

Universidade Federal do Rio de Janeiro

A HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL PARA
GESTANTES DE UMA MATERNIDADE-ESCOLA DA CIDADE
DO RIO DE JANEIRO

Ana Lydia Soares de Menezes

2005



A HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL PARA GESTANTES DE UMA MATERNIDADE-ESCOLA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Ana Lydía Soares de Menezes

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Estudos Interdisciplinares de Comunidades e Ecologia Social, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Psicossociologia e Comunidades e Ecologia Social.

Orientadora: Ruth Machado Barbosa

Rio de Janeiro
Outubro de 2005

Soares, Ana Lydia.

A humanização da assistência pré-natal para gestantes de uma maternidade-escola da comunidade do *Rio* de Janeiro / Ana Lydia Soares de Menezes. Rio de Janeiro: UFRJ/IP/EICOS, 2005.

viii, 86 f, 3Icm;

Orientador: Ruth Machado Barbosa

Dissertação (mestrado) - UFRJ/IP/EICOS/Programa de Pós-graduação em Psicossociologia, Comunidades e Ecologia Social, 2005.

Referências Bibliográficas: f.73-80.

1. Humanização. 2. Assistência pré-natal. 3. Relação profissional de saúde-paciente. 4. Pobreza política. I. Barbosa, Ruth Machado. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicossociologia e Comunidades e Ecologia Social. III. Título.

A HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL PARA GESTANTES DE UMA
MATERNIDADE-ESCOLA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

ANA LYDIA SOARES DE MENEZES

Orientadora: Ruth Machado Barbosa

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Estudos Interdisciplinares de Comunidades e Ecologia Social, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Psicossociologia e Comunidades e Ecologia Social.

Aprovada por:

Presidente, Prof^ª. Doutora Ruth Machado Barbosa / UFRJ

Prof^ª. Doutora Sara Nigri Goldman / UFRJ

Prof^ª. Doutora Simone Ouvinha Peres / UFRJ

Rio de Janeiro
Outubro de 2005

Dedico este trabalho às pessoas que
por minha vida passaram...

AGRADECIMENTOS

A Deus, ser supremo, fonte de força e sabedoria. Agradeço essa existência que me possibilitou ser a cada dia mais humana.

A meu avô Octavio por ser quem ele é.

A meu pai de coração João, por estar sempre comigo.

À minha mãe, exemplo eterno de respeito ao humano. Sem ela, acho que nada disso seria possível.

À minha irmã Rafa, carinho em todos os momentos. Obrigada por estar sempre por perto, ajudando com tudo, vendo filmes comigo, refletindo sobre a vida, reclamando da vida, vivendo o dia-dia, sendo realmente minha irmã de carne e de coração.

A meu irmão de coração Paulinho.

À minha orientadora Ruth, pelo apoio em todos esses meses de estudo. Obrigada pelo carinho, compreensão e considerações que tanto me auxiliaram nesse crescimento científico e intelectual.

Às professoras doutoras Sara Nigri e Simone Ouvinha Peres que tanto contribuíram para o desenvolvimento dessa dissertação.

A meus amigos que tanto me apóiam, agüentando minhas eternas conversas sérias sobre a saúde da população e as conversas bobas também.

À minha prima An-Gelicat, pelas ajudas com o computador e todo aparato tecnológico.

À minha prima emprestada Ingrid, pela correção da dissertação.

Ao meu querido professor Rogério, que tanto me ajudou em todos esses meses, refletindo comigo sobre a humanidade. Agradeço, ainda a possibilidade de tê-lo reencontrado em minha formação como psicoterapeuta. Espero a cada dia, vivenciar tudo o que aprendi com ele.

A Rogers, que serve a cada dia de modelo, numa forma mais humana de viver e de tratar o outro.

A Jung, pela compreensão das sincronicidades que ocorrem o tempo todo.

À amiga Maria Luiza, que me deu o empurrão inicial para a minha inclusão no mestrado, apoiando minhas idéias e indicando as possibilidades de minhas problematizações.

À minha terapeuta, pela ajuda em todos os momentos.

Nada é impossível de mudar

Desconfiai do mais trivial, na aparência singelo.

E examinai, sobretudo, o que parece habitual.

Suplicamos expressamente: não aceiteis o que é de hábito como coisa natural, pois em tempo de desordem sangrenta, de confusão organizada, de arbitrariedade consciente, de humanidade desumanizada, nada deve parecer natural nada deve parecer impossível de mudar.

Bertold Brecht

LISTA DE SIGLAS

MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SUS	Sistema Único de Saúde
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
WHO	World Health Organization

RESUMO

A HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL PARA GESTANTES DE UMA MATERNIDADE-ESCOLA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO.

Ana Lydia Soares de Menezes

Orientadora: Ruth Machado Barbosa

Resumo da Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Estudos Interdisciplinares de Comunidades e Ecologia Social, do Instituto de Psicologia, da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Psicossociologia e Comunidades e Ecologia Social.

Este trabalho buscou conhecer a visão que usuárias dos serviços de pré-natal de uma maternidade-escola da cidade do Rio de Janeiro tinham sobre a assistência recebida. A temática da humanização serviu de base para a pesquisa, trazendo a posição do Ministério da Saúde através de suas políticas públicas e a visão de diversos teóricos. Na realização desta, participaram seis gestantes que freqüentavam o pré-natal da Maternidade-Escola da UFRJ. A metodologia utilizada envolveu visitas, observações e uma entrevista semi-estruturada elaborada a partir de um roteiro pré-definido. Após transcrição das entrevistas, foi realizada análise de conteúdo operacionalizando três categorias: acolhimento, autonomia e protagonismo. Ficou evidente a satisfação das usuárias com o atendimento recebido. Ressalta-se a relevância de se repensar a relação que se estabelece entre profissional de saúde-paciente, promovendo uma nova cultura de atendimento em saúde, seguindo os pressupostos da humanização.

Palavras-chave: humanização, assistência pré-natal e relação profissional de saúde-paciente.

Rio de Janeiro
Outubro de 2005

ABSTRACT**THE HUMANIZATION OF PRENATAL CARE FOR PREGNANT WOMEN IN A
MATERNITY SCHOOL OF THE CITY OF RIO DE JANEIRO**

Ana Lydia Soares de Menezes

Orientadora: Ruth Machado Barbosa

Abstract da Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Estudos Interdisciplinares de Comunidades e Ecologia Social, do Instituto de Psicologia, da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Psicossociologia e Comunidades e Ecologia Social.

This work intended to understand the ideas that users of prenatal services of a maternity school of the city of Rio de Janeiro had about the care they received. The humanization theme served as a research base, bringing the health department's standing through its public politics and the opinion of many theoreticians. Six pregnant women participated in the research. The methodology used included visits, observations, and one interview that was elaborated using a pre defined schedule. After interviews were conducted, an analysis was done through the understanding and use of three categories: receptivity, autonomy and protagonism. The users' satisfaction with the care received became evident. This work shows the importance of reconsidering the relationship which is established between health patient professionals, promoting a new culture in health care by following the basic assumptions behind humanization.

Kew-words: humanization, prenatal services and health professional-patient relationship.

Rio de Janeiro
Outubro de 2005

SUMÁRIO

Dedicatória	<i>i</i>
Agradecimentos	<i>ii</i>
Epígrafe	<i>iii</i>
Lista de Siglas	<i>iv</i>
RESUMO	<i>v</i>
ABSTRACT	<i>vi</i>
SUMÁRIO	<i>vii</i>
1 INTRODUÇÃO	1
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	7
2.1 Assistência à saúde pré-natal	7
2.2 Política de humanização	10
2.3 Teóricos da humanização	13
2.4 Três pilares da humanização: acolhimento, autonomia e protagonismo	18
2.5 Humanização no pré-natal	24
2.6 Tecnologia e humanização: uma possível conciliação?	28
2.7 Filosofia humanista e humanização da assistência em saúde	32
2.8 A Relação profissional de saúde-paciente - via de mão dupla	35
2.9 Humanização e formação profissional	47
3 METODOLOGIA	50
3.1 O cenário do estudo. A instituição: Maternidade-Escola da UFRJ	51
3.2 Categorias de análise	55

3.3 Participantes	55
3.4 A pesquisa em si	56
3.5 O acesso às gestantes	56
3.6 As gestantes entrevistadas	57
4 RESULTADOS	58
4.1 Análise das falas das gestantes	58
4.2 Os funcionários e a maternidade	65
4.3 A humanização da assistência pré-natal para as gestantes da Maternidade-Escola	66
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
ANEXOS	81
Anexo 1 Memorando de Aprovação - Comitê de Ética em Pesquisa	82
Anexo 2 Termo de consentimento para participação na pesquisa	83
Anexo 3 Roteiro de entrevistas	84
Anexo 4 Protocolo de Acolhimento de Campinas	85

1 INTRODUÇÃO

O tema da humanização da assistência em saúde tem sido amplamente discutido por teóricos e delimitado por políticas públicas. Serve de base para uma qualificação dos atendimentos oferecidos pelas instituições de saúde em todo o mundo e, especialmente, no Brasil.

Os atendimentos prestados na área de saúde começam a ser balizados desde 2000 pelo ideário da humanização, ansiando pelo oferecimento de um atendimento de qualidade caracterizado, principalmente, pela valorização do usuário e de sua autonomia. A partir disso, o interesse pela humanização da assistência, quando atrelado ao atendimento pré-natal, aparece como de suma importância para a saúde brasileira, que apresenta altos índices de mortalidade materno-neonatal. Para se problematizar as articulações entre humanização e atendimento pré-natal, mostra-se importante correlacioná-las à forma como gestantes compreendem um atendimento humanizado.

O presente trabalho traz, assim, a visão de gestantes sobre o atendimento pré-natal recebido numa maternidade-escola da cidade do Rio de Janeiro. Para tanto, foram realizadas seis entrevistas, seguidas de transcrição e análise de conteúdo (BARDIN, 1991) divididas em três categorias: acolhimento, autonomia e protagonismo. Acolhimento significando a importância da escuta, do chamar pelo nome, do contato olho no olho, no tratamento pessoal. Autonomia como sendo a atividade e o poder de dar a si um regramento, definido a partir dos próprios interesses e relações. Protagonismo sendo o sujeito, protagonista da própria vida, ativo no processo de saúde.

O trabalho está composto por cinco capítulos, sendo o primeiro a introdução. O segundo capítulo apresenta a assistência pré-natal seguida da temática da humanização a partir das políticas públicas e de diversos teóricos. Em seguida, focaliza os pilares da humanização e apresenta contribuições da filosofia humanista para a humanização da assistência em saúde.

Apresenta também reflexões a respeito da relação profissional de saúde-paciente e da formação profissional.

O terceiro capítulo focaliza a metodologia utilizada na pesquisa, apresenta a Maternidade-Escola da UFRJ como cenário de estudo; as categorias de análise, entre outros.

O quarto capítulo discute os resultados da pesquisa, analisa as falas das gestantes e apresenta breves comentários de profissionais da instituição em questão. Num segundo momento, apresenta a operacionalização da humanização da assistência pré-natal para gestantes de uma maternidade-escola da cidade do Rio de Janeiro.

Os resultados sugerem que o conceito de humanização da assistência pré-natal trazido pelas gestantes evidencia a importância delas de conversar com o profissional de saúde, ter suas dúvidas explicadas e ser perguntada. Ao falar com o profissional que deve lhe passar tranquilidade, a paciente deve sentir que está sendo cuidada, tratada com respeito para poder confiar, sentindo-se segura. Além dessa conceitualização, também se vislumbra uma nova concepção de humanização, que se baseia necessariamente nas relações interpessoais que se estabelecem no dia-a-dia das instituições de saúde.

O último capítulo traz das considerações finais e vislumbra a realização de nova pesquisa para descobrir a forma que profissionais de saúde compreendem a humanização em saúde.

Motivações para a pesquisa

A escolha desse objeto de estudo baseou-se em experiências vividas durante minha formação profissional, inicialmente como estagiária de psicologia da Santa Casa de Misericórdia

do Rio de Janeiro na maternidade e na 33^a Enfermaria, especializada em acompanhamento de mulheres que foram encaminhadas ao setor devido a suspeita de mola hidatiforme¹. A outra experiência foi como estagiária do Serviço de Psicologia no Ambulatório de Pré-Natal da Maternidade-Escola da UFRJ, ocasião em que pude ter um contato estreito com gestantes saudáveis.

Desta forma, o trabalho com pacientes mulheres, gestantes e puérperas foi relevante para minha formação clínica e me possibilitou problematizar sobre o atendimento oferecido pelas instituições de saúde em geral. Através da prática nestas instituições, percebi o quanto a humanização do atendimento era crucial para os usuários do SUS. Assim, com a realização desta pesquisa, pretendo poder levar algum retorno à instituição Maternidade-Escola da UFRJ, que me acolheu como estagiária por mais de um ano e agora como pesquisadora.

Problema

Vários estudos apontam que a ausência de pré-natal está associada a maior taxa de mortalidade perinatal, pois afecções passíveis de prevenção ou controle podem ser evitadas, diminuindo tais índices (TREVISAN *et al*, 2002). O que mais instiga a compreensão disso é o fato de que, mesmo já tendo índice de quase 90% de mulheres fazendo pré-natal com profissionais qualificados, dentre eles médicos e enfermeiros obstétricos, os indicadores de saúde perinatal ainda não são os melhores, representando um desafio à saúde pública (SERRUYA, CECATTI e GIACOMO LAGO, 2004).

¹ Mola (L. moles) Nevo. Tumor uterino, formado pela degeneração de óvulo. M. Hidatiforme, hidátide (MELLO, 1968).

Considerando-se o índice de mulheres que fazem o pré-natal com profissionais de saúde formalmente qualificados, enfermeiros ou médicos, a média de consultas no SUS está acima de quatro consultas por mulher. Sendo assim, o Brasil já deveria apresentar melhores indicadores de saúde pré-natal (BRITO, 2005). Na busca de melhor compreensão desse quadro, torna-se relevante conhecer como as usuárias de um serviço pré-natal percebem o atendimento que recebem. Almeja-se então conhecer a visão que usuárias de uma maternidade-escola têm da assistência recebida no pré-natal, a partir da Política Nacional de Humanização.

O movimento pela humanização é uma busca pela qualificação da prestação de serviços pelo SUS, que não apenas almeja diminuição de índices de mortalidade, mas também atendimento de qualidade. A visão que o MS traz de atendimento humanizado pode ser percebida através de suas diversas publicações. Entretanto, a visão que o usuário² tem da humanização ainda é pouco conhecida.

Justificativa

No Brasil, as taxas de mortalidade materna³, de mortalidade perinatal⁴ e de mortalidade por afecções originadas no período perinatal⁵ apontam para a necessidade de mudança no

² Usuário é o indivíduo que utiliza o sistema de saúde brasileiro. A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício (BRASIL, 2001).

³ Óbitos e Taxa de Mortalidade Materna: número de óbitos de mulheres por causas maternas, por 100 mil nascidos vivos, residentes em determinado espaço geográfico. As causas maternas referem-se às mortes em decorrência das complicações da gravidez, do parto e do puerpério (até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez) e abortos. Correspondem ao Capítulo XV da CID-10 (excluídos os códigos O96 e O97), acrescido das mortes consideradas maternas, mas classificadas em outros capítulos da CID: doença causada pelo HIV (B20-B24), desde que a mulher esteja grávida no momento da morte ou tenha estado grávida até 42 dias antes; necrose pós-parto da hipófise (E23. 0); osteomalácia puerperal (M83. 0); tétano obstétrico (A34); e transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério (F53). A CID-10 estabelece ainda os conceitos de morte materna tardia — decorrente de causa obstétrica após 42 dias e menos de um ano depois do parto (código

atendimento oferecido à população ao longo do pré-natal, conforme dados apresentados na tabela abaixo.

C.3 Razão de mortalidade materna (DATASUS, 2005).

**Número de óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos segundo Região e UF
Brasil, 1997-2002**

Região e UF	1996 ⁽²⁾	1997 ⁽²⁾	1998 ⁽²⁾	1999 ⁽²⁾	2000 ⁽²⁾	2001 ⁽³⁾		2002 ⁽³⁾	
						Observado	Estimado	Observado	Estimado
Brasil	47,94	59,92	64,19	58,56	47,36	...	69,19	...	73,05
Região Norte	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Região Nordeste	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Região Sudeste	49,26	56,83	61,47	57,12	47,65	46,67	...	48,32	...
Minas Gerais	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Espírito Santo	44,93	29,91	51,26	42,76	44,54	24,51	...	43,55	...
Rio de Janeiro	64,79	66,55	79,37	74,94	73,71	69,73	...	74,06	...
São Paulo	43,63	55,42	55,67	51,65	38,09	39,84	...	39,15	...
Região Sul	52,83	71,51	76,25	61,87	53,09	52,19	...	56,84	...
Região Centro-Oeste	28,46	48,01	49,51	58,30	31,68	57,33	...	61,25	...

O96) — e a morte materna por seqüela de causa obstétrica direta — ocorrida um ano ou mais após o parto (código O97) (Anuário Estatístico de Saúde no Brasil 2001).

⁴ Taxa de Mortalidade Perinatal: número de óbitos fetais (aqueles ocorridos a partir de 22 semanas completas de gestação ou 154 dias) acrescido do número de óbitos neonatais precoces (aqueles ocorridos de 0 a 6 dias) por mil nascimentos totais, na população residente em determinado espaço geográfico. Entende-se por nascimentos totais o resultado da soma do número dos óbitos fetais com o número dos nascidos vivos (Anuário Estatístico de Saúde no Brasil 2001).

⁵ Óbitos e Taxa de Mortalidade por Afecções Originadas no Período Perinatal: número de óbitos de menores de um ano em consequência de afecções originadas no período perinatal (entre 0 e 6 dias), por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico. Embora essas mortes possam ocorrer em outras idades foram considerados apenas os óbitos incidentes no primeiro ano de vida (Anuário Estatístico de Saúde no Brasil 2001).

Fontes:

MS/SVS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC;
MS/SVS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM.

Notas:

1. As razões foram calculadas diretamente dos sistemas SIM e SINASC para os estados que atingiram percentual de cobertura igual ou superior a 90% dos óbitos femininos de 10 a 49 anos de idade, correspondendo a todos os estados das regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, com exceção do Mato Grosso.
2. Para os anos de 1996 a 2000, os totais para o Brasil e Regiões foram calculados apenas com as UFs consideradas.
3. Para 2001 e 2002, para o Brasil, usou-se o total de óbitos maternos, corrigido pelo fator de ajuste (1,4) obtido na Pesquisa sobre a Mortalidade de Mulheres de 10 a 49 anos, em 2002 (Laurenti e col., 2004).
4. Valores elevados da mortalidade materna podem estar refletindo os esforços realizados, em cada estado, para melhorar a qualidade da informação.

A OMS trouxe inovações no atendimento pré-natal, privilegiando o bem-estar da mãe e do bebê. Com isso, novas práticas começaram a surgir norteando o objetivo de diminuir o número de óbitos relacionados ao período entre a gestação e próximo ao nascimento. Há o surgimento de práticas humanizadas para se alcançar eficiência nos atendimentos. Dentre essas práticas, pode-se pensar em projetos de aleitamento materno e mãe-canguru.

Assim, as recomendações da OMS (WHO, 2002) através de um manual (*WHO Antenatal Care Randomized Trial: Manual for the Implementation of the New Model*)⁶ determinam um novo modelo de atendimento no pré-natal que diminua os riscos às gestantes e aos recém-nascidos, gerando parâmetros para a saúde.

O atendimento digno e de qualidade às pacientes no decorrer da gestação, parto, puerpério e período neonatal são direitos inalienáveis da cidadania e os princípios norteadores delimitam novas práticas (PHPN) dos profissionais de saúde no Brasil (SERRUYA *et al*, 2004).

⁶ Este manual descreve o novo modelo de atendimento pré-natal formulado pela OMS. Traz detalhadamente instruções de como conduzir as quatro visitas marcadas no modelo básico de pré-natal; inclui uma forma de classificação de mulheres que participam deste novo modelo e apresenta uma lista de procedimentos que devem ser feitos durante as tais quatro visitas do pré-natal (WHO, 2000).

A melhora da qualidade dos serviços prestados pelo SUS surge como necessidade que a humanização busca oferecer, articulando tecnologia e bom relacionamento interpessoal (DESLANDES, 2004). A relação humana tem sido apontada como um dos elementos qualificadores da assistência, e há muitos estudos que evidenciam a forma impessoal com que as mulheres têm sido tratadas em suas experiências de gestação, parto e puerpério (GOTARDO, 2003).

Uma pesquisa realizada em Natal investigou como os usuários dos serviços públicos de saúde ‘dão sentido’ à sua situação de ser paciente, interessando-se na avaliação dos serviços recebidos; na consciência de seus direitos como pacientes, suas expectativas com relação ao encontro com o profissional de saúde e seu papel na melhoria desses serviços. Os resultados apontaram deficiências no setor de saúde; passividade e resignação da população em face do quadro atual; necessidade de valorização do usuário, da relação profissional de saúde-paciente. Além disso, refletiram a respeito da necessidade de se valorizar a subjetividade do usuário, a relação profissional-paciente/cliente, considerando-os como fatores relevantes para o processo de humanização das práticas de saúde (TRAVERSO-YÉPEZ e MORAIS, 2004).

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Assistência à saúde pré-natal

A assistência pré-natal tem sido um dos grandes alvos da saúde no Brasil. A condição deficiente da cobertura pré-natal, o elevado índice de cesarianas, a mortalidade materna, as complicações pós-parto e as próprias condições pessoais de atendimento dos profissionais transformam o fenômeno da gravidez numa experiência mista de prazer e medo para as mulheres (GOTARDO, 2003 e BRITO, 2005). Apesar das recomendações da Organização Mundial de

Saúde (OMS), para garantir um nascimento com qualidade, sem risco de vida para a mulher e para a criança, as diversas políticas públicas têm enfrentado dificuldades para a sua implementação. Estas políticas têm almejado a melhora do atendimento às mulheres, principalmente no ciclo gravídico-puerperal.

O Estado brasileiro, através de diversos programas, busca normatizar a assistência à gestante, evidenciando a preocupação com a qualidade do atendimento oferecido. Dentre esses: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e Programa de Assistência à Saúde Perinatal (BRITO, 2005).

Em 1983, há a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que constitui parte da estratégia e consolidação de uma rede de serviços básicos de saúde em todo o território nacional (TREVISAN; DE LORENZI; ARAÚJO e ÉSBER, 2002), destacando a atenção pré-natal.

Este programa dirigido especificamente à mulher foi uma estratégia de destinação seletiva de recursos que permitissem a operacionalização de conteúdos de grande prioridade vinculados à população feminina em todas as fases de sua vida. O sistema de saúde deveria estar capacitado para atender às necessidades de saúde da população feminina; a integralidade da assistência pressuporia uma prática educativa para que a clientela se apropriasse dos conhecimentos necessários a um maior controle sobre sua saúde. Aumentar a cobertura e concentração do atendimento pré-natal para proporcionar iguais oportunidades de utilização desses serviços por toda a população é um dos objetivos programáticos regulamentados pelo MS nessa época (BRASIL, 1984), evidenciando a necessidade de alteração das ações em saúde em relação ao período gravídico-puerperal.

No ano seguinte, há a criação do Programa de Assistência à Saúde da Mulher, preconizando a compreensão da mulher como ser integral e sujeito nas ações e processos que

envolvem sua saúde. A assistência pré-natal-parto-puerpério já fazia parte do repertório da rede de serviços públicos, e a busca de uma melhoria da qualidade dessas ações podia ser vista como o início da implementação gradativa de uma assistência integral (BRASIL, 1984).

Em 1991, o Programa de Assistência à Saúde Perinatal é criado, enfatizando a idéia de que os programas que trazem a visão da mulher como ser integral trouxeram melhoras à saúde da mulher, que antes não recebia um atendimento específico à condição feminina (BRASIL, 1984). Entretanto, têm sido considerados limitados, e ainda não conseguiram alcançar menores índices de mortalidade materna e neonatal (BRITO, 2005).

Há a necessidade de se melhorar a saúde materna aliada ao bem-estar para a mulher e recém-nascido, para garantir o direito inalienável de cada mulher gestar e parir com segurança e bem-estar. Desde o PAISM, foi exigida dos profissionais uma nova atitude, que requeria um relacionamento com as mulheres enquanto sujeitos e detentoras de direitos, sendo compreendidas suas demandas reprodutivas e relativas à sexualidade no contexto de subordinação das mulheres nos planos público e privado (SERRUYA *et al*, 2004).

O MS entendeu que, aliado ao desconhecimento, a percepção da mulher como sujeito não estava ocorrendo, e o desrespeito aos direitos reprodutivos caracterizava o pano de fundo da má assistência em saúde. Esse quadro proporcionou a instituição do PHPN no ano 2000, baseado no respeito aos direitos das mulheres e à perspectiva humanizadora de atendimento. Esta perspectiva está atrelada à melhora do atendimento oferecido aos pacientes do SUS.

Todos estes programas se mostram limitados, pois persiste o elevado índice de mortalidade materna e neonatal. Isso obriga a assistência pública a implementar um modelo de serviços que corresponda a real necessidade da população. A qualidade da assistência recebida está diretamente ligada à humanização, que é o respeito e a valorização da mulher em seu estado gestacional (BRITO, 2005).

2.2 Política de Humanização

A partir de 1994, questionamentos quanto à qualidade do atendimento começaram a interessar os estudiosos das políticas públicas de saúde. Isso gerou discussões a respeito de controle social com os Conselhos de Saúde; gestão em recursos humanos, avaliação do processo de descentralização, entre outras. A qualidade da assistência passou a ser a base para análises feitas sobre os modelos assistenciais, levando à discussão sobre gestão em saúde (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2003).

Uma pesquisa realizada na Europa pela OMS, em 2004, trouxe a participação de pequenos grupos indicando a humanização como uma das palavras-chave⁷ na qualidade do cuidado. Assim, pôde-se correlacionar a humanização da assistência à saúde à busca de qualidade do atendimento (WHO, 2003).

Conceitos de gestão de qualidade convergem para a humanização dos serviços. O movimento de humanização é uma busca pela qualificação da produção ou prestação de serviços, mas é contra um compromisso mercadológico, que geralmente caracteriza um programa de qualidade institucional (PUCCINI E CECÍLIO, 2004).

A preocupação com a qualidade do atendimento oferecido aos usuários do SUS está atrelada à criação da política de humanização. A humanização da assistência será baseada na visão proposta pelo MS através do HumanizaSUS (Política Nacional de Humanização) de 2004 e do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) de 2000. O MS traz a

⁷ O grupo relacionou a qualidade do atendimento: satisfação do paciente/família/staff médico; envolvimento multidisciplinar; cuidado atrelado às melhores opções do ponto de vista do médico; orientação psicológica; respeito a necessidades, hábitos e sentimentos individuais, entre outros.

necessidade de se modificar modelos marcados pela gestão centralizada e vertical, principalmente devido ao despreparo dos profissionais em lidar com a dimensão subjetiva em todas as práticas de saúde (BRASIL, 2004e).

No HumanizaSUS, a humanização se define: aumentar o grau de co-responsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede do SUS no cuidado à saúde implica mudança na cultura da atenção aos usuários e na gestão dos processos de trabalho. Tomar a saúde como valor de uso é ter como padrão na atenção o vínculo com os usuários; é garantir direitos aos usuários e seus familiares; é estimular que eles se coloquem como protagonistas do sistema de saúde através de sua ação de controle social. Mas é, também, ter melhores condições para que os profissionais efetuem seu trabalho de modo digno e criador de novas ações, e que possam participar como co-gestores do seu processo de trabalho (BRASIL, 2004e).

A humanização do SUS se operacionaliza com a troca e a construção de saberes; o trabalho em rede com equipes multiprofissionais; a identificação das necessidades, desejos e interesses dos diferentes sujeitos do campo da saúde; o pacto entre os diferentes níveis de gestão do SUS (federal, estadual e municipal), entre as diferentes instâncias de efetivação das políticas públicas de saúde (instâncias da gestão e da atenção), assim como entre gestores, trabalhadores e usuários desta rede; o resgate dos fundamentos básicos que norteiam as práticas de saúde no SUS, reconhecendo os gestores, trabalhadores e usuários como sujeitos ativos e protagonistas das ações de saúde; construção de redes solidárias e interativas, participativas e protagonistas do SUS (BRASIL, 2004e).

Assim, apresenta a noção de humanização como sendo a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Os valores que norteiam esta política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2004e).

O cenário indica a necessidade de mudanças no modelo de atenção, que não se farão sem mudanças no modelo de gestão. O MS traz a idéia da construção do HumanizaSUS para permitir que essas mudanças ocorram. A busca de transformação convoca o SUS em todos níveis: gestores, trabalhadores e usuários; e as suas instâncias, programas e projetos. O comprometimento com a humanização deve buscar um SUS fortalecido, junto ao apoio da população (BRASIL, 2004e).

No Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), a humanização da assistência obstétrica e neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. Assim, a humanização compreende dois aspectos, sendo que o primeiro se refere à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam o tradicional isolamento imposto à mulher. O outro aspecto se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias que, embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher nem o recém-nascido, e que com freqüência acarretam maiores riscos para ambos. Além disso, o PHPN se estrutura nos seguintes princípios: toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas na prática médica; todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura (BRASIL, 2000).

2.3 Teóricos da humanização

Humanizar é garantir à palavra a sua dignidade ética evidenciando a importância do diálogo entre nossos semelhantes. Sendo assim, é preciso que as palavras que o sujeito expressa sejam reconhecidas pelo outro. Sem a linguagem, o ser humano se desumaniza reciprocamente. Sem comunicação não há humanização (PESSINI e BERTACHINI, 2004).

A preocupação com a questão da humanização e da satisfação do usuário divide-se em duas vertentes: uma noção amenizada da lógica do sistema social centrado, sobretudo, numa crítica capitalista à tecnologia como uma tentativa de criar um ‘capitalismo humanizado’. A outra vertente se refere à busca de uma essência humana perdida, que se refere a uma negativa existencialista da realidade concreta, imaginando uma autonomia das emoções e afetividades individuais da práxis humana, como processo de organização institucional que valoriza a escuta no atendimento e os direitos sociais (PUCCINI E CECÍLIO, 2004).

Deslandes (2004) analisa o discurso do MS sobre a humanização da assistência. Para ela, a temática da humanização vem se apresentando desde a época em que se falava em parto humanizado. Entretanto, o MS inclui a humanização em algo mais amplo que a humanização dos partos quando cria o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) em 2000. Objetivou-se promover uma nova cultura de atendimento à saúde no Brasil (BRASIL, 2000), caracterizada por aprimorar as relações entre os profissionais, entre usuários/profissionais e entre o hospital e comunidade, visando à melhoria da qualidade e à eficácia dos serviços prestados pelas instituições do SUS. Hoje, o programa de humanização passou a ser uma política transversal, constituindo uma política de assistência à saúde.

Deslandes (2004) questiona o que seria esse conceito de humanização da assistência por lhe faltar uma definição mais clara, com um suporte teórico. Geralmente a visão de humanização está atrelada a uma forma de assistência que valorize a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associada ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais, implicando, ainda, na valorização do profissional e do diálogo intra e interequipes. Assim, essa nova forma de conduta estaria ligada a questões de democratização das relações que envolvem o atendimento; busca de melhor diálogo e melhoria da comunicação entre o profissional de saúde e paciente; reconhecimento das expectativas dos próprios profissionais e as dos pacientes como sujeitos do processo terapêutico.

A autora ainda questiona se seria possível promover mudanças estruturais para a implementação de novos conceitos e práticas nas instituições de saúde voltadas para a humanização da assistência. Acredita que ainda falte uma base teórico-prática à humanização, porém valoriza essa nova práxis para a assistência, almejando a qualidade do atendimento baseada no respeito à alteridade e no diálogo.

Para Deslandes (2004), o resgate da humanidade nos atendimentos está ligado à idéia de ir a favor do diálogo, contra a negação do outro, contra a violência (física e psicológica), que demonstra maus-tratos, indicando a não compreensão das demandas e expectativas. Busca-se uma nova cultura de atendimento, saindo da lógica da cultura do hospital moderno (FOUCAULT, 1979). A organização de hospitais é marcada por imposições aos pacientes: isolamento; submissão em relação a seus corpos e a sua própria subjetividade; despersonalização; diminuição do convívio familiar e social; desrespeito à sua própria capacidade de tomar decisões. A cultura organizacional hospitalar serve de obstáculo a essa nova cultura de atendimento que a política de humanização tenta promover na saúde. A importância de garantir a dignidade ética à palavra serve de suporte à humanização. Sem respeito e reconhecimento do outro não há humanização. A

temática da humanização se apresenta como antítese da violência e da incomunicabilidade, reafirmando a importância de ações centradas na ética, no diálogo e na negociação dos sentidos e rumos da produção de cuidados.

Ayres (2004), ao comentar o artigo de Deslandes (2004), declara que o fato de se falar em humanização de forma tão séria é uma grande conquista que, para ele, só seria possível para as próximas gerações. Comenta a importância de se realizar um duplo movimento: identificar os caminhos propostos pelo MS para a humanização e as vias para se alcançar uma transformação efetiva na assistência à saúde. Sair da doutrina e se tornar algo concreto, numa mudança real da assistência oferecida, seria relevante para humanizar a assistência.

Ayres (2004) busca refletir sobre a questão do cuidado que é a sabedoria prática presente em qualquer encontro terapêutico. Para aperfeiçoar o cuidado, há a necessidade de se elevar a dignidade das tecnologias leves no arsenal de nossos conhecimentos e artefatos para a saúde, além de aperfeiçoar nossas já valorizadas tecnologias duras. Precisamos criar as condições para otimizar o exercício de nossa sabedoria prática nos espaços da assistência, minimizar os constrangimentos ilegítimos e desnecessários das racionalidades técnicas. No final, questiona se humanizar é abrir-se ao outro e acolher solidária e legitimamente a diversidade.

A preocupação com a questão da humanização e da satisfação do usuário divide-se em duas vertentes: uma noção amenizada da lógica do sistema social centrado, sobretudo, numa crítica capitalista à tecnologia como uma tentativa de criar um 'capitalismo humanizado'. A outra vertente se refere à busca de uma essência humana perdida, que se refere a uma negativa existencialista da realidade concreta, imaginando uma autonomia das emoções e afetividades individuais da práxis humana, como processo de organização institucional que valoriza a escuta no atendimento e os direitos sociais (PUCCINI E CECÍLIO, 2004).

Puccini e Cecílio (2004) problematizam em que medida uma diretriz de humanização e satisfação pode contribuir ao aproximar as referências do interesse geral à reflexão crítica e à ação sobre as dificuldades cotidianas existentes nos serviços de saúde. A humanização radical poderia gerar transformações, mobilizar para novas questões, reconhecer novas necessidades, permanecendo, assim, a abrangência do direito à saúde e orientando-o para além dos limites da estrutura social e das relações sociais, favorecendo uma contraposição à tendência do governo de criar políticas públicas mínimas na área da saúde. As práticas assistenciais mínimas são aquelas que são comprovadamente efetivas e cuja ausência compromete a qualidade da assistência e que são operacionalmente exequíveis em curto prazo (SERRUYA *et al*, 2004).

A humanização é um movimento que se traduz em proposições: melhorar a relação médico-paciente; organizar atividades de convívio amenizadas e lúdicas; garantir acompanhante na internação da criança; implementar novos procedimentos na atenção psiquiátrica, na realização do parto; amenizar as condições de atendimento aos pacientes em regime de terapia intensiva; denunciar a ‘mercantilização’ da medicina; criticar a ‘instituição total’ e tantas outras proposições. Com as propostas de humanização, há valorização das inter-relações humanas, elevando-se a um valor superlativo a busca da dignidade humana (PUCCINI e CECÍLIO, 2004).

Pode-se pensar que esteja ocorrendo uma transição paradigmática: de um hospital-máquina moderno para um hospital humanizado. Assim, ao lado das tecnologias dura e leve-dura existem as tecnologias leves na esperança de gerir novas formulações na prática dos profissionais de saúde (SANTOS, 2005). Assistir de forma mais humana implica em: equidade de acesso, sensibilidade, empatia, competência técnica, respeitando a individualidade da mulher em seus aspectos culturais, participação igualitária e relação horizontal entre profissionais e mulheres (GOTARDO, 2003).

Betts (2004) discursa sobre a importância da rede de palavras que se forma no indivíduo, desde o início de sua vida. A partir da imagem e da linguagem, há o desenvolvimento do corpo biológico, transformando-o em ser humano. Betts traz a noção de humanizar como sendo a possibilidade de garantir à palavra a sua dignidade ética. Para ele, a humanização depende da capacidade de falar e ouvir, pois as coisas do mundo só se tornam humanas quando passam pelo diálogo com nossos semelhantes. Humanizar a assistência hospitalar implica dar lugar tanto à palavra do usuário quanto à palavra dos profissionais da saúde, de forma que possam fazer parte de uma rede de diálogo que pense e promova ações, campanhas, programas e políticas assistenciais a partir da dignidade ética da palavra, do respeito, do reconhecimento mútuo e da solidariedade.

Para se compreender a humanização é necessário refletir sobre o que é ser humano, humanizar e humanização. Se a consciência da humanização não for percebida, sentida, assimilada significativamente por todos nós, cada um por si, tudo continuará como está e tenderá a uma desumanização ainda maior. Há a necessidade de se perceber a si e a seus semelhantes como seres humanos, assim o ser humano profissional em relação com o ser humano que é cuidado. A possibilidade de acolhimento e da humanização tão almejada, aliada à valorização do ser humano, promove a necessidade de se repensar os modos de cuidar de cada pessoa que é profissional de saúde (GOTARDO, 2003).

Como Puccini e Cecílio (2004) apontam, há o perigo de a humanização virar um clichê, fixado em propagandas, supervalorizando motivações demagógicas quando atrelada a situações genéricas, iniciativas pontuais, fragmentando a realidade.

Talvez se o MS se pautasse em ampla revisão sobre esses assuntos, poderia criar estratégias para se alcançar transformações na saúde brasileira, conseguindo realmente implementar essa política de forma transversal e norteadora de todo o funcionamento da saúde.

Qualquer prática de resistência às dificuldades encontradas a partir da deterioração dos serviços de saúde deve estar pautada em princípios que priorizem o trabalho em equipe e a produção de subjetividade (SILVA e MENEZES, 2001).

2.4 Três pilares da humanização: acolhimento, autonomia e protagonismo

a) Acolhimento

O ideário sobre acolhimento perpassa noções do MS e é permeado pela visão de alguns teóricos que não falam diretamente em acolhimento, mas falam na importância da escuta, no chamar pelo nome, no contato olho no olho, no tratamento pessoal, em ser reconhecida como pessoa, perguntada e consultada (DINIZ, 2001), além da relevância do ambiente de atendimento e o respeito à privacidade do paciente.

O acolhimento faz parte da PNH, que almeja ser ação concreta com a criação de Cartilhas da PNH, com a função multiplicadora, disseminando algumas tecnologias da atenção e gestão no campo da saúde. Dentre as cartilhas, há a HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde (BRASIL, 2004c).

Quando se fala em acolhimento, pressupõe-se a criação de espaços de escuta, de recepção, que proporcione a interação entre usuários e trabalhadores, que sejam acolhedores também em relação ao conforto produzido pela introdução de vegetação, iluminação, cores, entre outros. A utilização de mobiliário pelos atendentes deve promover a interação, sendo em balcão baixo e sem grades intimidadoras, sem que o paciente perca a privacidade ao falar do seu problema. Há também a necessidade de equipamento que permita a informação ao paciente em espera (BRASIL, 2004d).

Acolhimento é uma ação tecno-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional de saúde-usuário e sua rede social através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o paciente como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde (BRASIL, 2004c).⁸

A forma de se operar os processos de trabalho em saúde deve ser a de atender a todos os que procuram os serviços, ouvindo seus pedidos e assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários. O atendimento deve ter resolutividade e responsabilização, orientando para garantir a eficácia da continuidade da assistência. O acolhimento serve como estratégia de interferência nos processos de trabalho, sendo uma diretriz operacional numa nova atitude no fazer saúde. É caracterizado pelo protagonismo dos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde, por uma reorganização do serviço de saúde para promover uma intervenção de toda a equipe multiprofissional encarregada da escuta e da resolução dos problemas do usuário; pela elaboração de projeto terapêutico individual e coletivo com horizontalização por linhas de cuidado, por mudanças estruturais na forma da gestão de saúde, ampliando espaços democráticos de discussão/decisão, escuta, trocas e decisões coletivas; pela postura de escuta e compromisso em dar resposta às necessidades de saúde trazidas pelo usuário, que inclua sua cultura, saberes e capacidade de avaliar riscos; e construir coletivamente propostas com a equipe local e com a rede de serviços e gerências centrais e distritais (BRASIL, 2004c).

A Prefeitura de Marília-SP define acolher como sendo a forma de se receber, dar crédito às queixas e às necessidades, afirmando que a saúde não é um gesto burocrático, um favor ou

⁸ A categoria acolhimento remete as outras categorias quando aponta o reconhecimento do sujeito como ativo e protagonista com relação a sua saúde.

uma esmola. Acolher é entender as diretrizes do SUS e fazer com que a unidade de saúde deixe de ser ‘aquele prédio com salas para alugar para médicos, dentistas, enfermeiros, com um entra e sai de perdidos, desesperados, cansados, irritados, anônimos homens, mulheres, crianças’ (Prefeitura de Marília, Informação em Saúde, 2001).

A Prefeitura de Campinas-SP traz um Protocolo de Acolhimento, indicando que os profissionais devem agir de forma integrada e coesa. A visão de acolhimento é: ‘receber bem, ouvir a demanda, buscar formas de compreendê-la e solidarizar-se com ela’ (Prefeitura de Campinas, 2001). Deve ser realizado por toda a equipe de saúde, em toda relação profissional de saúde-pessoa em cuidado. Os objetivos de tal protocolo são: utilizar uma escuta ampliada do motivo da procura ao serviço, levando em consideração o contexto em que o usuário está inserido; identificar as necessidades de saúde do usuário; dar encaminhamento aos problemas apresentados pelo usuário, mesmo que seja necessário atendimento por outros profissionais e/ou em outros serviços fora da Unidade; qualificar a relação trabalhador de saúde-usuário que deve se basear em parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania; oferecer soluções possíveis, com segurança para o paciente, agilidade para o serviço e uso racional dos recursos disponíveis (Prefeitura de Campinas, Protocolo de Acolhimento, 2001).

O acolhimento surge no cerne da nova cultura de atenção em saúde, alterando o modelo tecno-assistencial, de modo a contemplar o princípio da universalidade no atendimento e na reorganização do processo de trabalho. O acolhimento não se resume a simples recepção do usuário na instituição de saúde, mas deve ser norteador das ações assistenciais. O tema acolhimento aparece como de grande importância para a formação do profissional de saúde, que se torna mais capaz de dar conta de produzir saúde e cidadania na construção de um país mais justo e solidário (HENNINGTON, 2005).

A relação profissional de saúde-paciente está sendo repensada, trazendo questionamentos quanto à forma com a qual se relacionam. A questão da autonomia aparece como uma das mais importantes, pois vai criar parâmetros para a forma como a relação entre eles se estabelece.

b) Autonomia

Autonomia significa a atividade e o poder de dar a si um regramento, definido a partir dos próprios interesses e relações. Sendo assim, autonomia pode ser considerada o poder exercido pelo sujeito, caracterizada pela forma absoluta de independência. A autonomia junto à privacidade, ao sigilo, à ausência de prontuário e registros sobre a assistência, à falta de informação clara e acessível e até de letra indecifrável, configura atendimentos que descumprem os deveres de humanidade dos profissionais de saúde. Com isso, percebe-se a importância de se questionar não apenas se há ou não erro médico (de diagnóstico ou terapêutico), mas também de se ver a forma com que a relação entre profissional e paciente se estabelece (MARCHI e SZTAJN, 2005).

Há a valorização da humanidade enquanto capacidade de autonomia em que ambas são constitutivas do humanismo moderno. O homem do humanismo é aquele que não concebe mais receber normas e leis nem da natureza das coisas, nem de Deus, mas que pretende fundá-las a partir de sua razão e vontade (RENAUT, 1998).

A possibilidade de escolha do indivíduo remete à importância dele se colocar como parâmetro para escolher a partir da própria razão. Em relação à vida em comunidade, pensa-se em ver o homem como criador do ordenamento jurídico e não como aquele que segue normas vindas de algo exterior a ele, como seria Deus, por exemplo. Quando se pensa em autonomia no que diz respeito ao indivíduo isolado, a idéia de criador das próprias leis leva à noção da importância de

se colocar o sujeito como agente da própria escolha e responsável por tal. A ação de escolher remete à responsabilidade diante das próprias ações e isso diz respeito à vida e à morte.

Autonomia em saúde evidencia a idéia de que o poder de decisão da escolha do profissional é do paciente, fundamentando-se no respeito à pessoa humana, à sua individualidade (MARCHI e SZTAJN, 2005). Porém, como pensar em autonomia em saúde quando consideramos as instituições públicas? O paciente não tem como escolher quem o atenderá numa emergência, mas nesse caso, a autonomia pode se configurar de outra forma, tendo o paciente seu desejo respeitado quanto à forma como se comportar, não sendo coagido por ninguém. O desenvolvimento da autonomia pode se dar na articulação da história do paciente com seu quadro clínico e na construção conjunta dos meios para lidar com as situações (FRANCO, BASTOS e ALVES, 2005). A relação entre profissional de saúde e paciente deve ser baseada na boa fé, com confiança, fidelidade e sensibilidade.

A problematização da autonomia dos pacientes evidenciou a forma paternalista com a qual os profissionais de saúde lidam com seus pacientes. Um atendimento dessa forma considera o paciente como necessitando de cuidados, sem possibilidade de escolha e de discernimento. É uma relação assimétrica em que o profissional detém um corpo de conhecimentos do qual o paciente é geralmente excluído. O paciente é considerado incapaz de assumir a responsabilidade pelo cuidado da própria saúde (CAPRARA e RODRIGUES, 2004). O profissional deve explicar ao paciente o que lhe está ocorrendo, mas não lhe tirar a capacidade de escolha quanto ao próprio futuro.

A autonomia é uma extensão da equidade à qual se associa o respeito às pessoas. O paciente é tratado com o devido respeito à sua condição humana. A partir disso, o profissional pode obter consentimento do paciente para atos médicos que tragam riscos; compreender razões de não-aceitação de procedimentos terapêuticos; buscar alternativas para amenizar o sofrimento e

atender suas reivindicações. Quem tem respeito por uma pessoa, aceita a sua autonomia (MONTE, 2002). Cabe ao paciente, enquanto sujeito de sua vida e sua história, decidir livremente sobre o que é melhor para sua vida e sua saúde (CAMPOMIZZI, 2002).

O indivíduo que visa à autonomia busca instaurar-se como sujeito e transcende em sua singularidade ao pensar-se como membro de um mundo comum a todos os seres que possuem a estrutura da subjetividade. A abertura da autonomia pressupõe a abertura ao próximo, à comunicação. A autonomia almejada, caso seja atingida, pode gerar uma humanidade que, em termos de comunidade, não dependeria de nada mais do que de si própria. Não haveria uma determinação externa no que diz respeito ao próprio destino (RENAUT, 1998).

c) Protagonismo

O sujeito enquanto protagonista da própria vida. É essa a idéia que se tem quando se pensa em protagonismo. Protagonismo implica considerar o sujeito como sujeito ativo, não tutelado, independente. A construção do protagonismo requer a saída da condição de usuário-objeto e a criação de formas concretas que produzam o usuário-ator (TORRE e AMARANTE, 2001).

A busca pelo protagonismo aparece através da reinvenção da cidadania e *empowerment*, por meio de intervenções de associações de usuários ou de cooperativas sociais (TORRE e AMARANTE, 2001). Entretanto, a idéia de protagonismo que pretendo privilegiar é a noção de sujeito como agente no processo de saúde, não dependente, não tutelado, estando numa relação com o profissional de saúde que seja horizontal e não verticalizada (tutela, paternalismo e passividade do usuário).

A importância da subjetividade do usuário existe na medida em que ele é considerado em sua singularidade, não sendo visto como um entre muitos. A percepção da diferença dos indivíduos pode lhes garantir o respeito à sua singularidade, trazendo intervenções dos profissionais de saúde que respeitem sua opinião e a sua forma de lidar com o que lhe acontece.

2.5 Humanização no pré-natal

Uma assistência humanizada em maternidade se refere aos seguintes critérios: estímulo à amamentação e ao vínculo precoce; incentivo ao parto normal e vertical; presença de acompanhante escolhido pela mulher para o processo do parto; alojamento conjunto mãe-bebê; atenção de enfermeiras obstétricas nos partos normais; e inclusão de parteiras leigas no sistema de saúde nas regiões nas quais a rede hospitalar não se faz presente (TORNQUIST, 2002 e 2003).

Tornquist (2002) preconiza que se as experiências de humanização se concentrarem em aspectos técnicos isolados e num modelo universalista de família e de feminilidade, baseando-se na cultura do mito do amor materno e na herança higienista da medicina, a possibilidade de empoderar as mulheres quanto à própria saúde reprodutiva e a sexualidade serão minimizadas. Questiona até que ponto a humanização da assistência garante os direitos humanos às mulheres, direitos que são sexuais e reprodutivos, problematizando se será possível humanizar a assistência num hospital público. O atendimento dispensado à maioria das mulheres brasileiras por ocasião do parto pode ser visto como humilhante, com abuso de medidas cirúrgicas, falta de acesso a leitos e desinformação de seus direitos reprodutivos e sexuais.

Para se pensar em humanização no pré-natal, faz-se necessário compreender que rotinas hospitalares são impostas às gestantes no momento em que chegam a uma maternidade. Sendo

assim, faz-se necessário contextualizar a situação por elas vividas num ambiente que não é um hospital geral, mas que traz rotinas tipicamente hospitalares.

O modelo hospitalar, hegemônico em muitos países, é criticado por organizações não governamentais, por redes de movimentos como a Rehuna (Rede de Humanização do Parto e do Nascimento), pela OMS e por teóricos que se engajam no ideário da humanização no que diz respeito ao parto e nascimento, apontando para duas vertentes de pensamento: a biomédica e a alternativa/naturalista (TORNQUIST, 2002). Entretanto, o presente trabalho não pretende problematizá-las, mas, apenas, identificá-las.

A crítica ao modelo medicalizado de assistência ao parto pode ser ampliada quando se pensa em atendimento pré-natal. É importante que, a partir de uma perspectiva construtivista, se traga para o campo do simbólico a experiência de estar grávida, percebendo a indissociabilidade das dimensões biológica, psíquica e cultural, articulando isso ao sistema cosmológico da mulher em questão, elaborado a partir de suas vivências acerca de vida, morte, natureza, cultura e humanidade (TEDESCO, 1999). Dar voz à mulher, valorizar a sua posição como gestante implica numa mudança na cultura de atendimento em saúde, e a humanização luta por isso.

As rotinas hospitalares consideradas desnecessárias devem ser modificadas por trazerem riscos e por serem extremamente intervencionistas. Entre elas: episiotomia (corte realizado no períneo da mulher para facilitar a saída do bebê); amniotomia (ruptura provocada da bolsa que contém líquido amniótico); enema (lavagem intestinal) e tricotomia (raspagem dos pêlos pubianos) e, particularmente, partos cirúrgicos e cesáreas. A OMS propõe a redução de tais procedimentos e não a sua eliminação. As medidas humanizadoras buscam desestimular parto medicalizado, considerado tecnologizado, artificial e violento; e incentivar práticas e intervenções biomecânicas no trabalho de parto, consideradas como mais adequadas à fisiologia feminina e, portanto, menos agressivas e mais naturais (TORNQUIST, 2002).

É necessário refinar o debate sobre a urgente modificação no modelo de atenção ao parto e puerpério, trazendo ponderações que se baseiem nos valores e representações das iniciativas humanizadoras. A visão da mulher como sujeito, advinda de uma cultura, com emoções e desejos que são singulares e não universais, implica na efetiva transformação da assistência. As medidas humanizadoras poderiam resultar em meros procedimentos técnicos, produzindo efeitos tão deletérios quanto o tratamento tecnocrático que se pretende combater (TORNQUIST, 2002).

A administração de cada órgão que promove a assistência aparece como um dos responsáveis pela modificação da qualidade e humanização do atendimento pré-natal (BRITO, 2005). Humanizar a maternidade é oferecer serviços de saúde, com ética, qualidade de assistência, profissionais legalmente habilitados e especializados. Para Brito (2005), a boa conduta profissional depende tanto do conhecimento científico quanto da valorização como pessoa e profissional.

A partir das referências bibliográficas selecionadas, pode-se perceber que o MS traz uma série de regras e condutas que devem ser seguidas para se alcançar a humanização do SUS. A visão do MS de humanização é ampla e está ligada à qualidade do atendimento oferecido, porém o que apresenta no HumanizaSUS como marco teórico não traz um estudo bibliográfico sobre formas de atendimento, relação profissional de saúde-paciente, formação profissional dos sujeitos da saúde, estudo de equipes multi e interdisciplinares. Apresenta a necessidade de mudança, porém não elucidada como a área da saúde pode se adequar a essas novas recomendações. Como Puccini e Cecílio (2004) apontam, há o perigo de a humanização virar um clichê, fixado em propagandas, supervalorizando motivações demagógicas quando atrelada a situações genéricas, iniciativas pontuais, fragmentando a realidade.

Talvez se o MS se pautasse em ampla revisão sobre esses assuntos, poderia criar estratégias para se alcançar transformações na saúde brasileira, conseguindo realmente

implementar essa política de forma transversal e norteadora de todo o funcionamento da saúde. Qualquer prática de resistência às dificuldades encontradas a partir da deterioração dos serviços de saúde deve estar pautada em princípios que priorizem o trabalho em equipe e a produção de subjetividade (SILVA e MENEZES, 2001).

Os autores apresentados neste projeto se basearam nas delimitações do MS, porém apresentaram outras considerações. Percebe-se uma diferenciação entre o que o MS traz como humanização e a produção destes autores. O MS traz normas; Deslandes (2004) questiona se seria possível promover mudanças estruturais na saúde para se alcançar essa nova cultura de atendimento; Ayres (2004) aponta a importância de se refletir sobre o cuidado que há em qualquer encontro terapêutico; Betts (2004) discursa sobre a capacidade de falar e ouvir, da promoção do diálogo entre semelhantes; Santos (2005) fala da transição do paradigma do hospital moderno para um hospital humanizado, incluindo tecnologias leves; Martins e Chaves (2000) elucidam a necessidade de se criar uma medicina humanizada, integrando conhecimentos técnicos ao calor humano; GOTARDO (2003) fala da necessidade de perceber a si e aos outros como seres humanos; evidencia a idéia de que tratamento especial é ser acolhido e respeitado enquanto sujeito com capacidade de decisão; e aponta que humanizar é ser benévolo e acolher seus semelhantes; Silva e Menezes (2002) afirmam que, para que haja um acontecimento humano, é necessário o encontro de subjetividades; Odent (Tornquist, 2002) relata que humanização é uma condição humana da qual não é possível escapar; Tornquist (2004) e Serruya, Cecatti, Giacomo do Lago (2004) apontam que a mulher deve ser vista como sujeito.

2.6 Tecnologia e humanização: uma possível conciliação?

A relação pessoal entre médico e paciente foi perdendo importância ao longo dos anos em favor do diagnóstico feito a partir de dados objetivos, medidos por exames. O desenvolvimento científico e tecnológico garante uma série de benefícios, entretanto tem como efeito adverso o incremento da desumanização (BARCHIFONTAINE, 2004). A tecnologia foi se incorporando ao exercício da profissão, deixando de lado o aspecto subjetivo da relação (CAPRARA e RODRIGUES, 2004).

O alcance da suposta objetividade da ciência pode gerar a eliminação da condição humana (BARCHIFONTAINE, 2004), que não é uma mera descrição técnica dos sintomas e da evolução de uma doença num atendimento em instituição de saúde. O profissional, quando preenche uma ficha de histórico clínico, não está apenas colhendo dados do paciente. O ato técnico pode acabar eliminando a dignidade ética da palavra; entretanto pode estar aliada à valorização da palavra do outro, sendo este o paciente ou o próprio profissional de saúde.

O desenvolvimento da tecnologia trouxe avanços extraordinários, porém o aperfeiçoamento das práticas de saúde, compostas pela comunicação, pela observação, pelo trabalho de equipe, por atitudes fundamentadas em valores humanitários sólidos não foi percebido. Jaspers (1991 *apud* CAPRARA e RODRIGUES, 2004) aponta que há recursos para lidar com cada fragmento do homem, mas falta ao médico a habilidade para dar conta do mesmo homem em sua totalidade. As habilidades dos profissionais de saúde que vão além das competências técnicas precisam estar atreladas à sua relação com o paciente, trazendo o cuidar, o sentimento, a emoção humana à pauta de discussões em saúde.

A ciência e a tecnologia, quando associadas à despersonalização do homem, geram a desumanização na saúde, em que a técnica se torna mais importante que a relação humana

estabelecida no contato profissional de saúde-paciente. Pacientes não são simples objetos de intervenção técnica. Ouvir sua fala, sua angústia, seus medos, isso não é perda de tempo. Profissionais de saúde não são seres supremos, sem dificuldade e angústias, eles são seres humanos, com temores e expectativas (MARTIN, 2004). A humanização e a tecnologia podem coexistir se a pessoa humana não estiver à sombra da tecnologia, sem privilegiar técnica, medicamento ou pesquisa (BETTINELLI, WASKIEVICZ e ERDMANN, 2004).

O trabalhador de saúde é caracterizado por um núcleo profissional e outro propriamente cuidador. O núcleo profissional dá a capacidade técnica que o profissional deve ter, porém não garante a gestão do cuidado. A idéia de se valorizar somente a técnica parece dizer que o processo de produção de um certo acolhimento real foi reduzido. O trabalho vivo em ato do médico tende a ser plenamente capturado e expresso por saberes tecnológicos que reduzem seu foco de ação à produção dos procedimentos, mas não garante a promoção de vínculo, responsabilizações, acolhimento, relacionamento interpessoal vivo. O profissional de saúde não pode ser apenas um técnico, especialista em diagnosticar, mas deve ter sua competência técnica aliada a habilidades inter-relacionais, e assim poderá promover a saúde não apenas na dimensão biológica (MERHY, 2000).

Muitas vezes os hospitais são desumanos no sentido de que as pessoas se sentem diminuídas, despersonalizadas, isoladas. Na luta pela cura e na preocupação com a perfeição técnica, o doente é transformado em mero objeto de cuidados, em que seu conforto e bem-estar físico e mental são subordinados a exigências do funcionamento de máquinas ou de restrições econômicas impostas pelos administradores hospitalares. Às pessoas, cabe o direito a cuidados personalizados, respeitosos e com carinho (MARTIN, 2004).

A razão e o sentido de uma intervenção humanizada trazem em seu cerne uma visão de instituição de cuidados. Sua definição será a de um espaço de convivência que acolhe, cuida e

possibilita a utilização de diversos recursos, enfatizando um projeto de invenção social que não focaliza a doença (SILVA e MENEZES, 2001).

A medicina é compreendida como constituída de uma dupla dimensão que é nomeada de várias formas: competência-cuidado; objetividade-subjetividade; racionalidade-subjetividade; saber-sentir, entre outras (MENEZES, 2001). Essa visão da medicina pode ser levada para qualquer outra área da saúde. Profissionais de saúde lidam o tempo todo, entre a subjetividade e a objetividade da situação humana, vivenciando um paradoxo que emerge na prática.

A competência técnica é geralmente a mais trabalhada na formação acadêmica dos profissionais, entretanto um trabalhador da saúde ainda precisa das qualidades do cuidar. A competência está associada às ciências básicas, ao conhecimento, à técnica, ao fazer, à ação, enquanto que o cuidar é expresso na linguagem dos valores, das relações, da compaixão e empatia, ou seja, o não-técnico que é vinculado às humanidades (MENEZES, 2001).

Convivemos em ambientes pouco humanizados, com bom funcionamento técnico, porém nem sempre aliado ao afeto, à atenção e à solidariedade. As pessoas deixam de ser o centro das atenções e acabam sendo transformadas em objeto de cuidado, fonte de lucro, perdendo a identidade, ficando dependentes e passivas, à espera do profissional de saúde, possuidor de poder científico. O ambiente hospitalar se torna um centro tecnológico, em que equipamentos são facilmente reverenciados, enquanto as pessoas são coisificadas (BETTINELLI *et al*, 2004).

Ao humanizar o cuidado, a relação profissional de saúde-paciente ganha em qualidade, acolhendo as angústias do humano diante da fragilidade do corpo, mente e espírito. A presença solidária do profissional, com habilidade humana e científica, torna-se necessária na humanização do cuidado. O calor humano, a relação entre semelhantes, o vínculo criado entre eles, uma relação diagonal e não tão verticalizada (PESSINI e BERTACHINI, 2004). A mentalidade de solidariedade, paciência e respeito deve ser resgatada pelos profissionais de saúde, voltando à raiz

do cuidado em saúde quando o cuidado solidário era um grande valor e em que o alívio de sofrimento era mais importante que a cura (MARTIN, 2004).

A sociedade contemporânea vem passando por transformações no que diz respeito às interações humanas. A possibilidade de se considerar o outro como semelhante traz a possibilidade de diálogo (BARCHIFONTAINE, 2004) e isso é extremamente necessário quando se pensa em humanização.

O papel do profissional de saúde é o de cuidador. A relação entre os profissionais e seus pacientes indica como o tratamento, ou a recuperação ou a promoção da saúde está sendo encarada. O profissional que atua como bom técnico deixa de utilizar boa parte do seu potencial terapêutico: a dimensão humana. O fato de o profissional se colocar no processo como pessoa que trata pessoas constitui o ‘algo mais’ de sua prática, como um agente de saúde em sua acepção mais global (MALDONADO e CANELLA, 2003).

A humanização dos cuidados em saúde pressupõe a valorização dos sujeitos envolvidos no processo, considerando a essência do ser, respeitando a sua individualidade, legitimando o humano das pessoas envolvidas. O cuidar humanizado implica, por parte do cuidador, a compreensão do significado da vida, a capacidade de perceber e compreender a si mesmo e ao outro, situado no mundo e sujeito da própria história, em sua peculiaridade e originalidade. O cuidador compartilha com seu paciente experiências e vivências que resultam na ampliação do foco de suas ações, via de regra, restritas ao cuidar como sinônimo de ajuda à possibilidade de sobrevivência (PESSINI e BERTACHINI, 2004).

Há o objetivo de formar uma equipe de saúde que se prepare inicialmente para o encontro com o paciente, reconhecendo-o como um ser humano que necessita da ajuda de outro ser humano, cuja principal diferença é estar em condição de poder prestar tal ajuda (MELLO FILHO,

2002). Ao fazer isso, os profissionais tendem a compreender o papel de auxiliares no processo de promoção da saúde, caracterizando um trabalho conjunto, unindo-os às pacientes.

Depois desse levantamento bibliográfico, pode-se analisar que a humanização apresentada pelo MS, com seus objetivos normatizadores, buscando alcançar uma qualidade na saúde, só será alcançada caso se basear em mudanças na conduta dos profissionais de saúde. Com isso, se percebe a relevância de se problematizar os relacionamentos interpessoais do encontro terapêutico (profissional de saúde-paciente). As elucidações dos autores apresentados nos levam nessa direção. Falar em cuidado, diálogo, calor humano, tudo isso nos leva a um retorno ao humano. Talvez ao retornar ao humano, colocando-o como medida de todas as condutas, a humanização apresentada pelo MS se ‘humanize’, deixando de ser apenas uma nova normatização de condutas para se tornar norteadora do comprometimento pessoal dos profissionais da saúde. Sendo assim, a humanização do SUS pode ser vista como um retorno à filosofia humanista que tem Protágoras (séc. V a.C.) como um de seus filósofos (MOLINA, 2002).

2.7 Filosofia humanista e humanização da assistência em saúde

A filosofia humanista traz contribuições à humanização apresentada pelo MS e por seus teóricos na medida em que considera a pessoa humana em primeiro lugar. Dignidade da pessoa, liberdade, bem-estar são fatores que permeiam a relação profissional de saúde-paciente. Interesses científicos e econômicos devem ser subordinados aos interesses da pessoa humana (MARTIN, 2004). Não se pode humanizar o hospital sem fazer referência ao humano. Assim, a idéia de valorizar o humano é a base primordial da filosofia humanista.

Além disso, vale ressaltar que a Declaração Universal dos Direitos dos Homens redigida pela ONU (Organização das Nações Unidas), em 1948, traz a filosofia humanista como grande influência. Nela, percebe-se o anseio de reconhecer a dignidade inerente a todos os membros da família humana e de seus direitos iguais e inalienáveis, fundamentando a idéia de liberdade, justiça e paz no mundo. A fé nos direitos humanos, na dignidade e no valor da pessoa humana e na igualdade de direitos do homem e da mulher promovem o progresso social e melhores condições de vida em uma liberdade mais ampla (NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL, 2005). Sendo assim, pode-se correlacionar filosofia humanista à temática da humanização.

A sociedade como um todo passa por uma séria crise de humanismo, passando por grandes transformações econômicas, políticas, tecnológicas e sociais. Direitos e deveres são questionados, novas formas de família coexistem, a visão de saúde se complexifica, mas tais transformações não garantiram uma melhor convivência entre humanos. Questiona-se onde está o humano nessa sociedade, e como compaixão, tolerância e solidariedade podem ser consideradas como valores descartáveis. Discussões sobre a cultura de saúde emergem, buscando promover um melhor atendimento à população. Humanizar as instituições implica em mudanças na sociedade como um todo. Não há como humanizar um ambiente hospitalar sem promover transformações na sociedade em que os homens estão inseridos (PESSINI e BERTACHINI, 2004).

A humanização da assistência está permeada pela idéia de que os indivíduos envolvidos são humanos. Pode-se pensar que a origem do termo humanização esteja no pensamento humanista com os sofistas: o homem é a medida de todas as coisas e está em primeiro lugar (RUSSELL, 2001). Pode-se então questionar se a relação entre humanos seria sempre humanizada?

Questionar se o ser humano nasce humano promove a problematização das relações existentes na prática clínica e na vida em geral. Mesmo nascendo humanas, pessoas podem acabar tendo comportamentos que não sejam correspondentes ao humanismo. Há pacientes que reclamam, principalmente, do atendimento rude e desumano recebido nas instituições de saúde (GUTIERREZ, 2004).

Para que se considere um relacionamento entre humanos como algo humanizado, talvez haja a necessidade de se considerar esse outro como um semelhante. Apenas quando se trata o outro como um igual é que se pode pensar em relação entre humanos. Tratar o outro como humano é tratá-lo com igualdade, aproximação, tentar fazer o melhor, respeitá-lo. Isso indicaria um tipo de relação ‘eu-tu’, permitindo um encontro existencial (MORENO, 1954), o que poderia levar à criação de um vínculo entre profissional de saúde e paciente. O enfermo não deve ser visto como tendo uma condição de ‘não-pessoa’ (BERTOLLI FILHO, 2003).

A forma como o profissional enxerga o paciente estrutura o relacionamento entre ambos. Este poder ser assimétrico se o profissional assume uma posição superior e vê o paciente como indefeso, fraco e submisso, ou o simétrico, que supõe uma relação horizontal, quando há maior possibilidade de desenvolvimento emocional entre as partes (MALDONADO, 1980). A partir da visão da autora, pode-se questionar se haveria essa simetria na relação profissional de saúde-paciente. Eles estariam em relação assimétrica por desempenharem papéis distintos. Talvez o que Maldonado (1980) queira dizer é que a relação pessoa-pessoa é que deve valorizar a ambos, mas não o posicionamento técnico-profissional que dará diagnóstico e discutirá possibilidades de tratamento, dentre outros exemplos. As hierarquias continuam, porém, não serão empecilhos para uma boa relação interpessoal.

É procurando traduzir em gestos concretos o valor da pessoa humana em termos de autocuidado que o profissional de saúde estará melhor preparado para cuidar da vida, com

humanismo e competência técnico-científica. Quem cuida e se deixa tocar pelo sofrimento humano do outro se torna um radar de alta sensibilidade, se humaniza no processo e, para além do conhecimento científico, tem a preciosa chance e o privilégio de crescer em sabedoria. Esta sabedoria nos coloca na rota da valorização e da descoberta de que a vida não é um bem a ser privatizado, muito menos um problema a ser resolvido, mas um bem fundamental, um mistério e dom a ser vivido prazerosamente e partilhado solidariamente com os outros (PESSINI, 2004).

2.8 A Relação profissional de saúde-paciente - via de mão dupla

Teia da vida

Pensei que me amarrava
Quando me prendi a você
Pensei que me amarrava
Quando me prendi a vocês
Quando me prendi a todos vocês
Pensei que me tornava escravo,
cativo ao estar preso a todos vocês
Mas me enganei...
Me descobri
Ao me encontrar identificada em todos vocês.
Sonia Soares, 2004.

A relação terapêutica (profissional de saúde-paciente) é a relação que se estabelece entre alguém que cuida e um outro que é cuidado. Na Grécia antiga, o *thérapeuter* era, antes de tudo, alguém que se colocava junto àquele que sofria, compartilhando a experiência da doença, querendo compreendê-la e, assim, mobilizando seus conhecimentos e sua arte de cuidar para então poder ajudar, mesmo sem saber se alcançaria ou não a cura. O terapeuta inclinava-se para ouvir, respeitando seu sofrimento. O acolhimento, a tolerância e a partilha de sentimentos eram muito importantes nesse momento (VOLICH, 2004).

Profissional de saúde e paciente não trocam apenas dados de anamnese ou sinais propedêuticos. Nesses encontros, histórias de vida são contadas, e há a busca por meio do outro de reestruturação de forma menos sofrida e mais satisfatória (VOLICH, 2004).

O processo de trabalho em saúde opera sobre o corpo e as mentes de pessoas concretas. O grau de 'objetualização' nunca será absoluto. O desafio é reduzi-lo, alargando a possibilidade de encontros intersubjetivos. E isso é possível de ser tentado por meio do contato direto com as pessoas envolvidas na assistência (CAMPOS, 2003, p.129).

A relação não é de sujeito-objeto, mas de sujeito-sujeito. É uma relação de convivência, na qual um entra em sintonia com o outro (BOFF, 1999).

A relação que uma pessoa estabelece com outra pode ser classificada como sendo de dois tipos: 'eu-tu' ou 'eu-isso'. Na primeira, a relação é vista como sendo de reciprocidade, em que há um diálogo entre semelhantes. O homem se torna 'eu' na relação com o 'tu'. O face-a-face permite a vivência de uma relação viva e significativa. A relação 'eu-isso' é quando o homem se relaciona com o outro de uma forma não viva, considerando-o como um objeto. Nesse caso, há um processo de coisificação do homem. Ao tratar o outro como 'isso', ocorre uma interrupção, um enrijecimento, que pode até ser caracterizado como uma ausência de relação e de presença. A coisificação permite que o outro seja classificado, ordenado e remete a uma desigualdade entre esses sujeitos (BUBER, 1979).

Comunicar com qualidade passa pela compreensão do que queremos trocar com as pessoas, o que queremos colocar em comum, qual a nossa capacidade de estar trocando com o outro, qual o nível de troca que somos capazes de fazer com alguém que está precisando de ajuda, da disponibilidade e do conhecimento de alguém que se dispõe a ser um profissional de saúde (SILVA, 2002).

A relação eu-isso permite que o profissional de saúde não se envolva com seu paciente. Ao considerá-lo como não semelhante, o profissional pode classificá-lo diante de uma série de doenças, procurar soluções para problemas físicos, mas não vai conseguir vê-lo como um ser que pode estar sofrendo com uma vivência em instituição hospitalar. Essa forma de relação tende a desqualificar o atendimento oferecido ao paciente, que não terá um envolvimento de pessoa para pessoa com seu médico/psicólogo/assistente social/nutricionista. Sempre que há a coisificação do homem, a necessidade de humanizar o atendimento se torna mais importante. A humanização se baseia em valorizar o diálogo, mas só há diálogo entre semelhantes, entre pessoa-pessoa.

Para fazer e ser o diferencial nas relações do cuidado humanizado, requer-se do profissional de saúde uma atuação com humanidade, solidariedade, sensibilidade, além de postura correta e dignidade de caráter (BETTINELLI *et al*, 2004).

Quando se fala em humanização do atendimento, não se fala apenas em resgatar o mais bonito do humano, mas resgatar-nos de uma forma mais inteira, mais coerente em todas essas nossas dimensões da comunicação. Humanização não é determinada somente por novos indicadores: tempo de espera, taxa de ocupação hospitalar, número de cursos oferecidos e treinamentos realizados, taxas de complicações ou intercorrências. Tudo isso passa pela habilidade que o profissional de saúde deve ter de transformar em atos esse discurso de atendimento (SILVA, 2002).

A partir das considerações feitas pelos teóricos da humanização e da necessidade de uma saúde mais efetiva para a população, diversas características dos profissionais de saúde são vistas como indispensáveis. Assim, o profissional de saúde deve: valorizar o diálogo, a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, bem como a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão; permitir a troca e a construção de saberes, o trabalho em rede com equipes multiprofissionais, a identificação das necessidades,

desejos e interesses dos diferentes sujeitos do campo da saúde; reconhecer-se como trabalhador e ver os usuários como sujeitos ativos e protagonistas das ações de saúde; construir redes solidárias e interativas, participativas e protagonistas do SUS (BRASIL, 2004). O profissional ainda deve ir contra a negação do outro, considerando-o como sujeito ativo e protagonista no seu processo de saúde, resgatando a humanidade nos atendimentos (DESLANDES, 2004). Deve se abrir ao outro e acolher solidária e legitimamente a diversidade (AYRES, 2004). O profissional deve dialogar com o usuário, pois assim estará considerando-o como humano (BETTS, 2004). O profissional deve reconhecer as palavras do outro porque sem comunicação não há humanização (PESSINI e BERTACHINI, 2004). Deve também sofrer uma mudança interna de valores, buscando valorizar a compreensão integrada das dimensões biológicas, psíquicas, sociais e ambientais da saúde, do adoecimento e da reabilitação (MARTINS E CHAVES, 2000). O profissional deve ter como balizador da sua prática as diferenças pessoais que definem mais ou menos o ser humano: amor, acolhimento, preocupação (GOTARDO, 2003), tornando-se benévolo com o outro (GOTARDO, 2003).

A idéia de que não basta nascer com um corpo biológico para emergir como humano (SILVA e MENEZES, 2001) evidencia a forma como o profissional de saúde deve ser. Ele deve ir ao encontro do outro, considerá-lo como semelhante, dar amor, acolhimento, apoio, entre outros.

Devemos lembrar, então, que um sorriso, um meneio positivo da cabeça, o contato dos olhos, o toque no lugar certo, ou seja, no braço, no ombro, na mão, o uso adequado do silêncio e da voz suave são sinais que auxiliam nos relacionamentos interpessoais. Na saúde, não são necessariamente grandes planos que dão certo, mas são os pequenos detalhes que alteram a qualidade das relações (SILVA, 2002, p.84).

Essa visão apresentada acima traz uma nova formulação de como o profissional de saúde deve ser e se comportar. Aquela antiga visão de que o médico era o semideus⁹ poderoso que evitava a morte e curava os doentes (MALDONADO E CANELLA, 2004) está sendo repaginada. Talvez não apenas o médico tenha que ser um semideus, mas todos os outros profissionais de saúde. Aos profissionais de saúde é atribuída toda a responsabilidade da relação que vai se estabelecer com pacientes e familiares. A passividade dos usuários frente ao controle exacerbado do profissional de saúde tem sido discutida há muito tempo, criticando modelos paternalistas de intervenção que colocam o paciente como sujeito sem ação diante da própria saúde.

O profissional de saúde passa, geralmente, por uma formação extremamente tecnicista, em que as habilidades técnicas são desenvolvidas ao máximo. Entretanto, as habilidades de se relacionar com outras pessoas, podendo ser tanto outros profissionais, quanto seus próprios pacientes, fica um pouco de lado. Não há uma ênfase no ensino para tal habilidade, evidenciando uma necessidade de mudança dos currículos. Quando o profissional chega ao mercado de trabalho, acaba entrando em contato com outro ser humano vivo. As recomendações de teóricos atuais e as normatizações das políticas públicas sobre humanização apontam para a necessidade de uma nova cultura de atendimento. Entretanto, se não houver uma ênfase nas relações desde a formação acadêmica, como as instituições hospitalares poderão questionar a forma como os atendimentos estão sendo feitos?

⁹ HOIRISCH (1992) fala que a medicina nasceu com o sacerdócio e assim apareceu impregnada de magia, religião e poder. O médico é o intermediário entre deuses e mortais, e todo cuidado é pouco para não se comportarem como deuses.

Até aí, muito já foi dito; entretanto, a valorizada relação profissional de saúde-paciente é criticada por teóricos, que enfatizam a necessidade de uma relação entre sujeitos e não entre sujeito-objeto. A crítica se faz a partir da conduta do profissional, que é visto como o sujeito tratando o paciente como objeto. O controle da relação parece estar nas mãos do profissional. Mas se falamos de uma relação como questionar apenas um lado? E o paciente, como ele se comporta nessa relação? A crítica às atitudes dos profissionais aparece o tempo todo, mas e o paciente, como ele trata o profissional de saúde?

A nova cultura de atendimento tão valorizada pela humanização da assistência tem que pensar não somente a criação de tais profissionais, mas também que eles estarão lidando com pacientes. A relação é de humano para humano, então por que somente pensamos que toda a responsabilidade está nas mãos dos profissionais?

Obviamente não podemos esquecer que num momento de enfermidade há uma fragilização do paciente, mas isso não é razão para que este trate mal o profissional de saúde, sem o mínimo de respeito. A dignidade dos humanos envolvidos nessa relação deve ser priorizada. O profissional de saúde, antes de tudo, é um ser humano. Estará em contato com outro ser humano, e será influenciado pela forma como esse o trata. Talvez aí esteja a explicação de o porquê alguns pacientes se dizem muito bem tratados por alguns profissionais; e outros pacientes dizem ser estes horríveis e sem paciência. A relação que se estabelece é sempre única, mediada por duas pessoas. Não há como colocar 'a culpa' da relação em um de seus elementos. Ambos estão ali, vivenciando e se adaptando ao contato com o outro.

Os modelos de relação entre médico-paciente que também caracterizam uma relação profissional de saúde-paciente, podem ser de três tipos: ativo-passivo; cooperação guiada e participação mútua. O modelo mais antigo é o ativo-passivo, caracterizado por uma tradição paternalista, coincidindo com uma relação de dominação e poder que ultrapassa as fronteiras das

instituições de saúde, sendo também observadas nas relações hierárquicas de classes sociais, raça, gênero (MOURA, 2001).

Seguindo a ética hipocrática, com o princípio da beneficência de ter a obrigação de ajudar ou causar o bem a outra pessoa, os médicos podem adquirir uma atitude paternalista, tratando seus pacientes como incapazes de opinar e cuidar de si mesmos. Há um controle absoluto do médico nessa situação e o paciente fica impossibilitado de contribuir ativamente no processo terapêutico. Este modelo paternalista evidencia uma relação assimétrica entre médico e paciente, podendo indicar que o médico está assumindo responsabilidade demais, gerando angústia por não conseguir fazer tudo. Isso leva a dificuldades dos pacientes em reafirmarem sua autonomia diante da própria existência (MOURA, 2001 e MALDONADO e CANELLA, 2003).

A prática clínica indica que o profissional de saúde apresenta tal comportamento quando possui a posse restrita das informações, não as passando devidamente ao paciente ou a seus familiares; a letra ilegível do médico no prontuário e nas receitas, bem como a linguagem utilizada que pode ser o ‘mediquez’ (no caso de médicos) ou o psicologismo (psicólogos) (MOURA, 2001), também indicam o comportamento citado.

O profissional de saúde que trata seu paciente como ser passivo pode abandonar a capacidade do paciente de falar sobre seus sentimentos, seus *insights* sobre seu processo de adoecimento, por exemplo. O paciente não é um ser passivo no seu processo de tratamento, mas sim um ser ativo. O fomento da autonomia e do protagonismo desse sujeito e o aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde devem ser importantes no processo de promoção da saúde. Sua atuação diante do seu tratamento pode ser auxiliada pela forma de se relacionar com os demais profissionais de saúde. O paciente não é um ser inanimado e pode cooperar com o profissional de saúde. Quando isso ocorre, há a cooperação guiada, em que as relações de poder estão demarcadas pelo poderio do profissional de saúde, que se considera conhecedor do que é

melhor para seu paciente. O paciente acaba esperando suas ordens, mesmo que não coincida com seu entendimento ou escolha (MOURA, 2001).

O modelo da cooperação guiada indica uma relação médico-paciente em que ambos são ativos. Entretanto o médico é o mais poderoso, ocupando uma posição de direção, esperando a cooperação do paciente. O médico espera que o paciente olhe para cima e lhe obedeça (MOURA, 2001).

A forma de participação mútua indica uma relação entre iguais, para que possam desenvolver uma interdependência e se engajar em atividades que serão satisfatórias tanto para o paciente quanto para o profissional de saúde. Além de informar seus sintomas, o paciente tem o direito de apontar preferências, preocupações e tê-las respeitadas. Isso é demasiado importante para a relação que se estabelece entre eles. O foco é o paciente e não a patologia. Enquanto o paciente detém as informações de seus sintomas, o médico possui as possibilidades terapêuticas. Os dois decidem juntos quanto às condutas a serem tomadas no plano terapêutico (MOURA, 2001).

Uma relação interpessoal saudável é, em essência, o respeito e o carinho pelo outro e suas emoções. Esta é uma relação humana, aberta, democrática, flexível, de mutualidade, de respeito e responsabilidades recíprocas. O profissional de saúde sai do lugar de semideus, se torna humano e o paciente passa a ter atuação mais direta sobre sua doença, compartilhando e dividindo responsabilidades. O paciente sai do papel de infantilizado e tutelado para se tornar um indivíduo, capaz de julgar e opinar. Isso indica a essência da relação democrática (GAUDERER, 1998).

Estes modelos apresentados quanto à relação entre médico-paciente também podem ser utilizados para se pensar a relação com os demais profissionais de saúde: psicólogos, nutricionistas, enfermeiros, fisioterapeutas, entre outros. O relacionamento interpessoal é o foco da humanização apresentada pelo MS. É preciso desenvolver uma nova mentalidade pela qual o

paciente se torne parceiro dos profissionais de saúde, em que cada um tem sua competência e responsabilidade respeitadas (MARTIN, 2004).

O cuidado do ser humano, quando promove o bem-estar completo, dá consistência à busca da humanização em instituições hospitalares. A ética médica pode ser utilizada como um padrão quando se pensa em humanização do atendimento em saúde. Sendo assim, tem um papel fundamental nesse processo, permitindo a discussão de quatro princípios: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça (MARTIN, 2004).

A promoção da autonomia das pessoas é um dos alicerces da humanização, almejando não criar dependências desnecessárias ao paciente. A autonomia das pessoas internadas é afetada na medida em que perdem sua liberdade física e pode ser vivida com grande dificuldade quando perdem a liberdade de tomar decisões para familiares ou profissionais, vivenciando a diminuição de sua dignidade e despersonalização. Essa situação é problemática quando o paciente está em condições de saber e decidir sobre a própria vida, capaz de tomar decisões. A sonegação de informação sobre o real estado do paciente, escondendo fatos sobre a gravidade da doença, é uma situação de grande importância, em que a família não quer causar angústia ao paciente. Entretanto, lidar com a angústia, com o medo, com a verdade e ser ajudado a fazer isso faz parte da condição humana. Exercer a autonomia não é fácil. Faz parte do compromisso com a dignidade do ser humano ajudá-lo a enfrentar suas angústias e seus medos, assim estará esclarecido para assumir sua vida, apoiado por familiares e profissionais de saúde. Outro fator em relação à autonomia é o vestuário do hospital durante a internação, que não precisaria ser usado o tempo todo. O uso de roupa personalizada deixa a pessoa mais à vontade e mais valorizada como ser humano (MARTIN, 2004). A organização hospitalar traz a submissão disciplinar e despersonalização dos pacientes (DESLANDES, 2004).

O princípio da beneficência existe desde a Grécia antiga, enfatizando o bem que o médico deve fazer em prol do doente e da coletividade. A beneficência traz a idéia de se olhar não apenas o aspecto físico. Os níveis mental, social e espiritual também são valores que devem ser importantes nas decisões que os profissionais de saúde têm que tomar o tempo todo. É importante tratar a pessoa que está doente e a beneficência é o conjunto de fatores que levam ao bem-estar do ser humano. Um hospital humanizado deve promover atendimento que seja caracterizado por uma assistência integral, aliando diversos profissionais no cuidado à saúde e exige muito mais que uma intervenção cirúrgica para obter o bem-estar do indivíduo. Um atendimento holístico exige profissionais de diversas áreas comprometidos com a dignidade do ser humano e com a promoção de seu bem-estar total (MARTIN, 2004).

O princípio da não-maleficência traz a idéia de que os profissionais de saúde não devem fazer o mal, evitando-o o tempo todo. Entretanto, o hospital é o lugar em que sistematicamente se faz mal às pessoas no sentido de privar a pessoa da própria individualidade, gerando despersonalização. Há a restrição de liberdade, mutilações, pessoas são ‘furadas’ por injeções, submetidas a diagnósticos desagradáveis e até humilhantes, usam remédios com efeitos colaterais, entre outros. Sendo assim, há diversas situações que podem ser vividas como negativas. Distinguir o mal necessário do desnecessário é o que mais importa. Na busca da humanização, o profissional de saúde deve evitar causar danos à pessoa sob seus cuidados e, se precisar de algum dano, o mal-estar provocado deve ser proporcional aos efeitos benéficos desejados e previsíveis. É importante salientar que pessoas dispostas a qualquer coisa, baseadas na esperança de cura, não devem ser submetidas a mais sofrimento e perda de dignidade do que o necessário (MARTIN, 2004).

Aliado ao princípio da não-maleficência, há preservação do ambiente hospitalar, evitando elevados índices de barulho dentro e ao redor do hospital. O não uso do fumo traz uma limitação

da liberdade pessoal, mas almeja evitar o mal que modifica a qualidade do ar, podendo prejudicar a saúde dos demais (MARTIN, 2004).

O princípio da justiça indica a necessidade de que as pessoas devem ser tratadas igualmente, respeitando a dignidade da pessoa humana e estabelecendo um padrão mínimo de atendimento para todos. O maior problema é a exclusão que alguns sofrem por não possuírem uma boa condição social. O atendimento no SUS, com filas enormes, já demonstra uma exclusão, alimentada por terapias condicionadas às possibilidades de fármacos nas farmácias do governo (MARTIN, 2004).

Um serviço de saúde comprometido com a humanização transcende a expressão de sorrisos, alegria e aceitação incondicional do paciente. Um trabalho humanizado tem que se basear na resistência a toda uma política de saúde que anula os direitos dos cidadãos, sendo ele tanto o cuidador e o que necessita de cuidados. Uma equipe articulada, que permita a circulação de afetos, tende a proporcionar a resistência ao isolamento, promovendo a expressão da subjetividade e, conseqüentemente, uma busca intermitente de novas formas de produzir ação e reflexão sobre as práticas profissionais (SILVA e MENEZES, 2001).

A humanização em instituições hospitalares pode ser fruto de diversas motivações, que vão desde as considerações terapêuticas, garantindo uma melhora da enfermidade num ambiente mais acolhedor, passando por razões humanitárias e éticas, em que a convicção humanitária sobre a dignidade e o valor do ser humano não some quando uma pessoa se encontra enferma num leito de hospital. Um hospital humanizado garante aos indivíduos um atendimento sensível às suas necessidades físicas, emocionais e sociais. A ética aparece como motivação para a humanização quando se torna o princípio máximo para a orientação do comportamento, refletindo sobre direitos e deveres dos envolvidos no cuidar (MARTIN, 2004).

O profissional de saúde está tendo uma grande capacitação técnica em sua formação acadêmica, entretanto questiona-se muito as habilidades sociais que ele deve ter. Não há como dizer que isso não deve ocorrer desde a graduação, mas atribuir somente a ele a responsabilidade por esse encontro terapêutico é cristalizar a passividade do paciente que tanto tem sido questionada. Se só o profissional for responsável por tudo, o paciente não teria qualquer função no seu processo de cura ou na sua promoção de saúde ou prevenção de doenças. Acredita-se que além de se problematizar as relações nas formações dos profissionais de saúde, haja a necessidade de se ampliar as habilidades psicológicas dos profissionais para lidarem com situações difíceis em que os pacientes lhe desafiam.

A história da medicina indica a existência de um saber humanístico como fonte quase que exclusiva do saber médico por muito tempo. Apenas a partir do século XIX, quando houve o desenvolvimento das ciências biológicas, é que o saber médico foi desconsiderando suas fontes nas humanidades. A visão da medicina que havia naquele tempo centrada na pessoa talvez seja a visão de uma prática em saúde humanizada. Obviamente, não há como desconsiderar a importância da etiologia das doenças, nem os avanços tecnológicos provenientes do pensamento cartesiano-racional. Porém, é evidente que a saúde possui diversas dimensões, sendo representada por um equilíbrio biopsicossocial e espiritual.

A humanização pressupõe respeito, solidariedade e percepção. Deve resgatar valores de cuidado e carinho. O profissional de saúde entra na relação terapêutica como sendo o cuidador. Geralmente, associa-se a idéia de cuidador a um membro não profissional que surge voluntariamente na família do paciente. O cuidado exige sentimentos de amor, carinho e respeito. Quando o profissional de saúde atua seguindo esses sentimentos, o paciente e sua família tendem a aceitar as formas de tratamento, recuperação e acompanhamento.

A possibilidade de se unir o mundo da eficácia técnica ao da afetividade pode ser indicativo de um processo de humanização da saúde. A humanização tem que sair das políticas nacionais de saúde e adentrar as instituições, as universidades e os postos de saúde. No momento em que os profissionais de saúde tiverem a normatização da humanização como algo intrínseco ao trabalho com o usuário do SUS, haverá a possibilidade de se alcançar atendimentos que satisfaçam a população; sendo assim, a humanização deixará de ser tema de um programa político para se tornar elemento necessário para o tratamento de qualquer ser humano.

Evidencia-se, então, a importância de se pensar como a formação dos profissionais da área da saúde está ocorrendo, correlacionando-a aos pressupostos da humanização da assistência, o que veremos a seguir.

2.9 Humanização e formação profissional

Se a proposta de humanizar não estiver fortemente vinculada com reforma das modalidades clínicas que se desenvolve em hospitais, será banalizada, encarada como uma maquiagem superficial (CAMPOS, 2003, p.128).

Martins e Chaves (2000) apresentam a idéia de que há um novo paradigma para os cursos de medicina no país. Dentre as diversas características deste novo paradigma, há a mudança de ênfase do enfermo como ser humano integral; do paciente horizontal para o paciente vertical; da alta tecnologia para o calor humano; da desumanização para a humanização. Para os autores, a tão propalada necessidade de humanização do ensino e da prática médica denuncia esta exigência interna por mudanças fundamentais. Segundo eles, o primeiro passo é uma mudança interna de valores; buscando valorizar a compreensão integrada das dimensões biológicas, psíquicas, sociais e ambientais da saúde, do adoecimento e da reabilitação, enfraquecendo a ênfase em aspectos

econômicos ligados à indústria da biotecnologia e farmacêutica que, para eles, tanto têm tornado a prática médica desumana e tecnicista. Através da humanização do ensino, a prática da medicina será humanizada. Para tanto, há a necessidade de se criar disciplinas das ciências humanas aplicadas à saúde; espaços de reflexão das ditas humanidades a partir da filosofia e mesmo da literatura. Estas novas disciplinas, junto às costumeiras trariam um enfoque reflexivo, transdisciplinar, integral, bio-psíquico-sócio-ambiental. A transdisciplinaridade garante a responsabilidade de todos os profissionais na construção da compreensão e de novas formas de assistência. A singularidade de cada sujeito será reconhecida por meio do seu lugar ativo, onde cada voz possui sua verdade (SILVA e MENEZES, 2001).

A academia deve intensificar os aspectos humanitários na prática de cuidar e investir no sentido de sensibilizar os acadêmicos para a realidade da profissão, e buscar criar uma cultura de se aperfeiçoar o sentido de humanidade daqueles que já exercem a profissão (GOTARDO, 2003). Uma assistência humanizada implica em mudanças nas relações de poder, seja na instituição, seja no encontro entre cuidadores e quem é cuidado (SILVA e MENEZES, 2001).

Para que o currículo seja adequado, é importante que o tema da relação profissional-paciente esteja presente durante todo o processo formativo, bem como a inserção imprescindível na abordagem interdisciplinar. O processo de formação vai progressivamente se aprofundando, indo de uma maior simplicidade até uma maior complexidade, formando profissionais para saber lidar com situações críticas, como diagnóstico de doenças graves e terminais, e também para se relacionar com os outros, respeitando as próprias capacidades e dificuldades. O novo profissional de saúde necessita de uma comunicação mais aberta para possibilitar uma maior qualidade da relação, sendo sensível para conhecer a realidade do paciente, ouvir suas queixas e encontrar

junto com ele, estratégias que facilitem sua adaptação às situações impostas pela enfermidade (CAPRARA e RODRIGUES, 2004).¹⁰

Ter um tratamento especial, ser chamado pelo nome, ser acolhido como pessoa, participar de decisões e do diálogo informal com os profissionais são elementos de um atendimento que faz diferença e não envolve grandes tecnologias ou demanda de insumos. São diferenças pessoais que definem mais ou menos o ser humano: amor, acolhimento, preocupação. São estes os elementos que devem balizar nossa prática e que conferem a diferença dos demais (GOTARDO, 2003).

A ação de se tornar benévolo com seus semelhantes, tornar-se afável, mais benigno, tornar a natureza do homem mais acolhedora e bondosa, este é o significado de humanização, sendo ato ou efeito de humanizar (GOTARDO, 2003).

O ser humano codifica a presença de outro. O acontecimento humano se constitui a partir de um lugar na subjetividade do outro e não num lugar físico. Não basta nascer com um corpo biológico para emergir como humano. Um acontecimento humano necessita de encontro de subjetividades (SILVA e MENEZES, 2001).

A humanização se refere ao lugar contíguo dos seres humanos junto aos demais mamíferos superiores e à nossa particularidade (a dimensão cultural). É vista como um problema do qual nós deveríamos nos ‘livrar’ para reencontrar nossos instintos perdidos. A humanização contrapõe-se à cultura, vista apenas como constrangimento e não como condição humana da qual não é possível escapar (TORNQUIST, 2002).

¹⁰ As considerações apresentadas se referiam diretamente aos cursos de medicina, porém a visão de que há a necessidade de alteração nos currículos dos profissionais da saúde é pertinente e imprescindível quando se pensa uma nova cultura de atendimento atrelada à humanização da assistência.

O cuidar pressupõe colocar-se ao lado do sujeito, inclinar-se diante da dor. O profissional de saúde está em contato com a dor do paciente, com seu desamparo, com sua angústia diante da morte. Ter alguém com quem percorrer esse caminho é de grande valia, principalmente em situação de doença e fragilização do paciente (VOLICH, 2004).

Um caminho possível e adequado para a humanização se constituir depende, acima de tudo, da presença solidária do profissional, refletida na compreensão e no olhar sensível, aquele olhar de cuidado que desperta no ser humano sentimentos de guarida e confiança. A relação simétrica é um desejo do paciente e uma necessidade do profissional que quer humanizar o cuidado, em que ambos têm um comprometimento ético na relação (BETTINELLI *et al*, 2004).

Entretanto, a humanização em saúde não depende apenas da instituição, nem somente dos profissionais de saúde. É de suma importância falar nesse outro que está envolvido na relação. O outro é o paciente, sua família, o usuário, que como sujeito da relação pode ou não facilitá-la. Colocar toda a responsabilidade da relação profissional de saúde-paciente num só elemento acaba sendo um erro, porque é uma relação em que a valorização da dignidade ética do outro é o fator primordial. Entretanto, o que mais se discute é a atitude do profissional; mas como fica o usuário? Como ele se comporta quando atendido? Com certeza, sua atitude faz grande diferença na forma como a relação vai se estabelecer. Acreditamos que essa reflexão deva estar contida nos currículos de formação de profissionais de saúde. E talvez não só destes...

3 METODOLOGIA

O percurso metodológico será apresentado, agora, seguido dos dados da pesquisa em si. Trata-se de uma pesquisa qualitativa. A metodologia qualitativa foi escolhida pela oportunidade

de se obter maior profundidade nos relatos das usuárias. O material coletado foi submetido a uma Análise de Conteúdo (BARDIN, 1991).

3.1 O cenário do estudo

A Instituição: Maternidade-Escola da UFRJ

A Maternidade-Escola da UFRJ é uma instituição pública centenária, criada a partir da idealização de um grupo de médicos durante o IV Congresso Médico no ano de 1900. Até então não havia no Rio de Janeiro uma maternidade, tanto que as maternidades funcionavam como enfermarias dos hospitais e não como clínicas específicas de obstetrícia (Jornal EXTRA, 14/03/2004).

A finalidade inicial da Maternidade-Escola foi dar proteção à gestante e às crianças recém-nascidas das classes menos favorecidas. Apenas em 1918 a instituição foi doada para a então Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (atual Universidade Federal do Rio de Janeiro) (BRASIL, MEC, 2004).

A história da Maternidade é marcada pelo pioneirismo no ensino de obstetrícia e na assistência à gestante (FOLHA DE LARANJEIRA, 2004). O ensino de obstetrícia obteve grandes avanços com a reformulação de diversas técnicas desenvolvidas por seus profissionais, tendo repercussão internacional como centro formador de especialistas em ciência obstétrica. (BRASIL, MEC, 2004).

Nas comemorações de seu centenário, a instituição contou com o apoio dos Ministérios da Saúde e da Educação, das Secretarias Municipal e Estadual de Saúde, de parlamentares, de parcerias com a iniciativa privada e um apoio da Fundação Universitária José Bonifácio para as obras de reforma (FOLHA DE LARANJEIRA, 2004).

Atualmente, a Maternidade conta com área clínica e medicina fetal, projetos de perinatologia, assistência intensiva ao neonato, genética pré-natal e desenvolvimento de técnicas de ensino de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança. Está atrelada a cursos de graduação em medicina, enfermagem, nutrição, serviço social, psicologia, fonoaudiologia e a cursos de Pós-graduação (nível mestrado e doutorado) (BRASIL, MEC, 2004).

O pré-natal é realizado em dois turnos de segunda à sexta-feira, com uma equipe composta de médicos¹¹ (oito obstetras mulheres e um nutrólogo) e residentes (oito mulheres e um homem). Há, ainda, o acompanhamento feito por profissionais e estagiários realizado também no ambulatório, dentre eles: assistentes sociais, musicoterapeutas, nutricionistas e psicólogas. Geralmente os atendimentos da psicologia e da nutrição são individuais; os dos musicoterapeutas em grupo e das assistentes sociais ocorrem das duas formas.

A Maternidade-Escola da UFRJ atualmente atende a gestantes que apresentem comprovante de residência na Zona Sul (AP 2.1 Sul¹²) da cidade do Rio de Janeiro e comprovante de gravidez até a 16^a semana. Estas exigências somente começaram a ser usada como parâmetro para a inscrição no pré-natal em 2001 devido a determinações da Secretaria Municipal de Saúde.

A usuária chega à maternidade com os documentos necessários (xerox da carteira de identidade, CPF e do comprovante de residência, e teste de gravidez ou ultra-sonografia), faz a sua inscrição e participa da triagem feita por um enfermeiro. Em seguida, o dia do seu pré-natal será informado, tendo a paciente que comparecer em tal data.

¹¹ A questão aqui não é demarcar o número dos profissionais existentes, mas evidenciar a presença feminina no ambulatório pelas profissionais da clínica médica.

¹² Área Programática 2: Vidigal, São Conrado, Favela da Rocinha, Catete, Gávea, Leblon, Ipanema, Lagoa, Jardim Botânico, Humaitá, Copacabana, Leme, Urca, Botafogo, Flamengo e Cosme Velho. (Portal da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro) Disponível em:

No ano de 2004, a Maternidade teve a média mensal de 1932 consultas médicas; 1987 consultas não médicas e 686 consultas de emergência. Os exames realizados apresentaram uma média de 153 de raio x; 1086 de ultra-sonografia; 5899 laboratoriais e 172 citopatológicos. Os procedimentos cirúrgicos tiveram uma média de 82 partos normais; 70 cesarianas; 27 outros procedimentos (curetagem, circlagem, descolamento manual de placenta, entre outros) e 4 ambulatoriais (dados obtidos na própria maternidade).

A Maternidade possui três prédios, sendo o primeiro com quatro andares, onde há os leitos, as salas de cirurgias e de exames (ultra-som, raio x e exames laboratoriais). São quatro salas de cirurgias e o número de leitos cadastrados é de quarenta e oito de obstetrícia; cinco de clínica médica; quatro de cirurgia; quatro de psiquiatria; dez de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; dez de Unidade Intermediária Neonatal, dez de Mãe-Canguru e quarenta e oito leitos de alojamento conjunto.

O segundo prédio é composto do ambulatório e possui dois andares, sendo o primeiro reservado a clínica médica com os obstetras e o segundo, ao atendimento do serviço social, da psicologia, da musicoterapia, além da pediatria em que bebês nascidos na maternidade recebem uma primeira consulta antes de serem encaminhados a um posto de saúde próximo a sua residência. Os bebês que tiveram complicações no nascimento ou que foram prematuros são atendidos pela pediatria até completar 13 anos.

O primeiro andar possui uma área externa de ligação entre os dois prédios da maternidade em que os usuários do serviço se encontram à espera tanto dos serviços ambulatoriais do pré-natal quanto dos atendimentos de emergência e inscrição. Nesse espaço há diversos bancos, uma televisão e caixas de som por onde os profissionais chamam as pacientes para as consultas.

No segundo andar são feitas também as Ações Educativas, realizadas geralmente pela equipe do serviço social. São palestras em grupo de gestantes e familiares em que os profissionais

discursam sobre gravidez, amamentação, mitos e crenças relacionadas ao nascimento e sobre a importância do planejamento familiar, que também é oferecido pela Maternidade.

O terceiro prédio é onde a biblioteca, o refeitório e a seção de ensino se encontram. Os ambientes da Maternidade são caracterizados pela limpeza e organização, geralmente com ar condicionado.

A Maternidade apresenta em seus corredores diversos cartazes falando da evolução da gravidez, da reprodução humana, da amamentação, do direito de toda gestante ter, pelo menos, seis consultas durante o pré-natal (cartaz do MS), entre outras. Um cartaz que aparece em vários lugares é *'Pai, aqui você é bem recebido'*, entretanto, este ainda não participa de todos os atendimentos realizados. Apenas na Ação educativa sua entrada não é vetada em hipótese alguma. Alguns médicos já aceitam sua presença nos exames de ultra-som, mas outros não: depende, então, da posição do médico quanto à presença dele como acompanhante durante a realização do exame.

A Maternidade, nesse ano, ganhou um cartório, que facilita a regularização dos nascimentos e óbitos que nela ocorrem. Só são necessárias apresentação da Declaração de Nascido Vivo (DNV) e a identidade dos pais do recém-nascido para este receber a Certidão de Nascimento gratuitamente.

O atendimento a gestantes adolescentes ocorre, geralmente, duas vezes por semana, unindo Ações Educativas específicas para elas, reuniões que envolvem psicólogas, musicoterapeutas e assistentes sociais. Os dados sobre a maternidade apresentados foram obtidos principalmente em pesquisas na biblioteca da própria instituição.

Relatos de alguns profissionais foram obtidos em conversas informais, sem a necessidade de gravação. A visão dos profissionais parece de grande importância para se considerar o atendimento oferecido na instituição. Serviram apenas para uma contextualização pequena de

como os profissionais vêm a Maternidade em que trabalham, não sendo o foco do objeto de estudo, que é a visão dos usuários sobre a humanização do atendimento pré-natal recebido. Como uma assistente social disse: *“Mas e se a pessoa se sente bem atendida? Se eu é que não acho? Não é o sujeito que tem que saber o que é melhor para ele? Não é ele que tem que se sentir bem atendido?”*

As questões do funcionamento da maternidade, enquanto instituição, demarcam a importância de uma análise da visão dos profissionais; entretanto esse não é o foco da pesquisa. Mas evidencia-se a necessidade de uma nova pesquisa que busque compreender o serviço oferecido a partir da visão dos profissionais e dos usuários.

3.2 Categorias de análise

A literatura já trazia a importância do protagonismo, da autonomia e do acolhimento para o ideário da humanização, e foram estas as categorias de análise que foram utilizadas na pesquisa.

3.3 Participantes

Na realização desta pesquisa participaram gestantes que freqüentam o pré-natal da Maternidade-Escola da UFRJ e utilizam o conjunto de serviços de saúde e ações prestados pela instituição pública federal (Maternidade-Escola da UFRJ), que faz parte do Sistema Único de Saúde.

Seis gestantes que estavam no segundo trimestre de gravidez e matriculadas no Ambulatório de Pré-natal foram selecionadas aleatoriamente através dos prontuários. O período de gravidez foi escolhido pela sua característica de maior estabilidade emocional. A presença dos

movimentos fetais torna mais concreta a interação com o bebê. A mulher já pode ter superado o impacto por descobrir-se grávida, mas, por outro lado, ainda está distante do parto e das ansiedades que este mobiliza (MALDONADO, 1980).

3.4 A pesquisa em si

Com o objetivo de conhecer a visão da gestante sobre o atendimento recebido do SUS, a presente pesquisa realizou entrevistas com seis gestantes da Maternidade-Escola¹³ da UFRJ, buscando sua concepção de humanização da assistência pré-natal. Além das entrevistas, houve observação do cotidiano da maternidade, que se estendeu por dois meses (março e abril de 2005).

Para a realização da presente pesquisa, retornei à instituição que me acolheu como estagiária e fui à diretoria pedir a autorização para a realização do estudo. Em seguida, fui orientada a encaminhar um Projeto de pesquisa ao Conselho de Ética da instituição. Após isso, recebi o aval do Conselho e iniciei a pesquisa logo depois da qualificação do projeto pela banca de professores doutores da UFRJ.

3.5 O acesso às gestantes

As entrevistas semi-dirigidas seguiram um roteiro (Anexo 3) e foram realizadas em salas do ambulatório da Maternidade-Escola. Foram gravadas com consentimento das entrevistadas e, posteriormente, transcritas. Após transcrição, as entrevistas foram submetidas à análise de

¹³ A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Maternidade-Escola da UFRJ em 23 de março de 2005. Memorando de Aprovação: Anexo 1.

conteúdo (BARDIN, 1991). As gestantes foram abordadas pela pesquisadora antes ou depois das consultas do pré-natal, sendo que esta recebeu o auxílio de profissionais da instituição para identificar possíveis entrevistadas que pudessem ser participantes do estudo, seguindo o critério de escolha da pesquisa: gestantes do segundo trimestre de gravidez. Apenas uma gestante se recusou a participar da pesquisa, alegando estar sem graça e não querer conversar.

O número de entrevistas foi menor do que o imaginado inicialmente pelo fato de as entrevistas trazerem praticamente as mesmas coisas. Houve um grau de saturação que foi logo percebido e que se estendeu até a sexta entrevista com o intuito de verificar se isso viria ou não a se repetir mais uma vez. Vale ressaltar que todas assinaram o Termo de Consentimento para a Participação na Pesquisa (Anexo 2) e o sigilo das informações relatadas foi garantido a elas.

3.6 As gestantes entrevistadas

- V., 25 anos, solteira, primigesta¹⁴, gravidez gemelar, atendente pública, moradora de São João de Meriti, vive com o parceiro.
- A., 19 anos, solteira, primigesta, estudante do terceiro ano do ensino médio, reside em Manginhos com o namorado na casa dos pais.
- M., 37 anos, casada, mãe de um menino, 3^a gravidez, do lar, mora no Humaitá.
- E., 21 anos, casada, 3^a gestação, mãe de uma menina, empregada doméstica, moradora de Belfort Roxo.

¹⁴ Primigesta é quando a mulher fica grávida pela primeira vez em sua vida.

- J., 19 anos, solteira, primigesta, empregada doméstica, moradora da Comunidade Chico Mendes.
- R., 35 anos, solteira, primigesta, empregada doméstica, moradora de Copacabana.

4 RESULTADOS

4.1 Análise das falas das gestantes

4.4.1 Acolhimento

Nesta pesquisa, a categoria acolhimento foi subdividida, para contemplar a diversidade de circunstâncias em que pode ser referida: ambiente da Maternidade-Escola; o atendimento dos profissionais (obstetras e outros funcionários); atendimento multiprofissional; escolha da maternidade; segurança e confiança; quando tenho dúvidas e a Maternidade-Escola em comparação a outras instituições. No registro das falas aparecem em negrito as questões e observações feitas pela pesquisadora.

As entrevistadas falam com entusiasmo sobre o atendimento recebido na Maternidade-Escola. Seu relacionamento com os profissionais é lembrado como algo positivo, caracterizando uma relação de segurança e conforto.

◆ O ambiente da Maternidade-Escola

Para as gestantes, o ambiente da Maternidade-Escola é qualificado como bom, conforme podemos perceber em suas falas:

... é um lugar bem reservado, limpo, as coisas são organizadas. Tem lugar que é tudo bagunçado, né? (A, 19 anos).

Tudo muito bom: o atendimento, o médico, o lugar... gostei de tudo e até hoje estou gostando. (M, 37 anos).

O ambiente é legal, que dava pra continuar aqui. Gostei. (J, 19 anos).

O atendimento profissional oferecido pelas obstetras e pelos demais profissionais é referido pelas gestantes como sendo de qualidade. As gestantes demonstram confiança nos profissionais, apreciam o atendimento multiprofissional, e se sentem bem atendidas na Maternidade-Escola. Ao falar dos profissionais, as gestantes demonstram emoção e carinho por eles.

◆ Atendimento dos profissionais

A) Das obstetras

Eu gosto da Dr^a L. Ela é superpaciente, calminha. Acho que isso é o mais importante, entendeu, para o médico. Porque você chegar para o médico que tá te olhando pela primeira vez, começa a conversar com você, pergunta... você pode tirar dúvida... Ela conversou bastante comigo, me explicou, então isso pra mim é importante: do jeito dela, calmo. A minha doutora... Ela te passa uma tranquilidade e isso é muito importante na gravidez. Ter uma médica tranqüila também é muito bom. (V, 25 anos).

Doutora C. Ela também é ótima. Ela é novinha, a gente conversa, se entende. (A, 19 anos).

... Quando eu fui consultada a primeira vez, achei a médica maravilhosa. Ela cuida bem, pergunta tudinho direitinho. Ela é muito boa, ela é atenciosa, então eu me senti assim: solta, à vontade de conversar com ela. E isso eu acho que a gente tem que se sentir assim, porque eu moro lá em Caxias e vir pra aqui e não ser bem tratada?! Eu tenho que me sentir bem, né? Ela fala: E., tá tudo bem, não precisa ficar insegura, tá tudo ótimo com você e com o bebê. E quando eu tava com um pouquinho de anemia, ela foi, conversou comigo: toma o remédio direitinho, faz o exame de novo. (E, 21 anos).

*Legal também, né? Assim, tratam bem, né? (riu) **Por que é meio chocante?** Não, é até um pouco estranho, porque tem lugares que você vai assim... Até médico normal e as pessoas já te tratam com ignorância e aqui não. Aqui eu achei que tratou bem. (J, 19 anos).*

Eu me sinto bem assessorada aqui, bem atendida. Ah, é ótimo, é bom, você se sente segura, né? Tendo um profissional, outro, tem a médica que te acompanha no pré-natal, tem o psicólogo que te acompanha psicologicamente, tem a assistente social que vê esse lado aí dos seus direitos, né? É muito bom. Pra mim tá sendo ótimo. Graças a Deus! (R, 35 anos).

B) Dos funcionários

Eu gosto porque é sempre assim, na doutora eu costumo perguntar tudo o que eu sei e o que eu não sei e até o que as pessoas falam, eu pergunto. Então, eu tiro as minhas dúvidas. Com a nutricionista também, o que eu posso ou não comer. Saio tranqüila e feliz, porque a não ser que eu deixe de perguntar alguma coisa, aí saio chateada comigo, mas não com os profissionais. (V, 25 anos).

Legal, os funcionários atendem bem, são bem educados, porque têm aqueles ignorantes, mas aqui não é o caso. Graças a Deus, só peguei os que me atenderam bem, que me respondem direito. (A, 19 anos).

◆ Atendimento Multiprofissional

*... costumo fazer tudo de uma vez: pré-natal, passar pela nutricionista e passar pela assistente social, Eu gosto porque é sempre assim, na doutora eu costumo perguntar tudo o que eu sei e o que eu não sei e até o que as pessoas falam eu pergunto. Então, eu tiro as minhas dúvidas. Com a nutricionista também, o que eu posso ou não comer. Saio tranqüila e feliz, porque a não ser que eu deixe de perguntar alguma coisa, aí saio chateada comigo, mas não com os profissionais. **Você se sente segura com ela?** É, com certeza. Você não precisa se preocupar, é assim mesmo, evita isso, evita dormir de barriga pra cima, procura deitar de lado, porque é mais importante, você vai sentir menos falta de ar, bebe bastante água, porque é importante para você e os bebês. Igual no começo da gravidez, eu enjoava de água e bebia água de coco direto, aí a nutricionista disse que eu não podia fazer isso direto, que engorda, por mais que seja natural. Então, você aprende. E se eu não viesse sempre no pré-natal ou viesse e não participasse das outras coisas, eu não ia ficar sabendo. Ia ficar enorme de gorda, me enchendo de um montão de coisa que de repente eu achava que seria importante pra mim... água de coco em excesso faz mal. Tudo em excesso faz mal. Eu evito, então isso para mim tá sendo importante. Falei para uma amiga: lá é muito bom, tomei vacina de tétano. Não sei se em outros lugares faria a mesma coisa. Isso é muito importante. Eu nunca ia saber se teria que tomar. Tem mais dois. Lá eu faço tudo, tem acompanhamento com o nutricionista, com o psicólogo. Não preciso tá aqui na psicologia com problema, venho para conversar, mas não venho, graças a Deus, por problema ou como ela me explicou no começo da gravidez, meu humor mudou muito, me explicou que era normal. Isso é muito importante para mim, pro meu marido que não sabe. Homem não sabe, não vai ficar grávido nunca, por mais que a mãe dele fale: ai, coitado. Mas, ele aprendeu coisas aqui também. É importante, muito importante mesmo. (V, 25 anos).*

O atendimento na ME é bom, tem ótimos médicos, também as assistentes sociais são bem atenciosas, as psicólogas também e a gente se sente à vontade. É bom, inclusive eu fiz exame de sangue e estou esperando a Ação Educativa. O pessoal fala: mas você já tem um filho, por que você vai fazer Ação Educativa? É porque eu gosto de ouvir orientador orientar como amamentar. E conversar com a gente é muito bom. (E, 21 anos).

Eu me sinto bem assessorada aqui, bem atendida. Ah, é ótimo, é bom, você se sente segura, né? Tendo um profissional, outro, tem a médica que te acompanha no pré-natal, tem o psicólogo que te acompanha psicologicamente, tem a assistente social que vê esse lado aí dos seus direitos, né? É muito bom. Pra mim tá sendo ótimo. Graças a Deus! (R, 35 anos).

◆ Segurança, confiança...

É, tem aquela confiança. Agora, tem médico que fala grosso. Daqui eu não conheço. A minha doutora não fala. Ela te passa uma tranqüilidade e isso é muito importante na gravidez. Ter uma médica tranqüila também é muito bom. (V, 25 anos).

Mas como é? O atendimento dela é... *É bom. Como você se sente quando está sendo atendida? Segura, né? Isso é importante?* *É muito, Nossa Senhora! (J, 19 anos).*

E como é que está sendo o seu relacionamento com ela? *Bom, muito bom. Tiro as minhas dúvidas aqui, né? Falo com ela. Muito paciente, muito tranqüila, passa segurança também pra você, né? A segurança parece ser importante, né? Ah, com certeza porque você é marinheira de primeira viagem, você não sabe nada, aí você precisa realmente de ter um profissional do seu lado que te passe segurança. Se não passar, você vai ficar insegura com relação ao teu parto, com relação a medicamento, com relação a essas coisas todas, porque se eu não confio em você, como é que você vai prescrever uma medicação para mim, eu não vou ter nem coragem para tomar a medicação. Pô, mas será que ela tá ciente do que ela tá passando pra mim? Entendeu? Então é preciso que o profissional passe segurança. Ter confiança nele? Lógico. Então é preciso que haja essa confiança e que você possa seguir as orientações dele, né? Porque muita gente fala: ah, eu não vou tomar, não. Eu acho que não vai ser legal. É preciso que você seja um profissional competente que te passe realmente... Olha: Dona R., a senhora vai tomar isso, a senhora vai fazer isso. E eu tenho seguido, sabe, direitinho. Porque eu não quero mais tarde ele ter que me cobrar... as indicações médicas: tem que fazer isso, tem que fazer aquilo. Eu tô sempre simpatizando com o médico. Tem umas duas ou três que tinham que fazer os exames, mas não vieram, né? Eu faço o máximo possível pra tá aqui. No dia da consulta, pra tá aqui no dia de fazer exame porque eu sei que isso é necessário. Se eles estão pedindo, é um bem necessário pra mim e para o meu filho. Então, eu faço tudo para seguir as regras, para ele (o filho) também não me cobrar, né? (R, 35 anos).*

O atendimento acolhedor, respeito às verbalizações e questionamentos dos pacientes e motivação para o cumprimento da terapia são fatores importantes na assistência em saúde (LEITE e VASCONCELLOS, 2003) conforme salientado nas falas já apresentadas.

A qualidade do atendimento recebido é novamente evidenciada pelo fato dos profissionais serem solícitos ao responderem dúvidas e indagações das gestantes, conforme pode ser observado a seguir.

◆ Quando tenho dúvidas...

... tem sempre alguém pra perguntar, pronto pra responder. (V, 25 anos).
Às vezes eu pergunto, às vezes não. Fica guardada pra mim. Às vezes fico com vergonha de perguntar, aí quando chego em casa, pergunto pra minha mãe. A C. fica perguntando se tenho uma dúvida. Eu digo não, não, mas... às vezes tenho e não pergunto (A, 19 anos).

Quando você tem alguma dúvida, o que você faz? *Oh, eu pergunto a uma pessoa mais experiente que eu, que já tenha passado pelo que eu passei. Pergunta alguma coisa para algum profissional daqui? Não,*

*ainda não, daqui não. Só mesmo para médica, mas também não é coisa de... só sobre o exame, ultra-som, essas coisas. **Então, quando você tem dúvida, então você pergunta pra ela?** É não, não para a médica aqui. Eu pergunto para alguém lá perto da minha casa, alguém mais velho do que eu (M, 37 anos).*

Quando eu tenho alguma dúvida, eu procuro conversar com a assistente social. Porque até uma consulta minha que eu conversei com ela sobre esse negócio de licença maternidade. Teve uma que me explicou, mas eu não entendi, aí eu pedi a assistente social de novo. Agora, dúvida sobre minha gravidez: tá tudo normal, tô sentindo, não tô com nenhuma dúvida. Tá tudo ok. (E, 21 anos).

*Ah, eu pergunto às pessoas que eu conheço. Ah, à minha irmã. Se bem que ela não é mãe ainda. **E aqui, você pergunta para alguém daqui?** Só para a médica mesmo. Aqui eu não conheço mais ninguém, então só pra ela mesmo. (J, 19 anos).*

Eu falo com a médica, eu recorro a ela. (R, 35 anos).

A Maternidade-Escola aparece como sendo um lugar de referência para conhecidos das gestantes, indicando que fazer o pré-natal nela garantiria um bom acompanhamento da gravidez.

◆ A escolha da maternidade

Na verdade, eu caí aqui, pois eu já tinha vizinhas minhas que já fizeram pré-natal aqui e disseram: olha, muito bom. (V, 25 anos).

Fui indicada pela amiga da minha mãe... Ela falou que era ótimo, que ela gostou do atendimento, aí minha tia também ganhou neném aqui. Foi bom. Eu nunca tinha estado aqui. Ela ganhou e depois eu vi ela em casa. Mas ela falou que aqui é ótimo. Eu tô gostando. (A, 19 anos).

Bom, eu tentei fazer no posto, mas aí eu não gostei do atendimento. Aí liguei pra cá. Eu liguei pra cá e me falaram o que precisava e eu tava dentro de todas as coisas que me pediram. Fui na lista telefônica, nas páginas amarelas e peguei o telefone e liguei e procurei me informar. (M, 37 anos).

*A ME, eu soube por alto que ela era superboa, e eu moro longe. Apesar de eu morar longe, lá em Caxias, eu preferi vir cuidar aqui. Foi uma pessoa que me indicou. **Uma amiga?** Isso. É uma assistente social daqui. Trabalha por aqui, mora lá e trabalha por aqui. E aí, eu tô gostando, tô achando muito divertido, as grávidas... cada uma com uma barriga maior que a outra. Tô gostando. (E, 21 anos).*

*É porque eu trabalho em Botafogo, então eu durmo no serviço. Eu moro na Pavuna e aí minha patroa que me indicou aqui, aí eu vim. **Ela conhecia alguém?** Não, parece que ela foi levar a filha dela ao médico, sei lá aonde. Aí a médica da menina falou que aqui era bom. (J, 19 anos).*

Uma amiga minha me indicou e falou que era muito bom aqui, o processo aqui, né? Eu vim também pela idade. Disseram que aqui era... seria um lugar ótimo para se fazer o pré-natal, né? Por causa da idade e tal, que iria ser muito bem acompanhada, por isso eu estou aqui. Tô gostando! (R, 35 anos).

A peculiaridade da Maternidade-Escola é evidenciada pelas falas a seguir.

◆ A Maternidade-Escola em comparação a outras instituições

Falei para uma amiga: lá é muito bom, tomei vacina de tétano. Não sei se em outros lugares faria a mesma coisa. Isso é muito importante. (V, 25 anos).

Boa, é um lugar bem reservado, limpo, as coisas são organizadas. Tem lugar que é tudo bagunçado, né? (A, 19 anos).

Num posto de saúde perto da minha casa. Ai era só consulta, essas coisas de gravidez, rotina: medir a pressão que tirava, peso, essas coisas. Ai, aqui é que eu achei mais interessante, porque a gente passa por todo o processo de... é nutrição... psicóloga, assistente social. Então, por isso que eu gostei e... ultrasonografia também (E, 21 anos).

Bom, eu tentei fazer no posto, mas aí em não gostei do atendimento (M, 37 anos).

A fala das gestantes expressa a importância do acolhimento. Um bom atendimento depende desde a limpeza da maternidade, até o relacionamento pessoal que se estabelece com o profissional de saúde, enfatizando sempre a importância da confiança e do respeito estabelecidos nessa relação pessoal.

As categorias seguintes (autonomia e protagonismo) aparecem na mesma fala, mas serão comentadas separadamente, pois aparecem quando as gestantes entrevistadas expressam sua vontade - fazer porque você quer.

◆ Fazer porque você quer

Mas você tá ali sendo direcionada, acho isso importante: você não pode fazer isso, mas faz porque você quer. Acho que isso é importante, principalmente para você (V, 25 anos).

Então é preciso que haja essa confiança e que você possa seguir as orientações dele, né? Se eles estão pedindo, é um bem necessário pra mim e para o meu filho. Então, eu faço tudo para seguir as regras, para ele também não me cobrar, né? (R, 35 anos).

4.1.2 Autonomia

A confiança no profissional se torna muito importante para as decisões que as pacientes têm que tomar no dia-a-dia. Na medida em que acreditam e se sentem seguras com os profissionais que as atendem, sua postura diante do próprio comportamento se diferencia, conforme a fala das gestantes apresentadas salienta. A questão não é apenas seguir a indicação do profissional de saúde, mas também ver se é isso que a pessoa deseja fazer a partir de seus parâmetros de decisão. A autonomia evidencia a capacidade do sujeito de criar regras para seu comportamento. A gestante se porta como ‘gestora’ das próprias ações.

4.1.3 Protagonismo

As falas das gestantes enunciam sua condição de agente ativo. A presença de ação da gestante, seguindo ou não as recomendações médicas, indica seu protagonismo diante da própria vida, não sendo tutelada pelas demais pessoas ou profissionais de saúde.

A paciente ser protagonista das próprias escolhas favorece uma compreensão de agente ativo na sua vida. Isso demonstra uma compreensão de mudança; e garante sua inserção como sujeito. A autonomia está demasiadamente atrelada ao protagonismo, por ser ela que lhe garante a criação de regras para a própria vida. A partir de seus próprios parâmetros ou valores, a pessoa pode agir. A possibilidade de a pessoa seguir seus valores garante uma posição ativa perante a própria vida, sendo então sujeito não tutelado.

Após analisar a fala das gestantes, pode-se pensar que a Maternidade-Escola apresenta diversas características que apontam um acolhimento significativo para as gestantes. Entretanto, questões pertinentes ao protagonismo e a autonomia não apareceram com tanta frequência.¹⁵ Sendo assim, pode-se afirmar que as gestantes se sentem acolhidas, mas não há muitos elementos para falar de protagonismo e autonomia.

O ideário da humanização evidencia a relação horizontalizada entre profissional de saúde-paciente; e talvez partir dessa visão garanta a promoção de uma atitude ativa da paciente com autonomia. Formas de se proporcionar à atitude ativa das pacientes dependem também da forma como elas se inserem como cidadãs, se há ou não consciência de seus deveres e direitos na constituição da sociedade.

4.2 Os funcionários e a maternidade

Depois da apresentação das categorias de análise, vale mencionar o que alguns funcionários da maternidade dizem a seu respeito. Tais comentários foram obtidos a partir de conversas informais realizadas pela pesquisadora durante a pesquisa.

A Maternidade-Escola é considerada uma ótima instituição de saúde por alguns de seus funcionários:

“Eu digo às pacientes que aqui é a MATER DOR (em referência à rede Dor de atendimento hospitalar no CopaDor e BarraDor). Aqui tem qualidade de atendimento, as condições físicas e de higiene são boas. Aqui só não atende mais porque não dá. Só tem uns 35 leitos. Deveria ampliar. Outras maternidades são até maiores, mas não têm atendimento igual ao daqui. Também tem uma boa direção, com um ótimo administrador, não falta medicamento. Os médicos são ótimos” (Funcionária 1, ‘guardete’).

¹⁵ A quantidade de subdivisões da categoria acolhimento evidencia a vivência das gestantes com os profissionais e a instituição. As outras categorias não apareceram tanto quanto ela.

Entretanto, há outros que recebem muitas queixas sobre os atendimentos:

“Há dias de muita queixa quanto aos médicos” (Assistente social 1). “Tem coisas que eu não entendo, uma paciente chega chorando, reclamando do atendimento que recebe de uma médica. Uma diz que foi mal-tratada, pede para trocar de médica. Aí tem outra que é atendida pela mesma médica e fala que foi bem atendida. Eu não entendo... é quando a paciente te trata mal... é, fica difícil. Não dá pra conseguir ficar tratando bem quem tá nos tratando mal. Talvez seja isso”. (Assistente social 2).

A comunicação entre os diversos serviços da Maternidade é percebida como um grande problema por alguns funcionários, que reclamam da falta de conhecimento de alguns profissionais do funcionamento rotineiro da maternidade, principalmente quanto ao encaminhamento de pacientes aos serviços oferecidos no segundo andar do ambulatório.

“Antigamente tinha uma folha que dizia o encaminhamento para o serviço social, hoje em dia não tem mais” (Assistente social 2).

A comunicação também aparece problematizada quando se fala da relação entre o profissional e a paciente:

“Os médicos não dão o diagnóstico definitivo para a paciente que está odiando ficar aqui... aí depois, eles vêm aqui e pedem para a gente resolver a questão. A paciente tá certa em reclamar, tem mais do que razão nisso. Ninguém foi falar com ela o que ela tem” (Psicóloga 1).

Depois dessa pequena visão dos funcionários sobre Maternidade-Escola, vamos apresentar uma síntese da humanização da assistência pré-natal para gestantes.

4.3 A humanização da assistência pré-natal para as gestantes da Maternidade-Escola

É poder conversar com o profissional de saúde, ter suas dúvidas explicadas, ser perguntada. Ao falar com o profissional que deve lhe passar tranquilidade, a paciente deve sentir

que está sendo cuidada, tratada com respeito para poder confiar, sentindo-se segura. Isso pode ser considerado até uma operacionalização da humanização da assistência em qualquer instituição de saúde.

Após as entrevistas, pôde-se perceber que as gestantes falavam da forma como eram atendidas. Quando questionadas quanto ao que era humanização da assistência pré-natal, não souberam responder, porém ao longo da entrevistas, informaram características importantes de um profissional de saúde. Dentre elas:

- Ser perguntada, sentir-se à vontade para conversar, profissionais atenciosos (E, 21 anos).
- Sentir-se segura (M, 37 anos; J, 19 anos e R, 35 anos).
- Passar tranqüilidade (V, 25 anos).
- Poder perguntar (E, 21 anos, V, 25 anos).
- Conversar, se entender. Funcionários serem educados e atenderem bem (A, 19 anos).
- Não ser tratada com ignorância, confiar (J, 19 anos).
- Ser assessorada, poder recorrer ao profissional para receber todas as informações, confiar no profissional (R, 35 anos).
- Ser cuidada (E, 21 anos; V, 25 anos).

Pode-se então perceber uma correlação entre a fala das gestantes e as considerações feitas pelo MS e pelos teóricos da humanização. É como se fosse uma forma de estar não apenas normatizando comportamentos dos profissionais de saúde preocupados com a humanização. Enquanto os teóricos trouxeram questionamentos sobre a humanização em sua origem, a situação

da saúde, a formação profissional, as pacientes trouxeram a importância de serem tratadas como pessoas. A dignidade da pessoa humana dita pelos teóricos se torna o foco da fala das entrevistadas. A caracterização do bom atendimento trouxe informações sobre o ambiente da maternidade, porém houve uma ênfase na relação estabelecida com os profissionais de saúde. A relação com o obstetra foi a que mais evidenciou isso, porém a forma como os outros profissionais da instituição as trataram também foi comentada. Sendo assim, podemos apontar a seguinte afirmação:

A Humanização da assistência em saúde depende, antes de tudo, das relações interpessoais que se estabelecem. Humanizar é relacionar-se com o outro que é um semelhante e deve ser respeitado como sujeito ativo e responsável pela própria vida. O diálogo é imprescindível para tal relação e, obviamente, não depende apenas da comunicação verbal, mas também de um simples toque ou olhar. Reconhecer no outro a própria existência é realmente relacionar-se com ele.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo conhecer a forma como gestantes compreendem um atendimento humanizado no pré-natal. Para tanto, articulações entre o ideário da humanização serviram como balizadores da fala das gestantes. A literatura já trazia a ênfase no acolhimento, no protagonismo e na autonomia, e isso foi encontrado nas entrevistas.

As gestantes através de suas falas evidenciaram a importância do contato com o profissional de saúde, enfatizando a segurança e o conforto em ser atendida por eles, gerando uma proximidade com o profissional que a atende. Ser perguntada; sentir-se à vontade para conversar e perguntar; sentir-se segura; ser atendidas com educação; não ser tratada com

ignorância; poder confiar; ser enfim cuidada. Isso é o que a gestante traz do que é humanização da assistência pré-natal. O cuidado através do acolhimento vai desde a limpeza de uma sala até o contato face-a-face com o profissional de saúde. Acredita-se que a importância do relacionamento que se estabelece com o profissional garanta uma boa integração e traz a confiança necessária para seguir recomendações e prescrições médicas, favorecendo um bom pré-natal.

Ao longo da realização do presente estudo o enriquecimento obtido diante da temática da humanização foi imenso. Inicialmente houve a compreensão de como o ideário da humanização é considerado pelo MS, mas em seguida, as visões dos diversos teóricos promoveram um aprofundamento da reflexão sobre o tema.

O percurso realizado com as discussões sobre humanização desde o início apontava para uma ligação com a filosofia humanista que foi se tornando cada vez mais forte. Em particular, em minha formação tive um caminho oposto, pois parti da compreensão da necessidade da humanização dos serviços de saúde, que me levou a confrontar a concepção de ser humano como ser livre, em processo de crescimento e em perene relação interpessoal. A forma como o relacionamento entre as pessoas foi ficando a cada dia mais importante ultrapassou a visão de que o que importa mais é o uso de aparatos tecnológicos ou fármacos ultranovos e potentes. Assim, a humanização me levou ao encontro de uma linha psicoterapêutica ligada à filosofia humanista que é a Abordagem Centrada na Pessoa.

O ideário da humanização foi ganhando um marco teórico que faltava às políticas públicas do governo. Para mim, deixou de ser apenas uma necessidade essencial à atenção à saúde, passando a uma prática atrelada a uma cultura de atendimento que tinha fundamentação teórica e era discutida por profissionais de diversas áreas do saber. A visão de humanização foi ampliada e complexificada, evidenciando a necessidade de se falar, principalmente, nos relacionamentos

interpessoais que ocorrem nas instituições de saúde, proporcionando novas formulações curriculares que almejam introduzir humanidades médicas na formação universitária e na educação continuada: abordar elementos das ciências humanas; repensar a prática do profissional de saúde, intervindo na qualidade da assistência com personalização da relação, humanização das atividades, o direito à informação, o aperfeiçoamento da comunicação profissional de saúde-paciente, diminuindo o sofrimento do paciente, aumentando a satisfação do usuário (CAPRARA e RODRIGUES, 2004).

Voltei à Maternidade-Escola como pesquisadora, o que, para mim, não modificaria o meu olhar. Acreditava que o olhar de estagiária de psicologia seria apenas ampliado. A convivência com a realidade da maternidade depois de formada e com a bagagem teórica alcançada durante os períodos de estudos no mestrado me permitiram mudanças surpreendentes.

Imaginava que encontraria diversas reclamações sobre os atendimentos oferecidos¹⁶. Com o tempo, porém, me inseri na realidade cotidiana da maternidade e pude confrontar tal realidade com minha expectativa de que os atendimentos seriam mal-vistos pelas gestantes. Deparei-me com a realidade da saúde na cidade do Rio de Janeiro, que contrastava com a realidade da Maternidade-Escola.

Acredito que minha visão inicial era parcial e preconceituosa. Na época do estágio, tive contato maior apenas com as pacientes, não interagindo muito com outros profissionais da instituição. Minha vivência como estagiária de outra instituição de saúde, favoreceu meu olhar crítico, o que me foi muito útil, pois hoje me permite reformular toda minha concepção de como um atendimento em saúde deve ocorrer.

¹⁶ Tal crença se baseava em leituras da realidade dos hospitais, da crise da saúde que tanto é divulgada pela mídia e até pelos diversos textos relacionados à relação médico-paciente, pois o médico é o primeiro profissional que vem a mente quando se pensa em saúde.

A ‘maturidade’ com o passar dos anos, aliada a novos estudos, me permitiram mudar meu posicionamento diante da assistência em saúde. Minha visão inicial de que o problema das instituições de saúde eram seus profissionais, trazia como alicerce uma visão paternalista¹⁷ que tinha de saúde.

Após o término da presente pesquisa, posso afirmar que além de preconceituosa, estava tendo uma visão parcial, sem ter contato com os profissionais. A complexidade do fenômeno emergiu e me fez alterar tudo que pensava antes. A relação que se estabelece entre pessoas (profissional de saúde-paciente), depende sempre das duas. Não há mais como acreditar que ‘culpa’ de um mau atendimento esteja no profissional. O paciente também é importante nessa história que se cria. Vejo a relação profissional de saúde-paciente como uma via de mão dupla, em que ambos são responsáveis pelo relacionamento que se estabelece.

O maior ganho, com certeza, foi unir a visão teórica da humanização à posição de gestantes sobre o atendimento recebido. Atrelar a teoria à prática proporcionou a reflexão crítica da assistência oferecida especificamente durante o pré-natal. A fala das gestantes concretiza o ideário da humanização apresentado pelos teóricos, evidenciando a importância desse ser tratado como sujeito, tendo atendimento personalizado, e vivendo um verdadeiro encontro existencial sujeito-sujeito. Além de se pensar na necessidade da humanização da assistência, temos que priorizar a formação dos profissionais de saúde, que deve estar atrelada à promoção de uma nova cultura de atendimento, mais humanizada.

¹⁷ O profissional sendo aquele que cuida e se responsabiliza não apenas pela saúde do sujeito, mas também pela relação que se estabelece entre eles.

O presente trabalho suscitou questionamentos sobre a forma como a humanização é vista pelos profissionais de saúde. Para tanto, indica a realização de uma nova pesquisa que pretenda verificar a visão do profissional em relação ao atendimento oferecido em instituições de saúde.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AYRES, J. Humanização da assistência hospitalar e o cuidado como categoria reconstrutiva. In: **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 9 n.1 Rio de Janeiro: ABRASCO, 2004.

BARCFontaine, C. Prefácio In: Pessini, L. e Bertachini, L (org). **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Editora do Centro Universitário São Camilo. Edições Loyola, 2004.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Rio de Janeiro: Capa Edições 70, 1991.

BERTOLLI FILHO, C. A sociologia de Gilberto Freyre e a educação para a saúde. **Ciência e Educação**, v. 9, n.1, 2003.

BETTINELLI, L, WASKIVICZ, J. e ERDMANN, A. Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. In: PESSINI, L. e BERTACHINI, L (org). **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Editora do Centro Universitário São Camilo. Edições Loyola, 2004.

BETTS, J. **Considerações sobre o que é humanizar**. Disponível em: <www.portalthumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=37> Acesso em: dez. de 2004.

BOFF, L. **Sabe cuidar**. Petrópolis: Vozes, 1999.

BRASIL. **Constituição Federal, consolidação das leis de trabalho, legislação e previdenciária**. Organizador: Nelson Mannrich. 2 ed., atual. E ampl. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2001.

_____. DATASUS, 2004a Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2004/c03.htm>>. Acesso em: mai. 2005.

_____. Ministério da Educação. **Hospitais Universitários: Universidade Federal do Rio de Janeiro: Maternidade Escola Rio de Janeiro**, 2004b. Disponível em: < Disponível em: < <http://www.mec.gov.br/Sesu/humat.shtml> > Acesso em: mai. 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um**

paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/impressos/folheto/05_0050_FL.pdf>. Acesso em: abr. 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: ambiência.** Ministério da Saúde, 2004d. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/impressos/folheto/04_1163_FL.pdf>. Acesso em: abr. 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização: HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** Brasília/DF. Ministério da Saúde, 2004e. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br.htm>>. Acesso em: abr. 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas de Saúde. Área técnica de Saúde da Mulher. **Urgências e emergências maternas: guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna.** 2 ed. 1 re-impressão. Brasília/DF. Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Informação e Informática do SUS. **IDB 2003 Brasil – Indicadores e dados básicos para a saúde.** Periódico anual, de circulação dirigida ao setor saúde, Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPASA). Brasília/DF. Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Anuário Estatístico de Saúde no Brasil 2001.** Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/anuario2001/index.cfm>> Acesso em: mai. 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN).** Brasília/DF. Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br.htm>> Acesso em: jan. 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática.** Série B: Textos Básicos de Saúde, 6. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

BRITO, I. **Maternidade: questão de qualidade e competência.** Disponível em: <http://www.corenpr.org.br/artigos/artigo_08.htm> Acesso em: mai. 2005.

BUBER, M. **Eu e tu.** Tradução do alemão, introdução e notas de Newton Aquiles Von Zuben. São Paulo: Cortez & Moraes, 2 ed.rev, 1979.

CAMPOMIZZI, J. Ética médica. **Revista Bioética**. v.10 n.2, 2002.

CAMPOS, R. Reflexões sobre o conceito de humanização em saúde. **Saúde em Debate**. Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Rio de Janeiro: CEBES. v. 27 n.64. maio/ago 2003.

CAPRARA, A. e RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. In: **Ciência & Saúde Coletiva**. v.9 n.1 Rio de Janeiro: ABRASCO, 2004.

CONSAUDE. **Sistema Único de Saúde**. Disponível em: < <http://www.consaude.com.br/sus/indice.htm> > Acesso em: jun. 2005.

CORDEIRO, H. e ALMEIDA, P. Quem perde com a confusão na saúde do Rio. **O GLOBO**, 25 de abril de 2005.

COSTA, C. e PONTES, F. Saúde pelas próprias mãos. Sem conseguir atendimento para a mulher em hospital público, pintor faz parto de filho em casa. **O GLOBO**, 7 de junho de 2005.

COSTA, C.; PONTES, F. e DAMASCENO, N. Do caos ao desespero: pai invade emergência de hospital e acaba na delegacia. Greve de médicos continua. **O GLOBO**, 3 de junho de 2005.

COUTINHO, T.; TEIXEIRA, M.; DAIN, S.; SAYD, J. e COUTINHO, L. Adequação do Processo de Assistência Pré-natal entre as Usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG. In: **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, nov/dez. 2003, v. 25, n.10.

DESLANDES, S. Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar. In: **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 9 n.1 Rio de Janeiro: ABRASCO, 2004.

DINIZ, C. **Humanização da assistência ao parto. Um diálogo entre a técnica e os direitos humanos**, 2001. Disponível em: < <http://www.mulheres.org.br/parto/> >. Acesso em: jul. 2005.

FEIZ, V. Por uma política pública nacional de acesso à justiça. **Estudos Avançados**. n.18 v.51, 2004.

FOLHA DE LARANJEIRA, Janeiro de 2004.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Graal, Rio de Janeiro, 1979.

FRANCO, A. BASTOS, A. e ALVES, V. A relação médico-paciente no Programa de Saúde da Família: um estudo em três municípios do Estado da Bahia, Brasil. In: **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: 21(1) jan-fev/ 2005.

GAUDERER, C. **Os direitos do paciente. Cidadania na saúde**. Edição revista e ampliada. 7 ed. Rio de Janeiro: Editora Record, 1998.

GOTARDO, G. **A percepção de mulheres sobre a assistência recebida em seu processo de ser mãe: um cenário de bons e maus-tratos**. Tese de Doutorado em Enfermagem da Universidade de São Paulo e da escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, 2003.

GUTIERREZ, M. **Palestra: A informação ao alcance de todos**. Disponível em: <http://www.humanizacaohospitalar.org.br/palestra_painel3.php.htm > Acesso em set 2004.

HENNINGTON, E. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária. In: **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 21(1), jan-fev/ 2005.

HOIRISCH, A. Identidade médica. In: MELLO FILHO, J e col. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artmed, 1992.

JORNAL EXTRA, 14/03/2004.

JUNG, C. **Obras Completas** (vol. XI). Petrópolis: Vozes, 1986.

LEITE, S. e VASCONCELLOS, M. Adesão á terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. In: **Ciência & Saúde Coletiva**. v.8 n.3 Rio de Janeiro: ABRASCO, 2003.

MALDONADO, M. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. Petrópolis: Vozes, 1980.

MALDONADO, M. E CANELLA, P. **Recursos de relacionamento para profissionais da saúde: a boa comunicação com clientes e seus familiares em consultórios, ambulatórios e hospitais**. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2003.

MARCHI, M e SZTAJN, R. **Autonomia e heteronomia na relação entre profissional de saúde e usuário dos serviços de saúde.** Disponível em: < <http://www.portalmedico.org.br/revista/bio1v6/autoheter.htm> >. Acesso em: jun. 2005.

MARTIN, L. A ética e a humanização hospitalar. In: Pessini, L. e Bertachini, L (org). **Humanização e cuidados paliativos.** São Paulo: Editora do Centro Universitário São Camilo. Edições Loyola, 2004.

MARTINS, A. e CHAVES, M. Editorial: Ensino médico e humanização. **Cadernos de Saúde Coletiva.** v. 8. n. 2, 2000.

MELLO, F. **Dicionário Médico.** Rio de Janeiro: Gb, 1968.

MELLO FILHO, J. **Concepção psicossomática: visão atual.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

MENEZES, R. Etnografia do ensino médico em um CTI. In: **Interface: Comunidade, Saúde e Educação.** v.5 n.9, 2001.

MERHY, E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor Saúde. In: **Interface: Comunidade, Saúde e Educação.** n.6, 2000.

MOLINA, A. **Humanização da assistência à saúde: base teórico-filosóficas e sugestões pragmáticas,** 2002. Disponível em: < http://www.portalmedico.org.br/jornal/jornais2002/dezembro/pag_8.htm > Acesso em: fev. 2005.

MONTE, F. A ética na prática médica. **Revista Bioética.** v.10 n.2, 2002.

MONTEIRO, D. Espiritualidade e envelhecimento. In: Py, L. (org). **Tempo de envelhecer: percursos e dimensões psicossociais.** Rio de Janeiro: NAU Editora, 2004.

MORENO, J. **Sociometria y psicodrama.** Tradución Napoleón Cabrera. Buenos Aires: Editorial Deucalión, 1954.

MOURA, M. **São muitos os remédios para os males dessa vida: análise dos recursos terapêuticos a partir da doença crônica da infância.** Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva IMS/UERJ, 2001.

NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL. **Declaração dos direitos humanos.** Disponível em: < http://www.onu-brasil.org.br/documentos_direitoshumanos.php >. Acesso em: jul. 2005.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Série Técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde** – Brasília, 2003. Disponível em: < <http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/serie2.pdf> >. Acesso em: fev. 2005.

PESSINI, L. Humanização da dor e do sofrimento humanos na área da saúde. In: PESSINI, L. e BERTACHINI, L (org). **Humanização e cuidados paliativos.** São Paulo: Editora do Centro Universitário São Camilo. Edições Loyola, 2004.

PESSINI, L. e BERTACHINI, L (org). **Humanização e cuidados paliativos.** São Paulo: Editora do Centro Universitário São Camilo. Edições Loyola, 2004.

PREFEITURA DE CAMPINAS. **Protocolo de Acolhimento,** 2001. Disponível em: < http://www.campinas.sp.gov.br/saude/programas/protocolos/protocolo_acolhimento.htm >. Acesso em: jun. 2005.

PREFEITURA DE MARÍLIA. **Informação em Saúde,** 2001. Disponível em: < <http://www.famema.br/smhs/n3.pdf> >. Acesso em: jun. 2005.

PUCCINI, P. e CECÍLIO, L. A humanização dos serviços e o direito à saúde. In: **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 20 n.5 Rio de Janeiro: ABRASCO, 2004.

RENAUT, A. **O indivíduo: reflexão acerca da filosofia do sujeito.** Tradução Elena Gaidano. Rio de Janeiro: DIFEL, 1998.

RUSSELL, B. **História do pensamento ocidental: a aventura dos pré-socráticos a Wittgenstein.** Tradução: Laura Alves e Aurélio Rebello. Rio de Janeiro: Ediouro, 2001.

SANTOS, M. **Emergência e saúde contemporânea: a experiência da musicoterapia**. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social EICOS/UFRJ, 2005.

SERRYUA, S., CECATTI, J. E GIÁCOMO DO LAGO, T. O programa de Humanização no pré-natal e Nascimento do Ministério da saúde no Brasil: resultados iniciais. In: **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 20 n.5 Rio de Janeiro: ABRASCO, 2004.

SILVA, M. O papel da comunicação na humanização da atenção em saúde. **Revista Bioética**. v.10 n.2, 2002.

SILVA, F. e MENEZES, M. Formação profissional e humanização dos serviços de saúde. **Projeto de profissionalização dos trabalhadores da área de enfermagem**. Brasília: Ministério da Saúde. v.2 n.5, 2001.

SILVEIRA, D., SANTOS, I. e COSTA, J. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. In: **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: 17(1) jan-fev/ 2001.

SOARES, S. **Presença de você - poesias**. Volta Redonda: Nova gráfica Editora, 2004.

TEDESCO, J. Medicina Integral. In: TEDESCO, J. **A grávida: suas indagações e as dúvidas do obstetra**. São Paulo: Editora Atheneu, 1999.

TORALLES-PEREIRA, M., SARDENBERG, T., MENDES, H. e OLIVEIRA, R. Comunicação em saúde: algumas reflexões a partir da percepção de pacientes acamados em uma enfermaria. In: **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 9 n.4 Rio de Janeiro: ABRASCO, 2004.

TORNQUIST, C. Paradoxos da humanização em maternidade no Brasil. In: **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 19 (Sup. 2) Rio de Janeiro: ABRASCO, 2003.

TORNQUIST, C. Armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. In: **Revista de Estudos Feministas**. v. 10, n. 2, 2002.

TORRE, E. e AMARANTE, P. Protagonismo e subjetividade: a construção subjetiva no campo da saúde mental. In: **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 6 n.1 Rio de Janeiro: ABRASCO, 2004.

TRAVERSO-YÉPEZ, M e MORAIS, N. Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. In: **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 20 n.1 Rio de Janeiro: ABRASCO, 2004.

TREVISAN, M.; DE LORENZI, D.; ARAÚJO, N. e ÉSBER, K. Perfil da Assistência Pré-Natal entre Usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. In: **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 24, n.5, 2002.

VOLICH, R. O cuidar e o sonhar. Por uma visão da ação terapêutica e do ato educativo. In: PESSINI, L. e BERTACHINI, L (org). **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Editora do Centro Universitário São Camilo. Edições Loyola, 2004.

WHO. *3rd Task Force Making Pregnancy Safer/Promoting Effective Perinatal Care From evidence to practice*. Verona, 2003. Disponível em: < <http://www.euro.who.int/document/E83605.pdf> > Acesso em: fev. 2005.

_____. *WHO Antenatal Care Randomized Trial; Manual for the Implementation of the new Model*, 2002. Disponível em: < http://www.who.int/reproductive-health/publications/RHR_01_30/RHR_01_30.pdf > Acesso em: fev. de 2005.

_____. *World Health Organization – Health Promotion Glossary*. Geneve: WHO, 1998. Disponível em: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf. > Acesso em dez 2004.

ANEXOS

Anexo 2

Termo de Consentimento para participação na pesquisa

“A humanização da assistência no pré-natal de uma maternidade: a visão de usuárias”

Autora: Ana Lydia Soares de Menezes

Declaro meu consentimento para a utilização dos dados que forneci na entrevista para a pesquisa sobre a visão de usuários da humanização da assistência no pré-natal da Maternidade-Escola da UFRJ, realizada pela psicóloga Ana Lydia Soares de Menezes.

Tenho conhecimento de que esta pesquisa tem por objetivo estudar a visão traçar um paralelo entre o que as usuárias da Maternidade-Escola da UFRJ apresentam como *humanização da assistência* e a definição utilizada pelo Ministério da Saúde do Brasil na Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS) e no Programa de Humanização no pré-natal e nascimento (PHPN).

Declaro, ainda, que recebo e aceito o convite da pesquisadora para assistir à Defesa da Dissertação, mantendo-me em contato para quaisquer esclarecimentos que se façam necessários, assim como tenho a liberdade de solicitar à pesquisadora a elucidação de alguma dúvida que me ocorrer. Além disso, foi explicitado claramente da minha liberdade de recusar ou retirar o consentimento sem nenhum tipo de prejuízo ou penalização para mim.

Declaro também que me foi garantido pela pesquisadora o sigilo das informações. Dados que possam identificar o paciente e/ou a família não serão utilizados.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2005.

Nome

Assinatura

Anexo 3

Roteiro de entrevistas

1. Como está sendo estar grávida?
2. Ser mãe é...
4. O que fez você escolher a Maternidade-Escola da UFRJ para fazer o pré-natal?
5. Qual foi a sua impressão quando chegou a Maternidade-Escola da UFRJ?
6. Como você sai depois de um dia de consulta no pré-natal?
7. O que você faz quando tem alguma dúvida?
8. Como você se sentiu recebida pelo médico na consulta? Como é sua relação com o médico?
9. O que você entende por humanização da assistência pré-natal?

Anexo 4

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS

I - CONCEITO:

Acolhimento é “receber bem, ouvir a demanda, buscar formas de compreendê-la e solidarizar-se com ela” (Paidéia – 2001). Deve ser realizado por toda a equipe de saúde, em toda relação profissional de saúde – pessoa em cuidado.

II – OBJETIVOS:

- Utilizar uma escuta ampliada do motivo da procura ao serviço, levando em consideração o contexto em que o usuário está inserido.
- Identificar as necessidades de saúde do usuário.
- Dar encaminhamento aos problemas apresentados pelo usuário, mesmo que seja necessário atendimento por outros profissionais e/ou em outros serviços fora da Unidade.
- Qualificar a relação trabalhador da saúde-usuário, que deve se dar por parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania.
- Oferecer soluções possíveis, com segurança para o paciente, agilidade para o serviço e uso racional dos recursos disponíveis.

Farão parte da equipe de acolhimento: o auxiliar e/ou técnico de enfermagem, enfermeiro, médico, que deverão trabalhar de forma integrada e coesa. Outros profissionais poderão ser envolvidos, dentro da especificação de cada serviço.

III – FLUXO:

Serão encaminhados para a equipe de acolhimento todos os usuários que procurarem o serviço sem consulta previamente agendada. Excetuando-se situações que possam ter respostas em áreas específicas, tais como coleta de citologia oncótica, verificação da pressão arterial, informações sobre serviços de especialidades.

IV – DAS RESPONSABILIDADES:

a) Caberá a toda equipe de saúde:

1. Nos casos aparentemente de urgência/emergência é fundamental manter a calma e obter do paciente e de seus acompanhantes o maior número de informações possíveis.
2. Preocupar-se em primeiro lugar em acolher, acomodar, um paciente que chega em sofrimento agudo, isso tranquiliza os acompanhantes, dá segurança e facilita seu trabalho.
3. Quando for necessário colocar um paciente em observação, preocupe-se com o seu bem estar, comodidade e privacidade. Trate-o como você gostaria de ser tratado. Cubra-o se estiver frio. Providencie traveseiro se for o caso. Troque o lençol. Não acomode na mesma sala, sem biombo homens e mulheres. Em caso de crianças peça a mãe ou pai para permanecerem junto. Todo paciente tem direito de se comunicar com seu acompanhante. O acompanhante bem informado e tranquilizado contribui para que tudo corra bem.
4. O paciente que chega agressivo deve ser abordado com competência profissional por toda a equipe – do guarda ao médico. Uma técnica muito eficaz e preventiva é levá-lo imediatamente a uma sala onde você possa, demonstrando calma, interesse e segurança, convidá-lo a sentar-se e a colocar seu problema. A postura de “responder na mesma altura” é a mais inadequada e anti-profissional possível. Muitos pacientes que chegam agressivos, xingando e ofendendo os funcionários querem “platéia”, querem demonstrar força, e quando convidados a sentar-se numa sala para colocar seu problema, desarmam-se com mais facilidade.
5. Nunca dispense da recepção um paciente com traumatismo ou ferimento leve. Mesmo que o ferimento apresentado seja aparentemente muito leve, o paciente deve ser levado até a sala de procedimentos e orientado sobre cuidados de higiene e investigado sobre vacinação anti-tetânica. Da mesma forma os pacientes com traumas e suspeita de entorse ou fratura devem ser investigados, receber medicação analgésica, se for o caso, encaminhados por escrito pelo médico e orientados para ir ao Pronto Socorro de ortopedia. Na falta de médico na Unidade a Enfermeira deve fazer o encaminhamento anotando nele e no prontuário o fato.

6. Se não houver médico na Unidade e chegar paciente com acidente de trabalho a enfermagem deverá atendê-lo, deverá notificar em SVE2 e entregar o impresso de solicitação de CAT à empresa. Só após estes cuidados o paciente deverá ser encaminhado ao Pronto Socorro.
7. O paciente portador de Tuberculose jamais deve ficar sem medicação. Caso o médico que o atende não esteja presente, deverá ser realizado um atendimento de enfermagem, a enfermeira deverá ser chamada.
8. Havendo médico na Unidade nenhum caso de urgência deve ser dispensado sem avaliação, independentemente do número de consultas que o médico realizou. Caso contrário isto pode se caracterizar por omissão de socorro.

b) Caberá ao auxiliar e/ou técnico de enfermagem:

1. Realizar a escuta do motivo da procura ao serviço;
2. Observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas em nível de sua qualificação;
3. Comunicar ao enfermeiro quando o motivo da procura for queixa, sinal ou sintoma, para que, junto com a equipe responsável, o atendimento seja direcionado no sentido de responder as necessidades humanas básicas afetadas;
4. Referenciar o paciente à equipe responsável por ele;

c) Caberá ao enfermeiro:

1. Realizar supervisão do acolhimento realizado pelo auxiliar e/ou técnico de enfermagem;
2. Receber os pacientes que procuraram o serviço com queixa, sinal ou sintoma e realizar acolhimento, ofertando, se necessário, a consulta de enfermagem, assim como proceder aos encaminhamentos necessários;

d) Caberá ao médico:

1. Atender os pacientes encaminhados para consulta médica em seu período de trabalho.
2. Encaminhar os casos que necessitarem de atendimento em outros serviços.

Gastão Wagner de Sousa Campos
Secretário Municipal de Saúde

Maria do Carmo Carpintero
Diretora do Departamento de Saúde

Jeanete Múfalo da Silva Bueno
Assessora do Gabinete do Secretário de Saúde