



Artigos Originais

Práticas e significados acerca da humanização na assistência materno infantil na perspectiva dos trabalhadores da saúde

Practices and meaningful about humanization in the maternal-infant healthcare under health workers perspective

Renata Meira Veras¹

Fátima Raquel Rosado Moraes²

¹ Professora Adjunta, Universidade Federal da Bahia

² Professora Adjunta, Universidade do Estado do Rio Grande do Norte

RESUMO - O presente artigo objetiva aprofundar-se nas formas como os trabalhadores envolvidos na atenção materno-infantil no Sistema Único de Saúde (SUS) se posicionam em relação aos sentidos da humanização na dinâmica institucional e nas experiências cotidianas que moldam o atendimento da saúde materna e perinatal. A perspectiva metodológica utilizada foi a Etnografia Institucional, que tem servido de ferramenta para analisar o cotidiano desses serviços. A análise das construções discursivas dos trabalhadores evidencia a polissemia do termo humanização, voltando-se frequentemente para sentimentos de empatia e acolhimento. Por outro lado, também se observou que os valores e o grau de compromisso dos trabalhadores afetam, positivamente ou não, o processo de trabalho, caracterizando seu próprio modo de cuidar. Todavia, constatou-se que as dificuldades estruturais e funcionais das instituições analisadas limitam as práticas dos trabalhadores, refletindo a desconexão entre a proposta dos documentos públicos e a realidade do trabalho nos serviços de saúde.

Palavras-chave: Práticas cotidianas, Humanização, Trabalhador da Saúde, Etnografia Institucional.

ABSTRACT - This paper aims to analyze how professionals involved in maternal-infant health care perceive and position themselves with regard to the institutional dynamic and everyday experiences shaping their health care work at two maternal-infant services of the Unified Health System (SUS). The methodology used to study the professionals' everyday practices at these maternal-infant healthcare services was Institutional Ethnography. The analysis of the professionals' discourses evidences the polysemic character of the term humanization, tending to convey meanings of empathy and caring concern. It was also observed that professionals' values and degree of commitment influence their health care actions, characterizing their own way of taking care. However, it was verified that structural and functional institutional difficulties are constraining the professionals' interventions, showing a disconnection between what is proposed in public documents and the everyday working conditions in health care services.

Key words: Everyday practices, Humanization, Health workers, Institutional Ethnography.

1. INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, temas relacionados ao cuidado em saúde vêm sendo cada vez mais discutidos e inseridos nas agendas de formulação de políticas públicas de saúde. Esses temas, que abordam a qualidade e a integralidade da assistência, o trabalho em equipe, o acolhimento e a "humanização" das práticas de saúde, gradativamente direcionam a atenção para a importância de se discutir a dimensão intersubjetiva e os processos de trabalho nos serviços de saúde¹.

Nessa perspectiva, desde 1983, o Ministério da Saúde vem lançando programas, tais como: "Programa de Assistência Integral à Mulher (PAISM)", "Humanização do Pré-Natal e Nascimento", "Humanização da Atenção Hospitalar" e "Método Mãe Canguru", que deveriam se constituir como práticas e cuidados que potencializariam mudanças na produção

dos serviços de saúde. Na sequência, cria o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH) que, em 2003, ganha nova inflexão e se transforma na Política Nacional de Humanização (PNH)^{2,3}.

A PHN foi constituída como uma política que deveria ser transversal, perpassando os diversos setores e programas do Ministério da Saúde, e buscando traçar um plano comum para os espaços de

Autor correspondente

Renata Meira Veras

Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Milton Santos
Universidade Federal da Bahia
Avenida Ademar de Barros, s/n PAFIII — Ondina
Salvador (BA) – CEP 40170-110
Fone: (71) 32836126
Email: renata.veras@ufba.br

Artigo encaminhado 03/01/2011

Aceito para publicação em 30/04/2011

produção da saúde por meio da valorização da dimensão humana das práticas^{2,3}. Nesse intercurso, a PNH completa sete anos de implantação, apostando na indissociabilidade entre os modos de produzir saúde e os modos de gerir os processos de trabalho, entre a atenção e gestão, entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de subjetividade².

Essa proposta ganhou dimensão de política pública devido ao seu caráter transversal face às ações e aos programas de saúde, pois propunha dialogar aspectos relacionados aos cuidados em saúde. Em seus princípios, dá destaque aos direitos dos usuários e dos trabalhadores de saúde, potencializando a capacidade de criação que constitui o humano e valorizando sua autonomia³. Nesse contexto, percebe-se que a gestão dos processos de trabalho em saúde não podia se reduzir a uma dimensão gerencial-administrativa separada das práticas de cuidado.

Desde a sua gênese, a PNH buscava a melhoria da qualidade da atenção ao usuário e passou a se preocupar também com as necessidades do trabalhador⁴. Dessa forma, a proposta trata de reposicionar os atores sociais na perspectiva de seu protagonismo, autonomia e corresponsabilidade; da potência do coletivo; da importância da construção de redes de cuidados compartilhados, em contraste com o mundo contemporâneo que enaltece o individualismo e a competição.

Sendo assim, a PNH sugere uma transformação ética-estética-política. Ética porque implica na mudança de atitudes dos usuários, gestores e trabalhadores da saúde, numa compilação da produção dos saberes, das práticas e das relações no campo da saúde. Estética por se tratar do processo de produção da saúde e de subjetividades protagonistas. Política por dizer respeito à organização social e institucional das práticas desenvolvidas no SUS^{2,4,5}.

Apesar da transversalidade da proposta, verifica-se que em algumas áreas da assistência, o “discurso” acerca do termo humanização encontra-se mais elaborado, com algumas práticas instituídas, como a assistência nas Unidades de Terapia Intensiva e na pediatria. No entanto, em outras áreas, como a assistência na rede básica de serviços, o atendimento de urgência e emergência, a assistência ao parto e ao nascimento, a discussão da humanização da assistência ainda se traduz como um desafio. Isto ocorre devido à natureza dos problemas que ali chegam, às condições adversas de trabalho, à sobrecarga da demanda e às questões relacionadas ao contexto da produção das práticas que dificultam a operacionalização do discurso proposto^{1,6,7,8,9,10}.

Ademais, o uso do termo humanização para nomear uma política nacional de saúde, em função de

seu caráter polissêmico, gera polêmicas quanto aos sentidos que o conceito deve assumir no escopo da política. Entende-se que a forma como a discussão é guiada tende a potencializar ou dificultar mudanças na operacionalização de ações sob a retórica humanizadora.

Por outro lado, atenta-se para o fato de que o termo humanização extrapola os aspectos exclusivamente conceituais, adquirindo uma dinâmica própria, de acordo com o contexto no qual é aplicado. Todo esforço para transformar a realidade cotidiana dos serviços de saúde pautando-se na humanização, para ser verdadeiro e abrangente, precisa incluir o universo em que os cuidados de saúde são produzidos, seus produtores em interação, suas representações e seus atos¹¹. Dessa forma, para se pensar em práticas humanizadas é preciso compreender os limites e possibilidades estruturais e funcionais que interferem nas ações ditas humanizadoras.

Com base nisso, este estudo desenvolveu-se a partir da compreensão de que a discussão acerca da humanização precisa extrapolar os limites conceituais teóricos, apreendendo sua operacionalização no cotidiano dos serviços de saúde. Nesse sentido, esse trabalho objetiva aprofundar-se nas formas como os trabalhadores envolvidos na atenção materno-infantil no Sistema Único de Saúde (SUS) se posicionam em relação aos sentidos da humanização na dinâmica institucional e nas experiências cotidianas que moldam o atendimento da saúde materna e perinatal.

Para essa discussão, considerou-se nessa pesquisa a organização e estrutura física das instituições, as relações de trabalho, as ações cotidianas e as relações de poder que modelam o fazer diário dos trabalhadores da saúde. O mapeamento do cotidiano institucional dos serviços de saúde possibilitou a análise da forma como os atores sociais envolvidos no processo de cuidado compreendem seu trabalho e a repercussão dos conceitos de humanização na sua rotina.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

Cada instituição possui seu contexto organizacional próprio disposto através de um tipo de cartografia. A coordenação do trabalho e as relações de poder existente no espaço institucional, que fazem as práticas cotidianas acontecer de certo modo e não de outro, precisam ser analisadas como se estivessem configuradas na forma de um mapa. Assim, a Etnografia Institucional (EI) apresenta-se como uma perspectiva teórico-metodológica adequada, devido ao foco no contexto no qual as práticas acontecem. A EI considera que as ações cotidianas são coordenadas por textos ou práticas discursivas corriqueiras que são

naturalizadas no ambiente institucional e definidas nos espaços de poder de cada sociedade^{12,13,14}.

Os textos podem ser entendidos como documentos, normas e rotinas que modelam as ações dos atores sociais, normalizando a organização do trabalho desenvolvido nos diversos espaços sociais. A “leitura” crítico-reflexiva desses textos permite compreender melhor a organização do contexto institucional e o potencial dos serviços nessas instituições para a reprodução e/ou reflexão das propostas produzidas^{12,14}.

Assim, a El, apoiada na perspectiva sociológica da pesquisa, percebe o indivíduo em suas diferentes dimensões (biológicas, sociais, econômicas, políticas, etc), considerando a dinâmica histórico-cultural e simbólica que modela a forma como este ator se insere no espaço da saúde^{11,15}. Dessa forma, esse método de pesquisa enfatiza a relevância de entender o mundo simbólico no qual as pessoas estão inseridas, tentando ver os fatos da maneira como elas veem e captando os sentidos que elas atribuem às suas próprias experiências¹⁵.

Partindo dessas premissas, procurou-se apreender como os trabalhadores da saúde percebiam os espaços de produção e reprodução das práticas em saúde, sob a retórica da humanização, buscando entender o contexto das práticas que acontecem no cotidiano.

Para o processo de investigação, foram inicialmente delineados os espaços para a realização desta investigação. As atividades de observação participante foram desenvolvidas em duas maternidades da capital do Estado do Rio Grande do Norte. Ambas as maternidades são públicas e referências para a atenção ao parto e ao nascimento. Na primeira, que será definida como Serviço 1, analisou-se o Método Mãe Canguru da Maternidade Escola da UFRN, mantida pelo Governo Federal. Na outra, definida como Serviço 2, procurou-se demonstrar o contexto e o cotidiano das práticas ditas humanizadas na atenção ao nascimento em uma maternidade do SUS de um bairro de população de baixa renda em Natal.

No Serviço 1, grande parte das mães atendidas apresentou baixo nível de escolaridade e baixa renda econômica. Todas são usuárias do SUS, advindo em sua maioria de cidades circunvizinhas que não possuem serviço de UTI neonatal. Por isso, as mães passam a residir no alojamento conjunto do programa da maternidade, até a alta do bebê. Muitas vezes, esse tempo de permanência na unidade durava até três meses, gerando situações de ansiedade e estresse por parte das usuárias desse serviço.

Já no Serviço 2, as usuárias dessa maternidade eram advindas da região e de cidades circunvizinhas, denotando a peregrinação que algumas sofrem para ter acesso aos cuidados em saúde no momento de parturição. Essa maternidade é considerada referência na atenção ao nascimento, especialmente após ter recebido em 2002 o prêmio Galba de Araújo. Esse prêmio é oferecido pelo Ministério da Saúde, após uma avaliação, *in loco*, às maternidades que buscam desenvolver suas ações tendo em vistas as práticas de humanização para o nascimento.

Os instrumentos utilizados para coleta dos dados nos dois serviços foram Grupos Focais e entrevistas semi estruturadas em profundidade com os trabalhadores da saúde. Os discursos obtidos nos grupos focais serviram de norte para a construção do roteiro das entrevistas semi estruturadas, aprofundando a compreensão acerca do foco dessa investigação.

No Serviço 1, os trabalhadores do Método Mãe Canguru participaram de quatro grupos focais, com uma média de quatro participantes em cada grupo. As entrevistas individuais aconteceram com sete destes participantes, sendo uma médica, uma enfermeira, duas técnicas em enfermagem, uma terapeuta ocupacional, uma assistente social e um psicólogo. Atenta-se para o fato de que apenas dois funcionários alegaram ter participado de algum programa de capacitação para atuarem no Método Mãe Canguru.

Já no Serviço 2, foi realizado um grupo focal com a equipe de enfermagem e entrevistas em profundidade com vinte e sete integrantes da equipe de saúde, dentre estes oito médicos, sete enfermeiros e doze auxiliares/técnicos de enfermagem.

O trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Onofre Lopes da UFRN sob protocolo número 033/06. Após a sua aprovação, iniciou-se o processo de observação participante e de interação com os atores sociais das maternidades. Na sequência, foram realizados os grupos focais e as entrevistas que, depois de transcritos, sofreram exaustivas leituras para a delimitação das construções discursivas, relacionadas ao objeto de estudo desta investigação visando à apresentação e análise dos dados.

3 RESULTADOS

Sabe-se que o termo humanização apresenta-se de forma polissêmica, de acordo com a interpretação que cada ator social atribui. A partir dos relatos dos trabalhadores da saúde foram delineadas construções discursivas, abarcando os objetivos propostos pela

pesquisa. Essas construções foram agrupadas em três grandes categorias: 3.1) o significado do termo humanização na assistência materno-infantil; 3.2) as dificuldades para o desenvolvimento da assistência humanizada e 3.3) reflexões acerca das práticas cotidianas dos trabalhadores em saúde.

3.1 O significado do termo humanização na assistência materno-infantil

Os posicionamentos adotados pelos trabalhadores em saúde podem revelar a forma como cada um percebe e executa a sua prática cotidiana nos serviços em saúde¹⁶. Nesse estudo, percebeu-se nos discursos dos trabalhadores analisados a existência de ambigüidade acerca do conceito de humanização. No entanto, apesar da polissemia dos conceitos relatados, essas construções discursivas, muitas vezes, convergiam para a preocupação com o bem estar do paciente.

Dessa forma, esse tópico apresenta-se dividido em dois itens que envolvem a análise da postura desses trabalhadores acerca desse tema: 3.1.1 a humanização como bom atendimento e 3.1.2 humanização como sinônimo de empatia.

3.1.1 A humanização como bom atendimento

Estudos acerca da definição da humanização na perspectiva dos trabalhadores apontam para relatos e práticas de bom atendimento^{4,17,18}. Corroborando com esses estudos, percebe-se que os relatos dos trabalhadores analisados neste estudo acerca da humanização também se relacionam com o bom atendimento do paciente, para que este se sinta acolhido:

Eu entendo a humanização assim, em outro sentido, desde que a pessoa chega aqui. Porque a gente gosta de ser bem atendido né? Então é por aí, é você dar um bom acolhimento em qualquer lugar que você chega... Acho que a humanização passa por aí, é você dar uma satisfação ao cliente, dar um apoio e mostrar que está interessado no bem-estar dela. (Trabalhador do Serviço 1).

Na PNH, a humanização é discutida a partir de diversas vertentes, sendo que um dos aspectos aponta a necessidade de respeitar o outro como um ser singular e digno². Nesse sentido, o significado da humanização nas construções discursivas dos trabalhadores deste estudo baseou-se especialmente na perspectiva de acolhimento, bondade e satisfação dos usuários:

É fazer com que as pessoas vejam que a gente está tratando de gente para gente, de humano. É você tratar bem, é você saber receber; é você, por exemplo, chamar pelo nome das pessoas, que hoje se vê muito, é a paciente do leito tal... No caso seria assim, um processo de resgate, né? Do

sentimento, de melhorar o conforto do paciente. (Trabalhador do Serviço 2).

O caráter polissêmico da discussão acerca da humanização pode favorecer múltiplas interpretações. No entanto, o acolhimento, revestido sob a retórica do bom atendimento pelos trabalhadores da saúde, foi o significado mais reiterado nas construções discursivas analisadas. A PNH pontua que essa postura de acolhimento por parte do trabalhador não deve se restringir apenas ao primeiro contato com o usuário do serviço, mas sim, deve se estender a todo o período em que este esteja na instituição, criando o vínculo entre eles. Esse acolhimento deve se estabelecer através de uma rede de conversações produzidas através de uma interação dialógica. O acolhimento, desenvolvido através da conversa, é considerado instrumento indispensável para negociar e satisfazer as necessidades dos usuários¹⁹.

Por outro lado, também se atenta para o fato de que, em alguns casos, o olhar dos trabalhadores tende a focar-se apenas na dimensão subjetiva do interrelacionamento imediato com o outro, desconectando o usuário das suas dimensões econômicas, políticas, sociais e culturais, o que pode interferir no estabelecimento do vínculo dialógico⁹.

3.1.2 Humanização como sentimento de empatia

Além dos discursos apoiados nos conceitos de bondade e acolhimento, observou-se que alguns trabalhadores indicavam sentimentos de empatia, colocando-se no lugar do paciente, considerando suas condições sociais de vida, como exemplificado a seguir:

O atendimento com respeito à situação que ela está, de fragilidade, de dor, de dúvida, de medo, até porque escuta o vizinho, a mãe, e a gente sabe como é um parto... Então, desde esse acolhimento, até a instalação dela no serviço, em um local agradável, onde ela pudesse ficar a vontade, até por que o parto humanizado prega isso, que a gestante ela tanto permaneça, como até possa parir na posição que ela melhor achar, que ela bem entenda. (Trabalhador do Serviço 2).

A relação do paciente com a equipe de saúde tem grande influência na evolução do tratamento e na satisfação do usuário. O trabalhador da saúde deve saber lidar com as emoções, adquirindo sensibilidade e capacidade de escuta, incorporando a dimensão subjetiva e social do usuário²⁰. A partir do sentimento de empatia, o trabalhador se apodera da percepção do usuário sobre a doença, ajudando a reduzir medos e ansiedades e oferecendo suporte emocional necessário:

Eu acho que a humanização é isso, é a gente zelar para ela não sofrer mais do que o necessário... Porque a gente sabe que parto tem que ser sofrido, mas é a gente ter consciência de que a gente pode fazer alguma coisa para amenizar aquele sofrimento. (Trabalhador do Serviço 2).

Atenta-se para o fato de que, apesar dos documentos oficiais da PNH enfatizarem, entre outros aspectos, os valores de solidariedade e alteridade como norteadores das mudanças culturais da assistência², estes não favorecem a reflexão acerca da sua possível operacionalização. Assim, fica a critério dos trabalhadores tomarem a iniciativa de acordo com as condições do serviço.

Por outro lado, reconhece-se que cada usuário, independente de sua classe social, possui diversas outras experiências de vida, vinculadas à sua própria cultura, que podem ser divergentes da do trabalhador que o atende. Dessa forma, na tentativa de desenvolver a empatia, incorre-se o perigo de tomar seu próprio referente de satisfação como o parâmetro definidor da situação do outro.

Merece então ser questionado até que ponto os trabalhadores desenvolvem uma reflexão crítica acerca da qualidade do serviço e da complexidade dos problemas, considerando as limitações dos usuários afetados pelos determinantes sociais da saúde. Ou se, ao contrário, apenas utilizam o discurso politicamente correto presente nesses documentos²¹.

3.2 As dificuldades para o desenvolvimento da assistência humanizada

Abordar o contexto institucional das maternidades deste estudo contribuiu para desvelar os aspectos que possivelmente interferiam, positivamente ou não, na qualidade das ações desempenhadas nesses espaços. Essa análise permite a reflexão sobre o modo como os atores significam os seus ambientes de trabalho e as suas práticas corriqueiras. Verificou-se que as narrativas dos trabalhadores acerca do cotidiano institucional na assistência materno infantil desvelavam enredos que tomaram como ponto de partida a necessidade de minimizar os problemas estruturais da falta de leitos e precárias condições de atendimentos nas maternidades.

Assim, nesse tópico, os discursos dos trabalhadores analisados dividiram-se em dois outros, como descrito a seguir: 3.2.1 questões estruturais e materiais delimitando dificuldades na assistência ao parto e nascimento e 3.2.2 relações de poder interferindo nas ações desempenhadas no cotidiano.

3.2.1 Questões estruturais e materiais delimitando dificuldades na assistência ao parto e nascimento

Observa-se nos discursos a seguir queixas sobre as questões físicas e materiais e a maneira como interferem diretamente nas formas de se atuar dos diversos trabalhadores da saúde, o que tende a gerar sentimentos de impotência e insatisfações:

Problemas nessa questão estrutural a gente tem muito... É material que falta, aí assim, abrem um pacote de parto e dividem para dois partos... Se um já é insuficiente, imagine um para dois?... É a questão de colchões para estas pacientes; é a questão de lençol que não tem... Modificar é um sonho, mas se melhorarem alguma coisa a gente já está feliz [...]. (Trabalhador do Serviço 2).

Pegaram a enfermaria e disseram: pronto, aqui vai ser o canguru. Aí o canguru tem sido feito aqui só de botar no colo, colocar no paninho, o que falta mesmo é a estrutura física. E, infelizmente, a gente sabe que é impossível fazer isso. (Trabalhador do Serviço 1).

O PNH delinea um modelo de ambiência, de modo que os espaços de trabalho devam estar compreendidos e organizados com a finalidade de serem acolhedores, tanto para os usuários, quanto para os profissionais². Esses espaços precisam propiciar conforto, aconchego e, ao mesmo tempo, estímulo para que usuários e profissionais se integrem, explorando e transformando cotidianamente os espaços por onde circulam²². No entanto, percebeu-se que nas maternidades analisadas, os espaços físicos não contribuíam para ambientes humanizadores:

Espaço aqui, para receber a paciente com a família a gente não tem muito não, porque a gente só tem dois pré-partos. Então só comporta duas pacientes com dois acompanhantes. Se a gente tiver outra paciente em trabalho de parto já não pode por acompanhante, porque ela fica no alojamento conjunto. (Trabalhador do Serviço 2).

É uma maternidade velha construída em 1940, capenga, construída pra guerra, a gente não tem espaço físico pra fazer uma instalação adequada para essas mães, elas ficam muito ociosas porque não tem um espaço físico adequado... Só tem uma minúscula sala com televisão, né? (Trabalhador do Serviço 1)

A escassez de leitos e falta de espaço para o atendimento minimamente humanizado foram aspectos evidenciados como críticos na prática cotidiana. As carências físicas, funcionais e/ou materiais acabam limitando as ações a serem desempenhadas, o que interfere na dinâmica cotidiana e não atende às necessidades de trabalhadores e usuários. Por sua vez, essas dificuldades não correspondem aos ideais evidenciados nos documentos oficiais no que tange aos recursos físicos e funcionais².

Autores defendem como uma estratégia para melhorar a qualidade do atendimento a articulação em rede com outros sistemas²³, de modo que, desde o pré-natal, as usuárias do SUS conheçam e utilizem os serviços oferecidos, criando vínculos com mais de uma maternidade referência. Todavia, em instituições/cidades nas quais as carências estruturais são comuns é preciso se discutir a própria organização e disponibilização do atendimento no serviço público. Isto porque é sabido que as dificuldades não residem apenas no despreparo dos trabalhadores, mas também se relacionam com a superlotação da rede, com a insuficiência estrutural, física e funcional, que não dá conta da demanda de atendimento, como percebido pelo ator abaixo:

A população da cidade cresceu e praticamente só dispomos de três serviços que dão assistência ao nascimento (...). Em muitos dias as três maternidades estão lotadas. Então, onde é que estas mulheres vão parir? Aí a realidade é esta: mulher parindo em cadeira, faltando material, sempre cheio (Trabalhador do Serviço 2).

Nesse contexto, é preciso refletir que trabalhar em precárias condições, quer sejam por recursos humanos, físicos e/ou materiais insuficientes, caracteriza a dificuldade em se pensar a proposta de humanização nessa dimensão ampla. Esses aspectos acabam por reforçar a dicotomia entre a produção das políticas, muitas vezes alheias e descontextualizadas, e a operacionalização cotidiana das práticas.

3.2.2 Relações de poder interferindo nas ações desempenhadas no cotidiano.

A PNH, nos seus princípios e diretrizes, propõe um debate sobre a indissociabilidade entre a atenção e a gestão, entre a produção de serviços e de sujeitos e a necessidade do apoio institucional para fomentar estas mudanças²⁴. Nesse contexto, as questões político-administrativas seriam foco de atuação, pois as relações que tendem a ser estabelecidas dificultam ou facilitam a operacionalização das mudanças no pensar e fazer as práticas em saúde. Neste estudo, as relações de poder evidenciadas nos discursos a seguir apresentam-se como obstáculos na dinâmica cotidiana do trabalho, gerando insatisfações nos trabalhadores de saúde:

Como é que uma pessoa vai brigar, vai lutar contra um sistema que já está viciado a não dar coisas para melhorar, a gastar o mínimo possível com a saúde do cidadão, se quem está administrando foi indicação política? Então as pessoas ficam meio que reféns, pois se forem brigar muito o cara bota ela para fora e bota outra. Por isto que muda

sempre. Diretor aqui não dura muito não. Acho que já por isto, pois quando começam a reivindicar as coisas, a quererem melhorar as coisas... Isso é um gasto e ninguém quer gastar com saúde muito não, porque não dá retorno. (Trabalhador do Serviço 2).

Desde que eu estou aqui já teve cinco direções. Então cada direção tem uma cabeça diferente. Na hora, se desde o início tivesse só uma direção, com certeza estava muito melhor... Como foi o caso de X, que trabalhou tudo e ele teve uma equipe grande pra trabalhar humanização. Como ele fez um trabalho bom, logo foi chamado. Logo tiraram e colocaram em outro lugar. Então veio uma pessoa totalmente diferente, que não sabe. (Trabalhador do Serviço 2).

A partir desses discursos, percebe-se a existência de indicação política para cargos de chefia na área da saúde o que, muitas vezes, dificulta a continuidade da gestão no contexto da produção da assistência. Além disso, muitos destes gestores se inserem nos espaços da saúde sem possuírem uma qualificação adequada para esse tipo de serviço. Não conhecem as práticas e menos ainda a dinâmica institucional, favorecendo entraves na produção e reprodução de ações em saúde que atendam aos anseios e carências dos diferentes atores presentes no cotidiano institucional.

No contexto institucional, as relações de poder são consideradas assimétricas e mediadas pela perspectiva biomédica. Assim, o nível de envolvimento e compromisso dos diretores com o serviço pode servir como uma poderosa influência para os demais trabalhadores^{20,25}, por demonstrar se a gestão é organizada a partir das necessidades da instituição ou do setor político hegemônico. No entanto, o que se percebeu na pesquisa é que, muitas vezes, não havia diálogo entre os superiores e os subordinados, dificultando o desempenho do trabalho coletivo:

Você tem cinco pacotes de parto e internam sete pacientes e a enfermeira ali do lado: não tem material, não tem. E o médico: dá se um jeito, dá se um jeito. Você tem que literalmente discutir com o médico, aí tudo acaba em discussão: você é chata; é isso; é aquilo, porque se quisesse você dividia o material... (Trabalhador do Serviço 2).

Essa direção não ajuda em nada. Eu pedi umas coisas que ele não autorizou. Pedi pra não colocar três pacientes num quarto que só cabia uma e ele não deixou. Onde ta a humanização nisso? (Trabalhador do Serviço 1).

A PHN atribui o apoio institucional a uma relação dinâmica entre apoiador institucional e a equipe apoiada. Esta relação deve ser harmônica, não existindo uma postura de passividade ou de omissão,

nem de ações à revelia dos grupos ou de elaboração de pareceres, planos e normas para as equipes. A gestão deve se portar como um apoio aos trabalhadores. Apoiar, para a PNH, é estar junto com os diferentes sujeitos que constituem os sistemas de saúde – gestores, usuários e trabalhadores – discutindo e analisando os processos de trabalho e intervindo na forma como os serviços estão organizados, potencializando aqueles que trabalham e utilizam os serviços como protagonistas e corresponsáveis pela produção de saúde, combatendo qualquer relação de tutela ou deslegitimação do outro^{2,24}.

No entanto, nesse estudo, percebeu-se que as relações assimétricas de poder tendem a ser ressaltadas pela contínua e crescente hierarquização que são conformadas e estabelecidas nos espaços das práticas em saúde. Como resultado, as relações verticalizadas de poder diminuem a capacidade de reflexão crítica dos atores sociais, gerando em seu lugar relações de obediência e subserviência.

3.3 Reflexões acerca das práticas cotidianas dos trabalhadores em saúde

Solicitar que os trabalhadores discutissem acerca de sua própria experiência com o processo de humanização apresentou-se como fator primordial para refletir sobre a coerência entre a conceitualização acerca do processo de humanização e o grau de compromisso exercido nas suas práticas cotidianas.

A noção de trabalho em equipe está associada à interação entre os atores sociais, integralidade da atenção à saúde, co-responsabilidade e planejamento compartilhado a partir do diálogo entre os trabalhadores integrantes do grupo²⁵. Entretanto, apesar de alguns trabalhadores estarem empenhados em realizar ações que promovam o bem-estar dos usuários, os discursos denunciam campos conflituosos nas relações entre funcionários. A falta de integração e comunicação entre os pares, por exemplo, interferia no grau de envolvimento e compromisso do funcionário para com o paciente:

Tem as bestas e as sabidas que fazem como querem. Hoje mesmo foi um dia que eu cheguei aqui e fiquei muito chateada porque ficou todo o trabalho pra eu fazer... Mas não adianta porque a gente trabalha com muito amor, mas nem todo mundo trabalha. Essa criatura (a outra colega de profissão), além de não trabalhar com amor, faz tudo nas pressas. (Trabalhador do Serviço 1).

Apesar de muitos profissionais se empenharem em refletir acerca das condições sociais dos pacientes, muitas vezes seus discursos destacam a complexidade dos problemas e os sentimentos de

impotência diante das limitações das políticas e do próprio sistema de saúde.

Verificou-se também que os relatos de alguns trabalhadores demonstraram desânimo ao constatarem que, muitas vezes, seu empenho e compromisso com o tratamento do paciente não surtia o resultado esperado:

Eu não sei quanto tempo eu vou aguentar essa tarefa porque ela é muito árdua. Como eu já trabalhei em aleitamento eu falo da importância pras mães da amamentação. Mas eu vejo que a maioria das mães não está preparada para amamentar por 6 meses, a maioria não foi educada pra isso. (Trabalhador do Serviço 1).

A questão acerca da falta de informação e compreensão por parte dos usuários acerca dos serviços prestados na instituição, como também na adesão ao tratamento proposto, foi abordada por outros autores¹⁹. Neste trabalho, percebeu-se uma tendência de culpabilização de outras instâncias, por parte dos trabalhadores da saúde, pelo descaso na qualidade dos serviços. Contudo, essa atitude tende a estimular este ator a tratar o usuário e os outros próprios trabalhadores de maneira impessoal, distante e descompromissada, pois passam a se sentirem isentos de responsabilidades pela situação que ora se apresenta.

Situações como estas tendem a modelar a dinâmica de trabalho dos atores sociais envolvidos nas práticas de cuidado. Pelas dificuldades rotineiras, esses atores passam a assumir uma postura passiva a partir da descrença em mudanças nos serviços públicos²⁶. Por não vislumbrarem transformações possíveis, estes se sentem impotentes em contribuir com alguma mudança, favorecendo a manutenção de limites e algumas impossibilidades para o atendimento das reais necessidades dos distintos grupos:

[...] é como eu disse, no papel isso é muito bonito, pois num país onde maioria das doenças são sociais, se você for ali na unidade do PSF, é uma, como é que eu vou dizer, é uma autoenganação... Você coloca o Programa de Saúde da Família para atender ao povo, dizendo que está melhorando a saúde do povo, só que a maioria dos atendimentos que tem para o programa saúde da família é por fome, falta de higiene, falta de saneamento básico, falta de alimentação adequada e falta de educação. Então é uma demagogia. É uma grande mentira, uma grande farsa [...]. (Trabalhador do Serviço 2).

Por outro lado, verificou-se também que, apesar de muitas barreiras e dificuldades encontradas, alguns profissionais modelavam seu modo de agir baseando-se principalmente nos seus valores e na

experiência de vida de cada um, indo além dos conceitos do manual e cursos que participaram:

E o mais importante no canguru é você conversar com a mãe, pra ela não interessa muito se você vai colocar um estetoscópio e analisar o bebê, tem que conversar e dizer mãe, seu bebê está assim e isso eu passo para elas sempre que faço a visita, geralmente quarta, quinta e sexta e já deixo a programação da seguinte semana... A gente cria o vínculo. E a mesma pessoa vendo o bebê todo dia é outra coisa, tem dias que eu digo hoje eu não vou analisar, vou só conversar, elas adoram. (Trabalhador do Serviço 1).

Acredita-se que todo trabalho em saúde é um encontro de subjetividades diferenciadas em função de histórias e contextos de vidas distintos, definindo valores, idéias e concepções diversas. Num espaço institucional, este encontro está perpassado por práticas técnico assistenciais, assim como aspectos sociais, econômicos, culturais, ideológicos e pelos correspondentes processos de significação e geração de sentido:

Quando eu fiquei no aleitamento materno eu tive uma visão melhor da maternidade, pois eu tinha que atender toda maternidade, todas as mães, inclusive as do canguru. E aí a gente via o outro lado do paciente, o lado social, emocional e não só daqui de dentro da maternidade. É preciso ter uma visão voltada para o social. E o técnico (de enfermagem) é fundamental aqui porque ele está em contato direto com o paciente e ele que estabelece a relação com o outro, que se comunica, e ele é quem mais precisa ter essa visão diferenciada. Eu percebi que depois que eu vim pra cá os bebês estão indo pra casa mais cedo, as mães estão amamentando mais. (Trabalhador do Serviço 1).

A partir desse depoimento, é possível reconhecer que os trabalhadores da saúde são capazes de influenciar e modificar as relações de poder existentes nas instituições de saúde pública. Entretanto, alguns têm consciência de seu papel, outros não. Mesmo assim, o seu trabalho cotidiano possui um papel fundamental na reprodução e/ou possível modificação na estrutura do Sistema de Saúde^{27,28}.

O processo de transformação das práticas cotidianas dos trabalhadores em saúde implica mudanças na forma de refletir acerca do outro. Essa tarefa não é fácil, visto a tendência a aderir à tradicional perspectiva individualista e egocêntrica do modelo biomédico hegemônico tradicional. Entretanto, se ao invés de esperar as mudanças dos outros, cada um começasse a mudar suas próprias

práticas, através da dinâmica de intersubjetivação, as possibilidades de transformação tornariam-se viáveis²⁹.

Com base nisso, propõe-se que a reflexão sobre essas práticas no processo de pesquisa como esse traga à tona novos processos de significação e subjetivação, e com isso, possibilidade de mudanças.

4. DISCUSSÃO

Muitos programas de instituições da área da saúde vêm inserindo atividades sob a retórica do termo humanização. Entretanto, os discursos politicamente corretos utilizados pelos trabalhadores denunciam que essa discussão acaba mascarando a complexa realidade do atendimento na saúde.

As dificuldades das práticas no cotidiano da saúde e as necessidades evidenciadas nesses espaços, a partir dos relatos obtidos, refletem a desconexão entre a proposta dos documentos públicos e a realidade do trabalho nos serviços de saúde. Embora alguns trabalhadores tendam a defender o discurso politicamente correto em suas construções verbais, verificou-se em outros a preocupação com o usuário e/ou a consideração de suas dificuldades socioeconômicas. Essa preocupação com o outro enquanto ser humano delineava sua própria maneira de trabalhar, modelando sua forma de pensar e agir.

Assim, reforça-se que a humanização possui uma definição polissêmica a partir do entendimento, experiência e envolvimento de cada profissional. Essa polissemia pode gerar práticas indistintas e pouco claras quanto aos objetivos de transformação desses espaços³¹. Por isso, há a necessidade de melhorar o atendimento nas maternidades, envolvendo a reflexão das relações sociais e das formas de poder vigentes, especialmente potencializando os trabalhadores para que se sintam corresponsáveis por esta produção. Deve-se contribuir ainda para que estes tenham a noção do seu poder e da sua capacidade de transformação, para que assim possam contribuir com as mudanças²⁸.

Deve-se também considerar as subjetividades dos diversos atores, entendendo-as permeadas pelas construções histórico-sociais e pelos processos de formação, enquanto indivíduos e como trabalhadores da saúde.

Constatou-se nesse estudo que a questão estrutural e os recursos mínimos existentes e necessários para o trabalho tendem a gerar insatisfações entre os funcionários, favorecendo sentimentos de impotência. Podem também delinear práticas pouco comprometidas com a saúde dos

usuários, pela crença na impossibilidade de mudanças a partir dos contextos locais.

Igualmente, as relações de poder evidenciadas em algumas entrevistas também contribuíram para o desenvolvimento de práticas pouco acolhedoras, em virtude das limitações de poder impostas pelos superiores aos subordinados³⁰. Estas relações são fortalecidas com o desenvolvimento da medicina enquanto um campo do saber dominante. Assim, observa-se que apesar de se pregar um SUS universal, a formação ainda é focada na dinâmica biomédica, com pouco poder de transformar modelos hegemônicos, gerando resistência na transformação das ações em saúde corriqueiramente estabelecidas³¹. Nessa perspectiva, as práticas cotidianas passam a ser frutos de um processo ideológico e também social, que produz e revela as experiências de dominação e subordinação presentes nesses espaços sociais¹².

Além disso, em alguns relatos, percebeu-se que o descompromisso por parte de alguns trabalhadores do serviço público também acaba promovendo atritos com os outros que prezam esse espaço e dificultam as ações que são desenvolvidas. Para alguns profissionais, o serviço público acaba sendo apenas mais uma fonte de renda na dinâmica de múltiplos trabalhos. Desse modo, o compromisso acontece na medida em que, teoricamente, se “cumpre” uma carga horária de trabalho, não se refletindo acerca da dinâmica desse espaço ou das necessidades de saúde, sociais e econômicas das pessoas que utilizam essa assistência.

Dessa forma, a necessidade de melhorar o atendimento nas maternidades deve envolver a reflexão acerca das relações sociais e as formas de poder envolvidas. Mas também deve-se considerar as subjetividades dos diversos atores, entendendo-as permeadas pelas construções histórico-sociais e pelos processos de formação, tanto destes enquanto indivíduos quanto como trabalhadores da saúde.

Merece ainda ser destacado que os discursos dos trabalhadores apontaram praticamente as mesmas dificuldades e queixas nas duas instituições, não havendo diferenciação significativa entre os espaços de produção das práticas em saúde. Isto tende a caracterizar que a dimensão social, política e econômica, presente nos serviços públicos, e em particular nesta cidade, tende a não apresentar diferenças substanciais que potencializem outras práticas. É provável que estas questões se relacionem com a própria limitação estrutural inerentes aos serviços públicos dessa localidade.

Nessa perspectiva, entende-se que para que ocorram mudanças nos espaços públicos, é necessário repensar todas essas questões, uma vez que as

decisões não podem se basear de forma impositiva. Ao contrário, as propostas devem partir da reflexão e do diálogo entre todos os atores que compõem o cotidiano institucional, entendendo as necessidades sociais e econômicas que conformam as práticas em saúde e reconstruindo as ações corriqueiras de cuidado na tentativa de transformação desta dinâmica.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pensar as práticas em saúde tendo como norte a humanização, demanda reflexões e a premência da contextualização dos espaços, dos atores e das ações na perspectiva de vislumbrar transformações nessa dinâmica. Isto porque a humanização não pode ser entendida apenas como bondade e amabilidade e menos ainda como um processo prescritivo. Deve-se avançar na perspectiva de práticas operacionais, transformadoras, reflexivas, contextualizadas com a dinâmica dos atores e dos serviços que reconheçam os processos de produção de subjetividades e a dinâmica da desumanidade da determinação social da saúde³².

Nessa leitura, a humanização não se configura, portanto, como acabada, mas como um constante devir, um encontro de subjetividades que devem ser valorizadas e levadas em consideração em cada momento da interação entre os diferentes atores. Essas subjetividades são permeadas pelos contextos sociais e institucionais do fazer saúde, sendo moldadas de acordo com cada espaço e com cada processo de significação e ressignificação das formas de se estar e viver em sociedade. Vivenciar, refletir e redirecionar, envolvidos pelo contexto, são possibilidades de nova significação e novas práticas. Nesse entender, a humanização extrapola os limites do fazer em saúde, pois perspectiva mudanças tanto na construção e gestão das políticas públicas quanto nos valores implícitos na estrutura social, física e funcional disposta junto ao sistema de saúde.

Assim, as políticas de humanização devem ser pensadas a partir de melhoras concretas na qualidade dos serviços e das suas estratégias operacionais. Todavia, tal mudança não pode ocorrer simplesmente através de normas, editais e cursos, pois para modificar a dinâmica do trabalho em saúde, visando à qualidade do atendimento, não basta criar programas e estratégias com o rótulo de humanização³³. Há a necessidade de considerar o contexto estrutural como espaço delimitador/delineador das práticas. Nessa articulação, torna-se fundamental compreender a humanização entrelaçada com as questões sociais, políticas, econômicas, culturais. Considera-se que a reflexão na forma de enxergar os problemas das desigualdades sociais deve caracterizar o movimento

pela melhora da qualidade dos serviços, bem como a atenção multi-setorial às precárias condições de vida e saúde da maioria da população usuária do SUS³⁴.

Com ações desse tipo, seria possível supor que as práticas de humanização seriam frutos não apenas de formas retóricas de expressão sem se basear concretamente nas práticas cotidianas, mas de interesses coletivos delineados nos espaços de produção das ações em saúde e da vida em sociedade.

Então, um desafio que se conforma nas políticas públicas que intencionam a humanização para o parto e nascimento é fazer esta discussão presente e efetiva no cotidiano do processo de formação em saúde. Entende-se que esta ação contribuiria para a desincorporação de práticas até então consideradas ideais em favor de um processo de formação que tivesse uma melhor articulação com a busca por ações menos intervencionistas durante o espaço da parturição e nascimento³⁵. Seria preciso pensar, ainda, numa formação que partisse da realidade cotidiana, para assim conformar saberes diante do que se apresenta como necessidade de saúde nos diferentes espaços sociais.

REFERÊNCIAS

- Sá MC. A fraternidade em questão: um olhar psicossociológico sobre o cuidado e a "humanização" das práticas de saúde. *Interface – comunicação saúde educação* 2009; 13(1): 651-666.
- Brasil. Política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS/Ministério da Saúde. Brasília: Secretaria de políticas públicas, 2004. 54p.
- Heckert ALC, Passos E, Barros MEB. Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. *Interface – comunicação saúde e educação* 2009; 13(1): 493-502.
- Souza LAP, Mendes VLF. O conceito de humanização na Política Nacional de Humanização (PNH). *Interface – comunicação saúde e educação* 2009; 13(1): 681-88.
- Deslandes SF, Mitre RMA. Processo comunicativo e humanização em saúde, *Interface – comunicação saúde e educação* 2009 13(1): 641-650.
- Azevedo CS, Fernandes MIA, Carreiro TC. Sob o domínio da urgência: a prática de diretores de hospitais públicos do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Publica* 2007; 23(10): 2410-20.
- Deslandes SF. Frágeis deuses: profissionais de emergência entre os danos da violência e a recriação da vida. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.
- Dias MABD, Deslandes SF. Humanização da assistência ao parto no serviço público: reflexão sobre desafios profissionais nos caminhos de sua implementação. In: Deslandes, SF (org.). *Humanização dos cuidados em saúde. conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006, p. 351-370.
- Morais FRR. (Tese). A humanização no parto e no nascimento: os saberes e as práticas no contexto de uma maternidade pública. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal: 2010.
- Veras RM, Traverso-Yépez MA. A maternidade na política de humanização dos cuidados ao bebê prematuro e/ou de baixo peso – Programa Canguru. *Estudos Feministas* 2010; 18(1): 61-80.
- Minayo MCS. *O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2006.
- DeVault ML, McCoy L. Institutional Ethnography, Using Interviews to Investigate Ruling Relations. In: Gubrium, FJ, Holteins, JA (Eds.). *Handbook of Interview Research*. Thousand Oaks/London: Sage, 2002: p. 751-776.
- Campbel, M, Gregor F. *Mapping social relations: a primer in doing institutional ethnography*. Toronto: University of Toronto Press, 2008.
- Smith DE. *Institutional Ethnography: a sociology for people*. Lanham: AltaMira Press, 2005.
- Veras RM. Etnografia Institucional: conceito, usos e potencialidades em pesquisas no campo da saúde. *Saúde e Transformação Social* 2011; 1(2):58-66.
- Traverso-Yépez MA. Ideias e significações que permeiam as práticas de saúde a perspectiva dos profissionais sobre o atual sistema de atendimento. In: Borges, LO (org.) *Os profissionais da saúde e seu trabalho*. Natal: EDUFRN, 2005, p. 109-40.
- Deslandes SF. O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. *Interface – comunicação saúde e educação* 2005; 9(17): 389-406.
- Traverso-Yépez MA, Bernardino JM, Gomes LO. "Fazem um PSF lá de cima..." Discursos permeando a implementação de uma nova unidade do PSF. *Psicologia em Estudo* 2007; 12(3): 593-602.
- Teixeira RR. Agenciamentos tecnosemiológicos e produção de subjetividade: contribuição para o debate sobre a transformação do sujeito na saúde. *Ciência e Saúde Coletiva* 2001; 6(1): 49-61.
- Boaretto MC. (Dissertação). *Avaliação da Política de Humanização ao Parto e Nascimento no Município do Rio de Janeiro*. Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2003.
- Veras RM, Traverso-Yépez MA. The Kangaroo Programa t a Brazilian maternity hospital: the preterm/low-weight babies' health care under examination. *Nursing Inquiry* 2011; 18(1): 84-91.
- Santos-Filho SB. Um olhar sobre o trabalho em saúde nos marcos teórico-políticos da saúde do trabalhador e do HumanizaSUS: o contexto do trabalho no cotidiano dos serviços de saúde In: Santos-Filho, SB, Barros, MEB (orgs.). *Trabalhador da Saúde muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde*. Ijuí: UNIJUÍ, 2009, p. 73-96.
- Andrade MAC, Artmann E. Démarche estratégica em unidade materno infantil hospitalar. *Rev. Saúde Pública* 2009; 43(1): 105-14.
- Santos Filho SB, Barros MEB, Gomes RS. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. *Interface – comunicação saúde e educação* 2009; 13(1): 603-613.
- Crevelim MA.. Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? *Ciência & Saúde Coletiva* 2005; 10(2): 323-332.
- Traverso-Yépez MA. *A psicologia social e o trabalho em saúde*. Natal: Editora da UFRN, 2008.
- Laverack G. *Health Promotion Practice. Power & Empowerment*. London: Sage Publications, 2005.
- Traverso-Yépez M, Moraes AS, Cela M. Construções discursivas acerca do usuário do Programa Saúde da Família. *Psicologia, ciência e profissão* 2009; 29 (2): 364-379.
- Traverso-Yépez M. Influencia del modelo biomédico en las prácticas de salud. *Revista de Psicología Universidad de Valparaíso* 2002, 2(2):122-132,
- Morais FRR, Alves AM, Traverso-Yépez M A. Da humanização ao cotidiano de desigualdades sociais na assistência ao parto e ao nascimento. *Pesquisas e Práticas Psicossociais* 2(2), São João del-Rei, fev. 2008.

31. Lima RCD. SUS e as teias de diálogos (im)pertinentes para transformar a formação dos trabalhadores de saúde com vistas à humanização das práticas. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação* 2009, 13(supl.1):781-95.
32. Gastaldo D. Humanização como processo conflitivo, coletivo e contextual. *Interface- comunic, saúde, educ.* 2005: 9(17): 389-406.
33. Meleiro MM, Tronchin DMR. Saúde materna e perinatal: uma abordagem assistencial humanizada. *Rev. Med. HU-USP* 1999, 9(2):49-53.
34. Veras RM, Traverso-Yépez MA. A maternidade na política de humanização dos cuidados ao bebê prematuro e/ou de baixo peso – Programa Canguru. (Artigo aceito para publicação). *Revista Estudos Feministas*, 2010.
35. Rattner D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. *Interface – comunicação saúde e educação* 2009, v. 13 (supl1):759-68.