora do CH-UFC, Sra. Sandra Lúcia Alves, esta nos explicou que estes dados ainda não contemplam a emergência, mas acrescentou que é uma situação que cabe reflexão para que o referido setor possa ser avaliado num próximo momento.

Outro processo avaliativo que a MEAC participa é a Avaliação Interna da Qualidade - Avaqualis. A Avaqualis integra o Programa Ebserh de Qualidade (PGQuali) instituído em 2018. Consiste num sistema próprio de avaliação dos Hospitais Universitários Federais e tem como objetivo promover a cultura de melhoria contínua dos serviços prestados pelos hospitais nas áreas assistenciais, de ensino, extensão, pesquisa e inovação em saúde. Ocorre anualmente e segue manual padronizado pra toda rede. Os requisitos previstos são baseados na legislação vigente, em boas práticas e em evidências científicas. E todos os setores e serviços do hospital são avaliados. A edição 2024 será realizada entre os dias 04 e 14 de novembro (Brasil, 2024).

A Avaqualis é respondida a partir dos índices de conformidade nos requisitos elencados. Em relação aos requisitos referentes à PNH, a Comissão de Humanização do CH-UFC é a responsável pelas respostas. A título de exemplo, o quadro abaixo mostra alguns dos requisitos Avaqualis respondidos pela Comissão de Humanização em 2023. Todos os requisitos respondidos para o ano 2023 estão nos anexos deste trabalho.

Pelo exposto, os elementos da PNH estão presentes nos documentos, discursos e práticas da instituição. Cabe indagar como acontecem no cotidiano da atenção e cuidado às usuárias dos serviços? Estas são sujeitos nessa construção? Realizam o protagonismo preconizado? As ações desenvolvidas foram pensadas e construídas coletivamente por gestores, profissionais e usuárias, respeitando a horizontalidade dos saberes? A política de humanização se faz de fato transversal nesse ambiente? São questões que interpelam essa interlocutora a buscar respostas, mediante processo investigativo de avaliação dessa política pública.

7 A POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO NA EMERGÊNCIA DA MEAC NA ÓTICA DOS SUJEITOS PESQUISADOS

7.1 Organizando os resultados do campo investigativo

A discussão teórica sobre a humanização apresenta a polissemia que o termo encerra, com um conjunto variado de percepções e conceitos que compõem os estudos sobre o tema. Para fins dessa pesquisa, na interlocução com os pesquisados, consideramos a humanização de acordo com entendimento expresso pela Política Nacional de Humanização: valorização dos sujeitos implicados no processo (usuários, trabalhadores e gestores) com respeito à autonomia, protagonismo e participação coletiva.

A humanização compreendida como um processo transversal, construído coletivamente a partir das relações que se estabelecem no cotidiano das práticas de saúde. Os sujeitos partícipes do processo, apesar de ocuparem posições distintas na organização do sistema, não são elementos que se contrapõem, todos fazem parte da PNH e devem ser contemplados na perspectiva da atenção humanizada. Seus interesses devem se somar e convergir para uma mesma finalidade. A base é o respeito e conhecimento das necessidades e dificuldades dentre do contexto comum da saúde pública.

Este capítulo consubstancia as observações e análises sobre a Política Nacional de Humanização do SUS - PNH na emergência da Maternidade Escola Assis Chateaubriand - MEAC considerando as respostas e relatos de profissionais e pacientes, atores que compõem essa unidade de referência na atenção e cuidado da saúde das mulheres em Fortaleza.

É um esforço de organização do material empírico com referências bibliográficas inspiradoras do processo investigativo. O presente estudo é relevante no contexto de uma análise que busca avaliar uma política que visa qualificar o Sistema Único de Saúde - SUS, um sistema de saúde público que garante acesso gratuito e universal para toda a população brasileira, sendo considerado um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo.

O campo investigativo - a emergência da MEAC - se configura como um espaço dinâmico e movimentado, geralmente demarcado por uma grande demanda de atendimento. Essa especificidade impôs à prática da pesquisa um processo que se adequasse ao ambiente e seu movimento. Desse modo, a escolha dos profissionais e pacientes, dentro dos critérios estabelecidos, guiou-se pela disponibilidade destes, pelo espaço físico que garantisse o sigilo e a privacidade e pelas próprias condições clínicas das pacientes, ou seja, não era possível

entrevistar pacientes com quadro de dor intensa, que estivesse em procedimento ou na iminência de ser transferida para outro setor de internação.

Os entrevistados foram fundamentais para a pesquisa, apontando elementos que configuram suas percepções sobre a humanização do atendimento na realidade do serviço de saúde ofertado e nos instrumentalizando para a análise avaliativa

As entrevistas foram realizadas entre os dias 09 de outubro de 2024 a 06 de novembro de 2024, presencialmente e com o uso do gravador. Os entrevistados foram convidados a participar pessoalmente e a maioria das entrevistas foi realizada no mesmo dia do convite. Para todos os entrevistados foi solicitada leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, garantindo aos participantes o sigilo das informações e a segurança de que apenas a pesquisadora e a orientadora teriam acesso aos dados integrais.

Em relação aos trabalhadores, escolhemos profissionais das categorias que atendem na emergência, como médicas, enfermeiras, assistentes sociais, psicólogas, técnicas de enfermagem e recepcionistas. Por plantão, são em torno de 14 profissionais que compõem a equipe mínima na emergência e que estão diuturnamente na MEAC. Para o grupo de profissionais não houve restrições em relação a idade, vínculo empregatício ou tempo de trabalho. Para a inclusão da categoria dos gestores, no âmbito da pesquisa, foi determinado como critério que deveriam gerenciar espaços que estão diretamente atrelados ao setor da emergência, como coordenadores clínicos e de enfermagem. Em relação às pacientes foram convidadas pacientes maiores de 18 anos que estavam em atendimento na emergência. Dentre as pessoas convidadas para a pesquisa, duas se recusaram, sendo uma profissional e uma paciente. Ambas alegaram “vergonha” em se expor e a profissional demonstrou que não se sentiria à vontade e tinha um pouco de receio que suas informações fossem identificadas, apesar da garantia do sigilo.

Foram entrevistados 07 profissionais e 10 pacientes. Dentre os profissionais estão incluídas as categorias gestor, profissional de nível superior/técnico e profissional de nível médio, assim composta: 01 gestor, 05 profissionais de nível superior/técnico, 01 profissional de nível médio. Qualificando o perfil do segmento de profissionais entrevistados, convém explicar que 06 são do sexo feminino e 01 do sexo masculino. Destes, 06 estão inscritos na faixa etária de 30 a 59 anos, havendo apenas 01 na faixa etária de 18 a 29 anos. Sobre o tempo em que trabalham na MEAC, 03 trabalham há mais de 10 anos, 01 trabalha há 08 anos, 02 trabalham há 04 anos e 01 trabalha há 02 anos. Sobre o vínculo empregatício, 04 são profissionais da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH, 02 são profissionais da Universidade Federal do Ceará e 01 é profissional terceirizada. Observa-se, assim, a heterogeneidade do

grupo que participou da pesquisa, trazendo ao estudo elaborado uma diversidade de pontos de vista. Ainda sobre profissionais entrevistados, quanto ao nível de escolaridade: 06 possuem nível superior, sendo 05 com especialização, e 01 possui nível médio.

Em relação às pacientes entrevistadas, todas residem em Fortaleza, em bairros de regiões diversas da cidade, enfatizando a referência da MEAC no atendimento de emergência para esse público. Todas estão gestantes e quanto a raça/cor se declararam pardas. Apresentam faixa etária entre 21 e 34 anos. Quanto à escolaridade, 05 possuem ensino médio completo, 02 ensino médio incompleto, 02 ensino superior completo e 01 ensino superior incompleto. Quanto ao desenvolvimento de atividades remuneradas, 04 declararam não exercer, 03 trabalham de forma autônoma, sem vínculos formais e 03 trabalham com vínculo formal, registrado na carteira de trabalho. A grande maioria delas, 09 no total, residem com companheiro/cônjuge e filhos e 01 reside apenas com o filho. Destas famílias, 05 residem em imóvel próprio, 04 em imóvel alugado e 01 em imóvel cedido. O perfil da renda familiar varia de menos de 01 salário mínimo até 03 salários.

Quanto aos motivos/queixas que levaram as pacientes a procurar o atendimento da emergência, destacam-se condições de saúde diversas, que vão de elevações pressóricas e diabetes descompensada a casos mais complexos de acompanhamento como gestação com feto anencéfalo, paciente com cardiopatia, com útero bicornio e com microadenoma hipofisário, situações que ratificam o grau de complexidade clínica que a MEAC atende.

Das 10 pacientes entrevistadas, 06 fazem pré-natal no Serviço de Medicina Materno Fetal da MEAC, conhecido como o pré-natal de alto risco e as outras 04 fazem pré-natal nos postos de saúde. A maioria das pacientes chegou à emergência com encaminhamento ou orientação do pré-natal, sendo 05 encaminhadas do pré-natal da MEAC e 02 do pré-natal do posto de saúde, 02 vieram de outros serviços de saúde após resultados de exames e 01 veio de casa por conta de contrações uterinas. Quanto ao conhecimento das entrevistadas em relação a MEAC, 07 afirmaram que já conheciam, seja porque já foram atendidas outras vezes ou por conta do atendimento de familiares, 03 informaram que não conheciam a instituição. Já em relação ao serviço da emergência, 05 informaram que já haviam sido atendidas neste setor e as outras 05 informaram ser a primeira vez.

Após a realização da pesquisa de campo, mediante tratamento do material, foram delimitadas categorias de análise para proceder a apreciação de todo o material empírico e encaminhar à sistemática analítica. Segundo Bardin (2011), as categorias são classes que reúnem um grupo de elementos, sob um título genérico em razão das características comuns destes elementos. Categorizar é uma forma de organizar os dados, agrupar elementos

semelhantes em categorias para facilitar a compreensão, interpretação e apresentação dos resultados. Essas categorias resultantes da análise dos objetivos da pesquisa com os conteúdos e significados encontrados na tessitura teoria/empíria ficaram assim definidos: 1) Compreensões sobre a humanização na emergência da MEAC; 2) Efetivação da PNH na emergência da MEAC; 3) Dificuldades e desafios da PNH na emergência da MEAC; 4) Ambiência e relações interpessoais no cotidiano da emergência da MEAC; 5) Humanização x Desumanização: as relações entre a percepção e a prática; 6) Sugestões para garantia de um atendimento humanizado. O conteúdo analisado a partir das categorias elencadas contemplam de modo geral as diretrizes da PNH - acolhimento, ambiência, gestão participativa, clínica ampliada, valorização do trabalhador, direitos dos usuários.

Desse modo, a dinâmica expositiva desse segmento está estruturada em 6 itens a consubstanciar as categorias analíticas, trabalhando o material empírico à luz dos autores inspiradores em todo o estudo. Cabe ressaltar que nessa apresentação dos resultados das entrevistas, para resguardar o necessário sigilo, os sujeitos que responderam à pesquisa são apresentados em ordem numérica, considerando o tempo cronológico da pesquisa e estão divididos em dois grupos: profissionais e pacientes. Devido termos poucos representantes das categorias profissionais, todos ficaram incluídos num único grupo, para evitar a possibilidade de identificação dos sujeitos.

7.2 Compreensões sobre a humanização na emergência da MEAC

A Política de Humanização efetiva-se nas práticas em saúde, no cotidiano de trabalho dos profissionais com outros profissionais e entre os usuários do sistema de saúde. Diversos são os conceitos e as definições sobre a humanização. A discussão sobre seu entendimento foi fortalecida, no âmbito da saúde, pelas iniciativas apoiadas pelo Ministério da Saúde e principalmente a partir da implementação da PNH. As percepções atribuídas à Política de Humanização pelos entrevistados apontam vários elementos que compõem essa política na emergência da MEAC.

Eu acho que tem muitos elementos da política nacional de humanização do SUS. Como é uma política já, vamos dizer assim, que já tem um certo tempo que foi implantado por aqui, eu acho que tem algumas coisas que já virou rotina, né? Entre os profissionais, né? Principalmente com relação a essa história do parto humanizado, contato pele-a-pele né? E algumas outras questões, a própria identificação do profissional, se identificar pro paciente, né? Tratar o paciente pelo nome, esse tipo de coisa, são coisas que eu acredito que faz parte da política de humanização (Profissional 03).

Percebo que a maioria dos profissionais conseguem atender com acolhimento e escuta qualificada, porém ainda temos muito a conquistar (Profissional 01).

Pronto, eu acho que é aquele atendimento, né? É com mais atenção porque geralmente, a pessoa já vem tão assim, já vem, né? de um problema, tá sentindo dor, a gente tem que acolher, o paciente, né? (Profissional 06)

Eu acredito que a gente tenta adotar algumas das normativas associadas, né? Por exemplo, a questão do acompanhante, a questão dessa possibilidade de acesso, que elas têm acesso, tem possibilidade de conversar com o profissional que tá aqui. Eh, o acompanhante presente também na parte da internação e na hora da consulta que a gente não tinha antes [...] essa coisa de também ser o SUS e dar acesso não é só que seja brasileiro, estrangeiro, tudo isso entra dentro das políticas, também tem relação a humanização, né? (Profissional 07).

As falas registram elementos que estão presentes em documentos e normativas que orientam uma atenção humanizada à saúde. O parto humanizado e o contato pele-a-pele compõem o rol das boas práticas de atenção ao parto e nascimento desenvolvidas pela Organização Mundial de Saúde - OMS. A apresentação do profissional ao paciente e o tratamento deste pelo nome e não por uma patologia, caracteriza a criação de um espaço seguro para o diálogo, elemento central no processo de humanização.

De acordo com Goulart e Chiari (2010), o profissional de saúde que quiser desenvolver uma relação construtiva com o paciente deve escutá-lo com atenção. A autêntica escuta exige paciência, atenção e interesse. O acolhimento é uma diretriz primordial da humanização. “Desejado como um processo transversal, permeando todos os espaços do serviço e rede, o acolhimento é, antes de tudo, uma postura a ser exercida por todas as equipes para melhor escutar e atender às necessidades singulares da mulher/gestante” (Brasil, 2017, p. 13).

Em relação ao acesso, o SUS, por seu caráter universal é direito de todo cidadão, independente de quaisquer tipos de discriminação e, o direito do paciente ter um acompanhante, está configurado como um dos dispositivos da PNH, sendo compreendido pela importância de manter a inserção social do doente durante toda a sua internação e permitir que a pessoa internada perceba a participação dos familiares no seu tratamento, enquanto confirmação do afeto (Brasil, 2010).

A percepção das pacientes sobre a humanização são descritas a partir de como estas compreendem um atendimento humanizado, e revelam uma gama de conceitos atrelados a sentimentos que reconhecem o outro como alguém merecedor de atenção e cuidado, expressando uma avaliação positiva dessa relação.

É um atendimento acolhedor, me senti segura e bem acompanhada. Bem assistida (Paciente 02).

É você ter empatia né, não fazer ali só a obrigação, ter empatia, olha, ah, ela está sentindo isso, descrever o que eu estou passando pra médica. É um atendimento humanizado, né? Não é aquele atendimento robótico. Todas estão sentindo a mesma coisa, todas estão com vontade. Todas estão com dor, né? Saber diferenciar o que cada uma está passando (Paciente 05).

Atenção e respeito, foi o que eu mais senti diferença, e o cuidado delas também (Paciente 06).

Atendimento humanizado pelo que eu entendo é a atenção que elas dão, né? Se colocam no lugar da gente. A gente está ali, eu tô sem poder comer e ela vem e diz “não fala em comida não, tem gestante que não pode comer”, e a preocupação de estar acompanhando, deixa a gente lá e a gente fica te chamando não, elas ficam todo tempo indo olhar meu soro (Paciente 08).

A maioria das pacientes também avalia que não encontraram dificuldades para serem atendidas, considerando como bom ou ótimo este atendimento.

É muito bom, não tive dificuldade no atendimento. Não tive dificuldades. Eu apresentei o encaminhamento no balcão, ela viu o meu problema e ela mandou logo pra triagem (Paciente 01).

Aqui é bem melhor. Cheguei e fui logo atendida, teve pouca demora (Paciente 03).

Então, eu sai de casa duas e meia, cheguei aqui três horas. Aí fui na recepção, fui atendido pelo recepcionista e depois fui chamada, só tinha eu na recepção. Fui pra triagem. Também foi super rápido. Em seguida eu já passei pra doutora. Aí ela fez exame de toque, já me internou porque eu já estava perdendo líquido. Não tive dificuldade, nem da primeira vez que eu vim com meu primeiro filho. Nem quando eu fiquei internada que eu fiquei internada também que nem agora. Eu já fiquei internada nessa gestação por conta da diabetes que estava descompensada (Paciente 04).

As meninas lá do pré-natal vieram me deixar aqui, eu fiquei né na emergência e estou aqui aguardando pra poder resolver... Eu peguei a senha e fiz a triagem, aí meu esposo assinou os termos de internação e eu fiquei aguardando pra ir pro consultório 01 pra passar pela enfermeira né? Aí depois que eu passei pela enfermeira eu vim aqui pra dentro pra médica aí eu fiz alguns exames ela me fez algumas perguntas escutou o coração do bebê e eu fui lá pra cardio, aí chegou lá na cardio eu já troquei de roupa e fiquei lá na sala de medicação aguardando um leito pra mim poder ficar internada (Paciente 05).

Foi bom, não tive dificuldade no atendimento, não demorou. Foi rápido, fui pro guichê, fiz a ficha e voltei pro atendimento pro médico (Paciente 07).

Fui muito bem atendida. Não, não demorou nada. Gostei das pessoas que me atenderam (Paciente 10).

No entanto, quatro pacientes, apesar de expressarem que foram bem atendidas, apontam situações que demandam atenção, a fim de serem evitadas, para que não impliquem em desumanização do atendimento.

Não tive dificuldades, o guarda me orientou e eu fui pras meninas do balcão... só a quantidade de demora mesmo de... por ter muitas pessoas. Nenhuma outra dificuldade (Paciente 02).

Aí chegando aqui eu fui atendida na recepção, aí eu passei pela triagem fiquei esperando ser atendida, a única coisa que demorou foi isso, eu passei duas horas e meia pra ser atendida pela médica, pra fazer a triagem foi rápido, mas pela médica demorou. Aí depois que a médica me avaliou, ela já fez a internação. Após ser internada né, de lá pra cá eu fui muito bem atendida pelas meninas, as enfermeiras são maravilhosas (Paciente 06).

Eu vim do materno-fetal pra cá e fiz a ficha, entreguei os papéis que a doutora deu, né? Que é solicitando a internação, esperei um pouquinho, mas só que hoje é, porque tava realmente muito lotado ó, muito lotado, mas pronto, depois da espera entrei pro médico e tudo ótimo também e ele já foi só me encaminhando, não esperei mais nada, teve nenhuma dificuldade não (Paciente 08).

A menina me atendeu super bem. Eh fez rapidinho, a dúvida que eu tinha eu ia lá de novo no guichê, né? Sem ser na minha senha, ela me respondia, pedi pra vim aqui pra falar com o médico pra saber, né? Tirar minha dúvida, ela veio. Aí pronto, no atendimento de lá de fora, nenhuma queixa não. Mas quando foi pra questão do atendimento eu já fiquei mais assim, né não foi tão legal não, mas agora está melhorando um pouquinho. Porque por exemplo quando eu cheguei né? Eh já era mais de uma hora e aí eu não tinha feito o almoço ainda né? Porque eu estava lá na consulta esperando e demorou muito o atendimento pra poder eu ser atendida. Aí até me chamaram pra almoçar na hora que eu entrei, aí eh eu confundi porque veio o sachezinho de adoçante e aí eu lasquei na comida pensando que era o sal. Aí ao invés da enfermeira, né? Fazer alguma coisa, vou arrumar outro almoço, alguma coisa não. Ela simplesmente jogou no lixo e mandou eu esperar lá fora. E aí eu vim comer agora. Eu estava até agora só com a pera que eu comi de manhã lá na casa da gestante e ainda comi a banana da hora do almoço. Aí pronto fiquei com fome até agora assim, tipo cinco e quarenta (Paciente 09).

A emergência é a grande porta de acesso à Maternidade Escola. Quando o atendimento está com o fluxo normalizado, as mulheres chegam por demanda espontânea ou encaminhada, realizam o preenchimento da ficha de admissão, em seguida, passam pelo acolhimento com classificação de risco e aguardam a avaliação do médico plantonista que decide quais intervenções serão necessárias.

Embora se registrem melhorias em alguns aspectos, não podemos desconsiderar os limites estruturais nos serviços de saúde que vêm sofrendo sucateamento ao longo das décadas. Logo, os serviços não conseguiram adequar-se à demanda que lhes foi imposta diariamente pela população usuária gerando pressão sobre os serviços de saúde, verificando-se a super utilização dos recursos e a superlotação dos leitos (Severo, 2021).

A superlotação nos serviços de urgência e emergência em hospitais do SUS é um fator de impacto à vida dos pacientes, que além da longa espera, estão sujeitos a outros problemas, como o aumento da média de permanência do paciente no hospital, menor giro de leitos e o desperdício de tempo e recursos. Ainda de acordo com Severo (2021), é uma problemática nacional, estrutural e crônica que se expressa em todas as unidades federativas do país em menor ou maior escala. Na Maternidade Escola Assis Chateaubriand, a superlotação e a consequente falta de leitos é uma questão vivenciada no cotidiano desses serviços.

Como forma de melhorar essa situação, nos anos de 2022 e 2023, a MEAC participou do Projeto Lean, metodologia utilizada para reduzir a superlotação, otimizando os processos e reduzindo desperdícios. A primeira fase, iniciada em maio de 2022, teve o foco na redução da superlotação no serviço de Urgência e Emergência. O projeto Lean é desenvolvido pelo Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), do Ministério da Saúde, executado em parceria com os hospitais Sírio-Libanês, Beneficência Portuguesa de São Paulo e Moinhos de Vento.

De acordo com o site de notícias da EBSEH, o Projeto Lean tem trazido resultados à MEAC desde a implantação há pouco mais de um ano. Foi possível verificar a redução de tempo de permanência da paciente que chega à Emergência, mas que não precisa de internação, em 11,5%. No caso da mulher que precisa ficar em observação para definição de conduta de internamento, a redução do tempo de permanência foi de 42% (Brasil, 2023).

Apesar da redução apresentada, a questão da superlotação continua impactando negativamente quanto a humanização do atendimento, conforme relatos de profissionais que explicitam a situação:

Eh, temos muito que mudar ainda, temos muito que trabalhar e se nós pecamos é na hora da correria, na hora da superlotação. A humanização muitas vezes fica a desejar porque nós temos que ali providenciar tudo ágil e humanização fica muito escassa (Profissional 04).

Eu acho que pela alta demanda, muitas vezes a gente não consegue fazer da forma como deveria ser feito, eu acho que tem treinamento, eu acho que os profissionais são capacitados, eu acho que a tentativa é boa, mas pela alta demanda de fluxo mesmo, a gente não consegue dar humanização necessária por demanda isso quebra muito a questão do vínculo e da humanização em si, uma paciente que espera três, quatro horas pra ser atendida, ela não vai chegar feliz, já entra pro atendimento estressada (Profissional 05).

Percebemos que a PNH é reconhecida pelos profissionais e apresenta-se consolidada em alguns de seus elementos constitutivos no cotidiano da prática de saúde na emergência. É percebida pelas pacientes a partir da identificação da humanização com sentimentos que remetem a dignidade humana como atenção, cuidado, acolhimento, respeito. Entretanto, neste contexto, também se apresentam condições adversas que impactam negativamente nas condições de trabalho dos profissionais e na qualidade dos serviços de saúde prestados à população usuária, comprometendo o processo de humanização da atenção e cuidado.

7.3 Efetivação da PNH na emergência da MEAC

Segundo Pereira e Neto (2015) a PNH pode se efetivar se as ações conduzidas em seu nome estiverem sob a égide de seus princípios norteadores. Para os autores, por efetividade entende-se menos a implantação de dispositivos da PNH e sim a instauração de mudanças nos modos de gerir e cuidar que avancem na perspectiva da autonomia, protagonismo e construção da horizontalidade das relações.

O registro das pacientes informa a efetividade da política a partir das afirmações de que estas tiveram um atendimento humanizado, apresentando aspectos positivos que inferem à humanização no serviço prestado.

O atendimento foi humanizado sim. Vim pra cá e fui bem assistida; a nova emergência, mais espaçosa, mais ampla. Sim, supriram minhas necessidades (Paciente 03).

Eu considero que tive um atendimento humanizado sim. A todo momento sempre quando eu relatei né, que estava com dor, elas tentaram resolver, era sempre indo buscando médico pra dar medicação e tudo, elas fazem tudo detalhadamente né, é refazem os exames, vão tudo baseado em cima dos exames, de tudo e elas são muito atenciosas também (Paciente 05).

Sim, tive. Elas vem toda hora me dizer qual vai ser o próximo passo, porque que eu estou aqui, que dali eu vim pra cá, pra onde é que eu vou daqui, a atenção né, que elas dão, a preocupação, que nesse instante eu tava chorando, falando com minha neném e elas pensavam que eu tava sentindo alguma coisa, mas não era. Aquela atenção também, aquela preocupação também em ficar me informando o porquê que eu como eu falei né? que eu tô vindo pra cá, porque a gente pensa que já vai entrar pro parto né? Aí eu perguntei: “eu vou pra onde?” Ela não você vai vim pra cá, você vai poder ficar com acompanhante aqui e você vai já pra sala lá de cima pra aguardar a cirurgia né? (Paciente 08).

Sim, sim, foi humanizado. Aí eu consigo ver como positivo a questão de tirar minhas dúvidas, né? Todas as dúvidas que eu venho perguntando e todo mundo me respondeu super bem, tirou exatamente minha dúvida, eu ainda tirava minha dúvida e eu ainda criava outra dúvida em cima e a pessoa ainda pacientemente conseguiu tirar minha dúvida, e a questão do exame né? Não chegar e ah isso, tem que tocar o seio por exemplo, né? Como ele fez lá, não chegou direto, perguntou, eu posso, né? Você permite fazer o exame dos seios tal, direitinho? Pode. Do do mesmo da barriga, com licença, posso baixar mais um pouco sua calcinha pra poder a gente medir. Então foram todos bem né? Sempre perguntando se podia tocar em mim, sem aquela questão de chegar e pegar, né? O médico me atendeu super bem também, fez todos os procedimento, olhou todos os exames novamente, fez o exame, né? Fazendo pra ouvir o coração, tudo (Paciente 09).

Outras três pacientes referem, dentre outros fatores, a rapidez e a agilidade como aspecto positivo no atendimento que receberam, também julgando-o humanizado.

Eu achei assim, a parceria que ela tem com a gente né, ela dá todo um apoio e suporte. Fora o conforto, né, que a gente tem. E eu percebi também em termos da limpeza, elas passam o dia limpando. A organização em tudo e a facilidade de tudo, tipo já fui lá na frente, a moça já me encaminhou pro local que eu deveria fazer a parte do encaminhamento. Foi super rápido também (Paciente 01).

Sim, atendimento humanizado, não tenho o que reclamar, pra mim é, eles são muito profissionais, até o pessoal da limpeza são muito atenciosos, a rapidez, eu achei bem

rápido. A organização também. É muito organizado. Realmente é só vai lá pra cima por ordem de chegada, né? Lógico que tem pessoas que vão precisar ir antes, mas é tudo organizado. E a limpeza também, super limpa. Sempre tem alguém limpando. Que é importante, né? Porque querendo ou não, tem sangue, tem muita coisa (Paciente 04).

Sim, depois que eu saí da recepção, a agilidade lá dentro no atendimento com os médicos quando eles fizeram a internação, as meninas já foram de pronto me auxiliar com a roupa, trazer pra sala de medicação, foi a agilidade mesmo, o que mais chamou a atenção (Paciente 06).

Interessante observar que o tempo para o atendimento, reconhecido como um dos fatores para a qualidade do serviço prestado, apresenta avaliações positivas e negativas, mostrando a dinamicidade do setor e mesmo, as contradições do SUS. Inclusive uma mesma paciente (paciente 06) faz as duas avaliações a partir de momentos diferentes do seu atendimento, a demora até o atendimento médico e a agilidade depois do atendimento médico.

Muitos fatores podem ser apontados para essa situação: serviços precários na atenção básica, fazendo com que a demanda seja direcionada aos hospitais; equipes de trabalho incompletas; articulação fragilizada da rede de saúde; restrição de atendimento em outros serviços da rede; fechamento de serviços com redução do número de leitos.

Um dos relatos de profissionais exemplifica essa situação:

Às vezes não é nem desumano, é por conta da demanda né? A nossa demanda por conta do Nossa Senhora que fechou né? A gente triplicou o atendimento, né? Aí por conta da demora que está tendo esse impasse, porque às vezes né, falta a equipe, né? A gente tem que ter uma equipe já bem completinha, às vezes falta alguém. Aí a questão da demora ali dos médicos (Profissional 06).

De acordo com Deslandes (2001) a ideia central é que quaisquer problemas ou modificações no sistema de saúde vão repercutir diretamente na emergência, sendo procedente essa ideia, uma vez que os maiores problemas enfrentados pelos serviços de emergência dizem respeito aos hiatos e discontinuidades do nível de promoção de saúde, à ausência ou pouca efetividade dos serviços de atenção primária e secundária.

O ponto de vista dos profissionais quanto a efetividade da PNH na emergência da MEAC é de que esta se dá de maneira parcial, apontando questões de ordem pessoal ou estrutural que são entraves ao pleno desenvolvimento da política.

Acredito que sim, porém, ainda há desconhecimento por parte de alguns profissionais acerca dos princípios da PNH. Acredito que falte a capacitação dos profissionais (Profissional 01).

Vamos dizer assim ela é implantada, ela consegue ser efetivada, não como eu digo, não plenamente porque sempre tem algumas falhas de processo e às vezes individual, né? Das pessoas em si, mas na maior parte das vezes acho que que é implantado assim, consegue se efetivar sim (Profissional 03).

A gente consegue efetivar num total não. Algumas coisas sim. Em certos horários sim, tem em certos momentos que sim, mas total não. Eu acho muito que seja por causa da

deficiência de profissional e, e realmente, correria. Algumas cabeças que não se batem. (Profissional 04).

Eu acho que pras pacientes do superando isso é muito mais, a gente consegue muito mais fazer isso do que pra outros pacientes em si, mas em termo do restante das pacientes, eu acho que na medida do possível a gente tenta né? Tenta fornecer acompanhante, fornecer privacidade, tenta humanizar a consulta, e tentar mesmo fazer, tentar deixar aquela consulta mais, é mais humanizada, principalmente aquela paciente que está gestante em trabalho de parto, aquela paciente que sofreu uma violência, mas eu ainda acho que está longe da gente conseguir realmente aplicar as políticas de humanização dentro desse cenário (Profissional 05).

Outro relato aborda a efetividade da PNH em relação a ações direcionadas também aos profissionais, informando algumas atividades voltadas a esse público:

Eu percebo com relação aos colaboradores, tem a questão da psicologia, que dá apoio, nós temos o SESMT, temos a parte de treinamentos em serviços, né? Tem essas equipes que acompanham os profissionais que eu acho que também eh é um pouco da política da humanização. Eu acho que ela se efetiva nesse amplo, ela consegue trabalhar tanto a questão do paciente, né? Que é do usuário, a do colaborador e da própria gestão em si, né? Que essa política ela vem nesse olhar e eu acho que a gente consegue abranger, tem a equipe da humanização daqui que tenta fazer trabalhos, momentos festivos, não deixa de ser também uma das políticas, né? Tem vários, várias, assim, projetos aqui que são implementados que vem pra apoiar, né? (Profissional 07).

Com relação ao conhecimento e participação em atividades e/ou projetos voltados à humanização, as falas dos profissionais são divergentes:

No momento não recorro de alguma política específica, porém faço parte da sala de parto humanizado que tem como diretrizes do parto humanizado preconizado pela política (Profissional 01).

Participo dos espaços coletivos de discussão e avaliação do serviço como as UP 's (Profissional 02).

Não, já ouvi falar que existe, mas eu particularmente não participo não (Profissional 03).

Não. Não. Não conheço. Eu sei que tem, mas realmente eu não conheço (Profissional 04).

Não, sobre isso não (Profissional 06).

Navarro e Pena (2013) esclarecem que a maioria das estratégias de humanização das práticas em saúde concentra o ideário dos valores humanitários e não demandam institucionalização para provocarem rupturas nos estados relacionais vigentes. Comemorar os aniversários, fazer ginástica laboral, almoçar em grupo, são momentos que podem trazer leveza às condições de trabalho, entretanto, alertam sobre o risco dessas estratégias, quando institucionalizadas, serem utilizadas por gestores e equipes como artifícios de resolução de

problemas de convívio e inadequação na relação entre a oferta dos serviços e a demanda dos usuários.

A oferta em saúde deve ser entendida como um produto da relação entre trabalhadores, gestores e usuários. Portanto, é necessário provocar um deslocamento da humanização das práticas em saúde para a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS.

7.4 Dificuldades e desafios da PNH na emergência da MEAC

A PNH surgiu a partir da necessidade de melhorar o sistema de saúde brasileiro, na perspectiva de qualificar o atendimento e efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de saúde. Em sua implementação, ao longo do tempo, vários problemas foram apontados compreendendo questões que vão desde a imprecisão conceitual a situações da precarização da infraestrutura, necessidade de capacitação dos profissionais, modelo biomédico de atenção, dificuldades de comunicação entre as equipes, entre estas e os usuários, dentre outras.

Na realidade vivenciada na emergência da MEAC, algumas destas questões aparecem no relato dos profissionais entrevistados, explicitando processos de permanências e resistências.

Para efetivação da PNH na emergência, acredito que o desafio seja a redução do tempo de espera das pacientes, resolutividade em tempo hábil das situações de saúde (Profissional 01).

Ampliação da equipe, qualificação, participação dos público quanto ao serviço ofertado. Não percebo o público muito envolvido nas decisões (Profissional 02).

Eu acho que depois que a emergência mudou, melhorou um pouco, mas eu acho que o espaço físico continua sendo uma dificuldade. Até de você não ter uma sala com parede fechada, um ambiente que eu consiga conversar com a paciente sem ter outros espectadores, eu acho que esse é um assim, além da parte de superlotação, eu acho que é essa questão da estrutura física interfere (Profissional 05).

Melhorou a questão de espaço, o ambiente, mas aí, parece que o pessoal não acompanhou junto, é a mesma equipe pequenininha pra nossa emergência, que virou né? um patamar maior, a equipe também devia ter aumentado (Profissional 06).

As questões acima elencadas dizem respeito às condições de trabalho, sendo demarcada a necessidade de ampliação da equipe, a melhoria na infraestrutura e a redução do tempo de espera das pacientes. A humanização das condições de trabalho envolve um conjunto de ações e ferramentas que visam melhorar o bem-estar e a qualidade de vida dos profissionais. Por conseguinte, ampliam-se as possibilidades de qualificação dos serviços prestados.

Em relação aos trabalhadores da saúde, Goulart e Chiari (2010) refletem também se estes se encontram em condições de garantir um atendimento humanizado, mediante processos de trabalhos mecanizados que os limitam na possibilidade de um pensar e agir mais crítico, bem como por se encontrarem fragilizados pela convivência com a dor e o sofrimento.

Corroborando com o exposto Souza e Moreira (2008) acrescenta que essa preocupação é pertinente, pois os trabalhadores se encontram inseridos em processos de trabalho muito precários – em decorrência de baixos salários, realização de dupla e, até mesmo, tripla jornada, sobrecarga de trabalho devido ao déficit ou insuficiência de pessoal e de recursos materiais em qualidade ou quantidade, alta carga de estresse, em função da tensão provocada, seja pelas chefias superiores como pelos próprios usuários, sobre quem está na ponta do sistema.

Outro fator de dificuldade apontado em relação à humanização diz respeito à formação/capacitação profissional, conforme o relato dos profissionais abaixo:

Bom, eu acho que um dos pontos é de formação de algumas categorias profissionais, né? Algumas categorias profissionais acho que lá da formação não vem acompanhando essa questão da humanização, né? Algumas categorias têm uma certa dificuldade com relação a isso. Então eu acho que um dos pontos é esse. Quando a gente estava na emergência antiga, anterior, eu acho que o espaço dificultava muito, principalmente a questão de privacidade, essas coisas, sabe?
Hoje em dia não, nessa nova emergência eu acho que já é mais possível, tem menos dificuldade em relação a isso, a questão de privacidade, essas coisas, sabe? Mas eu acho que uma das coisas que às vezes falta, acho que a educação continuada né?
O pessoal gosta muito de fazer educação continuada com outros temas, se repetindo e política de humanização acho que faz muito tempo que eu não vejo nada sobre isso né? Mas só quando vai receber uma visita do ministério, ah vou receber uma visita, tem que lembrar os passos da amamentação, os passos de não sei o que, entendeu? Vem burocratizado ao invés de ser uma coisa mesmo do dia a dia da instituição (Profissional 03).

Eu acho que é exatamente isso. Quando o profissional que está prestando assistência não é profissional. Ele não vem apto a trabalhar pra dar assistência. Ele vem só pra cumprir horário, bater ponto. Porque às vezes não importa se está lotado, se não está, consegue deixar aquela boa assistência, aquela humanização. Pode ser só um simples detalhe. Às vezes é só um olhar, já é humanizado (Profissional 04).

A sensibilização e preparação dos trabalhadores na área da saúde constitui um grande desafio para a implementação de medidas humanizadoras no âmbito assistencial, visto a formação acadêmica, fundamentalmente tecnicista. Para atender às novas políticas de saúde, o processo de formação deve adequar-se à nova realidade do “tratar em saúde” e engendrar um processo de transformação complexo, que deve iniciar-se durante a graduação e manter-se como um processo de educação continuada após a inserção deste profissional no mercado de trabalho (Silva e Silveira, 2011).

As propostas de humanização em saúde suscitam repensar o processo de formação dos profissionais, pois tal processo ainda está centrado no aprendizado técnico, racional e individualizado, com tentativas de crítica, criatividade e sensibilidade (Sousa e Moreira, 2008).

Sobre a fala da profissional 04 registrada acima, Deslandes (2001) esclarece que a emergência forja, em largos contornos, uma ‘vocação’ peculiar. Permanecer como profissional de emergência exige forte identificação com esse setor. Os profissionais de emergência são submetidos regularmente à sobrecarga de trabalho. Há uma constante pressão para tomadas de decisões rápidas. As jornadas de trabalho são extenuantes, dado o volume de pacientes e também há falta de comunicação entre profissionais de formações distintas e entre setores diferentes do próprio hospital, o que dificulta ainda mais o trabalho a ser executado.

Os entraves na comunicação e a não identificação do profissional no setor, também são citados como dificuldades no cotidiano da prática de saúde conforme o relato a seguir:

Eu acho que ainda tem muita coisa da comunicação entre nós como colaboradores e usuários principalmente, tem também as pessoas que não falam né? Eh que aí a gente não consegue conversar com eles porque a gente não tem um curso de libras e eu acho muito difícil um curso de libras, eu sei que é oferecido. Eu sei que é oferecido, o SUS oferece. Acho que aí às vezes a gente não consegue, quer uma coisa, né? De comunicação.

Também eu acredito com relação ao colaborador, essa oportunidade de remanejamento, dele poder solicitar pra ir trabalhar em outro local ou sair pra outro porque não tá, às vezes a gente tem uma certa dificuldade nesses movimentos, na movimentação até porque a gente não tem também uma pessoa desejando vir ou outra coisa, e assim, as vezes acaba a pessoa ficando um pouco insatisfeita, né?

E algumas pessoas que precisam estar mais sensíveis, mas eu acho que cada um tem seu tempo, não dá pra gente só dizer hoje assim a pessoa já aceitar não é bem assim né? Cada um tem o seu tempo mesmo, aí às vezes a dificuldade eu digo até assim é comportamental, é daquela pessoa. E isso não é muito fácil da gente quebrar, embora se ofereça curso, mas às vezes pessoas não conseguem esses paradigmas deles, né? (Profissional 07).

A humanização depende da capacidade de falar e de ouvir. Isto é, sem comunicação não há humanização. Oliveira, Collet e Viera (2006) consideram que as coisas do mundo só se tornam humanas quando passam pelo diálogo com os semelhantes, ou seja, viabilizar nas relações e interações humanas o diálogo, tanto como uma técnica de comunicação verbal quanto como forma de conhecer o outro e compreendê-lo.

Para Silva e Silveira (2011), o desafio metodológico é alterar as práticas concretas dos serviços de saúde, melhorando a qualidade da atenção aos usuários e as condições de trabalho das equipes de saúde, através da sintonia entre “o que fazer” e “como fazer”, valorizando os processos de mudança dos sujeitos. A história confirma que as mudanças ocorrem, embora as coisas e as pessoas sejam duras às mudanças. Estas transformações

dependem do desejo de se alterar o estabelecido e, também, de um projeto conscientemente construído vinculado ao exercício da razão (Campos, 2006, *apud* Pereira e Neto, 2015).

7.5 Ambiência e relações interpessoais no cotidiano da emergência da MEAC

A ambiência deve ser compreendida como espaço de encontro entre os sujeitos e ser facilitadora do processo de trabalho, portanto, o ambiente físico e social das relações interpessoais deve estar relacionado a um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana, visando a confortabilidade focada na privacidade e individualidade dos sujeitos (Brasil, 2004c).

A melhoria na estrutura física da emergência foi registrada pelas percepções e impressões das pacientes, numa avaliação positiva, tanto pelas que já frequentaram o setor como por aquelas que estavam sendo atendidas pela primeira vez.

É uma ótima impressão. É um ambiente muito acolhedor, é um ambiente limpo, acolhedor (Paciente 02).

Eu já tinha sido atendida na outra emergência, aqui é bem melhor, tudo é melhor, o espaço, e o atendimento eu acho que é o mesmo (Paciente 03).

Ah agora está bem melhor porque antes era bom assim, porque o atendimento é muito bom. Mas era muito apertado realmente. Então ficava muitas pessoas na recepção, ficava tinha poucas camas, né? Aqui já tem mais (Paciente 04).

Não conhecia a emergência. Aparentemente muito boa, né? Tipo, tudo limpinho, organizado e tal (Paciente 09).

Na perspectiva dos profissionais também temos avaliações positivas nesse quesito, entretanto, as falas também apontam situações já elencadas que configuram dificuldades como a não ampliação da equipe de profissionais, mediante a ampliação da estrutura física, e a permanência de um ambiente gerador de estresse por características intrínsecas a sua dinâmica de atendimento.

É a ambiência depois que a gente mudou pra nova emergência melhorou demais. Ave Maria! Principalmente questão de privacidade, né? Eh de espaço mesmo pras pacientes se acomodar, essa nova emergência assim, ela dá uma qualidade melhor no atendimento, é mais humanizada né? Embora o fluxo de pessoas ainda seja muito grande, às vezes dificulta, né? Porque apesar do espaço ter sido ampliado, tem mais leitos, tem mais espaços, mas a demanda continua grande e aí fica difícil, mas o ambiente é melhor (Profissional 03).

A Ambiência ela melhorou muito. Nosso ambiente melhorou muito, muito agora. Ampla, confortável, para os pacientes ampliou muito. Para os profissionais está bem complicado. Eu acho porque nos espalhamos muito. Ficamos muito espalhados e acho que ficou com deficiência de mão de obra (Profissional 04).

A ambiência melhorou, mas eu ainda acho um ambiente bem difícil né? É um ambiente muito estressor e isso acaba influenciando na forma como você trata os outros, seja como você trata a equipe, seja quando você trata os pacientes. Eu acho que a questão do ambiente mais estressor vai interferir nisso né? (Profissional 05).

Quanto às relações interpessoais, compreendidas como componente importante dessa ambiência, o registro das falas das pacientes informa uma relação cordial e respeitosa com a equipe de profissionais e demonstra satisfação pelo esclarecimento do quadro clínico.

Então, não teve problema nenhum, foi tranquilo. Meu esposo também passou lá, ele veio aqui agora, passou lá e falou com ela, ele falou com outra médica né? Que já é outra médica, que trocou, falou que estava tudo estável e só aguardar. Pronto, ó dessa última vez antes dessa, né? Eu vi por conta da diabete, eu tava sem entender muito porque a médica do posto não tinha me explicado muito bem. E o médico que estava aqui, me explicou bem direitinho, explicou pro meu esposo. Explicou que eu precisaria ficar uma semana pra ajustar a insulina que eu não tomava insulina. Então ele falou e realmente foi isso que aconteceu. Ele falou que eu ia ficar em média de uma semana e eu fiquei em média de uma semana. E da mesma forma agora, a médica explicou bem direitinho que tinha que fazer exame porque como a bolsa rompeu tinha que ver se ia ter alguma alteração e porque eu estava tendo contração. Exatamente do jeito que está acontecendo (Paciente 04).

Foi ótimo. Elas dão abertura pra gente falar. Sempre que eu preciso eu falo, chamo elas, pergunto alguma coisa e elas estão sempre prontas pra me atender, elas dão abertura pra gente falar. Deixaram claro tudo desde o começo. Ela me explicou que eu vou ficar durante um período fazendo uma medicação intravenosa e que depois dessa medicação eu vou ser avaliada pra saber se eu vou precisar continuar ou não (Paciente 06).

Sim, eu perguntei, tive boas respostas. Sim, me explicou tudo, mandou fazer uns exames e esperar o resultado, qualquer coisa ia me internar, mas não era certeza ainda, ia depender do resultado dos exames (Paciente 07).

Foi ótimo. Me senti acolhida demais. Sim, elas vem toda hora me dizer qual vai ser o próximo passo, porque que eu estou aqui, que que dali eu vim pra cá, pra onde é que eu vou daqui? Falou tudo e quando eu não entendi, ela me explicou e falou tudo de novo. (Paciente 08).

Está bom. Estou gostando. Fui bem atendida. Não tenho nenhuma reclamação. Me senti à vontade para falar e fui esclarecida que eu tô estou aqui aguardando a vaga no primeiro andar pra fazer minha medicação (Paciente 10).

Nas relações interpessoais, a comunicação (verbal e não verbal) se afirma como um elemento essencial para a construção de um vínculo de confiança entre os profissionais e os pacientes. Uma comunicação clara, precisa e empática faz toda a diferença para o processo do cuidado em saúde. O encontro trabalhador de saúde-usuário é constituído por uma relação na qual se desenvolve um jogo de expectativas e produções, já que pressupõe a intervenção de um sujeito sobre outro, de tal modo que, enquanto um busca a solução de seu problema de saúde, o outro procura dar algum encaminhamento a essa demanda através de um “trabalho vivo em ato” (Merhy, 1998, *apud* Silva, Sá e Miranda, 2013).

Quando a mensagem transmitida não é clara acaba gerando dúvidas e pode resultar em mal-entendidos e desinformação, além de colocar em risco o clima do ambiente de trabalho trazendo situações de estresse e ansiedade, conforme os relatos abaixo:

Sim, tudo tranquilo na relação com elas, mas, é porque assim, não ficou muito claro né? Por exemplo, não, a gente tá pensando em fazer assim, assim, assim e a gente vai fazer tua cesárea tal dia ou então, olha o caso é esse, esse, esse e a gente vai ter que esperar ou então você está aqui que é pra poder você, eh ou compensar a diabete ou então verificar e fazer a curva de pressão, não ficou muito claro o motivo de estar aqui, entendeu? Estou ainda com algumas dúvidas porque lá no pré-natal a doutora falou que eu viria pra resolver, só que aqui já me falaram outra coisa, disseram que eu precisava fazer os exames pra ver como era que estava os exames, aí agora me colocaram aqui, eu estava esperando lá na sala de medicação e agora me colocaram aqui internada, disseram primeiro que eu ia pro CO, aí agora, desde manhã que eu estou sem me alimentar né, estava dieta zero e eu também tenho diabete gestacional e aí já estou até agora sem comer nada e agora vieram me dizer que eu vou voltar a comer porque eu não vou mais fazer a cesárea agora, estou esperando vaga agora pra subir pro primeiro andar (Paciente 05)

Sim, inicialmente sim, mas eu ainda fico, porque assim não dá uma resposta concreta de tipo assim ó você vai ficar internada eh e você hoje vai fazer a indução ou você amanhã vai fazer a indução, não tem nada concreto é tipo surpresa vamos ver o que vai acontecer, se tem vagas, se tem alguma coisa. Aí isso é o que me deixa mais ansiosa, né? Pra saber o que vai acontecer. Tipo assim, ah! Vamos ver o que vai ser feito, né? Se você vai ficar lá e já vai induzir, ou se você vai ficar e vai ser acompanhada. Eh se vai continuar monitorando e vai esperar ter normal, sem a indução, só ficou meio que assim aberto, né? Não tem a certeza do que vai ser feito (Paciente 09).

De acordo com Goulart e Chiari (2010) a não consideração das dimensões comunicativas (verbais ou não) sobre a relação médico-paciente pode trazer consequências como a incompreensão por parte do médico das palavras utilizadas pelo paciente para expressar a dor, o sofrimento, a falta ou a dificuldade de transmitir informações adequadas ao paciente e a dificuldade do paciente na adesão ao tratamento.

Quanto às avaliações referentes às relações entre os profissionais da equipe, estas mostram-se positivas, mas não deixam de registrar o desafio e fragilidade do processo comunicacional:

Avalio como boa a relação interpessoal. Com a melhora da ambiência, das condições de trabalho interpessoal também melhora. E particularmente assim, eu percebo que a gente tem uma boa relação, todos os profissionais ali, né? Então realmente é muito bom. Esse quesito não tenho nada a ser considerado (Profissional 02).

Agora relações entre profissionais é uma coisa que eu acho que é desafio sempre, né? Porque envolve questão de comunicação e entre os profissionais às vezes é muito ruim a comunicação. Dentre as próprias categorias, por exemplo, a gente sempre tem problemas, conflitos, etc. Que acaba respingando no atendimento da paciente, né? Acaba fluindo de alguma forma e entre categorias diferentes, né? Enfermeiro, médico, técnico, médico e outros profissionais que acaba dificultando. Mas também não é a regra, né? Embora não seja raro, mas não é a regra não. Eu acho que essa questão da comunicação precisa melhorar um pouco entre os profissionais (Profissional 03).

As relações interpessoais entre a gente, tem horários que você consegue, tem grupos, pessoas que você consegue, plantão horrível e você consegue fazer tudo isso. Atendimento, humanização, dá conta de tudo, mas depende muito da equipe, mas tem a equipe que não, realmente é um por si e acabou. Eu acho que assim, nós temos setenta por cento de equipes interpessoais, as demais individualistas (Profissional 04).

Ainda referente às relações interpessoais, as falas de duas profissionais destacam elementos importantes para discussão: o medo da violência vivenciado pelos profissionais e a hierarquia do saber/poder médico.

Graças a Deus aqui na emergência é tudo muito tranquilo, a gente se entrosa bem. Assim, só falta mesmo organizar essas coisas mesmo de segurança. Hoje chegou um SAMU que o acompanhante estava drogado, entendeu? Aí ele estava nervoso né, que a moça tava parindo, aí já altamente drogado, aí fica difícil, aí o segurança fica lá fora, não sabe o que que está acontecendo lá dentro. Aí fica uma situação bem assim, de insegurança (Profissional 06).

Os colaboradores sentem muito medo da violência, não porque aqui aconteça muita violência, mas um único caso parece que se tornou um milhão de casos, quando não acontece, né? E isso faz com que afaste muito e as pessoas passem a ter esse olhar ainda de medo. Eu percebo que mais é o medo que o colaborador tem de ser ferido pelo usuário que faz com que ele se afaste cada vez mais. Fazem tudo voltado pro cuidado, mas com muito medo por conta da violência que nós estamos vivendo no país. Então tudo tem medo que a pessoa seja de uma facção, seja daquilo e acaba se afastando um pouco. E entre a própria equipe as relações, elas ainda são um pouco quebradas, elas são bem fortalecida quando a gente tá tomando um café, hora do aniversário, um lanche, um almoço, mas são fragilizada quando nós estamos cuidando de um paciente em termos de dar informação, de tomar condutas conjuntas, aí eu acho que isso falta muito, um pouco dessa coisa principalmente, eu acho que a área médica ela tende a puxar o conhecimento muito pra ele, não querer passar esse conhecimento ou julgar que o outro não tenha conhecimento e com isso não pára pra ouvir nem pra discutir situações (Profissional 07)

Deslandes (2001) esclarece que manifestações de violência também podem ter o usuário como agressor, muitas vezes, expressando o desespero de não obter o atendimento após ter buscado por várias instituições, entre outros motivos. Também explica que a emergência e seus agentes convivem com a violência pelo menos de duas formas evidentes: como demanda de atendimento/trabalho e como forma de relação entre profissionais e clientela. A emergência acaba por representar um espaço intenso e dramático de conflito, muitas vezes de violência, entre profissionais de saúde e população usuária.

Quanto a relação poder-saber presente nos serviços de saúde, Villa (2015) ressalta que esta resulta de uma complexa e engenhosa construção social, que, ao longo do tempo, foi se cristalizando no imaginário social, como o poder do médico sobre a vida e a morte do indivíduo, e, por isso, a suposta diferença desse profissional com relação aos demais. Acrescenta que a medicina exerce um poder histórico nas relações de cuidado, concentra o poder do diagnóstico e da intervenção terapêutica, cumprindo uma autoridade técnico-científica.

A PNH considera a autonomia e o protagonismo valores norteadores na construção de relações horizontais que promovem a valorização dos sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores, permitindo a alteração das relações de saber/poder.

A maioria dos profissionais entrevistados sentem-se valorizados em suas equipes de trabalho, conseguindo compartilhar saberes e práticas. Entretanto, cabe destacar que relações verticalizadas ainda estão presentes na rotina de trabalho prejudicando o processo de fortalecimento da autonomia e protagonismo destes sujeitos.

Me sinto valorizada sim e acredito que exista um espaço, na maioria das vezes, propício ao compartilhamento da equipe (Profissional 01).

Me sinto valorizado pela a maior parte dos profissionais, a maior parte dos profissionais tem uma dimensão do nosso papel dentro desse espaço. Isso é muito importante e os saberes são compartilhados em momentos pontuais, né? (Profissional 02).

Valorizado sim, em termos de valorização. Eu me sinto valorizado pelos meus colegas e pelos usuários. Eu me sinto valorizado por eles. Porque são pessoas que eu sei que gostam de trabalhar comigo que dão esses feedback que gostam de trabalhar comigo e as pacientes também algumas vezes tem esse feedback né? Eh agora com relação aos superiores eu acho que, a percepção que eu tenho é que é sempre só mais um, seja o trabalho que você faça. Com relação a tomada de decisão com os colegas eu acho que a gente consegue fazer isso e tal. A gente tem um bom relacionamento com os médicos e consegue participar das decisões da equipe, né? Assim, mas outros tipos de decisão com relação a funcionamento aí vem de cima pra baixo mesmo. Então assim, em termos disso, eu acho ruim porque é coisa que vem de cima pra baixo não tem muito a ver com nossos com nosso dia a dia, não consegue perceber a realidade e a gente faz porque é ordem né? (Profissional 03).

Não me sinto. Nesse termo não. Eu acho que muitas vezes, as nossas demandas, elas não são levadas do ponto de vista assim, de melhoria mesmo. Acho que às vezes a gente é muito cobrado em determinados pontos sem ter um retorno mesmo, um reconhecimento, e nem há um reconhecimento mesmo de que aquelas atividades e tudo são algo, é algo que é importante. O trabalho entre a equipe, a relação entre médicos, relações entre o médico, a equipe de enfermagem, relação entre enfermagem e entre a equipe multi, eu acho que isso é bem organizado sim (Profissional 05).

Em relação a percepção que os profissionais têm quanto ao protagonismo e autonomia das pacientes durante seu atendimento em saúde, a maioria dos relatos expressa uma convergência quanto ao não exercício desse papel, visto o não reconhecimento destas como sujeitos de direitos:

Esse ponto ainda considero a melhorar. Embora usuárias e seus acompanhantes tenham seus direitos garantidos, acredito que ainda falte apropriação por parte dos usuários e da própria equipe quanto a PNH (Profissional 01).

Na emergência às vezes não, na sala de parto muitas vezes sim. Os profissionais precisam estimular e dar espaço para esse exercício de autonomia. Ainda falta um pouco disso. Acho que espaços mais alternativos, né? Pra essa paciente poder

vivenciar ali o trabalho de parto quando ela chega. Essa questão mesmo da escuta, da médica principalmente né? Da expectativa dessa mulher em relação ao atendimento, a expectativa dessa mulher em relação ao parto, dela trazer o seu olhar, como eu quero que seja o meu parto, o que que eu pensei sobre isso, de que maneira, né? Que muitas vezes ainda é imposto, um modelo de parto, o tratamento. Então muitas vezes ela diz assim, eu não sei o que eu estou fazendo aqui. Se o parto não acontece, ela diz, eu não sei porque eu estou aqui. Mas se a equipe se comunica, fala e fala numa linguagem que ela compreenda, ela tem uma maior autonomia, um maior protagonismo (Profissional 02).

Eu acho que muito pouco. Os profissionais de saúde ainda têm muita dificuldade em aceitar a autonomia dos pacientes. Aceitar os direitos que são dados aos pacientes. A maioria dos profissionais ainda têm muita resistência, aquela história do acompanhante. Até hoje dá rolo esse negócio. Porque as pessoas não conseguem compreender que existe uma lei, que a lei autorizou a pessoa ter o acompanhante da hora que ela entra pra se consultar, na hora que ela entra pra se internar, até a hora que ela vai embora entendeu? Ah! Mas aqui não pode ficar. Mas por que não pode ficar? Porque fica muita gente. Não é motivo. A lei não diz lá que é só quando estiver pouca gente. Ela tem o direito de ficar com a pessoa aí do lado. E a gente percebe que é um incômodo do profissional com relação a isso né? Então eu percebo que assim as pacientes tem dificuldade nesse sentido, ela não consegue ter essa autonomia porque a não ser que ela seja muito, muito segura, aí ela consegue dizer, não, eu não quero. Não, eu não vou fazer. Ou então eu quero assim, mas não é muito comum não. Até por falta também de conhecimento dela, né? A maioria das pessoas não tem conhecimento. E não fala só sobre os acompanhantes não, né sobre os procedimentos a serem feitos também, né? Hoje eu vejo muitos profissionais orientando, tipo aquela história do parto cesáreo, né? Há um tempo atrás acho que tinha uma certa dificuldade, hoje em dia é mais clara essa percepção de, se a paciente não quer o parto normal, ela pode optar pela cesárea e pronto acabou-se a história. Só que não são todos os profissionais que repassam a informação e nem todas as pacientes sabem dessa informação. Mas então é assim, é mais ou menos elas seguem, mas não é tanto assim não (Profissional 03).

Eu acho que em algumas situações sim, em outras não, né? Tem se mudado muito esse olhar, tem se buscado ouvir, mas eu acho que ainda existe aquela coisa muito da soberania do profissional de saúde em relação ao usuário, em relação a saúde do usuário, dessa coisa da tomada de decisão, ainda tem muito disso, ainda tem algumas falas ainda muito, tipo, ah, não ficou, então se não quer então vá embora e pronto, né? E sem muitas discussões ou simplesmente prescreve um monte de coisa e não diz muito bem o que é que vai acontecer com a pessoa e quando às vezes a pessoa pergunta nem sempre se leva a sério né? Mas isso não é cem por cento dos profissionais. São mudanças, realmente são mudanças de paradigmas né? E o próprio usuário ainda está engatinhando muito nessa autonomia dele, eles realmente como sendo aquela pessoa central, eles ainda não tem muita essa ideia não. Eles chegam aqui precisando do serviço e dão graças a Deus que ser atendido. É tipo isso. Eles ainda não tem muito conhecimento da força deles e de que eles realmente tem direito né? É, eu penso assim também, eles ainda tem muito receio de falar, ah, é muito fácil de falar com aquela pessoa do nível médio ali, mas quando chega naquele outro parece assim, que é um semideus, aí fecha a boca e tranca e aceita tudo, né? Ainda tem muito dessas coisas assim, que é muito cultural ainda muito, mas que tem mudado. Ainda é muito novo, mas é uma abertura com autonomia pra mulher aqui. Aí por isso que eu digo, não é a instituição que não dá essa autonomia, não é a instituição que não trabalha as políticas. Tem a ver muito ainda com o usuário que não sabe como utilizar o direito que ele tem e os paradigmas de alguns profissionais que não sabem ainda respeitar alguns direitos do usuário (Profissional 07).

Não podemos esquecer que nosso país tem uma democracia recente e uma cultura de participação popular ainda incipiente. Nossa formação histórica é marcada pelo clientelismo,

mandonismo e patrimonialismo, ainda arraigados em nosso convívio social. Calixtre e Fagnani (2017) explica que a natureza da cidadania no Brasil é o avesso de outras experiências nacionais, visto os direitos sociais aqui terem precedido os direitos civis e os políticos, emergindo a partir de 1930. Somente com a Constituição Federal de 1988 temos uma etapa inédita de construção da cidadania com alguns valores do Estado de Bem-Estar Social.

7.6 Humanização x Desumanização: as relações entre a percepção e a prática

A relação social que estabelecemos com o mundo ao nosso redor reflete o nosso entendimento sobre ele. A forma de pensar sobre as coisas direcionam o nosso fazer, o nosso agir. Nos processos de produção de saúde, apesar dos avanços tecnológicos, as relações humanas são essenciais e pressupõem um componente ético-pessoal pautado em valores, símbolos e significados culturalmente construídos.

Considerando a relação que se estabelece entre a percepção dos profissionais sobre a humanização e as práticas na atenção e cuidado às pacientes, os relatos abaixo apontam esta como uma ação direta que pode comprometer o atendimento prestado.

Acredito que impliquem diretamente, já que no atendimento dos usuários é importante garantir um acolhimento humanizado, considerando o sujeito em sua interface com a saúde, tratando com dignidade esse público. E considerando suas necessidades biopsicossociais e espirituais, dado que cada usuário que adentra a Meac traz consigo seus condicionantes de saúde (Profissional 01).

Quando os profissionais não veem os usuários como dotados de direitos, os profissionais não respeitam a autonomia desse público nos atendimentos. Então eu percebo muito, quando os profissionais eles atendem essas pacientes, muitas vezes essa paciente ela não compreende o que tá sendo feito ali. Então, muitas vezes, não há esse respeito ao público no sentido de valorizar a autonomia dessa mulher, dela saber o que está acontecendo com o seu corpo, né? E participar efetivamente das decisões, principalmente do seu parto (Profissional 02).

Eu acho que se a pessoa consegue compreender o que é o processo de humanização, ele consegue melhorar mais o trabalho, né? Dar uma assistência melhor. Mas embora eu perceba muitas vezes que os profissionais apesar de receberem orientações e tal, alguns não conseguem colocar em prática algumas normas, algumas orientações da política, sabe? Que deveria ser rotina da gente. Existe um certo distanciamento dos profissionais que eu acho que tem muito a ver com a história de classe, a maioria das pessoas que a gente atende aqui são pessoas mesmo mais pobres né? As mais carentes e eu acho que essa questão dessa percepção de separação de classe, faz isso com os profissionais. Na percepção da pessoa é como se não fosse direito o atendimento, como se fosse aquela história do favor e ela devia era dar graças a Deus que eu tô atendendo, tá entendendo? Essa percepção que eu vejo ali em alguns, não são todos os profissionais, mas que eu vejo muito contaminado em algumas dessas histórias. Eu acho que isso é não perceber essa política de humanização, entendeu? Eu acho horrível assim, eu presenciei alguns momentos em que isso aconteceu, que as pessoas vamos dizer assim, não são nem pessoas más, mas já é tão assim da parte dela, que ela faz, no inconsciente entre aspas, né? Mas é complicado isso (Profissional 03).

Eu acho que ter uma percepção e ter a intenção de fazer já implica no atendimento. Né? Você reconhecer que você precisa atuar de uma forma, já implica na forma como você vai agir, como você vai atender. Eu acho que o primeiro passo é você entender a necessidade de fazer isso e tentar, conseguir é outro passo né? Mas eu acho que tem que ter profissional treinado na questão de ser mais humano, ter uma equipe toda que funcione de forma, como é que eu posso dizer, que consiga funcionar de forma completa, né? Eu acho que isso é um ponto né? (Profissional 05).

Deslandes (2004) destaca que as interações entre os atores (profissionais e pacientes) são influenciadas por lógicas culturais que as antecedem. De modo que é necessário considerar que a cultura organizacional do hospital é histórica e hegemonicamente centrada numa ordem médico-profissional, cujas bases e limites precisam ser discutidos na perspectiva de uma proposta de mudanças.

A relação de classe que se estabelece entre profissionais e pacientes promove uma distância social e cultural e traz distanciamento entre estes. Os profissionais detêm o saber científico e determinada visão de mundo e, em alguns casos, um *status* financeiro e social. Os pacientes têm baixa escolaridade, baixa renda e são diferentes da dita norma social. Nesta relação assimétrica, os pacientes encontram-se menos capacitados para fazer valer seus direitos e sua autonomia (Boaretto, 2004).

Campos (2005) afirma que a desumanização existente nos serviços de saúde é um produto humano, ainda quando resulte de uma combinação de problemas estruturais com posturas alienadas e burocratizadas dos operadores. O autor acrescenta que relações sociais em que há um grande desequilíbrio de poder são, geralmente, qualificadas de desumanas, de modo que não há como haver projeto de humanização sem que se leve em conta o tema da democratização das relações interpessoais.

Quando questionadas sobre situações de desumanização que vivenciaram ou presenciaram no atendimento da emergência, a maioria da pacientes nega a ocorrência destas, somente duas pacientes relatam a demora, falta de atenção e de clareza nas informações:

Só da minha colega aí, né? Que está esperando aí o leito, não sabe pra onde é que vai, ainda né? É essa demora. Essa demora porque na verdade eu acredito que o médico deveria estar olhando mais ela, que ela está sentindo dor. E a falta de informação as vezes, porque às vezes os enfermeiro realmente não sabe, né? De tudo. E aí tinha que vim não sei se é porque não tem um médico plantonista pra fazer isso, pra ficar vendo. Não sei como é que está lá fora também né? Se tem muita gente pra ser atendida. Então pode ser isso (Paciente 04).

Não. Assim, na verdade é porque é assim, eu vim lá do materno quando eu chego aqui elas perguntam porque eu estou aqui. Aí quando eu venho aqui pra dentro, pergunta de novo entendeu? Quando muda o plantão, tipo assim, meio que elas não tem as informações correta e a gente vai falando claro né? Só que aí eu fico sem saber. Todo mundo que pergunta eu digo gente eu não sei pra onde eu vou e tal e tal. Você está aqui como eu falei com a moça que veio agora. Moça, mas eu estou de dieta zero. Eu ia já pro CO e tal e ela valha, mas vou ver ali. Aí sai, entendeu? Aí saiu e voltou, disse

não, tu vai comer, você vai voltar a comer sim. Passei o dia todinho sem comer, agora eu vai voltar a comer pra tipo fazer de novo uma dieta, e eu falei, mas vai ser amanhã? Não estou com ansiedade não é pro nascimento, estou com ansiedade pra poder me programar em casa porque eu tenho duas filhas, entendeu? Então assim, meu esposo vai precisar vir, a gente vai ter que deixá-las com alguém, então eu preciso me programar com relação a isso (Paciente 05).

Quanto aos profissionais, estes percebem o fenômeno da desumanização, predominantemente, atrelado ao desrespeito aos direitos das pacientes durante os atendimentos:

O desrespeito as decisões das pacientes. Não participar claramente sobre o quadro de saúde e inseri-la no processo. É quando realmente essa mulher é desrespeitada em suas decisões, quanto a via de parto, quanto ao seu corpo, muitas vezes exposto sem necessidade, então quando há atitudes dessa maneira que não levam em consideração a fala, a opinião, dessa mulher, eu sinto que ali há uma desumanização dentro desse espaço de trabalho, espaço de atendimento (Profissional 02).

Eu acho que é qualquer atendimento que não respeite o direito da paciente, a autonomia do paciente, a privacidade do paciente. Qualquer coisa dessas que seja desrespeitada eu acho que ela é desumana, né? Que não ofereça as condições ideais, né? Que é também assim, nem sempre é por causa do profissional, né? Por exemplo, você tem o hospital que ele atende, mas ele não tem como dar a resposta porque ele está lotado, porque não tem espaço pra receber as pacientes, então não é humanizado, né? Nesse sentido. E aí não são pelos profissionais, é pela estrutura e é por causa do sistema. Né? Então qualquer ação que, qualquer atendimento que viole essas questões de autonomia, de direito e de privacidade dos pacientes pra mim é desumanizada (Profissional 03).

Eu acho que é um atendimento em que, eh é um atendimento que não é centrado na decisão da paciente, é um atendimento que vem de cima pra baixo né? Algo assim, que você dita o que vai fazer, algo que você impõe o que vai fazer, acho que um atendimento às vezes muito rápido ou sem que dá suporte a queixa daquela paciente, o atendimento que você não consegue suprir a demanda daquela paciente que vem, se a paciente vem tendo uma queixa, você tem que acabar aquela queixa e ver como você pode ajudar ela a melhorar aquilo, então acho que um atendimento desumanizado é quando você não consegue resolver ou pelo menos orientar a paciente como resolver o problema que ela veio buscar (Profissional 05).

Eu acho que a falta de respeito a pessoa. Desde a hora que ela chega, que ela não é bem acolhida, acho que a falta do acolhimento é a coisa mais desumanizada que pode ter no mundo, é você não acolher, não olhar no olho da pessoa, não receber, eu acho que é o mais desumano, não é uma cadeira quebrada, não é uma coisa suja, é você não dar um bom dia, uma boa tarde, não acolher bem uma pessoa, acho que é o mais desumanizado que pode ter você não poder acolher bem uma pessoa quando ela chega (Profissional 07).

Silva e Silveira (2011) agrupam os fatores da desumanização em três categorias: 1) falhas na organização do sistema - demora no atendimento, filas de espera, deficiência na estrutura e equipamentos; 2) relação com o paciente - falta de privacidade, falta de informação, despersonalização; 3) condições de trabalho - baixos salários, jornada dupla ou tripla, dificuldade de conciliar vida familiar e profissional. A humanização prevê a oferta de atendimento com qualidade, a articulação de avanços tecnológicos com acolhimento e postura ética de respeito ao outro e a melhoria das condições de trabalho dos profissionais. Refere-se à

possibilidade de uma transformação cultural da gestão e das práticas desenvolvidas nas unidades de saúde.

7.7 Sugestões para garantia de um atendimento humanizado.

Muitos desafios estão postos para superar as dificuldades encontradas para a humanização do atendimento. Profissionais e pacientes apontam questões de ordem estrutural, de gestão e pessoal que precisam ser melhoradas para a qualificação do cuidado e em saúde. Encontrar soluções deve ser também uma tarefa coletiva e mobilizar todos os esforços. Dentre as sugestões apresentadas pelas pacientes se destacam ações para a melhoria do fluxo de informações entre profissionais e pacientes:

Eu acho que o sistema deveria ser interligado, não sei qual o sistema que vocês usam, mas tipo assim, o que a doutora colocou lá no materno, quando um viesse e abrisse o sistema já tivesse tudo lá, as observações né? Tudo isso, que se tipo coloca lá, aí vem aqui pro médico de dentro, ele coloca aqui também, quando eu for ser avaliada lá em cima vão me perguntar de novo e assim, se fosse um sistema só, eles já abririam e veriam tudo né? Apesar de ser muita gente pra poder ser atendido (Paciente 05).

Eu acho que só a questão mesmo desse CD arranhado. Porque essa forma de não dizer exatamente o que vai acontecer não é só comigo, né? As outras meninas que estavam comigo também disseram a mesma coisa. Aí a gente não sabe, a gente está aqui mas é esperando ver o que vai acontecer. A gente não tem uma certeza. Aí fica a mesma conversa pra todo mundo, né? E ninguém sabe o que está acontecendo. Eu acho que a melhoria era só aí mesmo (Paciente 09).

Oliveira, Collet e Viera (2006) afirmam que a comunicação é fator imprescindível para o estabelecimento da humanização, assim como as condições técnicas e materiais. É dar lugar tanto à palavra dos usuários quanto aos profissionais de saúde, construindo uma rede de diálogo que pense e promova ações singulares de humanização. A questão da comunicação se faz preponderante para a construção de relações solidárias e respeitadas e pode falhar quando não consegue se estabelecer de forma efetiva, trazendo prejuízo às interações entre os sujeitos.

Na perspectiva dos profissionais as sugestões para a garantia de um atendimento humanizado estão centradas nos processos de formação e capacitação e na melhoria das condições de trabalho através da ampliação da equipe:

Primeiro e mais importante: capacitar os profissionais considerando que os currículos em saúde ainda precisam melhorar; outro ponto seria garantir autonomia do usuário e facilitar a apropriação dos mesmos quanto aos seus direitos; adesão aos projetos de humanização (Profissional 01).

Qualificar os profissionais. Discutir sobre humanização no cotidiano profissional. Acho que é antes de tudo qualificar e sensibilizar os profissionais pra essa temática. É muito importante. E os profissionais da emergência infelizmente eles não tem tempo, um cotidiano extremamente frenético de atendimento, então ele não tem um espaço

um tempo pra se qualificar né, numa atividade voltadas pra eles, pra discutir a humanização dentro do nosso espaço, do nosso cotidiano profissional. Então acho que falta primordialmente isso. Espaço pra qualificar os profissionais (Profissional 02)

Eu acho que precisa ter educação continuada dos profissionais, sensibilização mesmo, sabe? Dos profissionais. Eu acho também que precisa ampliar o número de profissionais. Porque não adianta você querer que tenha um atendimento humanizado quando os profissionais estão sobrecarregados pra atender, né? Então assim, o dimensionamento das equipes eu acho que elas precisam ser repensadas. Eu acho que pode ser, não sei como, mas um pouco mais flexível, né? Porque tem dias tudo bem, que não tem uma demanda muito grande, mas tem dias que é uma demanda que é um loucura e aí não tem como você manter por exemplo, privacidade com muita gente, não tem como você saber pelo nome, chamar pelo nome, não sei o que, uma demanda dessa né? Então assim, eu acho que uma das coisas seria dimensionar melhor equipes, a outra essa questão da educação continuada, estrutura física acho que já melhorou muito com a mudança pra cá. E formação, formação lá atrás mesmo, além da educação continuada nos bancos das universidades, né? Precisa já as pessoas sair da universidade sabendo que saúde é um direito, que eles precisam respeitar a autonomia das pessoas, os direitos, etc, é isso (Profissional 03).

Eu acho que aumento de equipe, eu acho que isso é um ponto importante. Eu acho que a emergência é muito grande. Tem uma demanda muito grande. Uma quantidade pequena de profissional. Então, acho que é aumentar a equipe da emergência é muito importante pra conseguir dar vazão e dar atendimento adequado aos pacientes. Eh eu acho que esse é o esse é o ponto principal. Além de assim continuar melhorando o ambiente físico, né? Pontos de melhoria do ambiente físico. Acho que é o principal (Profissional 05).

Segurança e aumento de funcionários da segurança e da equipe técnica como um todo (Profissional 06).

Investir na formação é um ponto fundamental na análise dos estudiosos sobre a humanização na saúde. Segundo Goulart e Chiari (2010), o modelo de atenção à saúde baseado nos pressupostos biomédicos permanece hegemônico nas escolas de formação de vários cursos de graduação da saúde, públicas ou privadas. Faz-se importante, desse modo, que novos modelos de atenção e cuidado na perspectiva da humanização sejam pensados desde os bancos das universidades.

Em relação às capacitações que são ofertadas pelas instituições de saúde a seus profissionais, Pereira e Neto (2015) pontuam que os trabalhadores têm acesso, entretanto, os conteúdos são muito diferentes e consistem mais em instrumentalizações técnicas, as especificidades do trabalho e a formação profissional, sendo incipientes temáticas relacionadas à PNH.

Também faz-se importante a reflexão de que os profissionais da saúde, muitas vezes assumem jornadas duplas de trabalho, não dispondo de tempo para capacitações, a menos que estas fossem ofertadas dentro do horário do trabalho, o que nem sempre é possível e, demandaria muitos ajustes, visto a dinâmica de uma emergência hospitalar, geralmente, já marcada pela sobrecarga e equipes reduzidas.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabemos que o Sistema Único de Saúde - SUS representa uma conquista da sociedade brasileira e, ao garantir a universalidade do atendimento, promove a justiça social, atendendo a todos os indivíduos. É reconhecido como o maior sistema público de saúde do mundo, realizando uma grande variedade de atendimentos, desde os mais simples até os mais complexos.

Entretanto, como política de Estado, está submetido à lógica capitalista neoliberal, uma ordem econômica que defende a restrição de direitos sociais em favor de um Estado mínimo, de modo que, desde sua criação enfrenta dificuldades para se consolidar como sistema público e universal, prestar serviços de qualidade e garantir que os direitos dos cidadãos sejam respeitados.

Na perspectiva de qualificação e fortalecimento do SUS, a PNH configura-se como um importante marco de referência e propõe a construção de novas práticas de atenção, gestão e cuidado em saúde. A proposta da política parte de pressupostos, conceitos e dispositivos que visam à reorganização dos processos de trabalho em saúde, e defende uma produção que inclua todos os atores - usuários, trabalhadores e gestores numa pactuação democrática e coletiva.

Avaliar a PNH do SUS na emergência da MEAC constituiu o objetivo do trabalho em tela. Sob a orientação dos eixos investigativos propostos pela Avaliação em Profundidade, o trabalho desenvolveu-se trazendo para a análise reflexões que profissionais e pacientes fazem dessa política no cotidiano do atendimento da referida emergência.

Os estudos teóricos apresentam que a temática da humanização gera diferentes interpretações, em sintonia ou não com a proposta da PNH. Geralmente seu significado se vincula aos ideais dos valores humanitários como respeito, atenção, empatia. Por vezes, pode aparecer revestido de voluntarismo e assistencialismo nas práticas, deixando o sujeito num lugar de subordinação no processo e negando a este o respeito a sua subjetividade como cidadão autônomo. Portanto, a necessidade de aprofundar a reflexão é presente.

Avaliando os resultados da pesquisa a partir dos objetivos traçados e tendo por horizonte os resultados esperados pela PNH do SUS podemos considerar que a PNH é de conhecimento dos profissionais da emergência MEAC e se efetiva parcialmente a partir de alguns dispositivos implantados como o acolhimento com classificação de risco e direito ao acompanhante, carecendo de aperfeiçoamento, principalmente voltado à capacitação dos profissionais.

As pacientes percebem a humanização a partir da qualificação do atendimento, caracterizado como acolhedor, atencioso, empático, respeitoso. Avaliam positivamente o serviço prestado na emergência e referem que não tiveram dificuldades no acesso. Entretanto, evidenciam o problema da superlotação como fator que desumaniza o atendimento pela demora e baixa resolutividade. Ou seja, acesso ampliado, mas permanência das filas.

A melhoria na estrutura física da MEAC, compreendida como favorecedora de uma ambiência propícia à humanização da assistência em saúde, é ponto positivo comum na avaliação dos sujeitos.

Os desafios e dificuldades relatadas quanto PNH na emergência podem ser classificados na ordem de três fatores: a) estrutura, representado pelas condições de trabalho expressas pela equipe insuficiente para a demanda, desvalorização do profissional e a superlotação; b) formação, expresso pelos relatos de falta de capacitação sobre a temática; c) entraves na comunicação que dificultam o diálogo eficaz entre pacientes, profissionais e gestores, podendo acarretar prejuízos ao processo de cuidado prestado. É preciso garantir lugar à fala do usuário e do profissional de saúde, numa relação que privilegie o diálogo com respeito e reconhecimento mútuo. A humanização só pode efetivar-se sob essas bases.

As relações interpessoais entre profissionais e pacientes são avaliadas positivamente, mas a autonomia e protagonismo das pacientes precisam ser incentivados, estas precisam reconhecer-se como sujeitos de direitos e a informação sobre procedimentos e rotinas é uma forte aliada nesse processo. Entre a equipe profissional os saberes são partilhadas e há uma boa comunicação, entretanto em relação à gestão faz-se necessário avançar e oportunizar o atendimento a demandas dos profissionais e incluir os usuários na tomada das decisões. É preciso estabelecer/consolidar uma gestão participativa nos serviços respeitando a horizontalidade nas relações.

Os profissionais compreendem que existe uma relação direta entre a percepção sobre a humanização e as ações desenvolvidas no cotidiano do trabalho, impactando na forma do atendimento. Práticas baseadas numa formação que privilegia o saber/poder do profissional ou alicerçadas num distanciamento social e cultural de classe, não reconhecem os pacientes como sujeito de direitos, destituindo-os de seu poder de participação, decisão e construção dos processos. Estabelece-se, desse modo, um campo fértil à desumanização.

A desumanização é identificada pelos profissionais como situações em que há desrespeito aos direitos e a fala das pacientes, quando não é garantido acolhimento e privacidade e as decisões são impostas, desconsiderando a autonomia. As pacientes identificam

como situações que desumanizam o atendimento, as que faltam com atenção e cuidado e aquelas onde a comunicação não consegue ser eficaz gerando desinformação e ansiedade.

As sugestões elencadas para a melhoria do atendimento na emergência da MEAC, sob a perspectiva da PNH, vão ao encontro dos desafios e dificuldades relatadas e sugerem melhorias para um processo comunicacional eficaz entre usuários, trabalhadores e gestores, com vistas à autonomia e protagonismo dos sujeitos; investimento na formação/capacitação dos profissionais; e melhoria das condições de trabalho referindo-se a valorização do profissional e a ampliação da equipe de trabalho.

Efetivar a PNH do SUS não é tarefa fácil. É um processo que precisa de muitas mãos, coragem e decisão política para investir num modelo de atenção que ultrapasse os modelos arcaicos de gestão e atenção em saúde. É preciso compromisso e convencimento para participação de todos. Também faz-se necessário avançar e ampliar o processo de cidadania do povo brasileiro. É dever do Estado e da sociedade incentivar a autonomia dos sujeitos para que estes tenham condições de reivindicar seus direitos e assegurar um atendimento humanizado.

REFERÊNCIAS

ARRETCHE, M. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um estado federativo. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, 14(40), p. 111-141, 1999.

ARRETCHE, M. **Estado Federativo e políticas sociais**: determinantes da descentralização. Rio de Janeiro: Revan, 2000.

AZEREDO, Y. N.; SCHRAIBER, L. B. Autoridade, poder e violência: um estudo sobre humanização em saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 25, p. e190838, 2021.

BACELAR, Tânia. As Políticas Públicas no Brasil: heranças, tendências e desafios. *In*: FASE (Org.). **Políticas Públicas e Gestão Local**: programa interdisciplinar de capacitação de conselheiros municipais. Rio de Janeiro: FASE, 2003, p. 17-31.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2ª reimpressão, 2011

BARBOSA, T. G.; MIGUEL, R. P.; GALLIAN, D. M. C. Fundamentos filosóficos em humanização: revisão crítica da literatura no Brasil. **Revista Internacional de Humanidades Médicas**, v. 3, p. 65-81, 2014.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 561–571, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300014>. Acesso em: 14 mai. 2024.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização. *In*: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/hum.html>. Acesso em: 25 ago. 2024.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política social**: fundamentos e história. São Paulo: Cortez, 2006.

BOARETTO, C. Humanização da Assistência Hospitalar: o dia-a-dia da prática dos serviços. *In*: AYRES, José Ricardo de C. M. Humanização da assistência hospitalar e o cuidado como categoria reconstrutiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, 2004, p. 15-29. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63013499024>. Acesso em: 25 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher**: bases de ação programática. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984. 27 p. (Série B: Textos Básicos de Saúde, 6). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher.pdf. Acesso em: 03 set. 2024.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Presidente da República, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Brasília: Diário Oficial da União, 1990a.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Brasília: Diário Oficial da União, 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: ambiência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Rede HumanizaSUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <https://redehumanizausus.net/sobre/>. Acesso em: 14 mai. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**, 4. ed. 4. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: visita aberta e direito a acompanhante** /Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2. ed. 4. reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília: Diário Oficial da União, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. 1. ed. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Folheto Política Nacional de Humanização, seu método, princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://redehumanizausus.net/acervo/politica-nacional-de-humanizacao-pnh/>. Acesso em: 19 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do Parto e Nascimento (Cadernos HumanizaSUS)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Seminário 10 Anos da Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru: manual técnico** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia**. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Educação. **Diretriz EBSEH de Humanização**: assistência humanizada para melhoria da qualidade em saúde. Brasília: Ministério da Educação, 2018.

BRASIL. Ministério da Educação. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares –EBSEH. **A campanha para a construção da MEAC**. Publicado em 19/11/2020. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/ch-ufc/aceso-a-informacao/institucional/nossa-historia/maternidade-escola-assis-chateaubriand>. Acesso em: 27 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Educação. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares –EBSEH. **Evento marca o início da segunda fase do Projeto Lean na MEAC**. Publicado em 25/07/2023. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/ch-ufc/comunicacao/noticias/evento-marca-o-inicio-da-segunda-fase-do-projeto-lean-na-meac>. Acesso em: 13 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Educação. **Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares–EBSEH**. Avaqualis será realizada no CH-UFC de 4 a 14 de novembro. Publicado em 01/11/2024. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/ch-ufc/comunicacao/noticias/avaqualis-sera-realizada-no-ch-ufc-de-4-a-14-de-novembro>. Acesso em: 13 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde 2024-2027**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

BRAVO, Maria Inês de Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete *et al.* (orgs). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BRENES, A. C. **História da Parturição no Brasil, Século XIX**. Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública, 1991.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. Os três ciclos da sociedade e do estado. Perspectivas: **Revista de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 41, p.193-208, Jan/Jun 2012. Disponível em: <http://seer.fclar.unesp.br/perspectivas/article/view/5625/4428>. Acesso em 23 mar. 2024.

CALIXTRE, A.; FAGNANI, E. **A política social e os limites do experimento desenvolvimentista**. Campinas: IE-UNICAMP (Texto para Discussão 295), maio de 2017. ISSN 0103-9466.

CAMARA, Rosana Hoffman. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. **Gerais Rev. Interinst. Psicol.** [online], v.6, n.2, p.179-191, 2013.

CAMPOS, G. W. S. Humanização dos cuidados em saúde: um projeto em defesa da vida? **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, mar/ago 2005, v. 9, n. 17, p. 389-406, 2005.

CARDOSO, M. R. G.; OLIVEIRA, G. S.; GHELLI, K. G. M. Análise de Conteúdo: uma metodologia de pesquisa qualitativa. **Cadernos da Fucamp**, v.20, n. 43, p. 98-111, 2021.

CARNEIRO, Ricardo; BRASIL, Flávia de Paula. **O papel do Estado e as reformas na Administração Pública**: da Constituição Federal de 1988 ao contexto Pós Pandemia. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2021.

CARTA DE OTTAWA. **Primeira Conferência Internacional sobre promoção da saúde**. Ottawa, 21 de novembro de 1986. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acesso em: 12 abr. 2024.

CEARÁ. **Secretaria de Saúde do Ceará**. Política Estadual de Humanização inicia formação de coletivos. 17 de abril de 2017. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/2013/04/17/politica-estadual-de-humanizacao-inicia-formacao-de-coletivos>. Acesso em: 16 set. 2024.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Ceará. **Cuidados Paliativos**: HGF recebe programa de consultoria do Hospital Sírio-Libanês. 14 de junho de 2023. Disponível em: <https://www.hgf.ce.gov.br/2023/06/14/cuidados-paliativos-hgf-recebe-programa-de-consultoria-do-hospital-sirio-libanes/> Acesso em: 28 out. 2024.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Ceará. **Plano estadual da saúde** [livro eletrônico] / organização: Joélia Rodrigues da Silva, Matheus Antônio Magalhães Farias Catunda; coordenação: Joélia Rodrigues da Silva. Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2023. Disponível em: https://www.saude.ce.gov.br/wpcontent/uploads/sites/9/2024/08/Plano_Estadual_da_Saude_2024-2027-1.pdf 27/1024. Acesso em: 28 out. 2024.

CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. *et al.* **A pesquisa qualitativa**: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis, Vozes, p. 295-316, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Como o movimento de mulheres contribuiu para construção do SUS**, 2020. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/como-o-movimento-de-mulheres-contribuiu-para-construcao-do-sus>. Acesso em: 03 set. 2024.

CONASEMS. Movimento da reforma sanitária brasileira: os principais marcos históricos. **Portal da Reforma Sanitária**, 2018. Disponível em: <https://portaldareformasanitaria.org>. Acesso em: 20 mar. 2024.

CORAZZA, G. Estado e Economia no Brasil - uma revisão da bibliografia recente. **Ensaio FEE**, Porto Alegre, v. 1, n.2, p. 189-232, 1981.

CRUZ, D. M. Enfoques contra-hegemônicos e pesquisa qualitativa: desafios da avaliação em profundidade em políticas públicas. **Revista AVAL**, [S. l.], v. 1, n. 15, p. 161-173, 2019.

DAGNINO, E. Sociedade civil, participação e cidadania: de que estamos falando? In: **Políticas de cidadania y sociedad civil em tiempos de globalización**. Caracas: Faces, Universidad Central de Venezuela, p. 95-110, 2004.

DESLANDES, S. F. **Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida** [livro eletrônico]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001. (Coleção Antropologia & Saúde). ISBN 978-85-7541-528-3. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/r7pjf/epub/deslandes-9788575415283.epub>. Acesso em: 13 nov. 2024.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 7–14, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000100002>. Acesso em: 14 mai. 2024.

DESLANDES, S. F. O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 17, p. 401–403, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832005000200017>. Acesso em: 14 mai. 2024.

DESLANDES, S. F. (org.) **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

ESCOREL, S. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à Reforma Sanitária. In: GIOVANELLA, L. *et al.* **Políticas e sistemas de saúde no Brasil** [online]. 2. ed. rev. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

ESCOREL, S; TEIXEIRA, L. A. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, L. *et al.* **Políticas e sistemas de saúde no Brasil** [online]. 2. ed. rev. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

FARIA, C. A. P. A política da avaliação de políticas públicas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 20, n. 59, p. 97–110, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-69092005000300007>. Acesso em: 14 mai. 2024.

FARIAS, S. C. G. Descentralização, neoliberalismo e as políticas educacionais brasileiras. **Atos de Pesquisa em Educação - PPGE/ME FURB** ISSN 1809-0354, v. 7, n. 1, p. 122-142, jan./abr. 2011.

FERREIRA, J. O programa de humanização da saúde: dilemas entre o relacional e o técnico. **Saúde e Sociedade**, v. 14, n. 3, p. 111–118, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902005000300007>. Acesso em: 14 mai. 2024.

FILIPPIM, E. S.; ABRUCIO F. L. Quando Descentralizar é Concentrar Poder: o Papel do Governo Estadual na Experiência Catarinense. **Revista de Administração Contemporânea**. Curitiba, v. 14, n. 2, art. 2, p. 212-228, Mar./Abr. 2010 Disponível em: <http://www.anpad.org.br/rac>. Acesso em: 24 out. 2024.

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 743–752, 2009. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000300010>

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de gestão do ano de 2005 da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza: saúde, qualidade de vida e a ética do cuidado** / Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza – Fortaleza: SMS, 2006. Disponível em: https://cmsf.sms.fortaleza.ce.gov.br/?page_id=3219. Acesso em 29 de outubro de 2024.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de gestão do ano de 2006 da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza:** saúde, qualidade de vida e a ética do cuidado / Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza – Fortaleza: SMS, 2007. Disponível em https://cmsf.sms.fortaleza.ce.gov.br/?page_id=3219. Acesso em 29 de outubro de 2024.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de gestão do ano de 2007 da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza:** saúde, qualidade de vida e a ética do cuidado / Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza – Fortaleza: SMS, 2008. Disponível em https://cmsf.sms.fortaleza.ce.gov.br/?page_id=3219. Acesso em 29 de outubro de 2024.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de gestão do ano de 2008 da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza:** saúde, qualidade de vida e a ética do cuidado / Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza – Fortaleza: SMS, 2009. Disponível em https://cmsf.sms.fortaleza.ce.gov.br/?page_id=3219. Acesso em 29 de outubro de 2024.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de gestão do ano de 2009 da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza:** saúde, qualidade de vida e a ética do cuidado. Fortaleza: SMS, 2010. Disponível em: https://cmsf.sms.fortaleza.ce.gov.br/?page_id=3219. Acesso em: 29 out. 2024.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de gestão do ano de 2012 da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza:** saúde, qualidade de vida e a ética do cuidado. Fortaleza: SMS, 2013. Disponível em: https://cmsf.sms.fortaleza.ce.gov.br/?page_id=3219. Acesso em: 29 out. 2024.

FORTALEZA. Secretaria Municipal da Saúde. **Plano municipal de saúde de Fortaleza:** 2018 – 2021. Fortaleza: Secretaria Municipal da Saúde, 2017. Disponível em: https://saude.fortaleza.ce.gov.br/images/planodesaude/20182021/_Plano-Municipal-de-Saude-de-Fortaleza-2018-2021_.pdf. Acesso em: 28 out. 2024.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2022-2025** [livro eletrônico]. Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde 2022. Disponível em: <https://ms.dados.sms.fortaleza.ce.gov.br/PMS20222025.pdf>. Acesso em: 29 out. 2024.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Petrópolis, Vozes, 1987.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. 16. ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra, 2023.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A Declaração de Alma-Ata se revestiu de uma grande relevância em vários contextos**. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/a-declaracao-de-alma-ata-se-revestiu-de-uma-grande-relevancia-em-varios>. Acesso em: : 29 abr. 2024.

GALLIAN, D. M. C.; RUIZ, R.; PONDÉ, L. F. Humanização, Humanismos e Humanidades: problematizando conceitos e práticas no contexto da saúde no Brasil. **Revista Internacional de Humanidades Médicas**, v. 1, p. 5-16, 2012.

GIOVANELLA L. *et al.* De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n.3), p. e00012219, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00012219>. Acesso em: 10 mar. 2024.

GOMES, A.M.A. et al. Código dos direitos e deveres da pessoa hospitalizada no SUS: o cotidiano hospitalar na roda de conversa. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v.12, n.27, p.773-82, out./dez. 2008.

GOULART, B. N. G.; CHIARI, B. M. Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.1, p. 255–268, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000100031>. Acesso em 06 jun. 2024.

GUBA, E.; LINCOLN, Y. **Avaliação de quarta geração**. Campinas: Editora Unicamp, 2011.

GUEDES, R. N., SILVA, A. T. M. C., FONSECA, R. M. G. S. da. A violência de gênero e o processo saúde-doença das mulheres. **Escola Anna Nery**, v. 13, n.3, p. 625–631, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452009000300024>. Acesso em 06 jun. 2024.

GUSSI, A.; OLIVEIRA, B. Políticas públicas e outra perspectiva de avaliação: uma abordagem antropológica. **Desenvolvimento em Debate**, v. 4, n. 1, p. 83–101, 2016.

HUMANIZAÇÃO é princípio que norteia a maternidade mais tradicional do Ceará. **Diário do Nordeste**. Fortaleza, Ceará. 17 de Novembro de 2020. Disponível em: <https://diariodonordeste.verdesmares.com.br/projetos/viva-saude-ceara/humanizacao-e-principio-que-norteia-a-maternidade-mais-tradicional-do-ceara-1.3012006>. Acesso em: 28 out. 2024.

LEJANO, Raul. **Parâmetros para Análise de Políticas**: a fusão do texto e contexto. Campinas: Arte Escrita, 2012.

LIMA, J. C. F. A Política Nacional de Saúde nos anos 1990 e 2000: na contramão da história? *In*: FIDELIS, Carlos; FALLEIROS, Ialê. (Org.). **Na corda bamba de sombrinha**: a saúde no fio da história. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC/EPSJV, p. 279-310, 2010.

MACHADO, N. X. S. Centro de parto normal e assistência centrada nas necessidades da parturiente. **Rev. Esc. Enferm.** v. 14, n. 2, p. 232-238, USP, 2006.

MEAC. Maternidade Escola Assis Chateaubriand. **Carta de Serviços aos Cidadãos**. Fortaleza: MEAC, 2022.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 77-92, jan.-mar. 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Sousa. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 27. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

NAVARRO, L. M.; PENA, R. S. A Política Nacional de Humanização como estratégia de produção coletiva das práticas em saúde. **Rev. Psicol. UNESP** [online], v. 12, n. 1, p. 64-73, 2013.

NORONHA, J. C., LIMA, L. D., MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, L. *et al.* **Políticas e sistemas de saúde no Brasil** [online]. 2. ed. rev. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012, p. 365-393. <https://doi.org/10.7476/9788575413494.0015>.

OMS promove novo compromisso global de cuidados de saúde primários para todos. 25 out. 2018. **ONU News**. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2018/10/1644602>. Acesso em: 14 abr. 2024.

ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**, 1948. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10133. Acesso em: 15 jan. 2023.

OLIVEIRA, B. R. G.; COLLET, N.; VIERA, C. S. (2006). A humanização na assistência à saúde. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 14, n.2, p. 277–284, 2006. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000200019>. Acesso em: 06 jun.2024

PASCHE, D. F. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, p. 701–708, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500021>. Acesso em 10 set. 2024.

PASCHE, D. F., PASSOS, E.; HENNINGTON, É. A. Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n.11, p. 4541–4548, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001200027>. Acesso em 10 set. 2024.

PAULETTI, I. P. **Linhas do tempo: saúde no brasil: a evolução das políticas e os debates do sistema de saúde nas últimas três décadas**. São Paulo, 2020. Disponível em: <https://fundacaofhc.org.br/linhasdotempo/saude/>. Acesso em: 17 mai. 2024.

PEREIRA, A. B.; NETO, J. L. F. Processo de implantação da política nacional de humanização em hospital público. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 13, n. 1, p. 67–88, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00024>. Acesso em: 14 mai. 2024.

PIRES-ALVES F.A.; CUETO M. A década de Alma-Ata: a crise do desenvolvimento e a saúde internacional. **Ciência e saúde coletiva** [Internet]. 2017, Jul; 2135–44. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017227.02032017>. Acesso em 25 fev. 2024.

PONTE, D. C. F. **Política de Humanização na Estratégia de Saúde da Família: caso de uma unidade de saúde no município de Fortaleza/Ce**. Dissertação Mestrado (mestrado acadêmico). Centro de Ciências de Saúde, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Ceará Fortaleza, 2014.

PUCCINI, P. T., CECÍLIO, L. C. de O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, n.5, p. 1342–1353, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500029>. Acesso em: 14 mai. 2024.

REDE FEMINISTA DA SAÚDE. **Linha do Tempo dos 30 Anos da Rede Feminista de Saúde**. Disponível em: <https://www.redesaude.org.br/linha-do-tempo/>. Acesso em: 3 set. 2024.

RIOS, I. C. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n.2, p. 253–261, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022009000200013>. Acesso em: 14 mai. 2024.

RODRIGUES, L. C. Propostas para uma avaliação em profundidade de políticas públicas sociais. **Aval – Revista de Avaliação de Políticas Públicas**, Fortaleza, v. 1, n. 1, p. 7-15, 2008.

RIBEIRO, E. M. V.; ZANELLA, A. K. B. B.; NOGUEIRA, M. S. L. Desafios e perspectivas sobre o processo de implementação da Política de Humanização na Maternidade Escola Assis Chateaubriand, em Fortaleza, Ceará. **Saúde em Debate** [online], Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 251–260, abr. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/6WCbG7XTkvN4xvrSvjKf7yz/>. Acesso em: 15 set. 2024.

SAMPAIO, J. J. C. A humanização em saúde. In: CARNEIRO, C. *et al.* (org.). **Acolher cidadão: estratégia de aperfeiçoamento do SUS em Quixadá, Ceará** [livro eletrônico]. Fortaleza: LHUAS; EdUECE, 2018.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Revista de Saúde Coletiva** [online], v. 17, n. 1, 2007. Acesso em 22 fev. 2024.

SERAPIONI M.; TESSER C.D. O Sistema de Saúde brasileiro ante a tipologia internacional: uma discussão prospectiva e inevitável. **Saúde debate** [online], v. 43, n. especial, p. 44-57, 2019. Disponível em: <https://revista.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/2700>. Acesso em: 18 fev. 2024.

SEVERO, Fátima Mara do Nascimento. **Quando as portas se fecham: uma avaliação do direito de parir no âmbito da rede cegonha como estratégia do Sistema Único de Saúde - SUS**. Dissertação (Mestrado) – Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas, Centro de Ciências Agrárias, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2021.

SILVA, R. R. A descentralização no contexto da redemocratização e da influência neoliberal no Brasil. **Ser Social**. Brasília, v.17, n.36, p.189-206, jan-jun/ 2015.

SILVA, A. M.; SÁ, M. C.; MIRANDA, L. Concepções de sujeito e autonomia na humanização em saúde: uma revisão bibliográfica das experiências na assistência hospitalar. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n.3, p. 840–852, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000300017>. Acesso em: 06 jun. 2024.

SILVA, I. D.; SILVEIRA, M. F. A. A humanização e a formação do profissional em fisioterapia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, p.1535–1546, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000700089>. Acesso em: 14 mai. 2024.

SILVA, M. C.; SILVA, R. A; SILVA, J. D. G. Análise e avaliação de políticas públicas: aspectos conceituais. **Boletim Governet de Administração Pública e Gestão Municipal**, v. 61, p. 1434-1444, 2016.

SILVEIRA, P. S.; PAIM, J. S.; ADRIÃO, K. G. Os movimentos feministas e o processo da Reforma Sanitária no Brasil: 1975 a 1988. **Saúde em Debate**, v.43, n.spe8, p. 276–291, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S820>. Acesso em: 3 set. 2024.

SOUSA, José Raul de; SANTOS, Simone Cabral Marinho dos. Análise de conteúdo em pesquisa qualitativa: modo de pensar e de fazer. **Pesquisa e Debate em Educação**, Juiz de Fora: UFJF, v. 10, n. 2, p. 1396 - 1416, jul. - dez. 2020.

SOUTO, K., & MOREIRA, M. R. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: protagonismo do movimento de mulheres. **Saúde em Debate**, v. 45, n. 130, p. 832–846, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113020>. Acesso em: 3 set. 2024.

SOUZA, C. "Estado do campo" da pesquisa em Políticas Públicas no Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 18, n.51, p. 117–136, 2003.

SOUZA, L. A. P., MENDES, V. L. F. O conceito de humanização na Política Nacional de Humanização (PNH). **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, p. 681–688, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500018>. Acesso em: 21 ago. 2024.

SOUZA, W. S.; MOREIRA, M. C. N. A temática da humanização na saúde: alguns apontamentos para debate. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 12, n. 25, p. 327–338, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832008000200008>. Acesso em: 14 mai. 2024.

SCHWARCZ, Lilia M. **Sobre o Autoritarismo Brasileiro**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. **Relatório institucional 2022**: Complexo Hospitalar da UFC/EBSERH. Fortaleza: Complexo Hospitalar da UFC, 2023.

VILLA, Eliana Aparecida et al. As relações de poder no trabalho da Estratégia Saúde da Família. **Saúde em Debate** [online], v. 39, n. 107, p. 1044-1052, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151070365>amp;gt; ISSN 2358-2898. Acesso em: 15 nov. 2024.

APÊNDICE A - ROTEIROS DE ENTREVISTAS**ROTEIROS DE ENTREVISTAS APLICADAS AOS FUNCIONÁRIOS DA
MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND – MEAC****PÚBLICO: GESTORES DA MEAC****Data:** _____**Entrevista número:** _____**Sexo:**☐ Masculino ☐ feminino**Idade**☐ até 18 anos☐ de 18 a 29 anos☐ de 30 a 59 anos☐ de 60 a 69 anos☐ mais de 70 anos**Profissão:** _____**Nível de formação profissional**☐ Ensino médio incompleto☐ Ensino médio completo☐ Superior incompleto☐ Superior completo☐ Especialização/residência☐ Mestrado☐ Doutorado☐ Pós-doutorado**Vínculo empregatício**☐ UFC ☐ EBSEH ☐ Empresa Terceirizada**Há quanto tempo você trabalha na emergência da MEAC?**☐ Menos de um ano☐ Um ano☐ Dois anos☐ Três anos☐ Quatro anos☐ Cinco anos☐ Seis anos☐ Sete anos☐ Oito anos☐ Nove anos☐ Dez anos ou mais

Sobre o atendimento na emergência:

1. Qual a sua percepção sobre a Política Nacional de Humanização do SUS no cenário da emergência da Maternidade Escola Assis Chateaubriand?
2. Você considera que a Política Nacional de Humanização se efetiva na prática dos serviços ofertados na emergência da MEAC?
3. Quais os principais desafios ou dificuldades que você identifica para a efetivação da Política Nacional de Humanização no cotidiano de trabalho da emergência?
4. Existe alguma política, projeto ou programa de fortalecimento da Política Nacional de Humanização na instituição?
5. Como as percepções dos profissionais sobre a humanização do atendimento podem implicar em suas ações de trabalho?
6. Como você avalia as relações interpessoais no ambiente de trabalho da emergência? (Relações entre usuárias, profissionais e gestores).
7. Os espaços de cogestão são conhecidos e acessíveis aos profissionais?
8. Como as usuárias dos serviços de saúde prestados na emergência da MEAC podem exercer seu protagonismo e autonomia como sujeito de direitos?
9. O que você considera um atendimento ou prática de saúde desumanizada?
10. Como superar as dificuldades para a garantia de um atendimento humanizado na emergência de uma maternidade de alta complexidade como a MEAC?

Observações da entrevista

APÊNDICE B - ROTEIROS DE ENTREVISTAS**ROTEIROS DE ENTREVISTAS APLICADAS AOS FUNCIONÁRIOS DA
MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND – MEAC****PÚBLICO: PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR E TÉCNICO****Data:** _____**Entrevista número:** _____**Sexo:**☐ Masculino ☐ feminino**Idade**

- ☐ até 18 anos
☐ de 18 a 29 anos
☐ de 30 a 59 anos
☐ de 60 a 69 anos
☐ mais de 70 anos

Profissão: _____**Nível de formação profissional**

- ☐ Ensino médio incompleto
☐ Ensino médio completo
☐ Superior incompleto
☐ Superior completo
☐ Especialização/residência
☐ Mestrado
☐ Doutorado
☐ Pós-doutorado

Vínculo empregatício☐ UFC ☐ EBSERH ☐ Empresa Terceirizada**Há quanto tempo você trabalha na emergência da MEAC?**

- ☐ Menos de um ano
☐ Um ano
☐ Dois anos
☐ Três anos
☐ Quatro anos
☐ Cinco anos
☐ Seis anos
☐ Sete anos
☐ Oito anos
☐ Nove anos
☐ Dez anos ou mais

Sobre o atendimento na emergência:

1. Qual a sua percepção sobre a Política Nacional de Humanização do SUS no cenário da emergência da Maternidade Escola Assis Chateaubriand?
2. Você considera que a Política Nacional de Humanização se efetiva na prática dos serviços ofertados na emergência da MEAC?
3. Quais os principais desafios ou dificuldades que você identifica para a efetivação da Política Nacional de Humanização no cotidiano de trabalho da emergência?
4. Você conhece ou participa de alguma ação, política ou projeto que a favoreça e/ou fortaleça a Política Nacional de Humanização na instituição?
5. Como as percepções dos profissionais sobre a humanização do atendimento podem implicar em suas ações de trabalho?
6. Como você avalia a ambiência e as relações interpessoais no trabalho? (Relações entre usuárias, profissionais e gestores).
7. Você se considera um profissional valorizado? Sente-se partícipe nas decisões tomadas em sua equipe de trabalho? Os saberes são compartilhados?
8. As usuárias dos serviços de saúde prestados na emergência da MEAC têm espaço para exercer seu protagonismo e autonomia como sujeito de direitos?
9. O que você considera um atendimento ou prática de saúde desumanizada?
10. Quais as sugestões para a garantia de um atendimento humanizado na emergência de uma maternidade de alta complexidade como a MEAC?

Observações da entrevista

APÊNDICE C - ROTEIROS DE ENTREVISTAS**ROTEIROS DE ENTREVISTAS APLICADAS AOS FUNCIONÁRIOS DA
MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND – MEAC****PÚBLICO: PROFISSIONAIS DE NÍVEL MÉDIO****Data:** _____**Entrevista número:** _____**Sexo:**☐ Masculino ☐ feminino**Idade**

- ☐ até 18 anos
☐ de 18 a 29 anos
☐ de 30 a 59 anos
☐ de 60 a 69 anos
☐ mais de 70 anos

Profissão: _____**Nível de formação profissional**

- ☐ Ensino médio incompleto
☐ Ensino médio completo
☐ Superior incompleto
☐ Superior completo
☐ Especialização/residência
☐ Mestrado
☐ Doutorado
☐ Pós-doutorado

Vínculo empregatício

- ☐ UFC ☐ EBSERH ☐ Empresa Terceirizada

Há quanto tempo você trabalha na emergência da MEAC?

- ☐ Menos de um ano
☐ Um ano
☐ Dois anos
☐ Três anos
☐ Quatro anos
☐ Cinco anos
☐ Seis anos
☐ Sete anos
☐ Oito anos
☐ Nove anos
☐ Dez anos ou mais

Sobre o atendimento na emergência:

1. O que você compreende por atendimento humanizado na saúde?
2. Você considera que o atendimento prestado na emergência da MEAC é humanizado? Por que?
3. Você conhece ou já ouviu falar sobre a Política Nacional de Humanização do SUS?
4. O que você considera um atendimento desumanizado?
5. Você identifica algum fator de desumanização no atendimento da emergência da MEAC?
6. Como você avalia as relações interpessoais no trabalho? Você se sente um profissional valorizado?
7. Você já participou de algum treinamento ou capacitação sobre a humanização do atendimento na saúde?
8. Você tem alguma sugestão para melhorias no atendimento prestado na emergência da MEAC?

Observações da entrevista

APÊNDICE D - ROTEIROS DE ENTREVISTAS**ROTEIROS DE ENTREVISTAS APLICADAS AOS FUNCIONÁRIOS DA
MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND – MEAC****PÚBLICO: PACIENTES****Entrevista número:** _____**Nome (iniciais):** _____**Idade:** _____**Prontuário:** _____**Telefone:** _____**1. PERFIL SOCIOECONÔMICO E DEMOGRÁFICO:****1.1 Grau de instrução:**

- ☐ Analfabeto
- ☐ Fundamental completo
- ☐ Fundamental incompleto
- ☐ Médio incompleto
- ☐ Médio completo
- ☐ Superior incompleto
- ☐ Superior completo

1.2 Qual sua cor? Como você se identifica?

- ☐ Branca
- ☐ Preta
- ☐ Parda
- ☐ Amarela
- ☐ Indígena

1.3 Realiza alguma atividade remunerada?

- ☐ Sim
- ☐ Não

1.3.1 Em caso positivo, seu trabalho é:

- ☐ Com carteira assinada (formal)
- ☐ Sem carteira assinada

1.4 Que atividade profissional você realiza?

1.5: Composição familiar:

- ☐ cônjuge ou companheiro
- ☐ filhos
- ☐ pais

- ☐ sogros
- ☐ genros e/ou noras
- ☐ irmãos
- ☐ outros

1.6 Renda familiar:

- ☐ Menos de um salário mínimo
- ☐ Um salário mínimo
- ☐ Dois salários mínimos

- ☐ Três salários mínimos
- ☐ Quatro salários mínimos
- ☐ Cinco salários mínimos
- ☐ Mais de cinco salários mínimos

1.7 Moradia:

- ☐ Própria
- ☐ Alugada
- ☐ Cedida
- ☐ Não tem moradia, vivência de rua

1.8 Local de residência (procedência)

- ☐ Fortaleza Bairro: _____
- ☐ Outra cidade _____

2- DADOS DO ATENDIMENTO NA EMERGÊNCIA

- 2.1. Qual a queixa de saúde para procurar o atendimento?
- 2.2. Por que você procurou a emergência da MEAC?
- 2.3. Você já conhecia a Maternidade Escola?
- 2.4. Já foi atendida aqui alguma vez?
- 2.3. Você está vindo de casa ou encaminhada de outro serviço?
- 2.3. Se gestante:
Números de gestações: _____
Número de partos: _____
Número de abortos: _____
Idade Gestacional: _____
Está realizando o pré-natal? _____ Onde? _____

3- DADOS SOBRE O ATENDIMENTO PRESTADO

- 3.1. Qual a sua impressão ao chegar na emergência da MEAC?
- 3.2. Como você percebeu o ambiente da emergência?
- 3.3. Como você avalia o atendimento da emergência? Teve alguma dificuldade?
- 3.4. Você poderia apontar alguns pontos positivos do seu atendimento?
- 3.5. Você considera que teve uma boa relação com a equipe de profissionais?
Se sentiu à vontade para falar e foi ouvida em suas demandas?
- 3.6. Você foi esclarecida sobre as condutas prescritas para seu tratamento?
- 3.7. Você considera que teve um atendimento humanizado?
- 3.8. Para você, o que é um atendimento humanizado?
- 3.9. Você conseguiu identificar algum fator de desumanização no atendimento?

3.10. Você teria alguma sugestão para melhoria do atendimento na emergência da MEAC?

4. OBSERVAÇÕES DA ENTREVISTA

APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar da pesquisa: A HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO NA EMERGÊNCIA DE UMA MATERNIDADE DE ALTA COMPLEXIDADE: UMA AVALIAÇÃO EM PROFUNDIDADE SOB A ÓTICA DOS PROFISSIONAIS E PACIENTES. O objetivo deste estudo é avaliar a Política Nacional de Humanização do SUS na emergência da Maternidade Escola Assis Chateaubriand - MEAC sob a ótica dos seus profissionais e pacientes. Os riscos desta pesquisa são mínimos, e estão na dimensão moral, da vida cotidiana. Propomos assim como forma para diminuir esses possíveis riscos: manter o anonimato da identificação do participante bem como a garantia do segredo de sua participação no estudo. E se houver algum problema ou desconforto durante a participação da pesquisa, estes serão acompanhados pelo pesquisador que dará todo o apoio e encaminhamentos necessários para minimizá-los. As entrevistas realizadas serão feitas em ambiente que garanta a sua privacidade. As entrevistas serão registradas e as informações serão guardadas por cinco anos e após esse período serão incineradas para que todo o sigilo das informações seja garantido. Garantimos ainda a liberdade da(o) participante para retirar-se da pesquisa a qualquer momento. E esclarecemos que a recusa em participar do estudo não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Caso a (o) participante deseje desistir da participação, retirando o consentimento, poderá fazê-lo entrando em contato com a pesquisadora Francisneide Correia de Lima Teixeira pelo contato (85) [ocultado] ou e-mail: [ocultado] ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade escola Assis Chateaubriand (3366.8569). Caso concorde em participar do estudo, assine este documento, que também será assinado pela pesquisadora de campo, o qual será preenchido em duas vias de igual teor.

Fortaleza, _____ de _____ de 2024

Assinatura do (a) participante: _____

Assinatura do Pesquisador: _____

ANEXO A - REQUISITOS AVAQUALIS - 2023

REQUISITOS AVAQUALIS COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO						
Nº	Tipo de processo	Categoria	Subcategoria	Req. Essencial	Requisito	Premissa
1.4.15	1 - Processos Gerenciais	1 - Governança	1.4. Melhoria contínua de processos		As unidades organizacionais do hospital utilizam as manifestações dos usuários, dos acompanhantes e da própria equipe para a melhoria dos processos e resultados na unidade.	O estabelecimento deve utilizar as manifestações dos usuários, dos acompanhantes e da própria equipe para a melhoria dos processos e resultados na unidade.
1.5.21	1 - Processos Gerenciais	1 - Governança	1.5. Gestão de Conselhos, Comitês, Núcleos, Grupos e Comissões	RE	O hospital possui Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) institucionalizado?	O hospital deve constituir um GTH, que deverá realizar trabalho paritário nas orientações da PNH do Ministério da Saúde e na Diretriz Eviden da Humanização, regulamenta-lo por regimento interno próprio publicado no diário oficial, especificamente no DOU, gestantes, crianças, adolescentes e indígenas, possuem direito a acompanhante 24 horas por dia (PFC QJMMS nº 2/2017, art. 15 do Anexo XX, V - Política Nacional de Atenção Hospitalar). O hospital é obrigado a permitir a presença.
1.1.2	D - Processos Primários - Jornada de Assistência à Saúde	11 - Admissão de Pacientes	11.2. Gestão da Admissão de Pacientes	RE	O hospital possui protocolos e procedimentos que garantam o direito ao acompanhante do usuário de acordo com a legislação vigente?	esta, durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (Lei nº 11.108/2005). Ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o hospital proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo critério médico (Art. 16 da Lei nº 10.741/2003). A pessoa com deficiência internada ou em observação é assegurada o direito a acompanhante ou a atendimento pessoal, devendo o hospital proporcionar condições adequadas para a sua permanência em tempo integral (Art. 22 da Lei nº 13.146/2015). Na impossibilidade de conceder autorização para o acompanhamento do idoso ou da pessoa com deficiência, o profissional da saúde responsável deverá justificar por escrito (Art. 16 da Lei nº 10.741/2003, Art. 22 da Lei nº 13.146/2015). O hospital deverá proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável nos casos de internação de criança ou adolescente, inclusive em unidades.
1.3.1.4	D - Processos Primários - Jornada de Assistência à Saúde	13 - Tratamento de Pacientes	13.1. Tratamento de Pacientes	RE	Os profissionais têm conhecimento dos direitos dos pacientes e podem explicar suas responsabilidades na proteção desses direitos?	O hospital e seus profissionais deverão divulgar os direitos dos usuários e assegurar que eles sejam cumpridos em todas suas fases orientando-se pelas conquistas já asseguradas em lei e ampliando os mecanismos de sua participação ativa, e de sua rede social/familiar, nas propostas de plano terapêutico, acompanhamento e cuidados em geral (Ministério da Saúde, Canteiros de Política).
1.3.1.5	D - Processos Primários - Jornada de Assistência à Saúde	13 - Tratamento de Pacientes	13.1. Tratamento de Pacientes		O hospital informa ao paciente e seus familiares sobre o processo de doação e obtenção de órgãos e tecidos?	O hospital deverá orientar familiares sobre o processo de doação e obtenção de órgãos ou tecidos e só poderá ser concluída autorização.
						Protocolos e procedimentos.
						Entrevistas com os profissionais. Comparações de capacidades.
						Termo de Doação de Órgãos e Tecidos. Entrevistas. Cartilhas.
						CONFORME
						NÃO CONFORME
						CONFORME

13.1.6	D - Processos Primários - Jornada da Assistência à Saúde	13 - Tratamento de Pacientes	13.1. Tratamento hospitalar	RE	Os pacientes e familiares são informados, até o ponto que desejarem (considerando-se o direito do paciente à informação e ao sigilo), sobre a condição clínica, os tratamentos propostos, o nome do profissional que presta o tratamento, os benefícios e os riscos em potencial, além	É direito da pessoa ter atendimento adequado, com qualidade, no tempo certo e com garantia de continuidade do tratamento, para isso deve ser assegurada as informações sobre o seu estado de saúde, de maneira clara, objetiva, respeitosa, compreensível.	Protocolos e procedimentos. TOLÉ assinado em prontuários de pacientes. Entrevista com pacientes, familiares e responsáveis	CONFORME
13.1.7	D - Processos Primários - Jornada da Assistência à Saúde	13 - Tratamento de Pacientes	13.1. Tratamento hospitalar	RE	O hospital considera o direito dos pacientes à privacidade e ao sigilo dos cuidados?	É direito da pessoa, na rede de serviços de saúde, ter atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou deficiência, garantido-lhe nas consultas, nos procedimentos diagnósticos, preventivos, cirúrgicos, terapêuticos e internações, o seguinte: Devem ser elaborados e implementados protocolos e	Entrevista. Visita diagnóstica. Protocolos e procedimentos.	CONFORME
13.1.8	D - Processos Primários - Jornada da Assistência à Saúde	13 - Tratamento de Pacientes	13.1. Tratamento hospitalar	RE	O hospital adota medidas que zelam pelo direito à privacidade física de seus pacientes?	O hospital deve implementar protocolos e procedimentos que tratam do direito à privacidade física de seus pacientes em todos os ambientes institucionais (Portaria de Consolidação nº 1/2017, art. 1º)	Protocolos e procedimentos. Lista de Capacitação dos profissionais. Visita aos ambientes de prestação do cuidado. Entrevista com os profissionais, pacientes e	CONFORME
13.1.9	D - Processos Primários - Jornada da Assistência à Saúde	13 - Tratamento de Pacientes	13.1. Tratamento hospitalar		O hospital dispõe de atendimento de serviço social de modo a respeitar as necessidades individuais dos pacientes?	O hospital deve ser entendido como uma das instituições que compõem a rede de serviços e equipamentos sociais de cada localidade e região, de modo a otimizar não apenas os recursos da Eberh como os recursos públicos em seu amplo aspecto. O serviço social deve contar com sistematização de atendimento, de modo a desenvolver suas atividades, respeitando a necessidade individual de cada paciente, registrando e documentando em prontuário o atendimento e os procedimentos prestados, de forma	Registro em prontuário. Entrevistas.	CONFORME
13.6.15	D - Processos Primários - Jornada da Assistência à Saúde	13 - Tratamento de Pacientes	13.6. Tratamento hospitalar	RE	O hospital proporciona, no mínimo, uma videochamada diária aos pacientes internados em enfermarias, apartamentos e unidades de terapia intensiva, respeitadas as observações médicas impostas para receber visitas?	Nos casos específicos, o hospital deverá proporcionar, no mínimo, uma videochamada diária aos pacientes internados em enfermarias, apartamentos e unidades de terapia intensiva, respeitadas as observações médicas sobre o momento adequado, conforme previsto na Lei de Acesso à Informação (Lei nº 12.527/2011), a visita aberta e o direito do acompanhante se fazerem necessários no ambiente de internação, são ações que reafirmam a existência do paciente e lhe favorece a continuação entre o contexto da vida em família e na comunidade e o ambiente hospitalar. São ações que permitem uma integração íntima do paciente e podem contribuir para o A Carta dos Direitos dos Usuários do SUS se coloca como um dispositivo para o cidadão conhecer seus direitos de acesso ao sistema de saúde vigente e	Protocolos e procedimentos. Entrevista com pacientes e profissionais.	CONFORME
13.6.16	D - Processos Primários - Jornada da Assistência à Saúde	13 - Tratamento de Pacientes	13.6. Tratamento hospitalar	RE	O hospital implementa a visita aberta ou ampliada?	O hospital implementa a visita aberta ou ampliada?	Protocolos e procedimentos. Entrevista.	NÃO CONFORME
22.7.1	M - Processos de Suporte Transversais aos Processos Primários	22 - Planejamento hospitalar	22.7. Gestão das ações de humanização	RE	O hospital divulga a carta de direitos dos usuários?	A Carta dos Direitos dos Usuários do SUS se coloca como um dispositivo para o cidadão conhecer seus direitos de acesso ao sistema de saúde vigente e pretende estimular discussões nos diferentes níveis de gestão, capazes de ampliar a participação do usuário na gestão e qualificação da atenção à saúde como um bem público. Todos os usuários de saúde possuem direitos garantidos por lei, de acordo com a FNN e cada instituição de saúde deve incentivar o conhecimento	Carta de Direitos dos Usuários do SUS disponível no hospital e publicada no site institucional.	CONFORME

23.1.1	1 - Processos de Suporte à Organização	23 - Ouvidoria	23.1. Gestão de pesquisa de satisfação	RE	O hospital deve avaliar os serviços prestados, incluindo os ambulatórios, por meio de pesquisa de satisfação dos usuários SUS (pacientes e acompanhantes) e dos residentes, feita, no mínimo, a cada um ano, ou por qualquer outro meio que garanta significância estatística aos resultados, incluindo os seguintes aspectos: b) satisfação do usuário com o serviço prestado; c) qualidade do atendimento prestado ao usuário; d) cumprimento dos compromissos e prazos definidos para a prestação dos serviços; e) quantidade de manifestações de usuários; e f) medidas adotadas para melhoria e aprimoramento da prestação do serviço. O resultado da avaliação deverá ser integralmente publicado no hospital e deve servir de subsídio para reorientar e ajustar os serviços prestados, em especial quanto ao cumprimento dos	Pesquisa de satisfação dos usuários documentada. Plano de melhoria dos resultados da pesquisa. Entrevista.	NÃO CONFI OIRNE
23.2.1	1 - Processos de Suporte à Organização	23 - Ouvidoria	23.2. Gestão das demandas da população		O hospital possui sistema de atenção de satisfação dos usuários SUS (pacientes e acompanhantes) e residentes? O hospital disponibiliza canais de comunicação entre a instituição, profissionais, pacientes e acompanhantes ou responsáveis?	Formulário com linguagem adequada ao paciente. Respostas encaminhadas às demandas recebidas. Planos de melhoria implementados, que foram elaborados no intuito de corrigir algum processo identificado	NÃO CONFI OIRNE
25.2.2	1 - Processos de Suporte à Organização	25 - Gestão de pessoas	25.2. Gestão de relações trabalhistas		O hospital dispõe de ações afirmativas no sentido de garantir a diversidade de pessoas que atuam na instituição?	Entrevista. Cartazes. Calendário Afirmativo.	CONFI OIRNE
25.2.3	1 - Processos de Suporte à Organização	25 - Gestão de pessoas	25.2. Gestão de relações trabalhistas	RE	O hospital desenvolve ações com enfoque na valorização dos trabalhadores, direcionadas para promoção da melhoria da qualidade de vida no trabalho, visando o cuidado dos profissionais nas instituições nas quais atuam?	Entrevista com profissionais. Programas voltados para valorização dos trabalhadores. Programas voltados para qualidade de vida no trabalho.	CONFI OIRNE
25.4.1	1 - Processos de Suporte à Organização	25 - Gestão de pessoas	25.4. Promoção da segurança e saúde dos trabalhadores	RE	O hospital oferece acompanhamento ou acolhimento psicológico aos profissionais envolvidos em eventos adversos graves e/ou evento?	Registros de notificação de incidentes e relatos.	NÃO CONFI OIRNE
25.5.1.1	1 - Processos de Suporte à Organização	25 - Gestão de pessoas	25.5. Desenvolvimento e retenção de pessoas		Os profissionais dos serviços de segurança, portaria e recepção são capacitados quanto aos direitos e deveres dos pacientes?	Relatórios de capacitação. Indicadores.	NÃO CONFI OIRNE

<u>25.5.15</u>	1- Processos de Suporte à Organização	25 - Gestão de pessoas	25.5. Desenvolvimento e retenção de pessoas	O hospital realiza capacitação para escuta qualificada?	As medidas de prevenção de acidentes e de doenças ocupacionais devem ser adotadas para reduzir ou eliminar os riscos que possam originar-se nos locais de trabalho. Estas devem ser específicas para cada risco ou agente contaminante. Todos os materiais biológicos devem ser tratados como contaminantes, sendo obrigatório o uso dos EPI durante os procedimentos com risco de contaminação. Quanto aos materiais perfurocortantes, devem ser descartados em caixa coletora própria, sendo vedado o resgate e desconexão manual de agulhas. Em se necessário o A ambulância na saúde retine-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana. Esse espaço visa à confortoabilidade física na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos, valorizando elementos do ambiente que interagem com as pessoas, garantindo conforto aos trabalhadores e aos usuários, contribuindo com a promoção do bem-estar.	Protocolos e procedimentos. Fichas de processos. Entrevista. Visita às unidades.	NÃO CONFORME
<u>33.2.1</u>	1- Processos de Suporte à Organização	33 - Gestão da infraestrutura	33.2. Gestão da manutenção predial	O hospital disponibiliza espaço que possibilite melhor interação entre profissional e acompanhantes/responsáveis, que seja calmo, seguro e com boa aparência?	A ambulância na saúde retine-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana. Esse espaço visa à confortoabilidade física na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos, valorizando elementos do ambiente que interagem com as pessoas, garantindo conforto aos trabalhadores e aos usuários, contribuindo com a promoção do bem-estar.	Visita às unidades. Verificar condições de infraestrutura, qualidade da iluminação, temperatura, cor dos revestimentos dos ambientes. Em caso de espaço físico restrito e com poucos recursos, a privacidade pode ser favorecida com a utilização de blombos ou cortinas.	NÃO CONFORME
<u>33.2.2</u>	1- Processos de Suporte à Organização	33 - Gestão da infraestrutura	33.2. Gestão da manutenção predial	O hospital disponibiliza local para descanso noturno aos profissionais	O hospital deve dispor de local para descanso dos plantonistas.	Visita às instalações. Entrevista com os profissionais.	CONFORME
<u>33.2.4</u>	1- Processos de Suporte à Organização	33 - Gestão da infraestrutura	33.2. Gestão da manutenção predial	Existem condições adequadas para repouso dos residentes durante os plantões?	Durante todo o período de residência, o hospital deve disponibilizar condições adequadas para repouso dos residentes durante os plantões (Art. 4º, parágrafo 5º, inciso I, Lei nº 8.302, Resolução CNRM nº 12011).	Visita ao local de repouso dos residentes e escala de plantonista.	CONFORME
<u>33.2.5</u>	1- Processos de Suporte à Organização	33 - Gestão da infraestrutura	33.2. Gestão da manutenção predial	A área de urgência e emergência do hospital possui espaços diferenciados para consultas e procedimentos?	A área de urgência e emergência do hospital deve contar com espaços diferenciados para consultas e procedimentos conforme RDC nº 50/2002.	Visita às instalações.	CONFORME
<u>33.2.11</u>	1- Processos de Suporte à Organização	33 - Gestão da infraestrutura	33.2. Gestão da manutenção predial	O hospital possui brinquedoteca de acordo com a legislação vigente?	O hospital que oferecer atendimento pediátrico deverá contar, obrigatoriamente, com brinquedotecas nas suas dependências, fazendo-se cumprir o atendimento integral à criança. Deverão desenvolver atividades lúdicas e pedagógicas com seus pequenos usuários, contribuindo para a aceitação ao tratamento, proporcionando maior interação com a equipe de saúde, além de propiciar o destinar de alguma forma de	Brinquedoteca instalada, visita diagnóstica.	CONFORME