



CENTRO DE ARTES, HUMANIDADES E LETRAS - CAHL
COLEGIADO DE SERVIÇO SOCIAL

YARA TAISE ANDRADE BARBOSA

HUMANIZAÇÃO NO PRÉ- NATAL E NASCIMENTO, ACOLHIMENTO
E SERVIÇO SOCIAL: reflexões em torno dos saberes produzidos.

Cachoeira
2016

YARA TAISE ANDRADE BARBOSA

**HUMANIZAÇÃO NO PRÉ- NATAL E NASCIMENTO, ACOLHIMENTO
E SERVIÇO SOCIAL: reflexões em torno dos saberes produzidos.**

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado ao Colegiado do Curso de Serviço Social, Centro de Artes Humanidades e Letras, da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Silva Cristina Arantes de Souza

Cachoeira
2016

Ficha Catalográfica elaborada por:
Fernanda Carla dos Santos Silva – CRB/5 - 1685

B553h Barbosa, Yara Taise Andrade.

Humanização no pré-natal e nascimento, acolhimento e
serviço social: reflexões em torno dos saberes produzidos./
Yara Taise Andrade Barbosa. – Cachoeira: Universidade
Federal do Recôncavo da Bahia, 2016.

86f.; 30 x 21 cm.

Monografia (graduação) – Universidade Federal do
Recôncavo da Bahia

Curso de Serviço Social, 2016.

Orientador: Prof. Silva Cristina Arantes de Souza.

1. Humanização na saúde 2. Assistência ao parto 3.
Acolhimento em Serviço Social 4.PHPN I. Título.

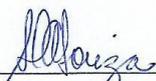
CDU: 618.4

YARA TAISE ANDRADE BARBOSA

HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO, ACOLHIMENTO E SERVIÇO
SOCIAL: REFLEXÕES EM TORNO DOS SABERES PRODUZIDOS

Cachoeira – BA, aprovada em 04/08/2016.

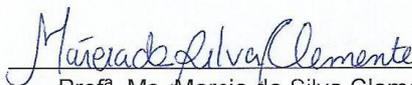
BANCA EXAMINADORA



Profª. Ms. Sílvia Cristina Arantes de Souza
Presidente da Banca Examinadora



Profª. Drª Sílvia de Oliveira Pereira
Membro da Banca Examinadora



Profª. Ms. Marcia da Silva Clemente
Membro da Banca Examinadora

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus por ter me acompanhando e me dado sabedoria durante todo processo formação. Aos meus pais, Carlito e Antônia, que sempre me incentivaram e fizeram todos os esforços para que eu chegasse até aqui. Agradeço meus irmãos, Yana e Thiêgo que sempre me apoiaram. Ao meu namorado, Gustavo pelo companheirismo. À Fernanda, pela dedicação e a prontidão no auxílio às atividades. À minha orientadora, Silva Arantes por toda dedicação e ensinamentos durante todo esse processo. E a todos que contribuíram para que esse momento se concretizasse.

GRATIDÃO!

RESUMO

Este trabalho foi pensado a partir da experiência do estágio supervisionado I e II no CRAS Helena Passos de Souza, localizado no distrito de Capoeiruçu-Ba, no ano de 2015. Objetiva-se com este trabalho identificar se o Serviço Social tem problematizado o acolhimento em relação ao Programa de Humanização no Pré-Parto e Nascimento, verificar o que pressupõe a Política Nacional de Humanização no SUS, como também analisar do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), além de conhecer o alcance da bibliografia produzida sobre acolhimento em Serviço Social. Utiliza-se como metodologia a pesquisa de revisão de literatura com uma abordagem qualitativa. Inicialmente, apresenta-se a humanização na saúde, discutindo a polissemia do termo humanização e a análise da Política Nacional de Humanização. Em sequência explana-se sobre o processo social e histórico em que se gestou a assistência ao parto e nascimento; descreve-se e analisa-se sobre o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Em seguida, discorre-se sobre o acolhimento na perspectiva da saúde e do serviço social, destaca-se a importância do acolhimento no âmbito da saúde e apresenta-se o acolhimento como processo interventivo do serviço social. Analisam-se as produções teóricas a respeito do acolhimento no Serviço Social, e conclui-se que o Serviço Social pouco tem problematizado acerca da questão do acolhimento, tanto no que se refere à sua dimensão técnico-operativa, ético-política, como sua dimensão teórico-metodológica.

Palavras-chave: Humanização na saúde; assistência ao parto; PHPN; acolhimento em Serviço Social.

ABSTRACT

This work was thought from the supervised internship experience I and II in CRAS Helena Passos de Souza, located in Capoeiruçu-Ba district in the year 2015. Our objective with this work is to identify if the Social work has problematized the host in relation to the Humanization Program in Pre-Childbirth and birth, will check the what requires the National Humanization Policy in the SUS, as well as analyze the Program for Humanization of Prenatal and Birth (PHPN), besides knowing the scope of bibliography on host in Social Work. The methodology used is the literature review with qualitative approach. Initially presents the humanization of health, discussing the polysemy of the term humanization and analysis of the National Humanization Policy. Subsequently it explains about the social and historical process in which developed the assistance in the childbirth and birth; describes and analyses the Program for Humanization of Prenatal and Birth. Then talks about the host in the health and social work, highlights the importance of the host in the health and presents the host as intervention process in the social Work. Analyze the theoretical productions about the host in the Social Work, and it is concluded that the Social Work has little questioned about the host, both in terms of its technical and operational dimension, as its theoretical and methodological dimension.

Key – Words: Humanization in health; Assistance in childbirth; PHPN; Host in the Social Work.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Quantificação da bibliografia encontrada sobre Humanização na saúde e PNH.....	14
Quadro 2	Quantificação da bibliografia encontrada sobre Humanização da assistência ao parto e PHPN.....	14
Quadro 3	Quantificação da bibliografia encontrada sobre Acolhimento na Saúde e do Serviço Social.....	14
Quadro 4	Bibliografia do acolhimento no âmbito do Serviço Social.....	70
Quadro 5	Bibliografia do acolhimento no âmbito da saúde.....	71

LISTA DE SIGLAS

AIH Autorização de Internação Hospitalar

BPA Produção Ambulatorial

CNS Conferência Nacional de Saúde

CPN Centros de Parto Normal

FAEC Fundo de Ações Estratégicas e Compensação do Ministério da Saúde

OMS Organização Mundial da Saúde

PAISM Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PHPN Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

PNH Política Nacional de Humanização

PNHAH Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar

REHUNA Rede pela Humanização do Parto e Nascimento

SIH Sistema de Informações Hospitalares

SISPRENATAL Sistema de Informação do Pré-natal

SUS Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	09
2	POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS.....	16
2.1	A NECESSIDADE DA HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE.....	16
2.2	INTRODUÇÃO AO CONCEITO DE HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE.....	20
2.3	A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: SUA CONCEPÇÃO E SEUS DESAFIOS.....	23
3	HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-PARTO E NASCIMENTO: ELEMENTOS PARA ANÁLISE DO PROGRAMA.....	33
3.1	PROCESSOS DE NASCIMENTO E INSTITUCIONALIZAÇÃO DO PARTO.....	33
3.2	O MODELO TECNOCRÁTICO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO.....	37
3.3	HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO.....	42
3.4	PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO (PHPN).....	46
4	O ACOLHIMENTO NA PERSPECTIVA DA POLÍTICA DE SAÚDE E DO SERVIÇO SOCIAL.....	55
4.1	ACOLHIMENTO NA PERSPECTIVA DA SAÚDE.....	55
4.2	ACOLHIMENTO NO ÂMBITO DO SERVIÇO SOCIAL.....	61
4.3	REFLEXÕES SOBRE O ACOLHIMENTO A PARTIR DA LITERATURA CONSULTADA.....	69
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	73
	REFERÊNCIAS.....	78

1 INTRODUÇÃO

O debate da assistência ao parto é algo bastante abordado por alguns autores que trazem uma discussão sobre a intervenção no processo de nascimento e críticas sobre as formas de atenção a gestante no Brasil. Historicamente a hospitalização da mulher no processo de trabalho de parto sofreu mudança referente ao seu atendimento. De acordo com Diniz (2005) até o final do século XIX o acompanhamento no trabalho de parto era realizado por parteiras dentro do ambiente domiciliar. Geralmente as mulheres que realizavam o parto eram de confiança da gestante e da sua família que faziam, além do parto, orientações acerca dos cuidados com o recém-nascido e o pós-parto. No século XX, logo após a 2ª Guerra Mundial o processo de parir e nascer sofreu alterações e com o advento da tecnologia, o parto deixa de acontecer no ambiente domiciliar e passa a ser institucionalizado, acontecendo dentro de hospitais.

Com essas transformações as famílias deixam de participar do processo de nascimento, pois os hospitais não tinham estrutura física para atender as gestantes e seus familiares. Em consequência dos novos saberes médicos, o atendimento torna-se massificado e o processo de parir passou a ficar em segundo plano, fazendo com que as mulheres deixem de ser protagonistas nessa trajetória, e a preocupação maior passou a ser com os processos fisiológicos, esquecendo algumas práticas que eram importantes para o bebê e para a mãe. Muitas mulheres passam a ter um trabalho de parto que se adapte ao funcionamento dos hospitais e os horários dos médicos, realizando intervenções que tem objetivo de acelerá-lo, não atendendo aos processos fisiológicos da mulher. De acordo com Dias (2006), o trabalho realizado nas maternidades estão geralmente preocupados com o nascimento de um bebê saudável, não se preocupando com o bem estar das mães, para que assim nasça uma criança “perfeita”, onde todo o processo de medicalização do corpo da mulher se volte não para o bem estar da gestante, mas sim para o feto.

No ano de 1970 no Brasil, o movimento feminista luta pela defesa do parto humanizado para que se garanta a parturiente uma assistência humanizada ao parto e nascimento, considerando a mulher como protagonista do parto, evidenciando que sua participação é importante nesse processo que deve acontecer de maneira mais natural possível. (DINIZ, 2005)

O termo humanização é discutido principalmente quando se refere aos cuidados médicos e a assistência a saúde, que de acordo com Dias (2006) é consolidado como um conceito utilizado para designar uma forma de cuidar mais atenta, tanto para as questões do direito a cidadania quanto para as questões intersubjetivas entre pacientes e profissionais, modificando a cultura do atendimento. O debate sobre a humanização no Brasil surgiu inicialmente com o movimento feminista no Brasil, tal debate sofre influência da Reforma Psiquiátrica e Reforma Sanitária os quais representaram uma mudança de paradigma na saúde pela abrangência dos determinantes sociais no processo saúde e doença. E a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, que alterou de forma significativa a Política de Saúde no país, o termo humanização passa a ser discutido e na 11ª Conferência Nacional de Saúde que teve como temática: “Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”, fundamenta o debate sobre a humanização. Foi a partir desse processo histórico que a temática ganhou maiores proporções resultando em algumas iniciativas como a Humanização nas UTT's Neonatais, Método Canguru, Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento e outras. Devido a esse processo, em 2003 foi elaborada a Política Nacional de Humanização (PNH), que tem como principal objetivo a mudança nos modelos de atenção e gestão na saúde, além de possibilitar um adequado acolhimento e escuta dos sujeitos.

Dentro da PNH, o termo humanização passa a atribuir um significado específico. “Por humanização entendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores.” (BRASIL, 2006, p. 8). Esta proposta visa produzir mudanças nas práticas de saúde, qualificando o modo de gerir o SUS e o cuidado dos sujeitos atendidos por essa política. A humanização do SUS indica mudanças nas práticas de atenção e gestão, considerando-se os usuários e trabalhadores como autores de transformação social.

O Ministério da Saúde apresentou ao longo dos tempos propostas que estão voltadas para a humanização da assistência à saúde, dentre elas está o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), com o objetivo de qualificar a assistência e discutir o modelo médico de atenção e reduzir as taxas de mortalidade materna e neonatal.

O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, atualmente está inserido na Política Nacional de Humanização do SUS e foi instituído pelo Ministério

da Saúde em 01 de junho de 2000, através da Portaria n.º 560, de 01/06/2000, a qual coloca em discussão a atenção ao pré-natal, buscando redefinir as práticas profissionais e bases conceituais da assistência às gestantes, ao recém-nascido e à mulher no período pós-parto.

O resgate de humanização no processo gestacional objetiva respeitar a fisiologia desse momento, oferecendo um suporte emocional não apenas para a gestante, mas para seus familiares ou para seu acompanhante, respeitando a fisiologia da mulher e o tipo de parto pretendido, proporcionando assim um momento agradável. Prioriza também uma menor intervenção médica e que toda tecnologia perinatal seja empregada de maneira adequada, que venha garantir maior segurança para as mães e para o recém-nascido e sendo disponível para ser utilizado por profissionais qualificados.

O acolhimento tem sido muito discutido na área da saúde e tratado como uma prática apoiada no campo da ética e na política de saúde, principalmente, como diretriz da Política Nacional de Humanização. Nesse sentido, o acolhimento é entendido como um procedimento capaz de alterar o modelo tecnoassistencial na atenção à saúde, envolvendo práticas nas quais o usuário do serviço possa ter garantia de acesso, criação de vínculo e atendimento humanizado. Um dos principais sentidos no processo de humanização é a oferta do acolhimento que visa uma boa relação entre o profissional e o paciente, modificando a lógica do trabalho, passando esta a ser centrada no usuário.

No âmbito da maternidade, o acolhimento objetiva oferecer informações sobre o trabalho de parto, pós-parto e dos cuidados a serem realizados. Como a maioria dos partos acontece em unidades de saúde, torna-se necessário que a mulher, seus familiares e o bebê sejam bem recebidos nesses serviços, que se promova um ambiente acolhedor, de atitudes éticas, de respeito, cuidado e acolhimento. Assim, a humanização utiliza o acolhimento como ferramenta em busca da qualidade da assistência ao parto. E de acordo com Ministério da Saúde, os serviços prestados pelos profissionais de saúde devem focar o acolhimento como condição de dignidade à gestante e ao seu filho, priorizando-os como sujeitos de direito. Nesse sentido, o acolhimento é entendido como um dispositivo de intervenção que visa à reorganização do processo de trabalho para qualificar a escuta e acesso das gestantes aos serviços de saúde.

De acordo com autores como Chupel (2008) e Santos (2006) o Serviço Social na perspectiva do acolhimento não apresenta produções científicas significativas referentes ao tema, mas observam-se produções relacionadas aos fundamentos teórico-metodológico, técnico-operativo e ético-político da profissão que dão bases para discutir tal temática.

Para o serviço Social, o acolhimento é um componente interventivo da profissão, e que de acordo com Chupel (2008), combina três elementos simultaneamente: a escuta, troca de informações e o conhecimento da situação em que se encontra o usuário. É uma ação que tem como objetivo possibilitar o acesso a direito em diferentes situações, assim como a criação de vínculo e a compreensão dos elementos para fundamentar uma futura intervenção.

Assim, o acolhimento é considerado uma iniciativa para a melhoria da qualidade da assistência, na qual o assistente social considera a conjuntura social em que o usuário está inserido, possibilitando uma maior compreensão da situação, o que repercute positivamente na humanização do atendimento aos usuários.

O interesse por esse objeto de estudo surgiu a partir da experiência de estágio supervisionado I e II realizado no CRAS Helena Passos de Souza, localizado no distrito de Capoeiruçu-Ba, no ano de 2015. Uma das atividades realizadas pelo o CRAS é o grupo de gestantes com a participação das mulheres grávidas da localidade. Nesse encontro são discutidos diversos assuntos relacionados à gestação, é um momento em que as gestantes são informadas sobre alguns cuidados durante a gravidez, além de ser um momento de escuta em que são relatadas algumas experiências. Uma das principais reclamações que as gestantes contavam era a forma como eram tratadas no momento do pré-natal e no parto. Muitas vezes não havia um processo de escuta na relação profissional e paciente, sendo que muitas gestantes não entendiam alguns procedimentos a que eram submetidas, sentiam falta de um procedimento de acolhimento. Diante disso buscou-se realizar um estudo referente ao Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento com o acolhimento em Serviço Social, com a proposta de refletir criticamente sobre tal programa como também discutir o acolhimento realizado por assistentes sociais. Com estas observações o estudo levanta a seguinte questão: O Serviço Social tem problematizado o acolhimento junto ao Programa de Humanização no Pré- Natal e Nascimento?

Este estudo tem como objetivo identificar se o Serviço Social tem problematizado o acolhimento em relação ao Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. E para que se responda a pergunta central, será verificado o que pressupõe a Política Nacional de Humanização no SUS, como também fazer análise do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, além de conhecer o alcance da bibliografia produzida sobre acolhimento em Serviço Social.

Para consecução desse objetivo, optou-se por realizar um estudo de abordagem qualitativa que de acordo com Minayo (1994, p.21)

(...) se preocupa, nas ciências sociais, com nível de realidade que não pode ser quantificada. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais aprofundado das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Portanto, a pesquisa qualitativa visa conhecer a realidade através de um novo conhecimento, respondendo a questões particulares e trabalhando diversos elementos da realidade social. Para tanto, utilizou-se a pesquisa bibliográfica, que de acordo com Gil (2008), é elaborada a partir de materiais já produzidos, principalmente livros e artigos científicos, o qual se propõe analisar diversos materiais sobre determinados assuntos. Desse modo o material pesquisado se guiará pela Política Nacional de Humanização, Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, além de discutir o acolhimento no âmbito do Serviço Social.

Trata-se de um estudo bibliográfico no qual a trajetória metodológica percorrida se apoiou nas leituras exploratória e seletiva do material de pesquisa. Grande parte do levantamento bibliográfico foi realizado através do Scielo Brasil, utilizando palavras-chaves como humanização na saúde, Política Nacional de Humanização, Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, assistência ao parto, acolhimento e acolhimento em Serviço Social. Os documentos encontrados foram nas categorias de artigos publicados em periódicos nacionais reconhecidos, livros publicados, teses e dissertações e para essa busca inicial foram considerados o título e o resumo do artigo para seleção ampla de possíveis trabalhos de interesse.

O levantamento abrangeu desde o período inicial da assistência ao parto, até os dias atuais alcançando a assistência ao parto humanizado, todos os materiais pesquisados são do no de 1992 ao ano de 2014. Nos quadros a seguir será

apresentada a quantificação das produções encontradas, dividida por áreas de pesquisa.

Quadro 1: Quantificação da bibliografia encontrada sobre Humanização na saúde e PNH

Livros	Mat. do Gov. Federal	Artigos	Tese de doutorado	Dissertação de Mestrado	Trabalho de Conclusão de Curso
01	04	15	X	X	X

Fonte: Autora

Quadro 2: Quantificação da bibliografia encontrada sobre Humanização da assistência ao parto e PHPN

Livros	Mat. do Gov. Federal	Artigos	Tese de doutorado	Dissertação de Mestrado	Trabalho de Conclusão de Curso
03	04	11	05	05	01

Fonte: Autora

Quadro 3: Quantificação da bibliografia encontrada sobre Acolhimento na saúde e acolhimento no Serviço Social

Livros	Mat. do Gov. Federal	Artigos	Tese de doutorado	Dissertação de Mestrado	Trabalho de Conclusão de Curso
X	04	07	01	01	02

Fonte: Autora

Após o levantamento bibliográfico, foi realizada a leitura do material encontrado. Com essa leitura, obteve-se uma visão global do material, considerando-o de interesse ou não à pesquisa. Em seguida, efetuou-se a leitura seletiva, a qual permitiu determinar qual material bibliográfico era de interesse da pesquisa. Desta forma foi possível construir um processo de síntese e análise dos resultados de vários estudos para poder construir a pesquisa.

O presente trabalho está dividido em três capítulos: o primeiro contém uma análise da Política Nacional de Humanização, tratando da polissemia do termo humanização, além de um breve processo histórico até a PNH. O segundo capítulo se guia sobre o Programa de Humanização de Pré- Natal e Nascimento, traçando um breve histórico, bem como apresentação e análise do programa. E o terceiro capítulo trata do acolhimento na perspectiva da política de saúde e do Serviço

Social. E por últimos tecemos algumas considerações respondendo a pergunta central do estudo.

2 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS.

2.1 A NECESSIDADE DA HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE

A precisão do atendimento humanizado em saúde surge em decorrência da evolução científica e técnica dos serviços de saúde, pois estes avanços resultaram no distanciamento da relação profissional de saúde e paciente, não correspondendo à qualidade do contato humano.

Antes de iniciarmos uma discussão sobre a necessidade de humanização no atendimento na área da saúde, é importante elucidar o aparecimento do hospital na tecnologia médica, para melhor compreender o porquê da humanização neste campo. Inicialmente este debate se guiará pelas reflexões de Michel Foucault em seu livro “Microfísica do poder” do ano de 1979, especialmente no capítulo “O Nascimento do Hospital”.

O hospital como um mecanismo curativo surge no início do século XVIII, mais claramente na década de 1780, quando emerge o entendimento de que o hospital deve e pode ser um instrumento destinado a cura. Antes do século XVIII, o hospital era uma instituição destinada à assistência aos pobres, como também de separação e exclusão, pois o pobre tinha necessidade de assistência e, como doente, com a possibilidade de ter doenças contagiosas poderia oferecer perigo para a sociedade. Por conta disso, o hospital existia tanto para acolher esses pobres, quanto para proteger a sociedade do perigo que ele representava. No entanto, essa instituição tinha como função não curar o doente, mas o pobre que estava morrendo, sendo o mesmo assistido material e espiritualmente, recebendo os últimos cuidados. Os cuidadores dos doentes, não tinham como objetivo central curá-los, mas conseguir sua própria salvação. Eram pessoas leigas e/ou religiosa que estavam no hospital para fazer obras de caridade e conseguir sua salvação. O hospital permanece com essas características até o final do século XVIII, em que a função médica não aparece.

No que se refere à prática médica, suas ações não se justificavam cientificamente para que se levasse à medicina hospitalar.

A medicina dos séculos XVII e XVIII era profundamente individualista. Individualista da parte do médico, qualificado como tal ao término de uma iniciação assegurada pela própria corporação dos médicos que compreendia conhecimento de textos e transmissão de receitas mais ou menos secretas ou públicas. A experiência hospitalar estava excluída da formação ritual do médico. (FOULCAULT, 1979, p.60)

A intervenção médica na doença era realizada através de observações, na qual o médico deveria observar o doente e a doença desde seus primeiros sinais para perceber em que momento a crise aparecia. A prática médica até então não permitia um saber hospitalar como também, a organização do hospital não permitia a intervenção da medicina. Desse modo, a medicina e o hospital eram independentes até o final do século XVIII.

Foulcault (1979) traz um elemento importante em sua literatura, de como se deu a transformação, na qual a medicina se tornou hospitalar. O primeiro ponto de transformação se dá através da extinção dos efeitos negativos do hospital, limpando-o dos efeitos nocivos da desordem que o hospital gerava. Desordem nesse contexto é representada pelas “doenças que ele podia suscitar nas pessoas internadas e espalhar na cidade em que estava situada, como também a desordem econômico-social de que ele era foco perpétuo.” (FOULCAULT, 1979, p.60). Essa questão pode ser confirmada a partir da primeira organização hospitalar que se dá na Europa do século XVII, especificamente nos hospitais marítimos e militares. A primeira reforma acontece no hospital marítimo pelo fato de apresentar uma desordem econômica, pois este era um meio de contrabando em que o traficante se fazia de doente e era levado para o hospital, no momento do desembarque escondia os objetos contrabandeados, passavam pelo controle da alfândega sem serem vistos. Surge como problema também nos hospitais marítimos e militares a questão de que as pessoas que estão nesses hospitais podem trazer consigo doenças epidêmicas. Esse tipo de hospitalização não busca fazer do hospital um instrumento de cura, mas sim de impedir a desordem econômica ou médica.

Se os hospitais militares e marítimos tornaram-se o modelo, o ponto de partida da reorganização hospitalar é porque as regulamentações econômicas tornaram-se mais rigorosas no mercantilismo, como também porque o preço dos homens tornou-se cada vez mais elevado. E nesta época que a formação do indivíduo, sua capacidade, suas aptidões passam a ter um preço para a sociedade. (FOULCAULT, 1979, p.60)

Outra questão que Foucault analisa é que não foi a partir de uma técnica médica que os hospitais, marítimo e militar, foram reorganizados, mas se deu principalmente por meio do que ele chama de uma tecnologia política: a disciplina. A inserção da disciplina no ambiente hospitalar possibilitará a sua medicalização, essa razão se dá por meio de questões econômicas, o preço dado ao indivíduo e o desejo de evitar que as epidemias se propaguem; isso explica a disciplina que está submetida os hospitais. É, portanto através da intervenção médica e da disciplinarização do ambiente hospitalar que se origina o hospital médico, esses dois elementos vão poder se adaptar com o surgimento da disciplina hospitalar, que terá como objetivo assegurar a vigilância, a disciplinarização do doente e da doença, além de modificar o meio em que eles estão. Para tanto, individualizará e distribuirá os doentes em um espaço onde possam ser vigiados e acontecer os registros médicos. Com isso a arquitetura hospitalar é modificada, passando a ser um instrumento de cura, e esta é a primeira característica da transformação do hospital no fim do século XVIII.

Surge então, nessa conjuntura, o médico hospitalar, que antes não havia. Os médicos até então realizavam consultas domiciliares. Com a inserção do médico no ambiente hospitalar inicia-se um campo documental no interior do hospital, passando a ser não só um ambiente de cura, mas também de registro, acúmulo e construção do saber, na qual os saberes médicos não são encontrados apenas nos livros de medicina, mas também nos hospitais em que é registrado o que acontece no cotidiano de trabalho. O hospital então passa a se apresentar como um meio de cura e formação médica, em que a clínica aparece como dimensão desse ambiente.

Clínica aqui significa a organização do hospital como lugar de formação e transmissão de saber. Mas vê-se também que, com a disciplinarização do espaço hospitalar que permite curar, como também registrar, formar e acumular saber, a medicina se dá como objeto de observação um imenso domínio, limitado, de um lado, pelo indivíduo e, de outro, pela população. (FOUCAULT, 1979, p.64)

Nessa perspectiva, pela disciplinarização do espaço médico, pelo fato de se poder isolar cada indivíduo, colocá-lo em um leito; chega-se a uma medicina individualizada, em que o indivíduo aparece como objeto do saber e da prática médica. A população e indivíduos passam a fazer parte da intervenção médica devido à tecnologia hospitalar, que passa a ser um fenômeno do século XIX.

Com o advento da tecnologia e do seu desenvolvimento, o hospital passou de uma instituição aonde se ia para morrer, a uma instituição onde se pretendia a cura. Em consequência do desenvolvimento tecnológico o relacionamento entre médico e paciente torna-se mais distanciado do que o era no ambiente familiar/doméstico, passando a abordar, técnica e cientificamente, a doença, privilegiando a técnica e desconsiderando o cuidado humano ao paciente, dificultando a relação humana. Porém, é importante citar que o surgimento tecnológico proporcionou o avanço dos conhecimentos e rapidez nos diagnósticos e cura das doenças, contudo é necessário o equilíbrio entre o uso de equipamentos sofisticados com o relacionamento humano.

Nesse aspecto, surge a questão da “desumanização” na atenção clínica que pode ser compreendida em razão do desenvolvimento tecnológico da medicina, em que algumas atitudes importantes para o paciente como emoções, crenças e valores ficassem em segundo plano. E a doença, objeto científico do médico, passou ser a principal preocupação da ação médica, e esse enfoque extremamente ligado ao tecnicismo veio contribuir para desumanização dos serviços de saúde e impedir que novos serviços surgissem aliando tecnologia e ação humanizante.

Durante algumas décadas são considerados alguns aspectos desumanizantes aqueles relacionadas às condições de trabalho e falhas no atendimento. Casate e Corrêa (2005) abordam que a questão de falhas no atendimento está relacionada à espera, às filas, à falta de equipamentos, além de falhas na estrutura física, como a falta de sala para atender a demanda dos usuários. Outro ponto levantado é a relação com os doentes, o qual muitas vezes é submetido à falta de privacidade, a procedimentos que eles não são informados e à falta de ética por alguns profissionais.

No que se refere às condições de trabalho é levantado, os baixos salários, dupla jornada de trabalho, o que vem afetar diretamente a maneira de como os profissionais de saúde atendem os pacientes. Também não são oferecidos aos trabalhadores - recursos humanos, as condições dignas de trabalho, ambiente adequado, o que dificulta ao trabalhador realizar um atendimento mais humanizado. O modo da organização do trabalho na saúde também contribui para uma atuação desumanizada, pois geralmente o indivíduo é fragmentado, não considerando na sua totalidade.

Portanto, para que haja uma ação humanizada é preciso organização do serviço de saúde, através de investimentos na estrutura física da instituição, bem como do trabalhador em relação a condições de trabalho, além de reestruturação da gestão, pois a humanização em saúde deve abranger a qualidade na atenção ao usuário, possibilitando o seu desenvolvimento. Desta forma, torna-se fundamental uma boa comunicação entre gestores e usuários, além do contínuo reconhecimento e reconstrução da relação entre pacientes e trabalhadores, pois a demanda por humanização na área da saúde esta centrada na maioria das vezes nessas relações, a qual deixou de ser empregada, dando vez ao uso tecnológico em que o paciente e sua história ficaram em segundo plano e a importância maior passou a serem as ferramentas tecnológicas.

2.2 INTRODUÇÃO AO CONCEITO DE HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE

No Brasil, o termo humanização na saúde tem sido utilizado mais constantemente nas ultimas décadas do século XX e no presente século, porém existem diferentes representações na literatura com múltiplos discursos que vão desde a romantização da ação profissional que se baseia apenas em uma escuta ligada ao voluntarismo, ao tecnicismo ou até mesmo ao paternalismo; como também, sua ausência constitui um obstáculo ao comprometimento com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Tais concepções, a respeito da interpretação do termo humanização representam um desafio conceitual e interpretativo.

Inicialmente, no meado do século XX, o termo humanização era submetido a ações hospitalares que se caracterizavam por serem cordiais, bondosas; um atendimento acolhedor no sentido maternal da palavra que se resumia a procedimentos com atividades lúdicas, lazer, entretenimento ou arte e melhorias na aparência física dos serviços. Ações como essas não resultavam na melhoria do modo de gestão ou organização do trabalho, nem na vida das pessoas. Serviam apenas como um meio para diminuir o sofrimento dos pacientes e trabalhadores no ambiente hospitalar.

Compreende-se que nessas práticas existem certas noções de humanismo cristão que foram disseminadas no senso comum fazendo com que comportamentos como esse ganhassem um status de humanizado quando atribuído a ações piedosas e criativas. Souza e Mendes (2009) no seu artigo “O conceito de humanização na Política Nacional de Humanização”, traz que esse tipo de interpretação torna-se problemática, pois constantemente são acompanhados de sentidos inadequados que se estabelecem como caridade e piedade, entendidas como “fazer pelo outro” ou “fazer para o outro”. Apoiando-se aí a perspectiva do assistencialismo da qual ações políticas do governo, do estado e outras instituições tidas como humanistas, são consideradas como benesse ou ajuda, as quais reafirmam estruturas sociais, conservadoras e alienantes.

Esse modo de pensar as práticas de humanização não dá garantia e fere os direitos na área da saúde, impossibilitando o desenvolvimento do protagonismo como também o do processo de trabalho por gestores, trabalhadores e usuários da saúde, o qual deveria demandar o aumento da comunicação, colaboração e compartilhamento das diferentes ações e áreas gestoras desse campo.

No livro “Caminhos da Humanização na Saúde” 2009, a autora Izabel Cristiana Rios apresenta que em 2001 a Secretaria de Saúde do estado de São Paulo fez um levantamento em hospitais que praticavam ações humanizadas e verificou-se que grande parte dos hospitais realizava trabalhos nesse sentido. Posteriormente, pesquisa semelhante foi realizada junto a 94 hospitais de referência no país, escolhidos pelo Ministério da Saúde, na qual observou-se que a humanização se reduzia, em sua maioria, as alterações que não estabeleciam a questão referente à modificação dos modelos de atenção e da gestão, pois estavam voltadas apenas para tornar o ambiente mais agradável.

Mesmo antes da construção de uma política de cunho humanizado o termo já se fazia presente na área da saúde, surgindo antes mesmo da construção do SUS, apresentando significados e designações diferentes tanto para os trabalhadores como para os usuários. Geralmente o termo humanização estava ligado à melhoria na qualidade de atenção ao usuário que demandava a qualificação e a ampliação do acolhimento, a resolutividade e disponibilidades dos serviços. Relacionava-se também com o universo dos trabalhadores de saúde que reivindicavam a melhoria na condição de trabalho e na formação para que pudessem lidar satisfatoriamente com os impactos e enfrentamento da doença, além de ser capaz de atender aos

desafios impostos à atenção em saúde. No entanto, as concepções de humanização eram de intenções e enfoques diferenciados, apresentando uma fragilidade conceitual e metodológica diante das ações.

Atualmente existem pesquisas conceituais, estudos teóricos, programas e técnicas sobre a humanização na área da saúde, as quais possibilitam novos conceitos para a produção teórica e prática nesse campo. Nesse sentido o termo humanização passa a ser mais elaborado e relacionado às diretrizes do trabalho em saúde.

Nessa perspectiva, a humanização é empregada no âmbito da saúde como um conjunto de iniciativas, mas que não possui uma definição concreta. A autora Oliveira (2006), coloca que alguns autores interpretam a humanização como: “busca da atenção, além da técnica e preocupação com a doença. Veem a humanização como a necessidade de avaliar o ser humano levando em consideração suas características pessoais.” (OLIVEIRA, 2006, p. 79). Ela ressalta que existem argumentações preocupadas em modificar a prática profissional referente à melhoria e qualificação da assistência através do profissional de saúde no sentido de torná-las humanizadas.

A humanização aparece como um termo polissêmico que apresenta diferentes concepções que geram polêmicas, sobretudo quando se designa ao termo para nomear uma política pública como a Política Nacional de Humanização (PNH), especialmente no que se refere ao sentido que esse conceito deve assumir dentro dessa política para atribuir a operacionalização das ações humanizadoras.

De acordo com Benevides e Passos (2005, p.562), a humanização como propósito da política “deveria traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre todos que constituem o SUS. Principalmente o modo coletivo e co-gestivo de produção de saúde e de sujeitos.”

O sentido de humanização como política pública visa construir um único caminho entre a atenção e gestão de saúde, além da transversalidade da política, pois a partir dessa direção se indica o “como fazer” dessa política caracterizada como tecnologias relacionais¹. Para que se consolide uma política pública humanizada que possa provocar mudanças no modo de gerir e cuidar é necessária

¹ Tecnologias relacionais ou tecnologias leves são as relacionadas com o conhecimento da produção das relações entre sujeitos. Estão presentes no espaço relacional trabalhador-usuário e só se materializam em atos. São as tecnologias de acesso, acolhimento, produção de vínculo, de encontros e subjetividades. (MARTINS e ALBUQUERQUE, 2007, p. 353).

à transformação dos sujeitos, tanto trabalhadores quanto usuários. Deve-se também alterar a organização dos processos de trabalho, a dinâmica de interação da equipe, os mecanismos de planejamento, de decisão, avaliação e participação, garantindo a prática de co- gestão e co- participação em grupo.

Nesse sentido, a Política Nacional de Humanização foi criada para articular a valorização da relação entre o trabalhador e o usuário, bem como dos gestores em saúde, o que contribui desta forma para uma melhor adequação do termo no Sistema Único de Saúde, promovendo a valorização das subjetividades dos sujeitos envolvidos no processo de trabalho em saúde.

2.3 A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: SUA CONCEPÇÃO E SEUS DESAFIOS

O termo humanização ganha ênfase no debate em saúde pública no Brasil a partir da década de 1990, porém, movimentos sociais já apresentam esta demanda, em nível mundial, a partir de 1950, sob influência da Declaração Universal dos Direitos Humanos; com a defesa do movimento feminista em prol a assistência ao parto humanizado; como também com a luta antimanicomial e nas demais críticas ao modelo de assistência à saúde da época.

O movimento feminista apresenta na conjuntura histórica um importante papel referente à luta pelos direitos das mulheres, que luta pela igualdade de salários e condições dignas de trabalho, pela valorização do trabalho doméstico, pelo direito de todas ao controle sobre o próprio corpo e da sexualidade, ou seja, pela construção de uma sociedade mais justa e igualitária. Uma das grandes defesas do movimento feminista esta na saúde da mulher que vai além da cura da enfermidade, pois o direito a saúde se direciona ao bem-estar físico, emocional e mental da pessoa. Nesse sentido, a saúde da mulher deve está ligada ao seu papel dentro da sociedade, considerando suas particularidades.

Através de demandas e ações, os movimentos feministas pela defesa da saúde da mulher, recriaram e ampliaram vários conceitos, como o de cidadania, sexualidade, saúde e participação social. A luta por defesa dessas questões representou um marco importante contra as formas de discriminação e de violência.

Lutaram também por uma legislação trabalhista que garantisse direito igual a homens e mulheres, por direito a creches e por uma assistência integral à saúde das mulheres.

A proposta da saúde integral da mulher “está baseada, [...] nas premissas sobre a determinação social do processo saúde e doença e na perspectiva do gênero, organizador social que dá suporte à desigualdade entre mulheres e homens.” (VILELLA,[20-?] p. 8). Ela visa problematizar as condições sociais de desigualdade que estão presentes no cotidiano das mulheres, o que ocasiona o processo de produção de suas queixas, patologias, mal-estares e modos como enfrentam esses problemas. Além de trazer uma crítica ao modelo médico empregado, excessivamente medicalizado, o qual vem produzir meios de dominação sobre as mulheres, as mantendo alienadas dos seus corpos e das suas necessidades como sujeitos.

Dentro da perspectiva reprodutiva da mulher o movimento feminista, apresenta uma crítica aos programas materno-infantis, que em sua maioria é reducionista, limitando mulher e o seu corpo às reproduções biológicas. Nesse processo, as feministas iniciam um questionamento sobre a medicina no âmbito geral e especificamente na ginecologia, em que são constatados que a relação médico e paciente era autoritárias e atribuída de práticas desumanizadas. A partir de então o movimento passa a lutar por uma gravidez, parto e puerpério mais humanizado.

Nessa perspectiva, Diniz (2005) informa que o termo humanização é aplicado desde o início do século XX, em várias partes do mundo na assistência ao parto. Como característica dessa humanização utilizava-se substâncias analgésicas durante o parto para aliviar as dores da parturiente entendendo que seu uso contribuiria para um parto humanizado. Esse tipo de substância para alívio da dor foi aplicado durante várias décadas nas pacientes, passando a ser um tipo de parto idealizado. Já a partir da década de 1950 esse modelo é questionado pelo movimento hippie da época e principalmente pelo movimento feminista, dessa forma o uso de drogas no pré-parto e pós-parto é questionado e o tipo de assistência ao parto então empregado deixa de fazer parte do parto humanizado. A partir de então esse movimento ganha força e no Brasil na década de 1970, as experiências realizadas por enfermeiros, médicos e outros profissionais da área da saúde,

resultaram, em 1993, na criação da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA).

Outra questão importante que antecipa a política de humanização foi o Movimento da Reforma Psiquiátrica, que ganha expressão na década de 1970, o qual buscava por melhorias nos cuidados aos usuários e serviços de saúde mental garantindo àqueles, sua cidadania, seus direitos e individualidade com objetivos de diminuir gradativamente a internação, tratamentos e medicamentos abusivos. Ainda na mesma década outro movimento importante foi o da Reforma Sanitária, que ampliava a consolidação e ampliação da cidadania, a qual mostrava a necessidade de um sistema de saúde que não apenas garantisse acesso a todos, mas que esse acesso fosse de qualidade. Tal reforma resultou na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, que de forma significativa modificou a Política de Saúde no Brasil, alcançando a Reforma Sanitária “defendendo a criação de um sistema único de saúde que centralizasse as políticas governamentais [...] e que ao mesmo tempo regionalizasse o gerenciamento, privilegiando o setor público e universalizasse o atendimento”. (ALCANTERA e VIEIRA, 2013, p. 339). Nessa conjuntura foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis n.º 8080/90 e n.º 8142/90, Leis Orgânicas da Saúde, tendo como finalidade modificar a situação de desigualdade na assistência à saúde, garantindo atendimento a qualquer cidadão.

A 9ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) que teve como tema “Municipalização é o Caminho” aconteceu no ano de 1992 e deu partida para que, no ano de 2000, a 11ª Conferência Nacional de Saúde que teve como temática: “Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”, legitimasse o debate sobre a humanização.

De acordo com Silva e Arizono (2008), as primeiras reflexões a serem feitas em relação à humanização é que se há a necessidade de se discutir essa temática, fica claro que havia nas práticas de saúde uma “desumanização” revelando as falhas no SUS sendo apresentados poucos estímulos de co- gestão, valorização e inclusão de gestores trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde.

No ano de 2000 foi criado o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH) propondo “um conjunto de ações integradas que visam mudar substancialmente o padrão de assistência ao usuário nos hospitais públicos do Brasil, melhorando a qualidade e a eficácia dos serviços.” (BRASIL, 2001), que

apresentava como finalidade criar comitês de humanização para que houvesse melhorias na qualidade de atenção ao usuário e para o trabalhador, objetivando aperfeiçoar as relações entre profissional de saúde e usuário, dos profissionais entre si e do hospital com a comunidade. Entretanto, as propostas no PNHAH, como foram pontuadas por Conceição (2009), dependiam do nível de comprometimento dos trabalhadores da saúde, pois na proposta do programa a forma de atendimento, a capacidade demonstrada pelos profissionais para compreender as demandas do usuário, são fatores mais valorizados pelo público do que questões como a falta de médicos, falta de medicamentos, dentre outros problemas. Nota-se então que o programa tem o intuito de promover a humanização, ressaltando que cabe apenas aos profissionais de saúde a responsabilidade dessa transformação, não chegando efetivamente aos modelos de gestão e atenção estabelecidos.

Além dessas medidas, foram instituídas, a partir do ano de 2000, iniciativas como o Programa de Humanização no Pré-Parto e Nascimento (2000); Método Canguru (2000); Programa Centros Colaboradores para a Qualidade e Assistência Hospitalar (2000); Programa de Acreditação Hospitalar (2001), dentre outros projetos e ações que estão relacionados à humanização da atenção a saúde.

É importante ponderar que o termo humanização no processo descrito foi adquirindo vários significados, ampliou seu campo de ação, indo desde a busca por um parto humanizado e mais seguro, alcançando até a atenção hospitalar. No entanto, foram identificadas nessas iniciativas falhas que perpassam as questões como ações isoladas ou pontuais, a problemas como concepções variadas do que seria um atendimento humanizado, além de ter intenções e enfoques diferenciados.

Nesse sentido, com o objetivo de agregar e melhorar essas experiências; ampliar a atenção e gestão a saúde; como também promover modificações no modelo assistencial aos usuários do SUS no que se refere às instituições, gestão do trabalho, financiamento, atenção, educação permanente, comunicação e gestão de uma política; como também ampliar seu alcance e transformá-las em programas para uma Política Nacional que, no ano de 2003, no governo de Luis Inácio Lula da Silva, foi elaborada a Política Nacional de Humanização, sendo pactuada na

Comissão Intergestores Tripartite² e Conselho Nacional de Saúde³, a qual visou mudanças nas práticas de saúde, qualificando o modo de gerir o SUS e os cuidados dos sujeitos atendidos através dessa política, acreditando nos usuários e trabalhadores como autores de transformação social, entendendo cada pessoa em sua particularidade, com necessidades específicas e assim criar condições para que se tenham maiores possibilidades para exercer sua vontade de forma autônoma.

A Política Nacional de Humanização deve “ofertar um atendimento de qualidade articulando os serviços tecnológicos com acolhimento, melhorias no ambiente de cuidado e das condições do trabalho dos profissionais” (BRASIL, 2004, p. 06), para que assim se caracterize uma política de saúde humanizada, ampliando o conceito de humanização, passando a abranger a gestão e a atenção, superando também a fragmentação dos processos de trabalho, através de ações coletivas.

A humanização não se apresenta mais como um programa a ser aplicado aos diversos serviços de saúde, mas como uma política que faz parte do SUS, que reivindica o modo de gerir e cuidar e adota como principais diretrizes o acolhimento, a ampliação da clínica, a gestão democrática, a valorização do trabalhador, a garantia dos direitos dos usuários. Essas diretrizes são apoiadas por três princípios:

Transversalidade que deve se fazer presente e estar inserida em todas as políticas e programas do SUS. A PNH busca transformar as relações de trabalho a partir da ampliação do grau de contato e da comunicação entre as pessoas e grupos, tirando-os do isolamento e das relações de poder hierarquizadas. O princípio da **indissociabilidade entre atenção e gestão** na qual decisões da gestão interferem diretamente na atenção à saúde. Por isso, trabalhadores e usuários devem buscar conhecer como funciona a gestão dos serviços e da rede de saúde, assim como participar ativamente do processo de tomada de decisão nas organizações de saúde e nas ações de saúde coletiva. Ao mesmo tempo, o cuidado e a assistência em saúde não se restringem às responsabilidades da equipe de saúde. E princípio do **protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos**, onde qualquer mudança na gestão e atenção é mais concreta se construída com a ampliação da autonomia e vontade das pessoas envolvidas, que compartilham responsabilidades. Os usuários não são só pacientes, os trabalhadores não só cumprem ordens: as mudanças acontecem com o reconhecimento do papel de cada um. (BRASIL, 2013. Grifo nosso)

² Instância de articulação e pactuação na esfera federal que atua na direção nacional do SUS, integrada por gestores do SUS das três esferas de governo - União, estados, DF e municípios. (Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador- Renast, 2013).

³ Instância máxima de deliberação do Sistema Único de Saúde – SUS - de caráter permanente e deliberativo tem como missão a deliberação, fiscalização, acompanhamento e monitoramento das políticas públicas de saúde. (Ministério da Saúde, [201-?]).

O desempenho desses princípios e diretrizes questiona o modo de como fazer, provocando a inclusão dos sujeitos, de coletivos, de analisadores sociais e percepção das novas realidades. Esse modo de fazer baseado nos princípios e diretrizes apresenta orientações para o processo de mudança na organização do trabalho, ou seja, expressa uma ordem no processo de trabalho que são ajustáveis aos sujeitos, contextos políticos e institucionais dada a cada realidade.

Nessa perspectiva, a política deve ser operada de maneira transversal na qual garanta um conjunto de princípios e diretrizes através de ações e modos de agir em diferentes serviços, caracterizando uma construção coletiva. Nesse ponto de vista os autores Pasche, Passos e Hennington (2010) apresentam, através do conceito proposto por Guattari (1981), como uma política de saúde transversal deve ser qualificada:

[...] atribuir às suas práticas um caráter de comunicação e de comunalidade. O conceito de transversalidade deve ser entendido aqui como um terceiro eixo que altera o padrão tradicional de comunicação organizado a partir dos eixos vertical e horizontal nas instituições de saúde: eixo vertical da hierarquização dos diferentes e o eixo horizontal que homogeneiza a comunicação na corporação dos iguais. (PASCHE, PASSOS e HENNINGTON, 2010, p. 544).

Desse modo, deve-se garantir às práticas de saúde a capacidade de distinção, a partir de ações que faz dos diferentes atores sujeitos do processo de produção da realidade em que estão inseridos. Com isto, Benevides e Passos (2005), reportam que a humanização como política transversal deve ultrapassar as barreiras dos diferentes “núcleos de saber/ poder” que estão presentes na produção de saúde, compreendendo a humanização na perspectiva do SUS como uma política que se efetue em toda rede do Sistema Único de Saúde.

Entendemos que tal situação de transversalidade não deve significar um ficar de fora, ou do lado do SUS. A Humanização deve caminhar, cada vez mais para se constituir como vertente orgânica do Sistema Único de Saúde fermentando um processo contínuo de contratação, de pactuação que só se efetiva a partir do aquecimento das redes de fortalecimento dos coletivos. (BENEVIDES e PASSOS, 2005, p. 393).

Diante dessa concepção, a transversalidade da política de humanização indica o modo de fazer e o como fazer desta política garantindo o caráter

questionador das verticalidades, tendo como protagonista os sujeitos integrantes no processo de produção de saúde que são os usuários, trabalhadores e gestores.

Muitos autores que estudam a Política Nacional de Humanização apresentam um confronto de ideias atribuído às contradições presente na política, pois de acordo com alguns críticos tal política pode tanto potencializar ações qualitativas na saúde quanto “tirar a responsabilidade” governamental na área.

Dentro da literatura pesquisada, são poucos os autores que debatem os aspectos positivos apresentados na PNH. Alcantara e Vieira (2013) configuram como sendo importante para o debate a melhoria do atendimento nos serviços públicos de saúde, como também a abertura para a discussão das propostas efetivas na saúde. Tais marcas estão presentes nos princípios norteadores da PNH:

Estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos. (...) Serão reduzidas as filas e tempo de espera com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco. Todo usuário do SUS saberá quem são os profissionais que cuidam de sua saúde, e os serviços de saúde se responsabilizarão por sua referência territorial. (BRASIL, 2004, p. 10)

Assim, a Política de Humanização se apresenta como um importante marco para a construção de práticas de saúde que realmente respeita o cidadão em seus valores e necessidades ampliando a visão de saúde para além da assistência com a integração da promoção e prevenção.

O mesmo autor referenciando anteriormente analisa, através de uma experiência relatada por Caldart (2006), a partir da Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar sob as diretrizes da PNH, implementada no Rio Grande do Sul no ano de 2003, a nova perspectiva das relações entre prestadores, gestores e servidores de saúde. Ele destaca que o que é observado nas unidades de saúde e hospitais públicos são as limitações no atendimento aos usuários, como também a fila, mortes, falta de acesso com isso o autor ressalta que pouco se fala do que é bem feito para resolver esses problemas e das iniciativas para o enfrentamento dessas questões, o que gera um desânimo para os profissionais de saúde. Portanto torna-se fundamental dar maior ênfase as atividades bem realizadas no contexto hospitalar, identificando os sujeitos envolvidos principalmente os usuários e os profissionais de saúde. Para que desse

modo os sujeitos que constroem e colocam em pratica a PNH possam se sentir motivados a exercer os princípios da política em seu cotidiano de trabalho.

Outro fator importante que os autores citam como positivo na PNH é a interdisciplinaridade, pois este método pode contribuir para o avanço da atenção qualitativa, com objetivo de alcançar a satisfação completa do usuário, para isso é necessário inserir profissionais diversificados na equipe de saúde que em sua formação tenha conteúdos teórico-metodológicos para completar com os conhecimentos clínicos e epidemiológicos para que seu conhecimento possa abranger fatores relacionados ao processo de saúde e doença como também problemas que afetam a saúde da população como sua condição socioeconômica, influências culturais e credo.

A partir dessas questões é importante elucidar certos pontos que alguns autores criticam na Política Nacional de Humanização. Um aspecto negativo de acordo com alguns autores é a falta de resultados confiáveis de avaliação e monitoramento da política, pois como afirma Santos-Filho (2006 *apud* ALCANTARA e VIANA, 2013, p. 342), as avaliações e monitoramentos na PNH ainda são recentes, ainda que exista nessa área iniciativas de natureza mais ampla, isso se justifica pelo fato de não ser muito comum à associação de planos avaliativos no planejamento da atenção em geral. E como forma de promover a PNH, as ações e programas do SUS que são consideradas positivas estão sendo evidenciadas pelo Ministério da Saúde a partir do “SUS que dá certo”.

Outro ponto de crítica comum entre alguns autores é a formação profissional de trabalhadores da área da saúde, pois a formação desses profissionais ainda, em sua maioria, está centrada na doença, desconsiderando o real motivo que faz com que ela surja como as condições de alimentação, habitação, questão econômica, meio ambiente, lazer, dentre outros aspectos. É necessário então que o modelo de formação se pautem na problematização da realidade com a qual irão trabalhar, de maneira que, tanto na formação inicial ou continuada, o sentido humanizado, não só na saúde, mas no âmbito geral, seja resgatado através de uma visão crítica, garantindo uma formação que englobe a saúde em toda sua complexidade.

No artigo “A Política Nacional de Humanização e suas implicações para a mudança do modo de atenção e gestão na saúde: notas preliminares”, a autora Conceição (2009), a partir de algumas literaturas selecionadas, traz uma crítica à PNH através do conjunto de princípios e dispositivos da política. O primeiro ponto a

ser abordado por ela é sobre a co-responsabilidade e valorização das subjetividades dos trabalhadores, usuários e gestores para a consolidação da PNH. A autora traz que a dimensão subjetiva para alcançar as práticas de atenção e gestão na saúde está descritas nas diretrizes da política “que passam pela ampliação do diálogo entre todos os sujeitos [...] promovendo assim a gestão participativa. Esse trabalho pode ser construído em grupos de trabalho de humanização”. (CONCEIÇÃO, 2009, p. 212). Trazendo o argumento de que nos documentos da PNH existe a falsa ideia de que a construção do “SUS que queremos” pode ser feita mesmo sem financiamento adequado, sem condições físicas, materiais de trabalho, além de condições efetivas de participação de usuários e trabalhadores, a autora discute que há estratégias para atingir esses objetivos por meio de conselhos gestores e ouvidorias, porém as discussões tidas em tais instâncias ignoram o espaço do Conselho de Saúde, encontrando nos conselhos gestores e ouvidorias, um discurso de uma falsa subjetividade que não revela a individualização das queixas e dos encaminhamentos, gerando assim a não identificação dos problemas vivenciados cotidianamente pelos profissionais e usuários e que tenham como campo a luta por direitos já assegurados.

O segundo ponto trazido pela autora é a mudança nos modelos de atenção e gestão, em que as experiências observadas nessa área colocam o acolhimento como respostas às demandas para os problemas da saúde e com isso muitas práticas com objetivo de serem humanizadas recaem na “armadilha” de homogeneizar os procedimentos e ações, ao invés de permitir um novo tipo de atenção. Para ilustrar esse item Conceição (2009) apresenta a questão da amamentação que é vista como direito da criança e da mãe que muitas vezes pode ser inviabilizado, trazendo frustrações para a mãe por se sentir pressionada pela equipe de saúde.

[...] a amamentação não é um instinto nem um ato puramente biológico, é também, e sempre, um processo social. As situações de dificuldade e conflitos na amamentação remetem a uma reflexão importante: se tomando como uma norma rígida, o incentivo à amamentação deixa de ser um direito da mulher, tornando-se um dever normativo e disciplinador. (TORMQUIST, 2003, p. 425 *apud* CONCEIÇÃO, 2009, p. 214)

Nesse sentido, o que seria um direito passar a ser uma obrigação onde a humanização, em oposição de sua proposta de autonomia, valorização da

subjetividade e participação, passa a ter uma conduta idealizada não cumprindo com o que vem a ser a atenção humanizada.

O último ponto a ser questionado pela autora refere-se à condição de trabalho e atendimento que ela considera como contraditória entre profissionais e usuários, pois em relação aos trabalhadores a PNH os trata como sujeitos de direitos que podem fazer mudança no modelo de atendimento vigente, contudo esse modelo não se configura apenas pela ação isolada de seus sujeitos, onde as coisas não acontecem apenas porque os profissionais de saúde querem, é necessário garantir-lhes condições de trabalho, onde possam executar um atendimento e um cuidado orientados pela política de humanização. Porém, a realidade vista é bem diferente, na qual trabalhadores se encontram em condições de trabalho muito precárias. Dessa forma a autora trata que querer que grupos de trabalho de humanização, gestão participativa estabeleçam uma relação acolhedora apenas pela “boa vontade” dos trabalhadores e usuários, é irresponsável, pois ações isoladas não resultarão em mudanças nos modelo de atenção em saúde. (CONCEIÇÃO, 2009, p. 215).

Partindo desse pressuposto, entende-se que a PNH possui características que tem como objetivo avançar na questão da atenção à saúde, portanto deve buscar alternativas concretas que venham superar os problemas que ainda estão impostos. É preciso então de condições necessárias para a efetivação de sua materialização, pois apresentam questões que pontuam apenas a mudança de postura dos profissionais, gerando uma desresponsabilização do Estado, não levando em consideração as questões sociais e suas demandas complexas.

Com isso, ao se discutir sobre a PNH parte-se da compreensão de que a humanização, enquanto política que deve ser aplicada numa perspectiva ampliada, contribui para a humanização dos serviços em saúde através de estratégia de mobilização social no sentido de construção de meios para o enfrentamento dos desafios que a saúde tem pela frente considerando as diferenças e singularidades, como também deve ser pensada como uma política que produz algumas práticas conservadoras e para que expresse maior efetividade é necessário que as autoridades, profissionais em saúde e usuários se conscientizem, quanto à necessidade de contribuir para a sua prática no SUS.

3 HUMANIZAÇÃO NO PRÉ PARTO E NASCIMENTO: ELEMENTOS PARA ANÁLISE DO PROGRAMA.

3.1 PROCESSOS DE NASCIMENTO E INSTITUCIONALIZAÇÃO DO PARTO.

O nascimento é um evento histórico e natural que agrega consigo diferentes significados, envolvendo noções de natureza, de cultura e instinto. O processo de nascer no Brasil sofre algumas influências que modificaram o momento de assistir as mulheres e seus filhos no pré-parto, parto e pós-parto.

Na metade do século XIX, o parto era tido como uma atribuição exclusivamente das mulheres, tradicionalmente realizado por parteiras, no ambiente familiar e apenas com a presença da família. Eram mulheres de confiança, que se caracterizavam por apresentarem saberes populares, orientadas pela intuição e experiência vivida em seu cotidiano. Até então esse acontecimento pertencia a uma prática feminina e não era considerado como ato médico, em que pedir ajuda a estranhos não fazia parte desse processo. Qualquer indivíduo do sexo masculino não tinha nenhum tipo de participação no momento do parto, essa ação era exclusivamente das parteiras.

[...] outrora a assistência durante o parto cabia em grande medida a outras mulheres e, em todo o mundo, elas têm a responsabilidade de ajudar uma amiga, vizinha ou parente durante o trabalho de parto, exceto nas raras sociedades onde uma mulher vai ter o bebê sozinha na floresta. (KITZINGER, 1978 p.96-97 *apud* DOMINGUES, 2002, p. 68).

Até o final daquele mesmo século, a medicina não manifestava interesse pela gravidez e pelo parto, como também assuntos direcionados as mulheres não tinham relevância na esfera pública. Porém, com a criação do fórceps⁴, os homens passaram a fazer parte do nascimento das crianças. Os cirurgiões-barbeiros, como foram chamados esses homens, eram solicitados pelas parteiras apenas quando existia risco de mortes, tanto para a mãe quando para o bebê, pois não era convencional a presença do cirurgião-barbeiro para a retirada de um feto vivo de uma mãe viva.

⁴ Trata-se de um instrumento cirúrgico utilizado no parto normal, o qual é colocado no canal genital da mulher para facilitar a saída do bebê do canal do parto.

A utilização de fórceps no momento do parto era feita apenas pelos homens, e devido ao uso desnecessário dessa prática surgiram diversas complicações durante o parto. Mesmo com esse cenário, os cirurgiões-barbeiros ganharam a confiança das mulheres, e a partir de então passa a existir um movimento de mulheres, principalmente as que faziam parte da elite, que exigiam a presença desse profissional no parto e advertiam para os riscos de um parto assistido por parteiras, às quais passaram a serem associadas a imagens de sujeira, ignorância e incompetência. (DOMINGUES, 2002)

A partir de então e com os usos das tecnologias obstétricas, as parteiras foram perdendo seu campo de atuação, iniciando também um consenso social de que a obstetrícia era superior à prática das parteiras. Dessa forma, a obstetrícia foi se especializando e na primeira metade do século XIX surgiram, na Europa, as faculdades de medicina nas quais a mulher se tornou um objeto de interesse médico. Pelo fato dos cirurgiões-barbeiros atenderem apenas os casos complicados durante o parto é que a obstetrícia se tornou uma especialidade médica, o que justifica o interesse da medicina pela patologia do parto. Com isso os estudos dos séculos XVIII e XIX passaram a ser relacionados aos problemas ocorridos durante a gravidez e parto. De acordo com Maia (2008) para que a obstetrícia surgisse foi necessário que a mulher se tornasse alvo de interesse médico e que a estrutura tripartite⁵ da medicina estivesse superada.

Com o estabelecimento dos médicos no momento do parto e com o uso de tecnologias (fórceps, sondas, agulhas, tesouras, ganchos, etc.) as práticas se tornaram cada vez mais intervencionistas, o que contribuiu para a construção de uma imagem científica e de superioridade dos médicos em relação às parteiras, pois estas utilizavam apenas as mãos e seus conhecimentos adquiridos através de suas experiências. Nesse aspecto, a inserção do médico e seus instrumentos no momento do parto acarretaram na marginalização das parteiras e as colocou em segundo plano, além de institucionalizar o parto.

⁵ “A prática da medicina européia, até o século XVIII, tinha uma estrutura tripartite e hierárquica: os físicos, no topo da hierarquia, eram pouco afeitos aos conhecimentos práticos e aos corpos doentes, e possuíam uma formação excessivamente teórica e erudita; os cirurgiões, com um *status* inferior ao do físico, atuavam nas cirurgias, sangrias, purgas e aplicações de loções e emplastos; e os boticários ou apotecários, que carregavam o estigma do comércio e realizavam a fabricação e a comercialização de remédios.” (COELHO, 1999; MARTINS, 2004 apud MAIA, 2008, p. 37).

Até o início do século XIX, os primeiros partos hospitalares aconteciam nas enfermarias específicas para mulheres dos hospitais gerais. As maternidades, lugares específicos para realização do parto, só foram criadas no final do século XIX com objetivo de obter um espaço de aprendizagem para medicina da mulher, como também um lugar onde as mulheres se sentissem seguras no momento de parir.

Nessa perspectiva, o início do século XX representou para os cientistas e pensadores um período de evolução e de descobertas científicas, na qual a atenção à mulher passou a ter um conhecimento acelerado. E no Brasil, foi iniciada parcerias com médicos para estabelecer a institucionalização do cuidado, surgindo hospitais e maternidades para garantir uma melhoria nessa área (PASSOS, 2006). A partir desse século passou-se então a predominar o parto hospitalar, trazendo consigo mudanças significativas, como a melhoria das condições do parto através do suporte científico e tecnológico; além do declínio das taxas de mortalidade materna e infantil. Entretanto, existiam algumas falhas que perpassavam questões como falta de políticas próprias para as mulheres; algumas rotinas hospitalares se tornaram desnecessárias como o enema evacuativo (introdução de líquido no intestino através de sonda retal no ânus ou da colostomia para estimular a evacuação), a tricotomia pré-parto (raspagem dos pelos pubianos), a separação entre o recém-nascido e a mãe e isolamento na hora do parto. Então o que era antes uma experiência domiciliar para a mulher e sua família, transformou-se em uma experiência hospitalar que é ilustrada por Diniz (2005) como:

No modelo hospitalar dominante na segunda metade do século XX, nos países industrializados, as mulheres deveriam viver o parto [...] imobilizadas, com as pernas abertas e levantadas, o funcionamento de seu útero acelerado ou reduzido, assistidas por pessoas desconhecidas. Separadas de seus parentes, pertences, roupas, dentaduras, óculos, a mulher submetida à chamada “cascata de procedimentos”. (MOLDE e STEIN, 1986 *apud* DINIZ, 2005, p. 629)

Nesse sentido, o modelo aplicado apresenta o parto como um momento de sofrimento físico e psicológico desnecessário e resultante do uso de tecnologias. Dessa forma, os anos de 50 e 60 do século XX foram marcados pelo domínio da tecnologia médica em que grande parte das orientações definiam que os partos fossem hospitalares e esse momento se transformou em alvo de excessiva medicalização. A partir desse momento em que o parto é visto como algo doloroso e de sofrimento, a obstetrícia oferece meios para que a parturiente não sofra, através

do parto sob sedação, que de acordo com Diniz (2005) iniciou-se na Europa e nos Estados Unidos nos anos 10, mas se disseminou em todo o mundo. Eram utilizadas injeções de morfina no início do trabalho de parto e uma dose de um amnésico que fazia com que a mulher não tivesse nenhuma lembrança daquele momento, utilizavam-se também drogas para a indução do parto e muitas vezes as mulheres eram amarradas nas camas, pois o uso de drogas provocava alucinações e agitação nas parturientes.

Percebe-se que inicialmente foram oferecidos às mulheres, suportes tecnológicos para um parto mais seguro, entretanto o cuidado com a mulher não foi mantido, pois os profissionais não garantiram o direito e respeito às mulheres, visto que seu comportamento e maneira de pensar não se modificaram junto com os avanços da tecnologia.

Nesse sentido, nas décadas de 60 e 70 do século XX, o movimento de mulheres feministas iniciaram as discussões de gênero. As feministas desse período buscaram o direito sobre o seu próprio corpo, indo contra as ideias que determinavam suas funções e as colocavam em espaços específicos. Para isso, foi necessário o reconhecimento dos direitos que possuíam para então criar demandas, reivindicações e lutar pela conquista de seus direitos, como os sexuais e reprodutivos. Desse modo, as discussões das mulheres foram ampliadas, iniciando sua participação e contribuição nos eventos internacionais que garantiram algumas mudanças, principalmente no que diz respeito ao avanço dos direitos das mulheres e ao combate as violências por elas sofridas.

Em relação aos direitos reprodutivos, no início, as reivindicações das mulheres eram pautadas principalmente na descriminalização do aborto e no acesso a métodos contraceptivos. Portanto, a partir da década de 70, as feministas iniciam uma crítica ao imaginário social de que a maternidade é destino e função das mulheres, questionando a maternidade obrigatória considerada como destino biológico natural. Nesse sentido, as feministas passaram a afirmar o direito de ter filhos ou não.

Já a partir dos anos 80, uma das frentes de luta do movimento de mulheres passa a ser a assistência ao parto, reivindicando as dimensões emocionais e sociais da maternidade, além de questionar o modelo médico centrado em uma concepção do corpo feminino como defeituoso, que trata o parto como uma doença e que utiliza

tecnologia invasiva e agressiva. As feministas passam a defender uma maternidade voluntária, prazerosa, segura e socialmente amparada.

Alguns grupos sociais também passam a questionar esse tipo de assistência ao parto, através de justificativas científicas, na qual são apresentados estudos e publicações evidenciando que os hospitais não são mais seguros devido ao grande número de intervenções durante o parto. Dessa forma, esse modelo de assistência foi abandonado após algumas décadas, pois verificou-se altas taxa de mortalidade materna e perinatal, o que passou a ser considerada inaceitável.

Observa-se então que a assistência ao parto se inicia desde o século passado com a institucionalização do parto e legitimação dos hospitais que serviu de interesse dos médicos para desenvolver a obstetrícia como uma nova profissão. Para esse fim, as parteiras foram excluídas do processo de nascimento passando a ser uma atividade de domínio dos médicos, desse modo à gravidez e o parto foram definidos “como problemas médicos e não mais como fenômeno natural”. (BOARETTO, 2003, p. 21).

3.2 O MODELO TECNOCRÁTICO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO

O modelo de assistência ao parto no Brasil se apresenta como um desafio tanto no que se refere à qualidade do atendimento como também ao cuidado que é prestado as gestantes, pois este é centrado em um modelo medicalizante, hospitalocêntrico e tecnocrático.

A atenção prestada às gestantes por muito tempo em todo o país era orientada apenas para melhorar os indicadores de saúde infantil. Entretanto, com o objetivo de tornar assistência à mulher na gestação e no parto mais saudável e com intervenções mínimas, Serruya et al. (2004) traz que em 1983 os movimentos de mulheres junto com os profissionais de saúde lutaram para que o Ministério da Saúde implementasse o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que surgiu como resposta aos problemas de saúde e às necessidades da população feminina, inserindo o planejamento familiar nas ações de atenção à mulher, além de objetivar a integralidade e autonomia sobre o seu corpo.

O PAISM ampliou o enfoque da assistência à mulher, abordando todo o seu ciclo vital, com a finalidade de melhorar a condição de saúde e reduzir as causas de morte materna. Para que o programa fosse operacionalizado foi necessário que gestores e profissionais superassem o atendimento isolado aos problemas femininos de saúde, passando a haver um atendimento integrado, o que representou um desafio para a equipe de saúde, pois essa atitude demandava do profissional uma nova forma de agir, considerando a mulher como sujeito de direito e sendo compreendida em suas demandas reprodutivas e sexuais. Desse modo, o PAISM expôs uma nova postura à saúde da mulher, em que profissionais e gestores tiveram que apresentar um olhar mais ampliado sobre essa questão.

De acordo com Serruya et al., (2004) outro marco importante que corresponde à melhoria a atenção à saúde da mulher, se dá em 1986 com a 8ª Conferência Nacional de Saúde e a promulgação da Constituição em 1988, que garantiu o direito a saúde em um sistema único de forma descentralizada e com controle social.

Dez anos depois, em 1998, a assistência ao parto apresentou um grande avanço, pois o Ministério da Saúde reconheceu a atuação dos enfermeiros obstetras nos hospitais convencionados ao SUS, visto que a formação desses profissionais está mais voltada ao cuidado, possibilitando uma abordagem diferenciada no trabalho de parto, em que passam a serem respeitados os aspectos fisiológicos, emocionais e socioculturais presentes no processo reprodutivo, considerando a mulher o foco central desse procedimento.

Passos (2003) expõe as três áreas estratégicas do plano de ação desenvolvido pela Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, em conjunto com a Secretaria de Assistência à Saúde e Secretaria Executiva apresentadas no ano de 1998. A primeira área de estratégia compõe o aumento da remuneração do parto normal e um limite máximo para o pagamento de cesárea por hospital (Portaria GM/MS 2.816) e a inclusão de remuneração referente aos procedimentos de analgesia do parto para alívio da dor da parturiente em trabalho de parto, e o reconhecimento da atuação do enfermeiro obstetra nessa área do cuidado. A segunda área edifica o Programa de Apoio a Implementação de Sistema Estadual de Referência Hospitalar para a gestação de alto risco (Portaria GM/MS 2.817). E a terceira consiste na atenção ao pré-natal e ao parto na perspectiva da

qualidade da assistência, acessibilidade e principalmente na humanização da atenção.

Em 1999, o Ministério da Saúde propôs a criação dos Centros de Parto Normal (CPN), que são unidade de assistência ao parto de baixo risco fora dos hospitais, descentralizando o modelo hospitalocêntrico, passando os cuidados prestados à mulher e ao bebê para os enfermeiros obstetras. Em 2001, foi publicado pelo Ministério da Saúde o manual “Parto, Aborto e Puerpério - Assistência Humanizada a Mulher”, que veio definir a humanização da assistência e defender uma nova perspectiva dos cuidados prestados, evitando as intervenções desnecessárias e preservando a autonomia da mulher.

Nesse sentido, foram apresentadas algumas medidas que tiveram como objetivos melhorar a qualidade da assistência à mulher, as grávidas e valorizá-las como sujeitos de direitos em todo seu processo de saúde-doença, apresentando uma nova proposta de cuidado, evitando intervenções desnecessárias, priorizando a privacidade e autonomia da mulher e dessa forma melhorando o modelo da assistência.

Contudo, deve-se considerar que apesar dessas medidas, o modelo de assistência ao parto e nascimento no Brasil, em sua grande maioria, é extremamente intervencionista, no qual a gravidez é transformada em um evento médico e dessa forma, a assistência empregada ignora a fisiologia, os aspectos sociais e culturais do parto, de maneira que os riscos de patologias e complicações tornam-se frequentes, caracterizando o modelo tecnocrático de assistência ao parto. Este é definido pela predominância do uso da tecnologia sobre as relações humanas. Maia (2008) o evidencia como sendo um parto hospitalar realizado por médicos com um apoio excessivo de tecnologias e aparatos farmoquímico, se especificando como uma linha de montagem taylorista⁶, tornando-se o modelo de assistência ao parto predominante. Nesse sentido, o corpo da mulher é visto como uma máquina e o principal objeto do médico passam a ser o útero e o feto, dessa forma o parto é considerado como um trabalho mecânico. Davis-Floyd (2001) apresenta uma metáfora em que o corpo da mulher, de acordo com o modelo tecnocrático, passa a ser visto como uma máquina:

⁶ “A linha de montagem taylorista se caracteriza pela divisão técnica do trabalho e pela padronização e a realização de atividades simples e repetitivas” (FRANCISCO, 2016).

[...] ele passou a ser visto como um processo mecânico inerentemente imperfeito e indigno de confiança, e a metáfora do corpo feminino como uma máquina defeituosa acabou por constituir a base filosófica da moderna obstetrícia. Além disso, como a produção da fábrica de mercadorias tornou-se uma metáfora de organização central para a vida social, ele também se tornou a metáfora dominante para nascimento: o hospital se tornou a fábrica, o corpo da mãe se tornou a máquina, e o bebê se tornou o produto de um processo de fabricação industrial. Obstetrícia foi assim ordenada para desenvolver ferramentas e tecnologias para a manipulação e melhoria do processo inerentemente defeituoso de nascimento, e para fazer nascer em conformidade com o modelo de linha de montagem de produção da fábrica. (DAVIS-FLOYD, 2001)

Nessa perspectiva, o corpo da mulher passa a ser considerado como algo defeituoso, em que ela deixa de ser o principal objeto do parto, dando vez ao médico. O estado emocional da mulher e o ambiente externo o qual ela vive não são reconhecidos por esses profissionais, além de que, nesse modelo vigente são adicionados comportamentos considerados dispensáveis que passam a fazer parte da assistência ao parto tornando-os mecanizados, como são os procedimentos de ocitocina (hormônio utilizado para induzir o parto), cesariana, anestesia, tricotomia.

De acordo com Maia (2008) uma das mudanças mais emblemáticas provocada pelo modelo tecnocrático refere-se à posição da mulher no trabalho de parto, da vertical (sentada) para horizontal (deitada), com isso a mulher se viu obrigada a ficar imobilizada e deitada, o que dificulta o processo fisiológico. Essa lógica se justifica “por duas perspectivas muito presentes na moderna obstetrícia: facilitar ao médico ‘ver’ (examinar por meio do olhar) o trabalho de parto, bem como permitir a condução ativa do parto por ele.” (MAIA, 2008, p. 41).

As intervenções na assistência ao parto baseado nessa lógica impõe que os médicos exerçam algumas ações como: a manobra de Kristeller (empurrar a barriga da gestante com o braço ou o corpo para facilitar a saída do bebê) uso de ocitocina e episiotomia em quase todos os partos vaginais (incisão efetuada na região do períneo - área muscular entre a vagina e o ânus, para ampliar o canal de parto), tais medidas podem gerar complicações, motivando mais intervenções e mais problemas no parto, acarretando numa cesárea, que poderia não ter ocorrido caso não houvesse tantas interferências. No entanto, o modelo tecnocrático de assistência ao parto apresenta duas alternativas para as mulheres: um parto vaginal traumático com excesso de intervenções desnecessárias ou uma cesárea não opcional, desse modo, a mulher é vista como um sexo socialmente construído e essencialmente

defeituoso, portanto necessitando de correções expressa nas intervenções, como o caso da necessidade da criação da cesárea.

Em 20 anos, todas as regiões do mundo registraram um aumento nos casos de cesáreas, atualmente a média dessa taxa na Europa é de 20% a 22%, nos Estados Unidos é de 32,8%, e o Brasil é considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como líder mundial em cesárea. Tal *status* foi dado ao país pelo fato de que no ano de 2010 essa taxa era 52,3%, em 2011 subiu para 53,7% e segundo a OMS, o ano de 2014 essa taxa já teria chegado a 55%. Porém desde 1985, a OMS considera que a taxa de cesárea ideal deveria ficar de 10% a 15% em todos os partos realizados, entretanto vários setores da sociedade vêm pedindo a revisão dessa taxa, mas a OMS considera essa revisão um desafio, pois não existe um sistema de classificação ideal e aceito internacionalmente para fazer a retificação.

Existem diversas razões para o aumento dessa prática, em primeiro lugar devido à medicalização dos partos; seguido por medo por parte das mulheres da dor do parto normal⁷; crença de que o parto vaginal é prejudicial ao bebê; é considerado por parte dos médicos e algumas mulheres que o parto vaginal afrouxa a musculatura da vagina, interferindo na satisfação sexual; falta de qualificação do médico para o parto normal; para os médicos é melhor fazer um parto cesáreo de hora marcada se adequando a seus horários e funcionamento dos hospitais. A prática da cesárea passou a fazer parte da “cultura” de mulheres das classes sociais dominantes, ou seja, o tipo de parto também é uma marca de *status* social, evidência corroborada pela alta incidência de partos cesáreos nos serviços privados de saúde. Tal reflexão foi feita pela Rede Parto do Princípio⁸ em um dossiê sobre o atendimento ao parto no Brasil elaborado no ano de 2006.

Diniz (2009) apresenta que em 2008, foi realizado em Belo Horizonte o seminário “Paradoxo perinatal brasileiro: mudanças do paradigma para a redução da mortalidade materna e neonatal”. O seminário debateu sobre as altas taxas de cesáreas desnecessárias e a elevação dos índices de prematuridade, avaliou a prática abusiva de procedimentos sem evidências científicas, além de discutir de

⁷ Tal concepção foi construída devido as intervenções e procedimentos dolorosos, criados pelos médicos para facilitar a saída do bebê. Portanto através de um parto de qualidade e humanizado essas práticas são abolidas e a mulher pode ter um parto vaginal sem dor e traumas.

⁸ A Rede Parto do Princípio congrega mulheres que luta pela promoção da autonomia das mulheres, tendo como principal eixo de atuação a defesa e a promoção dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher, em especial no que se refere à maternidade consciente. Atua na articulação de mulheres nos planos local, regional e nacional por meios virtuais (redes sociais e e-mails) e presenciais. (PARTO DO PRINCÍPIO, 2015)

como enfrentar esses problemas no cotidiano dos serviços de saúde. A mesma autora traz que alguns serviços do SUS tem se empenhado para melhorar o atendimento oferecido as mulheres, apresentando bons resultados. Iniciativas do Ministério da Saúde tem facilitado esse processo como, por exemplo, o Programa de Humanização do Pré- Natal e Nascimento e o prêmio Galba de Araújo⁹. Contudo, “o modelo de assistência ao parto em muitos serviços do SUS é inseguro e pouco apoiado em evidências científicas, além de ser marcado por uma relação autoritária entre profissional e usuárias.” (DINIZ, 2009, p. 317)

Precisa-se haver a conscientização, que apesar de ser segura atualmente, a cesárea é uma intervenção cirúrgica que pode trazer riscos tanto para mãe quanto para o bebê, evidenciando que uso excessivo de tecnologia na assistência ao parto pode não resultar em benefícios.

3.3 HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO

O modelo de assistência ao parto humanizado deve considerar a mulher como principal sujeito do parto, demonstrando que a sua participação é importante para a realização do processo de nascimento, o qual deve acontecer de maneira natural, incluindo o respeito à fisiologia de cada mulher e evitando o excesso de recursos tecnológicos.

A humanização da assistência ao parto surge a partir de movimentos sociais e principalmente pelas reivindicações dos movimentos feministas que lutam pelo parto e nascimento humanizado. De acordo com Tornquist (2002) esses movimentos propõem mudanças no modelo de atendimento ao parto hospitalar e medicalizado, tomando como base a proposta da OMS de 1985, que incentiva o parto vaginal; o aleitamento materno imediato no pós-parto, alojamento conjunto da mãe e do recém-nascido; a presença de acompanhante no processo do parto; atuação de enfermeiros obstetras nos partos normais, além da modificação das rotinas

⁹ O prêmio Galba de Araújo “busca reconhecer os esforços desenvolvidos pelos profissionais de saúde nos estabelecimentos públicos e privados que integram a rede SUS, ressaltando as inovações voltadas para a humanização do atendimento à mulher e ao recém-nascido. Um hospital de cada uma das cinco macrorregiões do país é premiado com uma placa, um certificado e uma quantia em dinheiro que, até 2001, era de R\$ 30 mil.” (REDE, 2002, p.16).

hospitalares consideradas desnecessárias e intervencionistas. Essas práticas visam humanizar o trabalho de parto e desestimular as ações intervencionistas do parto medicalizado tidas como desumanizadoras.

Como já foi citado no item anterior, no Brasil a partir da década de 70 do século XX, os movimentos de mulheres iniciam uma discussão sobre a assistência obstétrica humanizada, visando questionar o excesso de intervenções no parto normal e a crescente taxa de cesárea, nesse sentido, o movimento feminista reconhecia que a maternidade era vivida em condição de opressão em que “as mulheres se sentiam tratadas não como pessoas com novas necessidades, mas como embalagens para o feto, como uma pélvis assexuada, vigiada e submetida a intervenções institucionais.” (REDE, 2002, p.23). O movimento buscava a maternidade como sendo algo voluntário, uma escolha da mulher, jamais uma condição imposta pela sociedade, além de uma assistência ao parto seguro respeitando seus direitos. Já na década de 80, alguns procedimentos adotados durante o parto passam a ser reconhecidos como violentos e arriscados e no ano de 1985 em Fortaleza, representantes da OMS e Organização Pan- Americana de Saúde reuniram-se e realizaram recomendações para as práticas tidas como de rotina nos hospitais, maternidades e unidades de saúde, questionando seu papel na assistência ao parto.

Diniz (2005) apresenta que ainda na década de 80, alguns grupos como o Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, Associação Comunitária Monte Azul em São Paulo e Cais do Parto em Pernambuco, ofereceram assistência humanizada à gravidez e ao parto e propuseram mudanças nas práticas.

No ano de 1993, como já foi dito nos itens anteriores, é fundada a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (REHUNA). Nesse momento há também uma presença importante das ideias de saúde coletiva e defesa do SUS. Muito dessas ideias foram organizadas pelo grupo Encontro Parto Natural e Consciente no Rio, o que contribuiu para formar uma comunidade composta por grupos como Mãe Empoderadas, Parto Natural, Amigas do Parto, entre outras, o que levou a construção de várias iniciativas pessoais, institucionais, políticas públicas e colaborações para a instalação da humanização na assistência ao parto no Brasil. (DINIZ, 2005, p.631)

Já no ano de 1994, surge no Rio de Janeiro a primeira maternidade pública autodefinida como humanizada, que recebeu o nome de Leila Diniz. Houve também

a criação do prêmio Galba Araújo para as maternidades humanizadas e a apresentação das Casas de Parto no ano de 1988.

Essas iniciativas serviram de bases para que no ano de 2000, o Ministério da Saúde desse início a um processo mais amplo de humanização dos serviços como o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento e Programa de Humanização dos Hospitais.

A partir desses momentos inicia-se uma demanda, ainda que fragmentada, de negação do modelo tecnocrático, promovendo um consenso de que é necessário humanizar o parto e nascimento, o qual deve assumir o reconhecimento da autonomia da mulher, além da necessidade de tratar esse processo com práticas que de fato apresentem evidências científicas, permitindo aumentar a segurança da mãe e do recém-nascido e respeitando suas escolhas.

Nesse sentido, Dias (2006) traz a que a humanização da assistência ao parto tem sido definida por diversos autores como:

[...] resgate do acompanhamento do trabalho de parto e assistência ao parto respeitando a fisiologia destes momentos, oferecendo o necessário suporte emocional não só para a mulher, mas também para a família ou para as pessoas que a parturiente escolheu para estarem ao seu lado. Também faz parte desse processo respeitar os desejos da mulher e o seu 'plano de parto', proporcionando que estes acontecimentos sejam vivenciados em sua plenitude. Apesar do fato de preconizar uma menor intervenção médica nestes processos, o conceito de humanização prevê a possibilidade de que toda tecnologia perinatal hoje existente, e que se empregada apropriadamente garante maior segurança não só para mãe como também para os bebês, esteja disponível para que possa ser utilizado por profissionais qualificados. (DIAS, 2006, p. 59)

Nessa lógica, a valorização do parto e nascimento humanizado se configura como uma etapa importante para a autonomia e poder de decisão das mulheres, melhorando a relação entre profissionais de saúde e gestantes, passando a ser menos autoritária. É necessário que a equipe obstétrica proporcione um apoio emocional durante toda assistência técnica, de modo que esses profissionais entendam as necessidades específicas à assistência humanizada e as necessidades individuais da parturiente. É um processo que inclui modificação na estrutura física, transformando o espaço hospitalar num ambiente mais acolhedor para que se proporcione a mulher o direito a acompanhante durante o parto, e que nesse espaço possa ser estabelecido às práticas humanizadas; é fundamental que haja investimentos de qualificação e capacitação de profissionais, visto que “a maioria

desses profissionais ao sair da graduação não voltam a se atualizar.” (SERRUYA et al., 2004, p. 274), ressalta-se que além de humanizar a assistência ao parto é preciso também humanizar os hospitais, criando um ambiente acolhedor e de confiança.

Diniz (2009) aponta que além de profissionais qualificados e serviços bem equipados, precisam-se desenvolver intervenções inovadoras, que usem tecnologia simples e que todos os níveis de cuidado sejam aplicados às gestantes, como o exemplo dos centros de partos normal¹⁰, intra-hospitalares, anexos ou independentes, com parteiras qualificadas ou enfermeiras. A autora revela a importância da presença de um acompanhante da escolha da mulher, e o apoio de uma doula¹¹ no parto e pós-parto, pois foi revelado através de evidências que a presença de uma acompanhante pode promover melhores resultados maternos e neonatais.

Dias (2006) com base nas recomendações da OMS e de alguns autores, e das análises da humanização dos cuidados oferecido às mulheres em trabalho de parto, enumera três aspectos presentes no modelo de atendimento humanizado:

1- Uma recepção que acolha a mulher e sua família, que lhes permitam expressar suas preocupações e que garanta toda informação que desejarem sobre a internação hospitalar, o trabalho de parto e parto. 2- Um acompanhamento que inclua o respeito à fisiologia do trabalho de parto, que garanta a presença de um acompanhante de escolha da mulher, que ofereça suporte físico e emocional ao mesmo tempo em que de acordo com o desejo da gestante faz uso de diferentes tecnologias de maneira apropriada para melhor evolução do trabalho de parto. 3- A assistência ao parto e ao recém- nascido dentro dos mesmos princípios, mas também preocupada em proporcionar o estabelecimento dos vínculos afetivos, o início do aleitamento materno e a vivência desses momentos como uma experiência positiva e fortalecedora para a mulher. (DIAS, 2006, p. 61- 62)

Nesse sentido, na assistência humanizada ao parto é necessário o reconhecimento dos direitos humanos e direitos reprodutivos e sexuais da mulher, incluindo também seu direito a serviços e informações de qualidade durante e depois do parto. Portanto, com objetivo de melhorar a assistência obstétrica e com a

¹⁰ Em Belo Horizonte existem dois Centros de Parto Normal do Hospital Sofia Feldman, criados no ano de 2011. Existe em Salvador o Centro de Parto Normal Mansão do Caminho, criado no ano de 2012. Outro modelo é o Centro de Parto Normal do Hospital Dr. Alberto Feitosa Lima na cidade de Tauá – Ceará, criado no ano de 2014. (PORTAL BRASIL, 2015)

¹¹ As doulas são acompanhantes de parto profissionais, encarregadas de prover o conforto físico, emocional e afetivo à mulher que está dando à luz. Por meio do trabalho verbal e físico, a doula pode trazer à mulher a confiança de que ela necessita para ter uma experiência de parto positiva e o mais próximo possível do que ela deseja. (REDE, 2002, p. 20)

necessidade de um método que sensibilizasse gestores e profissionais na perspectiva de uma visão mais ampla e crítica da assistência, foi lançado o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, que será discutido a seguir.

3.4. PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO (PHPN)

No Brasil, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento foi instituído pelo Ministério da Saúde através da Portaria/GM nº 569 de 1º de junho do ano 2000, baseado nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mulher no período de pré-parto, parto e pós-parto, e traz como paradigma conceitual a humanização, no âmbito dos direitos da mulher, contemplando a questão de gênero, as técnicas aplicadas na assistência ao parto e as questões de humanização, compreendendo que essas três esferas são inseparáveis dentro da assistência de humanizada.

O objetivo principal do PHPN é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes, ao recém-nascido, na concepção do direito a cidadania. E nesse sentido, o programa apresenta como aspecto de humanização:

O Programa fundamenta-se no direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal como condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. A humanização compreende, entre outros, dois aspectos fundamentais. O primeiro, diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde, organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e adotar condutas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O segundo, 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 frequência, acarretam maiores riscos para ambos (BRASIL, 2002, p.5).

O PHPN iniciou uma estratégia para impulsionar e auxiliar os municípios a aderir essas ações, através de novos recursos para custear a assistência e transferindo-os mediante o cumprimento de alguns critérios para melhoria da assistência, os critérios foram: realizar a primeira consulta pré-natal até o quarto mês de gestação; garantir a realização dos seguintes procedimentos: no mínimo, seis

consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação; uma consulta no puerpério, até 42 dias após o nascimento; exames laboratoriais: (a) ABO-Rh, na primeira consulta; (b) VDRL, um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana da gestação; (c) Urina rotina, um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana da gestação; (d) Glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana da gestação; (e) Hemoglobina/Hematócrito, na primeira consulta; oferta de testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta, naqueles municípios com população acima de cinquenta mil habitantes; aplicação de vacina antitetânica até a dose imunizante (segunda) do esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres já imunizadas. (BRASIL, 2002)

O PHPN tem como ponto de partida a necessidade de diminuir a morbidade e a mortalidade materna, no âmbito da humanização da assistência humanizada, envolvendo profissionais de saúde, comunidade e principalmente os gestores, visto que no modelo tecnocrático de assistência ao parto há descaso com a gestação; verifica-se tendência de “naturalização do óbito materno, como algo inevitável; bem como identifica-se no modelo tecnocrático a percepção do parto como um evento biológico feminino, desconsiderando as questões sociais presentes nesse processo. No combate a este modelo, o PHPN apresenta princípios e diretrizes que reafirmam o direito a uma assistência de qualidade:

Art. 2º Estabelecer os seguintes princípios e diretrizes para a estruturação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento: a - toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; b - toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; c - toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura. (BRASIL, 2000 p. 2).

Este programa está inserido na Política Nacional de Humanização e para a sua operacionalização é necessário que as responsabilidades sejam distribuídas nas três esferas do governo, de modo que o governo Federal entre em articulação com os Estados, Municípios e Distrito Federal para que o mesmo seja implementado. Dessa forma, deve-se estabelecer um instrumento de controle de avaliação e de acompanhamento, para tanto o programa é estruturado em três componentes:

Componente I- Incentivo à Assistência Pré-natal: que objetiva fornecer uma assistência pré-natal adequada, estimulando os estados e municípios de acordo com os princípios e critérios estabelecidos, instituindo incentivos financeiros a serem transferidos para os municípios que aderirem ao programa. **Componente II- Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal:** tem por finalidade promover o desenvolvimento de condições técnicas e operacionais para a organização e regulação da assistência obstétrica e neonatal, através da elaboração de Centrais de Regulação e de sistemas móveis de atendimento pré e intra-hospitalar e financiamento a hospitais públicos e filantrópicos integrados ao SUS. **Componente III- Nova Sistemática de Pagamento da Assistência ao Parto:** busca a melhoria do custeio da assistência ao parto nos hospitais integrantes do Sistema de Informações Hospitalares – SIH SUS, aumentando o valor e a forma de remuneração dos procedimentos da tabela referente ao parto. (BRASIL, 2002)

Nesse sentido, os estados devem organizar e operar a Central de Regulação Obstétrica e Neonatal Estadual, como também ajudar os municípios na estruturação da Central de Regulação Obstétrica e Neonatal Municipal e no desenvolvimento do sistema móvel de transporte pré e inter-hospitalar.

A adesão municipal ao PHPN dá-se a partir da aprovação do Termo de Adesão dos municípios habilitados. Com a aprovação desse termo, cada município recebe uma série numérica que devera corresponder à identificação das gestantes cadastradas nas unidades de saúde municipais ou estaduais. O cadastramento é realizado por profissionais de saúde, médicos ou enfermeiros, utilizando o Sistema de Informação do Pré-natal (SISPRENATAL), e em cada consulta os profissionais devem atualizar o cadastro da gestante.

O SISPRENATAL tem como objetivo monitorar o cumprimento dos critérios de qualificação da assistência, acompanhar os indicadores de qualidades do programa, como também disponibilizar os dados de cada gestante, permitindo o monitoramento do programa pelos gestores do SUS. O SISPRENATAL disponibiliza duas fichas (Ficha de Cadastro da Gestante e Ficha de Registro Diário dos Atendimentos) que servem para a entrada de dados das gestantes. As informações contidas nas fichas geram indicadores de processo, permitindo fazer a avaliação da assistência pré-natal oferecida, disponibilizando por localidade e período.

A cada mês esse sistema gera Boletim de Produção Ambulatorial (BPA), que gerará o faturamento do incentivo R\$ 10,00 (dez reais) por gestante cadastrada até o quarto mês de gravidez. O valor total de cada município deve ser registrado no Relatório de Valores Exclusivos para Empenho (VEP/SAI) e o depósito será feito na conta do Fundo Municipal de Saúde. Há também um repasse de R\$ 40,00 (quarenta reais) para o município correspondente a conclusão da assistência do pré-natal, desde que sejam cumpridos todos os procedimentos mínimos (seis consultas pré-natal, todos os exames obrigatórios, a imunização antitetânica, a realização do parto e a consulta puerpério) estabelecidos pelo PHPN. Há o repasse de R\$ 40,00 (quarenta reais) para os hospitais integrados ao Programa, para tanto, o hospital deve fazer parte da rede de referência para o atendimento ao parto, contido no Termo de Adesão assinado pelo município e informar o número da gestante no SISPRENATAL, na Autorização de Internação Hospitalar (AIH); esses incentivos são pagos com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação do Ministério da Saúde (FAEC).

Nessa perspectiva, o financiamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento tem como objetivo incentivar os estados e municípios a realizarem uma assistência de qualidade com o mínimo de procedimentos estabelecidos, além do cadastramento das gestantes.

A partir desse momento será realizada uma análise de acordo com os estudos feitos por alguns autores sobre o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Nesse sentido, as pesquisas mais amplas já realizadas, dentro da literatura trabalhada, correspondem aos anos de 2001 e 2002, início da implantação do programa. Além disso, a maioria dos estudos disponíveis reflete as realidades locais, sendo assim, são poucos os resultados a níveis nacionais.

Os principais autores utilizados para fazer essa análise a nível nacional do PHPN serão: Serruya, Cecatti, Lago 2004a; Serruya, Cecatti, Lago 2004b; Serruya, Cecatti, Lago 2004c; Serruya 2003; Cardoso 2007; Andreucci, Cecatti 2011. De modo geral esses autores usaram dados do SISPRENATAL e leituras a respeito do tema para construir seus estudos. Para ilustrar a implementação do programa a nível municipal será utilizado à tese de doutorado de Martinho 2011; a pesquisa foi realizada em duas maternidades de Salvador, sendo uma pública e outra privada, com objetivo de verificar a implementação do programa de humanização do parto em contextos diferentes. Ressalta-se que a implementação do programa foi

analisada apenas na maternidade pública, uma vez que na privada não houve estratégia de implementação, sendo utilizada apenas para fins comparativos.

De acordo com os estudos analisados, no primeiro semestre do Programa, que se refere ao segundo semestre do ano 2000, apenas quatro estados encaminharam Termos de Adesão, totalizando 55 municípios. De janeiro a junho de 2001, 586 municípios aderiram ao Programa e no final do segundo semestre 2.523 municípios já haviam aderido, até então apenas uma capital não estava fazendo parte do Programa. Os municípios continuaram a aderir ao Programa e no final de 2002, em alguns estados, a adesão atingia totalidade dos municípios e em onze estados o percentual de adesão era superior a 80%. Os estados com baixo percentual, inferior a 25%, eram Espírito Santo, Maranhão e Rio Grande do Sul. Em dezembro de 2002, 3983 municípios, representando 71% do total do Brasil, já haviam aderido (SERRUYA, LAGO, CECATTI, 2004b).

De acordo com a análise dos indicadores do programa nos dois anos estudados, 2001 e 2002, o programa atingiu um aumento na sua cobertura de 9,25% no ano de 2001 para 27,92% no ano 2002, com 555.979 mulheres no segundo ano, a maioria inscrita com até 120 dias de gestação. O percentual de mulheres que realizaram seis consultas pré-natais foi de 20% nos dois anos estudados, contudo, quando se combina esse critério com a consulta puerperal e/ou exames obrigatórios, esse percentual cai para 10% no ano de 2002. (SERRUYA, CECATTI, LAGO 2004a). Nesse sentido, à medida que se aumenta os critérios assistenciais, os percentuais diminuem, revelando que a realização do conjunto de atividades é um desafio na atenção pré-natal.

De acordo com Serruya (2003) o número de municípios com cadastramento é sempre muito maior do que o número que apresenta o procedimento de conclusão da assistência. A razão é que, para que um município possa apresentar conclusão, tem que estar informando há pelo menos seis meses, tempo aproximado para o término das gestações após o cadastramento. Assim apenas 2%, em 2001 e 5%, em 2002, das mulheres cadastradas realizaram todos os critérios assistenciais estabelecidos.

O registro da vacina antitetânica cresceu 100% de 2001 para 2002, enquanto o percentual de solicitações de exames para a detecção de sífilis foi a metade em relação a solicitações de exames para a AIDS nesses dois anos. A implementação do programa e a instalação do sistema de informações, SISPRENATAL, com a

produção de dados, ocorreram em 3.016 municípios, até dezembro de 2002. Foram cadastradas 720.871 mulheres nos dois anos em análise, 2001 e 2002 (SERRUYA, CECATTI, LAGO 2004c)

As análises até então citadas corresponde ao componente I do PHPN, que trata dos incentivos a assistência ao pré-natal, neste os autores buscaram avaliar a cobertura do programa e de indicadores gerados a partir do SISPRENATAL.

Após a apresentação desses dados, partiremos para análise do estudo feito em duas maternidades em Salvador no ano de 2010, que levou em consideração o componente II do programa que se refere à regulação e assistência ao parto. Para tanto, avaliou-se as práticas humanizadas e seguras nas organizações das rotinas, procedimentos e estrutura física, além de condutas acolhedoras e não intervencionistas. Foram entrevistadas na maternidade pública 18 gestantes e na maternidade particular 11 gestantes. (MARTINHO, 2011)

A primeira análise feita pela a autora Martinho (2011) corresponde à organização do Programa em ambas as maternidades. Verificou-se que a maioria dos profissionais não apresentavam conhecimentos sobre os objetivos do programa, embora alguns médicos afirmaram terem lido a respeito por interesse próprio. Nenhuma maternidade ofereceu treinamento para a equipe médica sobre humanização do cuidado.

A segunda análise feita é sobre a assistência no pré-parto. Na maternidade pública, os profissionais não utilizaram recursos para alívio da dor, seja através de mecanismos farmacológicos ou não. De acordos com as entrevistas feitas “alguns profissionais consideram que a dor é necessária e é como uma forma de punição do pecado”. (MARTINHO 2011, p. 88) Também não era permitida a presença de acompanhantes, devido à deficiência na estrutura física. Muitos procedimentos aos quais as gestantes eram submetidas não eram explicados pelos agentes das práticas, ou só eram explicados quando questionados. Observou-se que, constantemente foram utilizados meios para o aceleração do trabalho de parto. Em relação à assistência de enfermagem, observou-se que esses profissionais tinham pouco contado com as parturientes. Na maternidade privada, todas as mulheres realizaram parto cesárea, então não foi relato dor, pois elas não entraram em trabalho de parto, e durante o parto foram submetidas à anestesia. Nos dois hospitais não havia sala de PPP, o que significa que um mesmo ambiente foi utilizado para realizar o cuidado no pré-parto, parto e pós-parto. Como também não

existiam equipamentos que são recomendados para auxiliar o trabalho de parto vaginal, a exemplo de banheiras e bola de pilates. O alojamento em conjunto não ocorreu de imediato após o parto, o recém-nascido era levado para o berçário permanecendo cerca de seis horas. Em relação a alívio da dor, as duas maternidades não disponibilizaram de métodos não farmacológicos ou doulas para fazer melhorar a assistência. (MARTINHO, 2011)

O próximo ponto abordado refere-se à assistência durante o parto. Na maternidade pública, 08 das 18 mulheres entrevistadas tiveram parto vaginal, porém 03 delas desejassem fazer cesarianas. Todas relataram que não escolheram o tipo de parto que teriam, pois o parto vaginal era estimulado até o último momento e a cesárea só era realizada, quando não se tinha alternativas. A ocorrência de 10 partos cesáreos pode se explicar pelo fato da maternidade ser referência para gestação de risco. Observou-se também que as gestantes tinham pouca ou nenhuma autonomia na escolha da posição do parto, além da falta de vínculo entre as gestantes e os obstetras (o que também pode ter sido determinado pelo fato acima citado, ocasionado por situações de transferência da gestante em funções de risco durante o parto). Verificou-se a frequente realização de episiotomia e ausência de enfermeiros na sala de parto, raramente identificou-se a presença destes profissionais. Na maternidade privada as parturientes tiveram acesso a instalações físicas confortáveis incluindo música, de sua preferência, na sala de parto. No que se refere à posição no momento do parto, as parturientes ficaram em posição recomendada para cesárea, porém as mãos eram liberadas quando o recém-nascido era colocado em contato com elas, logo após o nascimento. A presença de acompanhantes, da escolha da gestante, era comum em todos os partos. As gestantes exerceram sua autonomia na escolha do tipo de parto e, principalmente, do acompanhante. Apenas 5, das 11 parturientes entrevistadas foram estimuladas a amamentar logo após o nascimento, ainda na sala de parto. As parturientes que passaram por esse momento se referiram como um momento marcante do parto, associando à humanização do cuidado. (MARTINHO, 2011)

O quarto ponto abordado referente à assistência é sobre o pós-parto. Na maternidade pública, a presença de acompanhantes ocorreu em apenas 4 casos, sendo que não foram assegurados a eles as condições mínimas de conforto. As visitas aconteciam em horários restritos e pré-estabelecidos e com limite máximo de pessoas. A relação das gestantes com os profissionais era distante e muitas vezes,

com tratamentos grosseiros, sendo relatado que eles não respondiam aos seus questionamentos ou forneciam poucas explicações. Na maternidade privada, o acompanhante escolhido pela gestante, permaneceu no pós-parto dando continuidade ao apoio emocional iniciado nos estágios anteriores do parto. A maternidade oferecia instalações confortáveis para os acompanhantes. Em relação à assistência de enfermagem, as parturientes apresentaram algumas divergências. Algumas gestantes apresentaram elevada satisfação e outras demonstraram insatisfação, citando pressa para desenvolver as atividades e a prática mecânica da assistência. As duas maternidades disponibilizaram alojamento conjunto, porém o recém-nascido só era entregue a mãe depois de permanecer seis horas em observação no berçário. Esta é uma prática comum em ambos os serviços, independente das boas condições de saúde do bebê. (MARTINHO, 2011)

De acordo com a autora do estudo, a comparação entre as práticas de implementação relacionadas à humanização do parto nas duas maternidades de Salvador mostrou grande desigualdade entre a esfera pública e privada. Na maternidade pública existiram diversos fatores que contribuíram para o baixo desempenho da implementação dos componentes do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento como a não adoção de uma estratégia de implementação que expandisse as diretrizes e os objetivos do programa, a realização de capacitação de profissionais, como também a supervisão, monitoramento e acompanhamento da implementação no cotidiano do serviço e investimentos na estrutura física da maternidade. Além da resistência dos profissionais em adotar as medidas preconizadas para humanizar o parto. Na maternidade privada as condições e possibilidade de acerto do PHPN estão relacionadas aos investimentos na valorização do profissional, nos treinamentos dos serviços, sobretudo nas relações interpessoais voltadas para a equipe de enfermagem, como também no melhoramento da estrutura física.

Nesse sentido, ressalta-se que um grande desafio para a implementação da intervenção do programa encontra-se nos seus objetivos e diretrizes, uma vez que eles se apresentam de maneira genérica e pouco precisa, e mesmo após o PHPN a qualidade da assistência ainda não é a ideal. Portanto, esse estudo apresenta grande relevância, pois pode ser usado como ferramenta para melhoria da humanização da assistência ao parto, não apenas nas maternidades referidas, mas também tomando como base de conhecimento para uma análise a nível nacional.

Nessa perspectiva, deve-se levar em consideração para o ineditismo do PHPN considerado por alguns autores, pois de acordo com Serruya, Lago, Cecati (2004c) na literatura consultada não foi possível encontrar nenhum formato de programa como o do PHPN, pois ele apresenta uma intervenção para um país em desenvolvimento; oferece diretrizes para as diferentes instâncias da assistência; descreve condições mínimas para a atenção, com incentivo financeiro junto ao cumprimento de tais condições; e propõe um sistema de informação que possibilita ao gestor local identificar e corrigir falhas.

Nessa direção, o PHPN representa uma estratégia de cuidado tanto para a mãe quanto para o bebê, no âmbito da melhoria dos indicadores nacionais de saúde, colocando outras questões à atenção pré-natal como um meio importante para garantir a saúde das mulheres. Contudo, o PHPN ainda precisa melhorar a sua execução, pois é necessário conhecer o verdadeiro impacto na saúde das mulheres, e para isso é importante que o programa seja estudado, monitorado, avaliado e, se necessário revisado, sempre na perspectiva de oferecer melhores resultados, permitindo avanços nos âmbitos maternos e perinatais.

4 O ACOLHIMENTO NA PERSPECTIVA DA POLÍTICA DE SAÚDE E DO SERVIÇO SOCIAL.

4.1 ACOLHIMENTO NA PERSPECTIVA DA SAÚDE

As reflexões sobre o acolhimento na saúde apresentam-no como um instrumento capaz de qualificar a assistência nos processos de trabalho em saúde, considerando o usuário como sujeito de direitos e que também participa da produção de saúde. É uma prática que está inserida no processo de humanização das relações entre os trabalhadores e os usuários, indicando uma relação humanizada entre estes, atentando-se para os diferentes tipos de usuários que fazem parte do serviço de saúde.

Os estudiosos do tema apresentam concepções variadas sobre o acolhimento no âmbito da saúde:

Barra (2011, p. 132) traz que o acolhimento na saúde é entendido como uma ferramenta tecnológica que faz parte do modo de produção de saúde, intervindo na qualificação da escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços. É uma tecnologia do encontro entre os atores envolvidos no processo de trabalho em saúde. Permite um olhar e uma escuta ampliada sobre as necessidades de saúde com compromisso pela busca das melhores formas de respondê-las.

Nesse mesmo sentido Deslande (2006, p. 407) com base nas reflexões de Franco, Bueno e Merhy (1999), compreende que o acolhimento é uma tecnologia que tem sido incorporado no sentido de mudança na cultura de atendimento, na transição para um modelo de atenção centrado na pessoa, que valoriza a dimensão subjetiva nas ações de saúde. Aplica-se como estratégia de organização da assistência, mudando o foco do médico assistencial para o trabalho em equipe multiprofissional e criando relações baseadas em parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania.

Uma perspectiva abordada por Garuzi et al. (2014, p. 145) parte da compreensão que o acolhimento é uma etapa do processo de trabalho, podendo ser

realizada em um espaço físico determinado e por meio de uma equipe designada para atender à demanda da população. O acolhimento passa a ser entendido como uma “relação de ajuda”, em que os usuários são aqueles que procuram ajuda, sendo objetos e agentes da ação, pois opinam e tomam decisão. Em outra concepção, este mesmo autor considera o acolhimento no sentido comunicacional em uma rede technoassistencial, envolvendo várias técnicas específicas e concebe o acolhimento como dispositivo que promove a articulação das diferentes atividades em um espaço coletivo de conversações. Sua função é atender as demandas diárias das unidades de saúde, fazendo com que os usuários tenham resolutividade dos problemas ou sejam encaminhados para outros serviços, quando necessário. Desse modo, o acolhimento é entendido como uma tecnologia relacional capaz de desenvolver e potencializar os processos entre a população, profissionais e os gestores do sistema de saúde.

Nesse sentido, observa-se que os autores entendem o acolhimento como um processo tecnológico que permite o acesso aos usuários ao sistema de saúde, considerando-o como participante ativo do processo de produção de saúde, além de reconhecê-lo como sujeito de direito. É um processo que permite a construção de uma relação mais humanizada, centrada no usuário com a criação de vínculos que se tornam necessários para a qualidade da intervenção entre profissionais e usuários, numa nova dimensão da atenção.

Portanto, o acolhimento surge como uma mudança nas práticas de saúde e do processo de trabalho dos profissionais, centrando no usuário a sua intervenção, de maneira que este favoreça a alteração da lógica hospitalocêntrica ou da lógica de atenção por apenas um profissional, e passa a admitir a atuação de outros profissionais como da área da psicologia, do social, nutrição e etc., a partir das demandas que os usuários apresentam, buscando em outros espaços institucionais a resolutividade dos problemas, possibilitando, dessa forma, a ação de uma equipe multiprofissional e de intersetorialidade.

Franco, Bueno e Merhy (1999) apresenta que a construção do processo de trabalho de saúde centrada no usuário pressupõe os seguintes princípios: atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantido acessibilidade universal, acolhendo e escutando para possibilitar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas dos usuários; reorganizar o processo de trabalho, deslocando o eixo central do processo de trabalho do médico para uma equipe multiprofissional,

que escute o usuário e se comprometa com a resolução do seu problema; qualificar a relação profissional-usuário com parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.

O acolhimento acontece também quando se estabelece o diálogo para uma busca de informações com objetivo de compreender as necessidades dos usuários e nesse sentido Teixeira (2003) o apresenta como:

É o elemento que, de certa forma, conecta uma conversa à outra, interconecta os diferentes espaços de conversa. Em qualquer encontro trabalhador-usuário, em qualquer de nossas conversas, não cessamos de “acolher” novas possíveis demandas que, eventualmente, “convidam” o usuário a frequentar outros espaços, a entreter outras conversas. Creditamos a uma dada técnica de conversa ou de relação. [...] a competência em manter todos esses espaços interconectados, oferecendo aos usuários as mais amplas possibilidades de trânsito pela rede. Nesse sentido, pode-se dizer que esse dispositivo faz com que as diferentes atividades (diferentes conversas) não apenas se articulem em rede, mas se constituam num autêntico espaço coletivo de conversações. (TEIXEIRA, 2003, p. 10)

O autor apresenta a noção do acolhimento dialogado, como uma técnica especial de conversa, orientado por uma busca das necessidades que o usuário possui e das possibilidades e modos de atendê-las. Quando há o diálogo entre profissionais e pacientes existe a possibilidade de surgirem demandas que eles próprios desconhecem. É importante que o profissional esteja livre dos roteiros para as coletas de informações, para que dessa forma os usuários se sintam mais livres para se expressarem e o profissional possa identificar demandas que não estão postas naquele momento.

Os entendimentos de acolhimentos até então apresentados rompe com a noção tradicional de acolhimento historicamente construído que se resume em ambiente agradável e confortável ou como triagem administrativa e encaminhamentos para outros serviços. Ambas as ações tem a sua importância, porém quando realizadas de maneiras isoladas e descomprometidas com os processos de construção de vínculos e responsabilização faz com que muitos serviços de saúde convivam com filas que se iniciam pela madrugada; reproduzem uma forma de lidar com o trabalho que privilegia procedimentos e atividades em detrimento dos resultados e efeitos para os sujeitos que estão sob sua responsabilidade; que atendam pessoas doentes sem acolhê-las durante o momento de agravamento do problema e profissionais muito atarefados, exaustos de tanto

realizar atividades e não conseguindo efetuar um acolhimento de qualidade. (BRASIL, 2006)¹².

É preciso não restringir o conceito de acolhimento ao âmbito da recepção, o acolhimento na porta de entrada só tem sentido se for compreendido como uma passagem para o acolhimento nos processos de produção de saúde. Senão entendido dessa forma associa-se a ideia de triagem. Esmeraldo et al. (2009, apud BARRA 201, p. 136) explica a diferença entre as concepções de acolhimento e triagem. A triagem se refere a uma técnica para organizar a demanda do serviço de saúde e utiliza apenas critérios técnicos. Já o acolhimento associa essa ideia à compreensão da subjetividade e do contexto do usuário, por meio de uma escuta qualificada.

A compreensão do acolhimento implica o protagonismo dos sujeitos envolvidos no processo de trabalho, uma relação mais humanizada entre trabalhadores e usuários que é orientado por princípios e posturas éticas e se apresenta como uma das principais diretrizes da Política Nacional de Humanização. Em seus documentos oficiais o acolhimento é entendido como:

Acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/ populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva. (BRASIL, 2013 p. 8-9).

Como dispositivo da PNH, o acolhimento é compreendido desde a recepção do usuário no serviço de saúde, comprometimento com as necessidades dos usuários, como também a resolução dos problemas apresentados por estes. Configura-se como uma das diretrizes de maior relevância de tal política para a operacionalização do SUS que propõe protagonismo de todos os sujeitos envolvidos, a reorganização do serviço a partir da problematização dos processos de trabalho, além de mudanças na estrutura e na forma de gestão para ampliar os espaços democráticos de discussão, escuta e decisões coletivas (BRASIL, 2006).

¹² Cartilha da PNH: Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde, redigida pelo Ministério da Saúde.

Portanto, enquanto processo de humanização, o acolhimento visa a melhorias no atendimento, construindo uma relação de confiança e apoio entre trabalhadores e usuários, e por se caracterizar como um procedimento dinâmico e contínuo é preciso estabelecer uma avaliação e reorientação permanente para que as ações aconteçam de maneira qualificada e garanta o direito à saúde.

Na perspectiva da assistência ao parto, o acolhimento implica na recepção da mulher, desde sua chegada à unidade de saúde, responsabilizando-se por ela, ouvindo suas queixas, permitindo que ela expresse suas frustrações e angústias buscando garantir-lhe atenção resolutiva e articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, caso necessário. (BRASIL, 2005)

Dessa forma, o acolhimento deve acontecer desde o início da gravidez, que é vivenciada por cada gestante de maneira diferente, no qual deve-se esclarecer questões que são singulares tanto para as mulheres quanto para seu parceiro, mesmo para quem já teve outros filhos. A equipe de saúde deve entrar em contato com a gestante e compreender os diferentes significados da gestação para a mulher e sua família. O acolhimento da mulher e seu acompanhante é fundamental para que se estabeleça um vínculo de confiança com os profissionais e serviços de saúde, apoiando o protagonismo na gestação e o poder de escolha, pois na assistência ao parto, aquele é considerado ainda incomum.

O Manual de Acolhimento e Classificação de Riscos em Obstetrícia traz que frequentemente queixas comuns da gestação podem esconder situações que demandam ações rápidas, o que exige preparo das equipes para uma escuta qualificada e habilidade para identificar as questões clínicas. Nesse sentido, o acolhimento constitui-se uma tecnologia importante e é decisivo para o reconhecimento de condições clínicas urgentes, como também no fortalecimento da vivência do parto. Segundo o referido manual, seu principal objetivo é promover e garantir o acesso e a qualificação do cuidado à saúde das mulheres e do recém-nascido durante todo processo, que envolve a recepção, os espaços assistenciais, as resoluções para proporcionar respostas definitivas e/ou encaminhamento responsável para outros locais (BRASIL, 2014).

Os serviços prestados pelos profissionais de saúde devem considerar o acolhimento como condição de dignidade à gestante e seu filho, sendo acolhida integralmente a partir de seus relatos, nesse sentido a equipe de saúde deve estar atenta as questões físicas e psíquicas para apreender suas necessidades e realizar

uma atenção resolutiva, ou seja, as histórias que cada mulher traz devem ser acolhidas por uma escuta aberta, sem julgamentos e preconceitos, para que dessa forma contribua para um parto e nascimento tranquilo.

Nessa perspectiva, a proposta de acolhimento no período gestacional deve reunir elementos capazes de promover um vínculo com a gestante, transmitindo-lhe confiança e tranquilidade, exigindo a motivação e capacitação de todos os profissionais para acolher a grávida, seu companheiro e família, respeitando todos os significados desse momento.

Brehmer e Verdi (2010) afirmam que na prática de todos os serviços públicos, o acolhimento se organiza em modos de atendimento aos usuários com finalidade de garantir acesso e qualidade na atenção. Juntamente com outras estratégias operacionais, o acolhimento, visa contribuir para a construção de um SUS universal e integral como orienta seus princípios.

Os mesmos autores entendem que muito além da teoria, o acolhimento como prática, mantém-se associado a uma atividade puramente técnica, sendo que a postura de acolher está distante do ideal no plano real das ações. Nesse sentido faz-se necessário uma estratégia que se proponha a ultrapassar o tecnicismo e suas barreiras e que se fundamente em princípios éticos e sociais. Na prática, ainda temos que o acolhimento é implementado com diversos empecilhos atribuídos principalmente a determinantes organizacionais; descaso com a qualidade da atenção; limitação do acesso e negação do direito.

Com base nas reflexões acima, podemos afirmar que torna-se necessário um acolhimento construído e apoiado nas diversidades sociais, históricas e culturais dos usuários. Faz-se necessário também uma educação continuada para capacitação dos profissionais para que esses estejam aptos a atenderem os usuários, respeitando as subjetividades e diferenças que cada um possuiu, cabe à equipe e gestor de saúde estarem atentos a realidade dos usuários e à qualidade de trabalho da equipe multiprofissional, permitindo assim um trabalho de acolhimento dinâmico, com resolutividade das ações e garantindo o direito à saúde.

4.2 ACOLHIMENTO NO ÂMBITO DO SERVIÇO SOCIAL

Durante a pesquisa realizada foi identificado que o Serviço Social não apresenta produções científicas em relação ao acolhimento, porém pode-se identificar que alguns autores contemporâneos como Cláudia Priscila Chupel, Regina Célia Tamasso Miotto e Eva Teresinha dos Santos, trazem reflexões de conhecimentos historicamente construídos embasadas nas concepções teórico-metodológicas, técnico-operativo e ético-político que oferecem base para discutir o acolhimento.

Em uma revisão bibliográfica realizada por Chupel (2008)¹³ observou-se que, no âmbito do serviço social, existe uma concepção variada do que seja o acolhimento. Nesse sentido, a autora traz a concepção de Sarmento (1994)¹⁴ que debate sobre acolhimento na perspectiva do relacionamento. Para esse autor, no Serviço Social o relacionamento vem sendo discutido desde o início da profissão, com as contribuições de Mary Richmond¹⁵. Esta afirmava que era por meio do relacionamento, que o cliente trazia as situações ao profissional e a afirmação desta relação dependia da ação direta do assistente social junto ao seu cliente. No serviço social brasileiro, tal concepção de relacionamento sofre alterações, sobretudo a partir do final da década de 1980, quando há a compreensão do significado sócio-histórico da profissão e sua definitiva inserção na divisão sócio-técnica do trabalho; apontando elementos que irão influenciar na literatura social, vista como relações socialmente produzidas por meio das relações de produção e o relacionamento nesse contexto é situado na totalidade das relações sociais que constituem a vida social e são mediadas pelo mercado e por ele coisificado. (SARMENTO, 1994. *apud*

¹³ A revisão bibliográfica integra a dissertação de mestrado da autora, intitulada: "ACOLHIMENTO E SERVIÇO SOCIAL: um estudo em hospitais estaduais da Grande Florianópolis".

¹⁴ Hélder Boska de Moraes Sarmento em sua dissertação de mestrado, intitulada: "INSTRUMENTOS E TÉCNICAS EM SERVIÇO SOCIAL: elementos para uma rediscussão" faz uma aproximação com o acolhimento quando realiza uma discussão sobre relacionamento, pois de acordo com autor, o relacionamento se apresenta como uma categoria que permeia toda prática profissional.

¹⁵ Mary Richmond teve uma grande representação para o Serviço Social, através da criação de uma metodologia baseada numa análise clínica dos problemas sociais. Ela introduziu no Serviço Social um método no qual se realiza o estudo diagnosticando o problema social, avaliado logo em seguida e por fim estabelecendo um tratamento. Richmond com ideias da filantropia científica, associava as teorias estrutural-funcionalistas e as metodologias de intervenção especificamente o serviço social de caso, serviço social de grupo, organização de comunidade e, posteriormente, desenvolvimento de comunidade. (ANDRADE, Maria Angela R. A., 2014)

CHUPEL, 2008, p. 68) Assim, o autor apresenta uma crítica ao modelo de relacionamento baseado apenas no aspecto afetivo:

[...] isto acaba por negar toda a dimensão política da prática, uma vez que é nela que o profissional possibilita aberturas com vistas à autonomia, à insubordinação, de forma oposta às relações de reprodução das relações sociais. Aqui se encontra delimitada a dimensão política do relacionamento, pois, “nele estão presentes as relações globais de força e, pelo reconhecimento de sua expressão de poder sempre manifesto nas relações” (SARMENTO, 1994, p. 259 *apud* CHUPEL, 2008 p.68)

Uma segunda perspectiva sobre o acolhimento refere-se à reflexão que Santos (2006)¹⁶ faz a respeito da importância do acolhimento no processo de intervenção do Serviço Social junto às mulheres em situação de violência que são atendidas no Centro de Atendimento à Vítima de Crime (CEVIC), em Florianópolis-SC. Nesse sentido a autora define o acolhimento como sendo:

[...] um processo de intervenção profissional que incorpora as relações humanas. Não se limita ao ato de receber alguém, mas a uma sequência de atos dentro de um processo de trabalho. Envolve a escuta social qualificada, com a valorização da demanda que procura o serviço oferecido, a identificação da situação problema, no âmbito individual, mas também coletivo (SANTOS 2006, p. 58)

A autora também traz que, como proposta de intervenção profissional do Serviço Social, o acolhimento apresenta os seguintes momentos: entrevista individualizada; exposição das informações sobre os serviços oferecidos; momento da escuta da queixa; diagnóstico da situação; encaminhamento para outros setores; repasse de informações sobre direitos sociais; e registro do material coletado. Ao situar a escuta qualificada como um instrumento para a realização do processo de acolhimento, a autora aponta para variadas possibilidades, entre as quais a da liberdade de expressão da mulher, da compressão da rede de relações sociais, da percepção da situação problema, por primar pelo direito da pessoa usuária.

Santos (2006) defende que o acolhimento não é uma nova nomenclatura para as terminologias já existente, pois este carrega consigo vários elementos, como postura profissional, projeto ético-político, processo teórico-metodológico, articulação de conhecimentos e instrumentos técnico-operativos. O acolhimento está além da

¹⁶ Trata-se de estudo integrado ao trabalho de conclusão de curso realizado pela autora, intitulado como “O acolhimento como um processo de intervenção do serviço social junto a mulheres em situação de violência”.

aplicação de uma técnica como uma entrevista ou questionário, pois este traz a dinamicidade, a dialética, o movimento, envolve um agir local, uma metodologia, uma filosofia, uma postura ética e uma opção política, que se efetiva a partir da visão do que é ser homem, do que é ser mulher e da concepção de mundo e de sociedade que envolve o profissional e o usuário.

Já sobre a atuação do assistente social em relação ao acolhimento na área da saúde Chupel (2005) apresenta que o assistente social é um dos profissionais da área da saúde que demonstra ter uma leitura social diferenciada em relação aos outros profissionais, pois sua atuação está pautada na percepção do indivíduo enquanto cidadão, sujeito de direito e envolvido por uma rede de relações sociais e institucionais. O assistente social tem um olhar para além do aspecto clínico ou do processo de saúde e doença, e considera o usuário como sujeito de direito. É nesse sentido que está a noção de humanização defendida pelo Serviço Social. Portanto é a partir do acolhimento e dos processos sócio- assistenciais que se torna possível fazer a leitura das demandas e necessidades verbalizadas ou não pelo usuário. O acolhimento estimula a tomada de decisão a respeito das ações que serão desenvolvidas durante a intervenção, pois o acolhimento se caracteriza pelo contado direto com o usuário, e visa ações como o trabalho educativo, terapêutico, emergencial, ou seja, com objetivo de viabilizar direitos sociais e buscar a efetivação da cidadania com conteúdos reflexivos e de natureza educativa e terapêutica. Nesse sentido a autora caracteriza o acolhimento como tendo uma das principais finalidades:

[...] informar, sem deixar de lado outras demandas que pedem resolução imediata. Preconiza-se, portanto, que o acolhimento, além de buscar o bem estar e o atendimento humanizado, torna-se ferramenta essencial do processo sócio-educativo atribuído aos assistentes sociais, que como os outros profissionais da área da saúde, está incumbido de receber este usuário e de assisti-lo, avalizando o princípio da integralidade. Além da informação existem outras características e finalidades do processo de acolhimento que são relevantes, em especial, a criação do vínculo, uma notável finalidade do acolhimento e que o Assistente Social tem uma significativa importância em sua construção e na confiança que se estabelece a partir dela. (CHUPEL 2005, p. 69).

Essa mesma autora em um de seus trabalhos traz um debate sobre o espaço ocupacional do assistente social nos hospitais. Ela afirma que este é um campo de tensionamento, contraditório e conflituoso, especialmente no campo ético e no âmbito econômico nas sociedades capitalistas, nas quais a saúde é uma mercadoria rentável. Nesse sentido, algumas normas são impostas aos profissionais, sem que

os mesmos concordem, indicando o que a autora destaca como baixa governabilidade da profissão. Neste processo, a autonomia do assistente social desenvolvida na instituição pode ser comprometida, dificultando o fazer profissional, até mesmo impedindo que as ações estejam submetidas aos interesses dos usuários e não apenas aos da instituição.

As pressões por parte das instituições acontecem devido ao modelo econômico atual, porém os assistentes sociais possuem acima dessas pressões um projeto ético-político da profissão que os direciona para as mudanças das práticas de uma gestão valorizando a lucratividade. Para tanto, há a necessidade de desenvolver ações que utilize o trabalho do assistente social por meio de ações criativas e inovadoras. Dessa forma o projeto ético-político¹⁷ está de acordo com as práticas de acolhimento, desenvolvendo ações baseadas no comprometimento com a população usuária, o que transforma a prática profissional baseada apenas nos interesses das instituições para uma prática voltada para os direitos e bem estar dos usuários que procuram o serviço de saúde. Pois o acolhimento realizado pelo assistente social é feito na perspectiva do projeto ético-político que centraliza a intervenção nas necessidades do usuário, através de uma relação humanizada, no sentido de respeitar, de tratar o usuário como um sujeito de direitos, buscando a garantia do acesso, no direito à inserção numa rede comunicacional.

O acolhimento enquanto processo de intervenção do assistente social pode politizar, tornar público e fortalecer a autonomia do usuário, como também ser manipulado e ser usado como ferramenta da instituição que não funciona de maneira adequada e das políticas sociais insuficientes. Por isso Santo (2006, p. 76) afirma que não basta apenas acolher, é preciso investir em políticas que visem à prevenção, a conscientização e a mudança de comportamento dos usuários. É um trabalho que exige a articulação como projeto ético-político profissional como também diferentes áreas do conhecimento e disponibilidade para uma ação em rede, tendo como perspectiva a construção da democracia participativa, do resgate

¹⁷ O projeto ético-político do Serviço Social propõe a construção de uma nova ordem social, sem exploração, dominação de classe, etnia e gênero, com a defesa dos direitos humanos. No âmbito político ele defende a equidade e a justiça social; a ampliação e a consolidação da cidadania. No ponto de vista profissional, requer o compromisso com a competência, que só pode ter como base o aperfeiçoamento intelectual do assistente social; com uma formação acadêmica qualificada, fundada em concepções teórico-metodológicas críticas e sólidas. Nesse sentido, o projeto indica que o desempenho ético-político dos profissionais deve se articular com outras categorias que defendem propostas similares e com os movimentos que apoiam a luta geral dos trabalhadores. (NETTO, 1999)

dos princípios que historicamente foram negligenciados, pois tais medidas são essenciais para prevalecer o direito do usuário.

Portanto, pode-se entender que o acolhimento é construído por um processo dinâmico que demanda do assistente social um entendimento contínuo entre a teoria e a prática, entendendo como uma relação dialética em que a teoria é sempre um ponto de referência para a prática profissional e vice-versa, bem como uma compreensão ampla da conjuntura que envolve o atendimento. Tendo como objetivo a garantia dos direitos sociais e construção da cidadania, baseada em uma postura ética, respeitando o usuário e o considerando em seus aspectos para a melhoria da qualidade do serviço de acolhimento prestado aos usuários.

Na dimensão teórico- metodológica, o acolhimento representa um recurso essencial para o assistente social, pois na sua intervenção são utilizados conhecimentos que dão base para uma percepção clara da realidade, trazendo elementos da escuta qualificada e conhecimento das possibilidades e limites da intervenção profissional e para isso é necessário a utilização de diferentes conhecimentos, que vão além da dimensão objetiva e material, e influi principalmente nos aspectos subjetivos dos usuários. (SANTOS, 2006)

Como forma ilustrativa, será apresentada a seguir parte do estudo realizado por Cláudia Priscila Chupel (2008) em hospitais estaduais situados na região da Grande Florianópolis¹⁸. Em sua dissertação de mestrado Chupel (2008) realiza um estudo sobre acolhimento objetivando verificar como o acolhimento está sendo operacionalizado no cotidiano profissional do Assistente Social que atua na área da saúde, mais especificamente, na alta complexidade.

O primeiro aspecto abordado pela autora foi a definição de acolhimento a partir dos assistentes sociais entrevistados. Foram identificados os seguintes elementos: fornecimento de informações; conhecimento da demanda do usuário; escuta; postura profissional; comportamento cordial e classificação de risco.

A definição do acolhimento como *fornecimento de informações* é considerado no sentido de que há informações relevantes a serem repassadas ao usuário em questão. Estas informações podem ser na perspectiva da instituição de saúde, como também referente a outras políticas sociais ou serviços sociais essenciais à situação. Já o acolhimento como momento de *conhecimento da demanda do usuário*, refere-

¹⁸ Na referida pesquisa, Chupel (2008) entrevistou 23 assistentes sociais.

se ao momento em que o profissional questiona o que o usuário vem buscar no serviço de saúde, ou seja, conhecimento para saber quais são as necessidades de saúde que fez o usuário ir buscar o serviço.

A definição de acolhimento como *escuta* perpassa pelo papel do assistente social nos serviços de saúde, tendo em vista que eles têm como tarefa parar para ouvir o paciente, tendo apenas a intenção de ouvir o paciente. Como *postura profissional*, o acolhimento é visto como uma diretriz, e nesse sentido, receber, escutar e tratar de maneira humanizada os usuários e suas demandas é postura baseada no acolhimento.

No âmbito de um *comportamento cordial* o acolhimento é visto como receber bem o ajudado, de maneira calorosa, sendo receptivo e interessado, para que o ajudado se sinta valorizado. Na concepção do acolhimento como *classificação de risco*, este tem origem na Política Nacional de Humanização, pois nela o acolhimento é visto como uma diretriz de implementação na qual os assistentes sociais são chamados a atuarem junto a outros profissionais da saúde, denominado pela PNH como Classificação de Risco. Na Classificação de Risco, a PNH recomenda que os profissionais realizem o acolhimento classificando as situações que surgem no setor de emergência do hospital. Um atendimento acolhedor baseado em critérios de risco objetiva a redução das filas e do tempo de espera, ampliação do acesso em pronto-atendimento, pronto-socorro, ambulatório diagnóstico e terapia. (CHUPEL, 2008, p. 49- 50)

Nesse sentido, autora observou que existem diferentes definições sobre o acolhimento pautado em embasamentos teóricos com visões críticas e visões conservadoras. Para tanto, a autora optou em dividir os entrevistados em dois grupos: um com influências da vertente crítica e outro com influências da vertente conservadora.

O grupo de profissionais influenciados pela vertente crítica em que o acolhimento é definido como fornecimento de informações, conhecimento da demanda e escuta, está mais relacionado ao debate atual de acolhimento realizado no âmbito da Saúde Coletiva. O espaço de ouvir, de conhecer as necessidades de saúde do usuário, está baseado na integralidade da atenção e busca pela maior resolutividade, constituindo um movimento de universalização e de interpretação de que a saúde é direito do cidadão e dever do Estado. Desse modo, os profissionais são influenciados pela vertente crítico-dialética que orientam o fazer profissional. Já

o grupo que apresentou influências conservadoras que pensou o acolhimento como postura profissional e como comportamento cordial, apresentam uma visão limitada, que não consegue abranger todo o seu potencial, considerando apenas a esfera individual do profissional. Nessa visão, a noção crítica, de totalidade e da coletivização das demandas sociais, é inexistente e encerra o acolhimento nele mesmo. A autora afirma que quando o acolhimento se encerra nele mesmo, é mais difícil de atingir a integralidade, a resolutividade e não é possível dar respostas adequadas às necessidades de saúde trazidas pelo usuário, pois essa leitura depende do conceito ampliado de saúde. (CHUPEL, 2008, p. 51- 52)

Chupel (2008) afirma que diante das entrevistas realizadas com os assistentes sociais, pôde-se perceber que o acolhimento está inserido na dinamicidade do processo interventivo. Ou seja, não é possível estabelecer uma rotina constituída de passos ou níveis de cumprimento. Portanto, existem diferentes maneiras de operacionalizar o acolhimento a partir de seus conhecimentos adquiridos pelos profissionais, a singularidade da situação, além de suas referências ético-políticas.

Outra perspectiva abordada na pesquisa corresponde a qual é o objetivo do acolhimento prestado pelos assistentes sociais. Dessa forma a pesquisadora questionou: “para que o assistente social faz acolhimento?” E verificaram-se três objetivos: para garantir o acesso do usuário aos mais diversos direitos sociais; construir uma relação de confiança tal, que permita a criação de vínculos e; para que informações sejam captadas a fim de subsidiar as decisões acerca das intervenções a serem realizadas. Nesse ponto de vista, os três objetivos encontram-se interligados, porém se considerarmos separadamente pode comprometer a intervenção, particularmente no trabalho multiprofissional e intersetorial.

No que diz respeito ao objetivo *do acesso do usuário aos direitos sociais*, refere-se à disponibilização de informações a respeito de serviços e de seus direitos no âmbito da saúde e da instituição. Além disso, são disponibilizadas informações das demais políticas setoriais tanto no nível público quanto no privado. Em relação à *criação do vínculo de confiança* que o acolhimento propicia objetiva-se o estabelecimento de uma relação entre usuários e profissionais e também com os serviços de saúde. Portanto, espera-se que seja estabelecida uma confiança para que o usuário possa retornar e acessar os serviços de saúde, para atendimento de suas demandas. Com o objetivo de *subsidiar as decisões sobre as ações a serem*

realizadas, é com o acolhimento que o profissional compreende as necessidades do usuário, e a partir dela inicia o processo de planejamento de suas ações profissionais tentando identificar as possíveis respostas e por quais vias elas serão dadas, ou seja, quando a profissional reconhece as necessidades do usuário, as possibilidades de intervenção podem ser buscadas. (CHUPEL, 2008, p. 52- 53)

Desse modo, a autora tentou evidenciar como o acolhimento vem sendo pensado e realizado pelos assistentes sociais na área da saúde no âmbito da alta complexidade no Sistema Único de Saúde. E verificou-se que o modo de operacionalizar o acolhimento pelos assistentes sociais teve um sentido uniforme e um discurso unificado, sugerindo que a sua operacionalização entre esses profissionais é parecida, com rotinas e abordagens próximas.

Através das definições estabelecidas pelas entrevistadas, Chupel (2008) observou que não existe uma definição específica do quem vem a ser o acolhimento para o Serviço Social, nesse sentido, ele se apresenta como múltiplo, numa perspectiva multidimensional. E elementos como escuta, fornecimento de informações, conhecimentos da demanda e postura profissional contribuem para a definição do acolhimento no âmbito do Serviço Social a partir da concepção das entrevistas.

Além disso, foi revelado, que as sustentações advindos das bases teórico e metodológico permearam as concepções sobre o acolhimento, porém o referencial ético político apresentou maior significância para a compreensão do acolhimento, atrelado ao projeto político da profissão. O Código de Ética Profissional, Movimento Sanitário e os princípios da Política de Saúde também foram veiculados como referências para a atuação profissional.

A partir das leituras realizadas e tomando como base a pesquisa elaborada por Chupel (2008) referente ao acolhimento, tanto na área da saúde como no âmbito do Serviço Social, conclui-se que existem diferentes concepções sobre o acolhimento, não existindo um consenso sobre o que vem a ser o acolhimento e qual sua finalidade, porém são concepções que não se excluem e não se anulam.

Nesse sentido, Santos (2006) conclui que o acolhimento é um processo de intervenção profissional que se agrega as relações humanas, e não se limita ao ato de receber alguém, é algo que vai além disso, envolve a escuta social qualificada, com a valorização da demanda que procura o serviço oferecido e identificação do problema tanto no âmbito individual, quanto no coletivo. O ato de acolher alguém

requer uma postura profissional, competências técnicas, interação, uma relação que não pode ser de domínio, mas que respeite as diferenças, envolvendo uma atitude de cuidado entre os sujeitos.

Tais conclusões associam-se a concepção de Sarmiento (1994), ao refletir sobre o relacionamento, desta forma, o autor afirma que esta não é uma ação que surge de forma voluntária no profissional, é uma ação que se constrói e se explica na vivência da prática, como uma ação sobre a realidade, como consequência do seu compromisso no seu empenho pela transformação da sociedade. Ou seja, é pelo relacionamento que os profissionais podem transformar a compreensão que os usuários têm da realidade. “O relacionamento é esta ação profissional intencional na relação, isto é processo de mediação de relações sociais.” (SARMENTO, 1994, p. 260 apud Chupel 2008, p. 69)

4.3 REFLEXÕES SOBRE O ACOLHIMENTO A PARTIR DA BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Pode-se afirmar que apesar de existirem produções científicas que tratam o acolhimento no âmbito da saúde, este ainda é um assunto pouco debatido no fazer profissional dos assistentes sociais, considerando a bibliografia lida e especialmente a pesquisa de Chupel (2008). Ressalte-se que sua dissertação, os entrevistados aparentemente não apresentam uma percepção de tudo o que o acolhimento abrange mesmo este fazendo parte do cotidiano profissional. Pôde-se perceber que os profissionais apresentam diferentes visões, apreensões e diferentes ações a respeito dessa ação, pois se não há uma ação que não seja teoricamente debatida, não haverá uma ação prática que seja refletida.

Por outro lado, há um número considerável de trabalhos publicados sobre o tema acolhimento mostrando como o assunto vem se tornando recorrente nas práticas dos serviços de saúde, em que o acolhimento é pensado no âmbito do conhecimento de uma tecnologia que promove a relação entre sujeitos - trabalhadores e usuários - com produção de vínculo e de subjetividades.

No que se refere às produções do Serviço Social, este tema permanece sendo pouco debatido, mesmo considerando que o acolhimento é uma prática

presente no fazer profissional dos assistentes sociais. Assim, este tema deve ser discutido, ampliando os conhecimentos acerca do acolhimento, constituindo um universo mais amplo, com aprofundamentos teóricos sobre as ações dos assistentes sociais.

Diante do exposto foi construído um quadro com os principais¹⁹ autores utilizados para este estudo²⁰, com o objetivo de evidenciar a pouca bibliografia encontrada para a realização dessa pesquisa na perspectiva do acolhimento no Serviço Social e fazendo uma comparação com as bibliografias encontradas referente ao acolhimento na saúde.

Quadro 4: Bibliografia do acolhimento no âmbito da saúde

Ano	Título	Modalidade	Autor	Portal
1999	O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil.	Artigo	Túlio B. Franco, Wanderlei S. Bueno e Emerson E. Merley.	Scielo
2006	Acolhimento nas práticas de produção de saúde	Textos Básicos de Saúde	Ministério da Saúde.	Biblioteca Virtual em Saúde
2008	O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações.	Artigo	Ricardo Rodrigues Teixeira.	Biblioteca Virtual em Saúde
2009	Práticas de integralidade: Acolhimento e Vínculo no cuidado prestado a gestante.	Dissertação de mestrado	Roberta Lima Gonçalves.	Domínio Público
2010	Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a atenção à saúde dos usuários.	Artigo	Laura Cavalcante de F. Brehmer e Marta Verdi.	Scielo
2011	Acolhimento e Humanização: perspectiva do atendimento na Atenção Básica	Artigo	Joéllinton dos S. Aranha, Monyque Evelun Dos S. Silva e Jorge Luiz L. da Silva.	Scielo
2011	O acolhimento como	Artigo	Maria Alix L.	Revista

¹⁹ Neste quadro foi utilizado os autores de maior relevância para esse estudo. Por isso diferença do número de bibliografias contidas no quadro 3, da página 14.

²⁰ Para as bibliografias expostas nos quadros foram utilizadas os termos de busca como Acolhimento em saúde e Acolhimento em Serviço Social.

	estratégia de atenção qualificada: percepção de gestantes com hiv/aids em fortaleza, ceará.		Araújo, Roumayne F. V. Andrade e Simone P. de Melo.	Baiana de Saúde Pública
2011	O acolhimento no processo de trabalho em saúde.	Artigo	Sabrina Alves Ribeiro Barra	Serviço Social em Revista
2012	Acolhimento Humanizado às gestante de uma maternidade de referência no município de Caruaru-Pe.	Projeto de intervenção	Cristiane Dayse de O. Lima.	Portal Fiocruz
2013	Acolhimento à demanda espontânea	Cadernos de Atenção Básica	Ministério da Saúde.	Biblioteca Virtual em Saúde
2014	Acesso e acolhimento no cuidado pré-natal à luz de experiência de gestantes na Atenção básica	Artigo	Maria Zeneide N. da Silva, Andréa B. de Andrade e Maria Lúcia M. Bosi.	Scielo
2014	Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia	Manual	Ministério da Saúde.	Biblioteca Virtual em Saúde
2014	Acolhimento na estratégia Saúde da Família: revisão integrativa.	Revisão integrativa	Miriane Garuzi, Maria C. O. A, Cintia A. S., Suelen A. R. e Regina S. S.	Scielo

Fonte: Autora

Quadro 5: Bibliografia do acolhimento no âmbito do Serviço Social

Ano	Título	Modalidade	Autor	Portal
2005	Acolhimento em saúde para os profissionais do Serviço Social: uma reflexão baseada no princípio da integralidade e sua relevância junto aos processos sócio-assistenciais.	Trabalho de Conclusão de Curso	Cláudia Priscila Chupel	Repositório da Universidade Federal de Santa Catarina
2006	Acolhimento como um processo de intervenção do Serviço Social junto a mulheres em situação de violência.	Trabalho de Conclusão de Curso	Eva Teresinha dos Santos	Portal do Governo Estadual de São Paulo
2008	Acolhimento e Serviço Social: um estudo em hospitais estaduais da grande Florianópolis.	Dissertação de mestrado	Cláudia Priscila Chupel	Repositório da Universidade Federal de Santa

				Catarina
2010	Acolhimento e Serviço Social: contribuições para a discussão das ações profissionais no campo da saúde.	Artigo	Cláudia Priscila Chupel e Regina Célia Tamasso Mioto	Biblioteca Digital da UNICAMP

Fonte: Autora

A partir do que foi exposto no quadro, pode-se constatar que a literatura encontrada para este estudo sobre o acolhimento em Serviço Social ainda é muito pequena, foram identificados poucos trabalhos referente a esse tema, o que representou um grande desafio para se discutir o acolhimento no âmbito do Serviço Social, isso demonstra a necessidade da profissão discutir essa temática, pois há poucos elementos teóricos que reflitam sobre a prática dos assistentes. Portanto, pode-se afirmar que o Serviço Social tem pouco problematizado o acolhimento tanto numa perspectiva teórica, quanto na prática, pois foi identificado apenas três autoras que discutem tal temática, Cláudia Priscila Chupel e Regina Célia Tamasso Mioto, que abordam o acolhimento em Serviço Social no âmbito da saúde e Eva Teresinha dos Santos trazendo um debate junto a mulheres que sofrem violência. Nesse sentido, considera-se que atualmente Cláudia Priscila Chupel é uma das principais autoras que discute o acolhimento no Serviço Social no âmbito da saúde. Já na perspectiva da saúde em geral, pode-se identificar que o acolhimento vem sendo discutido há algum tempo e apresenta um maior número de literatura sobre essa discussão.

Nesta perspectiva pode-se inferir que a produção científica sobre esse tema pode ser analisada, criticada e mesmo reelaborado quando remetida aos fundamentos teórico-metodológico, técnico-operativo e ético-político do serviço social. Simultaneamente o acolhimento em serviço social precisa ser problematizado considerando literaturas sobre o tema já produzidas na área em que a profissão está inserida, como no caso da saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final desse trabalho é possível fazer algumas considerações a respeito da temática abordada sobre a humanização na saúde, a assistência humanizada ao parto, incluindo o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento e o acolhimento em Serviço Social.

A partir do estudo realizado foi possível identificar que o conceito de humanização na área da saúde apresenta diferentes concepções, que variam desde a interpretação romântica ao comprometimento com os princípios da Política Nacional de Humanização; tais concepções diferenciadas demonstram um desafio conceitual para a humanização em saúde.

Em meio ao debate sobre a PHN pôde-se perceber que a sua implementação contribuiu para a humanização dos serviços de saúde. Desta forma, uma política que visa à humanização não pode estar dissociada aos direitos dos cidadãos já conquistados, visando garantir o atendimento e o acesso universal, justo e integral. E isso promove questões mais amplas, como o financiamento da saúde, recursos humanos e materiais, entre outras.

Atualmente estamos vivenciando no âmbito político, comportamentos voltados para redução de gastos públicos em áreas de prioridade como na saúde, no qual vem sendo colocada propostas de privatização do SUS, o que significa um retrocesso dos direitos humanos e de cidadania. Tal iniciativa é apoiada por adeptos conservadores que defendem a desarticulação da universalidade e integralidade para obtenção de lucros. Nesse sentido, parte-se da compreensão de que a PHN se apresenta enquanto política que traz um potencial de propostas que não contribui com práticas conservadoras na área da saúde pública, pois tal política apresenta como filosofia a integralidade dos serviços, acolhimento e cuidado com os usuários e trabalhadores de saúde, oferecendo condições de trabalho, proporcionando uma assistência humanizada compreendendo a particularidade de cada indivíduo. Porém vale ressaltar que a humanização no sentido da PHN, em alguns pontos está sendo desenvolvida como algo que necessita mais de mudança de comportamento do profissional do que em um debate aprofundado sobre os modelos de atenção e gestão da saúde. Contudo, considera-se importante uma revisão na

operacionalização da política para que seja pensado o enfrentamento desse limite apresentado.

Nesse sentido, é importante também pensar, que uma política que vise a humanização na assistência em saúde tenha como um dos seus objetivos um sistema que garanta a mulher uma assistência ao parto com atendimento humanizado, acolhimento e cuidados adequados, que além do monitoramento na área da saúde para garantia dos direitos, se pense também em meios para que o conhecimento sobre assistência ao parto chegue a mais mulheres para que elas possam usar a sua autonomia. Portanto, deve-se pensar, através de gestores e trabalhadores, em um atendimento acolhedor, com escuta qualificada e o tratamento respeitoso, como parte de solução para melhorar as expectativas das mulheres que chegam ao serviço de saúde, para que dessa forma elas possam perceber que um atendimento adequado faz parte da rotina de serviço e é um direito que pode ser exigido.

Diante do que já foi apresentado nos capítulos anteriores referente às deficiências e limitações da assistência o parto no Brasil, foi necessário criar ações para a efetivação de um programa que instaurasse critérios e indicadores possíveis de monitorar processos e resultados, a fim de melhorar os resultados maternos e perinatais. Para tanto, no ano de 2000, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no qual foi definido como estratégia melhoria da qualidade da atenção obstétrica e perinatal, e que apresentava como principal paradigma conceitual a humanização no âmbito do direito das mulheres.

Nessa perspectiva, assistência ao pré-natal objetiva o cumprimento de procedimentos básicos que tem como finalidade prevenir complicações na gestação e garantir o direito a toda mulher a maternidade mais segura, o que representa a qualidade e humanização na assistência. A partir das observações realizadas no presente estudo, foram identificadas algumas limitações nas estratégias do programa como dificuldades de notificação do SISPRENATAL; baixo índice de comprometimento dos gestores com PHPN; ações inadequadas no pré-natal, dentre outras. É importante, no entanto, ampliar as informações sobre a atenção às gestantes para que cada gestor possa tomar decisões garantindo uma assistência com dignidade, centrada na intervenção da subjetividade de cada mulher.

É importante também garantir instrumentos eficazes de monitoramento e avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, considerando

inclusive a possibilidade de uma revisão na sua finalidade, visando à delimitação dos principais objetivos no sentido de melhorar as estratégias e ampliação da adesão de tais objetivos pelos profissionais, além de uma equipe que possa fazer uma atualização do programa quando necessário (MARINHO, 2011).

Outra importante medida para mudança no modelo técnico-assistencial é o acolhimento na assistência, tanto na saúde como um todo, quanto na assistência às gestantes, pois esta é uma medida que tem como objetivo transformar as relações estabelecidas entre profissionais e usuários nos serviços de saúde.

O acolhimento na saúde se configura como processos de responsabilização, que tem como objetivo a criação de vínculo a escuta qualificada das demandas, troca de informações, reconhecimento de direitos e deveres, e decisões que visem intervenções significativas e eficazes que buscam as necessidades dos usuários do serviço de saúde. Nesse sentido, o acolhimento é considerado como um instrumento tecnológico no sentido de mudança na cultura do atendimento passando a centralizar o atendimento no usuário e valorizando a subjetividade nas ações de saúde.

Verificou-se também, que o acolhimento para os profissionais de Serviço Social faz parte do processo interventivo, se caracterizando pelo caráter educativo na perspectiva sócio- assistencial nas tomadas de decisões a serem realizadas. Nesse sentido, o acolhimento é uma medida tomada pela educação em saúde para o atendimento às necessidades dos usuários, que é realizado por meio de uma escuta qualificada, com objetivo de analisar as demandas dos usuários, utilizando instrumentos técnico- operativos do Serviço Social. Em consonância com assistência humanizada ao parto, tais medidas de acolhimento fortalecem a garantia de direito das mulheres no processo de gestação, possibilitando o conhecimento sobre o processo gestacional, que também é orientado pelo PHPN.

O Serviço Social por ser uma profissão operadora de direitos, deve contribuir pela participação, orientação, informação e formação de grupos com objetivo de auxiliar a visibilidade das problemáticas que envolvem as variadas situações do processo gestacional, e por isso a importância do acolhimento na assistência ao parto. O acolhimento às mulheres no processo gestacional realizado pelo profissional de Serviço Social implica em saber ouvir, conhecer a realidade da usuária, colaborar com a construção da autonomia, criar vínculos entre outras medidas que viabilizam uma assistência humanizada e de qualidade.

A autora Chupel em seu estudo realizado identificou que o acolhimento é processo interventivo da profissão e congrega três elementos:

a escuta, a troca de informações e o conhecimento da situação em que se encontra o usuário. Também se pode dizer que o acolhimento objetiva o acesso a direitos das mais diversas naturezas, bem como a criação de vínculo e a compreensão de elementos para fundamentar uma futura intervenção. [...] é o momento de aproximação com usuário, que demanda exigências quanto ao conhecimento do profissional, desde a utilização da entrevista até os fundamentos teórico-metodológicos, ético-políticos da profissão, bem como as normativas do campo da saúde e da rede de proteção social, a fim de melhor atender as necessidades do usuário, de forma resolutiva. (2008, p. 159)

Nesse sentido, pode-se dizer que o acolhimento realizado pelo assistente social condiz com as práticas humanizadoras da assistência ao parto e com os princípios e diretrizes do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, pois estes englobam o acesso a direitos, percepção da realidade feminina; o acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade, ou seja, objetiva direito a uma assistência humanizada e de qualidade. Desse modo, o acolhimento é de suma importância, pois através da escuta qualificada possibilita a liberdade de expressão da gestante e de quem a acompanha, contribui para gestante identificar no momento do parto algum tipo de violência obstétrica, como também possibilita ao profissional identificar os encaminhamentos que melhor atende a demanda da mulher.

Verificou-se que, no que concerne a problematização do acolhimento em Serviço Social junto ao PHPN não há referências bibliográficas nesse sentido, porém o projeto ético político da profissão, a condução técnica-operativa, bem como os instrumentos utilizados dão base para que o profissional operacionalize o acolhimento de acordo com os princípios e diretrizes do programa, visando o direito assistência ao parto de qualidade.

Espera-se que este trabalho contribua com elementos, ainda que de forma inicial, para os assistentes sociais pensarem sobre o acolhimento, principalmente aqueles que trabalham no âmbito da saúde. Contudo, sugere-se que novos estudos sejam realizados e venham melhorar esta contribuição no sentido da qualificação do acolhimento realizado pelo Serviço Social prestado ao usuário, visando novos conhecimentos teóricos para que se possa pensar o processo interventivo da

profissão, uma vez que o trabalho do assistente social nesse espaço ocupacional esta direcionado para garantia de acesso, democratização da atenção à saúde e qualidade dos serviços prestados.

REFERÊNCIAS:

ALCANTARA, Luciana da Silva; VIEIRA, João Marcos Weguelin. Serviço Social e Humanização na Saúde: limites e possibilidades. **Textos contextos**, Porto Alegre, v. 12, n. 2, p. 334-348, 2013. Disponível em: < <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/14332/10744>>. Acesso em: dez. 2015.

ANDRADE, Maria Angela Rodrigues Alves de. O Metodologismo e o desenvolvimentismo no Serviço Social brasileiro – 1947 a 1961. Disponível em:< <http://periodicos.franca.unesp.br/index.php/SSR/article/viewFile/13/78>>. Acesso em: jul. 2015.

ANDREUCCI, Carla Betina; CECATTI, J. G.. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n.6, p.1053-1064, jun, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n6/03.pdf>>. Acesso em: nov. 2015.

ARAÚJO, Maria Alix Leite; FERNANDES VIEIRA ANDRADE, Roumayne; PAES DE MELO, Simone. O acolhimento como estratégia de atenção qualificada: percepção de gestantes com HIV/Aids em Fortaleza, Ceará. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Fortaleza, v. 35, n. 3, p. 710, 2012. Disponível em: < http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/327/pdf_136>. Acesso em: out. 2015.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009. Disponível em: < <https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/miolo-livro-ricardo.pdf>>. Acesso em: maio. 2016.

BARRA, Sabrina Alves Ribeiro. O acolhimento no processo de trabalho em saúde. **Serviço Social em Revista**, Londrina, v. 13, n. 2, p. 119-142, 2011. Disponível em: < <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/8828/9122>>. Acesso em: out. 2015.

BARROCO, Maria Lucia Silva; TERRA, Sylvia Helena. **Código de ética do/a assistente social comentado**. São Paulo: Cortez, 2012. 262p.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Cien Saude Colet**, Nitérois, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a14v10n3.pdf>>. Acesso em: nov. 2015.

_____. Humanização na saúde: Humanização na saúde: um novo modismo?. **Interface-Comunic, Saúde, Educ**, Nitérois, v. 9, n. 17, p. 389-406, 2005. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a14.pdf>>. Acesso em: nov. 2015.

BOARETTO M.C. **Avaliação da Política de Humanização ao Parto e Nascimento no Município do Rio de Janeiro**. 2003. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: < <http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4684/2/613.pdf> > Acessado em: 06 jan.16.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. Avaliação Nacional do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 383-7, 2008. Disponível em:< http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/14401/art_TANAKA_Avaliacao_nacional_do_Programa_de_Humanizacao_do_2008.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: mar.2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: < <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>>. Acesso em: nov. 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS** . Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf>. Acesso em: out. 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Política Nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso em: jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf> Acesso em: 15 fev.16

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. – Brasília, Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf>. Acesso em: jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília. Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:< http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf>. Acesso em: fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/dae/ManualObstetricia.pdf>>. Acesso em: out.2015.

BRASIL, Portaria n.º 569, de 1º de junho de 2000. **Diário Oficial da União**, Brasília, 8 jun 2000. seção 1, p 4. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000.html> Acesso em: 06 Jul.16

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área técnica de saúde da mulher. **Pré-natal e puerpério: atenção humanizada: manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf Acesso em: 16 fev.16

BRASIL. Secretária executiva. **Programa Humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento: manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>> Acesso em: 06 jan.16

BREHMER, Laura Cavalcanti de Farias; VERDI, Marta. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 3, p. 3569-3578, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s3/v15s3a32.pdf>>. Acesso em: fev. 2016.

CARDOSO, Renata da Silva. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento: avaliando e construindo para avançar**. 2007. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Santa Catarina, 2007. Disponível em: <<http://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/90663>> Acesso em: 14 fev. 16.

CARVALHO, Deyse S.; PAULA, Michele F. **Acolhimento: potencialidades e limitações**. Disponível em: <http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=101> Acesso em: 18 maio. 16.

CHUPEL, Cláudia Priscila. **O acolhimento em saúde para os profissionais do Serviço Social: uma reflexão baseada no princípio da integralidade e sua relevância junto aos processos sócio-assistenciais**. Florianópolis: UFSC, 2005. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/118449/286835.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: mar.2016.

_____. **Acolhimento e Serviço Social: um estudo em hospitais estaduais da Grande Florianópolis**. 2008. Tese (Doutorado). Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Sócio-Econômico. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Santa Catarina, 2008. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/90888/260105.pdf?sequence=1>>. Acesso em: fev. 2016.

CHUPEL, Cláudia Priscila; MIOTO, Regina Célia Tamaso. Acolhimento e serviço social: contribuição para a discussão das ações profissionais no campo da saúde. **Serviço Social & Saúde**, Campinas, v. 9, n. 10, p. 37-59, 2010. Disponível em: < <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?down=47809>>. Acesso em: dez. 2015.

CONCEIÇÃO, Tainá Souza. A Política Nacional de Humanização e suas implicações para a mudança do modelo de atenção e gestão na saúde: notas preliminares. **Revista SER Social**, v. 11, n. 25, p. 194-220, 2010. Disponível em: < http://www.observasmjc.uff.br/psm/uploads/Pol%C3%ADtica_Nacional_de_Humaniza%C3%A7%C3%A3o_e_suas_implica%C3%A7%C3%B5es_para_a_mudan%C3%A7a_do_modelo_de_aten%C3%A7%C3%A3o_e_gest%C3%A3o_na_sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em: mar. 2016.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/apresentacao/apresentacao.htm>>. Acesso em: 23 maio 16.

COSTA, A. A. A.; SARDENBERG, C. M. B. (Orgs.) **O Feminismo do Brasil: reflexões teóricas e perspectivas**. Salvador: Universidade Federal da Bahia, Núcleo de estudos Interdisciplinares sobre a Mulher, 2008. Disponível em: < <http://docplayer.com.br/7453193-O-feminismo-no-brasil-reflexoes-teoricas-e-perspectivas.html>>. Acesso em: fev. 2016.

DAVIS-FLOYD, Robbie. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, Texas, v.75, n.1, 2001. Disponível em: <<http://davis-floyd.com/uncategorized/the-technocratic-humanistic-and-holistic-paradigms-of-childbirth/>>. Acesso em: maio 2016.

DESLANDES, Suely F. O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. **Interface Comun Saúde Educ**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 389-406, 2005. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000200017>. Acesso em: out. 2015.

DESLANDES, Suely Ferreira. **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2006.

DIAS, Marcos Augusto Bastos et al. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciênc saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 669-705, 2005. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300026>. Acesso em: nov. 2015.

DIAS, Marcos Augusto Bastos. **Humanização da assistência ao parto: conceitos, lógicas e práticas no cotidiano de uma maternidade pública**. 2006. Tese (Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher) - Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em : <<http://arca.icict.fiocruz.br/handle/icict/3424>> Acesso em: 05 jan.16.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social**. 1996. Tese (Doutorado). Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Departamento de Medicina Preventiva. Disponível em : < <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=478013&indexSearch=ID> > Acesso em: 05 jan.16.

_____. **Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto**. 2001. Tese (Doutorado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Medicina Preventiva. Disponível em : < https://www.researchgate.net/publication/34010137_Entre_a_tecnica_e_os_direitos_humanos_possibilidades_e_limites_da_humanizacao_da_assistencia_ao_parto > Acesso em: 05 jan.16.

_____. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciênc Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 627-37, 2005. Disponível em : < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a19v10n3.pdf> > Acesso em: 05 jan.16.

_____. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 313-326, 2009. Disponível em : < http://disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/114183/mod_resource/content/1/Diniz%20paradoxo%20perinatal.pdf > Acesso em: 05 jan.16.

DOMINGUES, R. M. S. M. **Acompanhantes familiares na assistência ao parto normal: a experiência da Maternidade Leila Diniz**. Dissertação (Mestrado) Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2002. Disponível em : < <http://arca.icict.fiocruz.br/handle/icict/5214> > Acesso em: maio.16.

FARIAS Brehmer de, Laura Cavalcanti; VERDI, Marta. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Florianópolis, v. 15, n. 7, 2010. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000900032&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: fev.2016.

FOUCAULT, Michel et al. O nascimento do hospital. In: _____. **A Microfísica do Poder**. La Piqueta,1992. p. 58-65. Disponível em : < <https://pt.scribd.com/doc/71279066/o-Nascimento-Do-Hospital-Foucault> > Acesso em: 05 fev.16.

FRANCISCO, Wagner De Cerqueira E. **Taylorismo e Fordismo**. Disponível em <<http://brasilecola.uol.com.br/geografia/taylorismo-fordismo.htm>>. Acesso em: 29 Jun.16.

FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderlei Silva; MERHY, Emerson Elias. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil “User embracement” and the working process in health: Betim’s case, Minas Gerais, Brazil. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, 1999.

Disponível em : < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n2/0319.pdf> > Acesso em: 05 jan.16.

GARUZI M, ACHITTI MCO, SATO CA, ROCHA SA, SPAGNUOLO RS. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Rev Panam Salud Publica**. 2014; v.35, n. 2, p.144–9. Disponível em : < <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v35n2/a09v35n2.pdf> > Acesso em: mar.16.

GONÇALVES, Roberta Lima. **Práticas de Integralidade: Acolhimento e Vínculo no Cuidado Prestado a Gestante**. 2009. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz. Recife, 2009. Disponível em : < http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=165074 > Acesso em: jun.16.

JESUS, Josiane Martins de; ALBUQUERQUE, Gelson Luiz de. A utilização de tecnologias relacionais como estratégia para humanização do processo de trabalho de saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Florianópolis, v. 6, n. 3, p. 351-356, 2007. Disponível em:< <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/4068/2725>>. Acesso em: mar. 2016.

LIMA, Cristiane Deise de Oliveira. **Acolhimento humanizado às gestantes de uma maternidade de referência no município de Caruaru-PE**. Disponível em <<http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2012lima-cdo.pdf>> Acesso em: 05 jan. 16.

MAIA, Mônica Bara. **Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional na rede hospitalar pública e privada de Belo Horizonte**. Dissertação (Mestrado). Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais. 2008. Disponível em : < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000500022 > Acesso em: 05 jan.16.

MARTINHO, Rosana Machado Lopes. **Programa de Humanização do Parto: análise da teoria e implantação em Salvador**. 2011. Tese de Doutorado. Universidade Federal da Bahia. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Disponível em: < <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/10900>>. Acesso em: 17 nov.15

MELLO, Inaiá Monteiro. **Humanização da assistência hospitalar no Brasil: conhecimentos básicos para estudantes e profissionais**. 2008. Disponível em : < http://hc.fm.usp.br/humaniza/pdf/livro/livro_dra_inaia_Humanizacao_nos_Hospitais_do_Brasil.pdf> Acesso em: fev.16.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002

MORI, Maria Elizabeth; OLIVEIRA, Olga Vania Matoso de. Os coletivos da Política Nacional de Humanização (PNH): a cogestão em ato. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 1, p. 627-640, 2009. Disponível em : < <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a14v13s1.pdf>> Acesso em: dez. 2015

NETTO, José Paulo. A Construção do projeto ético-político do Serviço Social frente à crise contemporânea. In: CFESS/ABEPSS; CEAD/UnB (Org.). **Crise contemporânea, questão social e Serviço Social. Capacitação em Serviço Social e política social**. Brasília: CEAD/UnB, 1999. Disponível em: <<http://welbergontran.com.br/cliente/uploads/4c5aafa072bcd8f7ef14160d299f3dde29a66d6e.pdf>>. Acesso em: jul.2016.

OLIVEIRA, Caroline Pimenta de; KRUSE, Maria Henriqueta Luce. A Humanização e seus múltiplos discursos-análise a partir da REBEn. **Rev Bras Enferm**, Porto Alegre, v. 59, n. 1, p. 78-83, 2006. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n1/a15v59n1.pdf>>. Acesso em: jan.2016.

PARTO DOPRINCIPIO. Denúncia da Parto do Princípio motiva ação do Ministério da Saúde. Disponível em: < <http://www.partodoprincipio.com.br/#!den-ncia--altas-taxas-de-ces-reas/ca7r>> Acesso em: 06.Jul.2016

PASCHE, Dário Frederico. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, n. Supl 1, p. 701-708, 2009. Disponível em : < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500021 > Acesso em: dez. 2015.

PASCHE, Dário Frederico; PASSOS, Eduardo; HENNINGTON, Élide Azevedo. Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública Five years of the National Policy of Humanization: the trajectory of a public policy. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, p. 4541-4548, 2011. Disponível em : < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a27v16n11.pdf> > Acesso em: dez. 2015.

PASSOS, Andersom Aguiar. **Assistência pré-natal no Ceará na perspectiva do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN)**. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Ceará. Departamento de Enfermagem Programa de Pós-Graduação em Enfermagem 2006. Disponível em: <http://www.teses.ufc.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1037>. Acesso em: dez. 2015.

PORTAL BRASIL. Centros de alta eficiência estimulam o parto normal no País. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2015/01/centros-de-alta-eficiencia-estimulam-o-parto-normal-no-pais>> Acesso em: 29 Jun.16.

PUCINI, Paulo de Tarso; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1342-1353, 2004. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/29.pdf>>. Acesso em: jan.2016

REDE Feminista de Saúde. **Humanização do parto: dossiê**. São Paulo: Rede Nacional, 2002. Disponível em: < <http://www.redesaude.org.br/home/conteudo/biblioteca/biblioteca/dossies-da-rede-feminista/015.pdf>>. Acesso em: nov.2015.

REDE NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO TRABALHADOR. Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite - CIB, CIT. Disponível em: <<http://renastonline.ensp.fiocruz.br/temas/comiss%C3%B5es-intergestores-bipartite-tripartite-cib-cit>> Acesso em: 23 de maio 16.

RIOS, Izabel Cristina. **Caminhos da humanização na saúde: prática e reflexão**. São Paulo: Áurea Editora, p. 7-26, 2009. Disponível em: <http://pessoacomdeficiencia.sp.gov.br/usr/share/documents/CAMINHOS_DA_HUMANIZACAO_NA_SAUDE.pdf>. Acesso em: nov. 2015.

SANTOS. Eva Terezinha. **O acolhimento como um processo de intervenção do Serviço Social junto a mulheres em situação de violência**. 2006 – Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal de Santa Catarina. Departamento de Serviço Social. Disponível em: <http://pessoacomdeficiencia.sp.gov.br/usr/share/documents/CAMINHOS_DA_HUMANIZACAO_NA_SAUDE.pdf>. Acesso em: nov. 2015

SANTOS FILHO, Serafim Barbosa; BARROS, Maria Elizabeth Barros de; GOMES, Rafael da Silveira. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, p. 603-613, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a12v13s1.pdf>>. Acesso em: nov. 2015.

SEIBERT, Sabrina Lins et al. Medicalização x humanização: o cuidado ao parto na história. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 245-251, 2005. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v13n2/v13n2a16.pdf>>. Acesso em: nov. 2015.

SERRUYA, Suzanne Jacob. **A experiência do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde no Brasil**. 2003. Tese (Doutorado). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/D_suzanne_final.pdf>. Acesso em: nov. 2015.

SERRUYA, Suzanne Jacob; CECATTI, José Guilherme; LAGO, Tania di Giacomo do. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1281-1289, 2004a. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/22.pdf>>. Acesso em: dez. 2015.

_____. Avaliação preliminar do programa de humanização no pré-natal e nascimento no Brasil. **RBGO**, v. 26, n. 7, p. 517-25, 2004b. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v26n7/v26n7a03.pdf>>. Acesso em: nov. 2015.

_____. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**, v. 4, n. 3, p. 269-279, 2004c Disponível em: <>. Acesso em: nov. 2015.

SILVA, Alexandre Augusto da; BESSA, Carolina; LESSA, Fernanda. **Política Nacional de Humanização: o contexto histórico e jurídico**. Disponível em: <

<http://economiaemsaude.com.br/uploads/artigos-tcc/politica-nacional-de-humanizacao-o-contexto-historico-e-juridico.pdf>>. Acesso em: jun.2016.

SILVANI, C.M.B. **Parto Humanizado**: uma revisão bibliográfica. Universidade do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. (Trabalho de Conclusão de Curso) Curso de Especialização em saúde pública. Porto Alegre, 2010. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/28095/000767445.pdf?sequence=1> >Acesso em: 15 fev.16.

SILVA, Regina Célia Pinheiro da; ARIZONO, Adriana Davoli. A Política Nacional de Humanização do SUS e o Serviço Social. **Revista Ciências Humanas**, Taubaté, v. 1, n. 2, 2008. Disponível em: < <http://periodicos.unitau.br/ojs-2.2/index.php/humanas/article/viewFile/455/417>>. Acesso em: jan.2016.

SODRÉ, Thelma Malagutti et al. Necessidade de cuidado e desejo de participação no parto de gestantes residentes em Londrina-Paraná. **Texto and Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 3, p. 452, 2010. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n3/a06v19n3.pdf> >. Acesso em: dez. 2015.

SOUZA, Luiz Augusto de Paula; MENDES, Vera Lúcia Ferreira. O conceito de humanização na Política Nacional de Humanização (PNH). **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, n. 1, p. 681-688, 2009. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500018>. Acesso em: nov. 2015.

TAPAJÓS, Luziele. **A acolhida no Sistema Único de Assistência Social e o Controle Social**. Disponível em:<<http://www.institutofilantropia.org.br/component/k2/item/5694-a-acolhida-no-sistema-%C3%BAnico-de-assist%C3%Aancia-social-e-o-controle-social>> Acesso em: 29 Jun.16

TARNOWSKI, Karina da Silva. **O atendimento ao parto e nascimento: avaliação segundo programa de humanização do pré-natal e nascimento na percepção das mulheres**. Dissertação (Mestrado). Universidade do Vale do Itajaí-Univali. Curso de Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho. 2005. Disponível em:<http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=152350>. Acesso em: nov. 2015.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R; MATTOS, Ruben Araújo de. **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde, v. 3, p. 89-111, 2003. Disponível em:< <http://www.saude.ba.gov.br/dgtes/arquivos/Permanecersus/oacolhimentonumservico desaude.pdf> >. Acesso em: nov. 2015.

TORNQUIST, Carmen Susana. Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Revista Estudos Feministas**, v. 10, n. 2, p. 483-492, 2002. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n2/14972>>. Acesso em: nov. 2015.

_____. **Parto e poder:** o movimento pela humanização do parto no Brasil. 2004. Tese (Doutorado). Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. Disponível em:<
<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/86639/207876.pdf?sequence=1&isAllowed=y> >. Acesso em: out. 2015.

UNA-SUS. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas.** Disponível em<<http://unasus.gov.br/noticia/declaracao-da-oms-sobre-taxas-de-cesareas>> Acesso em: 29 Jun.16

VILLELA, Wilza. Saúde integral, reprodutiva e sexual da mulher. In: **Saúde das mulheres:** experiência e prática do coletivo feminista sexualidade e saúde. Coletivo Feminista Sexualidade Saúde, 2000. p.7-11. Disponível em:<
<http://docplayer.com.br/16450725-Saude-integral-reprodutiva-e-sexual-da-mulher.html> >. Acesso em: out. 2015.

WOLFF, Leila Regina; MOURA, Maria Aparecida Vasconcelos. A institucionalização do parto e a humanização da assistência: revisão de literatura. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, v. 8, n. 2, p. 279-285, 2004. Disponível em:<>. Acesso em: nov. 2015.