



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**  
**Instituto de Medicina Social**

Rua São Francisco Xavier, 524 / 7º andar / Blocos D e E.  
Maracanã - Rio de Janeiro - RJ - BRASIL - CEP: 20559.900  
Tels.: (0-xx-21)2587-73 03/7540/7422/7572/2284-8249  
FAX: (0-xx-21)2264-1142  
<http://www.ims.uerj.br>

---

**IMS** INSTITUTO  
DE MEDICINA  
SOCIAL

**DAS PRÁTICAS ESPONTÂNEAS À “RECEITA” DE HUMANIZAÇÃO: UM  
ESTUDO SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE  
HUMANIZAÇÃO EM UM HOSPITAL DO RIO DE JANEIRO**

*Marise Fagundes de Souza Lima*

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva – área de concentração em Política, Planejamento e Administração em Saúde, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Anna Maria de Souza Monteiro Campos

Rio de Janeiro

2007

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

MARISE FAGUNDES DE SOUZA LIMA

**DAS PRÁTICAS ESPONTÂNEAS À “RECEITA” DE HUMANIZAÇÃO: UM ESTUDO SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO EM UM HOSPITAL DO RIO DE JANEIRO**

Aprovada em 26 de abril de 2007.

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Anna Maria de Souza Monteiro Campos (orientadora)  
DO/Southern Califórnia/79 – Prof<sup>a</sup>. Adjunta do IMS-UERJ

---

Prof. Dr. Ruben de Araujo Mattos  
DO/IMS-UERJ/00 – Prof. Adjunto do IMS-UERJ

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Roseni Pinheiro  
DO/IMS-UERJ/00 – Prof. Adjunto do IMS-UERJ

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Tatiana Wargas de Faria Baptista  
DO/IMS-UERJ/03 – Pesquisadora da ENSP/Fiocruz

Rio de Janeiro

2007

*Dedico àquele que se foi no início do processo de construção deste trabalho, deixando o exemplo de vida, estímulo para vencer as dificuldades do caminho e um coração repleto de saudades eternas: **Sr. José, meu amado pai.***

## **AGRADECIMENTOS**

Esta dissertação é resultado de um profundo desejo de aprimoramento intelectual e produto de um grande esforço empregado em sua construção. Conciliar duas atividades profissionais, o mestrado, os papéis de mãe, esposa e dona de casa não foi tarefa fácil. Durante o percurso de construção deste projeto pessoal e profissional, principalmente por ter sido realizado em um momento bastante turbulento de minha vida, contei com a colaboração de inúmeras pessoas que contribuíram de forma inestimável para o desfecho desta batalha.

Agradeço à minha família, Roberto, Guilherme e Roberta pelo afago, pelo espírito de complacência nos meses de ausência e pela resignação na elaboração de um projeto individual, mas do qual eles fazem parte incondicional.

Ao meu grande amigo e segundo pai, Crispim, pelo apoio ilimitado e confiança que tem me conferido nesses vinte anos de trabalho juntos. Agora poderemos dar continuidade aos nossos “projetos de solidariedade”.

Aos mais de seiscentos alunos que passaram pelas minhas mãos durante esses anos - grande motivo de orgulho e fonte inesgotável de inspiração – que, paulatinamente, foram me conduzindo a um sentimento de profunda inquietação que culminou na decisão irrevogável de me dedicar à Saúde Coletiva.

Aos amigos do Colégio Santo Inácio, especialmente Neusinha, Maria Ana, Lília, Tarliz e Sandro que tanto me estimularam a percorrer este sonhado caminho.

Aos amigos e companheiros de turma do IMS pela rica troca de experiências e saberes. A diversidade de formação desta “equipe” de 2005 é co-responsável pela riqueza deste grupo muito especial.

À Fátima Schoichet, minha “pequena”, doce e grande amiga, apesar do pouco tempo de convivência. Saudades que infelizmente só podemos amenizar em raros e breves encontros.

À Josenira (Jô) e Fátima Cristina, amigas, parceiras, todas as palavras de gratidão são insuficientes para manifestar os melhores sentimentos por tudo o que vivemos juntas: nossas dores, minhas “maluquices”, a alegria dos intermináveis almoços no restaurante do 5º andar da UERJ, as “farras” e descobertas na livraria da ABRASCO, os encontros nas bibliotecas... Nunca poderei me esquecer desta dupla que me fez reconhecer que nós três juntas somos “Meninas Super Poderosas” de verdade. Contem sempre comigo!

À Theresa Santos e Cadu pela prazerosa convivência, pelos cafés da tarde no 7º andar. Ah, se pudéssemos voltar a dois anos atrás e viver tudo de novo!

À Leila Senna por todo o carinho durante essa trajetória.

Ao Grupo de Trabalho de Humanização do Hospital da Lagoa por ter me concedido a grata satisfação de convivência durante minha pesquisa.

Ao Paulo Cerdeira pela acolhida, pelo carinho, pelas trocas de bibliografia, por me conceder a oportunidade de “experenciar” o seu belíssimo trabalho e me mostrar a “trilha”. Exemplo de profissional competente, consciente, crítico, sensível e dedicado a todos os pacientes que atende e observa. Tudo seria muito pouco para retribuir o que merece.

Ao Miranda pelo breve e agradável convívio. Ter participado da sua qualificação de mestrado no primeiro dia em que pus os pés no IMS, conhecer o início do caminho das pedras foi decisivo para que eu tivesse a certeza de que era ali que eu queria fazer o meu mestrado.

À Anna Maria Campos, merecedora de todo meu carinho e respeito, por me ensinar inúmeras coisas, entre as quais a primeira delas: eu não sou um “saco vazio”. Certamente sou uma entre tantos orientandos que já teve em sua vida acadêmica, mas você será sempre minha única (talvez) orientadora.

Aos meus inesquecíveis professores: Ruben, pelo acolhimento, generosidade, conselhos, conhecimentos etc, etc, etc... Apesar de viver correndo, tem sempre um instante para colocar em prática as “tecnologias da escuta”. Kornis, pela generosidade intelectual, por me mostrar o “caminho mágico” dos livros, hoje indispensáveis à minha vida. Guardarei sempre as anotações da literatura recomendada, pois um dia ainda terei lido todos.

A **todos** os funcionários do IMS, sem nenhuma exceção, pela competência, presteza, educação e carinho no atendimento às inúmeras solicitações dos alunos. Vocês são o espelho desta instituição!

Se por um lado me sinto em dívida com todas essas pessoas, por outro me considero privilegiada por ter tantas a quem prestar meu reconhecimento.

**Obrigada por fazerem parte da minha história!**

## **BENEVOLÊNCIA**

*Entre as coisas pequenas, mas incontavelmente freqüentes e, por isso, muito eficazes, às quais a ciência deve dar mais atenção que às grandes coisas raras, é preciso incluir também a benevolência; com isso entendo essas manifestações de disposições amigáveis nas relações, esse sorriso dos olhos, esse aperto de mão, esse bom humor, de que se envolvem habitualmente todos os homens. Todo professor, todo funcionário acrescenta algo mais ao que é seu dever; é a forma de atividade constante da humanidade; é como as ondas de sua luz, nas quais tudo se desenvolve; especialmente no âmbito mais restrito, no seio da família, a vida só verdeja e floresce em virtude dessa benevolência. A cordialidade, a afabilidade, a polidez cordial são derivações sempre fluorescentes do instinto não egoísta e contribuíram mais poderosamente para a civilização que aquelas manifestações muito mais famosas do mesmo instinto, que são chamadas compaixão, misericórdia e sacrifício. Mas costuma-se subestimá-las e, de fato, não há nada nelas propriamente muito altruísmo. A soma dessas doses mínimas não é menos considerável; em sua totalidade essa força se inclui entre as forças mais poderosas. Do mesmo modo, se encontra muito mais felicidade no mundo do que vêem os olhares sombrios: isto é, se fizer a conta certa e desde que não se esqueça sobretudo esses momentos de satisfação, de que é rico cada dia em toda vida humana, mesmo a mais atormentada.*

Nietzsche



## RESUMO

Este estudo contempla a implementação da Política Nacional de Humanização no Hospital da Lagoa, unidade hospitalar sob gestão do Governo Federal, situada no Município do Rio de Janeiro. A escolha do Hospital da Lagoa baseou-se na tradição dessa unidade em implantar ações e atividades inovadoras com vistas à melhoria da qualidade da assistência e, também, pela proximidade que a pesquisadora desenvolveu com a instituição ao longo de sua vida profissional. Foi privilegiada a perspectiva dos gestores da instituição quanto à experiência de “Humanização”, iniciada em 2003 e ainda em curso.

De acordo com a política, entende-se por “humanização” a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Como estratégia de mudanças, a humanização orienta-se por três princípios: a transversalidade; a estreita vinculação entre a atenção e a gestão em saúde; e a autonomia e protagonismo dos sujeitos nos processos de trabalho.

Em se tratando de um estudo de caso, a metodologia do trabalho observou a triangulação, combinando análise documental, observação participante e realização de entrevistas semi-estruturadas com 17 gestores, de diversas categorias profissionais e diferentes níveis de chefia.

A análise dos dados revelou a existência de muitos obstáculos a serem transpostos para a institucionalização da política. Entre estes, foram apontados pelos entrevistados: a fragilidade da política de humanização e a própria cultura organizacional instituída. Nesta, segundo os entrevistados, se localizam os entraves à gestão do trabalho: dificuldade na formação de equipes multiprofissionais, desconsideração com a saúde do trabalhador e inoperância do Colegiado de Gestão Participativa local. Embora tenham sido indicados aspectos favoráveis ao processo, ao final do trabalho de campo ainda não tinham sido implantados todos os dispositivos preconizados pela Política Nacional de Humanização. Ademais, os esforços para sua implementação passaram a concorrer com o a implantação de um programa de acreditação hospitalar, pactuado com o Ministério da Saúde.

**Palavras-chave:** política de saúde, implementação, humanização.

## ABSTRACT

This study is concerned with the implementation of the National Humanization Policy in Hospital da Lagoa, a hospital unit administrated by the Federal Government and situated in the City of Rio de Janeiro. Hospital da Lagoa was chosen due to this unit's tradition in implementing innovative actions and activities with the purpose of improving service quality and, also, due to how close the researcher has become towards the institution throughout her professional life.

The study focuses on the institution administrators' perspective of the experience of "Humanization", which began in 2003 and is still taking place.

According to this policy, "humanization" is the valorization of the different subjects implicated in the process of health production: the users, the workers and the administrators. As a strategy for changes, humanization is oriented by three principles: transversality; the close bond between attention and administration in health; and the autonomy and the protagonism of the subjects in work processes.

Being a case study, the methodology has followed the triangulation, combining document analysis, participant observation and semi-structured interviews with 17 administrators of several professional categories and with different levels of responsibility.

The data analysis has revealed the existence of many problems that will need to be solved in order for the policy to be institutionalized. The administrators that were interviewed mentioned, among others: the frailty of the humanization policy and the very organizational culture that exists today. The latter, according to the administrators, is to blame for the hindrances in the management of the work: difficulty in forming teams with professionals of different areas, disregard for the workers' health and inefficiency of the local Participative Management College. Even though aspects favorable to the process were mentioned, at the end of the field work some of the principles recommended by the National Humanization Policy had not been established. Besides, all the efforts for their implementation are now competing against the establishment of a program of hospital service improvement, linked to the Department of Health.

**Key works:** health policy, implementation, humanization.

**LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

- ABEM** - Associação Brasileira da Esclerose Múltipla
- ABEM-RJ** - Associação Brasileira da Esclerose Múltipla do Estado do Rio de Janeiro
- ABRASCO** – Associação Brasileira de Saúde Coletiva
- ADILA** – Associação dos Diabéticos da Lagoa
- A. P.** – Área Programática
- APEM-RJ** – Associação dos Pacientes de Esclerose Múltipla do Estado do Rio de Janeiro
- ASCR** - Associação Saúde Criança Renascer
- ASHOL** - Associação dos Servidores do Hospital da Lagoa
- CAP** – Comunidade Ampliada de Pesquisa
- CDS** – Conselho Distrital de Saúde
- CEP** – Comitê de Ética em Pesquisa
- CMS** – Conselho Municipal de Saúde
- CNS** – Conferência Nacional de Saúde
- CONASEMS** – Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
- CS** – Conselhos de Saúde
- CT** – Câmara Técnica
- CTH** – Câmara Técnica de Humanização
- DATASUS** - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
- DGH** – Diretoria Geral dos Hospitais
- DMPS** – Departamento de Medicina Preventiva e Social
- FCH** – Faculdade de Ciências Médicas
- FIOCRUZ** – Fundação Oswaldo Cruz
- GIRASoHL** – Grupo Interdisciplinar de Reflexão e Atuação Solidária, Humanitária e Livre
- GTH** – Grupo de Trabalho de Humanização
- HL** - Hospital da Lagoa
- HML** – Hospital Municipal da Lagoa
- HOSPUB** – Sistema Integrado de Informação de Ambiente Hospitalar

**IASERJ** – Instituto de Assistência aos Servidores do Estado do Rio de Janeiro

**IMS** – Instituto de Medicina Social

**IOC** – Instituto Oswaldo Cruz

**MS** – Ministério da Saúde

**NERJ** – Núcleo do Ministério da Saúde do Estado do Rio de Janeiro

**NST** – Núcleo de Saúde do Trabalhador

**OPAS** – Organização Pan-Americana de Saúde

**PAF** – Plano de Ação Familiar

**PCT** – Projeto de Cooperação Técnica

**PEHL** – Porta de Entrada de Pacientes Externos do Hospital da Lagoa

**PNH** – Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde do SUS

**PT** – Partido dos Trabalhadores

**PTS** – Projeto Terapêutico Singular

**RJ** – Rio de Janeiro

**SAS** – Secretaria de Assistência à Saúde

**SE** – Secretaria Executiva

**SECM** – Secretaria Executiva da Comissão Metropolitana

**SIRMAR** – Sistema Remoto de Marcação de Consulta

**SMO** – Secretaria Municipal de Obras

**SMS** – Secretaria Municipal de Saúde

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**TCLE** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UERJ** – Universidade do Estado do Rio de Janeiro

**UFF** – Universidade Federal Fluminense

**UFRJ** – Universidade Federal do Rio de Janeiro

**UNICAMP** – Universidade Estadual de Campinas

**UNIRIO** – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

**UPE** – Unidade de Pacientes Externos

## SUMÁRIO

**Resumo**

**Abstract**

**Lista de Abreviaturas e Siglas**

|   |    |
|---|----|
| <b>INTRODUÇÃO</b>   | 13 |
| <b>CAPÍTULO 1 – A Formulação da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde do SUS</b> | 17 |
| <b>CAPÍTULO 2 - HUMANIZASUS – Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde do SUS</b>   | 27 |
| 2.1 Os Princípios da Política Nacional de Humanização   | 28 |
| 2.1.1 A Transversalidade  | 33 |
| 2.1.2 A Indissociabilidade entre a Atenção e a Gestão dos Processos de Produção de Saúde                    | 33 |
| 2.1.3 A Autonomia e o Protagonismo dos Sujeitos   | 33 |
| 2.2 Os Requisitos Operacionais  | 34 |
| 2.3 O “Norte” da Política Nacional de Humanização   | 34 |
| 2.4 Resultados Esperados  | 36 |
| 2.5 <i>Modus Faciendi</i>   | 36 |
| 2.5.1 Ambiência   | 37 |
| 2.5.2 Clínica Ampliada  | 37 |
| 2.5.3 Equipe de Referência e Apoio Matricial  | 38 |
| 2.5.4 Projeto Terapêutico Singular  | 38 |
| 2.5.5 Gestão Participativa e Co-gestão  | 39 |
| 2.5.6 Acolhimento em Saúde e Acolhimento com Classificação de Risco   | 39 |
| 2.5.7 Direitos e Deveres dos Usuários   | 40 |
| 2.5.8 Visita Aberta e Direito ao Acompanhante   | 40 |
| 2.5.9 HumanizaSUS e as Redes Sociais  | 41 |
| 2.5.10 Grupo de Trabalho de Humanização   | 42 |
| 2.5.11 Trabalho e Redes de Saúde: valorização dos trabalhadores de saúde                                    | 42 |
| 2.5.12 Monitoramento e Avaliação na Política Nacional de Humanização  | 44 |

|  |            |
|--|------------|
|  | xi         |
| <b>CAPÍTULO 3 – Metodologia e Objetivos do Estudo</b>                                      | <b>46</b>  |
| 3.1 O Foco do Estudo   | 49         |
| 3.2 A justificativa da Escolha do Campo  | 50         |
| 3.2.1 A Opção por uma Unidade Hospitalar   | 50         |
| 3.2.2 O Hospital da Lagoa  | 52         |
| 3.3 As Fontes de Informação e Coleta de Dados  | 70         |
| 3.3.1 Fontes Documentais   | 70         |
| 3.3.2 Observação Participante  | 71         |
| 3.3.3 Entrevistas  | 72         |
| <b>CAPÍTULO 4 – Dinâmica de Implementação da PNH no Hospital da Lagoa</b>                  | <b>75</b>  |
| 4.1 Arranjos Organizacionais para a Implementação da PNH                                   | 75         |
| 4.2 A Humanização como Política Pública de Saúde   | 82         |
| 4.2.1 A Alta Gestão: entre o discurso politicamente correto e a eficácia                   | 83         |
| 4.2.2 A Gestão Intermediária e a de Base: a subjetividade revelada nos discursos           | 85         |
| 4.3 Aspectos Facilitadores e Obstaculizadores da Implementação da PNH no Hospital da Lagoa | 89         |
| 4.3.1 Aspectos Facilitadores   | 90         |
| 4.3.2 Aspectos Obstaculizadores  | 95         |
| 4.4 Dispositivos da PNH implementados no HL  | 117        |
| 4.4.1 A Ouvidoria  | 118        |
| 4.4.2 A Visita Ampliada  | 118        |
| 4.4.3 A Capela Ecumênica   | 118        |
| <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>  | <b>120</b> |
| <b>BIBLIOGRAFIA</b>  | <b>124</b> |
| <b>ANEXOS</b>  | <b>137</b> |



## INTRODUÇÃO

As práticas de saúde nos dias atuais passam por um momento de grave crise. A doença tem sido objeto de investigação há alguns séculos. O desenvolvimento científico e tecnológico tem colocado à disposição uma série de ferramentas que facilitam o diagnóstico, a terapêutica e a profilaxia das doenças. Os saberes foram sendo cada vez mais compartimentalizados. O homem foi transformado em objeto e seu corpo fracionado para conferir espaços cada vez mais amplos para os núcleos de especialidades. No entanto, estes aspectos estão longe de serem suficientes para dar conta das complexas necessidades de saúde dos indivíduos e das populações. Os aspectos ligados à singularidade dos pacientes parecem ter sido colocados de lado; valores, crenças, emoções, sentimentos foram relegados a um segundo plano. O paciente hoje lastima por não ter sido sequer olhado, quanto mais examinado pelo médico. Quando em situações de internação relatam que seus gemidos de dor, por mais alto, parecem não passar de meros sussurros que se ouvem ao longe. Tem-se observado que, gradativamente, as questões referentes à relação entre os profissionais de saúde e os usuários no ambiente laboral, bem como a falta de integração desses trabalhadores, têm afetado sobremaneira o modelo assistencial vigente (Campos, 1997).

Estes fatos, que há muito já deixaram de ser novidade, me encorajaram nesta pesquisa. Há vinte anos atuo na área de educação em saúde de jovens e adultos. São estudantes provenientes de uma classe sócio-econômica baixa, desprovidos muitas vezes até mesmo do atendimento às suas necessidades básicas. Todas elas dependem do SUS. Primeiramente conheceram o sistema como usuários. Hoje, conhecem também suas entranhas, como estagiários ou já



profissionais, técnicos em Laboratório Clínico. Eles me ensinaram o que sei acerca das agruras por que passam quando necessitam acessar os serviços de saúde. Com eles também aprendi a conhecer o SUS pelo lado de dentro, através dos relatos de suas experiências.

No Brasil, propostas de humanização nos cuidados de saúde têm sido difundidas como estratégias de enfrentamento da crise de modo criativo e de construção de alternativas para a organização das práticas de saúde (Ayres, 2004b). O vocábulo “humanização”, muito utilizado atualmente com referência à assistência à saúde, tem sido alvo de muitas controvérsias, principalmente por dar ensejo à multiplicidade de sentidos que lhe são atribuídos.

Não pretendo cair na redundância da discussão quanto à polissemia da palavra humanização<sup>1</sup>. Apesar das diversas acepções conferidas pelos dicionários da língua portuguesa, prefiro adotar a posição de que “o contexto é o verdadeiro definidor das conotações, aí é que teremos plena consciência das inúmeras possibilidades de alteração semântica” (Monteiro, 1991, p.144). Mas a que contexto estou me referindo? Esclareço *a priori* que neste estudo pretendo fazer referência à humanização no âmbito de uma política pública de saúde: a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde do SUS (PNH), também denominada HumanizaSUS<sup>2</sup>. Cabe ressaltar que:

No campo da saúde, humanização diz respeito a uma aposta ético-estético-política: ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e co-responsáveis; estética porque relativa ao processo de produção da saúde e de

---

<sup>1</sup> Alguns autores que abordaram o assunto: Almeida (2005); Ayres (2004a); Boaretto (2004); Campos, R. (2004); Deslandes (2004a,b) ; Matta (2004); Minayo (2004); Puccini; Cecílio (2004); Baremlitt, [2003?]; Betts [2003?]; Campos, R. [2003?]; e Cembranelli [2003?].

<sup>2</sup> Denominação fantasia, também utilizada para representação visual do material educativo e de divulgação da política.

subjetividades autônomas e protagonistas; política porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão da rede do SUS (Brasil/MS, 2004a).

A proposta da PNH é modificar o modo tradicional com que se faz a gestão, a clínica<sup>3</sup> e as ações de saúde pública, buscando-se incorporar recursos pedagógicos e terapêuticos que apóiem os sujeitos envolvidos, aumentando sua capacidade de lidar com o próprio trabalho e com o modo de vida.

Idealizada em 2003, a PNH como política pública de saúde em fase de consolidação carece de estudos atinentes à sua implantação. No amplo processo de pesquisa bibliográfica efetuada sobre este tema específico, não obtive acesso a nenhum estudo de natureza e características semelhantes ao objeto que desejo focalizar.

A dissertação usa a metodologia de estudo de caso com a intenção de observar o processo de implementação da PNH. O caso estudado é um hospital público sob a gestão do governo federal, situado no Município do Rio de Janeiro. A opção pelo Hospital da Lagoa (HL) como *locus* para a realização da pesquisa não se trata de um mero acaso. O HL “acolhe” os alunos da instituição onde exerço as atividades de ensino. Esta parceria data de muito tempo, para além dos 20 anos que trabalho na instituição.

O HL possui tradição de ações, atividades e projetos inovadores, com vistas à melhoria da qualidade da assistência. Além disso, participou do Projeto de

---

<sup>3</sup> O termo é utilizado nesse contexto como organização do trabalho em saúde.

Cooperação Técnica<sup>4</sup> do Ministério da Saúde em convênio com a Universidade Estadual de Campinas destinado à capacitação de gestores para a implementação da PNH.

O desenho deste estudo é constituído da seguinte forma: no primeiro capítulo – **A Formulação da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde do SUS** – focalizo o processo de formulação da PNH com base na documentação referente ao período, conferindo pequeno destaque às etapas de formulação e implementação de políticas públicas; no capítulo 2 - **HUMANIZASUS** – apresento os princípios e diretrizes do documento-base da PNH; já no capítulo 3 – **Metodologia e Objetivos do Estudo** – exponho as escolhas metodológicas adotadas, bem como os objetivos gerais e específicos desta dissertação; a seguir, no capítulo 4 – **Dinâmica de Implementação da PNH no Hospital da Lagoa** – discorro sobre o processo de implementação da PNH no HL na percepção de alguns gestores da Unidade. Nas considerações finais concluo que, não obstante todos os esforços empreendidos e avanços obtidos, as dificuldades para que os dispositivos da PNH pretendidos pelo HL sejam atingidos decorrem de condições que não estão somente sob o controle direto e o manejo dos gestores locais. Trata-se de um conjunto de decisões e práticas que inclui outros atores institucionais que, sob determinadas condições estruturais e conjunturais que extrapolam a capacidade existente atualmente na instituição.

---

<sup>4</sup> Realizado em Campinas no período de 17/04/06 a 04/08/06, o projeto referido tem como proposta trabalhar com o Método Paidéia (CAMPOS, 2000). Essa metodologia é utilizada para o trabalho com grupos envolvidos na gestão ou na atenção à saúde e procura exercer um efeito pedagógico e terapêutico durante seu desenvolvimento.

## **CAPÍTULO 1 – A Formulação da Política Nacional de Humanização da atenção e da Gestão em Saúde do SUS**

Este trabalho não se trata de um estudo sobre formulação de política.. Contudo, considero relevante conhecer como ocorreu o processo de sua formulação para distinguí-lo da etapa de implementação. Cabe ressaltar que **na abordagem da formulação da PNH adoto estritamente as informações resgatadas dos documentos referentes ao período.**

A luta pela humanização na saúde é preocupação em vários países do mundo. Segundo Fortes (2004), historicamente a humanização da atenção à saúde tem seu alicerce na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 que estabelece em seu artigo 1º: “Todos os homens nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. São dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade”<sup>5</sup>. No entanto, somente por volta da década de 70, com o início do debate e luta pelos “direitos do paciente” as práticas humanizadoras em saúde começaram efetivamente a ser consideradas importantes. Em 1972, o Hospital Mont Sinai, situado em Boston/USA emitiu a primeira manifestação acerca dos direitos dos pacientes reconhecida pela literatura. No ano seguinte a Associação Americana dos Hospitais lança a Carta dos Direitos dos Pacientes, cuja revisão foi feita em 1992. Fortes considera de grande relevância na fundamentação da humanização da saúde a Conferência Interacional sobre Cuidados Primários em Saúde, realizada em Alma-Ata em 1978. O Relatório da Conferência (Declaração de Alma-Ata, 1978, p. 1) enfatizou o conceito ampliado de saúde como “estado de

---

<sup>5</sup> Esta citação foi retirada do “site” Nações Unidas no Brasil, mencionado no capítulo das referências bibliográficas.

completo bem-estar físico, social e mental e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”, sendo um direito humano básico e objetivo social mais importante a ser atingido pelos sistemas de saúde. Estabeleceu ainda o direito e dever dos povos na participação individual ou coletiva no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde. Em 1979, a Comunidade Econômica Européia divulgou a “Carta do Doente Usuário de Hospital” afirmando que:

o direito do paciente hospitalizado à autodeterminação, o direito para aceitar ou recusar os cuidados propostos pelos profissionais de saúde tanto para o diagnóstico como para o tratamento, como também a obrigatoriedade das informações referentes ao estado de saúde (Fortes, 2004, p. 32).

Em 1984, o Parlamento Europeu adotou a Carta Européia dos Direitos do Paciente, estendendo o alcance hospitalar dos outros documentos. Entre outros aspectos, o direito do paciente à informação sobre o tratamento e o prognóstico, o acesso ao prontuário médico e ao consentimento ou recusa à submissão a tratamentos.

No Brasil, a luta pela humanização das práticas de saúde teve origem no movimento feminista da década 60 do século XX em torno do debate da saúde da mulher. Entre os anos de 1960 e 1980 uma série de mudanças foi sendo instituída (Benevides; Passos, 2005a).

Em 1992, a humanização se fez presente em artigo publicado pelos Cadernos da Nona Conferência Nacional de Saúde, que teve como tema oficial: Sociedade, Governo e Saúde (Viana, 2004). Esta publicação teve por fim a divulgação de textos a todos os interessados em mais informações sobre os temas, como subsídio para a reflexão e posicionamento nas questões da saúde. Nesse

artigo, os autores Merhy, Cecílio e Nogueira (p. 91) tratam da relação instituição-usuário abordando algumas diretrizes e operações relacionadas à humanização.

Por ocasião da 11ª Conferência Nacional de Saúde, em 2000, que teve como tema oficial “Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social”, a humanização do atendimento foi assunto incluído na pauta de debates e em diversas páginas do relatório final. No entanto, na leitura do documento transparecem aspectos significativos diferentes, sendo “caracterizado ora em relação à gestão e qualidade dos serviços, ora em relação a uma postura ética dos profissionais e da instituição e ora em relação ao cuidado prestado pelos profissionais” (Matta, 2004, p. 14-15).

O movimento em prol da humanização chegou ao ano 2000 segmentado por áreas (saúde da mulher, da criança e do idoso), ligado à atenção hospitalar, relacionado aos psicólogos e assistentes sociais e, como exigência de mercado, direcionado à satisfação dos clientes e à garantia da qualidade total na prestação de serviços. (Benevides; Passos, 2005a).

Até 2004 foram desenvolvidas ou adotadas pelo Ministério da Saúde diversas iniciativas sob a forma de programas<sup>6</sup> e ações que, de alguma forma, parecem ter relação com a humanização na atenção do usuário<sup>7</sup>. Alguns deles não

---

<sup>6</sup> Segundo Mattos (1999), “denomina-se programa um conjunto de ações organizadas com vistas ao enfrentamento de um problema público qualquer, tendo geralmente expressão institucional (e portanto orçamentária) e uma perspectiva de ação não limitada temporalmente. Trata-se de uma forma de ações governamentais mais comum no setor da saúde, especialmente na saúde pública” (p. 52-3).

<sup>7</sup> Como exemplos de iniciativas no campo da humanização da atenção à saúde posso citar: Prêmio Galba de Araújo (1990); Hospital Amigo da Criança (1992); Programa de Acreditação Hospitalar (1997/1998); Carta aos Usuários (1999); Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares-PNASH (1999); Programa de Modernização Gerencial dos Grandes Estabelecimentos de Saúde (1999); Programa Centros Colaboradores para a Qualidade e Assistência Hospitalar (2000); Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (2000); Norma de Atenção Humanizada de Recém-Nascido de Baixo Peso-Método Canguru (2000); Programa Nacional

tornam explícita a idéia de humanização, contudo demonstram como objetivo a melhoria da qualidade da assistência.

Em que pese as importantes tentativas de sensibilizar gestores, trabalhadores e usuários do SUS sobre as questões referentes à humanização do atendimento, as iniciativas foram consideradas fracionadas e desconectadas.

Em 2000, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH)<sup>8</sup>. Este programa teve como proposta implantar ações em hospitais com o intuito de criar comissões de humanização dedicados à melhoria na qualidade da atenção ao usuário e, posteriormente, ao trabalhador (ib). O PNHAH terminou no final de 2002. Cabe enfatizar que o Hospital da Lagoa não foi contemplado com este programa.

No início de 2003, iniciava-se no Brasil o primeiro mandato do Presidente Lula, eleito pelo Partido dos Trabalhadores (PT). As diretrizes do programa de governo do PT para o Brasil, de 2002 a 2006, atentaram para um processo de “ruptura necessária” com os programas de governos anteriores, alegando a exclusão da população da tomada de decisões políticas que contribuía para a prática tradicional das elites brasileiras. Tal projeto defendia, entre outros aspectos, a inclusão social em diversos setores como referência central para o desenvolvimento do País. Especificamente no setor da saúde afirmava reconhecer o Sistema Único de Saúde (SUS) como grande conquista da sociedade brasileira que necessitava ser

---

de Humanização da Assistência Hospitalar-PNHAH (2000); Qualificação de Saúde-QualisUS (2003) e Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (2004).

<sup>8</sup> As unidades localizadas no Rio de Janeiro que participaram do PNHAH foram: Hospital Universitário Antônio Pedro, Instituto Nacional Cardiologia Laranjeiras, Hospital Geral de Bonsucesso / MS, Hospital Municipal Salgado Filho, Hospital Servidores do Estado, Instituto Fernandes Figueira – FIOCRUZ, Instituto Nacional de Câncer – INCA, Instituto Nacional de Traumatologia-Ortopedia, Hospital Universitário Pedro Ernesto, Hospital Maternidade Alexandre Fleming e Unidade Integrada Saúde Herculano Pinheiro.

implantado em sua plenitude, através da introdução até mesmo de novos modelos de gestão com vistas à melhoria da qualidade e à melhor utilização dos recursos a serem disponibilizados (Partido dos Trabalhadores, 2006). Em fevereiro de 2003, a equipe de governo na Saúde definiu-se pela construção da Política Nacional de Humanização.

O processo de formulação de políticas, o modo pelo qual um determinado problema passa a fazer parte da agenda, é dotado de alta complexidade. Baseadas em Cooper e Burrell (1988), Costa; Campos (2003) aduzem que a política não resulta de decisões a fim de atingir valores abstratos, mas de fatores conjunturais que pressionam por algum tipo de ação. Como não acompanham um processo decisório que tem por objeto a razão, “as decisões de política são movimentos de resposta a situações que se caracterizam por incerteza, desequilíbrio e desordem” (Costa; Campos, 2003, p. 8).

Na perspectiva pós-moderna, a política pública consiste num processo de aprendizagem contínua, compreendida como permanente esforço para superação de obstáculos ou dificuldades mais do que planejamento. Viana (1996, p. 7), apoiada nas idéias de Kingdon (1984), revela que a agenda política é definida como “o espaço de constituição da lista de problemas ou assuntos que chamam a atenção do governo e dos cidadãos”. Ademais, enfatiza que “eventos ou crises podem suscitar a emergência de problemas ou assuntos, mas não são suficientes para forçar a entrada de um assunto na agenda” (p. 9).

De acordo com Benevides e Passos (2005a, 2005b), integrantes da equipe da Secretaria Executiva (SE) do MS nos anos de 2003 e 2004, a defesa da humanização como aspecto fundamental a ser considerado nas políticas públicas de



saúde não foi tarefa simples. O debate começou a ser travado a partir da tensão entre pontos de vista divergentes: de um lado situavam-se os defensores dos programas de humanização; do lado oposto, os que questionavam a alteração de modelos de atenção e de gestão do sistema de saúde a partir de processos de produção de saúde e de sujeitos. Estava lançado o desafio de redefinir o conceito de humanização, fortemente banalizado, e de repensar “modos de construção de uma política pública e transversal de humanização da/na saúde”, traduzida em “princípios e modos de operar no conjunto das relações entre todos os que constituem o SUS” (Benevides; Passos, 2005b, p. 562).

O ano de 2003 foi marcado por uma série de passos rumo à construção da PNH. No início do mês de fevereiro, a equipe de governo na saúde foi convocada para um seminário com o objetivo de reunir as várias iniciativas já existentes no campo da humanização da atenção à saúde. Pretendia-se superar o caráter fragmentário das ações através da definição e disseminação do conceito de humanização para o conjunto das práticas de saúde do SUS. O modelo de atenção e o modelo de gestão foram declarados como inerentes a uma proposta única, de forma que a humanização não ficasse limitada a projetos isolados (Brasil/MS, 2004h).

Durante dez meses de trabalho várias atividades foram desenvolvidas através de “ações de articulação e envolvimento dos atores sociais que compõem o Sistema Único de Saúde (SUS), avançando na elaboração coletiva de conceitos e estratégias e contaminando com ‘atitudes humanizadoras’ os diversos campos de ação” (Brasil/MS, 2004h, p. 17). Foi lançado o desafio de efetivação da PNH como política definitiva e vigorosa. Debates e pactuações nas três instâncias de gestão

(federal, estadual e municipal) entraram em curso, além da articulação com outras áreas do MS e ações junto às Secretarias de Saúde e serviços (ib.).

Com a finalidade de coletivizar o trabalho organizado nos meses anteriores, nos dias 19 e 20 de novembro de 2003 foi realizada em Brasília, na sede da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) a “Oficina Nacional HumanizaSUS: Construindo a Política Nacional de Humanização”. Este evento contou com a participação de 181 pessoas: o Ministro da Saúde, o Secretário Executivo do Ministério da Saúde (MS), convidados do Conselho Nacional de Saúde (CNS), do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e OPAS, 102 representantes do MS (48 pessoas da Secretaria Executiva - entre elas 12 consultores da PNH - e 31 pessoas da Secretaria de Atenção à Saúde), além de 79 representantes de Secretarias Estaduais e Secretarias Municipais de Saúde. As atividades realizadas contribuíram para atrair propostas e sugestões para a intensificação das decisões políticas. Por meio do Decreto nº 4.726, de 09 de junho de 2003, a coordenação da PNH foi destinada à Secretaria Executiva do Ministério da Saúde<sup>9</sup> por entendê-la como uma política transversal ao conjunto das práticas de atenção e gestão da saúde. As demais áreas do MS ficaram encarregadas da implantação das ações de viabilização (Brasil/MS, 2004i)<sup>10</sup>.

---

<sup>9</sup> O Capítulo III – Seção I do Decreto em referência estabelece a competência dos “Órgãos de Assistência Direta e Imediata ao Ministro de Estado”.

<sup>10</sup> Atualmente, a PNH está sob a responsabilidade da Secretaria de Atenção à Saúde. Com a revogação do Decreto nº 4.726/03, passou a vigorar o Decreto nº 5.841, de 13 de julho de 2006. Este foi revogado pelo Decreto nº 5.974 de 29 de novembro de 2006 que “Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências”. O capítulo III – Seção II – Art. 12 estabelece a competência da Secretaria de Atenção à Saúde.

Após a realização da Oficina HumanizaSUS, as idéias foram divulgadas na 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) realizada no período de 7 a 13 de dezembro de 2003 (ib.). No Relatório Final desta CNS, a PNH aparece no item 7 das Diretrizes Gerais do Eixo Temático V (A Organização da Atenção à Saúde) da seguinte forma: “Definir uma política de humanização da atenção à saúde como eixo estruturador das três esferas de governo, mediante a elaboração de planos diretores a serem implementados em todas as redes de serviços de saúde” (Brasil/MS, 2004j, p. 79). A Política Nacional de Humanização passou a ser considerada uma das prioridades políticas do governo, em fase de consolidação nos processos de pactuação das instâncias intergestoras do SUS.

Campos (1980) atenta para a “nítida distinção” entre a formulação e a implementação de políticas. Baseada nessa premissa indica que “os esforços para preencher o abismo entre os objetivos e resultados do planejamento nacional têm sido dirigidos, de uma maneira ou de outra, para o funcionamento das burocracias públicas” (p. 36). Longe da negação da importância do planejamento nacional a autora chama a atenção para “a necessidade de reformular o papel dos órgãos centrais de planejamento no processo de planejamento para atender as necessidades humanas básicas” (p. 37). Propõe um modelo de aprendizagem que incorpora as propostas de Schon<sup>11</sup> no modo de conceituar o papel do governo central como aprendiz e não conhecedor além da construção de redes organizacionais substituindo as relações tradicionais centro/periferia. Defende que, nenhuma política é instituída antes que a implementação seja iniciada e propõe como alternativa a ruptura da dicotomia formulação/implementação. Aquela autora

---

<sup>11</sup> A autora faz alusão às propostas Schon e Korten citadas nas obras de Emery, F. E. & Trist, E. L. *Towards a social ecology*. New York, Plenum-Rosetta, 1973; e Biller, Robert. *Making diagnosis and action congruent*. Los Angeles, School of Public Administration, USC. Oct. 1976. mimeo.

sugere” um modelo de integração do esforço de planejamento central com participação das partes afetadas, que seriam trazidas à condição de **sujeito** na atividade de planejamento e não mais meros **objetos** das decisões de política pública” (p. 43, grifo meu).

A fim de preencher esta lacuna Campos sugere ainda que todos os *policy-makers* devem estar engajados na análise política, que inclui uma estratégia de implementação, que leve em conta as objeções antecipadas do público e da burocracia governamental, assim como o financiamento, a gestão e os aspectos técnicos da política.

As fases de formulação e implementação constituem dois momentos importantes na formação de política, sendo produto de diferentes processos e com funções sociais variadas. A formulação é a elaboração do processo que ocorre em um espaço político de trocas e indeterminações, conflitos e poder. A implementação manifesta-se por evidenciar resultados que podem ser úteis como experiência para os formuladores, definida em um espaço administrativo, idealizado como continuidade racionalizada de procedimentos e rotinas (Hoppe, Van de Graaf e Van Dijk, 1985 *apud* Viana, 1996).

Segundo Walt (1996) a implementação de uma política não pode ser encarada como parte de um processo linear ou seqüencial, no qual o diálogo político ocorre na fase de formulação, cabendo tão somente a implementação aos administradores e gerentes. Para essa autora, a implementação deve ser entendida como um complexo processo de interação em que os executores podem vir a alterar o caminho político previsto pelos formuladores, exercendo um papel ativo na mudança de formulação e promovendo inovação. Sustenta, ainda, que as

experiências sugerem que no “mundo real” ocorre muito freqüentemente uma enorme separação entre formulação e implementação de política, com foco reduzido na colocação da política em prática.

## **CAPÍTULO 2 - HUMANIZASUS – POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO E DA GESTÃO EM SAÚDE DO SUS**

O Sistema Único de Saúde é conquista da sociedade brasileira, fruto de um movimento pela democratização da saúde durante a segunda metade da década de setenta que “possibilitou a formulação do projeto da Reforma Sanitária Brasileira, sustentado por uma base conceitual e por uma produção teórico-crítica” (Fleury, 1997, p.11). Fleury discorre que, já nos idos anos setenta e oitenta, a produção teórica admitia apontar o momento crítico para se pensar em um paradigma<sup>12</sup> alternativo em Saúde Coletiva centrado na “determinação social das doenças” e no “processo de trabalho”. Este paradigma direcionava muitas propostas do movimento sanitário, não apenas relativas à saúde do trabalhador e às políticas de saúde, mas nos aspectos referentes a um conjunto de mudanças, que atravessava o setor saúde e envolvia alterações mais consistentes em outras esferas, no Estado, na sociedade e nas instituições (Paim, 1992).

Vaitsman (1992) alerta que a “reconceitualização das necessidades de saúde” deve abordar não aspectos físicos, mas também a dimensão psicológica, a experiência e a emoção com abrangência no modo de organização da vida cotidiana e na história pessoal.

Ao longo dos últimos 16 anos de existência do SUS, o campo da saúde pública brasileira experimentou uma série de avanços. No entanto, não é tão atual assim a argumentação de que um dos grandes gargalos do sistema permanece sem

---

<sup>12</sup> Paradigma neste contexto é utilizado como “um conjunto de noções, representações e crenças, relativamente compartilhadas por um determinado segmento de sujeitos sociais tornando-se um referencial para a ação” (Fleury, 1997, p. 12).

saída. Em 1996, por ocasião da 10ª Conferência Nacional de Saúde, Lecvovitz declarou que

(...) se o SUS avançou no aspecto jurídico, e nossa legislação é hoje considerada como uma das melhores do mundo, se avançou no aspecto administrativo e o processo de municipalização já atinge quase a totalidade dos municípios, **pode-se constatar que avançou pouco na mudança do que é essencial: a relação entre os serviços, os profissionais e os usuários desses serviços** (Serra, *apud* Levcovitz, 1996, grifos no original).

Antigos problemas ainda persistem sem solução, demandando o aprimoramento do sistema ou até mesmo a mudança de caminhos.

Conforme Traverso-Yépez; Moraes (2004, p. 80),

(...) embora a saúde seja, pois, um direito constitucionalmente garantido, um olhar sobre o cotidiano das práticas de saúde revela facilmente a enorme contradição existente entre essas conquistas estabelecidas no plano legal e a realidade da crise vivenciada pelos usuários e profissionais do setor.

## 2.1 Os Princípios da Política Nacional de Humanização

A formulação da PNH fundamenta-se na “sistematização de experiências do **SUS que dá certo**”<sup>13</sup>, através das experiências exitosas dos estados e no reconhecimento da contribuição dessas práticas para a legitimação do sistema. O campo da saúde tem características que envolvem pelo menos três atores (sujeitos) distintos - o usuário, o profissional de saúde e a instituição (aqui representada pelo gestor do sistema de saúde local) – que se inter-relacionam,

---

<sup>13</sup> Em março de 2006 foi realizado na cidade do Rio de Janeiro o “Fórum Saúde e Democracia: uma visão de futuro para o Brasil”. Paralelamente ao evento, foi realizada a feira “O SUS que dá certo”, em que foram expostas pelas Secretarias Estaduais de Saúde experiências de sucesso no âmbito do Sistema Único de Saúde.

influenciando a construção de demandas. O fato de identificarmos apenas três atores não faz com que a relação se torne menos complexa. Pelo contrário, pertencem a universos diferenciados, com pontos de vista diferentes, desejos, emoções, sentimentos e interesses distintos.

O objeto da minha pesquisa não foi discutir a humanização. Não se tratou de levantar questões sobre a (re) definição da humanização como:

estratégia de interferência nestas práticas levando em conta que sujeitos sociais, atores concretos e engajados em práticas locais, quando mobilizados, são capazes de, coletivamente, transformar realidades transformando-se a si próprio (...) na produção de outras formas de interação entre os sujeitos que constituem os sistemas de saúde, deles usufruem e neles se transforma, acolhendo tais atores e fomentando seu protagonismo. (Benevides; Passos, 2005a, p. 391).

Toda política se manifesta através de uma série de enunciados significativos que representam formalmente a maneira de pensar e de agir e/ou as circunstâncias identificadas com um certo assunto. Mattos (1999, p. 50) aponta que “uma política pública se apresenta através de documentos de diversos tipos (...)”, tais como leis, portarias, normas, diretrizes, etc (...) “que expressam as suas principais características”. A PNH, por se tratar de uma política baseada em relações interpessoais, é anunciada sob a forma de um **documento-base**.



A PNH aponta lacunas que podem ser consideradas o nó górdio<sup>14</sup> do SUS. Essas brechas merecem consideração especial por comprometerem sobremaneira o funcionamento dos serviços (Passos; Benevides, 2006b):

- O esfacelamento das relações entre os profissionais de saúde e entre estes e os usuários, devido à fragmentação e verticalização dos processos de trabalho.
- A fragmentação da rede assistencial obstaculizando a conexão entre a rede básica e o sistema de referência.
- A fragilidade do trabalho em equipe.
- O despreparo dos profissionais de saúde para conviver com as dimensões sociais e subjetivas presentes nas práticas de atenção.
- A burocratização e verticalização do sistema público de saúde.
- O baixo incentivo à co-gestão, à valorização e à inclusão dos trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde.
- O desrespeito aos direitos dos usuários.
- A falta de articulação entre o modelo de formação dos profissionais de saúde e o debate e a formulação das políticas públicas de saúde.

---

<sup>14</sup> Quando se quer referir a uma extraordinária dificuldade em determinada questão, diz-se que se trata do nó górdio do assunto. A história desta frase remonta aos tempos de Alexandre, o Grande (356-323 a.C.), senhor de um império que incluía quase o mundo inteiro. Segundo a lenda, quem desatasse o nó com que estava atada a canga ao cabeçalho de um carro feito por um camponês frígio dominaria o Oriente. O carro estava no templo de Zeus. Do nó, feito com perfeição, não se viam as pontas. Alexandre tentou desamarrar e, não conseguindo, cortou-o com a espada. E desde então esse gesto tem servido de metáfora para designar ações ousadas para resolver problemas (Silva, 2003, p. 103).

- O baixo empreendimento na qualificação de trabalhadores, particularmente quanto à gestão participativa e ao trabalho em equipe.
- A precariedade do controle social quanto aos processos de atenção e gestão do SUS.

Como política transversal em toda a rede SUS, a PNH compromete-se com a tradução dos princípios do sistema, com a construção de trocas solidárias empenhadas na produção de saúde e de sujeitos. É uma política que se propõe como eixo articulador das práticas em saúde, ressaltando o aspecto subjetivo que nelas se apresenta. Pretende atingir gestores, trabalhadores da saúde e usuários com atitudes e ações humanizadoras.

Conforme o documento-base da PNH, **no âmbito de uma política pública de saúde**, a humanização é compreendida como: o reconhecimento dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores), bem como o incentivo da autonomia e do protagonismo dos mesmos; a ampliação do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; a construção de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; o reconhecimento de necessidades coletivas e subjetivas de saúde; a alteração do paradigma de atenção e gestão, com destaque para as necessidades dos cidadãos, a produção de saúde e o processo de trabalho em saúde; a valorização dos trabalhadores e das relações sociais no trabalho; e a melhoria das condições de trabalho e de atendimento (Passos; Benevides, 2006b).

A PNH se configura em uma estratégia de mudança que tem com princípios: a transversalidade, a indissociabilidade entre a atenção e a gestão em

saúde e a autonomia e protagonismo dos sujeitos. Pinheiro; Luz (2003, p. 19) aduzem que “os serviços de saúde constituem cenário vivo, onde atuam atores sociais distintos no desenvolvimento de suas práticas, gerando diferentes percepções sobre o que é demandado e oferecido em termos de saúde”. Assim sendo, reconhecer os aspectos culturais a fim de compreender a realidade de saúde das populações é condição essencial para a eliminação dos “desencontros entre médico e paciente, serviço e paciente e médicos e serviços” (ib., p. 30).

Campos (1994) lembra que, apesar da resistência das pessoas, as mudanças ocorrem. O processo de modificação do modelo de atenção e gestão em saúde deve investir na mudança das pessoas, dos seus valores, da sua cultura ou ideologia, além de tomar medidas para a consecução dos objetivos no funcionamento das instituições. Esse autor sinaliza para o aumento da porosidade dos modelos de atenção à saúde, com potencial para permitir que a sensibilidade, o desejo e a necessidade da clientela atravessem “todos os poros da organização de tal forma que todos sintam a pressão” (p. 33). Até mesmo considerando a constatação do que ele denomina “indiferença egoísta da maioria das pessoas que trabalha nas instituições”, Campos incentiva a invenção de ‘novos modos de andar a vida’, a tomada de decisão de “pensar o novo” (p. 36).

O SUS supõe uma rede, onde todos teriam uma autonomia relativa, cabendo aos gestores públicos a garantia da articulação entre os diversos níveis de governo e os vários segmentos da sociedade. Essa prerrogativa dos gestores deve ser utilizada para a intermediação e o apoio às mudanças de interesse sanitário e para a consolidação do sistema. Para tanto se faz

(...) necessário que essas mudanças ocorram em sistema de co-gestão, ou seja, acolhendo DEMANDAS de usuários, trabalhadores de saúde, intelectuais, especialistas, prestadores, municípios, estados, e lhes OFERECENDO diretrizes; e submetendo-as (demandas e ofertas) a processos de discussão, negociação e pactuação, construindo processos de mudanças do modo o mais interativo possível (Campos, 2003, p. 105).

### **2.1.1 A Transversalidade**

A transversalidade é definida como dinâmica multivetorializada no processo de comunicação, através da conexão/confronto inter e intra-grupos. Pretende-se estabelecer um nível de acessibilidade à alteridade e, conseqüentemente, incentivam-se processos de diferenciação dos grupos e das subjetividades (Brasil/MS, 2004a).

### **2.1.2 A Indissociabilidade entre a Atenção e a Gestão dos Processos de Produção de Saúde**

A alteração dos modos de cuidar implica outros modos de apropriação do trabalho. O trabalho, mais do que uma prestação de serviços, é co-produção de saúde, envolvendo quem presta e quem recebe o serviço. Configura-se na inseparabilidade entre a clínica e a política, entre a produção de saúde e a produção de sujeitos (ib.).

### **2.1.3 A Autonomia e O Protagonismo dos Sujeitos**

A tomada de decisão está relacionada com a aposta ética da humanização, uma vez que implica o papel igualmente ativo de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e co-responsáveis no processo de produção de saúde. Como já mencionado anteriormente, a autonomia é relativa a cada um

dos agentes, dentro de seu campo de atuação. Assim sendo, cada um dos sujeitos envolvidos tem seu papel destacado e diferenciado no “modo de produzir saúde” (ib.).

## **2.2 Os Requisitos Operacionais**

Para tornar a PNH possa ser capaz de produzir os resultados esperados aposta-se ainda na criação de diferentes espaços de encontros entre sujeitos, na permuta e organização de saberes, no trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar estabelecido em rede, no reconhecimento das necessidades, interesses e desejos dos diferentes sujeitos no campo da saúde. Além disso, é imprescindível a realização do pacto entre a gestão federal, estadual e municipal do SUS e as distintas instâncias de efetivação das políticas públicas de saúde (atenção e gestão), bem como entre os gestores, trabalhadores e usuários desta rede. Para que esta política possa obter os resultados pretendidos é imprescindível também a recuperação dos fundamentos básicos norteadores das práticas de saúde no sistema, através da concepção dos gestores, trabalhadores e usuários como sujeitos diligentes e protagonistas das ações de saúde. Cabe ressaltar também a importância conferida à construção de redes de solidariedade e interatividade participativas e protagonistas das ações de saúde (Passos; Benevides, 2006b).

## **2.3 O “Norte” da Política Nacional de Humanização**

O documento-base desta Política destaca como princípios norteadores:

a) a valorização da dimensão subjetiva, coletiva e social em todas as práticas de atenção e gestão do SUS, reforçando o comprometimento com o direito de todos os cidadãos indiscriminadamente;

b) a ênfase no trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transversalidade e a grupalidade<sup>15</sup> ;

c) a sustentação da construção de redes de cooperação, solidariedade e comprometimento com a produção de saúde e a construção de sujeitos;

d) a estruturação da autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS;

e) a co-responsabilidade desses sujeitos nas ações de atenção e gestão;

f) o encorajamento do controle social com cunho participativo em todas as instâncias gestoras do SUS;

g) a obrigação com a democratização das relações de trabalho e o destaque positivo aos trabalhadores da saúde, incentivando processos de educação permanente; e

h) o reconhecimento da valorização do meio ambiente, com a composição de espaços de trabalho saudáveis e acolhedores (ib).

---

<sup>15</sup> A grupalidade é “uma experiência que não se reduz a um conjunto de indivíduos, nem tampouco pode ser tomada como uma unidade ou identidade imutável. É um coletivo ou uma multiplicidade de termos (usuários, trabalhadores, gestores, familiares, etc) em agenciamento e transformação, compondo uma rede de conexão na qual o processo de produção de saúde e de subjetividade se realiza” (Brasil/MS, 2004a, p. 48).

## **2.4 Resultados Esperados**

A implementação da PNH visa consolidar marcas específicas manifestas no alcance de resultados esperados:

- a redução de filas e do tempo de espera, com a extensão do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo, assentado com base em critérios de classificação de risco;
- a informação de todo usuário do SUS acerca dos profissionais que responderão pelos cuidados de sua saúde e a rede de serviços responsável por sua referência territorial e atenção integral;
- a garantia do direitos dos usuários pelas unidades de saúde, norteadas pelas conquistas asseguradas no plano legal e aumento dos meios de sua participação ativa, e de sua rede sociofamiliar, nas sugestões de intervenção, acompanhamento e cuidados em geral.

Para tanto, os formuladores da política defendem a gestão participativa dos trabalhadores e usuários, o investimento na educação permanente dos trabalhadores, a adequação do ambiente de trabalho e a implementação de atividades de valorização e cuidado dos trabalhadores da saúde (Passos; Benevides, 2006b).

## **2.5 Modus Faciendi**

A fim de tornar exeqüíveis os princípios e obter êxito nos esforços envidados para a conquista dos resultados esperados, recomendam-se dispositivos que, no entendimento dos formuladores da política, constituem “tecnologias” ou “modos de fazer” (ib). Estes dispositivos são “propostos para alcançar/atravessar os

diferentes níveis de organização da rede de serviços, obedecendo ao princípio de transversalidade da Política de Humanização” (Santos-Filho, 2006, p. 3). São eles:

### **2.5.1 Ambiência**

No âmbito da saúde a ambiência diz respeito ao tratamento do espaço físico compreendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais, com vistas ao oferecimento de atenção acolhedora, resolutiva e humana. Para além da composição técnica dos ambientes, visa a construção de espaços a serem vivenciados por grupos de pessoas com seus valores culturais e relações sociais. O conceito de ambiência orienta-se essencialmente por três eixos: a confortabilidade focalizada na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos; o espaço de encontro de sujeitos; e o espaço como ferramenta facilitadora dos processos de trabalho (Brasil/MS, 2006a).

### **2.5.2 Clínica Ampliada**

A ampliação da clínica (atenção) é uma proposta de atuação para além dos recortes diagnósticos e burocráticos a que são reduzidos os sujeitos enquanto “pacientes”. O trabalho clínico “visa o sujeito e a doença, a família e o contexto, tendo como objetivo a produção de saúde e o aumento da autonomia do sujeito, da família e da comunidade”. Como modo de trabalho pretende: “a integração da equipe multiprofissional, a adscrição da clientela e construção de vínculo, a elaboração de projeto terapêutico conforme a vulnerabilidade de cada caso e ampliação de recursos de intervenção sobre o processo saúde-doença” (Brasil/MS, 2004a, p. 44-45).



### **2.5.3 Equipe de Referência e Apoio Matricial**

A equipe de referência é caracterizada por um grupo multiprofissional evidenciado pelo objetivo de cada serviço de saúde, responsável pela atenção a uma determinada clientela. Esta referência é de grande relevância no plano da gestão por facilitar a criação de vínculo específico entre um grupo de profissionais e um certo número de usuários. A proposta desta equipe transcende a responsabilização e atinge até a repartição de poder gerencial. (Brasil/MS, 2004a, p. 47).

O apoio matricial é uma disposição no ordenamento dos serviços e complementa as equipes de referência. Propicia que o encaminhamento dos pacientes de uma equipe de referência seja evitado e que esta passe a solicitar o suporte de “serviços de referência/especialidades (e/ou aos especialistas isolados) quanto a outros profissionais que lidam com o doente” (Brasil/MS, 2006c, p. 11).

### **2.5.4 Projeto Terapêutico Singular (PTS)**

Na perspectiva da PNH, o Projeto Terapêutico Singular é considerado uma modificação do exame minucioso de “caso clínico”. Trata-se de reunião de toda a equipe onde as opiniões são importantes para auxiliar a entender o sujeito com alguma demanda de cuidados de saúde e, conseqüentemente, para propor ações. Pode ser realizado não somente para indivíduos, mas para grupos e famílias. Cabe frisar que o projeto pretende ir ao encontro da singularidade (diferença) como elemento fundamental de discussão. O PTS é constituído de quatro momentos: o diagnóstico, a definição de metas, a divisão de responsabilidades e a reavaliação (Passos; Benevides, 2006b).

### **2.5.5 Gestão Participativa e Co-gestão**

A composição de espaços coletivos para a análise das informações e tomada de decisões é fundamental para garantir a participação dos trabalhadores e usuários do SUS no dia-a-dia das unidades de atenção do SUS. Este instrumento visa garantir a representatividade e legitimidade dos interesses da comunidade previstos pela Lei nº 8142/90. Nesses espaços encontram-se inseridos a sociedade civil, o usuário e seus familiares, bem como os trabalhadores e gestores dos serviços de saúde.

A co-gestão é um modo de administração “que inclui o pensar e o fazer coletivo, para que não haja excessos por parte dos diferentes corporativismos e também como uma forma de controlar o estado e o governo. É, portanto, uma diretriz ética e política que visa motivar e educar os trabalhadores” (Brasil/MS, 2004e, p. 6).

### **2.5.6 Acolhimento em Saúde e Acolhimento com Classificação de Risco**

O acolhimento em saúde “é uma ação tecno-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social por meio de parâmetros técnicos e humanitários e de solidariedade” (Passos; Benevides, 2006b: 89). Pressupõe o reconhecimento do usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção de saúde. Trata-se da recepção do usuário, desde o momento de sua chegada, da responsabilização integral por ele através da escuta de suas queixas, permitindo a expressão de suas preocupações e angústias. Ao mesmo tempo, versa sobre a imposição de limites necessários, a garantia da resolutividade da atenção, além da articulação com outros serviços de saúde para

tentar evitar a interrupção da assistência necessária (Brasil/MS, 2004a, p. 43). A avaliação com classificação de risco presume agilidade no atendimento a partir da análise do protocolo pré-estabelecido e do grau de necessidade do usuário. Desta forma, acredita-se proporcionar atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada.

### **2.5.7 Direitos e Deveres dos Usuários**

Com a finalidade de garantir os direitos dos usuários, o Ministério da Saúde publicou a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, considerando as conquistas no âmbito legal (Constituição Federal/88 e Lei Orgânica da Saúde) e a importância do fortalecimento do SUS como política pública pelas três esferas de governo e pela sociedade civil. Foram levados em conta também a Lei nº 9.656/1998 da Saúde Suplementar e os fundamentos da PNH (Passos; Benevides, 2006b). Esta carta versa sobre os direitos e deveres dos cidadãos quanto ao atendimento em toda a rede, além de ressaltar o compromisso dos gestores.

### **2.5.8 Visita Aberta e Direito ao Acompanhante**

A visita aberta é a “ferramenta” que aumenta as possibilidades de acesso para os visitantes de forma a assegurar a ligação entre o paciente, sua rede social e os demais serviços da rede de saúde, respeitando o projeto de vida do paciente. O acompanhante é o “representante legal da rede social do doente que o acompanha durante toda a permanência no ambiente hospitalar” (Passos; Benevides, 2006b, p. 122).

### **2.5.9 HumanizaSUS e as Redes Sociais**

A idéia de compartilhamento e construção de saberes e conhecimentos no coletivo não é uma inovação da PNH. Antes mesmo da Reforma Sanitária, os diversos movimentos populares/sociais surgidos já expressavam reivindicações no atendimento à saúde. A adesão de militantes, como lideranças sindicais, lideranças populares e até parlamentares dispostos a apoiar a causa, fez com que o movimento ganhasse força, legitimando a proposta. Assim, acabaram influenciando ações e decisões daqueles que pensam as políticas públicas de saúde. A HumanizaSUS sugere a valorização de todos os sujeitos implicados no processo de produção de saúde (profissionais de saúde, gestores e usuários) como uma maneira de outorgar responsabilidade conjunta.

A constituição do SUS dispõe para além das condições de promoção, proteção e recuperação da saúde de todos os cidadãos. Além de deliberar sobre a organização e funcionamento dos serviços de saúde, prevê a participação da comunidade na gestão do sistema. Esta participação não deve se restringir aos Conselhos e Conferências de Saúde. As redes sociais surgem em contexto, conjunturas políticas ou mesmo em momentos de crise social diferentes. São maneiras de que podem se valer as pessoas para se agruparem e constituírem movimentos organizados a fim de que possam exercer os direitos conferidos a todos os cidadãos indiscriminadamente. A PNH espera que as redes sociais possam exercer o papel de estímulo à participação de toda a coletividade para o êxito na consecução de seus objetivos (Passos; Benevides, 2006b).

### **2.5.10 Grupo de Trabalho de Humanização (GTH)**

O GTH é definido como “espaço coletivo organizado, participativo e democrático, que funciona à maneira de um órgão colegiado” (Brasil/MS, 2004a, p. 48). Destina-se a realizar uma política institucional de cumprimento dos princípios de universalidade, integralidade e aumento da equidade na assistência. Ademais, contribui com a efetivação da democratização na gestão, em benefício dos usuários e dos profissionais de saúde. Esse grupo de trabalho “é integrado por pessoas interessadas em discutir os serviços prestados, a dinâmica das equipes de trabalho, as dinâmicas estabelecidas entre trabalhadores de saúde e usuários” (Passos; Benevides, 2006b, p. 144). Podem participar do GTH todas as pessoas envolvidas na proposição e promoção de ações humanizadoras que possam aperfeiçoar a rede de atenção em saúde, as inter-relações das equipes e a democratização das instituições prestadoras de serviço ou nos órgãos das várias instâncias do SUS.

### **2.5.11 Trabalho e Redes de Saúde: valorização dos trabalhadores de saúde**

O processo de trabalho em saúde deve ser compreendido como o esforço empregado no cotidiano profissional, para que o trabalhador possa dar conta dos acordos e pactos efetuados com o gestor e com os companheiros de trabalho, em função das necessidades dos usuários.

As instituições devem ser espaços de produção de bens e serviços para os usuários e também de valorização do potencial inventivo dos sujeitos que atuam nessas instituições/serviços: gestores, trabalhadores e usuários.

As regras que definem o modo de realização do trabalho não são suficientes para enfrentar os imprevistos do dia-a-dia. Assim sendo, os trabalhadores

devem abrir espaço para o uso da criatividade, para a improvisação de ações e para a construção da trajetória de ações. Somente se torna possível atender aos diversos contextos específicos que se apresentam cotidianamente com eficácia se o trabalho for produtor de sentido para quem o realiza. A burocratização, a fragmentação e a centralização do trabalho faz dele um produtor de ansiedade e desgaste. É preciso levar em consideração que “o trabalho é constituído por um conjunto de atividades simultâneas, que possuem características diferentes e são exercidos por trabalhadores de diversas áreas, com saberes e experiências específicas” (Passos; Benevides, 2006b, p. 154).

Como ocupa um lugar privilegiado na vida dos seres humanos, o trabalho não deve ser executado de forma mecânica. Deve constituir um processo de aprendizagem permanente a fim de dar conta das situações novas e imprevisíveis. No processo de trabalho, os trabalhadores são também gestores e produtores de saberes e novidades. A gestão coletiva das conjunturas de trabalho é critério indispensável para a promoção de saúde.

A PNH conta com o que foi denominado Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP). A CAP “compreende um grupo de multiplicadores, constituído de consultores/apoiadores/pesquisadores e trabalhadores locais” (Passos; Benevides, 2006b, p. 156). No âmbito dessa política trata-se de “encontro e de diálogo crítico entre o pólo dos saberes e o pólo de práticas desenvolvidas no cotidiano de trabalho” (ib., p. 155). Este dispositivo tem como objetivo dar suporte ao esforço de implementação dos demais dispositivos, através de uma relação dialógica entre distintos saberes e práticas que subvencionam e direcionam o trabalho em equipes multiprofissionais.

### **2.5.12 Monitoramento e Avaliação na Política Nacional de Humanização**

As mudanças almejadas nos modelos de atenção e gestão desejadas pela PNH devem conduzir a novas formas de utilização da informação e da avaliação. O monitoramento e a avaliação dessa política constitui um esforço de alta complexidade. O desafio fundamenta-se na necessidade de criação de indicadores adequados capazes de dimensionar e revelar mudanças para além do quadro saúde-doença. Implica estimular e investigar outros reflexos e repercussões, em outros níveis de representações e realizações dos sujeitos, inclusive em suas dimensões subjetivas.

Segundo Santos-Filho (2006, p. 5)

o monitoramento é habitualmente entendido como o processo de acompanhamento da implementação das diversas ações, tomando-se como base o que um projeto (ou equivalente) estabelece como metas de sua implementação (planejamento). Refere-se ao “acompanhamento”, “avaliação”, monitoramento, de objetivos e metas alcançadas com uma intervenção (...).

O monitoramento deve ser efetuado na rotina dos serviços, proporcionando também maior eficiência na reparação de itinerários. Para isso devem ser utilizados indicadores que expressem a conquista (ou não) das metas estipuladas. Esses indicadores podem significar/representar os processos estabelecidos e/ou produtos logrados.

Apesar de o monitoramento facilitar a avaliação, os indicadores utilizados nos seus processos não devem indispensavelmente ser considerados indicadores de resultados. Assim, Santos-Filho afirma serem necessárias “pesquisas avaliativas”, que considerem as ações como objetos de avaliação, a fim de

dimensionar o alcance dessas ações nas populações por elas favorecidas. Para a obtenção de resultados significativos o autor propõe partir de modelos que abarquem indicadores capazes de expressar a essência dessa política.

Os indicadores são:

instrumentos projetados e utilizados para avaliar a consecução de objetivos e metas; variáveis que permitem quantificar os resultados de ações, obter uma quantificação inicial para termos de avaliação no momento ou a comparação posterior (Santos-Filho, 2006 *apud* Maletta, 2000).

Na elaboração das matrizes dos indicadores da PNH é recomendada a utilização de situações que podem ser apropriadas como parâmetros para planejamento e monitoramento da implementação de ações.

O enfoque desse dispositivo, além de incidir sobre a reunião de indicadores a serem atrelados às intervenções, estende-se ao modo de acesso das equipes às informações, assim como o “tratamento” dado às mesmas. Como dispositivo de humanização esse é um dos componentes primordiais da avaliação. Assim sendo, antes de se restringir ao recorte de indicadores, é necessário ater-se à apreensão coletiva do significado dos dispositivos, esclarecendo e delimitando seus possíveis objetivos específicos em cada realidade.

Cabe destacar que a implementação da PNH pressupõe diversos centros (eixos) de ação que têm como objetivo a institucionalização, a divulgação dessa estratégia e, principalmente, apropriação de seus resultados pela sociedade (Brasil, 2006). No eixo do financiamento, o documento-base sugere a incorporação de recursos vinculados a programas específicos de humanização e outros recursos de auxílio à atenção, através da unificação e repasse fundo a fundo mediante o



compromisso dos gestores com a PNH. Entretanto, esta parece ser ainda uma conquista. A PNH até o momento em que esta dissertação está sendo finalizada não conta com incentivos financeiros para sua implementação.

### CAPÍTULO 3 – METODOLOGIA E OBJETIVOS DO ESTUDO

Embora várias pesquisas tenham contemplado programas de humanização<sup>16</sup> e a implantação de alguns dispositivos da PNH<sup>17</sup>, o “movimento” realizado rumo à consecução dos resultados esperados não foi ainda objeto de estudo.

A questão que norteia esta pesquisa é a consolidação da PNH como política pública de saúde. Focaliza a experiência de implementação da PNH no Hospital da Lagoa na visão dos gestores da instituição. Trata-se de uma investigação pontual com o seguinte recorte temporal: o resgate documental, iniciado em março de 2006 e o trabalho de campo que cobriu o período de junho a novembro do mesmo ano.

Os fundamentos teóricos que demarcam a opção metodológica se inserem no campo da pesquisa qualitativa. Segundo Víctora; Knaut; Hassen (2000, p. 34), a metodologia qualitativa parte dos seguintes pressupostos:

a) da concepção da existência de fato do mundo real<sup>18</sup> do qual nos apropriamos e atribuímos um significado num contexto determinado para nós;

b) do entendimento de que a realidade social não é um conjunto unitário, mas uma diversidade de processos sociais que atuam concomitantemente, “em temporalidades diferenciadas, compondo, esses sim, uma totalidade”; e

---

<sup>16</sup> Reis e Patrício (2005); Dias e Domingues (2005); Morsch e Delamonica (2005); Lamego, Deslandes e Moreira (2005); Lamy et al (2005); Diniz (2005), entre outros.

<sup>17</sup> Cunha (2005), entre outros.

<sup>18</sup> As autoras argumentam que “o mundo real não se apresenta como uma totalidade, mas como um ‘recorte’ que fazemos da realidade” (p. 33).

c) da consideração de que a sociedade não é apenas um somatório de indivíduos e, conseqüentemente, “a atuação grupal não é uma soma de ações individuais”.

Sob a ótica das mesmas autoras, os métodos qualitativos de pesquisa são basicamente vantajosos para quem pretende conhecer a inter-relação de circunstâncias que acompanham um fato ou situação. Esses métodos possibilitam o conhecimento de um todo a partir de suas partes constituintes.

A opção metodológica foi o estudo de caso qualitativo de caráter exploratório e explanatório. De acordo com Yin (2005, p. 19):

os estudos de caso representam a estratégia de pesquisa quando se colocam questões do tipo ‘como’ e ‘por que’, quando o pesquisador tem pouco controle sobre os acontecimentos e quando o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real.

Em conformidade com o entendimento de Yin, o estudo de caso não necessita abranger uma interpretação absoluta ou exata de eventos reais; tão somente propicia estabelecer uma estrutura de discussão e debate. Os estudos de caso são “generalizáveis a proposições teóricas, e não a populações e universos” (Yin, 2005, p. 30); têm como objetivo a expansão e divulgação de teorias e não a especificação de freqüências.

O caso escolhido foi a implementação da PNH no Hospital da Lagoa. A investigação desdobrou-se em duas etapas: a fase exploratória e o trabalho de campo. A primeira, iniciada em março de 2006, caracterizou-se pela coleta de toda a documentação pertinente a PNH, desde os primeiros relatórios de atividades até as últimas cartilhas e artigos editados pelo Ministério da Saúde.

Foi conferida grande importância à densidade do conteúdo da política em estudo a fim de legitimar os propósitos colimados. Após o intenso cuidado proporcionado a esse estágio, deu-se a confirmação da escolha do campo da pesquisa, sua contextualização e a obtenção de autorização expressa da direção do hospital, bem como do Centro de Estudos da instituição. Posteriormente, foi efetuado o levantamento de documentos complementares, necessários para dar prosseguimento às fases subseqüentes. A segunda etapa retrata o trabalho de campo, constituída de observação participante e entrevistas.

Torna-se fundamental esclarecer que, para confirmação ou confronto das evidências, em muitos momentos da pesquisa, os elementos integrantes das duas fases mencionadas estiveram estreitamente ligados ou até mesmo superpostos.

### **3.1 O Foco do Estudo**

Esta pesquisa tem como foco principal demonstrar a experiência de implementação da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde do SUS, na perspectiva dos gestores<sup>19</sup> do Hospital da Lagoa.

Para atingir meu objetivo geral delimitei os seguintes objetivos específicos:

---

<sup>19</sup> Para fins deste estudo a organização estabelecida sobre uma ordem de prioridade entre os participantes da gestão foi dividida em três categorias, a saber: alta gestão, gestão intermediária e gestão de base. Tal categorização não estava formalizada à época do trabalho de campo, ainda que refletisse a forma como o HL vinha funcionando.

- Registrar os movimentos e os atores envolvidos na implementação da PNH no HL;
- Identificar a noção<sup>20</sup> dos gestores locais sobre a PNH como política pública de saúde;
- Evidenciar as ações e iniciativas “humanizadoras” promovidas no hospital; e
- Destacar os aspectos facilitadores e obstaculizadores à implementação da política a partir da fala dos gestores da Unidade; e
- Mapear os dispositivos da PNH em funcionamento ao final do estudo (novembro de 2006).

### **3.2 A Justificativa da Escolha do Campo**

Neste item exponho quais os motivos que me levaram a optar pelo hospital como *locus* desta pesquisa. Apresento também minha intenção de trabalhar especificamente com o Hospital da Lagoa.

#### **3.2.1 A Opção por uma Unidade Hospitalar**

Segundo Gonçalves (1983, p. 3), “as funções de qualquer instituição são definidas a partir de sua conceituação e da clara determinação de seus objetivos”. O hospital, como instituição, pode ser considerado uma organização complexa onde poder e conflito estão presentes (Curti, 1983). As atividades hospitalares são ininterruptas, diferenciadas em turnos e dias da semana. Os

---

<sup>20</sup> Segundo Minayo (1996) noção são “elementos de uma teoria que ainda não apresentam clareza suficiente e são usados como ‘imagens’ na explicação do real. Eles expressam também o caminho do pensamento” (p. 93).

instrumentos de trabalho não estão apenas restritos a instalações e equipamentos, mas envolvem o saber dos profissionais de saúde categorizados. O trabalho, como serviço destinado ao público, “reflete as necessidades do processo de produção e as formas de organização e vida na sociedade” (Gonçalves, 1983, p. 36).

De acordo com pesquisa realizada por Travassos *et al* (1999) sobre a utilização dos serviços de saúde, após a implantação do Sistema Único de Saúde o atendimento hospitalar aumentou excessivamente. Nas regiões Nordeste (principalmente) e Sudeste, atingiu 62% do consumo total dos serviços de saúde no país. A unidade hospitalar representa para a população o lugar capaz de conciliar todas as condições para a resolução de seus problemas de saúde (Pinheiro, 2001; Canesqui, 1992; Cohn *et al.*, 1991).

Para a implantação plena do SUS, a pirâmide foi a figura utilizada para representar o modelo tecno-assistencial. Na base, estariam localizadas as unidades de saúde responsáveis pela atenção primária a grupos da população estabelecidos em suas áreas de cobertura. Na parte intermediária, a atenção secundária é representada pelos serviços ambulatoriais, de apoio diagnóstico e terapêutico e alguns serviços de atendimento de urgência e emergência. O extremo superior estaria ocupado pelos serviços hospitalares de maior complexidade (Cecílio, 1997). No entanto, o que se constata na prática é “uma migração maciça de usuários para o ápice da pirâmide, funcionalmente invertida em relação a sua forma conceitual ideal” (Cerdeira-Campos, 2006, p. 17). Além da questão assistencial e da complexidade institucional que me proporcionou condições de observar inúmeros aspectos referentes a PNH, o hospital

representa a unidade de saúde onde todos os dispositivos desta política podem ser implantados.

### 3.2.2 O Hospital da Lagoa<sup>21</sup>

Para efetuar a compilação de informações foram consultadas fontes de diferentes naturezas: Boletim Informativo do Centro de Estudos do Hospital da Lagoa (Souza, 1974); dissertação de mestrado (Cerdeira-Campos, 2006), tese de doutorado (Freitas, 2005); entrevistas com antigos gestores da unidade; e minhas experiências como professora de educação profissional em saúde que há vinte anos encaminha estagiários para o Hospital da Lagoa. As entrevistas efetuadas nesta fase tiveram como tema sugerido “a história do Hospital da Lagoa do início dos anos 70 até os dias atuais”. Por se tratar de um tema amplo a entrevista foi conduzida de modo que os entrevistados se restringissem aos aspectos político-organizacionais do período. Os contatos foram realizados “mediante a *indicação interpessoal*”<sup>22</sup> (Schaiber, 1995)<sup>23</sup> a partir de profissionais e gestores da instituição com os quais a pesquisadora teve contato durante o trabalho de campo na instituição.

A evolução histórica do Hospital da Lagoa é bastante instigante. Em meados do século passado a Instituição Larragoiti decidiu construir uma unidade hospitalar para atendimento aos funcionários da empresa Sul América Companhia Nacional de Seguros de Vida e às pessoas de maior poder aquisitivo. Idealizado pelo Professor Leonídio Ribeiro, foi escolhido um terreno à margem da Lagoa

---

<sup>21</sup> Não tenho a pretensão de efetuar a historiografia do campo, mas desejo abordar um conjunto de fatos que possam demonstrar a “ciclotimia” da instituição desde a sua concepção até o dia em que esta dissertação está sendo escrita. Ademais, considero relevantes: (i) a contextualização do campo de estudo, (ii) as circunstâncias que acompanham a seqüência de acontecimentos a ela correlatos; e (iii) as possíveis conseqüências na implementação da política em questão.

<sup>22</sup> Grifos no original.

Rodrigo de Freitas onde existia na época a Favela da Hípica. Em 1951, após a desocupação da área onde habitavam cerca de mil pessoas, foi iniciada a construção do prédio. O projeto de arquitetura coube a Oscar Niemeyer e Hélio Uchoa. O paisagista Burle Marx ficou encarregado do projeto de urbanização. Foi levantado um edifício de belas linhas arquitetônicas na parte central de um terreno de 15.000 m<sup>2</sup> com frentes para as ruas Jardim Botânico, J.J. Seabra, Oliveira Rocha e Av. Lineu de Paula Freitas. Constituído de 10 pavimentos com subsolo e áreas anexas, totalizou 22.000 m<sup>2</sup> de construção. Em 1958, a fase de construção estava finalizada, com capacidade para 186 leitos, pois a Instituição Larragoti almejava restringir o atendimento aos funcionários do seu grupo empresarial e às pessoas mais abastadas. Grande parte do equipamento e instrumental já havia sido importado da Suécia, Portugal e Holanda. Parcialmente aparelhado, recebeu o nome de Hospital Sul América. Para a época significou um marco na evolução hospitalar brasileira.

Entretanto, apesar de todos os esforços, passados oito anos entre a concepção e a conclusão do projeto, a Instituição Larragoti, proprietária do imóvel, desistiu dos seus objetivos e colocou o prédio à venda, oferecendo-o a diversas instituições de cunho oficial.

O Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Bancários (IAPB), desde 1956, já havia criado um Centro de Cirurgia e Maternidade no Hospital dos Marítimos, atualmente Hospital do Andaraí, com funcionários, material e equipamentos próprios. Anteriormente, os serviços hospitalares do IAPB eram efetuados desordenadamente em 16 Casas de Saúde do então Estado da



Guanabara. Não havia sentido de equipe e o alto padrão de atendimento era alcançado mediante o esforço individual dos profissionais.

Incentivado pela solicitação dos médicos da instituição e pela classe bancária, o IAPB decidiu pela instalação de uma unidade hospitalar própria na cidade do Rio de Janeiro. Tendo conhecimento da intenção do Instituto Larragoti de vender do Hospital Sul América, foi iniciada a negociação. O processo foi encaminhado aos órgãos competentes até chegar às mãos do então Presidente da República Jânio Quadros. Somente em 1962, após o acordo da importância a ser paga, foi autorizada a compra pelo presidente João Goulart.

No dia 15 de dezembro de 1962 foi inaugurado o Hospital dos Bancários, com serviço de obstetrícia e otorrinolaringologia e estabelecida a implantação progressiva de outras clínicas. Em 1966 a instituição passou por ampla reforma. Foi instalado o Serviço de Neurocirurgia, o Rim Artificial, a Cirurgia Cardíaca, a Patologia Clínica, a primeira Unidade de Tratamento Intensivo do Estado da Guanabara entre outros. Em 1970 foi instituída a Residência Médica, passando o ensino a preencher uma das mais altas finalidades do nosocômio.

Com a criação do INPS em 1967, o Hospital dos Bancários passou a se chamar Hospital da Lagoa (HL). Apesar de não ser luxuoso nem considerado um hospital de grande porte, possuía 380 leitos, oferecia um padrão elevado de atendimento, trabalhando com quase todas as especialidades médicas.

O trabalho científico realizado representava uma vitória para a medicina previdenciária brasileira, servindo como exemplo e incentivo aos administradores e estudiosos do problema de política hospitalar no país.

A fase gloriosa do Hospital da Lagoa durou alguns anos. No colégio onde trabalho havia uma verdadeira disputa pelas vagas oferecidas para estágio no Laboratório de Patologia Clínica. Até mesmo os alunos oriundos das áreas mais distantes do Município do Rio de Janeiro entravam na concorrência<sup>24</sup>. O Laboratório possuía boas instalações e equipamentos de primeira linha. Considerando ser um hospital público, nada deixava a desejar em relação aos laboratórios do setor privado, muito pelo contrário.

A Unidade de Pacientes Externos (UPE) à época era composta por uma unidade ambulatorial e outra para atendimentos de emergência. Como esta parte do Hospital não havia sido projetada para fins de atendimento médico a sua planta interna foi sendo tão alterada ao longo dos anos, se tornando inadequada e insalubre.

Visando ao enfrentamento de graves problemas que comprometiam a qualidade dos diversos processos de atendimentos, em meados de 1999, a direção do Hospital propôs como prioridade de infra-estrutura a reforma do prédio da UPE. A transferência de todas as atividades ambulatoriais foi feita para o Instituto de Assistência aos Servidores do Estado do Rio de Janeiro (IASERJ), localizado no bairro da Gávea.

Ainda em 1999, a fim de cumprir a diretriz da Constituição da República Federativa do Brasil (Art.198, I) e o princípio da descentralização político-administrativa do SUS (Lei 8080/90, Art. 7º, IX), o Município do Rio de Janeiro assumiu a gestão plena, passando o HL a se chamar do Hospital Municipal da

---

<sup>24</sup> Em 1995, estive na instituição durante a preparação de um vídeo a ser exibido na Semana Profissionalizante do Curso Noturno daquele ano. O objetivo era filmar meus alunos atuando no campo de estágio. Após a obtenção da autorização necessária, iniciei o trabalho.

Lagoa (HML). Aquele momento representou um novo percurso para a instituição. Pouco a pouco, o trabalho realizado até então por servidores federais passou gradativamente a ser executado também por servidores municipais e contratados. Várias categorias de profissionais de saúde realizavam as mesmas atividades, com salários e benefícios diferenciados.

O período de funcionamento do ambulatório no IASERJ da Gávea foi bastante preocupante. Existia ali uma dicotomia: os médicos do IASERJ e os médicos do HL. Os médicos que atendiam no prédio IASERJ não eram mais entendidos como médicos do HL. A perda de identidade era algo que preocupava porque qualquer trabalho que se quisesse fazer ficaria comprometido com essa situação, poderia dificultar a iniciativa de construção de acesso do cliente ao ambulatório que, naquela época, funcionava de forma precária no IASERJ. A marcação de consulta era feita através de anotação em uma agenda que ficava com o médico, o odontólogo ou qualquer outro profissional que pudesse ser identificado como trabalhador de lá. Na ocasião, a instituição não tinha como gerenciar as marcações de consulta porque esses profissionais detinham o poder das marcações nas suas próprias mãos. O processo era manual e demorado. O controle dos pacientes era feito através de fragmentos de papel que lhes eram entregues com as marcações das consultas. Era uma situação bastante complicada; caso aumentasse o número de atendimentos essa forma de agendamento ficaria praticamente impossível, já que o ambulatório não contava com um número muito grande de recepcionistas.

Com o passar do tempo a situação foi se tornando complicada. Medicamentos começaram a faltar e equipamentos que não recebiam manutenção

adequada eram encostados. O compromisso com a saúde da população ficou comprometido pelo excesso de filas, a desatenção ao usuário, a desmotivação dos profissionais e a precariedade dos serviços. O cenário foi paulatinamente se modificando. Eu, particularmente, me senti bem próxima da situação vivenciada. A disputa pela vaga de estágio já não mais existia. Pelo contrário, meus alunos muitas vezes se recusavam a permanecer no laboratório do hospital, alegando que o ambiente não favorecia a aprendizagem prática e o aprimoramento profissional.

Em 2002, após um intenso processo de conflitos e barganha a direção do Hospital conseguiu fazer com que o Prefeito em exercício do Município do Rio de Janeiro entendesse que o HL merecia pelo menos alguns recursos para viabilizar a reconstrução da UPE. Foi sugerido por um grupo de gestores do Hospital que a obra passasse para as mãos da Secretaria Municipal de Obras (SMO). Levando em conta que esta secretaria estava realizando os projetos Rio Cidade e Favela Bairro, obras vultuosas, as verbas para o término da UPE do HL seriam praticamente insignificantes.

Antes de a obra ser concluída, foi iniciada a implantação do atendimento ambulatorial improvisado no 5º andar do prédio principal. Ainda numa fase experimental de planejamento o atendimento mostrava a necessidade de modificação do sistema de marcação de consultas. Foi elaborado um protótipo de agendamento informatizado. Essa questão foi muito discutida, inclusive com outros gestores de unidades do Município. Os modelos utilizados já não apresentavam benefício para a Porta de Entrada de Pacientes Externos do Hospital da Lagoa (PEHL). Foi implantado então o módulo ambulatorial do HOSPUB (Sistema Integrado de Informação de Ambiente Hospitalar), um serviço desenvolvido pelo

DATASUS (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde) para tentar equacionar as marcações de consultas de pacientes que já possuíam vínculo com o HL e para aqueles que eram encaminhados para lá. Este sistema se tornou tão interessante que, depois de um certo tempo foi verificada sobra de oferta de consultas. Tal fato permitiu que os gestores do Hospital pudessem firmar convênio com as Áreas Programáticas (APs) da Zona Oeste 5.1 (Bangu e Realengo), 5.2 (Campo Grande e Guaratiba) e 5.3 (Santa Cruz). Assim nasceu o SIRMAR (Sistema Remoto de Marcação de Consulta). Esta experiência foi marcada por muitos conflitos internos com os profissionais que sentiram as agendas retiradas de suas mãos. No entanto, foi tão significativa que o modelo ganhou extensão em nível internacional<sup>25</sup>.

Em que pese à experiência relatada acima, a municipalização do HL foi fonte de muita inquietação. Muitos trabalhadores da instituição percebiam o desinteresse do governo municipal em assumir os hospitais federais municipalizados. A maioria destes já estava passando por um processo de esvaziamento, desgaste, sucateamento e necessitava de investimentos pesados, inclusive o Hospital Municipal da Lagoa. A preocupação dos funcionários era com os recursos que fariam o Hospital sobreviver.

Em fevereiro de 2005, ano em que o SUS completava 15 anos, o clima era de grave crise na rede pública da cidade do Rio de Janeiro. Além dos problemas apontados, uma série de denúncias foi exaustivamente divulgada pela imprensa: falta de pagamento aos fornecedores, salário do pessoal terceirizado com dois meses de atraso e setores desativados em várias unidades hospitalares. No Hospital

---

<sup>25</sup> O SIRMAR estava funcionando até o término do meu trabalho de campo.

Municipal da Lagoa, todas as salas cirúrgicas apresentavam infiltrações e equipamentos quebrados. A Unidade de Tratamento Intensivo foi fechada e 75% dos leitos foram desativados. O ambulatório operava com 50% de sua capacidade.

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) do Rio de Janeiro, em reunião do dia 04 de março de 2005, deliberou retirar da Prefeitura a gestão plena do SUS, em poder do município desde 1999. Em 11 de março de 2005, o Presidente da República assinou decreto anunciando estado de calamidade pública na saúde da cidade do Rio de Janeiro e “intervenção” em seis dos mais importantes hospitais da cidade, entre eles o Hospital da Lagoa que, no meio da turbulenta situação, retornou à gestão federal.

Daquele momento até os dias em que este trabalho é escrito, a unidade se encontra na fase da “primavera”<sup>26</sup>, expressão utilizada por um dos médicos fundadores do Hospital, hoje já aposentado com quem tive a oportunidade de conversar. O Hospital da Lagoa gera hoje uma oferta de atendimentos secundários e terciários para a população da cidade. Possui uma unidade para internações e outra ambulatorial, sem serviços emergenciais. Atende a uma clientela formada primordialmente por moradores das comunidades da Zona Sul do Município, principalmente das favelas Rocinha, Vidigal, Dona Marta, Pavão/Pavãozinho e Chapéu Mangueira. Com o apoio do MS muitos esforços têm sido feitos para reconquistar a confiança dos usuários, apesar de a situação dos profissionais de saúde ainda continuar a mesma.

No Hospital da Lagoa, antes mesmo da instituição ou da implementação da PNH, algumas iniciativas vinham sendo tomadas com vistas à

---

<sup>26</sup> Um entrevistado utilizou esta palavra para designar renascimento.

melhoria do acesso e da qualidade da assistência. Além das ações, atividades e projetos de apoio aos usuários, o HL conta com a contribuição de associações geradas dentro do Hospital ou que prestam serviço à instituição.

Uma dessas iniciativas é o Projeto da Porta de Entrada de Pacientes Externos (PEHL). Idealizado por um médico do Hospital da Lagoa, a proposta desse projeto foi apresentada no primeiro semestre em 1999. Naquela época, a instituição estava sob a administração do Governo Federal e possuía planejamento estratégico visando gestão por projetos com consultoria da Fundação Getúlio Vargas. A construção do modelo de PEHL foi um dos projetos assistenciais voltados para a “humanização” e melhoria da qualidade e resolutividade dos atendimentos. Inicialmente foi modificado o sistema de distribuição da oferta de serviços ambulatoriais. Em 2001, os serviços de atendimento e agendamentos de consultas e procedimentos, até então feitos pelos profissionais de saúde através de agendas isoladas, passou a ser efetuado de forma centralizada, embora ainda manual. Essa iniciativa gerou maior controle da oferta de consultas, reduziu o uso desnecessário de consultas em especialidades e articulou o sistema de referência e contra-referência intrainstitucional. Proporcionou a redução das longas filas de espera para atendimentos de primeira vez.

Em 2002 foi implantado um sistema informatizado de marcação de consultas. O registro de atendimento passou a ser impresso, constando dia e hora da marcação, além da identificação do profissional de saúde. Com a regulação da oferta, o HL passou a disponibilizar consultas para toda a Área Programática (AP) 2.1. Posteriormente, por meio de convênio, a oferta foi estendida para as APs 5.1, 5.2 e 5.3. Apesar de o trabalho de racionalização do acesso visar à equidade na

distribuição de consultas especializadas, as filas da madrugada continuavam. Assim, nasceu a proposta de construção da sala de acolhimento da PEHL. A “peregrinação”<sup>27</sup> dos usuários pela madrugada em busca de atendimento foi considerada pelo seu idealizador como expressão da violência institucional.

Com o apoio da Direção do Hospital foi montada a sala de acolhimento, no andar térreo do prédio do ambulatório dispendo de banheiro interno e ventilação adequada. Utilizando como referencial norteador a Educação Popular o trabalho da Sala de Acolhimento se desdobra em três etapas: a primeira objetiva a discussão sobre o problema coletivo do acesso à saúde, incluindo a escuta das narrativas das adversidades vivenciadas pelos usuários em busca de atendimento; a segunda, um intervalo com a oferta de café com biscoitos, denominada “O café do cidadão”; e a terceira, a organização dos encaminhamentos médicos através da discussão em grupo sobre os agendamentos individuais. O foco da terceira etapa é o atendimento, o encaminhamento para a PEHL e a orientação do usuário quanto ao sistema de referência e contra-referência da rede assistencial do SUS.<sup>28</sup>

Outra iniciativa a ser destaca é um projeto resultante de uma parceria entre o Hospital da Lagoa e a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) que utiliza o hospital como universo cênico. Foi criado por uma docente desta universidade, após um intenso levantamento bibliográfico e estudo sobre as tensões existentes entre os profissionais no hospital e o medo e a angústia das crianças frente à possibilidade de hospitalização. O trabalho visa inserir o jogo teatral

---

<sup>27</sup> O termo está entre aspas pelo fato de o autor do projeto não concordar com o sentido em que é apresentado comumente para essa situação. Para ele, a conjuntura se aproxima mais do significado de perambulação, vagueação e sinônimos.

<sup>28</sup> Este trabalho gerou uma Dissertação de Mestrado defendida pelo médico idealizador do projeto, no Programa de Pós-Graduação em Ensino de Biociências e Saúde, no Instituto Oswaldo Cruz/ Fundação Oswaldo Cruz – Rio de Janeiro (Cerdeira-Campos, 2006).



no espaço hospitalar público, através da intervenção interativa que combina encenação e oficina, enriquecidas com bonecos, músicas e adereços. A autora do projeto concluiu que, dependendo do tempo de permanência no hospital, da gravidade da doença, do apoio familiar e da faixa etária da criança, a internação pode vir a ser especialmente traumática, provocando danos psicológicos irreversíveis. A hospitalização representa para a criança a separação da família, dos amigos, a mudança de ambiente e o convívio com estranhos. Estes fatos podem condicionar estresse e depressão. Além disso, a debilidade corporal da criança agrava quando ela é submetida a procedimentos invasivos e dolorosos. A criadora do projeto em questão considera que a vulnerabilidade da criança enferma precisa ser compreendida e avaliada para que medidas possam ser tomadas a fim de minimizar o seu grau de sofrimento.

Utilizando a capacidade do teatro de criar espaços de imaginação, de alegria e de contato, idealizou intervenções cênicas no espaço hospitalar e a apropriação deste espaço pelo teatro. Assim, nos alerta que o teatro “se propõe a desenvolver a sensibilidade, a imaginação por meio de jogos, facilitando a expressão de afetos, a articulação objetividade/subjetividade, as relações sociais e o desenvolvimento da apreciação artística” (Freitas, 2005, p. 282). O diálogo, produzido pelo jogo teatral, proporciona ao paciente suscitar suas histórias de vida, trocar vivências e saberes por meio de atividades lúdicas e prazerosas com as equipes profissionais. A autora propõe também que a criança leve uma lembrança agradável e, se tiver que retornar seja capaz de “experenciar” menos medo e ansiedade. Este trabalho iniciou em 1999 e, na ocasião do meu trabalho de campo, era executado às segundas-feiras: na parte da manhã, no ambulatório de Pediatria e, à tarde, no andar da Clínica Pediátrica.

O Projeto “Mãos amigas” foi concebido através da iniciativa de uma paciente do ambulatório de Oncologia. Sua sensibilização partiu da constatação do grau de absenteísmo de pacientes em tratamento, pela falta de recursos financeiros para custear o transporte entre suas residências e o HL. Além disso, percebeu que algumas pessoas, principalmente mulheres com câncer de mama, ficariam impossibilitadas de exercer suas atividades profissionais em função da doença. Mediante autorização da Direção do Hospital, apoio de profissionais da instituição e outras pacientes, começou a ministrar cursos de artesanato com vistas a possibilitar às pacientes uma forma de ganhar dinheiro sem sair de casa e tentar elevar a auto-estima dessas pessoas.

Com o tempo, a idealizadora do projeto atentou que alguns pacientes não possuíam meios para prover os gastos com sua alimentação. Iniciou, então, o cadastramento de doadores de cestas básicas a serem distribuídas a eles durante o período de quimioterapia que tem a duração aproximada de seis meses, dependendo do caso. Muitos doadores, comovidos com a situação, passaram a doar também peças de artesanato já prontas, roupas, sapatos e perucas. Com o auxílio de uma médica do Hospital, a criadora do projeto retornou à Direção para pedir autorização para a organizar um bazar e um brechó. Segundo ela, esse momento foi marcado pela resistência da Direção que se mostrou contrária à execução de atividades comerciais dentro da instituição. No entanto, à medida que foi sendo constatada a seriedade da proposta, a autorização foi concedida.

Devido a ampliação das atividades foi dado início à organização do trabalho de voluntariado. Este trabalho é constituído de duas fases: o pré-voluntariado, um estágio de três meses; e, em caso de adaptação do candidato, o

segundo passo é o encaminhamento ao Centro de Estudos para cadastramento e recebimento do crachá de identificação.

Conforme os relatos da criadora do projeto, todas as atividades cumprem a Lei do Voluntariado. Os fregueses são os próprios funcionários do Hospital. A adesão das pessoas colaborou para que outros se dispusessem a ajudar. Atualmente contam com doadores efetivos e esporádicos, professores de artesanato voluntários, além dos outros voluntários que exercem atividades diversas.

O perfil social do receptor da doação também é traçado para a verificação de suas necessidades. O apoio se restringe ao período de tratamento ambulatorial ou internação. O projeto não se propõe a ser caritativo. O objetivo é encorajar o doente na fase de tratamento, principalmente os iniciantes; contribuir para a elevação de sua auto-estima; e criação de um grupo de trocas de experiências.

Na fase final de meu trabalho de campo, o projeto já contava com a adesão de um advogado disposto a elaborar o estatuto e realizar o sonho dos participantes: a transformação do “Projeto Mãos Amigas” em “Associação Mãos Amigas”. Desta forma, acreditam poder ampliar o raio de ação e colocar em prática ações que só podem ser executadas através de associação regulamentada, conforme as normas legais.

O grupo de Meditação é outra iniciativa promovida na instituição, conduzida por um Monge Budista, Psiquiatra do Hospital da Lagoa. É realizado duas vezes por semana (às terças-feiras e sextas feiras às 12:30h) no auditório principal, destinado a funcionários e usuários.

A partir da meditação budista nasceu o Grupo Interdisciplinar de Reflexão e Atuação Solidária, Humanitária e Livre (GIRASoHL). Foi criado com o objetivo de fundamentar e estruturar a prática do serviço voluntário efetuada em hospitais, escolas e comunidades. É destinado às temáticas que abarcam o fim da vida, apoiando-se na preparação emocional e educação teórica nos temas sobre “Morte, Perdas e Luto”.

O primeiro projeto da equipe foi denominado “Cuidando de Quem Cuida”. Seus supervisores se empenham na questão da morte no hospital por entenderem que o tema compromete o cotidiano dos profissionais de saúde. As justificativas do Projeto são:

- Acolhimento e escuta – direcionado aos funcionários do HL, composto de dez encontro semanais; e
- Educação para a morte – pelo reconhecimento da grande lacuna na formação dos profissionais de saúde em relação ao assunto.

O segundo projeto do grupo consta de atividades realizadas por voluntários. Baseia-se na reflexão sobre a prática do voluntariado e na ampliação da percepção de si mesmo e do outro como ser individual, social e cultural, a fim de abrir espaço para a discussão da vida sob a perspectiva da morte. Este projeto é composto de duas etapas. Na primeira, os voluntários passam por um processo de treinamento. O conteúdo é apresentado em aulas teóricas e dinâmicas de grupo, cujo tema é a morte. As dinâmicas são espaços para as colocações pessoais de cada voluntário. A fase de treinamento é constituída de um encontro semanal durante seis meses. É uma oportunidade de integração do grupo de voluntários com os profissionais de saúde do Hospital em seus processos de perdas, morte e luto.

A segunda etapa consiste no trabalho à beira do leito. Os voluntários passam a integrar um Projeto de Educação Continuada e Encontros de Supervisão, também semanalmente. As visitas ocorrem durante a semana e estão submetidas a uma escala organizada às sextas feiras durante a supervisão. A duração da visita resulta de cada caso, da disponibilidade do voluntário e da necessidade do paciente. Após cada visita, o voluntário efetua um relatório, enviado ao grupo por meio de mensagem eletrônica. Os relatórios são submetidos ao supervisor para discussão em grupo uma vez por semana. O Projeto de Educação Continuada e Encontro de Supervisão é obrigatório. Acontece semanalmente com duração de aproximadamente uma hora e é feito com todos os voluntários que já estão na fase de visita aos pacientes e seus familiares, à beira do leito.

Um terceiro serviço prestado pelo GIRASoHL é o Projeto Corpo-Mente. É realizado por meio do revezamento de voluntários no cuidado aos funcionários do HL, disponibilizando massoterapia e Reiki<sup>29</sup> em horários previamente agendados.

A Associação dos Diabéticos da Lagoa (ADILA) foi fundada em 1991 por um profissional com formação em Psicologia e Serviço Social. O primeiro presidente desta associação foi um médico, especialista em Endocrinologia. Nasceu da necessidade de prestar assistência à crescente população diabética atendida pelo Hospital da Lagoa e funcionários diabéticos do próprio Hospital. No final do primeiro ano de seu funcionamento, foi constatada no HL a redução de 50% das amputações em consequência do diabetes.

---

<sup>29</sup> Reiki é uma terapia natural criada por um monge budista chamado Mikao Usui, no início do Séc. XX. Preconiza, através da imposição das mãos do Terapeuta Reiki, irradiar as vibrações de harmonia da energia vital do Universo (Rei) para restabelecer o equilíbrio da energia vital (Ki) das zonas doentes do corpo de um paciente (pt.wikipedia.org/wiki/Reiki).

É uma entidade filantrópica, sem fins lucrativos, de apoio aos diabéticos e seus familiares. Funciona no sub-solo do prédio do Ambulatório do Hospital. Atualmente, esta associação possui mais de 4.000 associados, de distintas faixas etárias, oriundas de diversos bairros do Rio de Janeiro e alguns até de outros municípios. A ADILA é muito requisitada para a obtenção de informações, para a aquisição de medicamentos a preço reduzido e para a integração entre os diabéticos.

Os serviços prestados pela ADILA são realizados por voluntários, pessoas diabéticas ou não, que trabalham gratuitamente, dedicando parte do seu tempo e conhecimento à causa do diabético. O trabalho desses voluntários organizado em conjunto com o dos profissionais de saúde do HL, tem logrado importantes conquistas, entre elas a diminuição do número de internações por complicações crônicas.

Os objetivos da ADILA são:

- Prestar informações ao público em geral sobre o diabetes;
- Prevenir novos casos da doença;
- Orientar os diabéticos e seus familiares acerca dos cuidados básicos, a fim de evitar a ocorrência de seqüelas;
- Nortear o comportamento do portador do diabetes, com vistas à melhoria de sua qualidade de vida;
- Oferecer suporte emocional aos associados;
- Promover a atualização sobre as inovações quanto à prevenção e tratamento da doença;
- Proporcionar a venda de medicamentos a preços inferiores aos do mercado;

- Prestar atendimento aos diabéticos desprovidos de recursos financeiros; e
- Formar grupos de orientação para crianças e adolescentes portadores da enfermidade.

Outra associação atuante no HL é a Associação Saúde Criança Renascer (ASCR). Foi criada em 1991 por uma médica do Hospital da Lagoa, especialista em Psicossomática. É uma Organização Social<sup>30</sup>, sem fins lucrativos e sem vinculação religiosa ou política. Tem como principal objetivo a reestruturação familiar das crianças atendidas no HL que recebem altas hospitalares sem possuírem estrutura básica para dar continuidade ao tratamento em casa. Atua com o Plano de Ação Familiar (PAF) que abrange cinco áreas: saúde, profissionalização, moradia, educação e cidadania. Atualmente funciona com o apoio de cerca de 140 voluntários e 38 funcionários que atendem a 250 famílias e 850 crianças e adolescentes.

O grupo da ASCR procura intervir no ciclo vicioso “miséria →doença → internação →alta →reinternação →morte”, focalizando a causa do problema. Possui três unidades de atuação, uma delas é a Sala de Recreação do HL, no setor de Pediatria. O “Renascer”<sup>31</sup> acrescenta às atividades recreativas, palestras informativas e cursos profissionalizantes, Além disso, destina os recursos necessários para incentivar a melhoria da qualidade de vida e a auto-sustentação familiar.

---

<sup>30</sup> Conforme Tanaka e Melo (2002), as Organizações Sociais (OSs) são entidades do terceiro setor que “representam uma forma de parceria do Estado com as instituições privadas com fins públicos” (p.16). Constituem pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, formadas voluntariamente por particulares e atuam como auxiliares do Estado na persecução de atividades de importante interesse coletivo.

<sup>31</sup> Nome pelo qual a associação é mais conhecida.

A Associação dos Pacientes da Esclerose Múltipla do Estado do Rio de Janeiro (APEM-RJ) é mais uma instituição atuante no HL. Foi instituída em 1987 inicialmente como ABEM-RJ (Associação Brasileira da Esclerose Múltipla do Estado do Rio de Janeiro), filial da ABEM (Associação Brasileira da Esclerose Múltipla) sediada em São Paulo. Em 1997, foi reestruturada como Associação dos Pacientes da Esclerose Múltipla do Estado do Rio de Janeiro (APEM-RJ).

Esta associação é uma entidade não governamental que conta com o trabalho de voluntários. Acolhe um grande número de pessoas que, por diversos motivos e diferentes circunstâncias, estão envolvidas com a doença. Seu objetivo é trabalhar a fim de que os pacientes e as pessoas que os rodeiam possam conviver com essa adversidade, para além do simples ato de cuidar.

A APEM-RJ é aberta a pacientes, seus familiares e profissionais de saúde. Suas atividades abrangem momentos de diálogo, de lazer e de troca de experiências. Esta entidade promove reunião semanal, às quartas-feiras à partir das 14 horas, no Ambulatório do Hospital da Lagoa.

A Associação dos Servidores do Hospital da Lagoa (ASHOL) possui sede fora das dependências do Hospital, porém num local bem próximo. Funciona no prédio da Residência Médica, na Rua Faro. Essa proximidade permite que os servidores se desloquem sem qualquer dificuldade para participar das atividades por ela promovidas. Proporciona ao associado, fora do horário de trabalho, atividades como: aulas de Yoga, Tai Shi Shuan, violão, jardinagem, entre outras.



### 3.3 As Fontes de Informação e Coleta de Dados

Para ilustração da experiência de implementação da PNH foram utilizados três instrumentos de coleta de dados, a fim de regular a validação do constructo e a confiabilidade do caso em estudo.

#### 3.3.1 Fontes Documentais

As informações documentais foram obtidas de diferentes fontes:

- Programa de governo do Partido dos Trabalhadores para 2002 a 2006;
- Relatório de atividades de oficinas realizadas pelo Ministério da Saúde no período de constituição da PNH;
- Documento-base da PNH;
- mensagens eletrônicas para convocação da direção do hospital para o curso para gestores realizado em Campinas<sup>32</sup>;
- mensagens eletrônicas enviadas pela coordenadora e consultores da PNH para o GTH/HL;
- relatório da 1ª Jornada do Humaniza -Lagoa<sup>33</sup>;
- atas das reuniões do GTH/HL;
- planos de ação do hospital apresentados nas reuniões mensais dos participantes da Câmara Técnica de Humanização (CTH) dos hospitais federais e universitários do Estado do Rio de Janeiro, realizadas no NERJ;
- boletim elaborado pela CTH;

---

<sup>32</sup> O curso citado foi denominado “Cooperação Técnica: Gestão Compartilhada da Clínica Ampliada na Atenção Hospitalar”. Tratou-se de uma parceria entre o Ministério da Saúde e a Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Foi realizado no período de 17/04/2006 a 04/08/2006.

<sup>33</sup> Humaniza-Lagoa foi o nome dado pelos consultores da PNH no Município do Rio de Janeiro para a cooperação na implementação da PNH no HL.

- tese de doutorado referente a programa de humanização desenvolvido no HL<sup>34</sup>;
- dissertação de mestrado sobre a construção da porta de entrada de paciente externos do HL<sup>35</sup>;
- artigo de revista sobre a situação em 2005 dos hospitais federais do Município do Rio de Janeiro que foram municipalizados em 1999;
- documentos administrativos da instituição.

### 3.3.2 Observação Participante

Em consonância com a orientação de Víctora, Knaut e Hassen (2000) a observação participante foi efetivada reputando a necessidade de conhecer e compreender a realidade e de que “há muitos elementos que não podem ser apreendidos por meio da fala e da escrita” (p. 62). Este recurso se mostrou proveitoso mediador entre o discurso e a prática à medida que pôde contar com a minha presença como parte dos eventos observados.

Atentei para o ambiente interno e externo, para o comportamento das pessoas nos grupos, para a linguagem utilizada, para o relacionamento entre os integrantes dos grupos. Procurei participar ativamente de todos os eventos estudados para os quais obtive permissão. Durante o trabalho de campo, nas raras ocasiões em que não pude estar presente nas reuniões, consultei as atas.

---

<sup>34</sup> FREITAS, Lúcia H. **Cruzando Espaços e Olhares**, 2005.

<sup>35</sup> CERDEIRA-CAMPOS, P. C. “**Peregrinação**” no **Sistema Único de Saúde: Experiência da sala de acolhimento na porta de entrada hospitalar**, 2006.

Os principais eventos em que a observação participante ofereceu oportunidades para coleta de dados foram:

- reuniões semanais do GTH/HL;
- reuniões semanais da Clínica Médica do Hospital com o objetivo de discutir as reais possibilidades de implantação da Clínica Ampliada no serviço;
- 1ª Jornada do Humaniza-Lagoa (dias 27 e 28 de junho de 2006);
- palestras, seminários e oficinas organizadas ou proferidas por formuladores, coordenadores e consultores da PNH em outras instituições na cidade do Rio de Janeiro;
- encontros e trabalhos de pessoas e grupos pertencentes ao Hospital ou compostos por agentes externos que executam atividades na unidade relacionados à humanização do atendimento; e
- Projeto Memórias da Humanização – Humanização da Saúde: *Res Publica*<sup>36</sup> realizado pelo MS/SAS/Coordenação Nacional da PNH e HumanizaRio.

### 3.3.3 Entrevistas

Também constituíram importantes fontes de informação as entrevistas semi-estruturadas com dezessete gestores do hospital, sendo três membros da alta gestão, quatro componentes da gestão intermediária e dez gestores de base<sup>37</sup>. Foram realizadas em local e horário prévia e pessoalmente agendadas de acordo com a preferência e a disponibilidade dos participantes. Todos os entrevistados

---

<sup>36</sup> Este projeto teve como objetivo resgatar as experiências de “Humanização na Saúde” no Município do Rio de Janeiro. Foi realizado no Museu da República e Centro Cultural da saúde na Praça XV no período de 24 de novembro de 2006 a 17 de dezembro de 2006.

<sup>37</sup> É importante evidenciar que o protocolo desta pesquisa, sob o nº de registro 16/2006, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ (CEP-IMS), tendo sido aprovado.

foram informados sobre a proposta de trabalho por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi submetido à leitura e assinado em duas vias. Uma das cópias ficou com o entrevistado e a outra ficará arquivada sob minha responsabilidade juntamente com as fitas. A transcrição destas últimas foi efetuada em espaço de tempo mais curto possível, a fim de que não fosse perdido nenhum detalhe quanto à postura do entrevistado.

No entanto, é indispensável admitir a existência de problemas específicos à complexidade da marcação do agendamento das entrevistas face aos limites temporais e operacionais da instituição. Alguns reagendamentos foram necessários, por vezes antecipadamente e, em outras situações “em cima da hora”. Isso acarretou a necessidade de disposição total de minha parte em relação a esta fase da pesquisa.

As entrevistas foram constituídas por “conversas com finalidade” (Minayo, 1996, p.99) para indagar os respondentes sobre fatos relacionados a assuntos pertinentes à pesquisa e sua opinião sobre determinados temas. Minha “curiosidade científica” se manifestou através de perguntas diretas ou indiretas que seguiram um roteiro previamente preparado (ANEXO 1). Este artifício foi utilizado em respeito ao perfil do entrevistado, visando evitar constrangimentos, recusas, posições de defensiva e manipulação dos interrogados através dos seus discursos. Assim, procurei satisfazer as necessidades da minha linha de investigação e concomitantemente me esforcei para “passar adiante ‘questões amigáveis’ e ‘não ameaçadoras’” (Yin, 2005, p. 117).

Em pesquisa qualitativa, conforme orientação de Minayo (1996), torna-se mais importante o aprofundamento e abrangência da compreensão do grupo

social e da instituição. No caso em estudo, para a definição da amostra os critérios utilizados foram:

- Participação relevante no processo de mudança; e
- Tantas entrevistas quantas necessárias até que fosse esgotada a possibilidade de acrescentar algo novo.

Embora estivessem previstas dez entrevistas, conduzida pelos achados do campo e em comparação com a base teórica, senti a necessidade de aumentar o número de entrevistados, considerando a diversificação de categorias profissionais e/ou setores no conjunto de profissionais, particularmente no tocante aos gestores de base.

## **CAPÍTULO 4 – DINÂMICA DA IMPLEMENTAÇÃO DA PNH NO HOSPITAL DA LAGOA**

A sistematização da apresentação dos achados empíricos baseou-se nos objetivos propostos para este estudo. Início apresentando os arranjos organizacionais disparados pela tentativa de implementar a PNH no HL. Neste tópico descrevo a entrada da PNH e os diversos movimentos por ela gerados. Na etapa seguinte, demonstro a noção dos gestores sobre humanização como política pública de saúde. A seguir, exponho os fatores considerados pelos gestores como facilitadores e obstaculizadores à implementação da PNH. Por fim, pontuo as diretrizes da PNH em funcionamento no Hospital até o término do trabalho de campo.

### **4.1 Arranjos Organizacionais para a Implementação da PNH**

Em setembro de 2005, a fim de proporcionar incremento à PNH, a Gestão do MS do Rio de Janeiro (RJ) e a Secretaria Executiva da Comissão Metropolitana (SECM), por intermédio da Diretoria Geral dos Hospitais (DGH), instalou no Rio de Janeiro a Assessoria Especial da Região Metropolitana objetivando assegurar apoio ao estado e a municípios. Para a implementação da PNH no Estado do Rio foram identificados dois grupos: 19 Unidades Hospitalares ligadas a DGH<sup>38</sup> e os municípios dispostos a aderir, ligados a SECM.

---

<sup>38</sup> O Colegiado de Diretores dos Hospitais era composto da seguinte forma: (i) as seis Unidades Hospitalares sob gestão do Ministério da Saúde (Hospital Geral da Lagoa; Hospital Geral de Ipanema; Hospital Geral do Andaraí; Hospital dos Servidores do Estado; Hospital Geral de Bonsucesso e Hospital Geral de Jacarepaguá); (ii) os Institutos (Instituto Nacional de Traumatologia-Ortopedia; as cinco unidades do Instituto Nacional do Câncer e Instituto de Cardiologia de Laranjeiras); os Institutos de Pesquisa ligados ao MS ( Instituto Fernandes Figueira e Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas); os Hospitais Universitários (Hospital Universitário Pedro Ernesto-UERJ; Hospital Universitário Clementino Fraga Filho e o Instituto de Pediatria e Puericultura Martagão Gesteira-UFRJ; Hospital Universitário Gafreé Guinle-UNIRIO e Hospital Universitário Antônio Pedro-UFF).

No início de outubro de 2005, os coordenadores da Assessoria Especial da Região Metropolitana sugeriram a instalação da Câmara Técnica de Humanização (CTH). Foram convocadas todas as unidades para um debate sobre a PNH. Cada diretor foi convidado a comparecer e se fazer acompanhar de dois profissionais envolvidos em ações voltadas para humanização. A Diretora do HL acatou a solicitação. Levou dois profissionais que passaram a exercer a função de Coordenador Titular e Suplente e lhes entregou a gerência do processo.

Para dar início à instalação do Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) do HL foi enviada comunicação formal a todos os responsáveis por setores da Unidade. A reunião aconteceu no dia 14 de outubro de 2005 com a presença de apenas sete pessoas: um representante da alta gestão e seis da gestão de base.

A leitura da ata da reunião de instalação do GTH/HL foi confrontada com os preceitos relatados durante as entrevistas:

*Mandei para as chefias de serviço, né? E aí o que aconteceu foi que na hora "H" só quem apareceu mesmo foi a Yolanda , o João, eu, a Rita, a Berenice, a Tatiana, a Eliete<sup>39</sup>, né, ficou por isso mesmo.(...) Claro que a divulgação foi um convite formal para a reunião (Coordenador Titular).*

*Na primeira reunião foi convidado um representante de cada setor do hospital. Olha, foram só umas seis ou sete pessoas na reunião (Coordenador suplente).*

Nessa reunião os presentes foram orientados pela Diretora a construir Mapa de Iniciativas, Planos Iniciais de Ação em Humanização e informados quanto à instalação da Câmara Técnica. Foram estabelecidos o cronograma de reuniões,

---

<sup>39</sup> Todos os nomes de pessoas utilizados neste trabalho são fictícios a fim de garantir sigilo e anonimato.

temas críticos e compromissos assumidos. Este evento foi considerado pelos participantes da reunião o primeiro passo rumo à implementação da PNH no HL.

O GTH/HL iniciou o processo de convocação de grupos de gestores da instituição para encorajar os demais trabalhadores a participarem. No entanto, não é consenso que esse tenha sido o caminho trilhado pela PNH no HL. Dos 17 gestores entrevistados, dez afirmaram não terem tomado conhecimento desta iniciativa. Entre eles, dois entrevistados atribuíram este fato à precariedade da comunicação intrainstitucional na divulgação da PNH; e um admitiu não tomar conhecimento de determinados eventos que ocorrem na unidade por uma questão de comodidade.

Cabe mencionar que somente três gestores disseram já ter informações sobre a constituição da PNH: dois por estarem inseridos em atividades acadêmicas e um terceiro em decorrência da função exercida no HL. Um deles reconheceu a ignorância absoluta sobre a política, tendo inclusive me consultado quanto à possibilidade de conhecer o documento-base, e solicitado uma cópia. Segundo suas palavras:

*Fico aqui dentro da minha sala atendendo às solicitações que me são feitas. O trabalho está sempre em dia. Isto contribui para que, nesse aspecto, o hospital não tenha problemas. Na verdade, parece que fico esquecido aqui dentro do meu setor. As pessoas que aparecem são aquelas que trabalham em setores mais problemáticos. Pode parecer que o meu trabalho não tem importância, mas é exatamente pelos problemas que ele pode vir a causar ao usuário e até para a direção é que os pedidos devem ser prontamente atendidos (Gestão intermediária).*

O depoimento de um dos gestores chamou minha atenção por deixar transparecer um sentimento de mágoa, lamentação e exclusão durante o processo de implantação do GTH no HL:



*Então eu recebo um convite para fazer um curso de formação de gestores na ENSP, eu vou e no local de trabalho não recebo convite de nada? Alguma coisa está errada na minha cabeça, né? Tenho certeza de que não foi falha de comunicação. Posso estar com delírios persecutórios... (Gestão intermediária).*

Outro relato revela a postura altamente crítica de um entrevistado com relação à “entrada” da PNH. Na sua percepção esta entrada assumiu o sentido bem próximo ao de invasão devido à inexistência de preparo e de informação prévia aos trabalhadores quanto às propostas de inovação:

*Esse foi o meu impasse com a PNH. O que entrou no hospital foram as camisetas de cor laranja. A PNH entrou no hospital não te convidando, não anunciando, não fazendo um levantamento das práticas humanizadoras que estavam sendo desenvolvidas, tentando fazer e dando relevância e reconhecimento (...). Porque ela tem uma letra, mas ela não tem uma prática compatível com a letra, com o que está escrito. Ela entrou ornada de camisetas laranja de HumanizaSUS na porta de entrada do Hospital da Lagoa (Gestão de base).*

No início de 2006 os diretores dos hospitais que compõem o Colegiado de Diretores dos Hospitais (as 19 Unidades Hospitalares ligadas a DGH - RJ) foram convidados a efetuar inscrição no curso “Implementação da Gestão Compartilhada da Clínica na Atenção Hospitalar”. O HL foi contemplado com duas vagas, estando uma delas reservada à Diretora do Hospital. Por motivos de ordem particular justificável, a Diretora não pode aceitar o convite. O Coordenador do GTH/HL representou a Unidade. O curso fez parte do processo de implantação do Projeto de Cooperação Técnica Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/ Política Nacional de Humanização e UNICAMP/ Faculdade de Ciências Médicas (FCM)/ Departamento de Medicina Preventiva e Social (DMPS). Foi realizado em duas etapas: uma presencial, em Campinas e outra à distância, no período de 17/04/2006 a 04/08/2006, com carga horária total de 120 horas.

Diante da baixa adesão dos gestores verificada no HL, a Coordenação da PNH/RJ propôs à Diretora do Hospital a organização de uma jornada com vistas a tornar mais claras e dar mais visibilidade às diretrizes da política na instituição. Os consultores da PNH do Município do Rio de Janeiro se encarregaram da preparação do material audiovisual, convite aos palestrantes e registro do evento. Ao GTH/HL coube a organização interna e convocação de representantes de todos os setores do Hospital.

A 1ª Jornada de Humanização do Hospital da Lagoa aconteceu no auditório principal da própria Unidade nos dias 27 e 28 de junho de 2006. No primeiro dia a frequência foi baixíssima face à inconveniência da data e horário. Iniciou às 20 horas, após um dos jogos do Brasil na Copa do Mundo de Futebol. Como o time do Brasil havia ganhado a partida, grande parte da população da cidade estava aproveitando os momentos de comemoração. Enquanto isso, a área no entorno do Hospital estava praticamente deserta. Embora esse assunto não tenha sido abordado por mim, um dos gestores entrevistados manifestou grande insatisfação com a situação. Este fato se revela na sua fala:

*Eu fui convocado para participar da Oficina (...) através de um memorando. Se não fosse assim eu não teria vindo não. Numa terça-feira à noite após um jogo do Brasil? Se eu não tivesse sido convocado, com certeza eu não iria sair da minha casa à noite para escutar isso. Como eu sou representante (...) que faz parte da direção eu tenho essa responsabilidade mas, se eu não tivesse sido convocado efetivamente, eu não teria vindo mesmo, não pelo assunto, mas pelo horário. Foi pela adequação à agenda da pessoa que viria fazer a palestra. Foi uma adequação às necessidades dela, não de uma maioria do hospital. Acho que, se você quer atingir uma população alvo você tem que atingir uma maioria e não o que é conveniente para uma pessoa. Não é que eu esteja desmerecendo a importância e a agenda dessa pessoa (Gestão Intermediária).*

No dia seguinte o trabalho foi intenso. Pela manhã, foi apresentado e discutido o dispositivo “Visita Aberta e Direito ao Acompanhante”. Compareceram aproximadamente 50 profissionais: a alta gestão, outros gestores do HL, profissionais de diversas categorias e convidados. Todos foram chamados a se colocarem de pé, um a um, e se apresentarem. Embora o número de participantes tenha sido relativamente expressivo, atentei para a ausência de representantes de alguns setores do Hospital. Na parte da tarde, foi proferida uma palestra sobre o dispositivo “Clínica Ampliada”. O número de participantes diminuiu visivelmente. Muitos profissionais trabalham em regime de tempo parcial e tiveram outros compromissos.

Como resultado do evento foi elaborado um relatório a fim de que fossem feitos ajustes no Plano de Ação, além de registro para desdobramentos e a demarcação dos apoios necessários ao HL na implantação dos dispositivos trabalhados.

No dia 24 de maio de 2006 foi iniciada uma série de reuniões na Clínica Médica, que ocupa o 5º andar e parte do 6º andar do Hospital. Estes encontros visavam criar uma roda de discussão para responder um questionário enviado pelos Coordenadores do Curso “Cooperação Técnica: Gestão Compartilhada da Clínica Ampliada na Atenção Hospitalar” (ANEXO 2). As reuniões ocorreram semanalmente, às terças-feiras de 10:30 às 11:15 h na sala de aula da enfermaria, no 5º andar. O questionário foi organizado de modo a se determinar critérios iniciais sobre questões da gestão e da clínica. Teria sido objeto de trabalho em grupo que poderia indicar projetos de intervenção específicos da equipe de gestores. A intenção era efetuar um diagnóstico inicial, que ocorreria com

periodicidade regular durante o curso, para avaliar os impactos dos projetos de intervenção que fossem planejados. Foi respondido pelo Coordenador do Grupo de Trabalho de Humanização, pelo Chefe da Clínica Médica, com o apoio de funcionários do setor, quando estiveram presentes. O Grupo nem sempre compareceu; por duas vezes a reunião foi suspensa pela presença apenas do Coordenador Titular e do Chefe da Clínica Médica. Em paralelo, o Coordenador do GTH/HL realizou encontros noturnos com a equipe de enfermagem para discutir a PNH, semanalmente, às quartas-feiras. Como a equipe trabalha por escala, a cada semana novas pessoas participariam da reunião. Foi a solução encontrada para a divulgação da PNH, embora, em muitos momentos tivessem resultado na exposição de queixas dos plantonistas noturnos quanto aos problemas enfrentados.

O término da minha etapa de observadora participante ocorreu no dia 17 de outubro de 2006. Seria a última reunião da qual eu participaria dos encontros do GTH/HL. Era uma manhã de terça-feira em que eu pretendia me despedir do grupo e agradecer a colaboração de todos. Chegando ao Hospital, fui informada de que o horário reservado à reunião do GTH/HL seria substituído pela reunião de um Programa de Acreditação Hospitalar contratado pelo Núcleo do Ministério da Saúde do Estado do Rio de Janeiro. As reuniões do GTH estariam adiadas *sine die*... Assim, parti para a etapa de entrevistas.

A Câmara Técnica de Humanização organizou um grande evento no Museu da República entre os dias 24 de novembro e 17 de dezembro de 2006. Denominado “Humanização na Saúde: *Res Pública*”. O evento teve como justificativa registrar os processos de trabalho da PNH nas unidades componentes do HumanizaRio e dar visibilidade às práticas desenvolvidas nessas instituições. O

Hospital da Lagoa apresentou um único trabalho: a construção da Porta de Entrada de Pacientes Externos (PEHL). Este projeto foi iniciado em 1999, portanto, não era fruto da experiência da implementação da PNH no HL. Na abertura do referido evento estavam presentes o então Secretário de Atenção à Saúde, os Coordenadores Nacional e Regional da PNH, diversos diretores de unidades hospitalares, representantes da imprensa, participantes e convidados. O Hospital da Lagoa foi representado apenas pelos Coordenadores do GTH da Unidade e um gestor de base, o idealizador do PEHL.

#### **4.2 A Humanização como Política Pública de Saúde: entre o politicamente correto e a eficácia**

Para Mattos (1999, p. 49) a política pública é “*uma resposta dada pelo Estado a um conjunto de demandas postas pela sociedade*”. Assim, a PNH pode ser entendida como uma proposta de mudança, de caráter ambicioso, emanada do Ministério da Saúde, com vistas a minimizar problemas de naturezas diversas que afetam os processos de trabalho e gestão em saúde no nosso País. A partir de experiências concretas do SUS, os formuladores da política traçaram princípios e identificaram “modos de operar” (diretrizes) passíveis de serem aplicados.

A PNH, como proposta de mudança, traz no seu bojo a viabilidade de alteração dos processos de gestão como forma de aperfeiçoar a atenção em saúde. Contudo, a forte inclinação à estabilidade e às formas instituídas de adaptação ao trabalho é uma característica inerente aos seres humanos. A mudança se constitui em um gravame que demanda uma revisão na forma de pensamento, ação, comunicação, inter-relacionamento e criação de sentidos para a própria vida. Algo

que pode ser percebido como favorável, ou pode se tornar uma ameaça (Motta, 2000). Para Merhy (1998), não basta uma receita de programação. Seguí-la é um processo muito complicado, especialmente em organizações de saúde.

Benevides e Passos (2005b) defendem que alterações da experiência coletiva são insumos para o delineamento de políticas públicas. A apropriação dessas práticas inovadoras pode ser muito oportuna no sentido de aguçar a criatividade de outros atores instigando-os a criar novos “modos de fazer” em saúde. A forma como a proposta de humanização é assimilada guarda intrínseca ligação com o conceito que os gestores têm da “humanização” como política pública de saúde. Frente a isso, em um estudo que visa ilustrar a experiência de implementação da PNH em uma unidade hospitalar se faz necessário conhecer a noção dos atores envolvidos sobre a questão da humanização como uma política pública de saúde.

#### **4.2.1 A Alta Gestão: entre o discurso politicamente correto e a eficácia**

Os enunciados dos integrantes da alta gestão entrevistados revelaram um certo embaraço quanto à proposta da PNH. Isto transpareceu pelo tom da fala, a gestualidade, a dificuldade de construção das frases, as pausas para pensar e, em alguns casos, um sentimento de apreensão quanto às perguntas que poderiam vir a seguir. A fala dos representantes oficiais do Ministério da Saúde no HL, isto é, membros da alta gestão, manifestam a preocupação com um discurso politicamente correto, bastante coerente com a posição que ocupam dentro da instituição.

Para um dos entrevistados, a PNH seria um modelo sistematizado, capaz de legitimar ações ou atividades humanizadoras já adotadas pelo HL:

*É bem melhor saber que isto existe como uma política de saúde do que como uma iniciativa autônoma, individual. Durante muitos anos o hospital viveu de iniciativas particulares.*

Da narrativa de outro representante da alta gestão foi factível deduzir a insuficiência de clareza quanto aos aspectos pertinentes a PNH. O entrevistado ficou “fazendo rodeios”, deixou transparecer a ansiedade em tentar explicar os objetivos da implementação da política e enfatizar a eficiência do Hospital na produção de saúde:

*A PNH (pausa para pensar)... Na verdade o que é que você quer quando está internado num local? Que você seja bem atendido, tendo sua medicação, que receba um tratamento adequado. Agora é lógico que para ter um tratamento adequado existem vários âmbitos em um sistema que facilitam isso. O objetivo da implantação da PNH ... é que ofereça para o doente o produto final que é a saúde... e consiga amenizar esses momentos com ele aqui dentro.*

A ênfase atribuída ao benefício advindo do tratamento do paciente é ressaltada no depoimento de outro gestor:

*P'ra mim fica muito claro o benefício no tratamento do paciente, no processo de recuperação, o acolhimento da família (...), Você estar perto de uma pessoa que você confia, facilita muito o tratamento dos pacientes pelos médicos, a receptividade na administração de determinados medicamentos. Os tratamentos são um tanto o quanto agressivos. **O foco é o bem estar do paciente. O que importa é o bem estar do paciente**<sup>40</sup>. O que for preciso (...) vai ser feito.*

Da narrativa dos entrevistados pode-se inferir que a política não tem sido entendida na totalidade da sua intenção, especialmente no que se refere ao seu aspecto transversal. Os documentos da PNH não estão centrados apenas na figura dos usuários, mas também expressão o protagonismo dos trabalhadores e gestores,

---

<sup>40</sup> Grifo meu.

e isto não parece ter sido compreendido. As falas dos gestores entrevistados deixam de contemplar a amplitude da “humanização”, ou seja, de alcançar todos os atores envolvidos. Por outro lado, o espaço de governabilidade conferido a diretores de unidade não propicia a amplitude de alcance “desejada” por essa política.

Minha percepção foi que o grau de conhecimento sobre a política em questão é muito mais elevado nos gestores que exercem atividades acadêmicas, nos que estão inseridos em projetos de pesquisa ou ainda naqueles que acompanham a evolução e criação de políticas públicas de saúde em face de motivações pessoais ou necessidades oriundas da função exercida no Hospital.

#### **4.2.2 A Gestão Intermediária e de Base: a subjetividade revelada nos discursos**

Nos discursos dos gestores integrantes da gestão intermediária e da gestão de base distingui maior capacidade de crítica, mais descontração durante as entrevistas, exceto entre os gestores que alegaram desconhecimento sobre o assunto abordado. O desembaraço de alguns entrevistados foi tão intenso que a situação se assemelhou mais a uma sessão de “terapia”<sup>41</sup> que uma entrevista.

Alguns gestores manifestaram “disposição para ver as coisas pelo lado bom e esperar sempre uma solução favorável, mesmo nas situações mais difíceis” (Houaiss, 2001). Eles entendem na PNH a intenção de construir novos olhares com relação aos processos de trabalho e gestão dos serviços, e no protagonismo do

---

<sup>41</sup> O termo terapia foi utilizado neste caso para realçar a espontaneidade da manifestação dos sentimentos e pensamentos particulares dos entrevistados.



usuário que pode vir a resultar na mudança de atitude do provedor de cuidado.

Destaquei para exemplificá-los:

*Eu acho extremamente importante porque é direto da prática institucional, pela organização hospitalocêntrica que a gente vê vários profissionais atuando de forma mecanicista, sem perceber o papel e a importância de você considerar o paciente como sujeito, com respeito aos direitos dele e acho que vem priorizar essas ações de esclarecimento, de participação, de respeito ao usuário (Gestão intermediária).*

*A humanização é uma coisa extremamente importante para que as pessoas se conscientizem que nós estamos lidando com pessoas, com seres humanos e que um é co-responsável pelo outro, co-responsável pelo seu colega de trabalho, co-responsável por toda essa estrutura de rede, de elo, eixo de ligação (...). Quando um elo se fragiliza, os outros acabam se fragilizando porque não tem uma corrente de força para manter essa coisa inteira. As pessoas pensam no outro como o próximo (fez um gesto com os dedos indicando “que entre o próximo da fila”), o número 630, não o Senhor João, a Dona Maria que tem direito a ter o seu atendimento com dignidade, que tem o direito a saber o que ele tem, a VIVER -Falou enfaticamente (Gestão de base).*

Um grupo de gestores, apesar de reconhecerem a importância da PNH, demonstraram a incerteza quanto aos resultados. Para eles, o usuário já desenvolveu um repertório de receptor passivo e a política lhe pode outorgar um papel mais ativo. Este aspecto pode ser ilustrado através de algumas colocações mais expressivas:

*Acho que (...) bem (Parou para pensar), se for possível implantar (...) será a solução para muitos problemas já instalados. Eu acredito muito nela. Acho que é uma coisa muito boa (Gestão de base).*

*A humanização como política é uma proposta mais do que necessária. O olhar das representações que aparecem na mídia, que explodiram em 2004, 2005 (Ele se referia à crise da saúde no Município do Rio de Janeiro), que diz respeito às longas filas, à dificuldade de acesso, à falta de informação, de ausência de um sistema de referência e contra-referência, ainda é muito incipiente, precário, que deixa o usuário completamente perdido dentro do serviço de saúde (Gestão de base).*

A apreciação austera de alguns gestores com referência a PNH demonstra que, apesar de considerarem sua relevância, colocam “em cheque” as propostas “pretensiosas”. Estas podem esbarrar em uma gama de problemas inerentes à ordem social, a aspectos subjetivos, sociais, culturais, econômicos e institucionais. Segundo os entrevistados, estes fatores podem exercer influências tanto positivas quanto negativas e o projeto político é inflexível quanto à implicação de todos os atores envolvidos no processo de produção de saúde. Assim se manifestaram alguns gestores:

*Ainda não chegou na ponta, né? E a gente vê assim que é um momento muito interessante (...).Porque você tem uma Política Nacional de Humanização (...) uma Política de Educação Permanente que de alguma maneira também trata disso, quer dizer, do processo mesmo integral, de produção de saúde de forma integrada. Quem faz, quem se submete, as pessoas envolvidas todas têm que participar. É resultado dessa interação (Gestão intermediária).*

*Eu acho que o tipo de mudança que se deseja é que as instituições de saúde pública sejam assim lugares onde as pessoas tenham mais autonomia, tanto as pessoas que trabalham quanto às pessoas que são atendidas, né? Que não sejam só lugares de reprodução de desigualdades, que não sejam só lugares para se perseguirem fins totalmente individuais e corporativas, né? O que eu imagino é isso (Gestão de base).*

*A medicina precisa ser humanizada e a medicina generalizada é a unidade hospitalar. Humanização como programa estruturado é fundamental. Quando o paciente entra... nem botou o pezinho assim na sua sala e você já quer que ele se retire... Em termos de atendimento humanizado, o que se deve pretender é sentar, ouvir, orientar, esclarecer com todas as letras que você puder utilizar (Gestão de base).*

Apesar de não ser objetivo desta pesquisa retomar a discussão conceitual sobre humanização, a temática foi revelada nas entrevistas chamando a

atenção face à apreciação crítica do assunto como demonstra a fala de dois gestores:

*Eu imagino que a política saiu com esse nome humanização primeiro porque tem um impacto político. Você fala assim... para o usuário é bonito você falar humanização, né? P'ro trabalhador é médio, porque eu já ouvi críticas no hospital de pessoas que acham humanização meio ridículo porque o trabalho que você faz basicamente já é humano (...). Acho que todos os termos têm problemas, porque na verdade não tem um termo aí que (...). A mim pessoalmente não incomoda. Eu acho legal porque quando olho para as práticas de nós todos profissionais de saúde, eu tenho a impressão que as práticas são meio desumanas, às vezes. Então, pensando bem, humanização não é um termo tão ruim. Eu acho que um termo bom seria algum que pudesse incluir tornar as pessoas mais humildes. O profissional de saúde em geral é meio arrogante no trato com o usuário, né? (Gestão de base).*

*Esse termo humanização não me agrada nem um pouco (...) Quando, no meu modo de ver, significa que tem um lado humano e tem um outro que precisa ser modificado, ou seja, precisa tornar humano. Isso para mim já é uma visão distorcida. Então isso me lembra um pouco a discussão que existia por volta do século XVI, XVII, se os índios eram humanos, eram possuidores de alma. Então isso me parece algo inadequado (...). Qualquer relacionamento entre pessoas já é humano porque é um relacionamento entre seres humanos. Isto é cidadanizar. A cidadanização é que seria um termo apropriado, mais adequado, mas deram esse nome humanização, tudo bem, que seja. Eu transformo esse nome em cidadanização. Que humanizar seja igual a cidadanizar e não que seja uma forma de tentativa de modificação do outro (...) É um erro de visão (...) um erro de conceituação (Gestão de base).*

Um dos gestores atribui a escolha do nome da política à tendência de facilitar a adesão das pessoas, se movendo, de certa forma, em favor de um discurso manipulativo, elucidado pelo seguinte comentário:

*Eu acho que o nome Política Nacional de Humanização foi o nome dado simplesmente para alguém fazer um projeto de gestão em saúde (...). Desde que eu ouvi esse nome, percebi que ele foi colocado dessa forma sem que fosse uma nova política de gestão, senão seria abortado no início. Essa é a minha opinião (Gestão intermediária).*

Outra crítica bastante contundente se faz presente na argumentação de um gestor que parece discordar do “engravidamento”<sup>42</sup> da idéia de humanização. Ele atenta para a não aceitação da humanização como política, mas para aspectos pertinentes à cidadania e à condição de dignidade do ser humano, em direção a um processo inclusivo deste.

*Tem gente que não gosta de falar de humanização porque está falando de humanidade, mas fala da questão da cidadania, aquilo que você efetivamente consegue realizar que é (...) se colocar no lugar do outro, ser tratado como você precisa para poder tratar os outros (Gestão intermediária).*

*A humanização bota uma marca no outro como um ser a ser modificado e não é isso. O que é novo, o que é recente é a cidadania (...). Quando a gente pega todos esses conceitos que a gente quer instituir, que a gente quer colocar como política, colocar como cidadania fica muito mais adequado (...). No momento que você olha p'ro outro como cidadão ele passa a ser igual a você e não algo que deva ser transformado, que deva ser modificado, que deva ser humanizado. Humanizar é uma visão elitista. O povão, embora seja cidadão como eu, não é humanizado. Ele precisa receber a conceituação do que seja para que ele possa reivindicar os seus direitos de cidadão (Gestão de base).*

#### **4.3 Aspectos Facilitadores e Obstaculizadores da Implementação da PNH no Hospital da Lagoa**

Em conformidade com explicitações no capítulo referente à abordagem metodológica, um dos objetivos específicos desta pesquisa é identificar aspectos favoráveis e obstaculizadores à implementação da PNH no Hospital da Lagoa. Para tal, observar todo meu “entorno” no campo foi apenas um dos instrumentos utilizados, pois o determinante de tais aspectos foi a fala dos gestores entrevistados.

---

<sup>42</sup> Merhy, Emerson E., 2005.

### 4.3.1 Aspectos Facilitadores

Foram considerados aspectos facilitadores a implementação da PNH no HL a existência de um grupo de profissionais empenhado na construção de uma rede de trocas no cotidiano da instituição; a figura do Coordenador do Grupo de Trabalho de Humanização, considerado como o incentivador da equipe, e por fim o apoio fornecido pela Câmara Técnica de Humanização ao GTH do HL.

Embora não seja passível de generalização, um assunto muito discutido nos dias atuais é a alienação<sup>43</sup> do trabalhador de saúde e os problemas dela decorrentes. Tem sido utilizada, inclusive, como uma das justificativas para a demarcação dos princípios e diretrizes da PNH. Levando em conta o contexto estudado e os aspectos suscitados, a existência de um grupo de profissionais que apresenta nível bastante elevado de empenho no trabalho dentro do HL foi considerada uma informação tão interessante quanto surpreendente.

Portanto, cabe destacar os elementos motivadores dessas pessoas, o que as leva a ter interesse e disposição para o que se apresenta como novo, clareza de suas atribuições, criatividade, responsabilidade e preocupação com o objetivo das próprias intervenções. Não se trata de um número expressivo de agentes frente ao total de trabalhadores do Hospital. No entanto, em que pese serem praticamente as mesmas pessoas que participam de diversas ações, atividades e projetos, o trabalho por elas realizado “faz diferença” dentro da instituição. Parece estar ligado ao que Codo (2002) define como “identidade como construção social de igualdades e diferenças” (p. 297). Nela constata-se “a necessidade lógica de construção de equivalências para o processo de formação de identidades” (ib.), estruturadas a

---

<sup>43</sup> Este vocábulo está sendo utilizado para denotar desinteresse, falta de compromisso e alheamento no processo de trabalho.

partir de relações de troca. Para esse autor, “trocar é construir igualdades entre as diferenças” (p. 298). Esta rede de trocas pode se dar por sentimento de pertencimento a um grupo organizado, e não como indivíduos singulares. Algumas entrevistas me fizeram supor que o grupo apresenta-se como conciliador de sujeitos:

*Eu tenho a grata satisfação (...) o grupo executivo é um grupo muito sensível (...). Eu não preciso convencer essas pessoas. Elas já são assim (Alta gestão).*

*O SUS dá certo no Hospital da Lagoa porque existem pessoas que estão comprometidas com a instituição e com o usuário (Gestão intermediária).*

*Existe um certo nível de comprometimento, de compromisso das pessoas com a instituição. Não é intensíssimo. Eu acho que existe uma certa identidade (...). Isso facilita um pouco a idéia. Existe uma consciência política em muita gente em termos de deveres, tarefas e compromisso público. Acho que é isso (Gestão de base).*

*Todos os dias, agora mais do que nunca, eu dou graças a Deus por alguns funcionários dessa unidade. Porque eles são compreensivos, companheiros. Na medida que nós podemos intervir nós intervimos. Eles vêm aqui e sabem que a gente está disposto a arregaçar as mangas e a lutar junto com eles. Mas eles sabem que nós precisamos da ajuda deles porque uma andorinha só não faz verão, entendeu? O meu trabalho é uma gota d'água no oceano, mas se o meu trabalho não existisse seria menos uma gota (Gestão de base).*

Além do empenho do grupo de profissionais já citados, outro ponto considerado favorável ao trabalho da implementação da PNH no HL é o carisma do Coordenador do GTH da Unidade. Seu perfil pessoal e profissional parece exercer sobre grande parte dos gestores entrevistados uma capacidade de liderança, de agregação de pessoas, de criação de um ambiente favorável ao compartilhamento dos conflitos do cotidiano. As narrativas apontam para a demonstração da vontade de mudança e busca, através da facilidade de negociação com os profissionais de saúde do Hospital, potencializando propostas inovadoras, tal como se espera que opere um Grupo de Trabalho de Humanização. É considerado o “animador” do

grupo, disposto a levar adiante as idéias, apesar de todas as adversidades que se apresentam no ambiente laboral. Sua paciência, a serenidade que transmite para os demais contribui para que o grupo se mantenha, apesar da “entradas” e “saídas”, presenças e ausências das pessoas nas reuniões do GTH.

Embora as diretrizes da política preconizem que esta função de coordenação possa ser revezada pelos integrantes do GTH, desde o início da composição da equipe ele tem se mantido nesta posição não por imposição própria ou de algum representante mais elevado na estrutura hierárquica do HL. Observa o andamento do processo, analisa os impasses do grupo, a articulação da pauta, bem como se encarrega do encaminhamento das decisões acordadas coletivamente.

O respeito e admiração conferidos ao Coordenador pelos trabalhadores do Hospital chamaram minha atenção desde o início da pesquisa de campo. Esta parece ser a mesma posição dos participantes da Câmara Técnica de Humanização do NERJ. A deferência com que é tratado pelas pessoas é incontestável, além dos incansáveis elogios declarados pelo seu empenho no curso realizado em Campinas. É comentado que representou de forma brilhante não somente o HL como o Rio de Janeiro.

Além de tudo isso, exerce papel de extrema relevância nas ações e atividades “humanizadoras” do HL, anteriores à constituição da PNH. Busca fora dos limites do Hospital voluntários para ajudar na melhoria da qualidade da atenção aos pacientes internados e conduz um grupo de meditação, destinado à trabalhadores e usuários da instituição.

Tudo isto confere ao Coordenador Titular do GTH/HL o *status* de incentivador da equipe como sintetizado no discurso de um dos entrevistados:

*Um aspecto facilitador nesse processo é o fato de você ter um coordenador que é da saúde mental, que é uma pessoa especial, né? É uma visão completamente diferente. Ele nem parece médico, porque médico é de um corporativismo de outra ordem. O fato de ele ser da saúde mental, de ele ter essa postura, ele tem uma filosofia de vida, ele é um monge budista, tem um olhar diferente. Ele acaba trabalhando um grupo interdisciplinar porque ele dá voz a outras categorias. Ele abre esse espaço para que cada um ocupe esse espaço (Gestão intermediária).*

Outro aspecto facilitador apontado pelos entrevistados foi a consultoria prestada pelo Ministério da Saúde, através da Câmara Técnica de Humanização (CTH)/ RJ. Esta Câmara Técnica configura-se como uma Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP) constituída por um grupo de multiplicadores da PNH – consultores, apoiadores, pesquisadores e trabalhadores das unidades que a ela aderiram. Funcionava então no Núcleo do Ministério da Saúde do Estado do Rio de Janeiro (NERJ) com reunião mensal na primeira terça-feira de cada mês. Era conduzida pela Coordenadora e por um Consultor da PNH no Município do Rio de Janeiro.

No âmbito da PNH representa espaço de encontro e diálogo entre saberes e práticas desenvolvidas no dia-a-dia de trabalho. Além de tratar-se de um dispositivo da PNH, tem como objetivo dar sustentação ao trabalho de implementação dos demais dispositivos. Através de uma relação de diálogo entre diferentes saberes e práticas que subsidiam e orientam o trabalho dos participantes.



A reunião é um momento muito rico de troca de experiências entre os representantes das unidades hospitalares partícipes. É indispensável para o esclarecimento de dúvidas quanto aos dispositivos a serem implementados por cada hospital, baseado na necessidade de cada um. Ademais é um encontro dinâmico, interativo e estimulador das equipes.

A CTH teve um nível de aceitação e adesão que superou sobremodo as reuniões do GTH/HL. Esta questão foi revelada por alguns gestores entrevistados, que dela participam, conforme suas falas:

*As pessoas que lideram são pessoas diferenciadas, elas animam (Gestão de base).*

*Eu acho que o apoio do Ministério é fundamental na medida em que reconhece essa espontaneidade que sai do próprio campo de trabalho e o protagonismo das pessoas que estão criticando o próprio sistema, as próprias práticas de trabalho e propondo formas alternativas (...). Acho importante o apoio da Câmara Técnica, não é um processo fácil de ser implantado e os trabalhos lá podem proporcionar que dúvidas sejam abertamente discutidas (Gestão de base).*

*Eu acho assim imprescindível a diretriz, a orientação da Câmara Técnica (...), de uma equipe que tem experiência. Eu acho que é aquilo, a gente vai plantar a semente para que não acabe, mas se não tiver apoio (...). (Interrompeu com um gesto levantando os ombros). Eu sempre fui a favor de tudo, mas tem muita coisa para mim que é nova. Se não fosse a Câmara Técnica (...). Essa troca com os outros hospitais também é muito boa. A Câmara Técnica não pode acabar (Gestão de base).*

*Acho que é legal. Acho que dá uma força assim p'ra gente num momento assim crítico. Foi bastante útil, digamos assim, porque no fundo a consultoria é quase (...). É a tal história, por mais que eu saiba, por mais que eu conheça a situação da consultoria do Ministério, eu sei que eles têm dificuldades, mas para quem está de fora no hospital não sabe (Ele (a) fala das pessoas que não estão engajadas no processo de implementação da PNH). Então é legal p'ra quem t'a no hospital quando vem um consultor do Ministério da Saúde dá uma força p'ra gente. É aquela coisa do "status" simbólico, do poder simbólico (...). Acho que no fundo tem uma coordenação política aí de tentar habilitar e capacitar os apoiadores para a humanização (...). Não sei a eficácia, mas é o que pode ser feito, né? (Gestão de base).*

### 4.3.2 Aspectos Obstaculizadores

Ainda que tenham sido apontados veementemente fatores propiciadores da implementação da PNH no HL, vários elementos foram indicados como impedientes da consecução dos resultados que se pretende obter com esta política. A fim de evitar que a densidade do material empírico desviasse o foco do estudo optei por relacionar esses aspectos a algumas das temáticas referidas como resultados esperados pela PNH. Foram considerados obstaculizadores à implementação da PNH no HL os traços da cultura organizacional das instituições hospitalares – entre eles a resistência a mudanças, modelos de gestão tecnoburocrático e precariedade na comunicação intrainstitucional. A falta de capacitação para a gestão e a existência de diferentes vínculos empregatícios fizeram da gestão do trabalho também um obstáculo. Além disto, as dificuldades em operar em equipe o trabalho na saúde foi relacionada como entrave a implementação da PNH no HL, bem como aspectos relacionados à fragilidade da política em questão.

A reflexão sobre cultura organizacional alcançou posição de destaque em razão de sua conexão com a incerteza ou dificuldade inerentes aos planos social, cultural, organizacional e individual. As organizações não podem considerar as vontades individuais de seus integrantes, pois elas envolvem elementos pulsionais ou idéias de mudanças intrincadas para serem geridas (Amado, 2000). Em consonância com esse autor, explicar a cultura organizacional “pela comunicação interpessoal ou grupal é insuficiente para dar conta do que governa a organização (...), é preciso compreender os mitos, os símbolos, os ritos, as linguagens” (p.107) que integram a sua identidade.

Amado (2000, p. 108) efetuou uma “costura” entre os pensamentos complementares de Schein e Thévenet quanto ao conceito de cultura organizacional:

Cultura organizacional é o conjunto dos pressupostos básicos que um dado grupo inventou, descobriu ou desenvolveu para fazer face aos seus problemas de adaptação externa e de integração interna, e que tem funcionado suficientemente bem para ser considerado e, portanto, ensinado aos novos membros como a maneira correta de pensar, perceber e sentir em relação a esses problemas (Schein, 1984). Enquanto patrimônio compartilhado de valores e crenças, a cultura permite que os membros da organização se identifiquem; ela favorece a estabilidade do sistema, veicula numerosos pontos de referência que podem guiar e modelar os comportamentos e as grandes decisões da gestão (Thévenet, 1984).

A dificuldade de mudança na cultura organizacional se fundamenta na sua característica de possuir um grau de persistência em um dado contexto. Das entrevistas efetuadas, tal persistência foi apontada como entrave à implementação da PNH da forma que segue:

*É uma resistência natural do ser humano a uma mudança de cultura. Que essa cultura já vem do INPS, do INAMPS, que você tinha uma hora de visita, por exemplo. Quem determinava isso era o diretor porque ele tinha o poder de determinar. Ele era o cara que mandava na administração daquela instituição. (Alta gestão).*

*Cada instituição tem uma identidade própria (...) então ela tem que caminhar nesse jogo de negociações mesmo e não tentar criar um processo humanizador como se fosse uma pasta homogeneizadora. Eu acho que tem que ser plural, com identidades próprias avançando de acordo com o ritmo de cada unidade (...) que cada um pode dar. O que tem que ter é o reconhecimento dessas diferenças, desses tempos, desses avanços e retrocessos. O processo envolve uma rediscussão da cultura institucional, da inserção das pessoas nessa cultura institucional que já vem de longa data (...), já tem modo de reconhecimento, de códigos, não só de trabalho, mas de relacionamento interpessoal. Cada instituição tem uma historicidade, a sua dinâmica. Eu acho que isto é um grande desafio e tem que ter continuidade nos processos de acompanhamento dessas avaliações, dessas rediscussões (Gestão de base).*

Traços da cultura organizacional foram relacionados pelos entrevistados à “ausência de vontade política” quanto ao que se apresenta no cotidiano como obstáculos à implementação da PNH, conforme as narrativas dos gestores abaixo:

*Querendo fazer, não tem dificuldade em fazer, né? É querer fazer. Tanto vontade política do gestor maior do momento, quanto dos diversos gestores até a ponta. É claro que quando você faz uma coisa pública você entra em diversos (...). Existe uma série de conflitos de interesse (Gestão intermediária).*

*Eu acho que p'ra tudo na vida você tem que ter uma coisa chamada boa vontade (...). Se você não estiver pré-disposta para fazer alguma coisa, fazer crescer, parou por aí, entendeu? Não adianta você ter todos os recursos se você não quer usar. Eu posso botar aqui um saco de ouro, mas se você não quer ser rica - Abriu as mãos (Gestão de base).*

*A gente tem muitas coisas negativas, que não têm continuidade (...). Mas todas as coisas que a gente não conseguiu foi por causa da vontade do gestor e por falta de vontade dos profissionais médicos. É o pouco compromisso que estas pessoas têm com o usuário (Gestão de base).*

Contudo, mais que ânimo e empenho dos trabalhadores e gestores outros fatores devem ser considerados. De acordo com Castelar (1995), a instituição hospitalar enfrenta graves problemas relacionados ao aumento da demanda social, à falta de verbas e gradual escassez quantitativa e qualitativa de profissionais de saúde. Vale ressaltar que a inexistência de previsão orçamentária para a PNH contribui para a limitação da implementação de diretrizes que não se sustentam apenas com o ânimo e o empenho dos trabalhadores e gestores. Esta colocação foi feita com muita propriedade como demonstram as narrativas a seguir:

*A PNH por si só ela não consegue, chega num determinado ponto que ela vai esbarrar na própria estrutura do hospital. É uma limitação. Você vai encontrar dificuldades, de equipamentos, falta de condições mesmo do profissional de dar seguimento. Então eu acho que só a política dizendo que vamos fazer isso não resolve. Tem que ter*

*ações complementares que facilitem a inserção dessa política na instituição. Se o acompanhante está deitado num colchão todo rasgado, se não tem medicamento para ele ser tratado, a cama t'a quebrada, o médico não aparece, que humanização é essa? Humanização só no verbo não resolve, tem que ser vista na prática, né? (Gestão intermediária).*

*Aqui a gente pensa em ter um atendimento diferenciado. Se houvesse a possibilidade de recursos humanos e até espaço físico, a gente teria uma sala própria (...), de apoio técnico. É uma série de coisas que precisam ser esquematizadas. Acho isso um pouco complicado porque muda a estrutura do próprio serviço, visto que o serviço público é um fato que tem que ser considerado (Gestão de base).*

Outra marca da cultura organizacional de instituições hospitalares refere-se à verticalização da linha de gestão. Chanlat (2000) classifica este tipo de organização como modelo de gestão tecnoburocrático. O poder de decisão é centralizado, a autonomia dos patamares inferiores fraca e o direito de expressão negados. É preciso levar em conta que este modelo de gestão contraria os princípios e diretrizes da própria PNH. Em contraste com o pensamento dos demais gestores entrevistados, os integrantes da alta gestão parecem não ter percebido que a ampliação do horário de visita no HL foi efetuada nos moldes deste tipo de gestão. Um deles frisou, durante a entrevista, que o processo se desenvolveu sem muitas dificuldades. Todavia, alguns gestores entrevistados demonstraram indignação com a resolução tomada pela direção. As duas falas transcritas abaixo elucidam a polêmica causada, particularmente com a equipe de enfermagem em relação à ampliação do horário de visitas:

*A ampliação do horário de visita no hospital foi mal preparada, pouco discutida com as pessoas que trabalham na unidade de internação (...). Quem aumentou o horário não discutiu com a enfermagem as vantagens e desvantagens. Aconteceu de um dia para o outro. A direção aderiu dessa forma. Acredito que tenha sido não com má intenção, mas querendo resolver as coisas mais rapidamente. A gente sabe que não funciona assim (Gestão intermediária).*

*A visita ampliada foi implantada de cima para baixo. Só depois é que se conversou com a Enfermagem, mas não com todos os segmentos. A visita aberta tem o bom e o ruim (Gestão de base).*

Citada como um dos empecilhos à divulgação da PNH, a falta de comunicação intrainstitucional é um dos traços da cultura organizacional que podem induzir os trabalhadores e gestores do HL ao desconhecimento de diversos elementos. Pode contribuir não somente ao insucesso da implementação desta política, mas também para todo o processo de trabalho e para a integração dos diferentes atores institucionais.

Segundo Cardoso (2006), é indispensável compreender a ambigüidade que abarca os processos comunicacionais na gestão estratégica das organizações, especialmente em ambientes de incerteza e complexidade. Para este autor, no contexto atual, identificar a comunicação e a informação como elementos estratégicos de gestão é um desafio. A organização deve ser entendida como resultado de um processo dialógico com o meio ambiente. Cardoso (ib., p. 1127), baseado nas idéias de Genelot (2001), alerta que “é necessário pensar na comunicação e na informação como instrumentos de gestão que criam e desenvolvem uma cultura organizacional, na qual todos se sintam envolvidos e, de alguma forma, participantes”. A fim de evitar os “ruídos” que possam vir a atrapalhar o processo de transmissão das informações, é preciso inserir recursos de controle para maior eficácia comunicacional.

Os processos de comunicação propiciam o desenvolvimento de modos mais participativos de inter-relação e, portanto, maior comprometimento. Conferem maior flexibilidade às organizações como suporte de sua contínua transformação. Da

mesma forma, possibilitam sua interação social de modo responsável (Cardoso, 2006).

Estes “ruídos” inerentes ao processo comunicacional no HL se manifestam nos enunciados de alguns entrevistados assumindo diferentes sentidos, da forma exposta:

*Eu acho que existe uma falha de comunicação. Isso é uma coisa que tem que ser muito bem trabalhada. Essa comunicação impede às vezes que tenha uma divulgação maior dessas atividades aqui. Eu acho que essa falha de comunicação (...) desde o escrito, desde a fala, do encontro. Isso atrapalha um pouco esta divulgação (Alta gestão).*

*Eu vejo muito uma dificuldade que passa pela fragmentação da comunicação, dificuldade de comunicação entre as corporações. Dentro de cada corporação tem dificuldade (Alta gestão).*

*Tem coisas aqui que a gente tem que saber e que não sabe, pelo contrário, eles trabalham muito individualmente, não se interessam, não têm tempo, não tem comunicação. Acho que é uma das maiores dificuldades que a gente tem aqui dentro (...). Tem a rádio corredor que a gente chama, que se ouve, lê em outro local e cria uma expectativa, uma fantasia, um medo. Vai passando, vai andando (...). Acho que isto aqui no hospital é assustador (Gestão de base).*

*Eu tenho um olhar muito voltado aqui pra dentro (...). O que acontece nos outros setores a gente não toma conhecimento, talvez mais por comodidade (Gestão de base).*

*O problema é que tem pouca comunicação. As pessoas não sabem o que existe aqui na verdade (Gestão de base).*

Muito se discute acerca da depreciação do profissional de saúde nos dias atuais. Profissões que outrora gozavam de grande prestígio social perderam seu *status* ou ainda o respeito que lhes era conferido. Apesar de ser uma questão vulnerável e merecer tratamento mais adequado, não é o foco deste trabalho. No entanto, é imprescindível que seja pontuada em face de sua relevância.

Campos (1997, p. 230) cita que “a alienação, o descompromisso com a cura e a promoção de saúde não são mais exceção à regra e se constituem quase em marcas da medicina moderna e dos serviços de saúde mais geral”. Esse autor reconhece que não há *a priori* um modelo ideal de organização do trabalho. Sugere a busca, em cada contexto, de ordenações distintas que garantam o preenchimento de, pelo menos, três critérios. O primeiro seria o poder de produzir saúde, a fim de legitimar um determinado ordenamento institucional; o segundo, a exequibilidade técnica, financeira e política dos arranjos pactuados; e o terceiro, a satisfação profissional e financeira dos trabalhadores de saúde.

Um aspecto levantado pelos entrevistados e que possui estreita relação com a exequibilidade técnica e política de arranjos pactuados refere-se à capacitação para a gestão. Castelar (1995) demonstra inquietação com a não profissionalização dos gestores. Considera que este é um dos desafios para o hospital brasileiro. A autora volta-se para a atribuição aos gestores da posição de direção mais por determinação política ou pela competência como profissionais de saúde. O despreparo dos gestores pode comprometer sobremaneira o seu engajamento nas propostas de mudança de modelo de gestão. Pode resultar no desânimo, muito comum às pessoas que desconhecem os processos. Esta preocupação com relação à falta de capacitação, bem como a falta de engajamento na implementação da política em estudo se revela nas narrativas de alguns gestores entrevistados:

*Eu acho que falta na verdade é o incremento, o incentivo dos gestores para implementar esta política com mais firmeza, com mais determinação nos hospitais públicos (...). Na maioria dos casos é a falta de capacitação, a falta de treinamento. E, se você conversar com a maioria dos gestores, você vai encontrar uma enorme dificuldade dele te explicar o que é a PNH. Se esse sujeito não conhece esse processo, como é que ele vai implementar aquilo na*



*unidade? Fundamentalmente é necessário maior capacitação, informação sobre a política (Gestão intermediária).*

*Aqui, a Diretora não foi fazer o curso em Campinas... (Gestão de base) - Referindo-se ao Curso realizado em Campinas.*

O ingresso de profissionais no serviço público federal, como é o caso trabalhado, mediante concurso, lhes confere uma série de garantias<sup>44</sup>. A Lei Nº 8.112/90 estabelece o seguinte:

Art. 21. O servidor habilitado em concurso público e empossado em cargo de provimento efetivo adquirirá estabilidade no serviço público ao completar 2 (dois) anos de efetivo exercício. (prazo 3 anos - vide EMC nº 19);

Art. 22. O servidor estável só perderá o cargo em virtude de sentença judicial transitada em julgado ou de processo administrativo disciplinar no qual lhe seja assegurada ampla defesa.

Após três anos, o funcionário que não “ferir” nenhum dos preceitos da referida Lei, adquire estabilidade. Entretanto, a Administração Pública Federal tem adotado desde a década de 90 diversas modalidades flexíveis de contratação que têm contribuído para a precarização do trabalho. Particularmente no setor da saúde, essas formas de relação trabalhista informal têm causado grandes embaraços no SUS (Pereira, 2004). Isto pode vir a comprometer o processo de implementação da PNH, uma vez que esta política propõe com um dos seus objetivos “fomentar vínculos solidários entre gestores, trabalhadores e usuários para a produção de saúde produção de sujeitos” (Brasil, 2004).

O Hospital da Lagoa permaneceu aproximadamente cinco anos sob a gestão do Município do Rio de Janeiro. Ainda na ocasião da pesquisa de campo, a

---

<sup>44</sup> Para maiores detalhes, consulte o texto da Lei Nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Esta lei dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais.

diversidade de relações empregatícias na Unidade era grande, exacerbando os problemas do cotidiano hospitalar. Este é um assunto que, por sua natureza delicada, não apresenta uniformidade de opiniões entre os gestores entrevistados. Há quem discorde da estabilidade no emprego por considerar, de certo modo, um fator libertador de alguns trabalhadores de suas responsabilidades. Mas também, por outro lado, questionam os critérios de contratação. Os contratos são firmados via NERJ (Núcleo do Ministério da Saúde do Estado do Rio de Janeiro). Assim, entre muitas, selecionei algumas narrativas sobre a questão:

*O fator econômico também entra assim como você ter uma acomodação razoável (...), fazer uma refeição razoável (...) ter um armário adequado, você ser respeitado nas suas necessidades básicas, acho que isso faz parte da política, p'ra gente poder dar aos outros o melhor, independente da questão salarial. Aqui as pessoas trabalham em dois, três, quatro empregos. Não pode ter a mesma qualidade de quem se dedica integralmente, ninguém pode estudar mais, é diferente. A classe dos profissionais de saúde aqui do hospital hoje é uma classe que não tem aumento há dez anos (...) e pior ainda, não tem perspectiva. Uma coisa é você não ter atualização e a outra é a perspectiva que é pior (...). Não há investimento no servidor público nesse sentido e acho que isso é fundamental. Você não pode falar de qualidade sem condições, né? Na sua real condição de vida, **ninguém dá o que não tem**. Se eu sou mal tratado, desvalorizado, desqualificado, eu reflito isto. Então esse outro lado não pode passar despercebido (Gestão intermediária).*

*Ninguém tem motivação. Você ganha pouquíssimo. Ninguém te cobra nada. Ninguém vê o que você t'a fazendo. Você não é prestigiado. Então pra quê se esgotar fisicamente e emocionalmente? O pessoal larga de mão (Gestão de base).*

*Acho que o funcionário perdeu um pouco do compromisso, entendeu? O caminho está na possibilidade de tentar a responsabilização do profissional. Então, isto pode ser resgatado através da própria valorização dele, de crescimento (Gestão de base).*

*Isso aqui é um bico, entendeu? Para muito poucas pessoas isso aqui é um trabalho. Mesmo pra Enfermagem também. As pessoas têm três, quatro empregos (Gestão de base).*

*Uma questão que eu acho complicada também é essa miscelânea de vínculos funcionais. Você tem aqui federais, municipais, contratados,*

*terceirizados, né, muito pulverizado e com condições diferentes, olhares diferentes (Gestão intermediária).*

*Eu vejo que lidar com o funcionário contratado é mais fácil de você implementar mudanças porque ele não tem emprego vitalício. Nesse sentido eu percebo que há uma certa diferença no tipo de trabalho que está sendo feito. Há uma grande diferença do funcionário contratado para o funcionário concursado. Por sua vez, você pressupõe que o concursado, por ter se submetido a um concurso, que ele tenha uma qualificação, uma determinada competência. Eu tenho uma crítica ao modelo de contratação onde você não detém o critério de escolha para aquilo que você quer fazer. Você recebe pessoas que muitas vezes se encaixam e às vezes não se encaixam (Gestão de base).*

*Atualmente é muito mais fácil trabalhar com o contratado. Com o concursado você não consegue quase nada. Você está arriscado a receber **cada resposta**, como eu já recebi várias (Gestão de base).*

O trabalho em equipe, a articulação das ações e saberes, tem sido difundido como estratégia para enfrentar o intenso processo de especialização na área da saúde. Tem sido sugerido como modo de diminuir a verticalização do conhecimento e a intervenção em aspectos individualizados das necessidades de saúde (Peduzzi, 2001). Essa autora atenta para dois fatores referentes à divisão técnica do trabalho: a fragmentação do trabalho inicial, originando outros trabalhos fracionados; e a interdependência entre os trabalhos personalizados referentes a um mesmo campo de produção. Ao mesmo tempo, pondera a necessidade de levar em conta a importância técnica e social da divisão do trabalho, “uma vez que toda divisão técnica reproduz em seu interior relações políticas e ideológicas referentes às desiguais inserções sociais dos sujeitos” (p. 105).

A PNH caracteriza a equipe multiprofissional como o que Peduzzi tipifica como equipe integração, em que ocorre a conciliação das ações e o diálogo entre os agentes. A dificuldade de construção de equipes multiprofissionais a fim de referenciar os usuários e atribuir responsabilidade por eles foi apontada como

um grande obstáculo a ser transposto. Os gestores entrevistados atribuem relevância ao papel de conscientização e envolvimento de profissionais de diferentes categorias. Estes fatores foram manifestados nas narrativas abaixo:

*A construção da equipe multiprofissional é um desafio da gente na humanização. Falta muito p'ra andar em termos assim do profissional médico mesmo, dele repensar o papel da relação com o usuário, o papel dele na equipe multiprofissional. Acho que falta muito p'ra andar na gestão da clínica mesmo, no sentido de clínica ampliada, o projeto terapêutico singular (Gestão de base).*

*Às vezes é difícil você reunir profissionais da mesma profissão. Quando você tem uma gama maior de profissões, de categorias, a coisa fica complicada. Então, conscientização é o básico (Gestão de base).*

*Na verdade, tantos quantos forem envolvidos terão uma visão daquele processo. As rodas de discussão são espaços fundamentais para mudar qualquer coisa (Gestão intermediária).*

O corporativismo pode ser considerado um dos aspectos relacionados à dificuldade de construção de equipes multiprofissionais em saúde. Conforme nos instruem Bobbio; Mateucci e Pasquino (2004, p. 287), “o corporativismo é uma doutrina que propugna a organização da coletividade baseada na associação representativa dos interesses e das atividades profissionais”. Segundo estes autores a proposição é a superação ou eliminação dos elementos de polêmica: a disputa econômica, os conflitos de classes sociais e as várias ideologias políticas. Para eles, isto poderia ser conquistado através de solidariedade de interesses reais e de caminhos de cooperação. O modelo corporativo tradicional “defende a colaboração entre as classes no âmbito das categorias” (ib). No plano político se manifesta como opção do modelo de representação democrática.

Assim sendo, o corporativismo seria essencial para a manutenção da conexão entre as categorias profissionais. Porém, atualmente a noção de

corporativismo tem sido utilizada de uma forma negativa e até mesmo depreciativa. Em ambientes de trabalho nos quais existe uma variedade de categorias profissionais, como um hospital, o corporativismo tem sido usado como pretexto para atender a propósitos extremamente presunçosos e como “atitude ética ou social que parte do princípio de que o móvel fundamental de todo pensamento ou ação (morais) é a defesa dos próprios interesses” (Houaiss, 2001).

Campos (1997, p. 232) defende que

No cotidiano, grande parcela dos trabalhadores, particularmente aqueles com maior poder de barganha como, em geral, é o caso dos médicos, consegue burlar normas e trabalhar de acordo com sua própria consciência. Infelizmente, na prática, esses coeficientes preservados de autonomia têm sido mais utilizados para defesa de interesses corporativos do que para inventar projetos terapêuticos eficazes.

Este ponto de vista se manifesta na narrativa de alguns gestores entrevistados. Um deles parece considerar este tipo de “corporativismo desagregador” como algo habitual e passível de compreensão pela forma como se expressa:

*Eu acho que as dificuldades são as dificuldades corporativas, mas isso a gente encontra em qualquer lugar da sociedade (Gestão intermediária).*

Contudo, as manifestações de insatisfação são evidentes nas seguintes falas transcritas:

*O corpo médico quer impedir que o corpo técnico do hospital possa votar para a eleição do Centro de Estudos. Só quem tem nível superior pode votar (-Falou em tom de imitação). Então, para Presidente da República todo mundo pode votar, dentro do hospital eles querem separar alguma coisa que já existia? Parece uma*

*besteira, mas é uma separação. 'Pra gente é complicado. Que reconhecimento é esse? (Gestão intermediária).*

*As queixas são as mesmas, mas as formas de cobrança são diferenciadas e isso (...) não motiva. Apesar de acreditar que na gestão do hospital tem pessoas sérias, compromissadas, não é só isso. Você tem que ser capaz de mudar essa prática. Acho que liderar é isso (Gestão de base).*

*Se os médicos do Hospital da Lagoa cumprissem a carga horária para a qual foram contratados, nós não teríamos problemas de consultas médicas na área 2.1.(...) Não é só o médico que precisa ganhar bem (Gestão de base).*

*Eu tenho uma dificuldade enorme, apesar de ser médico, de lidar com os médicos. Já sabem sobre tudo, já têm opinião sobre tudo, já sabem como o hospital deveria ser. Já sabem como o usuário... (Interrompeu como se estivesse cansado). **E fica muito chato!** (Gestão de base).*

*A categoria médica (...) não consegue olhar o trabalho dos outros profissionais. Muitas vezes não tem sensibilidade para o próprio usuário (Gestão de base).*

Apesar de a maioria ter se referido à classe médica, há quem conteste ser este corporativismo utilizado como manejo de interesses não seja exclusivo desta categoria. Segundo a opinião de um gestor entrevistado, outras grupos de profissionais costumam se apropriar do modelo utilizado pelos médicos. Dependendo do interesse em jogo, desde que tenham oportunidade para fazê-lo, isso é passível de acontecer, conforme transparece em sua fala:

*Todas as categorias biomédicas acabam seguindo o modelo médico, tanto nas suas práticas quanto nas suas barganhas. Porque se diz: “- Ah, o médico não cumpre horário!”. Não vejo muita diferença em relação às outras categorias, embora elas conflitem no dia-a-dia (...). Acho que acontece em todos os níveis (...) não é exclusividade dos médicos, é modelar (...). Então quando interessa você pactua por similaridade. O médico empresta seu modelo para todas as outras categorias. Ele é sempre contraposto. Quando interessa, eu faço igual e sigo a orientação. Acho que isto depende do que está em jogo. Existem categorias que têm um numerário muito pequeno e não têm nem disponibilidade para fazer certos tipos de acordo (Gestão de base).*

Outro obstáculo ao trabalho em equipe e conseqüentemente à implementação da PNH relaciona-se à formação dos profissionais de saúde. Ceccim e Feuerwerker (2004) tecem críticas à formação para a saúde no Brasil. Para estes autores, a formação

deve buscar desenvolver condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência na formação de políticas do cuidado (p. 44).

Argumentam também que a formação não deve considerar somente a capacitação para as práticas. É necessário que abranja aspectos de produção de subjetividades<sup>45</sup>, de habilidades técnicas e de pensamento e o apropriado conhecimento do Sistema Único de Saúde.

A fala de alguns gestores entrevistados evidencia a incapacidade do processo de formação em saúde para contemplar as diretrizes da PNH:

*O aparelho formador é outra coisa importante. Não adianta fazer nada enquanto essa pirâmide de formação estiver baseada no modelo do hospital. Ela não está baseada no modelo da família, do sanitaria, da epidemiologia, do hábito de você conhecer aquele corpo, aquele sujeito. Não adianta colocar isso no papel. É preciso que o formador lá, o catedrático ache que aquilo seja uma coisa que vai mudar. Hoje qual é a realidade? Pouco recurso, tem que se investir muito que é para o bem da comunidade. O plano chave é investir no aparelho formador. Talvez os profissionais não tenham tido uma formação para lidar com um pouco mais de humanidade no trato com as pessoas (Gestão intermediária).*

---

<sup>45</sup> Guattari e Rolnik (2005) fazem questão de distinguir indivíduo e subjetividade. Para esses autores o indivíduo resulta de uma produção de massa que é seriado, protocolado e torneado. A subjetividade não está centralizada e avaliada no todo do indivíduo, mas é principalmente produzida e ajustada no registro do social.

O conhecimento de que o trabalho pode provocar o adoecimento não é novidade. Dejours (1996) sustenta que a organização do trabalho, entendida como divisão de tarefas pode levar o trabalhador a um nível de pressão muito elevado. Este fato pode resultar no desequilíbrio psíquico e comprometimento da saúde mental. Para esse autor, entre a organização do trabalho e o funcionamento psíquico estão permeadas “estratégias defensivas” que são sinais de batalha contra a doença mental. Dejours argumenta que através dessas estratégias defensivas o sofrimento é moderadamente bem controlado para impedir que se reverta em patologia. No entanto, “não se pode afirmar se serão sempre evitadas ou evitáveis” Dejours (2005, p. 120). Esse autor sugere que as pressões psíquicas do trabalho não se restringem à saúde mental, mas pode causar dano também à saúde física e ocasionar estresse.

Especificamente quanto ao trabalho em saúde, Pitta (2005) destaca que a exposição constante a fatores que produzem sofrimento no trabalho hospitalar decorre da natureza inerente a este ofício e sua organização. Isto pode se manifestar por sintomas e sinais orgânicos e psíquicos inespecíficos. Além disso, essa autora alega que:

Uma política de saúde correta ou mesmo uma administração hospitalar tecnicamente adequada, embora influenciem, não irão determinar a singular relação do doente com quem o cuida. Qualquer atitude generalizadora que não leve em conta o cotidiano do trabalho hospitalar com as cargas de tensão e conflito a mobilizar sujeitos concretos que se situam nos limites geográficos desta atividade, correrá o risco de passar ao largo das suas determinantes fundamentais, contribuindo pouco para a tripla perspectiva de melhorar as condições de trabalho, a eficácia da organização e uma melhor resposta ao usuário dos seus serviços (Pitta, 2005, p. 14-15).



A PNH pretende utilizar como um dos dispositivos a construção de programas de qualidade de vida e saúde para os trabalhadores da saúde. Foi revelada durante as entrevistas a inoperância do Núcleo de Saúde do Trabalhador (NST) da Unidade como um dos fatores dificultadores da implementação desta política no HL. As falas transcritas abaixo demonstram a apreciação de alguns gestores quanto à questão:

*O Núcleo de Saúde do Trabalhador funciona mais como um setor de perícias médicas, mas também só para os funcionários federais. Se você manda um do município ou outro, não tem o mesmo atendimento, a mesma atenção, a mesma resolução. Não tem esse olhar para a saúde do trabalhador que eu acho que seria um fator motivador. A gente está falando do servidor porque é ele que vai produzir a humanização e eu não posso deixar de falar nele, né? (Gestão intermediária).*

*Ninguém fala em saúde do trabalhador aqui dentro. A gente fala que tem Núcleo de Saúde do Trabalhador que serve para endossar licença médica. Agora alguém já teve um olhar p'ras meninas da Oncologia que tem um sofrimento imenso? P'ras meninas que estão nos andares, p'ras pessoas que atendem aqui e se acabam (...) O que existe de política de trabalhador aqui é feito pela associação de funcionários (...). Então esse segmento trabalhador, que é o cuidador, é esquecido. As pessoas da área da saúde têm um sofrimento muito grande (...) Essa pessoas precisam ter um olhar diferenciado, ter um pouco mais de qualidade de vida (...) A enfermagem é a profissão mais sacrificada. É a profissão que (...) a grande maioria são mulheres que perderam os maridos (...) que estão batalhando na justiça para ganhar uma pensão (Gestão de base).*

*Saúde do trabalhador no hospital é um "reduto". O Núcleo de Saúde do Trabalhador foi criado, mas funciona mais como validador de licenças (...) Ele reconhece em segunda instância um atestado, uma licença (...). Eu não vejo que a instituição tenha construído um projeto que tenha uma certa cobertura para os funcionários que necessitem de atendimento em saúde pública (Gestão de base).*

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como uma de suas diretrizes definidas na Constituição Federal a participação da comunidade, que reverte em maior democracia no âmbito da gestão da saúde. A participação popular na organização do SUS seria a manifestação da repartição com a sociedade das

decisões tomadas pelo Estado no interesse geral, ou seja, no exercício do poder político.

Como nos instruem Carvalho e Santos (2006), a participação da sociedade nos atos de gestão decorre do conceito de Estado Democrático de Direito<sup>46</sup>. Constitui, ainda, uma forma de execução da “democracia participativa” que se caracteriza pela participação da sociedade na formação dos atos de governo.

O texto da Carta Magna de 1988 declara que uma das diretrizes do SUS é

a “participação da comunidade”, que se efetiva mediante a integração em órgãos colegiados decisórios, como são os conselhos de saúde, quando do povo, com assento nesses colegiados, participa da formação dos comandos legais imperativos, da construção de realidades exigidas pelo bem comum, enfim, desempenhando, em parceria com o Estado, o papel que a este cabe constitucionalmente no regime democrático (ib, p. 245).

A efetiva participação da sociedade na decisão e no controle das ações do governo é indispensável para fortalecer a descentralização e a universalização do SUS. O controle social exercido pelos conselhos de saúde deve pautar suas ações numa visão ampliada de cidadania e na coerência de gestão descentralizada e participativa. No entanto, esses preceitos precisam ainda ganhar concretude, a fim influenciar a gestão pública pelo poder social, e não simplesmente adotar artefatos participativos para acatar as exigências legais (Amantino-de Andrade; Arenhart, 2004).

Consoante Demo (1996) a participação social representa um estilo de vida apoiado na conquista de direitos originários de um pacto comunitário. A

---

<sup>46</sup> O Estado Democrático de Direito é definido pelo poder emanado do povo, exercido por meio de representantes eleitos pelo voto direto (Di Pietro, 1993).

população e o governo elaboram uma conjuntura de negociação recíproca para compor um enredo bem tecido e resistente de organizações, construindo a democracia como algo cotidiano e natural. Ela se corporifica através de um conjunto de idéias democráticas firmadas na igualdade, na pluralidade e na decisão política imbuídos de sentido solidário da comunidade.

A participação social, todavia, não pode estar limitada a esferas oficializadas para o controle social. Deve ser realçada e estimulada no cotidiano das unidades de atenção do SUS, nas quais a participação ainda é baixa.

Os Conselhos de Gestão Participativa das unidades assistenciais do SUS têm sido criados com incentivo do Ministério da Saúde, através de suas Secretarias e, principalmente, da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Estes conselhos devem ser compostos por gestores, trabalhadores e representantes de usuários da Unidade.

Nas entrevistas realizadas muitas foram as opiniões desfavoráveis quanto ao modo pelo qual o Conselho de Gestão Participativa do HL foi composto e está sendo operacionalizado. Esta questão se revela nas seguintes falas transcritas:

*Você só pode implantar uma política de humanização quando você começar a ouvir os diversos segmentos. É estranho na gestão participativa você não ter usuário da Lagoa (Gestão de base).*

*Eu percebo que a maior dificuldade é o processo de gestão, o modelo de gestão participativa onde não tem cultura (...) vejo muito pouca participação do usuário (...). A nossa cultura é muito autoritária. Há um "déficit" de participação muito grande. Eu vejo que o usuário é a peça de menor valor dentro desse circuito institucional (Gestão de base).*

*Tem um regimento interno, mas não acho que funcione como deveria ser pensada para funcionar. No momento ela é uma instância burocrática e não houve nenhuma evolução até esse momento. Então eu acho assim, tem muito mais propaganda, comparada com*

*ações mesmo (...). Tem um grupo instituído, 'tá formalizado, mas a atuação ainda é muito burocrática. A gente ainda não tem um planejamento estratégico. O hospital está tentando se achar por causa dessa mudança de gestão. Na gestão participativa o usuário não participa não, só representantes como o da ADILA que é a Associação dos Diabéticos do Hospital da Lagoa. As outras participações de usuário foram o Conselho Distrital que encaminhou (Gestão Intermediária).*

*Eu acho que a questão da gestão participativa não está funcionando. Embora exista, não funciona na prática. Olha só, a participação do usuário ainda é precária. A gente tinha um monte de idéias tanto que a gente pensava a eleição no hospital em termos dos usuários. Acabou que foi imposto o modelo do ministério que é um modelo bem usuário profissional. Sabe, aquele usuário que já é treinado para participação em conselho? Esse modelo entre aspas corporativo de usuário no fundo não quer que o usuário participe mesmo, o usuário do local. Não quer que tenha discussão do usuário, uma coisa democrática de verdade... Acho que as pessoas têm medo disso (...) de juntar as pessoas no auditório e mostrar como é que as coisas funcionam.*

A efetiva participação do usuário só ocorreria caso ele fosse incluído no processo de constituição do Colegiado de Gestão Participativa local, tal como se revela na fala transcrita abaixo:

*A discussão do conselho com representante oficial pega lá no conselho. Acaba tendo até coisas perversas (...) indicar paciente, aquelas coisas todas que eu acho o fim da picada. Acho que no fundo não é só o ministério. A gente tem dificuldade com o usuário na prática da democracia direta. Imagina você marcar uma assembléia dos usuários do Hospital da Lagoa para que eles possam eleger os seus representantes lá na hora e possam discutir uma temática... Isso tudo deve incomodar muito. É melhor manter esse sistema (...) que o usuário t'a lá na porta e nem sabe que o usuário t'a lá no conselho. E manter esse sistema e fica por isso mesmo.*

As práticas participativas não representam os anseios do universo de usuários. São práticas viciadas de participação que expressam apenas interesses personalistas de usuário que não quer abrir mão da posição. O relato abaixo reflete a necessidade de uma alternância na representatividade:

*Afinal de contas acho que a democracia da gente continua sendo muito autoritária (...) Tem usuário que já é representante há 20 anos. Ele já nem mais conhece o que é ser usuário, não fica mais na fila. Ele já é um usuário VIP<sup>47</sup> -Falou enfaticamente (Gestão de base).*

No capítulo 2 foi apontada a distância entre a formulação e a implementação de políticas. No caso em estudo, essa distância foi identificada por um dos gestores como obstaculizadores à implementação da PNH no HL:

*Quem formula a política não é quem executa (...) não é da assistência. Enquanto não houver um olhar diferenciado, quem t'a na atividade fim, atividade-meio, começar a participar das políticas, vai continuar sendo isto que a gente está tendo (Gestão de base).*

A descrença na implementação das políticas públicas, refletida no comentário abaixo, não apenas leva à sua não implementação de forma efetiva, como também cria focos de resistência e descrédito:

*Como tudo no Brasil, tem uma política, tem um grupo que é a favor da humanização, acho que tem um grupo que não fede nem cheira e um grupo que é contra. Eu acho que tem um grupo a favor da humanização, é uma política, mas a prática indica que há uma resistência. Porque tudo é difícil para se conseguir, entendeu?*

O distanciamento entre o discurso e a práxis decorre, no final das contas, da falta de apoio financeiro ao implemento das “boas ações” pretendidas. Efetivamente, não há como fazer acontecer sem suporte financeiro. Não basta dizer *Fiat Lux* para que a luz surja e ilumine os caminhos. É necessário prover a fonte de energia. Esta temática se revela na narrativa abaixo:

*Uma coisa é o que é dita, a outra é o que acontece. Apesar de dizerem que foi uma a opção, não tem orçamento para a humanização porque cada programa tem que dar a sua contribuição,*

---

<sup>47</sup> Expressão da língua inglesa (*very important people*) que significa pessoa muito importante.

*na prática, essa história de não ter orçamento é meio esquisita. Eu acho que é um sintoma de que é uma política do tipo “se vira aí que a gente não vai ajudar muito não”. Eu acho que tem um a vontade política meio ambivalente (...) Isto é sintomático, o tipo de postura do ministério em relação à humanização.*

A divulgação de uma política tem por objetivo sua ampliação e perpetuidade. Para tanto, é necessário que ela realmente exista. A publicidade sobre o inexistente apenas multiplica o nada e tem como efeito o descrédito e a desesperança. Na narrativa abaixo este aspecto parece ser evidente:

*Uma coisa é o que é dito. Nos papéis, nos impressos, nas cartilhas a coisa é perfeita. Na prática a humanização é um mal necessário para o ministério, tipo assim, direito do usuário, politicamente correto, mas na prática, sei não (Gestão de base).*

No Brasil, a descontinuidade das políticas públicas é parte da realidade. Apesar de a PNH pretender ser uma Política de Estado, não ficar atrelada apenas ao governo que a instituiu, para alguns gestores entrevistados, ela não passa de uma ação episódica e sem consistência.

*Eu não sinto na PNH uma consistência dela se tornar uma política pública dentro da assistência, dentro do que é básico Por quê? Porque ela é fragilizada. Se muda o Presidente da República, o Ministro da Saúde, o representante do Ministério no Estado do Rio de Janeiro, muda-se todo o olhar da política. A consistência da política pública de saúde não existe. Ela é feita por pessoas que flutuam, que hoje estão aqui, daqui há pouco descem e (...) elas montam uma consultoria e essa grande bola de neve não é investida em relação à melhoria da assistência ao usuário. (Gestão de base).*

*A coordenação do grupo de humanização aqui nem tem sala e agora é itinerante.(...) mas com o cargo que tem deveria ter um espaço de trabalho para que pudesse ser cobrado efetivamente o que está sendo feito. (Gestão de base).*

Alguns gestores consideraram que a vulnerabilidade, enquanto uma política dependente de pessoas, contribui para o seu enfraquecimento, como ilustram as narrativas a seguir:

*Ela não é institucional. É muito tocada pelas pessoas (Gestão intermediária).*

*Então fica a coisa muito no pessoal, ligado à pessoa (Gestão intermediária).*

*A gente vê que são grupos isolados de funcionários que tentam melhorias dentro de suas próprias unidades (Gestão de base).*

*Depois daquela Oficina que os Coordenadores da PNH fizeram, nada foi cobrado. Está meio morto (Gestão de base).*

A interrupção do processo de implementação da PNH para que se implantasse o Programa de Acreditação Hospitalar foi apontada por alguns entrevistados como reveladora da debilidade desta política. É possível perceber tais sentimentos de repulsa com referência ao acontecimento nas falas abaixo:

*Acho a PNH muito melhor do que acreditação hospitalar, não que eu seja contra a acreditação hospitalar, (...) que você tenha uma excelente comissão de óbitos e uma excelente comissão de prontuários. E uma coisa que eu quero deixar bem claro: Eu não estou falando de pessoas, estou falando de hábitos (Gestão intermediária).*

*Dentro do HL a PNH não está tão em foco quanto a acreditação. Ela está em segundo plano. Eu acho que, em muitos momentos ela está sendo desvalorizada (Gestão de base).*

*Eu vejo o maior sacrifício do Alfredo para montar esse Grupo de Trabalho de Humanização e aí esvazia e enche e esvazia. Isso não pode ser assim. P'eraí, tem alguma coisa errada. Porque uma é de interesse econômico e outra de interesse humanitário. Essa diferença me incomoda (...). Eu enxergo com uma incoerência absurda! A gente que tem um olhar crítico às vezes tem que engolir. (Gestão de base).*

Em que pese às manifestações de reprovação quanto ao ocorrido, há quem considere que o Programa de Acreditação Hospitalar possa trazer mais visibilidade para o HL. Este fato se manifesta na fala de um dos gestores:

*Humanização “não dá ibope”. Na verdade eu imagino que através da acreditação a gente possa conseguir alguma coisa interessante. A acreditação dá mais ibope que a humanização, é mais técnico e mais “cool”, né? É uma coisa mais moderna, agora, é mais politizada teoricamente. É, pode ser que a gente tenha alguma coisa em termos de direito do usuário (Gestão de base).*

No entanto, a proposta de acreditação não levanta a expectativa de profissionais quanto a seus resultados.

*Acreditação dá ibope primeiro porque ela é imposta aos gestores (...). Na verdade, a Yolanda não foi consultada se ela quer ser acreditada ou não. O gestor se sente muito envaidecido porque ele, enquanto cidadão que t'a no poder (...) a sua vaidade fica exacerbada (...). Então, eles encham a bola do gestor dizendo que é magnífico (...). porque aquilo vai ser uma beleza e você vai ter um hospital acreditado. Mas acreditado por quem? Quem tem que acreditar o hospital é o usuário! (Gestão de base).*

#### **4.4 Dispositivos da PNH implementados no HL**

Os dispositivos são os “modos de fazer” da PNH. Embora o Hospital da Lagoa tenha dado início ao processo de implementação desta política, poucos foram os dispositivos disparados na instituição.



#### **4.4.1 A Ouvidoria**

A ouvidoria é um serviço próprio para representar as demandas do usuário e também dos trabalhadores de saúde. Trata-se de uma ferramenta de gestão destinada a mapear os problemas da instituição e indicar as áreas mais conflituosas dentro do seu âmbito. Exerce também um importante papel intermediador das relações, tentando promover conexão entre as diversas esferas de gestão. A ouvidoria do Hospital da Lagoa foi implantada em agosto de 2006 e funciona conforme o diagrama em anexo (ANEXO 3).

#### **4.4.2 A Visita Ampliada**

O dispositivo preconizado pela PNH é a visita aberta. Trata-se de um dispositivo que “amplia as possibilidades de acesso para os visitantes de forma a garantir o elo entre o paciente, sua rede social e os demais serviços da rede de saúde, mantendo latente o projeto de vida do paciente” (Brasil/MS, 2006, p. 51).

O Hospital da Lagoa não possuía, na ocasião da pesquisa de campo, condições estruturais e trabalhadores em número suficiente a fim de manter suas portas abertas 24 horas por dia. Diante dessa situação, a alternativa encontrada pela Direção da Unidade foi estender o horário de visitas aos pacientes internados de uma hora (das 16 às 17 h) para três horas (das 14 às 17 h).

#### **4.4.3 A Capela Ecumênica**

A fim de melhorar a ambiência e proporcionar maior confortabilidade às pessoas nos momentos de perda a capela funerária existente na instituição foi reformada e transformada em capela ecumênica. Esta capela não mais se destina à

realização de velório. Localiza-se no sub-solo do prédio principal do Hospital junto à saída de ambulâncias e do lixo hospitalar. É constituída de uma pequena sala, com paredes de cores suaves (azul e branca), porta de vidro transparente, com boa iluminação e piso frio. Não possui nenhum tipo de imagem religiosa. Apresenta apenas três bancos de madeira. Na parede frontal exibe um belo painel colorido representando o pôr do sol e, em anexo, apenas um pequeno toailete com paredes, piso e louças de cor branca.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implementação de políticas não representa a mera execução das operações planejadas por seus formuladores. A prática nos indica que essa etapa do *policy making* é caracterizada por situações que nem sempre podem ser previstas e que, ao longo do processo, abre espaço também para a inovação (Walt,1996). Nenhum documento-base é capaz de dar conta de todas as contingências, de todos os aspectos específicos de cada territorialidade. A disponibilidade de recursos, inclusive, pode não ser condizente com as recomendações do projeto. O contexto e as eventualidades podem motivar descompassos, tornar o processo tão lento ou até mesmo deixar transparecer inexecutabilidade.

A investigação da implementação da PNH no HL foi mediada por duas propostas: uma de mudanças estratégicas, que reconhecia os vieses interpostos no caminho das soluções para um dos grandes gargalos do SUS e outra, conduzida por objetivos traçados, para que a pesquisa reproduzisse, fidedignamente, a expressão empírica do *locus* eleito para sua realização.

Após a reconstituição da trajetória percorrida, de meses de trabalho, fui surpreendida por uma riqueza de dados que este estudo não permite avaliar, tamanha a profundidade e abrangência. Assim, foi necessário pontuar questões que abriram um novo campo de inquietações. Por isso, esta investigação passou a representar uma etapa com novas possibilidades de estabelecer, posteriormente, uma pauta de discussão sobre a implementação da PNH.

Os resultados não pretendem esgotar as possibilidades que este tipo de investigação propôs, mas sim de apontar algumas questões pertinentes ao estudo de caso institucional em saúde pública.

A PNH se configura como uma proposta “ambiciosa” na medida em que contradiz a história recente. Enquanto o progresso científico e tecnológico aumenta a competitividade e exacerba o individualismo, a PNH preconiza a formação de equipes multiprofissionais. Como mobilizar sujeitos, para formar grupos integrados, numa organização onde há conflitos de interesse inter e intracorporativos?

As diretrizes da PNH são pertinentes frente às lacunas que comprometem o funcionamento dos serviços. Contudo, sua exeqüibilidade aponta para a transposição de inúmeros obstáculos que têm de ser rediscutidos. Não cabe estabelecer normas legais para instituir uma política pública baseada em relações interpessoais.

As ferramentas utilizadas na triangulação metodológica possibilitaram atinar para as contradições existentes no campo e correlacioná-las com as diretrizes da PNH. Uma política pública que pretende permear todo o SUS não pode deixar de fora segmentos não relacionados diretamente com a assistência. Um corpo clínico dotado de competência técnica não é o bastante para o funcionamento de uma organização complexa como um hospital.

O modelo de gestão verticalizado continua sendo reproduzido na medida em que a alta gestão ainda se mantém numa posição de subserviência às instâncias hierárquicas superiores. As práticas reducionistas da Biomedicina e o discurso da eficácia organizacional continuam predominantes. Afigura-se um certo

grau de desconhecimento por parte dos gestores da unidade hospitalar estudada quanto ao HumanizaSUS. Será que o fato de a PNH ser uma política propositiva, da forma como foi enunciada, não contribuiu para o seu desconhecimento?

Ademais, a crítica ao modelo vertical de implementação de políticas públicas se contrapõe à própria “entrada” da PNH no HL - pelo simbolismo da utilização das camisetas do HumanizaSUS; pela inconveniência na marcação da palestra de abertura da 1ª Jornada de Humanização do HL e pela forma como o horário de visitas aos pacientes foi alterado. Outrossim, a comunicação intra-institucional tem de ser discutida e seus mecanismos conciliados, a fim de que ninguém possa alegar desconhecimento dos eventos promovidos.

A identidade cultural institucional é indissociável de sua historicidade, é patrimônio; portanto não pode ser encarada do mesmo modo como um mobiliário, que se descarta quando já não mais atende à sua finalidade. Assim, mudança de cultura institucional para reestruturação de fluxos e rotinas demanda processualidade: discussão, conscientização e, sobretudo, acompanhamento responsável.

A melhoria da qualidade da assistência e dos processos de trabalho, bem como a valorização dos trabalhadores, ultrapassam o nível de governabilidade do gestor local; qualidade, inequivocamente, subordinada às decisões de atores sociais pertencentes a instâncias hierárquicas superiores.

A autonomia e o protagonismo de todos os sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde têm sido negligenciados. As inúmeras ações, atividades e projetos “humanizadores” são fatos anteriores à constituição da PNH e

até mesmo do PNHAH, do qual o Hospital da Lagoa não participou. São práticas de vozes emanadas do campo de trabalho, inscritas formalmente, mas que não possuem “acento” na gramática biomédica institucional.

Os discursos dos gestores intermediários e gestores de base revelam pertinência com a PNH. São trabalhadores da saúde com potência, tradutores de iniciativas estruturantes a despeito de elas não terem sido fomentadas, inclusive produtores de trabalhos acadêmicos na pavimentação da PNH. Isso demonstra o protagonismo de atores sociais que há muito lutam por espaços de “humanização” institucional. São práticas espontâneas, anteriores e convergentes com a política, entretanto não atreladas aos “modos de fazer” da PNH. São experiências que não fazem parte da “receita”, mas que podem contribuir significativamente para o efeito desejado.

## BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA, Eliane Carnot. **Humanização e Políticas de Saúde: um estudo sobre os usos e sentidos das propostas de humanização nas políticas de atenção à saúde da mulher**. 2005. 182 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2005.

AMADO, G. “Coesão Organizacional e Ilusão Coletiva”. In: MOTTA, Fernando C. P. e FREITAS, Maria E. **Vida Psíquica e Organização**. Rio de Janeiro: Editora FGV, p. 103-115, 2000.

AMANTINO-DE-ANDRADE, J.; ARENHART, Ariane J. “Participação Social no Sistema Único de Saúde: uma utopia para se concretizar em municípios de pequeno porte do Vale do Taquari”. In: MISOCSKY, M. C. e BORDIN, R. (Orgs.). **Gestão Local em Saúde: práticas e reflexões**. Porto Alegre: Dacasa, 2004, 236 p.

AYRES, José Ricardo C. M. “Humanização da assistência hospitalar e o cuidado como categoria reconstrutiva”. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 15-17, 2004a.

\_\_\_\_\_. “O cuidado, os modos de ser (do) humano a e as práticas de saúde”. **Saúde e Sociedade**, v.13, n. 3, p. 16-29, 2004b.

BAREMBLITT, Gregório. **Que se entende por humanidade e humanização?** [2003?]. Disponível em: <<http://www.portal-humaniza.org.br>>. Acesso em: 04 fev. 2006.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. “Humanização na saúde: um novo modismo?”. **Interface** – Comunic., Saúde, Educ., v. 9, n. 17, p.389-406, 2005(a).

\_\_\_\_\_. “A humanização como dimensão pública nas políticas de saúde”. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005(b).

BETTS, Jaime. **Considerações sobre o que é Humano e o que é Humanizar**. [2003?]. Disponível em: <atp//:www.portalthumaniza.org.br>. Acesso em: 04 fev. 2006.

BOARETTO, Cristina. "Humanização da assistência hospitalar: o dia-a-dia da prática dos serviços". **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 20-22, 2004.

BOBBIO, N.; MATEUCCI, N. e PASQUINO, G. **Dicionário de Política**. 5 ed. São Paulo: Editora UnB, 2004.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil\_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 14 abr. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. **Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília, 2004(a). Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/impressos/folheto/04\_0294\_FL.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2006.

\_\_\_\_\_. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Cartilha da PNH**. Acolhimento com avaliação e classificação de risco. Brasília, 2004(b).

\_\_\_\_\_. **Cartilha da PNH**. Clínica Ampliada. Brasília, 2004(c).

\_\_\_\_\_. **Cartilha da PNH**. Equipe de referência e apoio matricial. Brasília, 2004(d).

\_\_\_\_\_. **Cartilha da PNH**. Gestão participativa e co-gestão. Brasília, 2004(e).

\_\_\_\_\_. **Cartilha da PNH**. Prontuário transdisciplinar e projeto terapêutico. Brasília, 2004(f).

\_\_\_\_\_. **Cartilha da PNH**. Visita aberta e direito a acompanhante. Brasília, 2004(g).

\_\_\_\_\_. **Relatório de Atividades 2003**. Brasília, 2004(h).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da Oficina Nacional HumanizaSUS: construindo a Política Nacional de Humanização**. Brasília, 2004(i).



\_\_\_\_\_. **Relatório Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 2004(j).

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, 2004(l). Disponível em: <<http://www.cori.rei.unicamp.br/foruns/saude/evento6/regina.PPT>>. Acesso em: 17 mar. 2006.

\_\_\_\_\_. **Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 3 ed. Brasília: Editora MS, 2006.

\_\_\_\_\_. **Cartilha da PNH**. Ambiência. Brasília, 2006(a).

\_\_\_\_\_. **Cartilha da PNH**. Cartilha de avaliação. Brasília, 2006(b).

\_\_\_\_\_. **Cartilha da PNH**. Equipe de referência e apoio matricial. 2. ed. Brasília, 2006(c).

\_\_\_\_\_. **Cartilha da PNH**. Gestão e formação nos processos de trabalho. Brasília, 2006(d).

\_\_\_\_\_. **Cartilha da PNH**. Grupo e trabalho de humanização - GTH. Brasília, 2006(e).

\_\_\_\_\_. **Cartilha da PNH**. Gestão participativa e Co-gestão. 2. ed. Brasília, 2006(f).

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 4.726, de 09 de junho de 2003**. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=236784>>. Acesso em: 13 jul. 2006.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 5.841, de 13 de julho de 2006**. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/CCIVIL\\_03/\\_Ato20042006/2006/Decreto/D5841.htm#art5](http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato20042006/2006/Decreto/D5841.htm#art5)>. Acesso em: 18 ago. 2006.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 5.974, de 29 de novembro de 2006.** Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2006/Decreto/D5974.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Decreto/D5974.htm)> Acesso em: 20 abr.2007.

BRASIL. **Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção, e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm)>. Acesso em: 24 jun. 2006.

\_\_\_\_\_. **Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8142.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm)>. Acesso em: 24 jun. 2006.

BRAZ, Álcio. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Projeto de Cooperação Técnica.** Mensagem obtida por: <[marisefagundes@oi.com.br](mailto:marisefagundes@oi.com.br)> em 09 ago. 2006.

CAMPOS, Anna Maria. “Um Novo Modelo de Planejamento para uma Nova Estratégia de Desenvolvimento”. **Revista de Administração Pública**, v. 14, n. 3 , p. 27- 45, 1980.

CAMPOS, Gastão W. S. “Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde”. In: CECÍLIO, L.C.O. (Org.). **Inventando a Mudança na Saúde.** São Paulo: HUCITEC, 1994 (**Saúde em Debate** n. 73. Série Didática).

\_\_\_\_\_. “Subjetividade e Administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde”. In: MERHY, Emerson E.; ONOCKO, Rosana T. (Orgs.). **Agir em Saúde: um desafio para o público.** São Paulo: HUCITEC, 1997.

\_\_\_\_\_. “Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde”. **Ciência & Saúde Coletiva**, 1999, v. 4, n. 2, p. 393-403.

\_\_\_\_\_. **Um Método para Análise e Co-gestão de Coletivos**. São Paulo: HUCITEC, 2000, 236p.

\_\_\_\_\_. **Saúde Paidéia**. São Paulo: HUCITEC, 2003, 185 p.

CAMPOS, Rosana Onocko. “Mudando os processos de subjetivação em prol da humanização da assistência”. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 23-25, 2004.

\_\_\_\_\_. **Reflexões sobre o conceito de humanização**. [2003?]. Disponível em: <atp://www.portalthumaniza.org.br>. Acesso em: 04 fev. 2006.

CANESQUI, A. M. “Consumo e Avaliação dos Serviços de Saúde”. In: SPINOLA, A. W. *et al.* **Pesquisa Social em Saúde**. São Paulo: Editora Cortez, 1992, p. 175-205.

CARVALHO, Guido I.; SANTOS, Lenir. **SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis nº 8.080/90 e nº 8.192/90)**. 4 ed rev. e atual. Campinas, São Paulo: Editora da UNICAMP, 2006.

CASTELAR, Rosa M. “O Hospital no Brasil”. In: CASTELAR, R. M.; MORDELET, P. e GRABOIS, V. **Gestão Hospitalar: um desafio para o hospital brasileiro**. França: Éditions École Nationale de la Santé Publique, 1995, p. 38-56.

CARDOSO, Onésimo O. “Comunicação empresarial *versus* comunicação organizacional: novos desafios teóricos”. **Revista de Administração Pública**, v. 40, n. 6, p. 1123-44, 2006.

CECÍLIO, Luiz C. O. “Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada”. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 13, n. 3., p. 469-478, 1997.

CECCIM, Ricardo B. e FEUERWERKER, Laura C. M. “O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social”. **PHYSIS: Rev. de Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 41-66, 2004.

CEMBRANELLI, Fernando. **Um projeto de Humanização: para que, para quem?** [2003?]. Disponível em: [atp://:www.portalthumaniza.org.br](http://www.portalthumaniza.org.br). Acesso em 04 fev. 2006.

CERDEIRA-CAMPOS, Paulo C. **“Peregrinação” no Sistema Único de Saúde: experiência da sala de acolhimento na porta de entrada hospitalar**. 2006. 232 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Ensino de Biociências e Saúde. Instituto Oswaldo Cruz/ FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2006.

CHANLAT, J. F. “Modos de Gestão, Saúde e Segurança no Trabalho”. In: DAVEL, E, e VASCONCELLOS, J. (Orgs.). **“Recursos” Humanos e Subjetividade**. 4 ed. Petrópolis: Editora Vozes, p. 118-128, 2002.

CODO, Wanderley. “Identidade e Economia (I): espelhamento, pertencimento, individualidade”. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 18, n. 3, p. 297-304, 2002.

COHN, A. *et al.* **A Saúde como Direito e como Serviço**. 2 ed. São Paulo: Editora Cortez, 1999.

COSTA, Isabel S. A.; CAMPOS, Anna M. **Política Pública e Diversidade: reflexões a partir do pensamento pós-moderno**. Trabalho apresentado no 1º Encontro Internacional do CIRIEC. Salvador, BA, texto digitado, 2003.

CUNHA, Gustavo T. **A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica**. São Paulo: Editora HUCITEC, 2005, 211p.

CURTI, P. “Prefácio”. In: GONÇALVES, E. L. (Coord.). **O Hospital e A Visão Administrativa Contemporânea**. São Paulo: Livraria Pioneira Editora, 1983.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2006.

DEJOURS, C. “Uma Nova Visão do Sofrimento Humano nas Organizações”. In: CHANLAT, J. F. (Coord.). **O Indivíduo na Organização: dimensões esquecidas**. 3 ed. São Paulo: Editora Atlas, p. 149-173, 1996.

\_\_\_\_\_. **A Loucura do Trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. 5 ed. São Paulo: Cortez Editora, 2005, 168 p.

DEMO, Pedro. **Participação é conquista**: noções de política social participativa. 3 ed. São Paulo: Editora Cortez, 1996, 176 p.

DESLANDES, Suely F. “Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar”. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004(a).

\_\_\_\_\_. “A humanização e a construção política do lugar do sujeito no processo comunicacional”. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 25-29, 2004(b).

DIAS, Marcos Augusto Bastos; DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira. “Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto”. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 699-705, 2005.

DINIZ, Carmen S. G. “Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento”. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.3, p.627-637, 2005.

DI PIETRO, M. S. Zanella. “Participação Popular na Administração Pública”. **Revista de Direito Administrativo**. Rio de Janeiro, jan.-mar., 1993.

FLEURY, Sônia (Org.). **Saúde e Democracia – A Luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial e Gráficos Ltda, 1997.

FORTES, Paulo A. C. “Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde”. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p. 30-35, 2004.

FÓRUM SAÚDE E DEMOCRACIA: uma visão de futuro para o Brasil. **O SUS que dá certo**. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <[http://www.conass.org.br/?page=noticias\\_conass&codigo=115&i=0&mesAtual=04&anoAtual=2006&diaAtual=06](http://www.conass.org.br/?page=noticias_conass&codigo=115&i=0&mesAtual=04&anoAtual=2006&diaAtual=06)>. Acesso em: 20 ago. 2006.

FREITAS, Lúcia H. **Cruzando Espaços e Olhares: o teatro no hospital**. 2005. 307 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Teatro. Centro de Letras e Artes. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2005.

GENELOT, D. **Manager dans la complexité: réflexions à l’usage des dirigeants**. 3 ed. Paris: Insep Consulting, 2001.

GONÇALVES, E. G. “As Funções do Hospital Moderno”. In: \_\_\_\_ (Coord.). **O Hospital e A Visão Administrativa Contemporânea**. São Paulo: Livraria Pioneira Editora, 1983, p. 3-17.

GUARESCHI, Neuza M. F. “Prefácio”. In: SPINK, Mary Jane. **Linguagem e Produção de Sentidos no Cotidiano**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo**. 7 ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2005.

HOUAISS, A. **Dicionário Eletrônico da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Editora Objetiva, 2001. 1 CD-ROM.

IÑIGUEZ, Lupicinio. “A linguagem nas ciências sociais: fundamentos, conceitos e modelos”. In: \_\_\_\_ (Coord.). **Manual de Análise do Discurso em Ciências Sociais**. 2. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2005, p. 51-104.

\_\_\_\_\_. “A análise do discurso nas ciências sociais: variedades, tradições e práticas”. In: \_\_\_\_ (Coord.). **Manual de Análise do Discurso em Ciências Sociais**. 2. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2005, p. 105-160.

KINGDOM, John W. **Agenda, Alternatives and Public Policies**. Boston: Little Brown, 1884.

LABRA, M. E. “Análise de Políticas, Modos de *Policy-Making* e Intermediação de Interesses: uma revisão”. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, v.9, n.2, p. 131-166, 1999.

LAMEGO, Denyse T. C., DESLANDES, Suely F. e MOREIRA, Maria Elisabeth L. “Desafios para a humanização do cuidado em uma unidade de terapia intensiva neonatal cirúrgica”. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n. 3, p.669-675, 2005.

LAMY, Zeni Carvalho *et al.* “Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso - Método Canguru: a proposta brasileira”. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.3, p.659-668, 2005.

LUNA, Sérgio V. **Planejamento de Pesquisa: uma introdução**. São Paulo: EDUC, 1998.

MACHADO, KÁTIA. "Crise da saúde acende alerta no SUS". **RADIS: Comunicação em saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, n.33, p. 8-18, 2005.

MATTA, Juliana S. **A (In) Definição de Humanização na Saúde**. 2004. 64 f. Monografia. Curso de Especialização em Saúde Pública da ENSP/ FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2004.

MATTOS, Ruben A. "Sobre os limites e as possibilidades dos estudos acerca dos impactos das políticas públicas relativas à epidemia de HIV/AIDS: algumas reflexões metodológicas feitas a partir do caso brasileiro". In: PARKER, R.; GALVÃO, J.; BESSA, M. S. (Orgs.). **Saúde, Desenvolvimento e Política**. São Paulo: Editora 34, 1999, p. 29-87.

MENEGON, Vera M. "Por que jogar conversa fora? Pesquisando no cotidiano". In: SPINK, Mary J. (Org.). **Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Cortez, 3. ed., 2004.

MERHY, Emerson E. Em Busca do Tempo Perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, Emerson E; ONOCKO, Rosana (Orgs.). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Editora Hucitec, 1997.

\_\_\_\_\_. "Engravidando Palavras: o caso da integralidade". In: PINHEIRO, R.; MATTOS, Ruben A (Org.). **Construção Social da Demanda**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2005.

\_\_\_\_\_; CECÍLIO, L. C. O.; NOGUEIRA, R. C. "Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde". In: **Cadernos da Nona: descentralizando e democratizando o conhecimento**, v.2. Brasília: Ministério da Saúde, 1992, p. 91-96.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento Científico: pesquisa qualitativa em saúde**. 4. ed. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1996.

\_\_\_\_\_. "Dilema do setor saúde diante de suas propostas humanistas". **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 17-20, 2004.

MONTEIRO, J. Lemos. **A Estilística**. São Paulo: Editora Ática, 1991.

MORSCH, Denise Streit; DELAMONICA, Juliana. Análise das repercussões do Programa de Acolhimento aos Irmãos de Bebês Internados em UTI Neonatal: "Lembraram-se de Mim!". **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 677-687, 2005.

MOTTA, Paulo R. **Transformação Organizacional: a teoria e a prática de inovar**. Rio de Janeiro: Qualitymark Editora Ltda, 2000.

NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL. **Declaração dos Direitos Humanos**. Disponível em: <[http://www.onu-brasil.org.br/documentos\\_direitoshumanos.php](http://www.onu-brasil.org.br/documentos_direitoshumanos.php)>. Acesso em: 15 abr. 2006.

PAIM, J. S. "Collective Health and the Challenges of Practice". In: PAHO, **The Crisis of Public Health: Reflections for the Debate**, Washington, D.C.: PAHO, 1992, p. 136-150.

PARTIDO DOS TRABALHADORES. **Diretrizes e Concepções do Programa de Governo do PT para o Brasil de 2002 a 2006**. Disponível em: <<http://www.pt.org.br>>. Acesso em: 02 out. 2006.

PASSOS, Eduardo; BENEVIDES, Regina (Orgs.). "Documento – Base". In: **Formação de Apoiadores para a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde – leituras complementares**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006(a), p. 15-24. Disponível em: <[http://www.ead.fiocruz.br/humanizasisus/downloads/livro\\_complementar.pdf](http://www.ead.fiocruz.br/humanizasisus/downloads/livro_complementar.pdf)>. Acesso em: 20 jun. 2006.

\_\_\_\_\_. **Formação de Apoiadores para a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde – livro de atividades**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006(b), 209 p. Disponível em: <<http://www.ead.fiocruz.br/humanizasisus/downloads/livroatividades.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2006.

PEDUZZI, M. "Equipe Multiprofissional de Saúde: conceito e tipologia". **Revista de Saúde Pública**, v. 5, n. 1, p. 103-9, 2001.



PEREIRA, Larissa D. “A Gestão da Força de Trabalho em Saúde na Década de 90”. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p. 363-382, 2004.

PINHEIRO, Roseni. “As Práticas do Cotidiano na Relação Oferta e Demanda dos Serviços de Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, Rubem A. (Orgs.). **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde**. Rio de Janeiro, IMS/UERJ/ABRASCO, 2001, p. 65-112.

\_\_\_\_\_; LUZ, Madel T. “Práticas Eficazes X Modelos Ideais: ação e pensamento na construção da integralidade”. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, Rubem A. (Orgs.). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2003.

PITTA, Ana. **Hospital: dor e morte como ofício**. 5 ed. São Paulo: Annablume / Hucitec, 2003, 198 p.

PUCCINI, Paulo T.; CECÍLIO, Luiz C. O. “A humanização dos serviços e o direito à saúde”. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1342-1353, 2004.

REIS, Adriana E.; PATRICIO, Zuleica M. “Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina”. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 1 supl, p. 221-230, 2005.

RIBEIRO, Herval. P. **O Hospital: História e Crise**. São Paulo: Cortez Editora, 1993.

RUDIO, Franz V. **Introdução ao Projeto de Pesquisa Científica**. 32. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2004.

SANTOS-FILHO, Serafim B. **Manual com eixos avaliativos e indicadores de referência**. Ministério da Saúde: Brasília DF, 2006, p. 1-30. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Manual\\_M\\_A\\_5\\_.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Manual_M_A_5_.pdf)>. Acesso em: 11 set. 2006.

SCHEIN, E. H. “Coming to a new awareness of organizational culture”. **Sloan Management Review**, v. 25, p. 3-16, 1984.

SCHRAIBER, Lilia Blima. “Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica”. **Rev. Saúde Pública.**, São Paulo, v. 29, n. 1, 1995.

SERRA, Carlos G. **Garantia de Acesso à Atenção Básica e Continuidade de Cuidado como Estratégias para Consolidação da Integralidade no SUS: uma análise sobre os processos de implementação do PSF, construção de sistemas de referência e regionalização assistencial do Estado do Rio de Janeiro.** Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2003.

SILVA, Deonísio. **A Vida Íntima das Frases.** São Paulo: Editora Girafa, 2003, 248p.

SOUZA, Luiz C. “Evolução Histórica do Hospital da Lagoa”. **Boletim do Centro de Estudos do Hospital da Lagoa.** Rio de Janeiro, n. 2, 1974, p. 5-9.

SOUZA, Luis Eugenio P. F. e CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. “O Uso de Pesquisa na Formulação de Políticas de Saúde: obstáculos e estratégias”. **Cadernos de Saúde Pública,** 2004, v. 20, n. 2, p. 546-554.

SPINK, Mary J. **Linguagem e Produção de Sentidos no Cotidiano.** Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004(a).

\_\_\_\_\_ (Org.). **Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas.** 3. ed. São Paulo: Cortez, 2004(b).

TANAKA, Oswaldo Y.; MELO, Cristina (Orgs.). **Inovação e Gestão: a organização social no setor saúde.** São Paulo: Annablume/Fapesp, 2002.

THÉVENET, M. “La culture d’entreprise en neuf questions”. **Revue Française de Gestion,** v. 47-48, p. 17-20, 1984.

TRAVASSOS, Cláudia *et al.* “Desigualdades Geográficas e Sociais na Utilização de Serviços de Saúde no Brasil”. **Ciência & Saúde Coletiva,** 2000, v. 5, n. 1, p.133-149.

TRAVERSO-YÉPEZ, Martha; MORAIS, Normanda A. “Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento”. **Cadernos de Saúde Pública**, 2004, v. 20, n. 1, p. 80-88.

VAITSMAN, J. “Saúde, Cultura e Necessidades”. In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde Coletiva? Questionando a onipotência do social**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992, p. 157-173.

VIANA, A. L. D. “Abordagens Metodológicas em Políticas Públicas. **Revista de Administração Pública**, n. 30, n. 2., p. 5-43. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1996.

\_\_\_\_\_. “Enfoques Metodológicos em Políticas Públicas: novos referenciais para os estudos em políticas sociais”. In: CANESQUI, A. M. (Org.). **Ciências Sociais e Saúde**. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1997, p. 205-215.

VIANA, Rejane Vieira. **A Humanização no Atendimento: construindo uma nova cultura**. 2004. 118 p. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, 2004.

VÍCTORA, Ceres G.; KNAUT, Daniela R.; HASSEN, Maria N. A. **Pesquisa Qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial Ltda, 2000.

WALT, Gill. **Health Policy: an introduction to process and power**. Johannesburg, Witwatersrand University Press, London and New Jersey, Zed Books, 1994, second impression, 1996.

YIN, Robert K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

# Anexos

---



## ROTEIRO DE ENTREVISTAS

Tomei o cuidado de não conferir a essa forma de coletas de dados um caráter inquisitivo. As entrevistas foram tomadas como “conversas com finalidade” e minha “curiosidade científica” respondida a partir:

- 1) Do conhecimento dos gestores sobre a PNH;
- 2) Da sua percepção acerca da PNH como política pública de saúde;
- 3) Do seu protagonismo no processo de implementação desta política na instituição;
- 4) Da identificação de atividades, ações ou projetos “humanizadores” na Unidade; e
- 5) Do reconhecimento de aspectos facilitadores e obstaculizadores à implementação da PNH no HL.

Questionário de avaliação:  
Introdução  
Hospital da Lagoa – RJ - Clínica Médica

Este é o questionário aplicado no hospital na enfermaria de Clínica Médica, que ocupa o 5° andar inteiro e parte do 6° no HL. Optamos por usar a tarefa de responder o questionário para iniciar a roda de discussão da clínica médica, criando local e horário rotineiros que pudessem permanecer após o término dessa primeira tarefa.

As reuniões ocorreram semanalmente às 3<sup>as</sup> feiras de 10 e 30 às 11 e 15 na sala de aula da própria enfermaria, no 5° andar, a partir de 24 de maio de 2006. Sempre estavam presentes o chefe da Clínica Médica, Dr. Armando Palladino, o coordenador do GTH e da roda de discussão, Dr. Alcio Braz, demais componentes do GTH, residentes da clínica (2), auxiliares de enfermagem e enfermeiras. A diretora do HL, Dra. Roberli, a chefe da enfermagem do HL, Enfa. Silvana, o diretor administrativo, Dr. Luiz Carlos, e a diretora médica, Dra. Adriana, estiveram presentes em algumas reuniões. Também esteve presente desde o início a farmacêutica Marise Fagundes de Souza Lima, mestranda do IMS/UERJ, como observadora silenciosa do grupo (sua tese terá como tema a PNH e sua aplicação prática).

A Clínica Médica é composta de várias especialidades funcionando integradas: pneumologia, gastroenterologia, infectologia, oncologia, endocrinologia, reumatologia, dermatologia e hematologia. Existe uma enfermaria separada de Cardiologia no 7° andar, que não faz parte da Clínica Médica.

Existe um CTI e uma Unidade Coronariana, além de uma Unidade de Hemodiálise, no 7° e 8° andares, que dão suporte para a Enfermaria de Clínica. Também existe uma enfermaria de Cirurgia Geral (4° andar) e várias clínicas cirúrgicas isoladas (6° e 8° andares) – proctologia, cir. torácica, oftalmologia, ortopedia, ginecologia, mastologia, cir. plástica, cir. vascular, urologia, com cirurgias no Centro Cirúrgico (8°

e 9° andares) e alguns procedimentos no Hospital-Dia (3° andar). No 3° andar funcionam ainda a enfermaria de Pediatria e o CTI pediátrico.

As especialidades da clínica médica e das clínicas cirúrgicas têm atendimento ambulatorial na UPE, em prédio anexo (apesar de algumas clínicas realizarem alguns procedimentos diagnósticos e terapêuticos nos andares). Os procedimentos diagnósticos auxiliares são realizados em sua maioria no 2° andar (R-X, US, laboratório, hemodinâmica).

### Unidade de Internação – Clínica Médica

1. Qual a abrangência territorial da responsabilidade sanitária da Unidade de Clínica Médica da Internação?

|                           |   |
|---------------------------|---|
| (Distrito Sanitário)..... | 1 |
| (Municipal).....          | 2 |
| (Regional de Saúde)..     | 3 |
| (Estadual).....           | 4 |
| (Não sabe) .....          | 8 |
| (Não se aplica) .....     | 9 |

OBS: pop. atendida oriunda do distrito sanitário (AP 2.1) – aprox. 28%; aprox. 20% das demais AP's do município do Rio de Janeiro; 32% da Baixada Fluminense; e 20% dos demais municípios do estado do Rio de Janeiro.

2. Quantos leitos ficam sob responsabilidade de cada médico?.....De 5 a 6, dependendo de ocupação, já que há leitos compartilhados com outras clínicas. O total de leitos habitual é 66. (resposta em 24/05/06; em 25/07/06, 48 leitos + 6 extras no 6° andar e 8 fora de clínica, total 62)

3. Quantos leitos ficam sob responsabilidade de cada enfermeiro?.....De 12 a 24, dependendo do dia, já que há dias com menor quantitativo de pessoal.

4. Quantos leitos ficam sob responsabilidade de cada auxiliar de enfermagem?..  
.....De 4 a 5.

5. A forma de cuidado dos auxiliares de enfermagem se dá através de cuidado integral do paciente?  
(Não) 0 (Sim) 1

6. A forma de organização do trabalho na enfermaria conta com a formação de equipe multiprofissional que se responsabiliza pelo paciente ou cada profissional faz a sua parte desconectada dos demais?  
(Muito desconectada) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muito em equipe)



7. Os casos dos pacientes são discutidos na equipe?

(Não) 0 (Sim) 1

8. Existe formulação de projeto terapêutico para cada paciente?

(Não) 0 (Sim) 1

*OBS: A resposta adequada, segundo a equipe, seria um "mais ou menos", já que isso ocorre em graus variáveis, devido a alguns fatores, sendo os principais: falta de uma equipe funcionando realmente integrada e falta de porta de saída – normalmente os pacientes ficam retornando para a unidade.*

9. A equipe avalia/reavalia o andamento do projeto terapêutico?

(Não) 0 (Sim) 1

*OBS: mesma resposta que o anterior*

10. O Serviço/Clínica/Unidade de Produção promove reuniões clínicas periódicas, para discussão de casos e condutas, atualização clínica, padronização de condutas, elaboração de protocolos da unidade?

Não promove ..... 0

Promove em frequência inferior a 1 ao mês ..... 1

Promove mensalmente ..... 2

Promove quinzenalmente ..... 3

Promove semanalmente ..... 4

11. A equipe do hospital comunica à Equipe de Saúde da Família ou ao médico/enfermeiro de referência na Unidade Básica de Saúde e/ou outro serviço de referência (especialista de referência) a internação do paciente?

(Pouco utilizada) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muito utilizada)

*OBS.: as respostas de 11 a 15 foram prejudicadas porque normalmente os pacientes vêm referenciados para a clínica médica do HL de ambulatórios ou hospitais de menor complexidade e se tornam pacientes do HL; além disso, no município do Rio praticamente não há PSF.*

12. A equipe do hospital discute o Projeto Terapêutico do paciente com sua Equipe de Saúde da Família ou com o médico/enfermeiro de referência na Unidade Básica de Saúde e/ou outro serviço de referência (especialista de referência) durante a internação?

(Pouco discutida) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muito discutida)

13. A equipe do hospital referencia seus pacientes no momento da alta para a Equipe de Saúde da Família ou para o médico/enfermeiro de referência na Unidade Básica de Saúde e/ou outro serviço de referência (especialista de referência)?

(Pouco referenciada) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muito referenciada)

14. A equipe do hospital comunica a Equipe de Saúde da Família ou para o médico/enfermeiro de referência na Unidade Básica de Saúde e/ou outro serviço de referência (especialista de referência) a alta do paciente?

(Pouco utilizada) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muito utilizada)

15. A equipe do hospital discute o Projeto Terapêutico do paciente com sua Equipe de Saúde da Família ou para o médico/enfermeiro de referência na Unidade Básica de Saúde e/ou outro serviço de referência (especialista de referência) no momento da alta?  
 (Pouco discutida) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muito discutida)

Nas questões 16 a 21, você vai passar uma visão geral do relacionamento de sua unidade com as especialidades (em seguida, você poderá responder essas mesmas perguntas, de acordo com as especialidades específicas):

16. Quanto à forma de solicitação de interconsulta, como se dá o relacionamento da equipe com os especialistas?  
 (Muito burocrática) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muito comunicativa)

OBS.: varia de acordo com especialidades, essa seria uma média

17. Quanto ao tempo despendido da solicitação à realização da interconsulta?  
 (Muito demorado) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muito rápido)

OBS.: idem

18. Quanto à interação positiva (educação e qualidade relacional) do especialista no contato com o paciente?  
 (Pouca interação) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muita interação)

OBS.: idem

19. Quanto à qualidade técnica (resposta satisfatória e confiável à dúvida) da interconsulta?  
 (Pouca qualidade) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muita qualidade)

OBS.: confiabilidade como excelência técnica: nota 8

Satisfação quanto a uma resposta resolutiva: 3

20. Quanto ao retorno dos achados da interconsulta à equipe?  
 (Muito burocrático) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muito comunicativo)

OBS.: média, variável conforme especialidade

21. Quanto à interação positiva do especialista no contato com a equipe de referência do paciente?  
 (Pouca interação) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muita interação)

OBS.: média, variável conforme especialidade

22. Responda agora às mesmas perguntas, só que de forma particularizada para sua interação com cada especialidade:

| Especialidade | Questão 16 | Questão 17 | Questão 18 | Questão 19 | Questão 20 | Questão 21 |
|---------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Neurologia    | 5          | 9          | 3          | 6          | 5          | 8          |
| Urologia      | 5          | 3          | 3          | 6          | 5          | 6          |
| Ortopedia     | 5          | 6          | 3          | 6          | 5          | 6          |
| Ginecologia   | 5          | 6          | 3          | 6          | 5          | 6          |

|                   |   |   |   |   |   |   |
|-------------------|---|---|---|---|---|---|
| Cirurgia Geral    | 5 | 6 | 3 | 6 | 5 | 6 |
| Proctologia       | 5 | 8 | 8 | 6 | 5 | 8 |
| Psiquiatria       | 5 | 6 | 3 | 6 | 5 | 6 |
| Cirurgia Vascular | 5 | 6 | 3 | 6 | 5 | 6 |
| Cirurgia Torácica | 5 | 9 | 9 | 6 | 5 | 8 |
|                   |   |   |   |   |   |   |
|                   |   |   |   |   |   |   |
|                   |   |   |   |   |   |   |
| Total             |   |   |   |   |   |   |

23. Qual a capacidade da equipe de referência do paciente de superar a fragmentação da atenção quando o paciente está submetido à interconsultas com várias especialidades?

(Pouca capacidade) 1 2 3 4 **5** 6 7 8 9 10 (Muita capacidade)

24. A Unidade possui profissionais com conhecimento em Homeopatia e utilizando práticas alternativas em conjunto com as práticas alopáticas?

(**Não**) 0 (Sim) 1

25. A Unidade possui profissionais com conhecimento em Fitoterapia e utilizando práticas alternativas em conjunto com as práticas alopáticas?

(**Não**) 0 (Sim) 1

26. A Unidade possui profissionais com conhecimento em Medicina Chinesa/Acupuntura e utilizando práticas alternativas em conjunto com as práticas alopáticas?

(**Não**) 0 (Sim) 1

OBS.: existem profissionais habilitados mas não a utilização das práticas

27. É permitida a permanência de acompanhante do paciente na enfermaria, 24 horas ao dia?

(Não) 0 (**Sim**) 1

28. No caso de resposta positiva, em que circunstâncias? Descrever livremente.

*Atualmente: para maiores de 60 anos, menores de 60 portadores de necessidades especiais (físicas, psíquicas) ou menores de 18 excepcionalmente internados. Quem determina as exceções normalmente é o médico responsável pelo leito, com possibilidade de outros membros da equipe sugerirem. Está em curso discussão sobre extensão para todos os pacientes, já que a maioria dos pacientes hoje em dia já tem acompanhante por se enquadrar em alguma das condições.*

29. Existe disponibilidade de condições mínimas de acomodação para os acompanhantes (cadeira reclinável)?

(Não) 0 (**Sim**) 1

30. Existe disponibilidade de banheiros com chuveiro para banho dos acompanhantes?

(Não) 0 (**Sim**) 1

OBS. : é o mesmo dos pacientes, são 2 leitos por enfermaria

31. São oferecidas refeições aos acompanhantes?

(Não) 0 (Sim) 1

OBS. : quando estão fora das condições habituais citadas na resposta 28, é necessária avaliação do serviço social com pedido subscrito do médico responsável. Está em estudo proposta para instalação de restaurante à quilo a preço compatível com a realidade sócio - econômica dos usuários a fim de que os acompanhantes não incluídos nas categorias citadas possam se alimentar no hospital

32. É permitida a entrada de visitantes durante todo o dia?

(Não) 0 (Sim) 1

OBS. : o horário atual é das 14 às 17 horas, podendo haver concessões em casos excepcionais. Está em curso discussão sobre extensão para 12 às 18 proximamente (o horário atual entrou em vigor em 17/12/2005, até então era uma hora por dia), tendo sido realizada oficina com 40 funcionários de várias áreas em 27 e 28/06/06, resultando em vários desdobramentos em várias categorias e setores

33. Quantas horas semanais de visita são permitidas?.....21 horas.....

34. Quantos visitantes por vez são permitidos?.....2, com revezamento livre durante o horário

35. Quanto à interação positiva da equipe com os familiares ou acompanhantes, no sentido de fornecer informações adequadas do estado de saúde do paciente?

(Pouca interação) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muita interação)

OBS. : há relato de problemas nos horários de visita, com visitantes que buscam informações que a equipe dá para pacientes e acompanhantes

36. Quanto à utilização de orientações adequadas de controle de infecções hospitalares (lavagem das mãos, cuidados de manipulação dos pacientes, não tocar em outros pacientes, não visitar com doenças infecto-contagiosas) aos familiares, visitas e acompanhantes?

(Pouca utilização) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muita utilização)

37. A unidade realiza atividades de educação em saúde, de forma a facilitar que os pacientes e seus familiares se integrem em ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde (grupos, palestras, impressos, fitas de vídeo enquanto na espera, outros)?

(Não) 0 (Sim) 1

OBS. : raras iniciativas isoladas, sem continuidade

38. A unidade realiza atividades de educação dos pacientes e seus familiares para auto-cuidado (manipulação de sondas e catéteres, cuidados com as feridas e troca de curativos, tomada adequada de medicamentos, outras)?

(Não) 0 (Sim) 1

39. Quanto à disponibilidade de assistência psicológica aos familiares ou acompanhantes do paciente?

(Pouca disponibilidade) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muita disponibilidade)

OBS. : falta pessoal para tal assistência

40. Quanto à disponibilidade de assistência psicológica aos pacientes?

(Pouca disponibilidade) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muita disponibilidade)

OBS. : falta pessoal para tal assistência

41. A unidade disponibiliza local para guarda de pertences dos pacientes internados?

- (Não) 0 (Sim) 1
42. Em relação à unidade possuir condições mínimas necessárias para respeito à privacidade dos pacientes?  
(Pouca privacidade) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muita privacidade)  
*OBS. : são 2 leitos por enfermaria, eventualmente há problemas por uso de TV ou rádio, usam-se biombos quando necessário.*
43. A equipe possui um Projeto ou Plano de Trabalho, com objetivos, metas e indicadores avaliados?  
(Não) 0 (Sim) 1
44. A equipe dispõe de dados confiáveis de gestão e epidemiologia hospitalar (entradas, saídas, média de permanência, taxa de ocupação, indicadores de infecção hospitalar, utilização de exames, procedimentos realizados, cirurgias, partos etc)?  
(Não) 0 (Sim) 1  
*OBS. : existe Núcleo de Epidemiologia no HL e a CCIH também registra alguns dados, mas os dados necessários ou não são registrados ou não são disponibilizados de forma que a CM possa usá-los como instrumento de gestão*
45. Existe utilização de sistema ou score de predição e ajuste de taxa de mortalidade?  
(Não) 0 (Sim) 1
46. Existe utilização de sistema ou score de predição e ajuste de taxa de infecção?  
(Não) 0 (Sim) 1
47. Em relação às condições de lavagem das mãos pela equipe (pias, sabão e toalheiros com papel-toalha)?  
(Inadequadas) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Adequadas)  
*OBS. : ressalvas quanto à adequação do uso*
48. Em relação à disponibilidade de almotolias de álcool glicerinado para antisepsia das mãos pela equipe?  
(Pouco disponíveis) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muito disponíveis)
49. Em relação à adequação da área física das enfermarias da unidade?  
(Pouco adequada) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muito adequada)
50. Em relação à adequação das condições de limpeza da unidade?  
(Pouco adequada) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muito adequada)
51. A unidade conta com recursos para possibilitar atendimento em inaloterapia e oxigenioterapia para todos os pacientes internados?  
(Não) 0 (Sim) 1
52. A unidade conta com recursos materiais e equipamentos básicos para manejo de emergência e parada cardio-respiratória?  
(Não) 0 (Sim) 1
53. A unidade conta com monitor cardíaco e cardioversor para manejo de emergência e parada cardio-respiratória?

(Não) 0 (Sim) 1

54. Os banheiros das enfermarias permitem a entrada de cadeiras de banho ou de rodas?

(Não) 0 (Sim) 1

55. Os leitos contam com sistema de alarme para que os pacientes possam chamar a equipe de enfermagem?

(Não) 0 (Sim) 1

56. Descreva os recursos humanos disponíveis na Unidade.

| Recursos humanos  | Número de profissionais | Carga horária total    |
|---|-------------------------|------------------------|
| Enfermeiros   | 27                      | 30h/semana /enfermeiro |
| Auxiliares de Enfermagem  | 81                      | 30h/semana /enfermeiro |
| Médicos (staff) (cargas horárias individuais variam de 20 a 40 horas) | 13                      | 372h/semana/grupo      |
| Médicos (plantão para todo o hospital, mas lotados na clínica médica) |                         |                        |
| Residentes (médicos)  |                         |                        |
| Copa (terceirizada)   |                         |                        |
| Limpeza (terceirizada)  |                         |                        |
| Secretaria  |                         |                        |

57. Em relação à realização de capacitações dos profissionais da Unidade?

(Pouco realizados) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muito realizados)

58. Cite os cursos ou capacitações realizados para os profissionais da Unidade nos últimos 12 meses.

| Cursos ou Capacitações realizadas nos últimos 12 meses para os profissionais da Unidade | Número de alunos | Carga horária |
|---|------------------|---------------|
| Curso de Antibiótico - Terapia (para médicos) (anual)                                   | 30               | 2h/sem        |
| Discussão de Temas de Doenças Infecciosas (p médicos)                                   | 35               | 1h/sem        |
| Reanimação Cardio – respiratória (anual – 10 aulas) (p médicos)                         | 30               | 1h/sem        |

|   |    |        |
|---|----|--------|
| Clube Revista (discussão de temas da clínica médica) (p médicos)          | 30 | 1h/sem |
| Benchmarking de Enfermagem do HL  | 10 | 10h    |
| Treinamento sobre parada cardíaco – respiratória (enf)                    | 3  | 1h     |
| Palestra de curativos (enf)   | 17 | 2h     |
| Curso intensivo preparatório para concurso (enf)                          | 22 | 54h    |
| Curso de atualização em prevenção e controle de infecção hospitalar (enf) | 9  | 2h     |
| Treinamento de manuseio de cardioversor (enf)                             | 40 | 30'    |
| Curso de PICC (enf)   | 3  | 16h    |
| Palestra sobre Edema Agudo de Pulmão (enf)                                | 1  | 1h     |
| Treinamento sobre Registro de Enfermagem (enf)                            | 2  | 1h     |
| Palestra de Humanização – Abordagem diante da Morte (enf)                 | 4  | 1h     |
| Treinamento sobre bomba infusora (enf)                                    | 6  | 30'    |
| Curso de Preceptoría  | 2  | 8h     |
| Treinamento e Atualização em Rouparia Hospitalar (enf)                    | 2  | 40'    |
| Palestra sobre uso correto da Bota de HUNNA (enf)                         | 2  | 2h     |

59. Quanto à adequação do local de descanso noturno dos plantonistas?  
(Pouco adequados) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muito adequados)

60. Descrever os equipamentos disponíveis na Unidade para realização dos atendimentos:

| Equipamento                      | Quantidade | Estado de conservação (1 a 10) | Estado de modernização (1 a 10) |
|----------------------------------|------------|--------------------------------|---------------------------------|
| Aspiradores portáteis            | 3          | 7                              | 7                               |
| Bomba de infusão de medicamentos | 16         | 8                              | 8                               |
| Carrinho de emergência           | 2          | 8                              | 8                               |

|  |                  |    |    |
|--|------------------|----|----|
| Desfibrilador  | 1                | 7  | 5  |
| Eletrocardiógrafo  | 1                | 6  | 7  |
| Esfigmomanômetro adulto  | 7                | 4  | 7  |
| Fontes de ar comprimido  | 48               | 9  | 9  |
| Fontes de aspiração de parede (vácuo)                              | 48               | 9  | 9  |
| Fontes de oxigênio   | 48               | 9  | 9  |
| Lâminas orotraqueais diversos tamanhos                             | 12               | 7  |    |
| Laringoscópio de adulto  | 2                | 8  | 8  |
| Monitor de ECG   | 2                | 10 | 10 |
| Oxímetro de pulso  | 2                | 8  | 8  |
| Raio X portátil  | 1                | 8  | 8  |
| Respirador adulto volumétrico                                      | 4                | 8  | 8  |
| Tubos orotraqueais diversos tamanhos (7,0 – 7,5 – 8,0 – 8,5 – 9,0) | 6 a 7 por número | 10 | 10 |

61. Descreva os dados pedidos nas tabelas abaixo, relativos aos últimos 12 meses:

| Mês       | Média de permanência | Taxa de ocupação | Taxa de mortalidade | Leitos disponíveis | Leito-dia | Paciente-dia | Admissões   |                         |                         |       |
|-----------|----------------------|------------------|---------------------|--------------------|-----------|--------------|-------------|-------------------------|-------------------------|-------|
|           |                      |                  |                     |                    |           |              | Internações | Transferências internas | Transferências externas | Total |
| Julho     | 25,00                | 100,00           | 23,19               | 1500               | 48,39     | 1725         | 59          | 4                       | -                       | 63    |
| Agosto    | 17,81                | 97,33            | 16,67               | 1483               | 49,43     | 1496         | 78          | 6                       | -                       | 84    |
| Setembro  | 19,78                | 100,00           | 28,05               | 1434               | 46,26     | 1622         | 8           | 5                       | -                       | 13    |
| Outubro   | 20,04                | 99,70            | 28,05               | 1477               | 49,23     | 1643         | 85          | 2                       | -                       | 87    |
| Novembro  | 18,00                | 95,40            | 16,48               | 1653               | 53,32     | 1638         | 86          | 1                       | -                       | 87    |
| Dezembro  | 12,71                | 73,84            | 18,26               | 1966               | 65,53     | 1462         | 85          | 2                       | -                       | 87    |
| Janeiro   | 21,33                | 75,37            | 23,61               | 2038               | 65,74     | 1536         | 107         | 0                       | -                       | 107   |
| Fevereiro | 16,78                | 89,54            | 18,00               | 1853               | 66,18     | 1678         | 86          | 2                       | -                       | 88    |
| Março     | 16,02                | 91,31            | 27,50               | 2092               | 67,48     | 1922         | 131         | 6                       | -                       | 137   |
| Abril     | 18,55                | 92,24            | 13,00               | 2002               | 66,73     | 1855         | 92          | 3                       | -                       | 95    |





|       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Total |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| Mês   | Pacientes com IH | IH por MARSAs | IH por Gram negativos MDR | Óbitos por IH | Respirador-dia | Cateter venoso central-dia | Sonda vesical-dia | Nutrição parenteral-dia |  |  |
|-------|------------------|---------------|---------------------------|---------------|----------------|----------------------------|-------------------|-------------------------|--|--|
|       |                  |               |                           |               |                |                            |                   |                         |  |  |
|       |                  |               |                           |               |                |                            |                   |                         |  |  |
|       |                  |               |                           |               |                |                            |                   |                         |  |  |
|       |                  |               |                           |               |                |                            |                   |                         |  |  |
|       |                  |               |                           |               |                |                            |                   |                         |  |  |
|       |                  |               |                           |               |                |                            |                   |                         |  |  |
|       |                  |               |                           |               |                |                            |                   |                         |  |  |
|       |                  |               |                           |               |                |                            |                   |                         |  |  |
|       |                  |               |                           |               |                |                            |                   |                         |  |  |
|       |                  |               |                           |               |                |                            |                   |                         |  |  |
|       |                  |               |                           |               |                |                            |                   |                         |  |  |
|       |                  |               |                           |               |                |                            |                   |                         |  |  |
| Total |                  |               |                           |               |                |                            |                   |                         |  |  |

63. Quanto aos custos de manutenção mensal da unidade, que nível de relevância e cuidado é dado pela equipe a este aspecto?

(Pouca relevância) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muita relevância)

OBS. : a unidade não tem orçamento próprio nem planilhas e outros controles financeiros

64. A equipe realiza controle de sua planilha de custos, distribuídos pelos diversos itens (recursos humanos, medicamentos, insumos, exames laboratoriais e de imagem, desgaste de equipamentos, tarifas de telefone, luz, outros) mensalmente?

(Pouco controle) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muito controle)

OBS. : a unidade não tem orçamento próprio nem planilhas e outros controles financeiros

65. Existe pactuação entre a unidade e a gestão do hospital de teto financeiro para a unidade?

(Não) 0 (Sim) 1

66. Em caso positivo, a equipe tem conseguido se manter dentro do teto financeiro pactuado?  
(Pouco êxito) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muito êxito)

Colegiado Gestor da Unidade

67. Existe instância de gestão colegiada na unidade (Colegiado Gestor das Unidade)?  
(Não) 0 (Sim) 1

Se a resposta anterior for negativa, não responder às próximas perguntas.

68. Descrever como são definidas as vagas para assento no Colegiado Gestor da Unidade. (redigir livremente)

---

69. Qual a freqüência de reuniões deste colegiado?

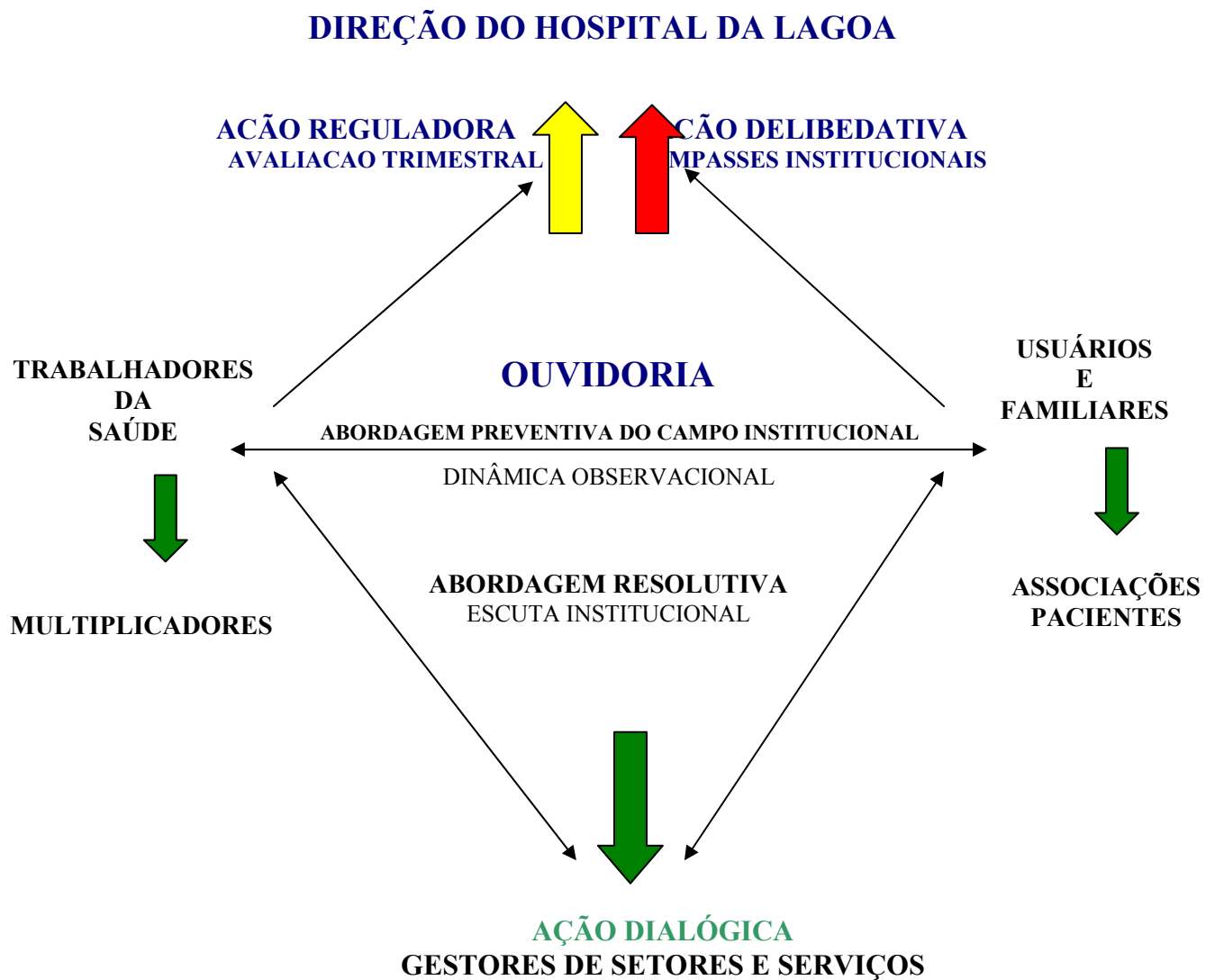
Freqüência inferior a mensal ..... 1  
Mensal ..... 2  
Quinzenal ..... 3  
Semanal ..... 4

70. Todos os participantes do Colegiado Gestor da Unidade tem possibilidade de interferir na definição da pauta das reuniões deste colegiado?  
(Pouca possibilidade) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muita possibilidade)

71. O Colegiado Gestor da Unidade possui um núcleo ou secretaria executiva responsável por tocar a gerência da unidade e dividir com o Gerente da unidade a responsabilidade gerencial?  
(Não) 0 (Sim) 1

Responsável pelo registro das respostas ao questionário : Dr. Alcio Braz, coordenador do GTH/HL.

DIAGRAMA DE FUNCIONAMENTO DA OUVIDORIA DO HOSPITAL DA LAGOA



# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)