



**Universidade Federal do Rio de Janeiro  
Centro de Filosofia e Ciências Humanas  
Escola de Serviço Social  
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social**

**Valéria dos Santos Noronha Miranda**

**A CONEXÃO DA GESTÃO COM A POLÍTICA NACIONAL DE  
HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DESENVOLVIDA NO  
HOSPITAL MUNICIPAL ODILON BEHRENS/BELO HORIZONTE-MG.**

**RIO DE JANEIRO  
2009**

# **Livros Grátis**

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

Milhares de livros grátis para download.



**Universidade Federal do Rio de Janeiro  
Centro de Filosofia e Ciências Humanas  
Escola de Serviço Social  
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social**

**Valéria dos Santos Noronha Miranda**

**A CONEXÃO DA GESTÃO COM A POLÍTICA NACIONAL DE  
HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DESENVOLVIDA NO  
HOSPITAL MUNICIPAL ODILON BEHRENS/ BELO HORIZONTE-MG.**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da ESS/UFRJ como requisito parcial para obtenção de título de Doutor em Serviço Social.

Orientador: Prof. Dr. Erimaldo Matias Nicácio

**RIO DE JANEIRO**



**Universidade Federal do Rio de Janeiro  
Centro de Filosofia e Ciências Humanas  
Escola de Serviço Social  
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social**

**Valéria dos Santos Noronha Miranda**

**A CONEXÃO DA GESTÃO COM A POLÍTICA NACIONAL DE  
HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DESENVOLVIDA NO  
HOSPITAL MUNICIPAL ODILON BEHRENS/ BELO HORIZONTE-MG.**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da ESS/UFRJ como requisito parcial para obtenção de título de Doutor em Serviço Social. Aprovada pela Banca abaixo indicada:

---

Prof. Dr Erimaldo Matias Nicácio  
Orientador

---

Prof. Dr. Eduardo Mourão Vasconcelos

---

Profa. Dra. Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato

---

Profa. Dra. Ludmila Fontenele Cavalcanti

---

Profa. Dra. Mônica de Castro Maia Senna

**RIO DE JANEIRO**

M672 Miranda, Valéria dos Santos Noronha

A conexão da gestão com a política nacional de humanização da saúde: a experiência desenvolvida no Hospital Municipal Odilon Behrens/Belo Horizonte-MG / Valéria dos Santos Noronha Miranda.- Rio de Janeiro: UFRJ, 2009.  
380 f.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Serviço Social / Programa de Pós-graduação em Serviço Social, 2009.

Orientador: Erimaldo Matias Nicácio

1. Hospitais públicos – Humanização. 2. Hospital Odilon Behrens – Belo Horizonte (MG). 2. Políticas de saúde. 3. Gestão. 4. Saúde. 5. Serviço social - Teses. I. Nicácio, Erimaldo Matias . II. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Serviço Social. III. Título.

CDD 362.11

Mais feliz, quem sabe,  
Eu só levo a certeza  
De que muito pouco sei,  
Ou nada sei  
Conhecer as manhas  
E as manhãs  
O sabor das massas  
E das maçãs  
É preciso amor  
Pra poder pulsar  
É preciso paz pra poder sorrir  
É preciso chuva para florir  
Penso que cumprir a vida seja  
Simplesmente  
Compreender a marcha e ir  
Tocando em frente  
Como um velho boiadeiro  
Levando a boiada  
Eu vou tocando os dias pela  
Longa estrada, eu sou  
Estrada eu vou  
Todo mundo ama um dia,  
Todo mundo chora  
Um dia a gente chega  
E no outro vai embora  
Cada um de nós compõe  
A sua própria história  
E cada ser em si  
Carrega o dom de ser capaz  
De ser feliz  
Tocando em frente

(Almir Sater/Renato Teixeira)

## DEDICATÓRIA

À Izabel Noronha (*In Memoriam*)

**Inspiração e força.**

## **AGRADECIMENTOS**

*À Deus – pois quando a sabedoria se alia ao conhecimento somos vitoriosos na vida!*

*Meus “amigos especiais” - fonte de luz e de verdade.*

*Minha família, pelo amor e apoio que sempre recebo em todos os momentos da minha existência.*

*Meu companheiro, Marcelo Miranda, sempre ao meu lado, amor permanente.*

*Aos amigos Robson Roberto da Silva, Cleier Marconsin, Simone Eliza, Valéria Bicudo, Áurea Cristina Dias, Ana Garcia, Bruno José, Charles Toniolo, Márcio Eduardo Brotto, Lobélia Faceira, Elizete Alvarenga, Tatiana Fonseca, Sheila Silva, Madhurii pelas conversas informais e pelas trocas estabelecidas sobre a profissão de Serviço Social e particularmente em relação à saúde pública no Brasil.*

*Aos novos amigos que fiz nesta caminhada acadêmica: Heleni Ávila, Josiley Raphael, Jucileide Nascimento, Lucimara Benatti e Marina Silva.*

*Ao Programa de Estudos sobre a Esfera Pública-PEEP sob a coordenação da profa Sônia Fleury - exemplo de profissionalismo.*

*Aos docentes da Escola de Serviço Social da UFRJ- Programa de Pós-Graduação, em especial à Profa Yolanda Guerra, Profa Suely Almeida (in memorian), Prof. José Paulo Netto e Prof. José María Gomez.*

*Ao Prof. Orientador, Erimaldo Matias Nicácio, pela sua dedicação, apoio, pontualidade e pelo vínculo acadêmico que consolidamos para a construção deste processo de ensino e aprendizagem.*



**Aos professores da banca examinadora:** Eduardo Mourão Vasconcelos, Lenaura Lobato, Ludmila Fontenele, Mônica Senna, Tatiana Rangel e José Augusto pelas orientações e sugestões de enorme relevância para o meu crescimento intelectual e profissional, além da disponibilidade para participarem deste processo.

**Ao Curso de Serviço Social da UFRB-** Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, coordenação e demais colegas do corpo docente.

**Aos gestores do Hospital Municipal Odilon Behrens** que participaram das entrevistas realizadas no decorrer da pesquisa de campo sendo fundamentais para a elaboração desta tese.

**À Sônia Moreira Lobato** pelo trabalho cuidadoso dedicado às transcrições do material coletado na pesquisa de campo.

**Aos funcionários da Escola de Serviço Social-** Secretaria de Pós-Graduação: Fábio Marinho, Luíza Pessoa e Sérgio Gomes pela gentileza e pela pronta disponibilidade nos atendimentos.

**Aos discentes** da UNIGRANRIO.

**Aos discentes** da UFRB.

**Enfim, agradeço a todos que não foram mencionados, mas que fizeram parte do meu caminho.**

## RESUMO

O objetivo deste trabalho é descrever e analisar as condições políticas e organizacionais que possibilitaram as mudanças feitas a partir da PNH no âmbito do Hospital Odilon Behrens situado no Município de Belo Horizonte em Minas Gerais.

Este hospital possui a PNH implantada desde 2003 respeitando os seus princípios, diretrizes e o conjunto de dispositivos institucionais para a operacionalização da política. O presente estudo procurou contextualizar a PNH no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, identificando os seus elementos históricos, os avanços e desafios contidos nas suas proposições.

Ainda, busca-se aprofundar a discussão em torno dos dispositivos institucionais apresentados pela PNH. Além disso, o trabalho procurou examinar a conexão da gestão com a política, especialmente introduzindo um debate acerca da gestão hospitalar, de suas inovações e de sua relação com a (re)organização dos processos de trabalho em saúde.

Por essas razões, a pesquisa pretendeu conhecer através de uma pesquisa documental e entrevistas semi-estruturadas realizadas com os formuladores da política e com os gestores do hospital, as possibilidades e limites no processo de implantação e continuidade da política em uma unidade hospitalar. Os principais resultados dessa pesquisa apontaram que existe uma relação intrínseca e dinâmica entre gestão e a PNH. A gestão participativa favorece a incorporação da política mais facilmente em um hospital que já tenha essa cultura. Em contrapartida, a PNH produz mudanças concretas nos mecanismos de gestão de um hospital, conseqüentemente, modificando as práticas de atenção.

**Palavras-chave:** gestão, Política Nacional de Humanização, saúde, Município de Belo Horizonte, hospital público.

## ABSTRACT

The aim of this study is to describe and analyze the organizational and political conditions that allowed the changes made with the PNH in Hospital Odilon Behrens situated in the city of the Belo Horizonte, Minas Gerais.

The hospital has established the PNH since 2003, respecting its principles, guidelines and a set of institutional rules in order to operate the policy. This study aimed to contextualize the PNH under the Unified Health System-SUS, identifying its historic elements, advances and challenges contained in its proposals. It also try to intensify the discussion about the institutional mechanisms submitted by the PNH.

Besides, the study aimed to examine the connection with the administration policy, especially by introducing a debate on the hospital administration, its innovations and its relationship with the (re)organization of work process in health.

For these reasons, the study aimed to know, through a documental research and semi-structured interviews realized with policy makers and the managers of the hospital, the possibilities and limits in the implementation and policy continuity in a hospital. The main results of this research indicated that there is an intrinsic and dynamic relationship between administration and the PNH. The participative administration allows a policy incorporation more easily in a hospital that has already presented this culture. In contrast, the PNH produces concrete changes in a hospital administration mechanisms, therefore, it changes the care practices.

**Key-words:** administration, Humanization National Policy, health, city of the Belo Horizonte, public hospital.

## SUMÁRIO

|                                                                                                                                                                               |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>INTRODUÇÃO.....</b>                                                                                                                                                        | <b>1</b>   |
| <b>CAPÍTULO I - O Sistema Único de Saúde: Antecedentes Históricos e Configurações Atuais.....</b>                                                                             | <b>12</b>  |
| 1.1 - O Nascimento do CEBES- Centro Brasileiro de Estudos de Saúde.....                                                                                                       | 14         |
| 1.2 - As Ações Integradas de Saúde (AIS).....                                                                                                                                 | 18         |
| 1.3 - A 8ª Conferência Nacional de Saúde.....                                                                                                                                 | 28         |
| 1.4 - A Importância da Reforma Sanitária no Brasil: Um Marco no Setor Saúde.....                                                                                              | 38         |
| 1.5 - Dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) ao Sistema Único de Saúde (SUS).....                                                                         | 45         |
| 1.6 - O SUS: Perspectivas e Desafios na Atualidade .....                                                                                                                      | 64         |
| <b>CAPÍTULO II - O Sistema Único de Saúde e a Construção da Política Nacional de Humanização: Um Desafio para o Fortalecimento dos Princípios da Reforma Sanitária? .....</b> | <b>70</b>  |
| 2.1 - As Origens da Humanização: Antecedentes Históricos.....                                                                                                                 | 73         |
| 2.2 - O Programa Nacional da Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH).....                                                                                               | 77         |
| 2.3 - A Política Nacional de Humanização da Saúde.....                                                                                                                        | 82         |
| 2.3.1 - O Desenho da Política.....                                                                                                                                            | 93         |
| 2.3.2 - Diretrizes da PNH.....                                                                                                                                                | 101        |
| 2.3.2.1 - Clínica Ampliada.....                                                                                                                                               | 103        |
| 2.3.2.2 - Co-Gestão.....                                                                                                                                                      | 106        |
| 2.3.2.3 - Acolhimento.....                                                                                                                                                    | 108        |
| 2.3.2.4 - Valorização do trabalho e do trabalhador.....                                                                                                                       | 111        |
| 2.3.2.5 - Defesa dos Direitos do Usuário.....                                                                                                                                 | 113        |
| 2.3.2.6 - Ambiência.....                                                                                                                                                      | 118        |
| 2.3.2.7 - Fomento das grupidades, coletivos e redes.....                                                                                                                      | 120        |
| <b>CAPÍTULO III - Os Dispositivos Institucionais da PNH.....</b>                                                                                                              | <b>122</b> |
| 3.1 - Acolhimento com Classificação de Risco.....                                                                                                                             | 124        |
| 3.2 - Equipes de Referência e de Apoio Matricial.....                                                                                                                         | 133        |
| 3.3 - Projeto Terapêutico Singular- PTS.....                                                                                                                                  | 138        |
| 3.4 - Projetos de Construção Coletiva da Ambiência.....                                                                                                                       | 142        |
| 3.5 - Colegiados de Gestão.....                                                                                                                                               | 146        |
| 3.6 - Contratos de Gestão.....                                                                                                                                                | 152        |

|                                                                                                                                                                   |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 3.7 - Sistemas de Escuta Qualificada para Usuários e Trabalhadores da Saúde: Gerência de “Porta Aberta”, Ouvidorias, Grupos Focais e Pesquisas de Satisfação..... | 159        |
| 3.8 - Projeto “Acolhendo os Familiares/Rede Social Participante”: Visita Aberta, Direito de Acompanhante e Envolvimento no Projeto Terapêutico.                   | 171        |
| 3.9 - Programa de Formação em Saúde e Trabalho- PFST e Comunidade Ampliada de Pesquisa- CAP.....                                                                  | 175        |
| 3.10 - Grupo de Trabalho de Humanização- GTH.....                                                                                                                 | 180        |
| <b>CAPÍTULO IV - Gestão e Humanização: Uma Articulação Possível para os Hospitais? .....</b>                                                                      | <b>185</b> |
| 4.1 - Gestão Hospitalar: Conceitos e Características.....                                                                                                         | 186        |
| 4.2 - Reflexões sobre os Modelos de Gestão nos Hospitais Brasileiros.....                                                                                         | 204        |
| 4.3 - A Gestão segundo a PNH: Uma Aposta na Construção de Espaços Coletivos e a Co-Gestão.....                                                                    | 221        |
| 4.4 - Gestão na sua Dimensão Participativa: Um Novo Modo de Organizar o Processo de Trabalho nos Hospitais Públicos .....                                         | 230        |
| <b>CAPÍTULO V - A Pesquisa de Campo: Análise da Experiência Desenvolvida no Hospital Municipal Odilon Behrens/MG .....</b>                                        | <b>251</b> |
| 5.1- Metodologia.....                                                                                                                                             | 252        |
| 5.1.1 - O Trabalho de Campo.....                                                                                                                                  | 257        |
| 5.2 - Principais Resultados.....                                                                                                                                  | 260        |
| 5.2.1 - A Visão dos Formuladores sobre o Processo de Implantação e Desenvolvimento da PNH no Sistema de Saúde Brasileiro.....                                     | 260        |
| 5.2.2 - A Experiência Desenvolvida no Hospital Municipal Odilon Behrens-HOB/Minas Gerais.....                                                                     | 280        |
| 5.2.3.1 - O Contexto de Implantação da PNH na Unidade Hospitalar. .                                                                                               | 288        |
| 5.2.3.2 - Os Dispositivos Institucionais da PNH existentes no Hospital                                                                                            | 300        |
| 5.2.3.3 - A Percepção dos Gestores sobre a PNH.....                                                                                                               | 324        |
| 5.2.3.4 - As Mudanças nos Mecanismos de Gestão do Hospital a partir da PNH.....                                                                                   | 332        |
| 5.2.3.5 - Novas Formas de Organização do Processo de Trabalho no Interior do Hospital a partir da PNH.....                                                        | 344        |
| <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>                                                                                                                                  | <b>352</b> |
| <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>                                                                                                                            | <b>362</b> |
| <b>ANEXOS.....</b>                                                                                                                                                | <b>381</b> |
| .....                                                                                                                                                             | <b>381</b> |

## **LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS**

|                                                                                                                                  |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>Figura 1- Áreas de Pronto Socorro (atenção por nível de gravidade e acolhimento com classificação de risco.....</b>           | <b>130</b> |
| <b>Exemplo: Figura 1- Áreas de Pronto Socorro (atenção por nível de gravidade e acolhimento com classificação de risco .....</b> | <b>130</b> |
| <b>Figura 2 - Nova geometria para instituições democratizadas.....</b>                                                           | <b>224</b> |
| <b>Gráfico 1- Percentual Geral de Satisfação.....</b>                                                                            | <b>310</b> |
| <b>Gráfico 2- Avaliação dos Visitantes e Usuários Internados.....</b>                                                            | <b>311</b> |
| <b>Gráfico 3- Avaliação dos trabalhadores das Unidades de Internação e Portarias.....</b>                                        | <b>311</b> |

## **LISTA DE QUADROS**

|                                                                                                                                                                                                                                |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>Quadro 1- Síntese dos Principais Princípios e Diretrizes do SUS.....</b>                                                                                                                                                    | <b>50</b>  |
| <b>Quadro 2- Competências dos Municípios, Estados e União.....</b>                                                                                                                                                             | <b>53</b>  |
| <b>Quadro 3- Elementos constitutivos da regulação do processo de descentralização no SUS- formas de financiamento federal de ações e serviços descentralizados do SUS, modelos de atenção à saúde e acordo federativo.....</b> | <b>57</b>  |
| <b>Quadro 4- Cinco estágios do ciclo da política e sua relação com a aplicação do modelo de solução do problema.....</b>                                                                                                       | <b>97</b>  |
| <b>Quadro 5- Planilha Global de Avaliação de Desempenho Institucional 1</b>                                                                                                                                                    | <b>155</b> |
| <b>Quadro 6- Planilha Global de Avaliação de Desempenho Institucional 2</b>                                                                                                                                                    | <b>156</b> |
| <b>Quadro 7- Planilha Global de Avaliação de Desempenho Institucional 3</b>                                                                                                                                                    | <b>156</b> |
| <b>Quadro 8- Planilha Global de Avaliação de Desempenho Institucional 4</b>                                                                                                                                                    | <b>157</b> |
| <b>Quadro 9- Definição das Categorias relacionadas às pesquisas de satisfação dos usuários .....</b>                                                                                                                           | <b>165</b> |
| <b>Quadro 10- Caracterização sumária de algumas modalidades de gerência dos hospitais públicos alternativas à administração direta.....</b>                                                                                    | <b>215</b> |
| <b>Quadro 10- Caracterização sumária de algumas modalidades de gerência dos hospitais públicos alternativas à administração direta (continuação) .....</b>                                                                     | <b>216</b> |

## **LISTA DE SIGLAS**

ABRASCO- Associação Brasileira de Pós- Graduação em Saúde Coletiva

AIS- Ações Integradas de Saúde

ANATEL- Agência Nacional de Telecomunicações

ANEEL- Agência Nacional de Energia Elétrica

ANVISA- Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CEBES- Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CIB- Comissão Intergestores Bipartite

CIMS- Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde

CIS- Comissão Interinstitucional de Saúde

CIT- Comissão Intergestores Tripartite

CLAD- Centro Latinoamericano de Administração para o Desenvolvimento

CLIS- Comissão Local Interinstitucional de Saúde

CNRS- Comissão Nacional da Reforma Sanitária

CNS- Conferência Nacional de Saúde

CONASP- Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária

CONASS- Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONASEMS- Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONTAG- Confederação Nacional dos Trabalhadores da Agricultura

COPAG- Coordenação do Plano de Ação do Governo

COSEMS- Conselho dos Secretários Municipais de Saúde

CPMF- Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira

CRIS- Comissão Regional Interinstitucional de Saúde

CUT- Central Única dos Trabalhadores

DAPS- Departamento de Administração e Planejamento em Saúde



EC- Emenda Constitucional

ENSP- Escola Nacional de Saúde Pública

FGV- Fundação Getúlio Vargas

FMUFRGS- Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

FMUSP- Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

FINEP- Financiadora de Estudos e Projetos

FIOCRUZ- Fundação Oswaldo Cruz

GT- Grupo de Trabalho

GTH- Grupo de Trabalho da Humanização

HOB- Hospital Odilon Behrens

HOF- Hospital Orêncio de Freitas

INAMPS- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INCOR- Instituto do Coração

INPS- Instituto Nacional de Previdência Social

LAPA- Laboratório de Planejamento e Administração

LOS- Lei Orgânica da Saúde

MEC- Ministério da Educação e Cultura

MOPS- Movimento Popular de Saúde

MPAS- Ministério da Previdência e Assistência Social

MS- Ministério da Saúde

NEPP- Núcleo de Estudos de Políticas Públicas

NOAS- Norma Operacional da Assistência à Saúde

NOB- Norma Operacional Básica

OMS- Organização Mundial da Saúde

OPAS- Organização Pan-Americana da Saúde

OPS- Organização Pan-Americana da Saúde

OSCIP- Organização da Sociedade Civil de Interesse Público

PACS- Programa dos Agentes Comunitários de Saúde

PCB- Partido Comunista Brasileiro

PC do B- Partido Comunista do Brasil

PIB- Produto Interno Bruto

PMDB- Partido do Movimento Democrático Brasileiro

PNH- Política Nacional de Humanização

PNHAH- Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar

PPI- Programação Pactuada Integrada

PSB- Partido Socialista Brasileiro

PSF- Programa Saúde da Família

PT- Partido dos Trabalhadores

PTS- Projeto Terapêutico Singular

SAMU- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SENAC- Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial

SESC- Serviço Social do Comércio

SESI- Serviço Social da Indústria

SUDS- Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde

SUS- Sistema Único de Saúde

UERJ- Universidade do Estado do Rio de Janeiro

UNB- Universidade de Brasília

UNE- União Nacional dos Estudantes

UNICAMP- Universidade Estadual de Campinas

UNICEF- Fundo das Nações Unidas para a Infância

UPA- Unidade de Pronto Atendimento

USP- Universidade São Paulo

VIPAHE- Vice- Presidência de Atenção Hospitalar e Emergência

## INTRODUÇÃO

O interesse pelo tema em questão surgiu a partir da minha experiência e trajetória no campo da saúde pública. Desde 1995, venho atuando no campo da saúde, onde tal percurso foi iniciado na Escola Nacional de Saúde Pública/ENSP- Fundação Oswaldo Cruz- FIOCRUZ, primeiro na área da pesquisa e posteriormente enquanto residente em Saúde Pública.

Desde o curso da residência fiz a opção por conhecer e estudar a realidade dos hospitais públicos, seus enfrentamentos e problemas existentes. Em 1997, realizei o Curso de Gestão Hospitalar e Planejamento em Saúde pelo DAPS- Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da ENSP. Neste período, me aproximei dos estudos sobre modelos de gestão e metodologias de planejamento estratégico e participativo no interior do sistema de saúde. Essa aproximação foi possível a partir de um treinamento avançado em gestão hospitalar realizado no Hospital São João Batista em Volta Redonda/RJ, um hospital que contava com uma assessoria do LAPA- Laboratório de Planejamento e Administração da Universidade Estadual de Campinas e implantou um modelo de gestão participativa centrado na defesa da vida. O referido modelo de gestão está pautado na gestão colegiada, em contratos internos de gestão e na comunicação lateral entre as equipes de trabalho. Outra experiência importante também vivenciada neste período foi uma aproximação com os processos de gestão realizados em Betim- Minas Gerais. Já nesta época, o professor Emerson Elias Merhy realizava uma consultoria pelo LAPA no Município e desenvolveu a proposta de acolhimento para a Rede Municipal de Saúde. Mais tarde, a proposta do acolhimento é

incorporada na Política Nacional de Humanização, sendo uma diretriz importante para a sua consolidação.

Em 1999, ocupei um cargo de coordenação de um Serviço de Atendimento ao Usuário- SAU no Hospital Orêncio de Freitas, unidade municipalizada, ligada à Fundação Municipal de Saúde de Niterói-RJ.

O Hospital Orêncio de Freitas- HOF é considerado um hospital de excelência em cirurgia geral e referência no Sistema Único de Saúde- SUS do Município de Niterói/RJ, mantendo uma característica regional, abrangendo os Municípios que estão inseridos na Área Metropolitana II, sendo referência para acompanhamento de pacientes com patologias mais complexas na especialidade, que não dispõem de resolutividade naqueles Municípios. A gestão do HOF está vinculada à Fundação Municipal de Saúde de Niterói e a VIPAHE- Vice-Presidência de Atenção Hospitalar e Emergência. O HOF tem como um dos seus princípios fundamentais a prestação da assistência com qualidade buscando desenvolver um processo de humanização do serviço de saúde. O ensino e a pesquisa são componentes essenciais, produzindo um impacto positivo na formação acadêmica e social. Possui 82 leitos entre enfermarias e unidades intermediárias, um ambulatório, emergência e 6 leitos no Centro de Tratamento Intensivo (4 deles em funcionamento).

Nesta coordenação, atuei nas atividades assistenciais e gerenciais realizadas na porta de entrada da unidade. O SAU era responsável pelas internações eletivas, exames e consultas em nível ambulatorial atendendo uma significativa quantidade de pacientes.

Durante esse período, percebia a importância e a necessidade de um atendimento que fortalecesse o vínculo, a troca e o acolhimento<sup>1</sup>. Notava que era preciso a disseminação de modelos de gestão em saúde que fossem capazes de estabelecer canais mais democráticos e participativos entre os usuários, profissionais de saúde e gestores.

Em 2006, recebi um convite pela direção geral do hospital para prestar uma assessoria de planejamento onde passei a atuar na educação permanente e posteriormente, me dediquei, por algum tempo, ao Grupo de Trabalho de Humanização do Hospital Orêncio de Freitas.

Desde 2007, a gestão juntamente com os trabalhadores vem produzindo modificações em seu modelo, fortalecendo o trabalho desenvolvido na Ouvidoria, implantando capacitações sistemáticas com o objetivo de deflagrar um processo de educação permanente na Unidade, além de estimular a introdução da PNH no interior do Hospital. Com o apoio da direção geral, o GTH foi implantado enquanto um dos dispositivos da Política Nacional de Humanização da Saúde.

O Grupo de Trabalho de Humanização desta Unidade congregou em seu espaço, vários profissionais (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogo, farmacêuticos..). Quinzenalmente tais profissionais utilizavam esse espaço enquanto um canal de troca de experiências e discussões sobre o atendimento prestado pelos vários serviços do hospital.

Num primeiro momento, este espaço se configurou como um meio de exteriorizar as insatisfações vivenciadas pelos atores no que diz respeito aos

---

<sup>1</sup> O trabalho de Emerson Elias Merhy, Gastão Wagner de Sousa Campo e Luís Carlos de Oliveira Cecílio- **Inventando a Mudança na Saúde** influenciou a elaboração dos meus primeiros estudos e trabalhos na área da gestão hospitalar. Este trabalho já mencionava a importância de uma participação colegiada e a construção de um processo de escuta e de atenção ao usuário do sistema de saúde.

problemas existentes no sistema público de saúde e na própria gestão do trabalho em saúde. Posteriormente, com capacitações realizadas sobre o significado da Política Nacional de Humanização da Saúde e com o estudo da própria legislação, os sujeitos envolvidos neste processo, começaram a vislumbrar que o sentido da humanização transcende questões pontuais, envolve um novo olhar e uma nova inserção no campo da saúde pública.

As questões mais discutidas e privilegiadas pelo grupo estavam *relacionadas à organização das portas de entrada, democratização dos processos de atendimento, escuta ao usuário e familiares, maior sensibilização dos médicos para a proposta da humanização, educação permanente, melhoria no sistema de informação e sinalização do hospital.*

Com isso, o papel do GTH é fundamental para a constituição da PNH, permitindo que os profissionais de saúde reflitam sobre a sua atuação, seu papel estratégico no sistema de saúde, assim colaborando para a (re) invenção das práticas de saúde, modificando a relação tradicionalmente verticalizada existente na prestação do cuidado.

Segundo Barros et. al (2006) para alcançar o conceito ampliado de saúde e viabilizar a democratização das relações de trabalho defendida pela PNH, os hospitais devem considerar algumas ações que são necessárias: colocar em análise as condições e organização do trabalho no estabelecimento de forma a instituir novos modos de ser trabalhador na saúde; implementar um modo de gerenciamento descentralizado e integrado, interferindo nos modos de trabalhar e ser trabalhador da saúde; problematizar os modelos de atenção à saúde instituídos nos equipamentos de saúde.

Embora a constituição do GTH seja algo fundamental para a revitalização da Política Nacional de Humanização da Saúde, observa-se nos hospitais uma tendência destes espaços serem apreendidos por interesses particulares ou de caráter político com fins de “carreirismo”. Esta tendência deturpa a proposta da humanização e transforma o referente dispositivo em um instrumento orientado por interesses individuais.

Com o ingresso no Curso de Doutorado em Serviço Social, o meu interesse e a minha dedicação mais direta em relação ao tema abordado tornou-se algo visível. Existia uma inquietação e vários questionamentos em relação à efetividade da Política Nacional de Humanização nos hospitais públicos pois ainda não estava claro se tal política era apenas *um marketing político* para alcançar fins eleitorais.

Com isso, precisava conhecer a política de humanização e seu desenho, estudar novas experiências e verificar a sua funcionalidade e a sua articulação com o Sistema Único de Saúde- SUS com o objetivo de analisar se os seus dispositivos institucionais são verdadeiramente uma realidade nas unidades hospitalares.

Parte-se do pressuposto que existe uma indissociabilidade entre modelo de gestão e de atenção em saúde para a produção e efetivação da política no interior do sistema. Sendo assim, a hipótese do estudo pressupõe que a Política Nacional de Humanização da Saúde não é uma panacéia romântica, mas resgata e reafirma os princípios do Sistema Único de Saúde- SUS constituindo-se em uma política transversal. O desenvolvimento deste estudo busca verificar até que ponto os mecanismos de gestão do hospital pesquisado se modificaram para atender a Política Nacional de Humanização



da Saúde. Com isso, foi preciso descrever e analisar as condições políticas e organizacionais que possibilitaram as mudanças feitas a partir da PNH no âmbito de um hospital público.

A pesquisa de campo foi realizada com os formuladores da própria política (profissionais de saúde que possuíram uma participação significativa na construção da política) junto ao Ministério da Saúde e com os gestores do hospital selecionado.

Neste sentido, para o aprofundamento deste trabalho analisei a conexão estabelecida entre a gestão e a Política Nacional de Humanização na Saúde, apresentando a experiência desenvolvida no Hospital Odilon Behrens/HOB em Belo Horizonte- Minas Gerais. O HOB é uma unidade de alta complexidade, com emergência aberta 24 horas, possui 436 leitos de internação e várias clínicas e especialidades, reunindo um grande número de funcionários em seu quadro. Além disso, possui a política de humanização permeando a sua gestão e é considerado como uma referência na implementação e desenvolvimento da PNH.

Apesar dos avanços ocorridos no Sistema Único de Saúde ao longo de todos estes anos, desde a sua materialização com as leis 8080/90 e 8142/90, iniquidades e violência institucional ainda persistem nos hospitais. De acordo com Luz et al (2008), o hospital tradicionalmente é percebido por muitos usuários enquanto um espaço de confinamento, prisão, sendo um lugar de estranhamento, de abandono e solidão que aumenta com os dias, piorando no período da noite e nos domingos.

Foucault (1993) considera o hospital, desde a sua origem, um lugar de empobrecidos, possuindo um forte caráter disciplinador, estabelecido pela

ordem médica, muitas vezes, identificando um paciente internado pela sua patologia ou pelo código de identificação do seu leito, desconsiderando sua história social, entre outros aspectos relacionados à sua inserção na sociedade, podemos considerar que o hospital não é um lugar apenas disciplinador também é configurado por interesses e projetos diferenciados, sendo um espaço significativamente contraditório.

Essa lógica impessoal e tecnicista ligada ao modelo médico hegemônico acaba menosprezando a complexidade dos fatores que afetam a saúde das pessoas, persistindo ainda, o desrespeito aos direitos dos usuários, legalmente preconizados na *Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde*<sup>2</sup> (posteriormente será tratada em um capítulo) e em outras legislações sociais.

Em contraposição a essa lógica são emergentes as propostas e experiências concretas no âmbito do SUS que suscitam a integralidade e a defesa da humanização na saúde, ganhando centralidade nos debates travados na esfera da saúde pública.

Martins (2003) menciona que a Política Nacional de Humanização está fundamentada na Reforma Sanitária, base constituinte do Sistema Único de Saúde, a intenção é fortalecer os princípios de resolubilidade e equidade num “SUS que dá certo”, resistindo ao modelo excludente e de mercantilização da saúde.

---

<sup>2</sup> Lançada em 30 de março de 2006, define em seis princípios os modos para efetivar esse direito.

Yépez e Moraes (2004)<sup>3</sup> afirmam que a humanização na saúde não é uma “ilusão”, os usuários querem um atendimento humanizado e acolhedor, com atenção, respeito, escuta e diálogo. Os autores comprovam esse argumento sobre a humanização por meio de uma pesquisa realizada cujo foco é o atendimento prestado aos usuários na Rede de Saúde de Natal/Rio Grande do Norte. Este estudo possibilitou captar as representações sobre a prestação da assistência, evidenciando algumas necessidades apresentadas pela população em relação ao atendimento, conforme um dos depoimentos identificados na pesquisa, os usuários revelam: *“Que ele passe remédio certo. Que me trate bem e que responda as coisas direito. Que eu consiga resolver o problema. Que venham notícias boas. Nada de ruim. Espero que seja um profissional educado que me trate bem... Tem que falar mais razoável para a pessoa entender. Eles falam muito rápido.”*

Observa-se no depoimento acima, que os usuários do SUS esperam que os profissionais de saúde produzam situações de acolhimento que alivie ou amenize o seu sofrimento e que possa responder resolutivamente ao seu problema de saúde.

Percebo que o desafio para o estabelecimento de práticas humanizadas se depara com a necessidade de um hospital que precisa ser redefinido na organização da atenção, utilizando tanto o saber epidemiológico quanto social, considerando os profissionais de saúde e usuários neste processo.

---

<sup>3</sup> Os autores desenvolveram uma pesquisa sobre o atendimento prestado aos usuários dos quatro distritos sanitários da Rede Básica de Saúde de Natal-Rio Grande do Norte, sendo realizada a partir da aplicação de 41 questionários semi-estruturados. O questionário era formado por questões referentes à caracterização sócio-demográfica dessa população, assim como sobre as temáticas de interesse da pesquisa (avaliação dos serviços e relacionamento profissional - paciente / cliente). A escolha dos entrevistados foi orientada por dois critérios principais: vínculo com a instituição (de pelo menos seis meses) e/ou disponibilidade para dar os depoimentos.

Contudo, para mudar este quadro e implantar a política de humanização existem desafios, pois há resistências à efetivação dos direitos humanos em nossa sociedade.

Esses desafios e resistências são elucidados neste estudo a partir da pesquisa realizada. O presente trabalho está estruturado em cinco capítulos, por sua vez organizados em seções e subseções. No primeiro capítulo procuro situar o debate do Sistema Único de Saúde, contextualizando os elementos históricos que propiciaram a conformação deste sistema, examinando os seus avanços e desafios. Neste capítulo, temos como referência os estudos no campo da saúde coletiva e da política de saúde no Brasil.

No segundo capítulo, busco examinar a trajetória histórica da Política Nacional de Humanização, como surgiu internacionalmente e nacionalmente, a emergência do PNHAH - Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar e a própria constituição da política. Ainda, busco aprofundar o debate sobre o desenho da política e suas diretrizes. A construção do segundo capítulo foi fundamentada teoricamente nos documentos oficiais dos organismos internacionais (Organização Mundial da Saúde, entre outros) e do Ministério da Saúde no Brasil e nos trabalhos dos precursores e estudiosos da PNH.

O terceiro capítulo é dedicado à apresentação dos dispositivos institucionais da PNH, identificando os principais conceitos e características desta temática. Mesmo com a pouca literatura encontrada sobre o tema, foi possível utilizar os estudos de René Lourau, Lapassade, Barembliitt e Altoé para fundamentar a problematização sobre os dispositivos, pontuando que sua origem deriva da análise institucional. Para tratar de cada dispositivo da política

foram consultados os documentos oficiais produzidos pelo Ministério da Saúde e autores que já discutiam os principais pressupostos contidos nos dispositivos.

O quarto capítulo traz o debate sobre a gestão hospitalar, procurando evidenciar a sua relação com a PNH. Inicialmente, é preciso entender seus conceitos e características, ainda estabelecendo uma reflexão sobre os modelos de gestão existentes nos hospitais brasileiros. Posteriormente, é destacada a importância da gestão segundo a PNH e finalizando temos uma análise da gestão na sua dimensão participativa e seus reflexos na organização do processo de trabalho nos hospitais públicos. A análise sobre a gestão foi feita a partir dos estudos de autores da área da administração, da gestão hospitalar e da organização dos processos de trabalho no campo da saúde.

O capítulo 5 (cinco) é dedicado a um balanço das atividades de pesquisa. É apresentado o percurso metodológico e os principais resultados obtidos a partir das entrevistas realizadas com os formuladores da PNH e com os gestores do Hospital Municipal Odilon Behrens. As estratégias de investigação compreenderam um estudo eminentemente qualitativo. Os resultados das entrevistas com os gestores evidenciados no capítulo foram desenvolvidos através de cinco eixos: *O Contexto de Implantação da PNH na Unidade Hospitalar; Os Dispositivos Institucionais da PNH existentes no Hospital; A Percepção dos Gestores sobre a PNH; As Mudanças nos Mecanismos de Gestão no Hospital a partir da PNH; Novas Formas de Organização do Processo de Trabalho no Interior do Hospital a partir da PNH.* Estes eixos foram analisados a luz da literatura sobre políticas de saúde,

Política Nacional de Humanização da Saúde, gestão hospitalar e processos de trabalho em saúde.

As reflexões mais gerais deste trabalho seguem nas suas considerações finais. Através delas, é possível perceber que a indicação de propostas sobre a temática apresentada revela que muitas questões relacionadas à PNH precisam ser investigadas e aprofundadas. Entretanto, acredita-se que a partir deste trabalho novos elementos possam ser incluídos nos debates mais fecundos sobre essa temática, demarcando uma tentativa de disseminar novos conhecimentos em um território ainda pouco explorado que é o caso da conexão entre a gestão e a PNH, utilizando como referência uma experiência desenvolvida no âmbito de um hospital público.

## **CAPÍTULO I - O Sistema Único de Saúde: Antecedentes Históricos e Configurações Atuais**

Para conhecer e estudar a Política Nacional de Humanização da Saúde é preciso localizá-la no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, identificando a sua importância para o fortalecimento das diretrizes da política pública de saúde.

O SUS constitui-se em um sistema universal e gratuito modificando historicamente a assistência à saúde no Brasil. É um marco fundamental na história das políticas sociais, na medida em que se apresenta como uma política de corte democrático voltada para a consolidação de um modelo de atenção no qual o usuário está no centro das formulações e operacionalização das ações de saúde.

A atual conjuntura aponta impasses que incidem diretamente nas condições de vida e de saúde das populações. Desde sua implantação, o SUS vem enfrentando as dificuldades postas pela dinâmica do processo de privatização e reforma do Estado, com a profunda precarização das relações de trabalho, não implementação do preceito constitucional do sistema de seguridade social, com seus respectivos mecanismos de financiamento e gestão, o drástico subfinanciamento desde sua criação, além de outros aspectos.

Contudo, a saúde continua sendo defendida como um direito constitucional da cidadania, conforme mencionado no capítulo da Seguridade Social, cujo sistema vem demonstrando avanços e desafios, demandando esforços conjunto do Estado e da Sociedade Civil.

No sentido gramsciano da palavra, não existe separação entre a esfera do Estado e Sociedade Civil, mas uma unidade orgânica: por “Estado” deve-se entender além do aparelho de governo, também o aparelho privado de hegemonia ou Sociedade Civil. (Gramsci, 2000:254-255). Nos estudos sobre a Reforma Sanitária, destaca-se o papel dos intelectuais orgânicos, trabalhadores e usuários da saúde no exercício do controle social e acompanhamento da execução da política de saúde. Desde a sua criação, o SUS representa uma redefinição e um marco inovador no campo da saúde pública no Brasil, introduzindo um referencial de cunho democrático e participativo e um novo modo de produzir saúde.

Em decorrência de tudo que já foi exposto, é necessário compreender a trajetória e as origens do SUS com a finalidade de contextualizar a relevância da PNH no interior do sistema de saúde. Neste capítulo, é feita uma leitura sobre a gênese do SUS a partir da década de 80, seu processo de formação e seus dilemas face à realidade atual, localizando a necessidade social que levou à criação da política de humanização na saúde.



## 1.1 - O Nascimento do CEBES- Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

Em meados da década de 70, enquanto contradições atravessam a esfera da saúde, houve um forte renascimento dos Movimentos Sociais, incluindo a classe trabalhadora, setores populares, intelectuais e profissionais da classe média. Estes movimentos estavam pautados na crítica do modelo vigente, caracterizado por um modelo médico-assistencial curativo e altamente centralizado, nas denúncias sobre as condições de vida da população e na proposição de alternativas para a construção de uma nova política de saúde efetivamente democrática.

Uma nova consciência sanitária é produzida agregando diferentes manifestações com relação ao sistema de saúde brasileiro. Neste momento, merece destaque a criação do CEBES<sup>4</sup>- Centro Brasileiro de Estudos de Saúde responsável pela publicação da **Revista Saúde em Debate** e foi instituída para difundir a proposta da Reforma Sanitária, disseminando através de suas publicações, eventos, conferências e etc., uma nova proposta de organização de um sistema de saúde.

Portanto, o entendimento do Movimento Sanitário no contexto da sociedade brasileira está submetido à *um conjunto organizado de pessoas e grupos partidários ou não, articulados ao redor de um projeto* (SCOREL, 1988:5), congregando três tipos de práticas: a prática política (a transformação das relações sociais), a prática ideológica (a transformação da consciência), a prática teórica (a construção do saber).

---

<sup>4</sup> O CEBES foi criado em julho de 1976 durante a 32ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, realizada na Universidade de Brasília (UNB), trazendo para a discussão o tema da democratização da saúde e constituindo-se como um intelectual coletivo, capaz de propor inovações significativas na dimensão do pensamento da saúde.

Criar uma nova cultura não significa apenas fazer individualmente descobertas “originais”, significa também, e, sobretudo, difundir, criticamente verdades já descobertas, socializá-las por assim dizer; e portanto, transformá-las em base de ações vitais, em elemento de coordenação e de ordem intelectual e moral. O fato de que uma multidão de homens seja conduzida a pensar coerentemente e de maneira unitária a realidade presente é um fato filosófico bem mais importante e original do que a descoberta, por parte de um gênio filosófico, de uma nova verdade, que permaneça como patrimônio de pequenos grupos intelectuais (GRAMSCI, 1999: 95-96).

Esse pensamento de Gramsci nos ajuda a pensar neste conjunto de homens e mulheres que se mobilizaram em torno de uma nova formulação para debater a saúde. Essa grande mobilização, incluindo a participação da Sociedade Civil, propiciou a criação do CEBES, construindo um novo marco na esfera das políticas de saúde no Brasil, trazendo para o centro do debate, a importância do processo de democratização da saúde, a partir da socialização da produção acadêmica, contendo um caráter crítico nas proposições elaboradas pela emergente Saúde Coletiva brasileira.

É interessante destacar que em outubro de 1979<sup>5</sup>, o CEBES elaborou um documento intitulado *“A Questão Democrática na Área da Saúde”*, apresentado no 1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados, evento que cumpriu o papel fundamental de fórum pioneiro para um debate amplo e de aprofundamento desta agenda de transformação setorial.

---

<sup>5</sup> É importante mencionar que neste mesmo ano, a ABRASCO- Associação Brasileira de Saúde Coletiva foi criada no Brasil como uma Associação dos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e Saúde Pública, deu ênfase muito especial à residência em medicina preventiva e social, expandida no país devido a um convênio firmado entre o INAMPS e várias Universidades. Ainda que conservando o nome de pós-graduação, a ABRASCO muitas vezes veio a público se manifestar sobre propostas políticas, estando com o CEBES presente em muitos fóruns da Sociedade Civil. Assumiria, então, duas funções: uma de caráter mais corporativo, que seria a defesa da investigação e do ensino em saúde coletiva, no momento da constituição desse novo campo disciplinar, e outra de porta-voz dos pensamentos da comunidade científica (Escorel, Nascimento e Edler, 2005).

De acordo com Noronha e Lecovitz (1994:81), o documento expressa diretrizes fundamentais para uma “saúde autenticamente democrática”:

1. *O reconhecimento do direito universal e inalienável, comum a todos os homens, à promoção ativa e permanente de condições que viabilizem sua saúde;*
2. *Medidas que sejam criadas a partir de um Sistema Único de Saúde e atribuam ao Estado à responsabilidade total pela administração deste sistema;*
3. *Medidas que organizem esse sistema de forma descentralizada, articulando sua organização com a estrutura político-administrativa do país, em seus níveis Federal, Estadual e Municipal.*

Com isso, os pressupostos e iniciativas criadas pelo CEBES configuram um conjunto de idéias que vão constituir a idéia da Reforma Sanitária no Brasil, inspirada nas ciências sociais marxistas. O número 2 (dois) da **Revista Saúde em Debate**, revela que “a saúde é um direito de cada um e de todos os brasileiros”, assumindo “ a necessidade de organizar a prestação de serviços de saúde em nova perspectiva....desejando uma mudança real das condições de saúde do povo” (EDITORIAL I, 1977, p.3-4). A denominação *Reforma Sanitária* já estava sendo sinalizada nos documentos do CEBES, cujo o número subsequente da revista 2 (dois) acoplava tal idéia às principais atividades do próprio centro:

Trata-se de desenvolver o CEBES como um órgão democrático e que preconiza a democratização do setor saúde, recebendo todas as contribuições que atendam aos objetivos de uma Reforma Sanitária, que deve ter como um dos marcos a unificação dos serviços de saúde, públicos e sem fins lucrativos, com a participação dos usuários estimulada, crescente, possibilitando sua influência nos níveis decisórios e ampliando o acesso a serviços de saúde de boa qualidade (EDITORIAL I, 1977:3).

É notória a responsabilidade e o papel estratégico do CEBES na construção da Reforma Sanitária no Brasil, consolidando um novo pensamento para o setor saúde baseado na concepção fundada no direito, tendo uma característica de Movimento Social e de articulação política.

O CEBES tem suas origens fincadas na luta contra a ditadura militar, sendo um espaço onde a Sociedade Civil tenha a possibilidade de pensar criticamente a saúde, em prol de transformações qualitativas no cenário político, social e econômico que garantam o acesso, a qualidade e um atendimento humanizado no âmbito da saúde.

Mais do que atuar na trincheira do aparato estatal o CEBES tem como missão a luta pela hegemonia, participando na construção e ampliação da consciência sanitária e na constituição de sujeitos políticos emancipados. A disputa por projetos de sociedade – da liberal à socialista – se dá com cada vez maior intensidade, incidindo no campo social por meio da difusão de valores individualistas, consumistas e submissos a uma inexorabilidade que prescinde da história e da política. Ao lutar pela compreensão da saúde coletiva, como um bem público e socialmente determinado, propugnando sistemas de atenção baseados nos valores da solidariedade e na garantia de direitos; nas práticas integrais da promoção à reabilitação; na exigência da participação ativa dos cidadãos nas decisões sobre sua saúde e sobre a política de saúde, estamos permanentemente lutando por uma sociedade mais justa (I DOCUMENTO DE ESTRATÉGIA DO CEBES, 2007:1).

Historicamente, o CEBES se constituiu em um esforço da intelectualidade orgânica, havendo toda uma aproximação com os principais movimentos renovadores de diversas categorias profissionais, especialmente dos médicos. Todo este processo viabilizou a disseminação de uma agenda reformista do setor saúde, sob a liderança de forças socialistas e democráticas.

As discussões fomentadas pelo CEBES teciam um novo entendimento sobre o processo saúde x doença com um olhar político e atento para as determinações existentes sobre as condições de saúde da população brasileira.

Teixeira (2006) pontua que *“a história do CEBES se confunde com a da Reforma Sanitária”*. A organização é uma das responsáveis pela institucionalização do Movimento Sanitário, sintetizando as vertentes que o caracterizaram: a construção de um novo saber, a ampliação da consciência sanitária e a organização do Movimento Social.

## **1.2 - As Ações Integradas de Saúde (AIS)**

Verificamos que a formulação do SUS- Sistema Único de Saúde foi fruto de uma longa e histórica luta dos Movimentos Sociais, destacando conforme dito anteriormente, o papel estratégico do Movimento de Reforma Sanitária- incluindo vários setores da sociedade (Profissionais, Representantes da Academia, Movimento Popular) que começaram a partir dos anos 70 a problematizarem o sistema de saúde naquele período. O Movimento de Reforma Sanitária demonstrou que o sistema de saúde pautado na lógica do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social- INAMPS era excludente e de baixa resolutividade, apresentando um alto grau de centralização, destaque para a atenção curativa, incentivo a privatização dos serviços de saúde com estímulo à formação de um complexo médico-empresarial ligado à prestação de serviços da rede previdenciária, com ausência de mecanismos de controle social.

Neste sentido, a transição democrática representada pela eleição (indireta) de Tancredo/Sarney e, mais expressivamente, pela convocação e pelos trabalhos estabelecidos na Assembléia Nacional Constituinte traz um período de revigoramento dos debates em torno da proposta de reorganização e democratização da sociedade brasileira.

No final de 84 foi realizado o *V Simpósio sobre Política Nacional de Saúde*, estabelecendo algumas proposições com a finalidade de embasar uma “Política de Saúde para o Governo de Transição”, considerando os seguintes pressupostos:

1. A concepção de saúde como um direito social;

2. A melhoria do estado de saúde da população está intimamente relacionada à elevação qualitativa das condições de vida;
3. A democratização da saúde estreitamente vinculada ao processo de democratização da sociedade brasileira reflete a luta e aspiração dos mais amplos setores sociais.

A partir da Nova República com Waldir Pires no MPAS e Hésio Cordeiro no INAMPS, a estratégia das AIS- Ações Integradas de Saúde ganham expressão no cenário nacional. Luz (1991:144) menciona que:

“... Devem ser sublinhadas nesse período a novidade e a originalidade de certas práticas institucionais e a oportunidade do surgimento de outras, nos domínios da participação popular em serviços de saúde e da descentralização institucional”.

As AIS pretendiam empreender uma ação estratégica centrada na universalização do acesso aos serviços de saúde, focalizando a questão da integralidade<sup>6</sup> para superar a tradicional dicotomia existente entre prevenção x cura, unificando os serviços.<sup>7</sup>

---

<sup>6</sup> Segundo Pinheiro e Luz (2003: 17), integralidade é entendida como uma ação social que resulta da interação democrática entre os atores no cotidiano de suas práticas em saúde. Diante desta perspectiva crítica, o cotidiano nas instituições de saúde surge como um espaço não de verificação de idéias mas de construção de práticas de novas formas de agir social, nas quais a integralidade pode se materializar como princípio, direito e serviço na atenção e no cuidado em saúde.

<sup>7</sup> Lecovitz e Noronha (1994) utilizando dados do relatório de atividades do INAMPS de 1987 revelam que no final de 1985 são 644 Municípios incorporados pela assinatura dos Termos de Adesão, atingindo quase 2.500 Municípios até o encerramento de 1986, estando as AIS formalmente implantadas em todos os Municípios do Rio de Janeiro, Paraná e Distrito Federal, e em parcela grandemente expressiva (mais de 80%) em Minas Gerais, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Sul e São Paulo. Este movimento eleva o percentual de recursos do orçamento global do INAMPS aplicado nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde da média de 5,25% no triênio 1981-1983 para 6,22% em 1984, 10,88% em 1985 e 11,82% em 1986.

Segundo Arouca (1988:2) “as *Ações Integradas de Saúde (AIS)* eram consideradas como estratégicas para a implantação da Reforma Sanitária”...

Paim (1986) ressaltou alguns motivos para se apostar nas AIS:

1º — Os *Princípios e objetivos* eram consistentes com os do movimento de democratização da saúde. Responsabilidade do Poder Público em relação à saúde da população e ao controle do sistema de saúde, definição de programas a partir das doenças mais prevalentes, integralidade das ações de saúde, regionalização e hierarquização única dos serviços, valorização das atividades básicas, utilização prioritária e plena da capacidade instalada da rede pública, desenvolvimento de recursos humanos, participação dos segmentos sociais na definição de necessidades e na avaliação, corresponderam à assimilação de um conjunto de propostas elaboradas por distintas entidades e críticos do sistema de saúde. Do mesmo modo, buscaram proporcionar alto grau de resolutividade dos serviços desenvolvendo-os técnica e gerencialmente com o objetivo de valorizar o trabalho dos profissionais de saúde, reorientar as atividades de ensino, pesquisa e serviços das Universidades e planejar a cobertura assistencial, de acordo com parâmetros passíveis de serem redefinidos constituem-se em objetivos de uma organização de serviços de saúde comprometida com as necessidades sociais.

2º — *Planejamento e administração descentralizados*. A constituição de comissões (Comissão Interinstitucional de Saúde- CIS, Comissão Regional, Interinstitucional de Saúde -CRIS, Comissão Interinstitucional Municipal de



Saúde -CIMS, e Comissão Local Interinstitucional de Saúde- CLIS<sup>8</sup> nos níveis Estadual, Regional, Municipal e Local possibilitariam a descentralização do processo de planejamento e da administração, que significa um corte em relação às práticas autoritárias e tecnocráticas que deformaram o trabalho dos técnicos de saúde no Brasil.

3º — *Instâncias deliberativas permeáveis à negociação política.* A existência dos Órgãos Colegiados decisórios, anteriormente citados, redimensionaria a concepção funcionalista de integração predominante na teoria de sistemas. Em vez da mera integração "religiosa" ou mesmo "ecumênica" em que todos se mobilizariam com o humano a fim de melhorar a saúde do povo e, ao contrário de uma unificação autoritária em que o governo decide unilateralmente pela extinção de instituições ou pela criação de outras, houve uma *colaboração negociada* na qual sujeitos concretos, representantes de interesses distintos, passam a desenvolver um trabalho conjunto e politizável reconhecendo a diversidade e as peculiaridades dos demais.

4º — *Possibilidade concreta de participação popular organizada.* A participação da população na definição de necessidades, no encaminhamento de soluções, na fiscalização e controle dos serviços de saúde e na avaliação do nível de desempenho da assistência prestada, foi ressaltada significativamente nos documentos oficiais relacionados ao campo da saúde pública. Todavia, tal participação limitou-se, na maioria das vezes, à mera

---

<sup>8</sup> Sem alterar a hegemonia do INAMPS dentro do setor, as AIS privilegiaram o subsetor público prestador de serviços de saúde e a integração interinstitucional formando comissões colegiadas de gestão. Essas comissões deveriam se estruturar e dispor de secretarias técnicas permanentes, abrindo uma grande possibilidade de experimentação de alternativas técnicas e políticas capazes de redefinir o planejamento e a administração de saúde.

retórica das instituições. No caso das AIS, esta proposta ficou amparada formalmente através dos convênios, termos aditivos e termos de adesão, na medida em que possibilitou a representação nas CRIS, CIMS e CLIS. Coube, no entanto, ao Movimento Popular, pressionar pela sua efetivação, ocupando os espaços contraditórios abertos pelas AIS e constituindo uma hegemonia na prática cotidiana da política de saúde que obviamente não é dada a priori.

5º — *Percurso para o estabelecimento do Sistema Unificado de Saúde.* O Sistema Único de Saúde só tem sentido com a democratização da saúde. Este é um processo que passa pela democratização da sociedade brasileira e do Estado, em particular. Nesse processo, cumpre assegurar, antes de mais nada, as condições para torná-lo público gratuito, regionalizado, descentralizado e democrático. Isso significa: a) comprometimento da União na cobertura econômico-financeira do sistema; b) reconhecimento constitucional do direito à saúde como inerente à cidadania e como dever do Estado; c) viabilização da participação popular organizada no controle do sistema nos diferentes níveis.

6º — *Respeito ao princípio federativo.* A organização do Estado brasileiro estabelece diferentes níveis de poder como o Federal, o Estadual e o Municipal. Nesse sentido, qualquer proposta que incida sobre a reestruturação dos serviços de saúde no plano nacional se adequaria a essa organização, particularmente no que se refere a autonomia dos níveis Estadual e Municipal. As AIS respeitavam tal autonomia, ainda que contrabalancem o peso do Município e do Estado na definição das respectivas políticas de saúde, através

da representação do Ministério da Saúde, do MPAS, e do Ministério da Educação nas CIS, CRIS, CIMS e CLIS.

7º — *Respaldo de forças sociais atuantes no setor.* A proposta das AIS, como estratégia para a reorientação do setor saúde e enquanto travessia para a unificação progressiva do sistema, foi assumida integralmente pelo Parlamento da Saúde, constando do Relatório Final do V Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, promovido pela Câmara dos Deputados em novembro de 1984 (conforme foi citado anteriormente). Este evento constituiu-se no maior fórum de debates com categorias e entidades representativas da área dos últimos anos. Posteriormente, a estratégia das AIS foi recomendada pelo GT Parlamentar do PMDB e incorporada pelo documento do COPAG<sup>9</sup>, encaminhado ao presidente eleito Tancredo Neves, especialmente no item correspondente ao plano de emergência.

8º — *Perspectivas mais concretas de viabilidade.* As AIS surgem da iniciativa do CONASP<sup>10</sup>, organicamente vinculado ao INAMPS, instituição hegemônica na prestação de serviços de saúde no Brasil. Tratando-se de uma proposta originalmente racionalizadora, com espaços democráticos de reserva, era orgânica à conjuntura de transição poderia ser aprofundada e ampliada pela ação dos Movimentos Sociais e dos partidos políticos. A proposta das AIS constituiu-se na política prioritária do INAMPS e do MPAS junto ao combate às

---

<sup>9</sup> Hésio Cordeiro, que participara, ainda no período autoritário, dos Simpósios sobre Política de Saúde da Comissão de Saúde da câmara dos deputados, com destacada atuação, passa a integrar Comissões e Grupos de Trabalho para a formulação do programa de Saúde do então candidato Tancredo Neves e, depois, Tancredo já eleito, do Grupo de trabalho para o Programa de Saúde da COPAG (Coordenação do Plano de Ação do Governo), em fevereiro de 1985.

<sup>10</sup> O Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária- CONASP ficou responsável em propor alternativas racionalizadoras que conseguissem conter os gastos da previdência social com assistência médica. (RODRIGUEZ NETO, 2003).

fraudes e ao fortalecimento dos serviços próprios. Foi ainda ratificada pelo Governo Sarney através da Portaria Interministerial nº 1/MS/MPAS/MEC em 07.06.85 considerando "as diretrizes e objetivos do governo quanto ao desenvolvimento do Sistema Nacional de Saúde" e a "necessidade de racionalização dos recursos" e enfatizando as diretrizes de integração interinstitucional, participação e controle social, descentralização e universalização do atendimento. Constatou-se desse modo que, pelo menos no plano do discurso, essa proposta contaria com um amplo leque de apoio e de consenso. Mesmo assim não se podia descartar a possibilidade de que enfrentamentos técnico-burocráticos entre o MPAS e o MS poderiam sabotar, no plano da prática, as perspectivas vislumbradas de viabilidade.

9º — *Incorporação do planejamento à prática institucional.* O estímulo à elaboração de planos que contemplem uma aproximação à realidade local e a sua compatibilização nos níveis Regional e Estadual representou uma prática inovadora nas instituições de saúde, já cogitado pela técnica CENDES/OPS, embora tivesse sido inviabilizada nos últimos 20 anos pelo centralismo e autoritarismo dos governos latino-americanos. A definição de metas físicas a partir do diagnóstico de saúde serviu para a rotinização de mecanismos de acompanhamento e de avaliação. A absorção progressiva do planejamento pela prática dos agentes de saúde permitiu não só a revisão dos parâmetros vigentes, mas, sobretudo, o aprimoramento dos instrumentos de programação e a socialização do saber planejador entre os trabalhadores de saúde.

10ª — *Responsabilidade das Universidades na formulação e implementação de políticas de saúde.* Pela primeira vez na história brasileira as Universidades e o

próprio Ministério da Educação são convocados a participar de um consórcio compartilhado de responsabilidades para a consecução de objetivos estratégicos no campo das políticas de saúde. Ainda que a motivação básica desse Ministério tinha sido a captação de recursos para a manutenção dos hospitais universitários, desvencilhando-se dos seus compromissos em relação aos mesmos, esperou-se que o potencial crítico existente nas Universidades pudesse traduzir-se na ocupação de espaços políticos visando ao desenvolvimento de articulação ensino-pesquisa-serviço, no âmbito da saúde, reaproximando o mundo do estudo ao mundo do trabalho, na busca da redefinição da formação de recursos humanos em função das necessidades sociais majoritárias.

As AIS representaram uma estratégia política que buscou romper com o mito da incapacidade organizacional dos Governos Estaduais e Municipais para a gestão dos serviços de saúde. É preciso destacar que as AIS ainda criaram a infra-estrutura fundamental de rede física de cuidados básicos de saúde, fundamental ao posterior processo de desenvolvimento das políticas de universalização e descentralização.

Sobre a afirmativa anterior, Escorel (2008:423) pontua que:

As AIS inauguraram a alteração radical do relacionamento da previdência social com prestadores públicos e Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde. Até então, era muito difícil para prefeituras e Estados estabelecerem convênios com o INAMPS, principalmente se fossem governados pela oposição. Além disso, as AIS legitimaram- inicialmente, em um contexto autoritário e, posteriormente, no período de transição democrática- a participação de entidades representativas da Sociedade Civil na formulação das políticas de saúde.

A capacidade instalada foi ampliada, principalmente a rede pública ambulatorial, em função da implementação das AIS que contribuíram também para a articulação institucional, por meio de comissões interinstitucionais de saúde, apesar dos êxitos obtidos em alguns Municípios, a existência do paralelismo das ações, a multiplicidade gerencial e a centralização do poder decisório no âmbito federal, ainda eram elementos que persistiam no desenvolvimento das políticas de saúde no Brasil.

As AIS deveriam induzir a uma unificação com descentralização, o que significou uma nova concepção em termos de Federação, pautada na cooperação e na integração e não na competição, na dispersão e na definição de responsabilidades.

### 1.3 - A 8ª Conferência Nacional de Saúde

A década de 80 inaugurou um novo período para a sociedade brasileira marcado pelo processo de redemocratização e pela criação de um Estado verdadeiramente democrático, após décadas de ditadura militar.

No âmbito da saúde, as políticas formuladas e a atuação dos Movimentos Sociais foram elementos impulsionadores para a construção de um processo de Reforma Sanitária. Entretanto, é na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que a Reforma Sanitária no Brasil se torna o foco das discussões durante a conferência, sendo uma proposta política concreta debatida por cerca de 5 (cinco) mil participantes.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde reuniu em todo o seu processo de organização e desenvolvimento representantes das principais instituições que atuam no setor, além de representantes da Sociedade Civil, grupos de profissionais e partidos políticos. Essa ampla participação a distinguiu das Conferências anteriores e fez dela um marco no processo de reforma sanitária. Em seu documento final, são consolidados os princípios e propostas da reforma, que seriam posteriormente apresentados e defendidos pelo Movimento Sanitário junto à Assembleia Nacional Constituinte, responsável pela elaboração da Constituição a ser promulgada em 1988. (LOBATO, 2000:18).

Escorel (2006:182) aponta que os princípios da Reforma Sanitária tornam-se mais claros e consolidados com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, ressaltando que *“a saúde plena não envolve apenas a recuperação da doença, significa ser resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. É assim,*

*antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grande desigualdade nos níveis de vida.”*

A Sociedade Civil na década de 80 adquire consciência sobre o papel da saúde e das instituições médicas, entendendo que saúde pertence à uma coletividade se constituindo em um direito que deve ser exercido na sua totalidade.

Os grupos sociais envolvidos nas discussões delineadas durante a conferência concordaram que o Estado assume um papel essencial na gestão e na coordenação dos planos, programas e serviços de saúde. Esse foi um dos pontos centrais de discussão sobre a proposta de Reforma Sanitária no decorrer da conferência.

O cenário da década de 80 foi marcado por inúmeras conquistas no que diz respeito à democratização da saúde e a melhoria do acesso da população aos serviços de saúde no Brasil. Entretanto, para os empresários e alguns setores sindicalistas, a saúde continua sendo um direito que deve ser adquirido através do trabalho. Sobre tal perspectiva, Luz (1994: 136) sinaliza que:

Trata-se aqui da visão tradicional nas políticas de saúde brasileiras, que relaciona a aquisição de direito à atenção à saúde ao exercício do trabalho, sobretudo, o trabalho urbano. Trata-se, portanto, em última instância, do exercício do emprego. Essa proposta poderia tornar os serviços médicos inacessíveis à maior parte da população brasileira, sobretudo em época de recessão: crianças, donas de casa cabeças de família, jovens não-empregados, velhos sem aposentadoria, subempregados da economia informal, desempregados.

A cultura tradicional existente acerca da concepção da saúde não conseguiu inviabilizar a emergência de uma sólida compreensão sobre o significado da saúde no seu sentido mais amplo. A nova noção de saúde



incorpora uma percepção social fundada no direito de cidadania, implicando em uma visão desmedicalizada, sendo resultante de um conjunto de condições coletivas de existência (acesso ao trabalho, salário justo e etc...) e não de “ausência relativa de doenças”.

As discussões na conferência foram fundamentais para o estabelecimento de proposições que nortearam o movimento pela reforma e quatro eixos temáticos merecem destaque por sintetizarem os debates de quase duas décadas no campo da saúde:

#### ***- A unificação institucional dos serviços de saúde***

A unificação institucional propõe a integração das instituições e dos serviços de saúde em um só Ministério, que deveria ser o principal condutor, gestor e principal executor da Reforma Sanitária e de toda a política de saúde.

Esse movimento de unificação institucional dos serviços de saúde poderia trazer a possibilidade de superação da fragmentação existente entre saúde pública e atenção médica curativa, organizando um modelo assistencial baseado na medicina preventiva e nos cuidados médicos individuais hierarquizados.

Deve-se sublinhar também que a unificação institucional do setor gera a possibilidade de superar a justaposição, a repetição, a ineficácia e a competição dos programas e serviços de saúde, bem como de controlar financeiramente serviços e programas de saúde, ainda que no simples nível da contabilidade. Tudo isso depende, entretanto, da existência da vontade política e comando real nas decisões (LUZ, 1994: 139).

Faz-se necessário destacar fortes resistências encontradas durante o processo de unificação institucional em decorrência de uma velha herança instalada no aparelho estatal. Essa velha herança diz respeito aos *lobbies* e interesses de grupos populistas que defendem interesses particulares e não aceitam a intervenção do Estado na direção da política de atenção previdenciária.

Mesmo com todos os obstáculos colocados, em 1987 a tendência de unificação institucional se consolidou com a criação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) da Previdência Social, sendo posteriormente transformado com a Constituição de 1988 em Sistema Único de Saúde (SUS).

#### **- A descentralização dos serviços de saúde**

O tema da descentralização é abordado com significativa importância em decorrência da necessidade de transparência efetiva de responsabilidade, com efetivo poder de decisão tanto para Estados, Municípios e Distritos, colocando em xeque a tendência centralizadora que tanto marcou a estrutura institucional do Estado brasileiro.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde propõe um projeto de Reforma Sanitária baseado na experiência das AIS (já abordada anteriormente), prevendo a criação de espaços, tais como: os Conselhos Municipais de Gestão de Serviços de Atenção Médica.

A descentralização constitui eixo fundamental da reforma, uma vez que redimensiona as atribuições próprias a cada esfera de governo. A provisão de serviços passa a ser de

responsabilidade dos Governos Municipais, com assistência financeira da União e dos Estados. O sistema deve ser unificado em rede, ou seja, interligado em serviços pertencentes às diferentes esferas de governo, que atendam aos pacientes de forma referenciada e de acordo com o nível de complexidade exigido. (LOBATO, 2000:21).

O processo de descentralização estabelece a formulação de um sistema de saúde hierarquizado em rede e regionalizado, demandando a elaboração de fóruns de gestores inseridos em diferentes esferas de governo.<sup>11</sup>

A Saúde foi a área de política social em que o modelo descentralizador foi mais amplo e radicalmente aplicado. O Sistema Único de Saúde - SUS é hoje dotado de um formidável arcabouço jurídico-normativo, que lhe define uma arquitetura institucional bastante consistente e adequada tanto à idéia da centralidade do Município no funcionamento do sistema, quanto à idéia de sua permeabilidade às demandas sociais (TEIXEIRA, 1997:4).

Contudo, o processo de descentralização da saúde, não ocorreu de forma homogênea no país. De acordo com dados do Núcleo de Estudos de Políticas Públicas da Unicamp - NEPP em seu relatório do ano de 2000, pesquisas permitiram observar "modelos próprios" de descentralização, isto é, Estados e Municípios tentando buscar nos recursos locais - físicos, financeiros e humanos - a melhor maneira de se adaptar às novas regras. A criação e a implementação de uma série de programas com a descentralização e a municipalização da saúde, permitiu a cada Município, conhecedor de seus problemas, agir de acordo com as suas necessidades.

Os resultados da descentralização também não são homogêneos. São diversas as razões: dimensão continental do país, diferenças regionais e uma enorme quantidade de Municípios existentes, mais de 5000, dos quais a

---

<sup>11</sup> São constituídas assim as Comissões Tripartites compostas por Gestores Federais, Estaduais e Municipais e Comissões Bipartites, por Gestores Estaduais e conjunto de Gestores Municipais.

maioria de pequeno porte. Segundo GERSCHMAN (2002), *"a implementação da política de saúde do SUS é marcada por procedimentos clientelísticos, patrimonialistas, associados ao tráfico de influências no exercício da política pública e muito arraigados na cultura política e institucional"*. Elementos que influenciaram e continuam influenciando nos resultados da descentralização.

#### **- A hierarquização dos atos e serviços de cuidados médicos**

Durante a conferência de saúde foi abordado o tema da hierarquização dos cuidados médicos, evidenciando alguns aspectos que merecem o devido destaque:

- a) Prioridade para os cuidados primários, desmistificando a idéia de que a medicina primária é "uma medicina pobre destinada aos pobres";
- b) Estabelecimento de prioridades nos atendimentos oferecido pelos grandes hospitais;
- c) Reestruturação dos serviços e organização de um sistema unificado e integrado de cuidados médicos, coerentes com a nosologia da população, sobretudo do setor majoritário da população, atingido por condições muito desfavoráveis.

A proposta de hierarquização dos serviços foi um elemento que se tornou central na democratização das políticas de saúde no Brasil sendo um dos pontos discutidos entre os principais atores no desenvolvimento da conferência.

## **- A participação popular nos serviços de saúde**

O conceito de participação abordado durante a 8ª Conferência buscou superar a herança da “participação comunitária” oriunda da fase desenvolvimentista no Brasil.

Escorel e Moreira (2008: 996) consideram que a participação em programas e ações de saúde não teve início na década de 80. Nas décadas de 70 e até mesmo na década de 80, outros tipos de conselhos procuravam viabilizar a participação da população: conselhos comunitários, conselhos populares e conselhos administrativos.

A idéia de participação disseminada na 8ª Conferência Nacional de Saúde é estabelecida de forma ampliada, onde a população torna-se protagonista da gestão e dos serviços de saúde. Clamava-se pela atuação da Sociedade Civil na arena decisória das políticas de saúde. Contudo, o processo de controle social que começou a ser fortalecido a partir da 8ª Conferência esbarra em alguns limites derivados da própria fragilidade da Sociedade Civil em participar e se organizar politicamente para defender os interesses da coletividade.

Sobre este aspecto, Pinheiro et. al. (2004:20) mencionam que:

Essa concepção de participação coloca a população como protagonista do projeto de construção social do direito à saúde, de tal modo que o relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde afirma que, para assegurar esse direito à “toda população brasileira”, ou seja, o direito universal à saúde, considera-se imprescindível “estimular a participação da população organizada nos núcleos decisórios”.

Apesar das limitações referentes à operacionalização de uma participação ampliada, a 8ª Conferência expressa um avanço do processo

organizativo e a capacidade de intervenção do Movimento Sanitário, visto que, pela primeira vez, as classes populares garantiram na luta, a participação em um evento, convocado pelo Executivo para discutir as diretrizes da Política de Saúde no Brasil.

Nesta visão, a participação reivindicada pelo Movimento Social vinculado à saúde esteve direcionada para o fortalecimento do Estado, no sentido de assegurar a democratização nos diversos níveis de decisão.

Dentro desta perspectiva, os Conselhos de Saúde (Federal, Estaduais e Municipais) se colocam enquanto espaços e/ou canais de democratização, possuindo uma composição paritária, sendo estratégicos na formulação e execução das políticas de saúde no Brasil.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde foi a alavanca para o desenvolvimento da Reforma Sanitária no Brasil. O desdobramento posterior à conferência expressou a apropriação pelo movimento de Reforma Sanitária dos principais pontos discutidos e mencionados no relatório da 8ª CNS que definiram questões essenciais para a reformulação da Política Nacional de Saúde.

Estes pontos dizem respeito:

Ao conceito de saúde com todos os seus determinantes e condicionantes, o direito universal e igualitário à saúde, o dever do Estado na proteção, promoção e recuperação da saúde, a natureza pública nas ações e serviços de saúde, a organização das ações do Estado em uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um Sistema Único de Saúde, gratuito, descentralizado, para Estados e Municípios, sob controle social, subordinação do setor privado às normas do Sistema Único e, quando necessário, contratado sob as normas do direito público; diretriz de estatização progressiva, desvinculação do Sistema de Previdência Social, com financiamento autônomo, preservada a gradualidade na substituição das fontes previdenciárias; estabelecimento de pisos e gastos. (RODRIGUEZ e NETO, 1997, p.70).

O relatório final da 8ª CNS reuniu as principais propostas e recomendações delineadas no projeto da Reforma Sanitária Brasileira, levado à Assembléia Nacional Constituinte para disputar com as demais proposições o que seria inscrito na Constituição em relação à saúde.

Escorel e Moreira (2008: 998) afirmam que no mesmo relatório, ficou consubstanciada a proposta do Movimento Sanitário que propôs uma completa reformulação das políticas de saúde então vigentes no país com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Para garantir o controle do novo sistema pelos usuários, a 8ª CNS preconizou a criação, em nível Municipal, Estadual e Regional, de Conselhos de Saúde compostos por representantes eleitos pela comunidade (usuários e prestadores de serviços) que permitissem a participação plena da sociedade no planejamento, execução e fiscalização dos programas de saúde. Além disso, também propunha a reformulação da composição e da função do Conselho Nacional de Saúde.

Alguns desdobramentos importantes foram produzidos com o advento da 8ª CNS:

- A constituição da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS) e a conformação da Plenária Nacional de Saúde<sup>12</sup>.

---

<sup>12</sup> A Plenária Nacional de Saúde estava constituída por entidades representativas do Movimento Popular- MOPS e CONAM, do Movimento Sindical- Central Única dos Trabalhadores (CUT), Confederação Geral dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG), dos profissionais de saúde (Federações, Confederações, Associações Nacionais, Sindicatos, conselhos de uma vasta gama de trabalhadores da saúde), dos partidos políticos (PCB, PC do B, PT, PSB) e de representantes da academia (ABRASCO, Departamento Nacional de Estudantes de Saúde da UNE, Entidades Científicas), além de entidades representativas setoriais, como o CEBES, o CONASS e o CONASEMS). Em agosto de 1987, representando 168 entidades, a Plenária Nacional de Saúde apresentou no plenário da Constituinte a proposta de emenda popular assinada por 54.133 eleitores, lida por Sérgio Arouca. (Faleiros et. al., 2006).

Todo um programa para viabilização do projeto de Reforma Sanitária foi legitimado na 8ª CNS através de diferentes forças sociais. Outro aspecto essencial foi a definição do princípio do direito à saúde e dever do Estado consagrado no texto do relatório final, que coloca em evidência a demanda pela universalização do acesso à saúde e pela intervenção do Estado no sistema de saúde.



## **1.4 - A Importância da Reforma Sanitária no Brasil: Um Marco no Setor Saúde**

A luta pela democratização das políticas de saúde adquire novas feições e características sendo deflagrada por setores organizados da sociedade brasileira (Movimentos Sociais, Universidades, Movimento Sanitário) que passam a clamar pela democracia participativa e pela universalização da política pública para responder às novas demandas rompendo com a noção de cobertura restrita a setores do mercado de trabalho formal.

As origens do Movimento Sanitário<sup>13</sup> (ESCOREL, S., 1987) remontam aos primeiros anos de ditadura militar, quando, com o fechamento de quase todos os canais de expressão política, a Universidade passou a ser o principal reduto de contestação do governo autoritário e nas faculdades de medicina, sob a recomendação da OPAS- Organização Panamericana da Saúde, foram criados os departamentos de Medicina Preventiva, no interior dos quais se aglutina e defende-se o pensamento crítico na saúde.

As concepções de saúde que nortearam o Movimento Sanitário no Brasil constituíram o “paradigma sanitário” centradas na Medicina Preventiva e na Medicina Comunitária. Entretanto, renasce com significativa importância a

---

<sup>13</sup> Os médicos foram o primeiro setor dos trabalhadores a desafiar o governo militar e convocar uma greve geral por melhores condições salariais colocando as reivindicações corporativas no contexto das lutas por um sistema de saúde mais democrático, isto é, menos subordinado aos interesses empresariais, com melhores condições de trabalho e remuneração dos profissionais. A incorporação das organizações sindicais médicas ao Movimento Sanitário, ainda quase que exclusivamente composto por intelectuais, deu uma dimensão política inusitada às reivindicações de transformação do sistema de saúde. Na sua vertente político-ideológica, o Movimento Sanitário buscou inspirado na experiência italiana, mecanismos capazes de difundir uma nova consciência sanitária, ao mesmo tempo, que construir uma rede organizada e canalizadora das diferentes manifestações de oposição à política de saúde. (Teixeira e Mendonça, 2006: 205-206).

Medicina Social inspirada nos princípios que fundamentaram a sua emergência na Europa em meados do século XIX, considerando:

A saúde e doença como um único processo que resulta da interação do homem consigo mesmo, com outros homens na sociedade e com elementos bióticos e abióticos do meio. Esta interação se desenvolve nos espaços sociais, psicológico e ecológico, e como processo tem dimensão histórica (...) A saúde é entendida como o estado dinâmico de adaptação a mais perfeita possível às condições de vida em dada comunidade humana, num certo momento da escala histórica (...). A doença é considerada, então, como manifestação de distúrbios de função e estrutura decorrentes da falência dos mecanismos de adaptação, que se traduz em respostas inadequadas aos estímulos e pressões aos quais os indivíduos e grupos humanos estão continuamente submetidos nos espaços social, psicológico e ecológico." (SILVA, 1973:31-32)

Dentro desta perspectiva, a produção teórica desenvolvida nas décadas de 70 e 80 favoreceu a emergência de um paradigma alternativo em Saúde Coletiva vinculado aos dois conceitos fundamentais:

- *Determinação social das doenças e*
- *Processo de trabalho em saúde.*

Na direção defendida pela Reforma Sanitária no Brasil, a mercantilização das práticas em saúde não se compatibiliza com os princípios e diretrizes referentes ao direito à saúde, à universalização, à cidadania e etc. Embora, necessitando de um apoio mais efetivo da população usuária do sistema de saúde, o Movimento Sanitário não abriu mão de politizar a discussão da saúde, propondo a reformulação do sistema.

Quando no início dos anos 80, fica evidenciada a crise financeira da Previdência Social, e no interior dela, a crise do modelo privatizante, o Movimento Sanitário apresenta-se enquanto o único capaz de oferecer sólidas respostas para modificar o sistema de saúde, propondo alternativas de ação diante do “caos” delineado.

Portanto, para compreendermos o projeto de Reforma Sanitária é necessário nos remetermos ao Movimento Sanitário, principal ator na condução das medidas propostas pela reforma.

O Movimento Sanitário brasileiro possui uma particularidade que se diferencia do Movimento Sanitário italiano (embora seja inspirado no mesmo). Na visão de Berlinguer (1988), os dois movimentos revelam semelhanças por representarem grande poder de mobilização política e social em torno das reformas no sistema de saúde. Entretanto, no caso italiano, o Movimento Sanitário teve enquanto eixo central da sua luta, as condições de saúde do trabalhador e no caso brasileiro, o Movimento Sanitário está voltado para a legitimação do direito à atenção à saúde do cidadão.

Além disso, no contexto italiano não houve uma intensa privatização das políticas públicas e dos serviços sociais como na realidade brasileira. Por isso, a reforma brasileira demandou com significativa ênfase a participação e a intervenção do Estado na gestão do setor público.

Mas o que foi o projeto de Reforma Sanitária brasileira? Como definí-lo?

Para Teixeira (2006:39), o conceito *Reforma Sanitária* refere-se a um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos e corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às

camadas populares, cuja expressão material se concretiza na busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único de serviços sob a égide do Estado.

A Reforma Sanitária brasileira significou na sua totalidade uma ampla defesa pela transformação do sistema de saúde no Brasil, impulsionando-o para vivenciar um processo de democratização na saúde jamais experimentado pela sociedade.

Teixeira et. ali. (1988) aponta que um conjunto de hipóteses foi elaborado na tentativa de sistematizar uma teoria em construção da Reforma Sanitária, tais como:

- *Uma conceituação*- “O conceito de Reforma Sanitária refere-se a um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos que corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares, cuja expressão material concretiza-se na busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único de serviços sob a égide do Estado”.
- *Uma referência histórica*- “Regra geral, os processos da Reforma Sanitária emergem em um contexto de democratização (seja ele o da Nicarágua, Brasil, Espanha, Portugal ou Itália) e estão associados à emergência das classes populares como sujeito político (geralmente em aliança com setores médios)”.
- *Uma visão processual*- “A (primeira) hipótese que podemos levantar afirma que a incorporação das demandas sanitárias por

meio de um conjunto de dispositivos legais e institucionais, configurando distintas cidadanias, é, ao mesmo tempo que resultante da correlação de forças existentes, um elemento ativo na conformação de identidades políticas e sociais, isto é, no desenvolvimento subsequente da luta política”.

A Reforma Sanitária é um movimento de contra-hegemonia (*no sentido gramsciano*<sup>14</sup> *da palavra*), sendo uma reforma cultural, em defesa da participação democrática, constituindo-se em uma necessidade para a promoção da saúde.

Teixeira e Mendonça (2006:210) sinalizam que em termos gerais, as estratégias de luta pela Reforma Sanitária foram marcadas por três direcionamentos básicos: a politização da questão da saúde, alteração da norma legal e a mudança do arcabouço e das práticas institucionais.

A CNS retomou algumas propostas fundamentais do Movimento da Reforma Sanitária, dentre elas:

- *Universalização do acesso;*

---

<sup>14</sup> Para Gramsci (1995), a hegemonia seria a direção moral e intelectual de uma sociedade, onde a dominação “física” e corpórea é auxiliada pela instauração do consenso. O poder de coesão, conectado ao consenso, constituiria o predomínio de uma visão social de mundo e de convívio social. O espaço da hegemonia é a Sociedade Civil, em que os chamados “aparelhos privados de hegemonia” são os responsáveis pela disseminação do pensamento dominante (COUTINHO, 1999).

Segundo Coutinho (1999), a crítica ideológica e a batalha cultural a ela ligada é decisiva na orientação prática dos homens sendo um momento decisivo da luta pela construção de uma nova hegemonia. Para o autor, a “luta pela hegemonia implica uma ação que, voltada para a efetivação de um resultado *objetivo* no plano social, pressupõe a construção de um universo *intersubjetivo* de crenças e valores”. (p. 115-116). Eagleton (1997, p.106) nos mostra a atualidade do pensamento de Gramsci: na sociedade moderna, então, não é suficiente ocupar fábricas ou entrar em confronto com o Estado. O que também deve ser contestado é toda a área da “cultura”, definida em seu sentido mais amplo, mais corriqueiro. O poder da classe dominante é espiritual assim como material, e qualquer “contra-hegemonia” deve levar sua campanha política até esse domínio, até agora negligenciado, de valores e costumes, hábitos discursivos e práticas rituais.

- *A compreensão da saúde como direito social e dever do Estado;*
- *Remodelamento do sistema por meio da constituição de um Sistema Unificado de Saúde;*
- *Descentralização do processo decisório para as esferas Estaduais e Municipais;*
- *O financiamento efetivo;*
- *Criação dos Conselhos de Saúde e a democratização/control social, através da participação social.*

Sendo assim, a Reforma Sanitária congrega elementos que direcionam para a ampliação da consciência sanitária, formação de um novo paradigma de análise vinculado à Medicina Social ou Saúde Coletiva, sistematizado a partir de noções de determinação social, enfatizando as condições que produzem o processo saúde x doença, constituição de uma nova ética, construção de alianças políticas em defesa do direito à saúde, criação de instrumentos democráticos e de controle social.

O projeto de Reforma Sanitária portava um modelo de democracia cujas bases eram, fundamentalmente: a formulação de uma utopia igualitária; a garantia da saúde como direito individual e a construção de um poder local fortalecido pela gestão social democrática. Ao traduzir a noção de equidade como o acesso universal e igualitário ao sistema de saúde, abolindo qualquer tipo de discriminação positiva ou negativa, a Reforma Sanitária assume a igualdade como valor e princípio normativo, formulando um modelo de ética e de justiça social fundado na solidariedade, em uma comunidade politicamente inclusiva. (TEIXEIRA, 1997:33).

Indubitavelmente, a Reforma Sanitária transcende a idéia apenas de um projeto e se coloca enquanto um processo através das múltiplas ações que foram consolidadas no sentido de garantir o exercício do direito à saúde. As AIS, a 8ª Conferência Nacional de Saúde e no âmbito administrativo a constituição dos SUDS- Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (além de todas as plenárias, fóruns e debates) foram fundamentais na aprovação do capítulo da seguridade social, alterando radicalmente o conceito de saúde e reformulando todo o sistema, através da mobilização política cuja a finalidade esteve centrada na democratização da saúde.

Considera-se que os elementos anteriores foram decisivos para gestar uma verdadeira mudança de arcabouço e das práticas institucionais por meio de algumas medidas que visaram o fortalecimento do setor público e a universalização do atendimento, incluindo a criação dos SUDS (1987) e posteriormente, do SUS (1988), passo mais avançado na reformulação administrativa do setor, alterando profundamente a gestão e a prestação dos serviços de saúde no Brasil. A Reforma Sanitária vai além de uma mera reforma administrativa, vai se buscar uma reforma assistencial, o que remete a necessidade de novos modelos assistenciais para a esfera da saúde.

## **1.5 - Dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) ao Sistema Único de Saúde (SUS)**

A proposta dos SUDS<sup>15</sup> surgiu em 1987 visando promover a Reforma Sanitária e modificar as práticas institucionais, aprofundando a política das AIS e contendo as seguintes diretrizes:

- Universalização e equidade no acesso aos serviços de saúde;
- Descentralização das ações de saúde;
- Implementação dos Distritos Sanitários;
- Desenvolvimento de instituições colegiadas gestoras;
- Desenvolvimento de uma política de recursos humanos.

Noronha e Lecovitz (1994:88-89) revelam que a proposição central no desenvolvimento dos SUDS estariam relacionados a:

Restringir o nível federal apenas às atividades de coordenação política, planejamento, supervisão, normatização, regulamentação do relacionamento com o setor privado, a execução direta dos serviços fica restrita àqueles de abrangência nacional. Aos Estados e Municípios compete a projeção Estadual e Municipal, respectivamente, das atividades nacionais, destacando-se o caráter normativo complementar assumido pelo nível Estadual e a execução direta dos serviços, tanto de cuidados individuais quanto coletivos no âmbito municipal.

---

<sup>15</sup> Em 20 de julho de 1987, através do decreto 94.657, o presidente da República cria os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde com o objetivo de contribuir para a consolidação e o desenvolvimento qualitativo das AIS, adotando como diretrizes as propostas dos Ministros da Saúde, Roberto Santos, e da Previdência e Assistência Social, Raphael de Almeida Magalhães, na exposição de motivos 31/87, documento de rara clareza e objetividade no elenco de atos governamentais relativos à política de saúde, antepondo uma série de inovações descentralizantes que viriam a ser consolidadas na Constituição Federal de 1988 e, inclusive, desenhando alguma repartição de funções entre os níveis Federal, Estadual e Municipal na gestão dos SUDS.



Cordeiro (1987) evidencia que os SUDS desencadearam a descentralização administrativa do quadro institucional da Assistência Médica da Previdência Social- INAMPS. Este programa transferia para os Estados e Municípios atribuições do Ministério da Previdência e Assistência Social do INAMPS, através da abertura das unidades assistenciais para a formulação de seus próprios programas e orçamentos, e da estimulação da unificação institucional para a elaboração de projetos de estadualização e municipalização dos serviços. Avançou ainda no sentido de transferir a responsabilidade da gestão dos convênios e contratos entre a Previdência e o conjunto dos prestadores públicos e privados dependentes dos recursos públicos para a esfera do Estado, prevendo sua futura municipalização.

Scorel (2008:429) revela que a implementação dos SUDS provoca:

O enxugamento da máquina previdenciária de nível Estadual, transformando as antigas superintendências regionais em escritórios, a transferência dos serviços de saúde para os Estados e Municípios, o estabelecimento de um gestor único de saúde em cada esfera de governo e a transferência para os níveis descentralizados dos instrumentos de controle do setor privado. A idéia dos SUDS surgiu como uma ponte, uma estratégia transitória para chegada ao Sistema Único de Saúde.

Os SUDS conseguiram produzir uma inflexão na política previdenciária, pois as regras do jogo foram alteradas, obtendo mudanças na correlação de forças dos atores interessados na política do setor. Os SUDS se propõem em induzir a unificação descentralizada, encontrando impasses neste processo, tais como: dualidade Ministério da Saúde- MS e INAMPS e unificação sem real suporte jurídico.

Teixeira e Mendonça (2006:218) ressaltam que os SUDS são implementados por meio da organização descentralizada do sistema de saúde, com base no setor público executor da política de saúde, complementando suas necessidades de cobertura através do estabelecimento de convênios com serviços filantrópicos, segmento a ser privilegiado dentro do setor privado, com contratos regidos pelas normas de direitos públicos.

É no decorrer do processo de consolidação dos SUDS que se estabelecem os debates na Assembléia Nacional Constituinte sobre a elaboração do capítulo da saúde na nova Constituição. O capítulo retrata todos os fundamentos do pensamento da Reforma Sanitária, reorganizando o sistema de saúde brasileiro, fixando diretrizes pautadas na constituição de ações e serviços públicos de saúde que se integram através de uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único.

Desta forma, a transformação no arcabouço institucional do sistema de saúde foi feita primeiramente com a criação dos SUDS- Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde e posteriormente a constituição do SUS- Sistema Único de Saúde, reformulando administrativamente o setor saúde com o fortalecimento do setor público e com a diminuição da interferência da esfera privada na prestação dos serviços de saúde.

Vasconcelos e Pasche (2006:531) resgatam a definição do SUS, demonstrando a sua relevância para a sociedade brasileira, apontando que:

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o arranjo organizacional do Estado brasileiro que dá suporte à efetivação da política de saúde no Brasil, e traduz em ação os princípios e diretrizes desta política. Compreende um conjunto organizado e articulado de serviços e ações de saúde, e aglutina o conjunto das organizações públicas de saúde existentes nos âmbitos Municipais, Estaduais e Nacional, e ainda os serviços privados de saúde que o integram funcionalmente para a prestação de

serviços aos usuários do sistema, de forma complementar, quando contratados ou conveniados para tal fim.

Os fundamentos legais do SUS se encontram legitimados na Constituição de 1988, no capítulo II- Da Seguridade Social, Seção II- Da Saúde no artigo 196 que estabelece:

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

Ao longo de 1988, as negociações permaneceram em relação à formulação da lei complementar que regulamentaria o SUS, novamente a Plenária Nacional de Saúde conduziu os debates sobre a Lei Orgânica da Saúde que foi promulgada em 1990 (as leis 8.080 e 8.142), constituindo o aparato legal de organização do novo sistema de saúde brasileiro.

Pode-se dizer que a criação do SUS é um marco legal expresso na Constituição de 1988, no capítulo da seguridade social e nas leis 8080 e 8142 de 1990, resultante dos vários acordos políticos e das pressões populares, reafirmando os princípios da Reforma Sanitária, tais como:

1. A saúde é um direito de todos e dever do Estado;
2. Garantia de acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde;
3. Integralidade das ações e medidas de proteção, promoção e recuperação;
4. Relevância pública das ações e serviços de saúde, regulamentados, fiscalizados e controlados pelo Poder Público;

5. Possibilidade do setor privado prestar serviços ao SUS, de forma complementar;
6. Rede Única de serviços regionalizada e hierarquizada;
7. Descentralização com unidade de comando em cada esfera de governo;
8. Controle social e participação da comunidade através de mecanismos existentes em todas as esferas de gestão da política de saúde.

O SUS está norteado por diretrizes organizativas e princípios fixados no texto constitucional e às leis ordinárias que o regulamentam. Essas diretrizes e princípios possuem uma articulação entre si e se complementam no sentido de garantir a universalização e a democratização do acesso à saúde.

É necessário conhecer o sentido das palavras diretriz<sup>16</sup> e princípio com a finalidade de notarmos a importância de tais definições, pois as diretrizes e os princípios do SUS funcionam como uma linha de base às proposições de reorganização do sistema, dos serviços e das práticas de saúde.

Noronha, Lima e Machado (2008:442-443) ilustram através de um quadro conceitual, uma síntese dos principais princípios e diretrizes do SUS:

---

<sup>16</sup> O dicionário Houaiss da língua portuguesa (2001), define diretriz como sendo uma linha reguladora do traçado de um caminho ou de uma estrada; conjunto de instruções ou indicações para se tratar e levar a termo um plano, uma ação, etc. Por princípio entende-se a origem, começo; elemento predominante na constituição de um corpo; proposições diretoras de uma ciência, as quais todo o desenvolvimento posterior dessa ciência deve estar subordinado.

**Quadro 1- Síntese dos Principais Princípios e Diretrizes do SUS**

| Princípios e Diretrizes do SUS                                                 | Direitos dos Cidadãos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Deveres do Estado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Universalidade no acesso e igualdade na assistência                            | Igualdade de todos às ações e aos serviços necessários para promoção, proteção e recuperação da saúde                                                                                                                                                                                                                                                                      | Garantia de ações e serviços necessários a toda população, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, independentemente da natureza das ações envolvidas, da complexidade e do custo do atendimento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Integralidade na assistência                                                   | Acesso a um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços resolutivos, preventivos e curativos, individuais e coletivos, de diferentes complexidades e custos, que reduzam o risco de doenças e agravos e proporcionem o cuidado à saúde                                                                                                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Garantia de condições de atendimento adequadas ao indivíduo e à coletividade, de acordo com as necessidades de saúde, tendo em vista a integração das ações de promoção da saúde, a prevenção de doenças e agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação</li> <li>- Articulação da política de saúde com outras políticas públicas, como forma de assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas cujas ações tenham repercussão na saúde e na qualidade de vida das pessoas</li> </ul> |
| Participação da comunidade                                                     | Participação na formulação, na fiscalização e no acompanhamento da implantação de políticas de saúde nos diferentes níveis de governo                                                                                                                                                                                                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Garantia de espaços que permitam a participação da sociedade no processo de formulação e implantação da política de saúde</li> <li>- Transparência no planejamento e na prestação de contas das ações públicas desenvolvidas</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Descentralização, regionalização e hierarquização de ações e serviços de saúde | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Acesso a um conjunto de ações e serviços, localizados em seu Município e próximos à sua residência ou ao seu trabalho, condizentes com as necessidades de saúde</li> <li>- Atendimento em Unidades de Saúde mais distantes, situadas em outros Municípios ou Estados, caso isso seja necessário para o cuidado à saúde</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Garantia de um conjunto de ações e serviços que supram as necessidades de saúde da população e apresentem elevada capacidade de resposta aos problemas apresentados, organizados e geridos pelos diversos Municípios e Estados brasileiros</li> <li>- Articulação e integração de um conjunto de ações e serviços, de distintas naturezas, complexidades e custos, situados em diferentes territórios político-administrativos</li> </ul>                                                                     |

Fonte: Dados extraídos da análise de Noronha et. ali. sobre o Sistema Único de Saúde em Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. RJ. FIOCRUZ. 2008

Vasconcelos e Pasche (2006) revelam que o SUS tem como objetivo principal formular e implementar a Política Nacional de Saúde destinada a promover condições de vida saudável, a prevenir riscos, doenças e agravos à saúde da população, e garantir o acesso equitativo ao conjunto de serviços assistenciais para garantir a atenção integral. Segundo os autores, a atuação do sistema abrange um conjunto de serviços e ações de:

1. Vigilância em saúde, em que se inclui a vigilância ambiental, inclusive dos ambientes de trabalho, a vigilância sanitária, a vigilância epidemiológica e a vigilância nutricional;
2. Assistência que integra a atenção básica, a atenção especializada ambulatorial e a atenção hospitalar em seus vários níveis de complexidade;
3. Prestação de assistência terapêutica integral, com destaque para a assistência farmacêutica;
4. Apoio diagnóstico e de terapia (SADT) na assistência à saúde, e nas investigações de interesse da vigilância em saúde pública;
5. Formulação e execução da política de sangue e seus derivados, e a coordenação da rede de hemocentros;
6. Regulação da prestação de serviços privados de assistência à saúde;
7. Regulação da formação dos profissionais de saúde;
8. Definição e implementação de políticas de Ciência e Tecnologia para o setor saúde, incluindo a definição de normas e padrões para a incorporação tecnológica;

## 9. Promoção da saúde em articulação intersetorial com outras áreas e órgãos governamentais.

A lei 8.080/90 estabelece as atribuições e competências de cada esfera do governo na gestão do SUS. Quanto às atribuições comuns, se destacam: coordenação das ações, articulação dos planos e políticas, planejamento das ações com a formulação e atualização do plano de saúde, financiamento, orçamentação, administração e o controle de recursos financeiros, a avaliação e fiscalização, elaboração de normas relacionadas à saúde, organização e coordenação dos sistemas de informação, realização de estudos e pesquisa, implementação de políticas específicas e etc..

Em relação às competências específicas estão definidas no marco da descentralização que atribuiu ao Município a responsabilidade pela maioria das ações de saúde, cabendo aos Estados e à União, funções diversificadas.

No quadro abaixo, encontramos as principais competências de cada esfera governamental:

**Quadro 2- Competências dos Municípios, Estados e União.**

| <b>Municípios</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>Estados</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>União</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- prestação de serviços à população</li> <li>- gerência e execução dos serviços públicos de saúde</li> <li>- execução das ações de vigilância em saúde</li> <li>- participação na organização da rede regionalizada de atenção em saúde em articulação com a direção Estadual do SUS</li> <li>- implementação de políticas definidas no âmbito nacional</li> <li>- colaboração na efetivação das competências Estaduais e Municipais</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- coordenação do Sistema Estadual de Saúde, com ênfase na promoção da descentralização das ações e serviços e na oferta de apoio técnico e financeiro aos Municípios na coordenação das redes assistenciais, e das ações e dos Subsistemas de Vigilância em Saúde, na análise da situação de saúde e na execução supletiva de ações e serviços de saúde que os Municípios não tenham condições de fazê-lo</li> <li>- Participação na formulação e execução das políticas de caráter intersetorial, a normatização suplementar em relação à saúde</li> <li>- Colaboração com a direção nacional do SUS no exercício das suas competências</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- formulação e implementação da Política e do Plano Nacional de Saúde</li> <li>- financiamento</li> <li>- normatização das ações e serviços de saúde, públicos e privados</li> <li>- coordenação das Redes Nacionais de Atenção à Saúde e dos Subsistemas de Informação e Vigilância em Saúde</li> <li>- cooperação técnica e financeira aos Estados e Municípios</li> <li>- avaliação e controle das ações e serviços de saúde</li> <li>- desenvolvimento de políticas científicas e tecnológicas para o setor saúde</li> <li>- ordenação da formação de recursos humanos para a saúde</li> <li>- ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde</li> </ul> |

Fonte: Constituição Federal de 1988, ver artigo 30.

É importante salientar, o papel decisivo do processo de descentralização que ocorreu na esfera da saúde, alterando significativamente a gestão pública. Inicialmente, a descentralização ocorreu pela experiência de estadualização da gestão (com o advento do SUDS), com a participação dos principais atores e mobilização dos gestores municipais, o movimento pela descentralização ganha uma expressão maior, avançando no setor saúde.

A descentralização da saúde é vista como um dos processos que obteve maior êxito na gestão pública no Brasil, pelas características em que foi



operacionalizada e sob condições marcadas por um contexto federativo configurado por conflitos entre as esferas de governo.

Arretche (2002:41) concorda com a afirmativa anterior, sinalizando que:

A municipalização da gestão dos serviços foi o elemento central da agenda de reformas do Governo Federal na área da saúde ao longo da década de 1990 e pode-se afirmar que, deste ponto de vista, a reforma foi um sucesso. Em 2000, 99% dos Municípios estavam habilitados no Sistema Único de Saúde, aceitando as normas da política de descentralização do Governo Federal.

Embora, a municipalização tenha significado um grande avanço para o sistema de saúde brasileiro, é preciso reconhecer que tal processo não se desenvolveu com a ausência de conflitos e de resistências pois exigia um pacto federativo mais cooperativo. Os principais elementos geradores de conflitos caracterizaram-se pelos embates em torno de recursos, fragmentação institucional, centralização excessiva, frágil capacidade reguladora pouca tradição na esfera de participação social.

A constituição das Comissões Intergestores Bipartite (CIB), no âmbito Estadual e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) no âmbito nacional, a partir de 1993, têm assumido um papel preponderante na resolução e negociação dos conflitos entre os gestores. Entretanto, apesar dos dilemas existentes no que diz respeito ao processo de descentralização, conforme foi dito anteriormente, os resultados produzidos não deixam dúvidas quanto ao seu sucesso. Segundo dados de dezembro de 2001, 99% dos Municípios estavam habilitados a uma das condições de gestão, sendo 89% em Gestão Plena da Atenção Básica, e 10,1% na Gestão Plena do Sistema Municipal (Lucchese, 2003).

Para o setor saúde brasileiro, é muito relevante avaliar o impacto dos arranjos institucionais gerados pela política pública orientada ao nível local sobre estruturas, processos e resultados do sistema público de saúde com experiência da descentralização. A grande questão é saber se a forte ênfase dada à autonomia municipal favoreceu o comprometimento dos governos locais com o sistema de saúde e se consolidou a responsabilidade dos Municípios com a provisão de serviços de saúde.

Para consolidar a gestão descentralizada, o processo de municipalização do SUS tem sido orientado por instrumentos chamados Normas Operacionais, instituídas por meio de portarias ministeriais. Estas normas definem as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que Estados e Municípios possam assumir as responsabilidades e prerrogativas dentro do Sistema.

As Normas Operacionais Básicas são instrumentos utilizados para a definição de estratégias e movimentos tático-operacionais que reorientem a operacionalidade do sistema, a partir da avaliação periódica de implantação e desempenho do SUS.

Embora o instrumento que formaliza a norma seja uma portaria do Ministério da Saúde, o seu conteúdo é definido de forma pactuada entre o Ministério da Saúde e representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Entre os objetivos das Normas Operacionais temos:

1. Induzir e estimular mudanças;
2. Aprofundar e reorientar a implementação do SUS;

3. Definir novos objetivos estratégicos, prioridades, diretrizes, e movimentos tático-operacionais;
4. Regular as relações entre seus gestores;
5. Normatizar o SUS.

Desde o início do processo de implantação do SUS foram publicadas as Normas Operacionais Básicas (NOB/91 e 92 (similar à anterior), NOB/93 e NOB/96) e em 2001 foi publicada a primeira Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/SUS 01/01), reeditada em 2002, além das portarias relativas aos Pactos pela Saúde.

A formulação e implantação dessas normas e portarias foram permeadas por um intenso debate e negociação, incluindo as três esferas de governo e o Conselho Nacional de Saúde. Essas normas expressam os acordos feitos com base no projeto de descentralização, originalmente assumido no processo de elaboração da Política Nacional de Saúde. As mesmas foram sendo alteradas e complementadas, sendo substituídas e definindo as atribuições dos gestores, os mecanismos de relacionamento e espaços de negociação entre os gestores do SUS e as responsabilidades e respectivas modalidades de transferência de recursos federais de custeio e remuneração de serviços, associadas às diferentes condições de gestão de Estados e Municípios. (Noronha et. ali, 2008).

Noronha et. ali (2008:459-460) sintetizam através de um quadro demonstrativo os elementos constitutivos do processo de descentralização do SUS, com as principais indicações referentes às normas operacionais, à NOAS e aos Pactos pela Saúde.

**Quadro 3- Elementos constitutivos da regulação do processo de descentralização no SUS- formas de financiamento federal de ações e serviços descentralizados do SUS, modelos de atenção à saúde e acordo federativo**

| <b>Principais Portarias em Vigor</b> | <b>Formas de Financiamento Federal de Ações e Serviços Descentralizados do SUS</b>                                                                                                                    | <b>Modelos de Atenção</b>                                                                                                                                                | <b>Acordo Federativo</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>NOB 91/92</b>                     | Única forma utilizada: repasse direto ao prestador segundo produção aprovada                                                                                                                          | Ausente                                                                                                                                                                  | Negociações em âmbito Nacional por meio dos Conselhos de Representação dos Secretários Estaduais (CONASS) e Municipais (CONASEMS) e Comissão intergestores Tripartite (CIT)                                                                                                                                         |
| <b>NOB 93</b>                        | Forma preponderante:<br>- Repasse direto ao prestador segundo produção aprovada<br>- Forma residual transferências em bloco ( <i>block grants</i> ) segundo montante definido no teto financeiro      | Definição de responsabilidade sobre algumas ações programáticas e de vigilância (sanitária e epidemiológica) para a condição de gestão mais avançada vigente (semiplena) | - Negociações em âmbito Nacional por meio dos Conselhos dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e Comissão intergestores Bipartite (CIB)<br>- Iniciativas isoladas de consórcios<br>- Formalização dos acordos Intergovernamentais por meio do processo de habilitação às condições de gestão do SUS           |
| <b>NOB 96</b>                        | Forma residual: repasse direto ao prestador segundo produção aprovada<br>Forma preponderante: transferências segmentadas em várias parcelas por nível de atenção à saúde, tipo de serviço e programas | -Programa de Agentes Comunitários de Saúde/Programa Saúde da Família (PACS/PSF)<br>- Programas e projetos prioritários para controle de doenças e agravos                | - Negociações em âmbito Nacional e Estadual e experiências de negociação regional isoladas (ex: CIB regionais)<br>- Iniciativas isoladas de consórcios<br>- Formalização de acordos Intergovernamentais por meio do processo de habilitação às condições de gestão do SUS e da PPI (Pactuação Programada Integrada) |
| <b>NOAS 2001/2002</b>                | Forma residual: repasse direto ao prestador segundo produção aprovada                                                                                                                                 | Manutenção dos dispositivos anteriores e:                                                                                                                                | - Negociações em âmbito Nacional e Estadual e experiências de negociação                                                                                                                                                                                                                                            |

|                   |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                   | <p><b>Forma preponderante: transferências segmentadas em várias parcelas por nível de atenção à saúde, tipo de serviço e programas, incluindo a definição de referências intermunicipais</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Definição das responsabilidades mínimas e conteúdos para a atenção básica</li> <li>- Redefinição de procedimentos da atenção de média complexidade</li> <li>- Redefinição de procedimentos da atenção de alta complexidade</li> <li>- Criação de protocolos para assistência médica</li> </ul> | <p>regional isoladas (ex: CIB regionais)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Iniciativas isoladas de consórcios</li> <li>- Formalização de acordos Intergovernamentais por meio do processo de habilitação às condições de gestão do SUS e da PPI (Pactuação Programada Integrada) e de experiências de contratos de gestão isoladas</li> <li>- Implantação de mecanismos de avaliação de resultados (Agenda da Saúde, Pacto da Atenção Básica)</li> </ul>                                                                 |
| Pactos pela Saúde | <p><b>Transferência em cinco grandes blocos segundo o nível de atenção à saúde, o tipo de serviço, programas e funções- em fase de implantação</b></p>                                           | <p><b>Definição das responsabilidades em todos os níveis de atenção</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Negociações em âmbito Nacional e Estadual</li> <li>- Fomento à expansão das experiências de negociação regional e compartilhamento da gestão dos sistemas de saúde</li> <li>- Formalização dos acordos entre gestores por meio da PPI (Pactuação Programada Integrada), da assinatura de termos de compromisso entre os gestores no âmbito do Pacto de Gestão e do Pacto pela Vida</li> <li>- Implantação de mecanismos de monitoramento e avaliação dos compromissos pactuados</li> </ul> |

Fonte: Dados extraídos da análise de Noronha et. ali. sobre o Sistema Único de Saúde em Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. RJ. FIOCRUZ. 2008

Todas as inovações introduzidas na gestão e na prestação dos serviços de saúde no Brasil, seja através de normas, portarias ou pactos ocorreram, também, por meio da influência estratégica e fundamental do controle social. Não poderia deixar de explicitar a importância da lei 8.142/90 que estabelece duas instâncias necessárias para a efetivação do SUS: as Conferências de Saúde<sup>17</sup> e os Conselhos de Saúde<sup>18</sup>.

Tanto as Conferências quanto os Conselhos de Saúde constituem-se em esferas públicas de participação social, tendo a finalidade de construção e aprimoramento do SUS pois interferem decisivamente nos rumos da Política de Saúde no Brasil.

Correia (2006:125) tece comentários sobre a participação social na área da saúde, mencionando que:

Esta foi concebida na perspectiva do controle social, no sentido dos setores organizados na Sociedade Civil participarem desde as suas formulações- planos, programas e projetos- acompanhamento de suas execuções, até a definição da alocação de recursos para que estas atendam aos interesses da coletividade.

Os Conselhos de Saúde vem se posicionando na direção da defesa do SUS e de sua integralidade, interferindo na definição dos modelos assistenciais identificados nas normas operacionais, acompanhando os recursos da saúde e possuindo um lugar central no Pacto em Defesa do SUS que pressupõe a repolitização da saúde e a mobilização da sociedade.

---

<sup>17</sup> As Conferências de Saúde se reúnem por convocação do gestor ou do Conselho de Saúde e debatem os temas gerais e específicos da política de saúde, em cada âmbito, com periodicidade definida em lei. As Conferências Nacionais são precedidas das Conferências Estaduais e estas das Municipais ou Regionais que discutem o temário e escolhem os delegados que participam das etapas Estaduais, e estas para a Nacional. (VASCONCELOS, PASCHE, 2006:547).

<sup>18</sup> Os Conselhos de Saúde têm caráter permanente e atribuição de deliberar sobre as prioridades da política de saúde em cada âmbito de governo sendo um espaço de lutas entre interesses contraditórios pela diversidade de segmentados da sociedade nele representados. (VASCONCELOS & PASCHE, 2006:547 e CORREIA, 2006:127).

A cobrança por parte da sociedade em relação aos gestores torna-se necessária no sentido de assegurar a efetivação dos avanços conquistados através das pactuações e até mesmo no que se refere ao financiamento da saúde, com a regulamentação da Emenda Constitucional 29<sup>19</sup> e com o incremento de recursos orçamentários para o setor.

Apesar dos problemas enfrentados pelas instâncias colegiadas e deliberativas para promover a participação, tais como: clientelismo político, cooptação, apropriação privada do que é público e etc. *O Sistema Colegiado de Conferências e Conselhos de Saúde constitui uma inovação política, institucional e cultural de maior relevância para o avanço da democracia no SUS.* (SCOREL e MOREIRA, 2008).

A participação dos diferentes atores sociais na definição da agenda da saúde e na condução dos processos decisórios na direção em defesa do SUS produziu um avanço da política nos últimos vinte anos. Isso se revela através dos principais indicadores que retratam o desempenho do SUS no Brasil. Santos (2008:3) considera que o SUS<sup>20</sup> é sabidamente o maior projeto público

---

<sup>19</sup> O financiamento do SUS é de responsabilidade das três esferas de governo e está normatizado pela Emenda Constitucional nº 29, que estabeleceu destinação específica mínima das receitas Municipais (15%) e Estaduais (12%), estipulando as despesas da União com base nos recursos utilizados em 2000, acrescidos da variação nominal, anual do PIB.

<sup>20</sup> É importante destacar que o SUS foi sustentado historicamente por três pactos a saber: A) Pacto Social – Federado: 1986/1990 abrangeu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, a Comissão Nacional da Reforma Sanitária, a Assembléia Nacional Constituinte, o Simpósio sobre Política Nacional de Saúde na Câmara dos Deputados em 1989 e a Lei Orgânica da Saúde em 1990. Definiu e pactuou a Política Pública de Saúde e Seguridade Social, a Relevância Pública, o Direito de Todos e Dever do Estado, os Determinantes Sociais da Saúde, e a Universalidade, Igualdade, Integralidade, Descentralização, Hierarquização/Regionalização e Participação. B) Pacto Federado-Social: 1993- Após a quebra do SUS com a retirada da fonte previdenciária, os gestores das três esferas de governo (CONASEMS, CONASS e MS) retomaram e aprofundaram o pacto federado, criando as comissões intergestores de pactuação permanente (CIT e CIBs), aliando-se ao Legislativo para efetivar a direção única com a extinção do INAMPS e aos Conselhos de Saúde e ao movimento da reforma sanitária com a discussão e aprovação do documento “A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei”. Esta repactuação somada ao empréstimo do MS perante o FAT possibilitou prosseguir a construção do SUS. C) Pacto Federado: 2005/2006 - Após os revezes do caráter substitutivo da CPMF, do critério parcial de cálculo da contrapartida federal na EC-29 e da postergação da votação da regulamentação da EC-29 (completando 5 anos), a CIT (Tripartite) atualizou os pactos anteriores à atual conjuntura, aprofundou e avançou as pactuações na direção do

de inclusão social, 95% dos Municípios com 110 milhões de pessoas atendidas por agentes comunitários, entre os quais 92%, com 87 milhões atendidos por 27 mil equipes de saúde de família. Em 2006: 2,3 bilhões de procedimentos ambulatoriais, 300 milhões de consultas médicas, 11,5 milhões de internações, 360 milhões de exames laboratoriais, 2 milhões de partos, 23 milhões de ações de vigilância sanitária, 150 milhões de vacinas, 15 mil transplantes, 215 mil cirurgias cardíacas, 9 milhões de seções de radioquimioterapia e o controle mais avançado da AIDS no terceiro mundo. Estes avanços foram possíveis graças à profunda descentralização de competências com ênfase na municipalização, assim como na criação e funcionamento das Comissões Intergestores (Tripartite Nacional e Bipartites Estaduais), dos fundos de saúde com repasses fundo a fundo, na extinção do INAMPS unificando a direção em cada esfera de governo, na criação e funcionamento dos Conselhos de Saúde, e fundamentalmente, na influência dos valores éticos e sociais da política pública do SUS na população usuária, nos trabalhadores de saúde, nos gestores públicos e nos conselhos de saúde, levando às grandes expectativas dos direitos sociais e decorrente força e pressão social.

---

modelo com base nas necessidades e direitos da população, e lançou o “Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão”, a seguir discutido e aprovado no Conselho Nacional de Saúde, com alto potencial agregador e construtor do SUS.

O Pacto pela Vida deve traduzir-se no empenho dos gestores em assegurar os recursos necessários à busca de resultados sanitários em relação a um conjunto de prioridades, tais como: implantação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, redução da mortalidade por câncer de mama, redução da mortalidade materna, infantil neonatal e infantil, fortalecer o sistema de saúde para dar resposta às situações emergentes e em relação às endemias, elaborar e implantar a Política Nacional de Promoção da Saúde, consolidar e qualificar a estratégia em Saúde da Família. Já o Pacto em Defesa do SUS propõe repolitizar a saúde, com definição de responsabilidades entre as esferas de governo e disseminação da carta dos direitos dos usuários do SUS. Por último, o Pacto de Gestão se propõe a introduzir mudanças nas relações intergovernamentais, incluindo definição de responsabilidades sanitárias, regionalização, planejamento, fortalecimento do controle social, incentivo às ações de gestão do trabalho e educação na saúde e revisão do processo normativo.



Contraditoriamente, Lecovitz (2001) destaca algumas dificuldades para a efetivação do SUS que continuaram afetando a garantia do direito à saúde: a) a soma dos recursos para o setor era insuficiente para atender a crescente demanda; b) o problema da qualidade e da capacidade resolutiva da atenção em saúde, nos diversos serviços do SUS; c) a dificuldade de contratação de profissionais, em vista dos poucos recursos disponíveis, e da pressão exercida pela reforma do Estado que induziu à redução de gastos com pessoal, aliada à desigual distribuição dos recursos humanos pelo território nacional; d) a dificuldade de efetivação do controle social através dos Conselhos de Saúde, que funcionaram de forma bastante variável nas diversas unidades da federação.

Porém, o maior desafio do SUS é continuar promovendo mudanças na organização dos serviços de saúde e nas práticas assistenciais para viabilizar o acesso e melhorar a qualidade do cuidado nos diferentes níveis de atenção, superando as profundas desigualdades em saúde, afirmando a saúde enquanto um direito. O desafio colocado está na base da constituição da Política Nacional de Humanização, pensada historicamente para fortalecer os princípios e diretrizes do SUS propondo um debate e uma verdadeira reformulação para a melhoria das práticas de gestão e de atenção no sistema de saúde.

No entanto, na área da saúde, a tarefa é bastante complexa, exigindo mudanças estruturais e propostas atuais para o setor. Essas novas propostas devem buscar a resolução dos principais problemas que afetam o sistema de saúde, alterando a lógica do modelo de atenção e de gestão dos serviços de saúde. Em relação à tal mudança e os novos desafios colocados para

assegurar uma atenção de qualidade e responder adequadamente às necessidades de saúde da população, o SUS estabelece novas estratégias de enfrentamento, que no decorrer do próximo tópico serão identificadas, produzindo uma reflexão sobre a urgência de ações que possam continuar viabilizando o ideário da Reforma Sanitária no Brasil.

## 1.6 - O SUS: Perspectivas e Desafios na Atualidade

É preciso reconhecer que para a implementação do SUS na sua concepção original torna-se necessário enfrentar os obstáculos estruturais presentes a partir da década de 90. Sem dúvida, a década de 80 representou um avanço na direção da democratização do acesso à saúde, porém as políticas sociais com um recorte universal foram tensionadas por tendências que se expressaram no país através da adoção de políticas de estabilização da economia e de ajuste estrutural com corte nos gastos sociais e privatização com redução do papel do Estado.

Diante do forte conteúdo político-ideológico neoliberal<sup>21</sup> das reformas, os princípios e diretrizes do SUS estavam situados na contracorrente do processo de Reforma do Estado. Desafios e novas perspectivas precisam ser formulados mediante a necessidade de oferecer respostas mais efetivas em relação aos principais problemas que afetam à saúde da população brasileira, ampliando a resolubilidade e a qualidade dos serviços de saúde.

---

<sup>21</sup> As origens do neoliberalismo como fenômeno distinto do liberalismo clássico do século XIX situa-se no período posterior a II Guerra Mundial, na região da Europa e da América do Norte, como uma reação teórica e política contra o Estado intervencionista e de bem-estar. De acordo com Anderson (1995): Seu texto de origem é *O caminho da servidão*, de Friedrich Hayek, escrito já em 1944. trata-se de um ataque apaixonado contra qualquer limitação dos mecanismos de mercado por parte do Estado, denunciadas como uma ameaça letal à liberdade, não somente econômica, mas também política. (...) Três anos depois, em 1947, enquanto as bases do Estado de bem-estar na Europa do pós-guerra efetivamente se construíram, não somente na Inglaterra, mas também em outros países, neste momento Hayek convocou aqueles que compartilhavam sua orientação ideológica para uma reunião na pequena estação de Mont Pèlerin, na Suíça. Entre os célebres participantes estavam não somente adversários firmes do Estado de bem-estar europeu, mas também inimigos férreos do New Deal norte-americano. Na seleta assistência encontravam-se Milton Friedman, Karl Popper, Lionel Robbins, Ludwig Von Mises, Walter Eupken, Walter Lipman, Michael Polanyi, Salvador de Madariaga, entre outros. (p. 9)

Um dos principais desafios do SUS é superar os “vícios” que afetam a tradição política da sociedade brasileira, tais “vícios” são caracterizados pelo: clientelismo político, nepotismo, descontinuidade de projetos sociais em função da rotatividade existente no âmbito dos governos com a troca de cargos, centralização excessiva. Esses “vícios” interferem negativamente em qualquer processo de gestão e conseqüentemente de atenção à saúde. Por exemplo, para a implementação e desenvolvimento de uma política, os gestores da administração pública precisam de uma significativa capacidade política para enfrentar essas interferências que influenciam as instâncias decisórias e na continuidade dos projetos institucionais.

Além disso, uma série de desigualdades no acesso e na utilização dos serviços de saúde é identificada no território brasileiro, exigindo do SUS o estabelecimento de estratégias que sejam capazes de reorganizar o nível de entendimento e articulação entre as principais esferas governamentais.

Outro desafio para a superação de obstáculos estruturais está relacionado à articulação intersetorial para o desenvolvimento de políticas mais abrangentes. Pode-se dizer que além dos campos típicos da atenção à saúde (assistência, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária), que compreendem as atividades mais diretamente voltadas para o atendimento das necessidades de saúde, outros campos de atuação do Estado são estratégicos em uma política pública destinada à garantia da saúde como direito social de cidadania. (NORONHA et. ali, 2008:466).

Em vinte anos de consolidação do SUS, foram construídos resultados que impactaram de forma positiva na situação de saúde da população usuária dos serviços. Em contrapartida, muitas dificuldades foram verificadas para garantir o pleno funcionamento do sistema de saúde em condições adequadas.

Um dos aspectos-chave que demanda um enfrentamento significativo, diz respeito à universalização efetiva do acesso à saúde, a mudança no modelo de atenção e a melhoria da qualidade dos serviços prestados.

De modo especial, a questão da qualidade dos serviços prestados também requer uma mudança no modelo de gestão e na organização do processo de trabalho em saúde:

Exige a implementação de mudanças no processo de trabalho em saúde, tanto no que se refere a seus propósitos ou finalidades, quanto nos seus elementos estruturais, isto é, no objeto de trabalho, nos meios de trabalho, no perfil dos sujeitos e principalmente, nas relações estabelecidas entre eles e a população usuária dos serviços (TEIXEIRA, 2002, p.157).

Uma reformulação no modelo de atenção se fez necessária, especialmente em muitas realidades municipais do Brasil, pois as maiores dificuldades encontradas na gestão do sistema estavam em grande parte vinculadas às relações interpessoais constituídas entre profissionais de saúde x usuários e gestores nos serviços de saúde. Essas dificuldades ligadas às relações interpessoais se configuram através do descaso, da negligência, da impessoalidade e de uma abordagem médica voltada muito mais para a queixa-conduta, não estabelecendo vínculo e uma responsabilização sobre o usuário. Pesquisas<sup>22</sup> de satisfação do usuário que vêm sendo realizadas, tanto em âmbito nacional como em âmbito local, contribuem para incluir a ótica do

---

<sup>22</sup> Como um dos produtos divulgados pelo “Programa de Informação e Apoio Técnico às Novas Equipes Gestoras Estaduais do SUS de 2003” (Progestores 2003) temos a pesquisa realizada pelo Instituto Vox Populi “A Saúde na Opinião dos Brasileiros: Um Estudo Prospectivo” produzida em 2003. A pesquisa nacional **A Saúde na Opinião dos Brasileiros** foi encomendada pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) para identificar o nível de conhecimento, opiniões, avaliações, grau de satisfação e posicionamentos da população brasileira frente a diversas questões relativas ao atendimento à saúde prestado pelo SUS em todo o País. O objetivo maior foi oferecer as informações coletadas aos gestores como mais um elemento para a tomada de decisões e o desenho de políticas de saúde que possibilitem um desenvolvimento do SUS contínuo e consistente.

usuário e fomentar propostas de mudança no modelo de gestão e atenção em saúde, além de traçar avaliações substantivas em relação ao acesso ao sistema de saúde, formas de tratamento e os principais problemas identificados pelos usuários no que diz respeito ao Sistema Único de Saúde. Essas iniciativas têm se multiplicado e contribuído de forma bastante diversificada para o processo de melhoria do sistema público de saúde.

Informações derivadas da pesquisa “A Saúde na Opinião dos Brasileiros”<sup>23</sup> revela que o problema mais grave dos serviços de saúde está vinculado às filas de espera. O ponto sensível - a face mais perceptível, para os brasileiros entrevistados, ao avaliarem o SUS, é referente ao fator tempo: tempo de espera nas filas, tempo à espera da marcação de uma consulta.

De modo especial, algumas políticas de gestão foram implementadas enquanto estratégias para a melhoria da qualidade do atendimento nos serviços de saúde, enquanto um dos exemplos dessa experiência, podemos citar, Governos Locais de São Paulo que historicamente congregaram atores sociais vinculados ao Movimento da Reforma Sanitária e serviram de base para a elaboração de um projeto de mudança no modelo de atenção do SUS. Esse modelo de atenção à saúde, chamado por seus proponentes de “Modelo em Defesa da Vida”<sup>24</sup> serviu de substrato para elaboração da Política Nacional de Humanização.

---

<sup>23</sup> A pesquisa *A Saúde na Opinião dos Brasileiros em 2002* envolveu a aplicação de 3.200 questionários a uma amostra aleatória de pessoas com idade mínima de 16 anos, residentes em Municípios dispersos por todo o território nacional. A amostra foi calculada de forma a permitir resultados significativos não apenas para o conjunto do país, mas também para cada uma de suas grandes regiões geográficas.

<sup>24</sup> Modelo proposto pelo Laboratório de Planejamento da UNICAMP in CECÍLIO et al. *Inventando a Mudança na Saúde*.

O projeto “Em Defesa da Vida”<sup>25</sup> proposto pelo Laboratório de Planejamento e Administração em Saúde – LAPA – foi formado, no final da década de oitenta, por um grupo de profissionais da saúde que atuavam no chamado Movimento Sanitário Nacional.

O LAPA faz parte do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP. Apostando na Universidade como espaço de produção e construção do SUS, reuniu profissionais de variadas formações e com experiência em serviços de saúde que buscaram articular academia e serviço através de suas atuações como assessores e/ ou integrantes das equipes dos serviços. Ao mesmo tempo em que se teorizava, experimentava-se e vice-versa.

O LAPA tem, nas suas experiências institucionais, realizado intervenções em diferentes campos buscando construir alternativas à gestão no setor saúde, apostando na mudança das instituições de saúde, através de:

- Ações que visam às reformas das organizações públicas gestoras e prestadoras de serviços de saúde, no sentido de sua modernização gerencial, procurando torná-las mais públicas e mais eficientes;
- Ações que objetivam o desenvolvimento de uma nova cultura gerencial, no sentido de construir práticas mais coletivas e transparentes, através da montagem de Sistemas Colegiados de Gestão horizontalizados e centrados em

---

<sup>25</sup> O Projeto em Defesa da Vida tem como objetivos a criação de novos modelos de gestão baseados em: gestão colegiada em todos os níveis, - “achatamento” do organograma com redução dos níveis de poder, - planejamento ascendente a partir das equipes de trabalho e uma radical transformação dos seus processos de trabalho (Onocko e Amaral, 1997). O pano de fundo dessas experiências, ou melhor, o que as estimulava era a compreensão da necessidade e da justiça da luta por um hospital público, inserido dentro do Sistema de Saúde que garantisse atendimento humanizado, competente e universalizado, conforme as consignas do Movimento Sanitário.

contratos os quais devem ser explicitados por sistemas de prestação de contas, públicos e centrados nos usuários;

- Ações que procurem reorganizar o processo de trabalho em saúde no sentido de impor a racionalidade das necessidades de saúde dos usuários como molas mestras do fazer cotidiano dos serviços, ações estas que devem ser compatibilizadas com critérios de eficiência e eficácia.

Nomes importantes no processo de Reforma Sanitária e na constituição do LAPA (Emerson Elias Merhy, Luis Carlos de Oliveira Cecílio, Gastão Wagner de Sousa Campos....) também participaram das origens da formulação da Política Nacional de Humanização-PNH.

A humanização como veremos a seguir é uma mudança das estruturas, da forma de trabalhar e também das pessoas. A humanização da saúde pressupõe uma transformação na prestação do atendimento, passando necessariamente pela exigência de construir novas formas de gestão da saúde com proposições para melhorar a organização dos processos de trabalho no interior dos serviços de saúde, além da incorporação de outros elementos vitais, para a continuidade das ações, tais como: denunciar a mercantilização da saúde, adoção da gestão democrática e participativa, fortalecimento do controle social e principalmente o reconhecimento que para a consolidação do seu desenvolvimento é preciso incluir e reforçar os princípios do SUS em suas ações.



## **CAPÍTULO II - O Sistema Único de Saúde e a Construção da Política Nacional de Humanização: Um Desafio para o Fortalecimento dos Princípios da Reforma Sanitária?**

A construção da PNH vem sendo pensada desde 2003 e 2004 pelos integrantes da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, tornando-se algo fundamental e emergente sendo anunciada timidamente na XI Conferência Nacional de Saúde, em 2000<sup>26</sup>, que tinha como título “Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social”, buscando interferir nas agendas das políticas públicas de saúde.

Desde então, toda uma trajetória foi percorrida até a formulação da própria política em sua plenitude. Primeiramente, de 2000 à 2002 iniciou-se um processo de constituição do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar com o intuito de criar comitês de humanização nos hospitais voltados para a melhoria da atenção ao usuário e, posteriormente, ao trabalhador.

A PNH afirma-se enquanto um desafio conceitual e metodológico no âmbito da saúde pública. Benevides & Passos (2005) destacam que a humanização, muitas vezes, se expressa através de ações fragmentadas. Seu sentido pode ser relacionado ao voluntarismo, ao assistencialismo, ao

---

<sup>26</sup> De acordo com o documento oficial- relatório final da XI Conferência Nacional de Saúde, o tema da humanização aparece como um elemento importante na contextualização do cenário e em várias proposições feitas pelos participantes. É pontuada a necessidade de organização das Portas de Entrada- funcionamento adequado das emergências, problematização sobre o acesso e utilização dos serviços de saúde, discussão sobre o viés da integralidade nas ações de saúde, estímulo ao trabalho de equipe, capacitação dos recursos humanos, entre outros elementos. In 11ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília 15 a 19 de dezembro de 2000: o Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília, 2001.

paternalismo ou mesmo ao tecnicismo de um gerenciamento sustentado na racionalidade administrativa e na qualidade total. Para ganhar a força necessária que dê direção a um processo de mudança que possa responder a justos anseios dos usuários e trabalhadores da saúde, a humanização precisa está vinculada aos princípios defendidos pelo SUS.

Enquanto desafio conceitual, a PNH está implicada no campo da política pública de saúde, não sendo um princípio ou um programa pois aposta em outras formas de interação entre os sujeitos que constituem os sistemas de saúde, alterando os modos de fazer, de trabalhar e de produzir na esfera da saúde.

Em relação ao desafio metodológico, a PNH busca revitalizar os princípios do SUS, resgatando também os preceitos defendidos na Reforma Sanitária, tais como: uma saúde com acesso universal incluindo os eixos da integralidade, democracia e participação. *Construir políticas públicas na máquina do Estado exige todo um trabalho de conexão com as forças do coletivo, com os Movimentos Sociais, com as práticas concretas no cotidiano dos serviços de saúde (BENEVIDES & PASSOS, 2005).*

Um sistema de saúde para ser único precisa implantar-se como um plano comum que conectam diferentes atores no processo de produção de saúde. É neste sentido que os princípios do SUS não se sustentam numa mera abstração, só se efetivando por meio da mudança das práticas concretas de saúde.

O SUS é uma conquista que se expressa, sem dúvida, como proposição geral e abstrata na forma do texto da lei, das portarias e normativas. No entanto, o projeto do SUS não pode suportar uma existência descolada do

plano das experiências concretas no qual o movimento instituinte da Reforma Sanitária fez valer a aposta em mudanças nas práticas de saúde. (Benevides & Passos, 2005).

Seguindo esta direção, a PNH pretende se constituir enquanto uma vertente orgânica do SUS, comprometida com um conjunto de pactuações, negociações e enfrentamentos para assegurar a defesa do direito à saúde.

Este processo não ocorre nas unidades de saúde sem resistências e ruídos, pois é no coletivo que ocorre o desenvolvimento da política tendo por finalidade a reinvenção dos modos de atenção e gestão em saúde. O capítulo em questão pretende resgatar historicamente a origem da humanização na saúde e o processo de produção da política no Brasil, suscitando elementos para uma reflexão acerca de sua funcionalidade no sistema de saúde.

## **2.1 - As Origens da Humanização: Antecedentes Históricos**

Na esfera da saúde, o conceito de humanização tem suas origens consolidadas enquanto um princípio vinculado ao paradigma de direitos humanos- expressos individual e socialmente- referindo-se aos usuários do sistema de saúde enquanto sujeitos.

Deslandes (2006) destaca que a produção da sociologia médica norte-americana também constitui uma referência histórica importante em relação à humanização. Já na década de 70, foram observados alguns trabalhos que enfocaram a lógica de formação profissional na área biomédica, a organização dos serviços, a provisão do cuidado, relação médico X paciente. Como marco desse debate, a autora cita a importância do debate estabelecido no simpósio americano intitulado Humanizing Health Care (Humanizando o Cuidado em Saúde), ocorrido em São Francisco em 1972. Esse encontro contou com participantes da área da saúde e da sociologia médica e o programa do simpósio esteve voltado para a identificação do que seria humanização ou (des)humanização do cuidado em saúde e as possíveis maneiras de implementar cuidados humanizados. Além disso, a primeira declaração de direitos dos pacientes a ser reconhecida pela literatura foi emitida pelo Hospital Monte Sinai, em Boston- Estados Unidos da América também em 1972. Fortes (1998) sinaliza que um ano depois, a Associação Americana de Hospitais lança a Patient`s Bill of Rights (Carta dos Direitos dos Pacientes), que foi posteriormente revisada em 1992.

Podemos dizer que a humanização da atenção à saúde tem seus principais fundamentos nos princípios expressos na Declaração Universal dos

Direitos do Homem (Organização das Nações Unidas- ONU, 1948), que se solidifica através da noção de igualdade e dignidade de todos os seres humanos.

Nos anos 90, a visão de que a prática médica havia se tornado impessoal e desumana veio orientar as propostas para assegurar a proteção dos direitos humanos fundamentais e promover a humanização da assistência de todos os pacientes, incluindo os mais vulneráveis, como as crianças, os pacientes psiquiátricos, os idosos ou os gravemente enfermos. (WHO, 1994)

A partir da década de 90, vários países que participam da Organização Mundial da Saúde- OMS assinaram declarações, em conjunto, ou próprias, relacionadas aos direitos dos pacientes. Segundo Vaistman e Andrade (2005), um dos objetivos da Declaração sobre a Promoção dos Direitos dos Pacientes na Europa é a implementação do conceito de respeito pelas pessoas e equidade em saúde. Este documento destaca a importância do livre exercício da escolha individual e da necessidade de mecanismos que garantam a qualidade do atendimento prestado. Além disso, no ano 2000 ocorreu a International Conference on the Humanization of Childbirth, com a participação da OMS e do UNICEF. Nesta ocasião<sup>27</sup>, houve a recomendação para acoplar o conceito de humanização às diversas dimensões das políticas públicas, não estando restrita somente ao evento do parto mas a qualquer aspecto que envolva o cuidado, tais como: doentes terminais, idosos e etc.

Historicamente no Brasil, a origem das práticas humanizadas em saúde estiveram também ligadas à defesa dos direitos dos pacientes (assistência

---

<sup>27</sup> Conclamaram todos os governos, Organismos Internacionais, Organizações da ONU, Organizações Não-Governamentais a desenvolver ações para promover a humanização. (UMENAI et al, 2001).

neonatal de risco e pediátrica, além da assistência prestada à pacientes com câncer e terminais) e principalmente ao campo da Saúde da Mulher<sup>28</sup>, estando pautada na esfera dos direitos sexuais e reprodutivos, possuindo como marcos fundamentais: assistência ao abortamento; Maternidade Segura (práticas humanizadas em maternidade) e o Hospital Amigo da Criança que possui uma interface grande com a própria área da Saúde da Mulher.

A legislação de direitos e as reivindicações pela humanização na saúde, além de expressarem também as mudanças no contexto da sociedade brasileira, fazem parte do próprio processo de luta pela democracia e cidadania, tanto no plano do Estado quanto da Sociedade Civil.

Surgem como direitos individuais vinculados aos direitos sociais em saúde a partir da constituição de 1988, que estabelece que os serviços de saúde, nos setores: público e privado devem preservar a autonomia das pessoas e garantir que tenham acesso à informação sobre saúde. (CONSTITUIÇÃO FEDERAL DO BRASIL, 1988).

Diferentes leis, portarias e decretos fixaram uma série de direitos de pacientes baseados na Constituição de 88 e no próprio Conselho Federal de Medicina e de Ética Médica. Várias cartilhas foram produzidas pelos Órgãos Oficiais, serviços de saúde e/ou associações de pacientes, como, por exemplo, a Cartilha dos Direitos do Paciente, elaborada a partir do Fórum de Patologias do Estado de São Paulo em 1995, cujos 35 itens se compatibilizam com os princípios definidos na Declaração Universal dos Direitos Humanos e também estão presentes nos códigos de ética médica de outros países. É enfatizado o direito à privacidade, à informação e ao atendimento respeitoso por parte de

---

<sup>28</sup> *O feminismo desempenhou um papel crucial para a consolidação de uma das vertentes da humanização do atendimento, ao questionar os valores instrumentais e masculinos da sociedade industrial, criticar a medicalização do parto e a transformação do nascimento em evento médico. (EHRENREICH & ENGLISH, 1973: RICH, 1981).*

todos os profissionais de saúde. Constitui a base para a lei 10.241 de 17 de março de 1999 sobre os direitos dos usuários dos serviços e ações de saúde no Estado de São Paulo.

A necessidade da construção da Política Nacional de Humanização também está relacionada às inúmeras queixas de maus-tratos nos hospitais advindas de seus usuários sendo preciso implementar uma mudança significativa nos serviços de saúde. A XI Conferência Nacional de Saúde realizada no ano 2000 elegeu a humanização enquanto um dos temas centrais para a conferência (conforme citado anteriormente). O tema central da Conferência foi *Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde: Com Controle Social*, a proposta seria oferecer um tratamento político à questão da humanização, alargando o seu conteúdo. O próprio Ministério da Saúde (2001:7) menciona que:

É inegável depois de tantos anos de luta, o SUS conseguiu uma ampliação significativa em termos de cobertura e acesso. Gestores, profissionais e usuários (...) sabem que hoje, (...) o maior desafio do SUS é melhorar a qualidade dos serviços (...) em termos de eficácia e produção de saúde (...) Quanto menos for a integração, a comunicação, o vínculo e o reconhecimento mútuo entre profissionais e usuários, entre equipes de profissionais e gestores (...) menor será a possibilidade de eficácia no atendimento à população.

Desse modo, o Ministério da Saúde- MS elaborou uma proposta voltada especificamente para a humanização hospitalar dos serviços públicos de saúde, sendo fruto de discussões entre os diversos atores sociais que atuam no sistema de saúde, o que fez surgir o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar- PNHAH em 2000.

O MS, ao identificar o número significativo de queixas dos usuários referentes aos maus tratos nos hospitais, tomou a iniciativa de convidar profissionais da área de saúde mental para elaborar uma proposta de trabalho voltada à humanização dos serviços hospitalares públicos de saúde. Estes profissionais constituíram um Comitê Técnico que elaborou um Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), com o objetivo de promover uma mudança de cultura no atendimento de saúde no Brasil. A seguir, estão registradas algumas reflexões sobre a importância de tal programa para uma requalificação dos hospitais públicos no Brasil.

## **2.2 - O Programa Nacional da Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH)**



O Ministério da Saúde desenvolveu o PNHAH visando melhorar as relações entre profissionais de saúde, aprimorando o contato humano entre os profissionais e usuários, e até mesmo hospital e comunidade, com objetivos de melhorar a qualidade e a eficácia da atenção dispensada aos usuários, modernizando as relações de trabalho nos hospitais, capacitando os profissionais para o novo conceito de atenção à saúde, estimular a realização de parcerias, intercâmbios e pesquisas sobre humanização, implantar novas iniciativas e desenvolver um conjunto de parâmetros de resultados e um sistema de incentivo ao serviço de saúde humanizado.

A partir desses resultados, o Ministério formula, então, no ano de 2000, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar - PNHAH , com a finalidade de aprimorar as relações entre profissionais de saúde e usuários, dos profissionais entre si, e do hospital com a comunidade, a partir da valorização da dimensão humana e subjetiva da assistência.

O PNHAH propõe a promoção da pessoa humana como valor fundamental nas práticas públicas de saúde. O Programa pretende difundir uma nova cultura de humanização na rede hospitalar; melhorar a qualidade e eficácia da atenção; fortalecer e articular todas as iniciativas de humanização já existentes; capacitar profissionais para um novo conceito de saúde que valorize a vida e o respeito a cidadania; fortalecer a política de atendimento ético e de valorização da vida humana; conceber e implantar novas iniciativas de humanização dos hospitais além de fortalecer as já existentes; sensibilizar os gestores para uma gestão pautada pelo respeito, solidariedade e cidadania dos agentes e usuários; e desenvolver um conjunto de parâmetros de resultados e incentivos à humanização.

O Ministério da Saúde constituiu, então, um Comitê Técnico que elaborou um projeto piloto onde foram elencados dez hospitais de toda rede SUS, para levantar dados que subsidiassem a formulação e implantação do PNHAH.

É interessante notar que entre os 10 hospitais escolhidos para o projeto piloto, 6 são da região sudeste (sendo 5 de São Paulo) e um da região sul, regiões onde a qualidade da assistência a saúde, especificamente a Saúde da Mulher, apresenta enorme discrepância em relação a outras regiões.

O Projeto Piloto, segundo avaliação do Comitê Técnico responsável, produziu material significativo para embasar a segunda etapa do projeto que consistia na implantação do PNHAH.

Entre as estratégias de implantação, o PNHAH já previa a constituição de Grupos de Trabalho de Humanização<sup>29</sup> em cada hospital; a criação de uma Rede Nacional de Humanização<sup>30</sup> responsável pela capacitação e informação dos usuários, gestores e profissionais; capacitação de Grupos de Multiplicadores de Humanização Hospitalar<sup>31</sup>, criação de Ouvidorias; sensibilização dos gestores para a humanização; e a criação do título "Hospital Humanizado" <sup>32</sup>como programa de incentivo à humanização.

---

<sup>29</sup> Foram designados dois profissionais para cada um dos 10 hospitais, que seriam acompanhados por uma equipe de supervisores, coordenada pelo Comitê de Humanização.

<sup>30</sup> O objetivo desse Grupo é difundir o conceito de humanização contemplando os aspectos subjetivos e éticos presentes na relação entre usuários/profissionais.

<sup>31</sup> Constituição de uma Rede Nacional de Humanização entre as instituições públicas de saúde, para onde as ações do Programa ficam referidas. Constituída pelo comitê técnico, grupo de multiplicadores, Secretarias de Saúde, grupos de trabalho, instituições públicas de saúde que participam da primeira fase do Programa, entidades da Sociedade Civil e outros hospitais interessados.

<sup>32</sup> O PNHAH concederá o título de "Hospital Humanizado", pelo prazo de um ano, aos hospitais cujo padrão de assistência e funcionamento global estivessem em conformidade com os indicadores de humanização e os princípios e diretrizes do PNHAH.

O Programa enfatiza a necessária articulação entre gestores Municipais e Estaduais e destes com as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde.

O PNHAH ressalta a comunicação como fator essencial para a humanização da assistência, comunicação no sentido do estabelecimento de um diálogo que dê lugar à palavra do usuário e do profissional de saúde. A outra ênfase do Programa recai sobre a necessidade de se estabelecer relações de solidariedade entre gestores, profissionais de saúde e usuários.

O PNHAH define humanização como uma nova cultura de atendimento em saúde enfatizando a relação entre humanização e qualidade da assistência e do trabalho.

Humanização em saúde é resgatar o respeito à vida humana, levando-se em conta as circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psicológicas presentes em todo relacionamento humano. (BRASIL-MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001)

A maior expectativa do PNHAH era criar uma nova cultura de humanização, uma filosofia organizacional que promova a conjugação cotidiana do verbo humanizar. Isso para que o processo de humanização da assistência hospitalar não seja interrompido com as mudanças de direção, chefia ou governo.

O PNHAH já apontava diferentes parâmetros para a humanização da assistência hospitalar em três grandes áreas:

- Acolhimento e atendimento dos usuários.
- Trabalho dos profissionais.
- Lógicas de gestão e gerência.

Esses parâmetros poderiam servir para o trabalho de análise, reflexão e elaboração de ações, campanhas, programas e políticas assistenciais que orientem um plano de humanização dentro de cada instituição, cada Município, cada Estado ou mesmo em todo o País.

É importante salientar que o documento do PNHAH também expressa, segundo Deslandes (2004) três eixos discursivos, a saber: 1. humanização como oposição à violência; 2. humanização como capacidade de oferecer atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos ao bom relacionamento; 3. humanização como melhoria das condições de trabalho do cuidador. Conforme a autora, a humanização é vista pelo PNHAH como ampliação do processo comunicacional nas instituições hospitalares.

Em 2003, o PNHAH deu lugar à Política Nacional de Humanização (PNH). Segundo seus formuladores, o termo *política* foi intencionalmente utilizado em lugar de *programa*, pois a visão é de que a humanização seja transversal às diferentes ações e instâncias gestoras do SUS, traduzindo os seus princípios nos modos de operar dos diferentes equipamentos e sujeitos da rede, construindo trocas solidárias entre eles como usuários e trabalhadores dessa rede.

A elaboração da PNH nasceu como um fomento aos princípios da integralidade, à universalidade e ao aumento da equidade no SUS, pois vários eram os enfrentamentos que vinham emergindo na sua implementação, entre eles: a fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais; a fragmentação da rede assistencial; a precária interação nas equipes; o despreparo para lidar com a subjetividade dos atores envolvidos na assistência e na gestão; o baixo investimento na qualificação dos trabalhadores; o desrespeito aos direitos dos usuários; o modelo de atenção centrado na relação queixa-conduta; a formação dos profissionais de saúde distante do debate e da formulação da

política pública de saúde (BRASIL-MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Dentro desta perspectiva, torna-se necessário conhecer a importância e os impactos que a PNH traz para o SUS no que diz respeito às inovações na gestão e na atenção à saúde, pois a proposta da política reside em viabilizar o acesso com acolhimento, valorização dos trabalhadores e usuários, equidade e atendimento integral.

### **2.3 - A Política Nacional de Humanização da Saúde**

A Política Nacional de Humanização- PNH, vigente desde 2003, propõe o reconhecimento da humanização não mais como um programa, mas como uma política que opere transversalmente em todo o SUS, o que implica traduzir os princípios do SUS em modos de operar os diferentes equipamentos e sujeitos da rede de saúde, constituindo práticas solidárias e comprometidas com a “produção da saúde e de sujeitos”.

O documento oficial da PNH definiu a humanização como a “valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde”. Essa valorização implica na abertura ao princípio democrático da participação. Entre os princípios norteadores da política está a *“valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão do SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão”* (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE- 2004:17). O documento evidencia que a proposta de humanização do SUS é pautada no princípio do direito à saúde com qualidade. A qualidade aqui não está reduzida ao bom atendimento e cordialidade, mas ao conjunto de condições que possibilitam ao usuário ter assegurado o acesso ao sistema de saúde como um direito fundamental e ter seus problemas de saúde atendidos com grau satisfatório de resolução.

A PNH tornou-se uma das bandeiras de luta de diversos atores sociais, não só em vista da melhoria da qualidade dos serviços do Sistema Único de Saúde, mas também de “defesa” desse sistema através da divulgação do “SUS que dá certo”. As diretrizes propostas pela política apresentam linhas de continuidade com a luta pela construção do SUS e do direito à saúde no Brasil empreendida pelo movimento da Reforma Sanitária. Isso fica evidenciado no documento oficial da política, no qual a palavra “direito” emerge como

“conquista” e processo em andamento: “A saúde é um direito de todos e um dever do Estado’.

A proposta do MS esclarece que as práticas de humanização devem ser entendidas como valor na medida em que resgata o respeito à vida humana, abrangendo circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes em todo relacionamento humano. Esse valor é definido em função de seu caráter complementar aos aspectos técnico-científicos que privilegiam a objetividade, a generalidade, a causalidade e a especialização do saber.

A Política Nacional de Humanização da Saúde busca fortalecer mecanismos e/ou práticas humanizadas que sejam capazes de oferecer atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com um atendimento resolutivo baseado na sensibilização dos profissionais para as diversas demandas apresentadas no interior do sistema. Para tanto, é importante verificar o processo de funcionamento do hospital, a estrutura, os ideais e a conexão entre a tecnologia e o processo de trabalho. Como apontam Cecílio e Puccini (2004:1345):

(...) O processo de desumanização é uma das conseqüências do divórcio entre a medicina e as humanidades que ocorreu, principalmente, a partir de fins do século XIX (...) As causas das doenças, portanto, deveriam ser buscadas não apenas no órgão ou mesmo no organismo enfermo, mas também e principalmente no que há de essencialmente humano no homem: a alma, esse componente espiritual que distingue o homem dos outros organismos vivos do planeta" . E conclui com atualíssimo tom bucólico: homem culto, o médico romântico aliava seus conhecimentos científicos com os humanísticos e utilizava ambos na formulação dos seus diagnósticos e prognósticos. Conhecedor da alma humana e da cultura em que se inseria, já que invariavelmente andava muito próximo de seus pacientes - como médico de família que era -, esse respeitável doutor sabia que curar não era uma operação meramente técnica (...).

Acredita-se que uma atenção integral ultrapassa a preocupação com a doença, pois diz respeito ao indivíduo integralmente, contribuindo para a participação tanto do usuário quanto da família no processo de recuperação.

Para a prestação do atendimento à saúde é essencial agregar à eficiência técnica e científica com uma dimensão ética considerando e respeitando a singularidade e necessidades do usuário e do profissional; acolhendo o desconhecido e aceitando os limites de cada situação.

A PNH não poderá ser desenvolvida de modo fragmentado. A proposta evidencia a necessidade de envolvimento de todos os atores que operam no campo das políticas de saúde para alcançar os seus objetivos. Benevides e Passos (2005:3) destacam que a proposta deverá contemplar os seguintes princípios:

1) Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados, etc.);

2) Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade;

3) Apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos;

4) Construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS;

5) Co-responsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e de atenção;



6) Fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS;

7) Compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente. Para a real implantação dessa proposta é preciso novas abordagens no que tange à formação e a educação médica no Brasil e dos profissionais de saúde.

A Política Nacional de Humanização enquanto uma política transversal defende os princípios do Sistema Único de Saúde visando garantir os direitos sociais, a equidade no acesso e a integralidade. Além disso, a humanização é uma das dimensões do SUS que em seus fundamentos luta pela defesa da vida, pela garantia dos valores democráticos, tendo como um dos seus eixos primordiais, a ética e o respeito à dimensão subjetiva e autônoma na relação terapêutica. Dentro desta perspectiva, a humanização se constitui em algo que vai além da expansão de uma maior qualificação para o sistema.

A PNH apresenta como “marcas específicas”: melhoria do acesso através da redução de filas e do tempo de espera; identificação do profissional responsável pelo acompanhamento daquele usuário; respeito aos direitos estabelecidos na “Carta dos Direitos dos Usuários do SUS”; e gestão participativa aos trabalhadores e usuários, assim como educação permanente aos trabalhadores.

Quanto à “Carta dos Direitos dos Usuários do SUS” esta foi lançada em 2006 pelo Ministério da Saúde, dispondo sobre os direitos e deveres do cidadão e dos prestadores de serviços públicos, inclusive do Estado, de acordo com o critério de respeito à cidadania. O documento foi elaborado em conjunto

com o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e a Comissão Intergestora Tripartite (CIT), com a contribuição da equipe técnica da Política Nacional de Humanização.

A carta baseia-se em seis princípios de cidadania considerados “básicos”, entre eles o direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação.

A questão da relação entre profissionais da saúde e pacientes/usuários/clientes constitui outro tema corrente na literatura humanização da saúde. Uma parte significativa dessa literatura foi elaborada por trabalhadores da área da saúde e abarca uma pluralidade de concepções sobre a humanização. Por serem recentes as iniciativas governamentais referentes à humanização, existem poucos trabalhos que enfocam as políticas públicas de humanização da saúde (DESLANDES, 2004; 2006, FORTES, 2004).

A proposta da Política Nacional de Humanização não deixou de incluir a realização de um atendimento que tenha como base, a relação humanizada e acolhedora com os usuários. O fundamental é produzir um processo de assistência com a criação do vínculo, visando a autonomização do sujeito. Criar vínculos significa a responsabilidade e o compromisso da equipe com cada usuário de sua área de abrangência e com os tipos de problemas que eles apresentam. A possibilidade do vínculo rompe com a relação burocratizada e impessoal com os usuários.

De acordo com o Ministério da Saúde (2004:10-11) a implementação da PNH nos serviços de saúde ocorre através de estratégias gerais visando a sua institucionalização em vários eixos:

- No eixo das instituições do SUS, pretende-se que a PNH faça parte dos planos Estaduais e Municipais dos vários governos,

aprovados pelos gestores e pelos Conselhos de Saúde correspondentes;

- No eixo da gestão do trabalho, propõe-se a promoção de ações que assegurem a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, reconhecendo, fortalecendo e valorizando seu compromisso com o processo de produção de saúde e seu crescimento profissional;
- No eixo da educação permanente, indica-se que a PNH componha o conteúdo profissionalizante na graduação, na pós-graduação e na extensão em saúde, vinculando-a aos Pólos de Educação Permanente e às instituições formadoras;
- No eixo da informação/comunicação, indica-se- por meio de ação de mídia e discurso social amplo- sua inclusão no debate da saúde, visando à ampliação do domínio social sobre a PNH;
- No eixo da atenção, propõe-se uma política incentivadora do protagonismo dos sujeitos, da democratização da gestão dos serviços e da ampliação da atenção integral à saúde, promovendo a intra e intersectorialidade com responsabilização sanitária pactuada entre gestores e trabalhadores;
- No eixo do financiamento, propõe-se a integração de recursos vinculados a programas específicos de humanização e outros recursos de subsídio à atenção, unificando-os repassando-os fundo a fundo mediante adesão, com compromisso, dos gestores à PNH;

- No eixo da gestão da PNH, indica-se a pactuação com as instâncias intergestoras e de controle social do SUS, o acompanhamento, o monitoramento e a avaliação sistemáticos das ações realizadas, de modo integrado às demais políticas de saúde, estimulando a pesquisa relacionada às necessidades do SUS na perspectiva da humanização.

Quanto à estratégia de implantação, propõe a criação de Grupos de Trabalho de Humanização no Ministério da Saúde e nas Secretarias de Saúde – Estaduais e Municipais, e nos serviços de saúde; desenvolvimento da página virtual HUMANIZASUS enquanto instrumento de divulgação e informação voltado para os gestores, profissionais e usuários; instituição do Prêmio HUMANIZASUS – David Capistrano<sup>33</sup> que contempla ações já implantadas com êxito e projetos em fase de implantação.

Essas estratégias visam a realização dos princípios e dos valores (já especificados) da PNH estando relacionadas à ampliação da humanização na rede de assistência à saúde, criando novas ações e constituindo-se como uma vertente orgânica do SUS.

Em contraposição à própria PNH, existe uma tendência no interior das organizações de saúde, caracterizada pela concepção do gestor em relação à humanização, percebendo a política enquanto uma estratégia de efetivar a

---

<sup>33</sup> O Ministério da Saúde, através da Portaria 2406/GM de 19 de dezembro de 2003 instituiu o Premio da Política Nacional de Humanização David Capistrano com o objetivo de estimular experiências inovadoras no campo da humanização e promover o reconhecimento daquelas em andamento. Seu público alvo foram as instituições que integram o SUS e que desenvolvem ações voltadas para humanização da atenção e da gestão de acordo com a Política Nacional de Humanização - PNH.

qualidade total<sup>34</sup>. A qualidade total tornou-se um dos métodos de gestão da força de trabalho em saúde. A humanização constitui-se em uma política que não visa se articular com propostas privatizantes no interior da saúde pública (por exemplo: a implementação da qualidade total nas instituições de saúde). A política de humanização vem buscando solidificar os princípios do SUS:

A Política Nacional de Humanização é um avanço pois “a mesma geração da Reforma Sanitária (ou quase), está discutindo a humanização com a mesma dedicação, compromisso e entusiasmo com que vimos discutindo a questão da universalidade e equidade na organização do sistema de saúde (...) O que para muitos parecia ser um conjunto de preocupações abstratas, chamadas de filosóficas num sentido que beirava o pejorativo, mostra aqui claramente sua relevância e vitalidade práticas (...). (SÁ, 2005:66-67).

A proposta da humanização da saúde deverá se entrelaçar com algumas dimensões essenciais necessárias à prestação da assistência, tais como: condições ambientais, físicas, materiais, tecnológicas para a realização do trabalho em saúde; sistema de informação, organização do processo de trabalho; democratização dos processos decisórios, incluindo a existência de mecanismos de participação popular.

---

<sup>34</sup> A adoção formal dos conceitos da "Gestão pela Qualidade" no setor público brasileiro teve início com a criação, em 1991, do Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade. Configurou-se como o Programa 2.057 do Plano Plurianual 2000-2003 (<http://qualidade.planejamento.gov.br>). O Departamento Nacional de Auditoria do Ministério da Saúde colocou-se como um núcleo de propagação e organização desse movimento gerencial nos diferentes níveis governamentais do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse expressivo movimento de "Gestão pela Qualidade Total", também presente na área da saúde pública, tem convivido, por vezes de forma complementar e em outras em disputa, com as proposições voltadas para a humanização dos serviços. De fato, algumas características do movimento humanizador o impulsionam para uma possível diferenciação com o ideal da "Qualidade Total". O movimento pela humanização é, em última instância, também uma busca pela qualificação da produção ou prestação de serviços, mas delineia-se, na sua implementação, uma força e um potencial de crítica e ruptura com um compromisso mercadológico obrigatório de tudo ou, ainda, com uma normalização institucional que diga respeito, apenas, à lógica tecnoburocrática e à busca obtusa pelo desempenho produtivo.

A humanização vem sendo desenvolvida enquanto uma Política Nacional nas unidades de saúde estando associada à prestação do cuidado, incluindo categorias essenciais, tais como: integralidade, satisfação do usuário, necessidades de saúde, qualidade da assistência, gestão participativa, protagonismo dos sujeitos e a intersubjetividade nos processos de atenção.

A humanização que se constrói enquanto uma política e vem se materializando no interior dos hospitais é parte de um conjunto de ações que foram consolidadas através de investimentos pioneiros de Secretarias Municipais de Saúde e Estaduais de Saúde e do Ministério da Saúde ao lançar inicialmente o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar.

As políticas de saúde no Brasil sempre foram perpassadas por um alto grau de centralização, ênfase na atenção curativa e centrada na lógica da prestação do cuidado vinculada ao modelo de seguro social. O movimento de Reforma Sanitária e a consolidação do Sistema Único de Saúde- SUS foi uma conquista fundamental para a transformação estrutural do sistema de saúde. É óbvio que a respectiva conquista foi fruto da participação e luta política da classe trabalhadora, dos Movimentos Sociais e de instâncias representativas das Universidades, entre outros.

Quaisquer políticas transversais ao SUS são elementos que devem se articular com a sua essência. Essa essência é pautada nos princípios de universalidade, gratuidade, integralidade, controle social, além de outros pilares que garantem a sua sustentabilidade e vitalidade que ainda pulsam em um momento marcado pela naturalização e fragmentação de todos os sentidos.

Vasconcelos (2006:267) pontua que o acolhimento, o apoio e a humanização como fins em si mesmo, não possibilitam a democratização das

informações necessárias ao controle social e ao acesso a bens e serviços como direitos sociais, ainda que humanizem as relações pessoais. O pensamento da autora considera que somente a humanização não resolve o problema da saúde pública no Brasil. A humanização faz parte do processo de prestação da assistência, sendo uma dimensão estratégica para a (re) oxigenação do SUS. Os esforços devem ser centrados na (re) politização da saúde, incentivo à gestão colegiada, criação de mecanismos e canais que atendam as necessidades e interesses dos usuários, além dos trabalhadores da saúde. Integralidade, resolutividade, alargamento do vínculo, organização dos processos de trabalho, gestão participativa, responsabilização são princípios já defendidos pelo Sistema Único de Saúde e que a PNH propõe fortalecer nas instituições de saúde. A PNH procura criar e/ou favorecer a construção de avaliações sobre o sistema de saúde, vislumbrando a possibilidade de (re) politização do SUS.

Muitos programas de instituições da área da saúde vêm inserindo atividades sob a denominação do clichê “humanização”. Assim, fixados na propaganda dos efeitos de uma situação que é explicada com noções genéricas, que estão mais ao alcance do que as realidades a que correspondem, iniciativas pontuais correm o risco de substituir a totalidade da realidade por essas noções elementares dos fatos, freqüentemente supervalorizados com motivação demagógica. (CECÍLIO & PUCCINI, 2004:1346)

A partir do momento que a proposta da humanização transcender a predicação moral para uma preocupação operativa do direito à saúde, com a

reorganização dos modelos de atenção<sup>35</sup> e de gestão da saúde, produzirá um processo de mudança no interior do sistema de saúde.

Sem dúvida, a política cria impactos no âmbito do sistema de saúde e o referente estudo considera que a PNH foi construída a partir de um desenho contemplando valores, princípios, estratégias gerais, diretrizes, dispositivos além das fases para o seu desenvolvimento no setor saúde. Já nos deparamos com os valores, princípios e estratégias gerais, e continuaremos a identificar o seu escopo e os elementos que podem possibilitar e/ou viabilizar reconstruir as práticas de gestão e de cuidado no interior dos hospitais públicos.

### **2.3.1 - O Desenho da Política**

---

<sup>35</sup> De acordo com Campos (1994) Modelo de Atenção é entendido como um conceito que estabelece intermediações entre o técnico e o político. Como uma dada concretização de diretrizes de política sanitária em diálogo com um certo saber técnico. Uma tradução para um Projeto de Atenção à Saúde de princípios éticos, jurídicos, organizacionais, clínicos, sócio-culturais e da leitura de uma determinada conjuntura epidemiológica e de um certo desenho de aspirações e desejos sobre o viver saudável.



Anteriormente foram apresentados os princípios e valores constitutivos da PNH, tais como: valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e de gestão, fortalecimento de compromissos e do trabalho em equipe, estímulo a grupalidade, entre outros.

A referida política possui um desenho, já tivemos a oportunidade nos tópicos anteriores de conhecermos a origem desta política e os seus valores porém é preciso saber com profundidade de que modo esta política poderá ser operacionalizada no sistema e que proposta possui para produzir mudanças positivas no âmbito dos serviços de saúde.

*A PNH, a grosso modo, se apresenta como uma oferta metodológica. Ela é um modo de fazer mudanças na saúde cuja premissa é a inclusão. (PASCHE, 2008).* A PNH, enquanto uma política transversal ao SUS propõe uma transformação no cotidiano dos serviços tendo a finalidade de formular novos modos de gerir e novos modos de cuidar.

Para conhecer os elementos da PNH e suas formas de operar no concreto, torna-se necessário compreender a sua importância na agenda da saúde, a sua finalidade, os recursos necessários para o seu desenvolvimento, os atores envolvidos.

Não podemos esquecer que a PNH faz parte da Política Nacional de Saúde, atravessando o sistema de saúde e sendo viável nos diferentes níveis de atenção (primário, secundário, terciário) e de complexidade.

Pensar em uma política de saúde é considerar que a mesma parte de:

Um posicionamento ou procedimento estabelecido por instituições oficiais competentes, notadamente governamentais, que definem as prioridades e os parâmetros de ação em

resposta às necessidades de saúde, aos recursos disponíveis e a outras pressões políticas. A política de saúde é freqüentemente estabelecida por meio de leis e outras formas de normatização que definem as regras e incentivos que orientam a provisão de serviços e programas de saúde, assim como o acesso à esses (...). Como a maioria das políticas públicas, as políticas de saúde emergem a partir de um processo de construção de suporte às ações de saúde que se sustentam sobre as evidências disponíveis, integradas e articuladas com as preferências da comunidade, as realidades políticas e os recursos disponíveis. (TEIXEIRA e OUVÉNEY 2008:40-41 apud WHO, 1998:10-grifo nosso)

Seguindo esta lógica de compreensão, a PNH é uma política com um caráter de transversalidade contendo um conjunto de diretrizes e de dispositivos institucionais pelos quais ocorre a sua operacionalização no interior dos serviços de saúde.

Como qualquer outra política, se estabelece através de um desenho<sup>36</sup>, incluindo elementos necessários para o seu desenvolvimento, tais como:

1. Definição de objetivos e finalidades
2. Construção e o emprego de estratégias, planos e instrumentos
3. Desempenho simultâneo de papéis políticos e econômicos diferentes
4. Construção oficial de arenas, canais e rotinas para orientar os processos decisórios
5. A assimilação, contraposição e/ou compatibilização de diferentes projetos sociais
6. O desenvolvimento, a reprodução e a transformação de marcos institucionais que representam o resultado de referenciais valorativos, políticos, organizacionais e econômicos que permeiam, sustentam a política e a interligam ativamente ao sistema de proteção social

---

<sup>36</sup> Um dos elementos do desenho da política será apresentado no capítulo III, ou seja, uma análise sobre os dispositivos institucionais e de operacionalização da PNH.

7. A formação de referenciais éticos e valorativos da vida social- a afirmação e a difusão de valores éticos, de justiça e de igualdade, de referenciais sobre a natureza humana fundada em evidências cientificamente legitimadas, de ideais de organização política e social, de elementos culturais e comportamentais. (Teixeira e Ouverney, 2008:39-40)

Assim, quando uma política é formulada temos que reconhecer quais são os seus objetivos, princípios, diretrizes, valores condutores dessa mesma política. Uma política é considerada relevante a partir de sua necessidade social diante de um problema de grande prioridade e complexidade. Com isso, acredita-se que a PNH é essencialmente relevante para ampliar a qualificação do sistema de saúde, buscando superar o descaso, a negligência, a impessoalidade, entre outras situações complexas. A PNH, procura fortalecer os princípios do SUS, estando inserida na agenda<sup>37</sup> de saúde com uma função de melhoria dos processos de gestão e do modelo assistencial.

Segundo Mattos (2000), a noção de agenda é importante na formulação de políticas públicas na medida em que aponta para preferências das instituições envolvidas no debate. Entretanto ele sugere a utilização da expressão “propostas de políticas” no sentido de ressaltar seu caráter retórico. Segundo o autor, propostas de políticas configuram:

---

<sup>37</sup> Kingdon (1984) introduz o conceito de “agenda” para designar o espaço de constituição da lista de assuntos e problemas que chamam a atenção do governo e da sociedade em um determinado tempo e espaço e diferencia três tipos de agenda a considerar no processo político: agenda sistêmica ou não governamental- corresponde à lista de assuntos e problemas antigos do país, sem merecer a atenção do governo, agenda institucional ou governamental- inclui os problemas que merecem a atenção do governo e agenda decisória ou política- lista de problemas a serem decididos. Consultar os estudos de Viana e Baptista (2008) sobre análise de políticas de saúde.

“.. um conjunto de argumentos elaborados com a intenção de persuadir determinados grupos acerca da conveniência de adotar uma certa política ... incluem a importância dos problemas que tais intervenções supostamente resolveria, os argumentos em defesa da eficácia das medidas sugeridas, e aqueles voltados para demonstrar que a adoção de tais medidas se faz oportuna”. (MATTOS, 2000:62).

Toda política possui um ciclo e fases de desenvolvimento, pois não surge aleatoriamente no sistema de saúde, vejamos o quadro abaixo:

**Quadro 4- Cinco estágios do ciclo da política e sua relação com a aplicação do modelo de solução do problema**

| <b>Fases da aplicação do modelo de solução do problema</b> | <b>Fases do ciclo da política</b> |
|------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| 1. Reconhecimento do problema                              | 1. Entrada na agenda              |
| 2. Propostas de soluções                                   | 2. Formulação da Política         |
| 3. Escolha de solução                                      | 3. Tomada de decisão              |
| 4. Por uma solução em andamento                            | 4. Implementação da política      |
| 5. Monitoramento dos resultados                            | 5. Avaliação da política          |

Fonte: Howlett & Ramesh, 1995.

De acordo com o quadro acima, toda política possui fases que estão relacionadas às etapas do seu processo de desenvolvimento. No caso específico da PNH, houve uma trajetória histórica para o seu surgimento, a sua entrada na agenda é fruto da fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais; da fragmentação da rede assistencial; da precária interação nas equipes; do despreparo para lidar com a subjetividade dos atores envolvidos na assistência e na gestão; do baixo investimento na qualificação dos trabalhadores; do desrespeito aos direitos dos usuários; do modelo de atenção centrado na relação queixa-conduta; da formação dos profissionais de saúde distante do debate e da formulação da política pública de saúde.

Conforme foi visto, a PNH adquiriu papel estratégico mediante ao “caos” observado nos hospitais públicos com situações de negligência, descaso, além de diversas experiências negativas vivenciadas pelos usuários e pelos próprios trabalhadores presentes no cotidiano dos serviços de saúde. Os respectivos elementos levaram à formulação da PNH requerendo um enfrentamento e estratégias de mudança diante dos principais problemas descritos anteriormente. A fase seguinte da formulação seria a tomada de decisão, onde o governo propõe uma solução específica ou uma combinação de soluções. Essa combinação de soluções se reflete nas próprias diretrizes e dispositivos de operacionalização da política, onde estão expressos os caminhos e as formas concretas de superação de muitos problemas que acometem o cotidiano dos serviços de saúde. As diretrizes e os dispositivos estabelecem inovações importantes para a (re)organização dos processos de gestão e de trabalho no sistema de saúde. Segundo VIANA e BATISTA (2008:76), *estas são fases importantes do ciclo da política, pois nelas se definem os princípios e diretrizes para o desenvolvimento de uma ação.*

A fase de implementação e de tomada de decisão vinculada à uma política é um momento fundamental, onde uma gama de recursos (políticos, materiais, financeiros) são colocados em ação com intensa negociação e pactuação entre os atores sociais.

Uma vez implementada, é preciso que a política seja avaliada. O processo de avaliação de uma política envolve um julgamento após uma intervenção.

Segundo Viana e Baptista (2008: 80), podemos entender a avaliação como:

Um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um dos seus componentes, com o objetivo final de ajudar na tomada de decisões, refere-se ao processo de monitoramento dos resultados pelo próprio governo ou por outro tipo de organização, visando a subsidiar uma análise da política implementada reconduzindo seu curso.

Através da avaliação, conhecemos os impactos por meio dos resultados obtidos propiciando aos gerentes estabelecerem melhores ações diante das considerações derivadas do processo avaliativo, demonstrando a situação anterior e a atual com a implementação da política.

Filho (2007:1000) menciona que a própria política já expressa a complexidade acerca do que se pode constituir como âmbito de monitoramento e avaliação da humanização em saúde:

....Desafiando para a necessidade de "inventar" indicadores capazes de dimensionar e expressar não somente mudanças nos quadros de saúde-doença, mas provocar e buscar outros reflexos e repercussões, em outros níveis de representações e realizações dos sujeitos (em suas dimensões subjetivas, inclusive).

A política de humanização parte de conceitos e dispositivos que visam à reorganização dos processos de trabalho em saúde, propondo centralmente transformações nas relações sociais, que envolvem trabalhadores e gestores em sua experiência cotidiana de organização e condução de serviços; e transformações nas formas de produzir e prestar serviços à população. Pelo lado da gestão, busca-se a implementação de instâncias colegiadas e horizontalização das "linhas de mando", valorizando a participação dos atores, o trabalho em equipe, a chamada "comunicação lateral", e democratizando os processos decisórios, com co-responsabilização de gestores, trabalhadores e

usuários. No campo da atenção, têm-se como diretrizes centrais a acessibilidade e integralidade da assistência, permeadas pela garantia de vínculo entre os serviços/trabalhadores e população, e avançando para o que se tem nomeado como "Clínica Ampliada", capaz de melhor lidar com as necessidades dos sujeitos. Para propiciar essas mudanças, almejam-se também transformações no campo da formação, com estratégias de educação permanente e de aumento da capacidade dos trabalhadores para analisar e intervir em seus processos de trabalho.

Como uma estratégia de qualificação da atenção e gestão do trabalho, a humanização almeja o alcance dos usuários e também a valorização dos trabalhadores; seus indicadores<sup>38</sup> devem, portanto, refletir as transformações no âmbito da produção dos serviços (mudanças nos processos, organização, resolubilidade e qualidade) e da produção de sujeitos (mobilização, crescimento, autonomia dos trabalhadores e usuários).

Nessas esferas estão implicados dispositivos inovadores, complexos, e a avaliação deve espelhar os processos desencadeados em sua implementação, mas cuidando-se para que reflitam o que se supõem como inovações na concepção desses dispositivos. É preciso escapar do risco de apreendê-los em uma perspectiva burocrática de implantação/estruturação e de sua aferição. A medida de seus significados e impacto deve respeitar o mesmo âmbito de complexidade de seus contextos de implantação e funcionamento. (FILHO, 2007:1001)

---

<sup>38</sup> Do ponto de vista metodológico e operacional, desde os trabalhos pioneiros de Donabedian (2003), vem classificando os indicadores utilizados para avaliar a qualidade dos serviços de saúde em três grandes grupos – estrutura, processo e resultados. Os indicadores de estrutura incluem os recursos ou insumos utilizados no sistema de saúde, que podem ser sintetizados em humanos, materiais e financeiros; os de processo englobam as atividades e procedimentos envolvidos na prestação de serviços; e os de resultados incluem as respostas das intervenções para a população que tenha sido beneficiada por elas. Os indicadores de resultados, efeitos ou impactos tradicionalmente utilizados em estudos epidemiológicos são os que avaliam as mudanças na saúde da população, relacionadas à mortalidade e morbidade. Mais recentemente, estão incluídas medidas de qualidade de vida em geral, graus de incapacidade, autonomia, avaliações de satisfação dos usuários, mudanças de comportamento das pessoas e outras situações similares. Os efeitos de uma intervenção podem ser avaliados segundo os níveis de eficiência, eficácia e efetividade, modos de separar os distintos aspectos do alcance dos objetivos.

O desenho da política contempla os elementos anteriores citados: objetivos/finalidade da política, estratégias, além das diretrizes e dos dispositivos para o seu funcionamento. Seguindo esta direção, o estudo pretende continuar aprofundando a lógica da PNH, as suas orientações e seus desdobramentos nos serviços de saúde, particularmente nos hospitais públicos, destacando uma breve reflexão sobre as suas diretrizes, e posteriormente, acerca do conjunto de dispositivos institucionais.

### **2.3.2 - Diretrizes da PNH**



As diretrizes da PNH<sup>39</sup> são orientações gerais (teóricas e políticas) que expressam o método da inclusão de gestores, trabalhadores e usuários na produção de saúde através de:

- **Clínica Ampliada;**
- **Co-gestão;**
- **Acolhimento;**
- **Valorização do trabalho e do trabalhador;**
- **Defesa dos Direitos do Usuário;**
- **Ambiência;**
- **Fomento das grupidades, coletivos e redes.**

Todas as diretrizes da PNH só ganham sentido diante do desenvolvimento de projetos concretos no âmbito da saúde. Nos hospitais públicos, organizações que possuem uma maior complexidade, introduzir tais orientações requer estratégias de ação para a (re)invenção das práticas, comprometida com valores éticos e políticos fundados em um outro tipo de vinculação com a população-usuária e com um novo modelo de gestão, uma gestão que seja participativa, constituindo canais de comunicação com os trabalhadores de forma horizontal, (des) verticalizando as decisões.

Os caminhos sugeridos na PNH pretendem contribuir com a realização dos valores e princípios norteadores da política, co-responsabilizando todos os

---

<sup>39</sup> As diretrizes da PNH estão elencadas no texto oficial da política. Ver em BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS : documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006. 52 p. : il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

atores na direção de consolidar o SUS como direito universal à saúde, interagindo com todas as instâncias da rede de assistência à saúde. A seguir, estão registradas algumas reflexões sobre cada diretriz da política:

### **2.3.2.1 - Clínica Ampliada**

O conceito de Clínica Ampliada está relacionado à um processo de reformulação da clínica tradicional, repensando a organização do trabalho clínico, estimulando uma clínica compartilhada, baseada na responsabilização e no vínculo.

A origem da Clínica Ampliada está ligada a concepção da clínica dos sujeitos, tendo uma significativa influência das idéias de Basaglia<sup>40</sup> para o desenvolvimento de um outro sentido para clínica. Uma clínica que não seja baseada na doença mas sim no sujeito.

Campos (2007:53) descreve que Amarante (1996) já sinalizara a análise de Basaglia sobre em repensar as políticas e práticas em saúde, segundo o autor:

Se a doença é colocada entre parênteses, o olhar deixa de ser exclusivamente técnico exclusivamente clínico. Então, é o doente, é a pessoa o objetivo do trabalho e não a doença. Desta forma a ênfase não é mais colocada no processo de cura mas no processo de invenção da saúde e de reprodução social do paciente.

---

<sup>40</sup> Franco Basaglia era médico e psiquiatra, e foi o precursor do movimento de reforma psiquiátrica italiano conhecido como Psiquiatria Democrática. Nasceu no ano de 1924 em Veneza, Itália, e faleceu em 1980. Basaglia criticava a postura tradicional da cultura médica, que transformava o indivíduo e seu corpo em meros objetos de intervenção clínica. No campo das relações entre a sociedade e a loucura, ele assumia uma posição crítica para com a psiquiatria clássica e hospitalar, por esta se centrar no princípio do isolamento do louco (a internação como modelo de tratamento), sendo portanto excludente e repressora.

Essa concepção de Clínica Ampliada nos remete à invenção da saúde, produzindo ações que reconheçam o sujeito na sua totalidade, enquanto protagonista e portador de um conjunto de direitos. Essa reforma da clínica moderna pressupõe uma clínica do sujeito ou uma Clínica Ampliada, buscando uma nova dialética entre sujeito e doença.

A Clínica Ampliada considera fundamental ampliar o “objeto de trabalho” da clínica. Em geral, o objeto de trabalho indica o encargo, aquilo sobre o que aquela prática se responsabiliza. A Medicina tradicional se encarrega do tratamento de doenças; para a Clínica Ampliada, haveria necessidade de se ampliar esse objeto, agregando a ele, além das doenças, também problemas de saúde (situações que ampliam o risco ou vulnerabilidade das pessoas). A ampliação mais importante, contudo, seria a consideração de que, em concreto, não há problema de saúde ou doença sem que estejam encarnadas em sujeitos, em pessoas. (CAMPOS, 2007:852).

A proposta da Clínica Ampliada cria um novo modo de produzir as intervenções profissionais, além de incluir as atividades de prevenção, reabilitação, cura, promoção da saúde, visa fortalecer a autonomia dos sujeitos diante de si mesmo e da sua própria vida. O grau de autonomia se mede pela capacidade de autocuidado, de compreensão sobre o processo saúde/enfermidade, pela capacidade de usar o poder e de estabelecer compromisso e contrato com outros.

A Clínica Ampliada propõe que o profissional de saúde desenvolva a capacidade de ajudar as pessoas, não só a combater as doenças, mas a transformar-se, de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não a impeça de viver outras coisas na sua vida. (BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a:11).

A Clínica Ampliada também deseja aumentar o poder dos usuários na gestão e no cotidiano dos hospitais, para isto, existe uma série de dispositivos com a finalidade de ampliar a participação dos usuários nestes processos, dentre eles: presença dos acompanhantes, visita aberta, conselhos de gestão e etc.

Para a consolidação da referente diretriz é preciso constituir uma equipe de referência alterando a lógica clássica de departamentalização existente nos hospitais, pressupondo que um conjunto de equipes de referência constituiria um novo “departamento”. Esse novo “departamento” tem sido denominado de Unidade de Produção que são departamentos recortados segundo o objetivo e o objeto do trabalho de um conjunto de trabalhadores independente da sua especialidade. A gestão da clínica será feita pela equipe de referência e pelo coordenador de cada caso.

As Unidades de Produção recortam o hospital segundo uma nova lógica, uma racionalidade centrada na integração do processo de trabalho. Assim, alguns hospitais que adotaram essa estratégia criaram novos departamentos como os de Clínica Médica, Pediatria, Urgência, Terapia Intensiva, Traumatologia e Reabilitação, que aglutinam distintos profissionais sobre um mesmo comando e coordenação. Cria-se um gestor único e apoiadores especializados em enfermagem clínica, planejamento e avaliação, etc. (CAMPOS, 2007:854).

Esse tipo de proposta facilita significativamente a comunicação horizontal, configurando um tipo de gestão mais democrática baseada na lateralização e no “apoio matricial”. Um especialista em clínica médica, vinculado à Unidade de Produção Clínica Médica, poderá fazer visitas conjuntas com a Equipe de Referência ou com cirurgiões da Unidade de

Produção de Trauma, por exemplo. O “apoio matricial” destina-se também a dar suporte especializado ao gestor e às equipes de uma Unidade de Produção: assim, por exemplo, uma apoiadora de enfermagem poderá apoiar o trabalho em todas as unidades onde houver trabalho de enfermagem, sem que necessariamente integre essas Unidades de Produção.

Sendo assim, a Clínica Ampliada desconstrói a intervenção impessoal e despersonalizada da clínica tradicional, centrada na doença. Reconhece o outro enquanto sujeito, visando a construção de vínculos entre profissionais e usuários, abandonando ações especializadas e compartimentalizadas, apostando em novas ações que se solidifiquem a partir do reconhecimento da singularidade do usuário dos serviços e de projetos coletivos que aumentem o nível de participação dos vários atores envolvidos na produção da saúde.

#### **2.3.2.2 - Co-Gestão**

O sistema de co-gestão ocorre através da responsabilização de todos os atores no processo de produção da saúde por meio do compartilhamento das decisões e comprometimento com um projeto coletivo de fazer saúde.

A co-gestão é um modo de administrar 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-MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004b:6).

A diretriz de co-gestão apontada faz parte da proposta do modelo de gestão participativa que visa o estabelecimento de pactuações e negociações através de contratos e compromissos feitos entre os sujeitos envolvidos. Este

modelo de gestão concretiza-se por meio dos Colegiados de Gestão garantindo que o poder seja compartilhado onde o processo de trabalho ocorre pela lógica do coletivo.

A estruturação de Colegiados de Co-Gestão visa à construção de espaço onde ocorra a contratação dos objetivos institucionais, elaboração dos planos operativos, acompanhamento e avaliação de processos e resultados, mediante o uso de indicadores. (CAMPOS, 2007:854)

Recomenda-se a constituição de um sistema de co-gestão: a base seria composta pela unidade gerencial básica do hospital, a Equipe de Referência; haveria Colegiados em cada Unidade de Produção e ainda um Colegiado de Gestão Central, composto pela superintendência e gestores das Unidades de Produção. Os usuários ingressariam nesse sistema por meio do Conselho de Gestão do hospital ou da realização de assembléias e de reuniões com objetivos e temas específicos.

Segundo Campos (2000:35), a metodologia que permeia a diretriz da co-gestão está relacionada ao método da roda, uma formulação do próprio autor que propõe privilegiar as pessoas, o sujeito, rompendo com a perspectiva tradicional da administração clássica (taylorismo/fordismo). O método da roda pretende trabalhar com pessoas objetivando a constituição de coletivos organizados, o que significa construir um processo de co-gestão.

Um processo de co-gestão se constrói a partir da consolidação de uma gestão democrática e participativa, repartindo o poder, implicando em uma outra lógica de fazer a gestão, pois inclui a distribuição do poder.

Essa gestão pode ser caracterizada como uma modalidade ampliada de “capacidade de direção” envolve o comprometimento do coletivo e o trabalho em equipe com a finalidade de produzir a democracia institucional.

Esse desejo de construir formas colegiadas de gestão esbarra nas resistências e expressões culturais tradicionais que buscam a continuidade da verticalização e da centralização do poder. Além disso, existem os atores sociais que se apropriam dos espaços coletivos, utilizando o discurso das formas colegiadas e democráticas para legitimarem seus próprios interesses.

A questão da co-gestão em uma instituição pública é polêmica, pois as resistências e a configuração de uma cultura institucional fortemente baseada na hierarquia e na centralização das decisões criam dificuldades reais nos espaços coletivos. Outro elemento importante, é uma tendência de supervalorização da democracia, ou seja, um “democratismo” que não propicia a agilidade dos processos decisórios produzindo também uma morosidade e uma falta de comprometimento dos profissionais nas instituições. Nesta linha de pensamento, conclui-se que ninguém governa sozinho, existe a necessidade de lideranças disponíveis para a discussão, tomada de decisões e encaminhamento dos projetos coletivos.

### **2.3.2.3 - Acolhimento**

O acolhimento<sup>41</sup> é uma diretriz da PNH que implica em uma nova forma de construir relações no ambiente hospitalar, requerendo um atendimento baseado na sensibilização e na escuta, modificando a dinâmica de funcionamento dos hospitais públicos.

O cenário dos hospitais públicos, muitas vezes, é marcado por um atendimento pautado na lógica da produtividade, principalmente nas grandes

---

<sup>41</sup> No Dicionário Aurélio de Língua Portuguesa, o termo acolhimento está relacionado ao “ato ou efeito de acolher; recepção, atenção, consideração, refúgio, abrigo, agasalho”. E acolher significa: dar acolhida ou agasalho a; hospedar; receber: atender; dar crédito a; dar ouvidos a; admitir, aceitar; tomar em consideração; atender a”.

emergências, é preciso fazer uma avaliação dos riscos, desburocratizar a ação profissional, levando em consideração a complexidade e o sofrimento do usuário.

Para produzir os resultados esperados (desburocratização, sensibilização dos profissionais....) e instituir o acolhimento é necessário condições de trabalho adequadas para criar alternativas de ação frente aos problemas vivenciados diariamente no cotidiano das instituições de saúde.

*O acolhimento é uma ação tecno-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde. O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e estabelecendo articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos. (BRASIL-MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004c:5).*

Para a incorporação desta diretriz, a gestão do hospital deverá compreender e fortalecer essa inversão da lógica de atendimento e funcionamento do serviço implicando em uma reorganização do processo de trabalho, envolvendo a participação de uma equipe interdisciplinar podendo garantir maior acessibilidade e resolubilidade.

A adesão dos médicos em relação ao processo de acolhimento no interior dos hospitais é algo frágil no interior dos hospitais de grande complexidade, é necessário ampliar as informações sobre a questão do



acolhimento visto que ainda existe uma forte cultura da valorização do saber médico e da abordagem centrada na doença.

As transformações das práticas passam pela emergência e valorização de novos saberes, por uma postura mais dialógica da equipe entre si e com os usuários, por uma abertura conceitual e científica em relação ao modelo da Biomedicina e uma maior responsabilidade política e ideológica dos gestores. (FAVORETO & CAMARGO, 2002: 59)

Franco et. ali (1999:347) pontua que o acolhimento enquanto diretriz operacional consiste em:

- 1) Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Assim, o serviço de saúde assume sua função precípua, a de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população.
- 2) Reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional – equipe de acolhimento –, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde.
- 3) Qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.

A diretriz do acolhimento atinge intensamente o trabalho organizado a partir de um eixo verticalizado, fragmentado e parcelar. Introduce o eixo da integralidade com base na atuação da equipe multiprofissional com capacitação adequada, possibilitando um novo diálogo entre gestores, profissionais, usuários e suas famílias. Nesse sentido, *"a integralidade pode ser entendida como uma ação resultante da interação democrática entre atores*

*no cotidiano de suas práticas na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema" (PINHEIRO, 2002:15).*

Na verdade, o acolhimento com sintetiza Campos (1997:235), estabelece "A Obra"- *em relação ao processo de trabalho clínico não haveria como valorizar-se "A Obra" sem um processo de trabalho que garantisse os maiores coeficientes de vínculo entre profissional e paciente.*

Então, o acolhimento faz parte de um conjunto de diretrizes da PNH que se caracteriza enquanto um novo processo relacionado às recentes experiências de (re) organização dos serviços alinhados à perspectiva de fortalecimento do SUS. Contudo, o acolhimento por si só não garante uma mudança qualitativa dos serviços de saúde, para instaurar mudanças no campo da atenção e da prestação de serviços torna-se necessário oferecer melhores condições de trabalho aos profissionais de saúde, incluindo uma maior requalificação e educação permanente destes trabalhadores da esfera da saúde.

#### **2.3.2.4 - Valorização do trabalho e do trabalhador**

A PNH tem como uma de suas diretrizes a valorização do trabalho e do trabalhador considerando de fundamental importância realizar investimentos na qualificação dos trabalhadores. O eixo da gestão do trabalho propõe-se à promoção de ações que assegurem a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, fortalecendo, valorizando os trabalhadores e o saber que constroem no seu cotidiano de trabalho.

Nesse fazendo e aprendendo, os próprios trabalhadores percebem-se como produtores de conhecimento. Aprende-se a fazer inventando, segundo

um processo de aprendizagem contínua, de desconstrução de saberes, valores, concepções e sujeitos. Trata-se de inventar pela prática de tateio, de experimentação, de problematização das formas já dadas.

A PNH busca tecer novas relações entre trabalhadores da área de saúde - atores principais do processo de trabalho nos diferentes estabelecimentos de saúde - e aqueles que - também trabalhadores – que se especializaram em disciplinas científicas neste campo de conhecimento, ou seja, novas relações entre os cientistas e profissionais de saúde.

A este novo tipo de relação, de encontro e de diálogo crítico entre o pólo dos saberes presentes nas disciplinas e os pólos de saberes colocados em prática e desenvolvidos no cotidiano de trabalho, deu-se o nome de **CAP - Comunidade Ampliada de Pesquisa**<sup>42</sup> - que faz parte do **PFST - Programa de Formação em Saúde e Trabalho**<sup>43</sup>, que a política de humanização do Ministério da Saúde está colocando como prioridade no âmbito dos processos de trabalho nos estabelecimentos de atenção à saúde.

É importante ressaltar que tais concepções/ ferramentas podem e devem ser apropriadas e desenvolvidas pelas diferentes instâncias que se instituem como “coletivos organizados”, que incluem e representam trabalhadores e gestores/ gerentes. Algumas dessas instâncias podem ser consideradas campos férteis para avançar nessas

---

<sup>42</sup> As Comunidades Ampliadas de Pesquisa – CAPs – apresentam-se como um legado histórico de luta do movimento dos trabalhadores italianos na constituição do que denominaram Comunidades Científicas Ampliadas, foi desenvolvida na realidade francesa e estamos afirmando a possibilidade de sua construção no Brasil. (Athayde et al. 2003)

<sup>43</sup> O Programa de Formação em Saúde e Trabalho (PFST), como dispositivo da PNH, tem como norte metodológico o Programa em Saúde, Gênero e Trabalho, realizado em escolas públicas por pesquisadores da FIOCRUZ, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, da Universidade Federal da Paraíba e da Universidade Federal do Espírito Santo e se constitui como um instrumento de pesquisa e formação dos trabalhadores em defesa da vida e da saúde no trabalho. Para a efetivação do PFST foram utilizados os textos do Caderno de Textos do referido Programa (Athayde et al. 2003) e feitas as adaptações necessárias para os trabalhadores da saúde.

metodologias de atuação/formação, como, por exemplo: Grupos de Trabalho de Humanização (GTHs), Setores de Recursos Humanos e de Pessoal (ou equivalentes), Serviços Especializados de Segurança e Medicina do Trabalho, como os SESMTs, Comissões Internas de Atuação em Saúde no Trabalho, como CIPAs, e outras formal e informalmente constituídas. (BRASIL-MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a e 2008:12).

O Ministério da Saúde menciona a importância dos “coletivos organizados” que incluem e representam teoricamente os interesses dos trabalhadores e gestores/gerentes. Porém, ao abordar a categoria “coletivos organizados” cuidadosamente devemos nos atentar para o fato que no interior de um “coletivo organizado” estão reunidos diversos interesses e projetos diferenciados que nem sempre representam os trabalhadores, gestores e gerentes. Não podemos confundir um setor de Recursos Humanos e de Pessoal que são caracterizados pelos processos administrativos e burocráticos com um Colegiado ou um Conselho Gestor, estes últimos são constituídos pela lógica da politização e do estímulo à participação dos sujeitos que atuam nestas instâncias.

#### **2.3.2.5 - Defesa dos Direitos do Usuário**

A PNH tem como uma de suas diretrizes principais- a defesa dos direitos do usuário. Tradicionalmente, os usuários do sistema de saúde encontram inúmeras dificuldades no acesso e na utilização dos serviços de saúde. Ao utilizarem os serviços de saúde se deparam com grandes obstáculos expressos através de demora no atendimento, não explicação por parte do profissional sobre os procedimentos médicos adotados no decorrer da consulta, “peregrinação”- onde os usuários percorrem várias unidades de

saúde em busca do atendimento para a sua patologia específica, além da ausência de acolhimento e respeito.

Essa realidade caótica é configurada principalmente no âmbito do serviço público de saúde. Pesquisas demonstram que os usuários do SUS são aqueles que mais vivenciam situações de discriminação, em decorrência da sua condição de classe (falta de poder aquisitivo), e de outras dimensões que se entrelaçam, tais como: raça, gênero, local de moradia, baixa escolaridade, entre outras. Segundo os dados da Pesquisa Mundial de Saúde:

As principais formas de discriminação apontadas pelos respondentes foram: a falta de dinheiro e a classe social, sendo importante notar que os percentuais de indivíduos que se sentiram tratados pior por motivos relacionados à exclusão social foram sempre maiores para os usuários do SUS, em comportamento oposto aos princípios que regem o sistema de saúde brasileiro.” (LEAL et alii, 2005).

Essas situações demonstram que as políticas de saúde devem reconhecer a importância dos determinantes sociais na produção do binômio saúde-doença, considerando que a equidade e a utilização dos serviços de saúde deverá considerar as múltiplas dimensões que caracterizam o que Creshaw (2005) define como interseccionalidade<sup>44</sup>. A discriminação afeta significativamente grupos e/ou segmentos mais vulnerabilizados, seja pela questão geracional, pela condição social, pela orientação sexual, pelo tipo de doença que o usuário é portador...

---

<sup>44</sup> A interseccionalidade é uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras. Além disso, a interseccionalidade trata da forma como ações e políticas específicas geram opressões que fluem ao longo de tais eixos, constituindo aspectos dinâmicos ou ativos do desempoderamento.

Em sua grande maioria, não vem existindo um investimento ou uma percepção por parte da gestão dos serviços para a detecção da discriminação no ambiente organizacional das unidades de saúde. Esta realidade vem mudando através de novas pactuações políticas, profissionalização dos gestores, **participação dos conselhos**, entre outros canais democráticos que clamam por uma saúde mais humanizada, com gerência colegiada e construção de um caminho no interior da saúde que conduza à cidadania.

A gestão em saúde precisa identificar situações de discriminação no sentido de desconstruí-las. A naturalização de tais processos provocou um silêncio profundo diante de maus-tratos, violência psicológica e etc.

Os determinantes sociais devem ser considerados como elementos importantes na formação dos profissionais de saúde. A educação do trabalhador em saúde precisa incluir em seu conteúdo o significado de exercer um trabalho dentro de uma esfera pública, onde não é benesse alguma ou “favor”, a prestação de um serviço, mas sim, tal processo faz parte de um conjunto de atividades onde **o usuário é o centro da atenção**.

Como observou Travassos (1997), há uma relação perversa no uso dos serviços de saúde: os grupos de menor renda per capita adoecem mais, porém utilizam menos serviços de saúde. Somando-se a este quadro, temos apontado Sá (1999, 2001) aponta a **crescente “banalização” da dor e do sofrimento alheios** na dinâmica mais ampla de nossa sociedade e, com especial intensidade, nos serviços de saúde. Este processo se manifesta, por exemplo, na apatia burocrática, no corporativismo e na omissão dos profissionais, na falta de ética, de respeito e de solidariedade na relação entre profissionais de

saúde e destes para com os usuários/pacientes. O clientelismo político, o fisiologismo e a corrupção também não poupam os serviços de saúde.

O saldo destes processos não se traduz apenas em ineficiência, baixa produtividade, baixa cobertura e baixa qualidade dos serviços, mas, principalmente, em sofrimentos, seqüelas e mortes que poderiam ter sido evitados. (Sá, 2001). Também entre os profissionais de saúde ainda comprometidos com a melhoria das condições de vida e de saúde em nossa sociedade, existe um sentimento de perplexidade e muito sofrimento, especialmente pela dificuldade de compreensão diante destas situações e pelo sentimento de impotência sobre esta realidade.

Além disso, a falta de comprometimento, responsabilização, cooperação e solidariedade rompem com um dos princípios fundamentais do SUS: o reconhecimento da saúde enquanto direito e do usuário enquanto cidadão.

O acesso aos serviços de saúde, muitas vezes, é impossibilitado pela ausência de comportamentos mais “responsáveis” dos profissionais de saúde, pela inexistência do acolhimento, pelo desconhecimento dos princípios do SUS, pela falta de capacitação sistemática, pela falta de condições de trabalho adequadas, pelas práticas até mesmo discriminatórias não levando em consideração as determinações sociais da saúde.

Entre os diversos tipos de serviços de saúde que integram o SUS, acredito que os hospitais públicos de emergência, especialmente os situados nas grandes cidades e, particularmente, suas portas de entrada, representam alguns dos maiores desafios para o exercício da cooperação entre os profissionais de saúde e da solidariedade e cuidado com a vida nas relações entre estes e a população atendida. Sá & Azevedo (2002), destacam que nas

últimas décadas aumentaram as desigualdades sociais, o empobrecimento da população é crescente e a violência urbana atingiu um patamar jamais visto e insuportável. Este quadro produz efeitos perversos no sistema de saúde que se somam a dificuldades de constituição e coordenação de uma rede pública de serviços que garanta o acesso a todos os níveis de assistência.

Então, podemos constatar que como um dos problemas centrais no sistema de saúde é a falta de acolhimento, vínculo, responsabilização com relação ao usuário dos serviços de saúde, ou a ausência de uma “humanização no ato de cuidar” e o reconhecimento do outro enquanto **sujeito de direitos**.

É fundamental, a participação dos usuários nos espaços coletivos para o acompanhamento e execução das políticas de saúde. Neste sentido, os Conselhos de Saúde e mais recentemente, a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde<sup>45</sup> proposta em 2006 representam um significativo avanço para o exercício da cidadania e reconhecimento efetivo destes direitos. Essa experiência da Carta de Direitos revela uma tentativa de promover mudanças de atitude em relação às práticas de atenção e gestão em saúde com vistas ao fortalecimento da autonomia dos usuários no seu processo saúde x doença e constituição de vínculos mais sólidos entre profissionais de saúde e usuários.

---

<sup>45</sup> A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde proposta em 2006 foi apresentada pelo Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde e Comissão Intergestores Tripartite e baseia-se em seis princípios:

1. *Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde.*
2. *Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema.*
3. *Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação.*
4. *Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos.*
5. *Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada.*
6. *Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos.*



Desta forma, essa mudança implica em incluir alguns ingredientes fundamentais na prestação dos serviços de saúde. Segundo Campos (1994:53), “Vínculo, mais desmistificação dos meios diagnósticos e terapêuticos, mais estímulo ao auto-cuidado, mais trabalho em equipes com maior autonomia profissional e concomitante maior responsabilidade pela solução de problemas de saúde e pela gerência dos processos de trabalho, são todos caminhos para se vencer a resistência da clínica mecanicista e biologicista.” Com certeza, a humanização não é a saída para todos os males da saúde pública, é necessário atender da melhor forma as necessidades humanas e sociais de todos os sujeitos envolvidos (trabalhadores da saúde, usuários e etc...), porém a saúde defronta-se com tantos outros problemas estratégicos que emperram a prestação do cuidado.

Contudo, a defesa de um SUS humanizado, universal e de qualidade exige a reposição do usuário-cidadão como o centro das formulações e operacionalização das políticas e ações de saúde. É essa a premissa que orienta a reinvenção de modelos e alternativas de gestão para superar a crise dos sistemas públicos<sup>46</sup>.

#### **2.3.2.6 - Ambiência**

---

<sup>46</sup> Esta afirmativa está baseada no documento “O SUS PRA VALER: UNIVERSAL, HUMANIZADO E DE QUALIDADE” Fórum da Reforma Sanitária Brasileira. ABRASCO, REDE UNIDA, ABRES, CEBES E AMPASA. Julho de 2006.

Esta diretriz está relacionada à construção de um espaço físico entendido enquanto um espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve fortalecer um modelo de atenção acolhedor, humanizado e resolutivo.

Ao adotar o conceito de Ambiência para a arquitetura nos espaços da Saúde, atinge-se um avanço qualitativo no debate da humanização dos territórios de encontros do SUS. Vai-se além da composição técnica, simples e formal dos ambientes, passando a considerar as situações que são construídas. Essas situações são construídas em determinados espaços e num determinado tempo, e vivenciadas por uma grupalidade, um grupo de pessoas com seus valores culturais e relações sociais. (BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008a:5).

O conceito de AMBIÊNCIA segue primordialmente três eixos:

- O espaço que visa à confortabilidade focada na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos, valorizando elementos do ambiente que interagem com as pessoas – cor, cheiro, som, iluminação, morfologia...–, e garantindo conforto aos trabalhadores e usuários.
- O espaço que possibilita a produção de subjetividades – encontro de sujeitos – por meio da ação e reflexão sobre os processos de trabalho.
- O espaço usado como ferramenta facilitadora do processo de trabalho, favorecendo a otimização de recursos, o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo.

A ambiência atua como uma ferramenta importante na melhoria dos processos de trabalho, mas por si só não produz uma qualidade maior na atenção aos trabalhadores. A gestão deverá incluir e considerar a ambiência, além de outros aspectos fundamentais para deflagrar um verdadeiro movimento de mudança com base na gestão participativa.

A ambiência não poderá ser considerada apenas em seus aspectos arquitetônicos e físicos de um hospital, faz parte de uma dinâmica onde usuários, trabalhadores e gestores precisam atuar na definição de elementos que compreendem desde a otimização e organização do espaço até ações de biossegurança assegurando a realização da prestação de serviços em um ambiente melhor.

#### **2.3.2.7 - Fomento das grupidades, coletivos e redes**

Identificar a relevância das grupidades, dos coletivos e das redes no sistema de saúde, especificamente nos serviços de saúde torna-se imprescindível para a consolidação da PNH nos vários níveis da atenção em saúde.

Nos serviços de saúde, dentre eles, no hospital, percebemos o quantitativo e a diversidade de profissionais que integram o quadro de trabalhadores que prestam serviços em seu interior, com diferentes qualificações e leituras sobre o significado do processo saúde x doença.

Para uma mudança estratégica nos serviços de saúde com a finalidade de desconstruir a imagem negativa que temos ao falarmos de um hospital público é preciso romper com a prática profissional fragmentada, impessoal, com o não-envolvimento com os usuários e suas famílias, com o descaso, com o desrespeito, dentre inúmeros aspectos que produzem reflexos danosos ao sistema de saúde.

É possível alterar esta situação caótica instaurada nos serviços de saúde, principalmente nos hospitais públicos, unidades com maior grau de complexidade que requerem uma redefinição das relações dos profissionais

com os usuários do sistema, familiares, comunidade, reforçando as atividades a serem desenvolvidas no âmbito do trabalho em equipe. É óbvio, que é preciso conjugar outros elementos neste processo, adicionando-os dentro desta dinâmica, não podemos deixar de ressaltar a importância vital da gestão para a transformação da realidade institucional compondo junto com os demais atores uma rede<sup>47</sup> possibilitando a introdução de novas ações no modelo de assistência.

Com isso, ao estimular a grupalidade, o coletivo e a rede, a PNH contribui para a uma relação mais democrática, participativa e horizontal entre os principais atores que compõem o sistema de saúde (gestores, profissionais de saúde, usuários e suas famílias....).

A idéia de grupalidade, de coletivo e de rede implica está ligada à este conjunto de atores que são protagonistas do processo, capazes de produzir e (re) produzir ações, fomentar idéias, trocas de experiências. Essa interação entre diferentes atores não é algo fácil pois aglutina perspectivas e projetos políticos diversos e interesses múltiplos mas daí reside a riqueza da “unidade dos contrários”. É no coletivo e na vida cotidiana que os diferentes atores que participam e executam as ações nos hospitais públicos aprendem e constroem seus referenciais. Essa diretriz está fortemente pautada no Método da Roda<sup>48</sup>

---

<sup>47</sup> Segundo comentários de Teixeira (2002:1) as redes ou estruturas policêntricas representam um fenômeno recente, cada vez mais freqüentemente observado, envolvendo diferentes atores, organizações ou núdulos, vinculados entre si a partir do estabelecimento e manutenção de objetivos comuns e de uma dinâmica gerencial compatível e adequada. Este fenômeno apresenta-se igualmente em diferentes campos gerenciais, manifestando-se na existência de redes empresariais, redes de políticas, redes de Movimentos Sociais, redes de apoio sócio-psicológico, etc. Apesar da diversidade de objetivos, de instituições, atores e recursos envolvidos, em todos os casos encontramos elementos comuns, representados pelos desafios de estabelecer modalidades gerenciais capazes de viabilizar os objetivos pretendidos e preservar a existência da estrutura reticular.

<sup>48</sup> A concepção teórica do método é do Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos, em sua obra 'Um método para análise e co-gestão de coletivos' (2000). A co-gestão apresenta-se no contexto das práticas de gestão pública como proposta de democratização das relações de poder entre as pessoas. O Método a Roda (ou o MEAGE) é um método de apoio à co-gestão.

destinado a propiciar a criação de rodas ou de espaços coletivos e vem sendo aplicado significativamente no sistema de saúde com a discussão da PNH nos hospitais públicos. Esta concepção disseminada pelo Método da Roda legitima a diretriz em questão destacando que os processos na esfera da saúde são feitos com as pessoas e não sobre elas. Para isto, é necessário o aumento da capacidade de análise e de intervenção dos agrupamentos humanos.

Todas as diretrizes apresentadas pela PNH são caminhos e orientações teóricas e políticas que são estabelecidas e concretizadas a partir dos dispositivos institucionais recomendados pela própria política. A seguir, serão apresentados os dispositivos mencionados na PNH, consistindo em um conjunto de técnicas e experimentações colocados em ação interferindo de algum modo no que já está instituído e contribuindo para a realização das diretrizes mencionadas.

### **CAPÍTULO III - Os Dispositivos Institucionais da PNH**

Para o conjunto de diretrizes da Política Nacional de Humanização se tornar uma realidade no universo dos hospitais públicos e nas demais

---

Objetiva apoiar a produção de Valores de Uso e de Coletivos Organizados. Ou seja, ajudar a articular a produção de bens e serviços com a produção de Instituições, Organizações e dos próprios Sujeitos envolvidos com o processo. Neste sentido, é um método de Gestão. É um método de apoio à co-gestão de processos complexos de produção. Foi elaborado a partir da leitura crítica de experiências e de textos tradicionais aos campos da Política (disputas e recomposição dos sistemas de Poder), do Planejamento (capacidade de pensar e de agir em função de objetivos, visando o futuro, mediante a elaboração de Projetos), da Análise Institucional (uma ramo da psicologia aplicada à coletivos) e da Educação Continuada (pedagogia). Conceitos oriundos destes campos foram analisados e reformulados segundo sínteses apresentadas nos Capítulos anteriores. O Método da Roda apóia, de modo simultâneo, a elaboração e implementação de Projetos e a construção de Sujeitos e de Coletivos Organizados. Objetiva, centralmente, ampliar a Capacidade de Direção dos grupos, aumentado sua capacidade de Analisar e de Operar sobre o mundo (práxis). Para isto, trabalha com o conceito de capacidade de análise e de intervenção conforme exposto anteriormente. O setting básico do método são os Espaços Coletivos. Qualquer modalidade de Espaço Coletivo: rodas humanas.

organizações de saúde é necessário adotar dispositivos que funcionam como arranjos tecnológicos e/ou um conjunto de experimentações que a própria política conseguiu sintetizar enquanto uma forma de melhorar o cotidiano no âmbito do sistema de saúde. Não existem “receitas de bolo”, os próprios atores constroem os dispositivos pois é algo que se põe em ação, não estando pronto e acabado pois pressupõe a introdução de mudanças .

A origem do conceito de **dispositivo** está relacionada à análise institucional<sup>49</sup>. Segundo Baremblytt dispositivo "*é uma montagem ou artifício produtor de inovações que gera acontecimentos, atualiza virtualidades e inventa o novo radical.*" (Baremblytt, 1992 -p.151).

Os dispositivos são introduzidos em uma estrutura organizacional alterando a sua lógica de funcionamento. Além disso, são capazes de instaurar mudanças modificando a cultura institucional intervindo na realidade cotidiana dos serviços. Daí acredita-se no poder instituinte dos dispositivos por estabelecer inovações nas práticas cotidianas dos serviços de saúde.

Freqüentemente, alguns dispositivos têm sido convocados para atenuar os efeitos desagregadores e alienantes da lógica organizacional baseada em um sistema de poder verticalizado cujas decisões são centralizadas. Tais

---

<sup>49</sup>René Lourau, sociólogo francês que, em conjunto com outros estudiosos, dentre os quais George Lapassade e Félix Guatarri, criou o movimento institucionalista no final da década de 60, na França, desenvolveu um conceito de instituição que é interessante conhecer. A proposta da Análise Institucional (A.I.) é, propriamente, analisar as instituições, as quais se produzem historicamente e perpassam os nossos modos de vida/existência. Desse modo, pretende desnaturalizar algo que é dado, ou seja, dar visibilidade ao processo de constituição de uma certa realidade. O termo Instituição é entendido aqui como um sistema de normas e regras que produzem a vida dos indivíduos, atravessando todos os níveis dos agrupamentos humanos e fazendo parte de sua estrutura. Uma vez que se entende que uma Instituição é constituída pelos humanos em suas práticas cotidianas, podemos visualizar suas duas faces: a Instituída e a Instituinte. Por “Instituinte” entenderemos, ao mesmo tempo, a contestação, a capacidade de inovação e, em geral, a prática política como “significante” da prática social. No “instituído” colocaremos não só a ordem estabelecida, os valores, modos de representação e de organização considerados normais, como igualmente os procedimentos habituais de previsão (econômica, social e política). (Altoé, 2004, p.47).

dispositivos procuram na verdade, alterar o ordenamento destas organizações, quer em sua dimensão gerencial - gestão colegiada -, quer na de atenção à saúde - reforma do modelo de atenção (Campos, 1992).

Ainda é pouco explorada a temática dos dispositivos institucionais da PNH, não existindo um número satisfatório de referências bibliográficas sobre o referente assunto. Não foram encontrados maiores estudos sobre o funcionamento dos dispositivos na realidade institucional dos serviços de saúde, particularmente nos hospitais públicos.

Portanto, o objetivo deste capítulo é apresentar o elenco de dispositivos identificados no documento oficial da política, seus conceitos e de que modo os mesmos se operacionalizam dentro dos hospitais públicos. Adiante, com a pesquisa de campo, será feita uma análise destes dispositivos nos hospitais estudados, dentre eles: Acolhimento com Classificação de Risco, Equipes de Referência e de Apoio Matricial, Projeto Terapêutico Singular- PTS, Projetos de Construção Coletiva da Ambiência, Colegiado de Gestão, Contratos de Gestão, Sistemas de Escuta Qualificada para Usuários e Trabalhadores da Saúde: Gerência de Porta Aberta, Ouvidorias, Grupos Focais e Pesquisas de Satisfação, Projeto “Acolhendo os Familiares- Rede Social Participante”: Visita Aberta, Direito de Acompanhante e Envolvimento no Projeto Terapêutico, Programa de Formação em Saúde e Trabalho- PFST e Comunidade Ampliada de Pesquisa- CAP, Grupo de Trabalho da Humanização- GTH.

### **3.1 - Acolhimento com Classificação de Risco**

O acolhimento além de se constituir em uma das diretrizes da PNH, atua como um importante dispositivo tecno-assistencial introduzindo uma modificação expressiva na relação e interação entre profissional de saúde e usuários dos serviços. Carvalho e Cunha (2006:860) com base no pensamento de Merhy (1997) acreditam que:

Acolher bem o usuário significa, entre outros, ter uma atitude que garanta a escuta qualificada das demandas com o objetivo de ofertar o máximo de tecnologias- saberes materiais e não materiais que procuram ler o mundo a partir de um determinado conceito de saúde e de doença e produzir procedimentos eficazes, para que se produza saúde individual e coletiva.

Este dispositivo vem sendo utilizado desde a década de 90<sup>50</sup> em unidades de saúde com a finalidade de propiciar a melhoria do acesso aos serviços e viabilizar uma maior qualificação dos serviços prestados aos usuários.

Este processo de acolhimento é instaurado comumente nas *portas de entrada* dos hospitais públicos atuando enquanto uma ferramenta cujo objetivo é diminuir a demanda reprimida, encaminhar os problemas não emergentes para a rede básica e priorizar os casos mais necessitados ou urgentes.

A discussão da PNH trouxe à tona a relevância do acolhimento, principalmente, tratando o acolhimento enquanto um instrumento para a escuta, construção de vínculos, responsabilização em relação aos usuários e atendimento às situações de saúde x doença pelo grau de complexidade. Tradicionalmente, as unidades de saúde adotaram o serviço de triagem em

---

<sup>50</sup> Dados provenientes do artigo de Franco et. ali. (1999), quando tratam da questão do acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil.



suas portas de entrada, feita de modo “burocrático”, muitas vezes, tratando o usuário com certa impessoalidade, sem haver uma compreensão do seu sofrimento físico ou psíquico.

Quando um usuário demanda um serviço de saúde nem sempre este apresenta um sintoma de ordem física. Muitos usuários recorrem aos serviços de saúde para exteriorizarem o seu sofrimento psíquico ou emocional. Entretanto, os serviços de saúde, em sua maioria, não estão preparados e/ou sensibilizados para receber este tipo de demanda.

Conforme citam CARVALHO e CUNHA (2006: 861), *a função da porta de entrada não é mais barrar ou limitar e sim responder aos problemas que aparecem de modo criativo, explorando o máximo o conhecimento.*

Com isso, a proposta de acolhimento que a PNH faz para as unidades de saúde visa fortalecer a universalidade do acesso, a reorganização do processo de trabalho em saúde e a mudança na relação entre trabalhador de saúde e usuário. Existem condições necessárias para implantar o acolhimento nos serviços de saúde, uma delas refere-se ao fortalecimento da equipe multiprofissional e interdisciplinar para integrar uma equipe de acolhimento disponível, principalmente nas portas de entrada. Esse dispositivo pode alterar a prestação dos serviços ao usuário e o próprio processo de trabalho dos profissionais de saúde, configurando novos modos de produzir a saúde no escopo das instituições.

Não é possível fazer acolhimento sem equipe de acolhimento e não é possível fazer acolhimento sem a estratégia da classificação de risco. O acolhimento com classificação de risco é um importante dispositivo da política e segundo a recomendação da PNH:

O acolhimento com avaliação e classificação de risco configura-se como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização e realização da promoção da saúde em rede, pois se faz a partir da análise, problematização e proposição da própria equipe, que se constitui como sujeito do seu processo de trabalho. Em sua implementação, o acolhimento, extrapola o espaço de gestão local afirmando, no cotidiano das práticas em saúde, a coexistência das macro e micropolíticas. (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004c:17).

A tecnologia da classificação de risco foi empregada nos espaços de maior procura pelo atendimento, em especial: nas grandes emergências e pronto-socorros, com a existência da sala de espera e de uma equipe qualificada que observa e avalia a situação de saúde do usuário. Neste caso, o usuário que tem sua situação de saúde classificada como uma demanda prioritária é encaminhado rapidamente para o atendimento. A equipe também terá um importante papel de esclarecer aos demais usuários a proposta do acolhimento com classificação de risco com vistas a reduzir qualquer possibilidade de conflito diante dos casos prioritários para que a população entenda a proposta e não se sinta prejudicada, para isto a divulgação e a socialização das informações é fundamental no decorrer do processo.

Segundo o Ministério da Saúde (2004), os pré-requisitos necessários à implantação da central de acolhimento e classificação de risco são:

- Estabelecimento de fluxos, protocolos de atendimento e classificação de risco;
- Qualificação das Equipes de Acolhimento e Classificação de Risco (recepção, enfermagem, orientadores de fluxo, segurança);

- Sistema de informações para o agendamento de consultas ambulatoriais e encaminhamentos específicos;
- Quantificação dos atendimentos diários e perfil da clientela e horários de pico;
- Adequação da estrutura física e logística das seguintes áreas de atendimento básico: Área de Emergência e Área de Pronto Atendimento.

Importante destacar que esta avaliação pode ocorrer por explicitação dos usuários ou pela observação de quem acolhe, sendo necessário capacitação específica para este fim, não se entende aqui processo de triagem<sup>51</sup>, pois não se produz conduta e sim direcionamento à classificação de risco.

Após o atendimento inicial, o paciente é encaminhado para o consultório de enfermagem onde a classificação de risco é feita baseada nos seguintes dados: Situação/Queixa/ Duração (QPD); Breve histórico (relatado pelo próprio paciente, familiar ou testemunhas); Uso de medicações; Verificação de sinais vitais; Exame físico sumário buscando sinais objetivos e Verificação da glicemia, eletrocardiograma se necessário.

A classificação de risco de acordo com o Ministério da Saúde (2004) se dará nos seguintes níveis (**ver figura 1**):

---

<sup>51</sup> O processo de triagem é realizado a partir da seleção e diagnóstico dos casos apresentados. A realização da triagem ocorre geralmente por meio de um profissional de enfermagem e um assistente social e/ou psicólogo nas portas de entrada dos serviços de saúde, ambulatórios ou emergências. Tradicionalmente, é feita na maioria das vezes, de modo “burocrático” encaminhando as demandas recebidas para os serviços adequados que tratarão da patologia apresentada pelo usuário.

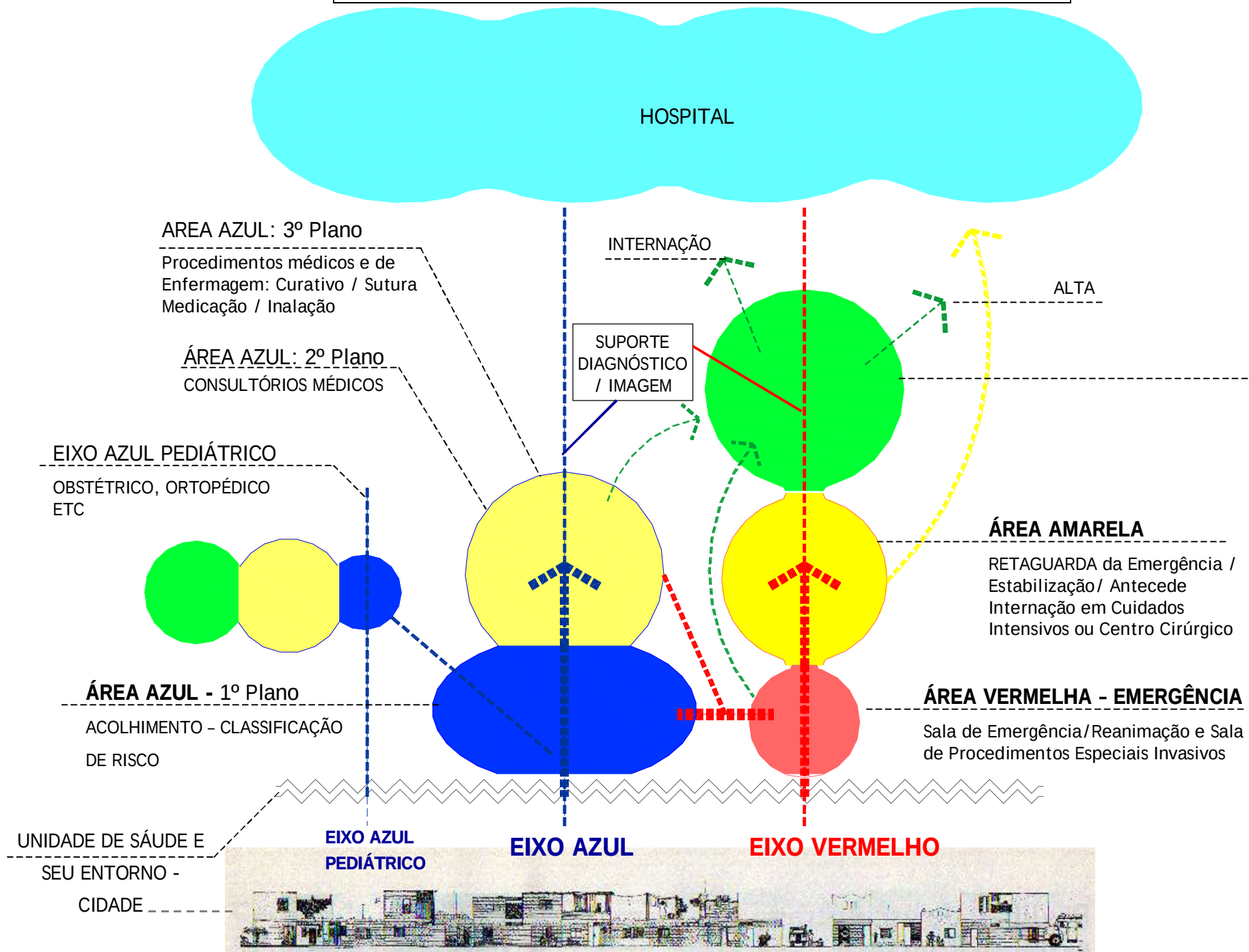
**Vermelho:** prioridade zero – emergência, necessidade de atendimento imediato.

**Amarelo:** prioridade 1 – urgência, atendimento o mais rápido possível.

**Verde: menor urgência-** pacientes em condições agudas (urgência relativa) ou não agudas atendidos com prioridade sobre consultas simples – espera até 30 minutos.

**Azul: não urgência-** consultas de baixa complexidade – atendimento de acordo com o horário de chegada.

**Exemplo: Figura 1- Áreas de Pronto Socorro (atenção por nível de gravidade e acolhimento com classificação de risco)**



Teoricamente, o referente dispositivo estabelece este fluxo de atendimento por nível de complexidade e estabelece esta nova modalidade de atenção, principalmente nas portas de entrada. Entretanto, a operacionalização do acolhimento nos hospitais públicos está longe de ser uma realidade em pleno funcionamento. Em muitas unidades, existem dificuldades no entendimento deste fluxo de prestação de serviços pela complexidade da situação de saúde apresentada pelos usuários, a não compreensão está atrelada não só ao usuário mas ao profissional de saúde, principalmente, a categoria médica que evidencia resistências ao processo, não integrando-se à equipe de avaliação e de acolhimento, ficando em grande parte com a enfermagem toda a responsabilidade pela classificação de risco<sup>52</sup>. As enfermeiras ainda gerenciam o trabalho das auxiliares de enfermagem que atuam nas equipes de acolhimento. Quanto aos demais profissionais, em especial, os assistentes sociais, estes participam do acolhimento coordenando os grupos programáticos. Os programas são considerados atividade fundamental para garantir a integralidade da assistência. Faz-se necessário mencionar que esta questão dos processos de trabalho em saúde e especificamente da categoria médica será retomada nos capítulos IV e V do respectivo estudo para o aprofundamento da discussão sobre as organizações profissionais no campo da saúde.

Além disso, para a inversão do modelo assistencial na direção do acolhimento, é preciso pensar na capacitação e no investimento nestes profissionais, onde a gestão deverá centrar-se na adoção de estratégias para

---

<sup>52</sup> Esta constatação é baseada na minha inserção profissional enquanto participante do comitê de humanização de um hospital público e também na leitura realizada sobre um artigo de Franco et. al. (1999) já citado em nota de rodapé anterior e que trata do processo de implantação do acolhimento em Betim- Minas Gerais quando o autor menciona a dificuldade da participação dos médicos no acolhimento.

romper com a versão especializada e fragmentada do saber e do trabalho na saúde, colocando o usuário como sujeito da sua própria história e no centro da prestação do cuidado.

Ainda, é necessário sinalizar que o acolhimento com classificação de risco não é um espaço físico ou um local, mas sim, uma postura ética implicando no trabalho de uma equipe que possui uma importância estratégica, compartilhando saberes, necessidades, possibilidades e idéias. Esse conjunto de trabalhadores envolvidos no processo atribui vida aos procedimentos realizados na esfera do ambiente hospitalar.

No próximo tópico, está contemplado um dispositivo que trata basicamente desta questão fundamental, a necessidade da constituição da equipe com seu caráter de multiprofissionalidade, interdisciplinaridade e até mesmo na possibilidade da transdisciplinaridade, apresentando toda a relevância da equipe de referência e apoio matricial enquanto desencadeadores de mudanças no interior dos hospitais públicos.

### **3.2 - Equipes de Referência e de Apoio Matricial**

As equipes de referência constituem um dispositivo essencial da PNH, configurando a consolidação de processos mais democráticos, participativos e eficazes do ponto de vista da prestação do cuidado e da terapêutica em saúde. Nos hospitais públicos nos deparamos com inúmeros profissionais oriundos das mais distintas especialidades e/ou formações: médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, entre outros. Aqui, nesta passagem, só estão mencionados os profissionais de nível superior, sem contar com os demais profissionais de formação técnica e de nível médio e elementar. Esse conjunto de profissionais e técnicos vinculados aos serviços dos hospitais, cotidianamente enfrentam desafios e situações apresentadas pela população-usuária que chega ao serviço com toda a sua vulnerabilidade e fragilidade decorrente do seu processo de doença.

Nem sempre constatamos uma interação tranqüila entre profissional de saúde x usuário no âmbito dos hospitais públicos. Na realidade, verificamos significativos ruídos e fragmentações que interferem de modo negativo no atendimento levando à negligência, ao descaso ou até mesmo ao descuido.

Não buscarei aprofundar neste tópico a questão das condições e dos processos de trabalho nos hospitais e a sua interface com a gestão mas gostaria de destacar a pertinência da constituição das equipes de referência nos hospitais, segundo a recomendação da PNH e a sua possibilidade de concretização.



Para a existência deste dispositivo é necessário gerir os serviços de saúde com base em uma concepção que valorize os espaços multiprofissionais e interdisciplinares.

A reforma e ampliação da clínica e das práticas de atenção integral à saúde – como a responsabilização e a produção de vínculo terapêutico – dependem, fundamentalmente, da instituição de novos padrões de relacionamento entre os profissionais de saúde e os usuários dos serviços. Os padrões de relacionamento, por sua vez, são decorrentes, em grande parte, dos estilos de gestão e da estrutura de poder existente nas instituições. Um serviço de saúde onde as decisões são tomadas por um pequeno grupo que ocupa cargos mais altos na hierarquia deste serviço, e cuja organização é baseada no poder das corporações profissionais, tende a gerar descompromisso e falta de interesse de participação na maioria dos trabalhadores. Processos de trabalho centrados em procedimentos burocráticos, e que se restringem a prescrever, tendem a fragilizar o envolvimento dos profissionais de saúde com os usuários. (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004 a:5-6).

A afirmativa descrita acima reforça a importância da gestão na criação de padrões de relacionamento mais horizontalizados, democráticos e comprometidos com os usuários. Deve-se considerar que sem o sentido de equipe e de co-responsabilização, o trabalho em saúde ficará delineado por uma perspectiva cientificista, alienada, normativa, demasiadamente especializada e burocrática não possibilitando uma construção verdadeiramente coletiva.

A constituição da equipe de referência pretende tornar-se um **dispositivo instituinte**<sup>53</sup> **nos serviços de saúde**, introduzindo mudanças qualitativas no processo de trabalho, procurando tentar resolver e/ ou reduzir os problemas em relação à ausência de responsabilidades na prestação do atendimento.

---

<sup>53</sup> Esta categoria é proveniente da análise institucional (ver na introdução do respectivo capítulo-página 123).

Observe que a falta de responsabilização<sup>54</sup> dos profissionais sobre os usuários é muito comum, especialmente, no interior das emergências dos hospitais encontramos inúmeros usuários e familiares desconhecendo o médico responsável pela sua situação de saúde. Vale a pena destacar que nas emergências e pronto-atendimentos, há uma rotatividade de turnos e de profissionais em decorrência da distribuição dos plantões mesmo com toda essa lógica organizacional, o usuário necessita conhecer o responsável pelo seu diagnóstico e quem são os responsáveis pelo seu tratamento e pela sua reabilitação.

Essa cultura de não vinculação e de não responsabilização poderá ser reduzida com a existência de uma equipe de referência já consolidada. As equipes de referência funcionam de acordo com a realidade local e a disponibilidade de recursos. Outro recorte interessante e intrínseco ao dispositivo é a multiprofissionalidade com o direcionamento da interdisciplinaridade, reunindo profissionais de diferentes especialidades variando em função da finalidade do serviço/unidade.

---

<sup>54</sup> Segundo Rollo e Oliveira (1997:323), vários autores têm se ocupado com esta questão tão ruidosa da impessoalidade e fragmentação da assistência nos hospitais. Trabalhos em hospitais norte-americanos revelam que os profissionais responsáveis pela assistência (médicos e enfermagem), dedicam apenas 20% de seu tempo a atividade de contato direto com os pacientes, e, em média, 67 pessoas diferentes entram em contato com estes, em uma internação de quatro a cinco dias (Lathrop, 1997). Podemos supor que esta realidade, em nossos hospitais públicos, deva ser bem pior, considerando as jornadas da enfermagem de 12 horas de trabalho por 36, 48 ou 60 horas de descanso, a tendência atual dos médicos organizarem a jornada das enfermarias em plantões de 12 ou 24 horas, em vez de jornada como diarista. Aliado a isto, temos o modo como é organizado o processo de trabalho a partir da organização seriada de procedimentos, como em uma linha de montagem, hora da evolução, hora da prescrição, hora dos curativos. Depois vem o horário da medicação, depois o dos controles vitais, depois o dos banhos, não havendo responsabilização, nem a construção de vínculo entre profissional de saúde e o paciente. Com isso, o paciente é de todos e não é de ninguém.

Vale dizer que as propostas de formação e de exercício do trabalho em equipe multiprofissional já estão colocadas como realidade em nossa sociedade para a área da saúde, não cabendo legitimidade a qualquer apelo em contrário. Prova disso é a constância da designação do trabalho em equipe em qualquer circunstância propositiva da elevação da qualidade do trabalho e da formação em saúde. A orientação do trabalho em equipe consta tanto das diretrizes para a formação dos profissionais (Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação da grande área da saúde), quanto das diretrizes para o exercício profissional no Sistema Único de Saúde (Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS). (CECCIM, 2006:259 e 260).

Com a PNH, a dimensão do trabalho em equipe é reforçada e afirmada enquanto condição necessária para introduzir novas práticas mais eficazes no modelo assistencial. Essa mudança no modelo de atenção com a constituição das equipes de referência também passa pela noção de território. As equipes de referência poderão ser organizadas pela base territorial. Neste caso, os usuários são divididos em grupos ficando sob a responsabilidade de uma equipe de referência localizada em determinado território, um exemplo disso, são as equipes em saúde da família no âmbito da atenção básica.

Nos hospitais públicos, as equipes de referência funcionam dentro das chamadas **Unidades de Produção**<sup>55</sup> tendo por finalidade a integração dos processos de trabalho e interagem o tempo inteiro com o **apoio matricial**.

As equipes de apoio matricial foram criadas para complementar as equipes de referência funcionando como uma retaguarda organizada para fornecer suporte aos profissionais integrantes das equipes de referência. O apoio matricial é, portanto, uma forma de organizar e ampliar a oferta de ações em saúde, que lança mão de saberes e práticas especializadas, sem que o usuário deixe de ser cliente da equipe de referência. (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a:13).

Como exemplo de processo desenvolvido pelo apoio matricial, podemos citar que um especialista em clínica médica, vinculado à Unidade de Produção clínica médica, poderá fazer visitas conjuntas com a equipe de referência ou com cirurgiões da Unidade de Produção de trauma. O “apoio matricial” destina-se também a dar suporte especializado ao gestor e às equipes de uma Unidade de Produção: assim, por exemplo, uma apoiadora de enfermagem poderá apoiar o trabalho em todas as unidades onde houver trabalho de enfermagem, sem que necessariamente integre essas Unidades de Produção.

Este tipo de lógica organizacional constituída pela equipe de referência e pelo apoio matricial possibilita estabelecer um processo de comunicação lateral,

---

<sup>55</sup> Uma Unidade de Produção é caracterizada pela existência de uma equipe com um determinado processo de trabalho e responsável por produtos bem definidos. (Cecílio, 1994: 213). De acordo com os comentários de Campos (1998:865), consiste em extinguir os antigos departamentos e seções recortadas segundo profissões, e criar outras Unidades mais conforme as lógicas específicas de cada processo de trabalho. Todos os profissionais envolvidos com um mesmo tipo de trabalho, com um determinado produto ou objetivo identificável, passariam a compor uma Unidade de Produção, ou seja, cada um destes novos departamentos ou serviços seriam compostos por uma Equipe multiprofissional. Todos envolvidos com saúde da criança, em um posto de saúde ou em um hospital, formariam a Unidade de Atenção à Criança, por exemplo. Todos envolvidos com administração financeira em um hospital constituiriam uma Unidade de Administração Financeira; outros responsáveis pela manutenção, limpeza e conservação conformariam uma Unidade com estes objetivos. Recomenda-se, contudo, que o número de Unidades de Produção das áreas denominadas “meio”, nunca exceda aquelas, explicitamente e diretamente, encarregadas de executar tarefas “fim” da Organização (práticas de atenção à saúde).

propiciando uma troca de experiências e de avaliações sobre os usuários atendidos nos serviços podendo criar uma proposta de projetos terapêuticos interdisciplinares<sup>56</sup> nos hospitais. O tópico, a seguir, define o que são os projetos terapêuticos singulares e sua importância no campo da saúde.

### 3.3 - Projeto Terapêutico Singular- PTS

O projeto terapêutico singular (PTS) é um dispositivo decorrente da discussão coletiva de uma equipe de referência com apoio matricial, quando necessário. É um conjunto de ações terapêuticas articuladas e direcionadas para um sujeito individual ou coletivo, poderá também ser feito para grupos ou famílias e não apenas exclusivamente para indivíduos. *“O projeto busca a singularidade (a diferença) como elemento central de articulação (lembrando que os diagnósticos tendem a igualar os sujeitos e minimizar as diferenças: hipertensos, diabéticos, etc.)”.* (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008b:40).

Além disso, o projeto terapêutico singular foi significativamente utilizado no campo da saúde mental propiciando um fortalecimento do trabalho em equipe, valorizando também, o diagnóstico psiquiátrico e da medicação, no tratamento dos usuários.<sup>57</sup>

---

<sup>56</sup> A interdisciplinaridade é parte de um movimento que busca a superação da disciplinaridade. Pensar a interdisciplinaridade enquanto processo de integração recíproca entre várias disciplinas e campos de conhecimento *“capaz de romper as estruturas de cada uma delas para alcançar uma visão unitária e comum do saber trabalhando em parceria”*, conforme afirma Palmade (1979), é sem dúvida, uma tarefa que demanda, de nossa parte, um grande esforço no rompimento de uma série de obstáculos ligados a uma racionalidade extremamente positivista da sociedade industrializada.

<sup>57</sup> Essas considerações constam na Cartilha do Ministério da Saúde sobre Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular quando trata da origem do projeto terapêutico singular na saúde. Brasília, 2008b.

Conforme aponta o Ministério da Saúde (2008b:41), O PTS contém quatro momentos:

**1) O diagnóstico:** que deverá conter uma avaliação orgânica, psicológica e social, que possibilite uma conclusão a respeito dos riscos e da vulnerabilidade do usuário. Deve tentar captar como o sujeito singular se produz diante de forças como as doenças, os desejos e os interesses, assim como também o trabalho, a cultura, a família e a rede social.

**2) Definição de metas:** uma vez que a equipe fez os diagnósticos, ela faz propostas de curto, médio e longo prazo, que serão negociadas com o sujeito doente pelo membro da equipe que tiver um vínculo melhor.

**3) Divisão de responsabilidades:** é importante definir as tarefas de cada um com clareza.

**4) Reavaliação:** momento em que se discutirá a evolução e se farão as devidas correções de rumo.

Para a inclusão e a construção do projeto terapêutico singular, o dispositivo das equipes de referência com os apoiadores matriciais já deve ser uma realidade concreta no interior do hospital. É vital, a existência da equipe no sentido de discutir, acompanhar e monitorar as situações mais complexas do ponto de vista do tratamento e da reabilitação da população usuária e de sua família. O plano terapêutico deve ser discutido em equipe, elegendo-se, preferencialmente, as situações mais difíceis e graves. O PTS vai variar de acordo com a complexidade e gravidade do caso, por exemplo, os usuários portadores de doenças crônicas requerem um tratamento mais longo, um projeto terapêutico mais demorado.

Muitas vezes, os usuários que apresentam doenças crônicas mais graves sendo desencorajados e se sentindo desmotivados para reverterem um quadro de dor e sofrimento em todos os níveis, por exemplo, frases que comumente no ambiente hospitalar podem ser escutadas “não tem mais jeito”, “não tem remédio”, “vai morrer mesmo”..... Este tipo de visão e/ou cultura da inércia deverá ser substituída com um projeto terapêutico que estimule a autonomia e a credibilidade do usuário, apostando em um outro tipo de inserção na vida social. Começando este processo com a identificação do significado da doença para o próprio usuário, suas representações, sua história de vida, procurando conhecer as expectativas e desejos dos usuários, seus sonhos, superando a passividade, evidenciando o seu poder<sup>58</sup> diante da sua vida.

Campos (1999:18) revela que um dos principais problemas em relação à concretização do PTS refere-se à redução dos projetos terapêuticos à dimensão médica e, em geral, com exagerado enfoque biológico e individual, impondo uma redução do terapêutico ao uso de medicamentos, procedimentos cirúrgicos e, mesmo a educação em saúde, quando ocorre, realiza-se segundo esta perspectiva limitada. Pediatras que não incluem a relação mãe/filho entre suas responsabilidades. Clínicos que desconsideram a dinâmica da doença crônica, da depressão, do medo da morte, etc. Enfim, uma tendência das profissões e especialistas de reduzirem seu campo de responsabilidade ao núcleo restrito de saberes e competências de sua formação original. São enfermeiros que não

---

<sup>58</sup> Vasconcelos (2001), desenvolve estudos na área de saúde mental sobre a importância do empoderamento. A noção de “**empowerment**” (**empoderamento, fortalecimento do poder**), ou seja, um conjunto de estratégias de fortalecimento do poder, da autonomia e da autoorganização dos usuários e familiares de serviços de saúde mental nos planos pessoal, interpessoal, grupal, institucional e na sociedade em geral. No contexto atual, o conceito apresenta diferentes versões e sentidos, alguns dos quais polêmicos, dependendo dos interesses e dos atores sociais que se apropriam dele, merecendo, portanto, uma análise cuidadosa.

fazem clínica, motoristas que não enxergam os pacientes transportados, médicos que não cuidam, clínicos que não sabem prevenção, enfim, aproximar a equipe de referência dos usuários apenas revela toda a complexidade e limitações dos saberes e das práticas profissionais dominante.

Para superar todas as questões citadas acima, é preciso verdadeiramente provocar mudanças organizativas no cenário das instituições de saúde, as equipes de referência e a proposição dos projetos terapêuticos singulares possuem o mérito de revelar as contradições e os conflitos em contraposição ao modelo tradicional que tende a naturalizar e ocultar as limitações. Essa cultura da fragmentação e de uma visão compartimentalizada não cria resultados positivos para usuários, trabalhadores e gestores da saúde, é necessário atender conhecendo as reais demandas e necessidades coletivas de saúde, negociando com os usuários, reconhecendo os limites, mobilizando os recursos disponíveis com vistas à invenção de novas possibilidades no cotidiano dos serviços.

Essas novas possibilidades podem ser concretizadas através de diferentes projetos no interior das organizações hospitalares, envolvendo usuários, trabalhadores da saúde e gestores com a finalidade de melhorar a situação de saúde da população e também propiciar uma melhoria nas relações sociais estabelecidas entre as pessoas. Dentro desta perspectiva, a PNH recomenda a adoção do dispositivo vinculado à ambiência. A seguir, será feita uma reflexão sobre tal dispositivo pautado em projetos de construção coletiva da ambiência nos hospitais públicos.



### 3.4 - Projetos de Construção Coletiva da Ambiência

A ambiência possui uma dupla dimensão: constitui-se ao mesmo tempo enquanto diretriz e dispositivo da PNH. Ter ambiência significa possuir mais do que um espaço físico adequado e adaptado às necessidades de saúde. A ambiência, como já foi sinalizado anteriormente, pressupõe a caracterização do espaço físico como um espaço social e profissional, onde são estabelecidas as relações entre os sujeitos relacionados ao processo de produção da saúde.

Para que este espaço tenha ambiência precisa ter confortabilidade e condições ideais para a operacionalização da prestação do cuidado em saúde. Além disso, a ambiência inclui os elementos<sup>59</sup> a seguir:

- **A Morfologia** – formas, dimensões e volumes configuram e criam espaços, que podem ser mais ou menos agradáveis ou adequados para as pessoas;
- **A Luz** – a iluminação, seja natural ou artificial, é caracterizada pela incidência, quantidade e qualidade. Além de necessária para a realização de atividades, contribui para a composição de uma ambiência mais aconchegante quando

---

<sup>59</sup> Os elementos citados estão descritos na Cartilha de Ambiência do Ministério da Saúde (2008a). Segundo a equipe de saúde, os elementos abordados em questão (cor, cheiro, privacidade e etc...) influenciam na melhora ou na piora das condições de saúde dos usuários internados em hospitais.

exploramos os desenhos e sombras que proporcionam. A iluminação artificial pode ser trabalhada em sua disposição, garantindo privacidade aos pacientes com focos individuais nas enfermarias, facilitando as atividades dos trabalhadores e também a dos pacientes. A iluminação natural deve ser garantida a todos os ambientes que permitirem, lembrando sempre que toda pessoa tem direito à noção de tempo – dia e noite, chuva ou sol - e que isto pode influenciar no seu estado de saúde;

- **O Cheiro** – considerar os odores que podem compor o ambiente, interferindo ou não no bem-estar das pessoas;
  - **Som** – podemos propor a utilização de música ambiente em alguns espaços como enfermarias e esperas. Em outro âmbito, é importante considerar também a proteção acústica que garanta a privacidade e controle sobre alguns ruídos;
  - **A Sinestesia** – estabelece relações subjetivas entre percepções diferentes. Diz respeito também à percepção do espaço por meio dos movimentos, assim como das superfícies e texturas.
  - **A Arte** – a utilização da arte como meio de estimular a inter-relação e a expressão das sensações humanas. Para isto, existe um significativo incentivo para que nos serviços de saúde existam projetos direcionados à arte como forma de melhorar o ambiente. No item arte, estão contemplados os elementos: cor e tratamento das áreas externas.
- **A cor** – as cores podem ser um recurso útil uma vez que nossa reação a elas é profunda e intuitiva. As cores estimulam nossos sentidos e podem nos encorajar ao relaxamento, ao trabalho, ao divertimento ou ao movimento.

Podem nos fazer sentir mais calor ou frio, alegria ou tristeza. Utilizando cores que ajudam a refletir ou absorver luz, podemos compensar sua falta ou minimizar seu excesso;

- **O Tratamento das áreas externas** – este se faz necessário já que além de porta de entrada, constitui-se muitas vezes em lugar de espera ou de descanso de trabalhadores, ambiente de ‘estar’ de pacientes ou de seus acompanhantes. Jardins e áreas com bancos podem se tornar lugar de estar e relaxamento. Nas Unidades Básicas essas áreas são importantes espaços de encontros e integração, “locais” de passagem em seus diferentes sentidos, que podem configurar-se como espaços e momentos de diferentes trocas, contribuindo para a produção de saúde como descrevemos mais adiante, podem ser criadas ambiências externas multifuncionais, tanto para espera confortável quanto para diferentes práticas de convívio e interação, incluindo atividades físicas como relaxamento, alongamento (ginásticas, tai-chi, etc) tanto para trabalhadores como para usuários;
- **Privacidade e individualidade** – a privacidade diz respeito à proteção da intimidade do paciente, que muitas vezes pode ser garantida com uso de divisórias ou até mesmo com cortinas e elementos móveis que permitam ao mesmo tempo integração e privacidade, facilitando processo de trabalho, aumentando a interação da equipe e ao mesmo tempo possibilitando atendimento personalizado. Individualidade refere-se ao entendimento de que cada paciente é diferente do outro, veio de um cotidiano e espaço social específico. A arquitetura tem também seu papel no respeito à individualidade quando se propõe, por exemplo, a criar ambientes que ofereçam ao paciente

espaço para seus pertences, para acolher sua rede social, dentre outros cuidados que permitam ao usuário preservar sua identidade;

- **A confortabilidade** também pressupõe possibilitar acesso aos usuários às instalações sanitárias, devidamente higienizadas e adaptadas aos portadores de deficiências, assim como a bebedouros.

A ambiência além de reunir todos esses elementos diz respeito à um dispositivo que se realiza por meio de projetos coletivos podendo envolver os trabalhadores da saúde, usuários, familiares e toda a comunidade . Estes projetos são desenvolvidos seja através de oficinas de artes, grafismo, poesias, dança, possibilitando a disseminação de valores culturais no ambiente hospitalar. Isso renova e traz para o contexto das instituições hospitalares a possibilidade de produção de subjetividades – encontro de sujeitos – ação e reflexão dos processos de trabalho.

### 3.5 - Colegiados de Gestão

A existência dos Colegiados de Gestão faz parte da gestão participativa, são elementos necessários e vitais para configuração de processos decisórios e políticos mais democráticos e equânimes no interior dos hospitais públicos.

Enquanto um dispositivo da PNH revela-se potente e eficaz, demonstrando esse sucesso por meio dos resultados alcançados nas unidades de saúde, especialmente nos *hospitais públicos*<sup>60</sup>, apresentando sua viabilidade e seu poder de congregar diferentes atores (profissionais, gestores e usuários) no debate em torno da saúde.

Estes Colegiados não substituem ou tampouco deveriam se confundir com os Conselhos de Saúde com participação majoritária de usuários. Eles têm função operacional, interna às organizações e aos estabelecimentos e estariam subordinadas aos Conselhos de Saúde. Este sistema não asseguraria por si só a participação ou o envolvimento de usuários. Por outro lado, também os Conselhos Municipais previstos na legislação, em geral, se postam muito distante da gestão cotidiana de cada serviço de saúde. Para atenuar esta separação da clientela e de outros setores da Sociedade Civil do funcionamento cotidiano dos serviços, imaginou-se uma rede de dispositivos complementares, todos voltados para aumentar a influência do usuário tanto no dia-a-dia quanto nas grandes decisões do sistema. Para isto sugere-se desde a realização periódica de Assembléias de Usuários em

---

<sup>60</sup> Esses dados estão baseados nos estudos e análises feitas pelo LAPA- laboratório de planejamento da Unicamp, onde os autores já mencionados, apontam o êxito dos colegiados de gestão na Santa Casa do Pará, no Hospital Municipal de Betim-MG e no Hospital Municipal São João Batista em Volta Redonda- RJ. Consultar as obras *Inventando a Mudança na Saúde* (1994) e *Agir em Saúde: Um Desafio para o Público* (1997), ambas do LAPA.

que o Colegiado de Direção estivesse obrigatoriamente presente, até a constituição de Conselhos Locais por cada distrito ou até mesmo cada serviço de saúde. Estes Conselhos Locais funcionariam por representação, obedecendo a mesma lógica e composição previstas para os Conselhos Municipais. (CAMPOS, 1998: 868).

Na realidade institucional temos diferentes formas e/ou composições de Colegiados de Gestão, tais como:

1. ***Colegiado de Gestão da Unidade de Produção***- cada Unidade de Produção se reúne sistematicamente para discutir as questões internas de suas equipes. Por exemplo, a Unidade de Produção Pediatria realiza as reuniões semanais para a discussão dos principais problemas ou “nós-críticos”<sup>61</sup> que afetam o fluxo da sua unidade, questões de relacionamento, desempenho e etc....
2. ***Colegiado de Gestão do Hospital***- reúne todos os coordenadores e/ou gerentes das Unidades de Produção, assessores, diretores adjuntos e direção geral. É o espaço para o debate sobre as principais questões que interferem no cotidiano do hospital em sua

---

<sup>61</sup> Essa é uma terminologia utilizada no Planejamento Estratégico Situacional- PES de Carlos Matus correspondendo aos problemas que afetam às organizações. O Planejamento Estratégico e Situacional, sistematizado originalmente pelo Economista chileno Carlos Matus (Chileno, Carlos Matus foi Ministro do Governo Allende (1973) e consultor do ILPES/CEPAL falecido em Dezembro de 1998, ministrou vários cursos no Brasil nos anos noventa . Criou a Fundação Altadir com sede na Venezuela para difundir o método e capacitar dirigentes. Introduzido no Brasil a partir do final dos anos oitenta, o PES disseminou-se e foi adaptado amplamente nos locais onde foi utilizado, particularmente no setor público), diz respeito à gestão de governo, à arte de governar. Quando nos perguntamos se estamos caminhando para onde queremos, se fazemos o necessário para atingir nossos objetivos, estamos começando a debater o problema do planejamento. A grande questão consiste em saber se somos arrastados pelo ritmo dos acontecimentos do dia-a-dia, como a força da correnteza de um rio, ou se sabemos onde chegar e concentramos nossas forças em uma direção definida. O planejamento, visto estrategicamente, não é outra coisa senão a ciência e a arte de construir maior governabilidade aos nossos destinos, enquanto pessoas, organizações ou países. In MATUS, Carlos. Adeus, Senhor Presidente, Governantes Governados. Edições Fundap, 1996, São Paulo.

totalidade, sendo um importante canal descentralizado de tomada de decisões estratégicas.

3. ***Colegiado de Gestão das Secretarias de Saúde***- composto pelos secretários de saúde, diretores e coordenadores e/ou gerentes das Unidades de Produção, com a finalidade de:

- Elaborar o Projeto Diretor da Secretaria/Hospital;
- Ser o espaço de negociação e ajuste de prioridades, definição dos investimentos, organização dos projetos das várias unidades e da construção sistemática de avaliação;
- Prestar contas e manejo de imprevistos.

4. ***Conselho Local das Unidades de Saúde***- Os Conselhos Locais das Unidades de Saúde são compostos por 50% de usuários, 25% de servidores e 25% de gestores. Esses Conselhos são previstos em alguns Municípios, desde as unidades básicas até os hospitais de referência. Seu funcionamento e suas atribuições estão definidas em legislação municipal. Já os Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, com suas respectivas Conferências, tem sua regulamentação prevista em legislação federal.

Dentro desta perspectiva da gestão participativa ou da gestão compartilhada (co-gestão), o Colegiado Gestor constitui-se em um arranjo de discussão das questões que envolvem uma organização, tendo como protagonistas a direção e as chefias dos serviços, além de ser um espaço de

tomada de decisão política. Uma das características do Colegiado Gestor é ser uma instância de negociação e pactuação coletiva no interior da organização. (Abrahão, 2008).

Para o funcionamento do Colegiado de Gestão nas unidades de saúde, é preciso estabelecer alguns processos: ter uma pauta de reunião baseada nas demandas dos sujeitos comprometidos com o Colegiado, uma periodicidade para a realização das reuniões que deverá ser acordada com os membros do Colegiado, uma durabilidade das reuniões (geralmente cerca de uma hora de duração) para que estas sejam produtivas, uma metodologia que encaminhe as discussões (comumente a metodologia<sup>62</sup> do planejamento estratégico é utilizada para a análise e soluções dos problemas apresentados, sugerindo a elaboração do plano de ação) e registro das reuniões.

A dinâmica no Colegiado poderá possibilitar o diálogo na definição de objetivos e na priorização das ações em saúde, invertendo a lógica da gestão centralizada, verticalizada e fragmentada. O Colegiado de Gestão é um dispositivo importante na esfera da saúde, pois, inaugura um novo modo de produzir a gestão. A administração em saúde com o debate nos Colegiados poderá crescer a partir dos conflitos apresentados visando tornar cada profissional de saúde que compõe o Colegiado um protagonista e não um mero espectador passivo diante do desenrolar das situações cotidianas vivenciadas nos hospitais.

---

<sup>62</sup> Os métodos de planejamento têm sido apresentados como tecnologias potentes para articular mudanças no campo da saúde. O propósito declarado das correntes de Planejamento Estratégico é o de viabilizar e promover mudanças (Matus, 1993; Testa, 1995).



Portanto, a criação de Colegiados Gestores está sendo utilizada em vários setores tanto públicos quanto privados, como uma ferramenta de gestão, visando facilitar, equacionar problemas e dificuldades de implementação de mudanças. A gestão colegiada propicia a construção de um espaço que incentiva os trabalhadores a agirem tecnicamente como facilitadores na criação de alternativas de ações inovadoras, visando a melhoria na qualidade do serviço prestado. Além disso, pode melhorar o atendimento às demandas e necessidades internas e externas do serviço.

O Colegiado de Gestão é um instrumento que proporciona pactuações, negociações e compromissos entre os sujeitos envolvidos, possibilitando o enfrentamento de problemas comuns existentes na gestão do cotidiano dos hospitais. Ainda, deve ser destacada a dimensão instituinte dos Colegiados de Gestão possibilitando mexer em estruturas já cristalizadas e valores instituídos nos hospitais públicos.

Em 1998, trabalhei no Hospital Municipal São João Batista situado em Volta Redonda no RJ, cuja gestão era participativa e já possuía um Colegiado de Gestão. Neste espaço, pude observar a interação entre os gerentes e a direção geral, a reciprocidade, a comunicação lateral entre os atores, a discussão sobre os problemas de gestão, tais como: burocracia, falta de autonomia, desmotivação, etc..... As questões relatadas eram encaminhadas e os gerentes junto com a direção geral estabeleciam um acordo de resultados no Colegiado. Esse acordo de resultados se caracterizava enquanto um contrato de gestão, fixando metas e indicadores que deveriam ser alcançados a cada trimestre, comprometendo todas as equipes de cada Unidade de Produção.

O dispositivo, a seguir, trata dos contratos de gestão, uma forma que vêm sendo paulatinamente utilizada nos hospitais públicos mudando significativamente a cultura institucional destes hospitais.

### 3.6 - Contratos de Gestão

Os contratos de gestão ou contratos de programas surgiram na França, no final dos anos 60<sup>63</sup>, e foram aplicados nos anos 70 e 80 em oito grandes empresas públicas. A partir de 1990, passaram a ser aplicados a unidades da administração pública direta. Estes foram rapidamente adotados por países cuja influência francesa era marcante e depois utilizados na Argentina, México, Índia, Coréia e outras partes do mundo. No Brasil, este instrumento foi introduzido em 1992, quando o Governo Federal assinou contrato de gestão com a Companhia Vale do Rio Doce.

O contrato de gestão pretende estimular a gestão por objetivos no âmbito do setor público, para que se constitua como eixo central de referência dos controles normativos, jurídicos, fiscais, dos controles orçamentários e tarifários, controle de meios a serem subordinados ao controle dos fins, dos objetivos e metas prioritárias para cada entidade, o consenso entre esta e o Estado, em cada período contratual.

Na saúde, os contratos de gestão estão sendo celebrados com o gestor externo (com as Secretarias de Saúde ou Ministério da Saúde) e internamente, ou seja, contratos internos construídos na própria unidade de saúde com ajuste de metas. Segundo o Ministério da Saúde (2004b:10), esse ajuste de metas é configurado através de três grandes eixos:

1. Ampliação do acesso, qualificação e humanização da atenção;
2. Valorização dos trabalhadores e implementação de gestão participativa;

---

<sup>63</sup> Segundo relatório de John R. Nellis no World Bank Discussion Papers no. 48, 1989.

3. Garantia de sustentabilidade da unidade. Esses contratos devem ter acompanhamento e avaliação sistemática em comissões com a participação de trabalhadores, usuários e gestores.

Algumas experiências realizadas no Brasil<sup>64</sup> revelam as vantagens do contrato de gestão, ampliando a autonomia para as unidades de saúde, proporcionando uma reorganização dos serviços pautados em critérios pactuados e definidos. Esse dispositivo introduz para o campo da saúde uma nova modalidade de gestão, definindo obrigações e responsabilidades que devem ser cumpridas em um prazo estipulado, normalmente no período de 1 (um) ano, devendo ser apresentado e discutido no Colegiado da Unidade.

Mathias et. ali (1998:10-11) sinaliza que o contrato de gestão pressupõe a criação de uma avaliação de desempenho com incentivo funcional. O referido incentivo corresponde à uma autorização para distribuição trimestral aos servidores do hospital de uma parcela (20%) da arrecadação SUS verificada no trimestre anterior, mediante o registro correto dos procedimentos, da taxa de ocupação dos leitos, enfim da adequação do faturamento e da manutenção de uma sistemática de informações estatísticas que determinam o grau de eficiência e eficácia da gestão. O grau de desempenho<sup>65</sup> é vinculado aos termos do Acordo

---

<sup>64</sup> Pude constatar essa tendência na adoção dos contratos de gestão através dos artigos de Mathias et. ali. (1998), Cecílio (1997) e com a pesquisa de campo realizada em Belo Horizonte-MG (ver problematização mais adiante). Essas experiências estão sendo desenvolvidas em alguns Estados brasileiros, tais como: Espírito Santo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, entre outros.

<sup>65</sup> O desempenho é graduado em A, B, C e D e a distribuição do incentivo ao desempenho é fixada em 100%, 70% e 50% da parcela a ser rateada entre os servidores que trabalharam efetivamente no hospital no período considerado. Se o hospital ficou no grau D, não há distribuição do incentivo relativo ao período. Exceto quando o hospital atinge a graduação A, após a distribuição resta um saldo financeiro; esse saldo deverá ser aplicado no próprio hospital, por deliberação do seu colegiado de gerentes, seja em treinamento de pessoal, em aquisição ou revisão de equipamentos, em melhoria de processos, ou outra finalidade, desde que permita sanar dificuldades da organização, corrigindo o desempenho coletivo e levando-a para o patamar de grau A. A participação nos resultados do hospital tem, ainda, uma diferenciação entre os

de Resultados que fixa, para um dado período, os indicadores a serem considerados e as metas que deverão ser alcançadas e que serão avaliadas pelo próprio hospital através dos seus Colegiados.

A PNH sugere que os hospitais públicos devem estimular internamente a formulação dos contratos de gestão devendo ser realizados entre a direção geral e as diversas Unidades de Produção com seus respectivos coordenadores e/ou gerentes. Por exemplo, o contrato de gestão celebrado internamente permite repassar para cada Unidade de Produção um incentivo trimestral pelo alcance das metas e dos indicadores fixados.

Cecílio (1997a) aponta os avanços obtidos com o modelo de gestão do Hospital Municipal São João Batista em Volta Redonda - RJ no desenvolvimento do fundo de desempenho institucional e na criação de contratos internos de gestão, criados na década de 90. A implantação e o desenvolvimento da política de avaliação, influenciaram o cotidiano do hospital, possibilitando maior integração e responsabilização frente às demandas e projetos da instituição. Os gestores do hospital deram ênfase na implantação de processos de avaliação coletiva da instituição, que funcionassem também como um disparador da problematização da mesma. A reflexão acerca da escolha de indicadores a serem monitorados e mensurados pelos coordenadores e pelos profissionais se

---

servidores, em função do local e do cargo ocupado. O diretor geral recebe um índice relativo a 2 (duas) vezes o valor, os gerentes de unidades de trabalho e todos os servidores em serviço efetivo nas unidades de urgência e emergência, em 1,5 (uma e meia) vez o valor e os demais servidores uma participação relativa a 1,0 (um vírgula zero) do valor. O objetivo principal é a redução de custos, a melhoria dos serviços e do atendimento à população, com a participação do servidor, inclusive na gestão através de um comitê eleito internamente para a gestão do fundo financeiro que se forma com a parcela a ser distribuída ao pessoal. (Mathias et. ali, 1998:10-11).

apresentou com uma importante estratégia de participação e de democratização da gestão.

Os indicadores foram pensados como dispositivos para medir a “qualidade” e fomentar a permanente discussão do tema no cotidiano institucional. Muitos aspectos da vida do hospital ainda ficam fora da planilha, mas claramente as equipes falam sobre a qualidade do atendimento e conseguem avaliar muitos aspectos do seu trabalho. (MAGALHÃES, 2006:107)

Abaixo, estão descritos os principais indicadores utilizados pelas Unidades de Produção do hospital conforme aponta Cecílio (1997a:380):

#### Quadro 5- Planilha Global de Avaliação de Desempenho Institucional 1

| Planilha Global de Avaliação de Desempenho Institucional                                                              |                                                  |                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| *Contém dispositivos que medem o processo de gestão, organização dos processos de trabalho e qualidade da assistência |                                                  |                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                            |
| Coordenação                                                                                                           | Indicador                                        | Parâmetro                                                                                                                                                             | Pontuação                                                                                                                                                                                                        | Observação                                                                                                                                                                                 |
| Cl. Médica<br>Cl. Pediátrica<br>Cl. Cirúrgica<br>Cl. Obstétrica<br>PS Adulto<br>UTI Neonatal                          | Nº de reuniões de equipe realizadas no trimestre | 03 reuniões no trimestre sendo 01 por mês com registro em ata da pauta discutida e das decisões tomadas com participação do no mínimo 04 representações profissionais | 03 reuniões conforme parâmetro = 5 pts<br>02 reuniões conforme parâmetro = 2,5 pts<br>Menos de 02 reuniões realizadas conforme parâmetro = 0 pts                                                                 | Mede a gestão participativa e estimulada a multidisciplinariedade                                                                                                                          |
| Cl. Médica<br>Cl. Cirúrgica<br>C. Obstétrica<br>CTI Adulto<br>Ambulatório<br>PS. Adulto e Infantil<br>Pediatria       | Qualidade do preenchimento dos prontuários       | 100% dos prontuários preenchidos conforme protocolo único para análise dos BAMS e protocolo único de análise prontuário ambulatorial                                  | 75% a 100% dos prontuários preenchidos conforme parâmetro = 5 pts<br>55% a 74 % dos prontuários preenchidos conforme parâmetros = 2,5 pts<br>Menos de 55% dos prontuários preenchidos conforme parâmetro = 0 pts | Unificação dos protocolos<br>Melhor qualificação com monitoramento do registro dos profissionais médicos e enfermeiros, facilitando a análise do indicador;<br>Mede a qualidade da atenção |

**Quadro 6- Planilha Global de Avaliação de Desempenho Institucional 2**

| Planilha Global de Avaliação de Desempenho Institucional                                                              |                                                                                                                                  |                                                                         |                                                                        |                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| *Contém dispositivos que medem o processo de gestão, organização dos processos de trabalho e qualidade da assistência |                                                                                                                                  |                                                                         |                                                                        |                                                           |
| Coordenação                                                                                                           | Indicador                                                                                                                        | Parâmetro                                                               | Pontuação                                                              | Observação                                                |
| CTI Adulto                                                                                                            | Média mensal de tx. de mortalidade trimestral Média trimestral do Apache II                                                      | $\geq 0.5$                                                              | > que 0,6 = 5 pts<br>0,6 a 0,4 = 2,5 pts<br>< que 0,4 = 0 pts          | Mede a qualidade da assistência de forma mais qualificada |
| UTI Neonatal                                                                                                          | Taxa de Infecção                                                                                                                 | 35%                                                                     | Até 35% = 5 pts<br>35% a 40% = 2,5 pts<br>Maior que 40% = 0 pts        | Mede a qualidade da assistência                           |
| Clínica Obstétrica                                                                                                    | Nº de cesáreas/rês x 100<br>Nº de partos /mês                                                                                    | 30%                                                                     | Até 30% = 5 pts<br>31% a 35% = 2,5 pts<br>Maior que 35% = 0 pts        | Mede a Qualidade                                          |
| Clínica Cirúrgica                                                                                                     | Nº cirurgias suspensas x 100<br>Nº total de cirurgias agendadas                                                                  | 30% com decréscimo de 5% a cada semestre até atingir o parâmetro de 20% | Até 30% = 5 pts<br>31 a 35% = 2,5 pts<br>Maior que = 0 pts             | Mede o Processo                                           |
| Diagnose                                                                                                              | tempo médio transcorrido entre a solicit. do exame laborat. básico de urgência (hemograma, glicose e EAS) e entrega do resultado | 30 minutos                                                              | Até 30 min = 5 pts<br>31 a 35 min = 2,5 pts<br>Mais que 35 min = 0 pts | Avalia o processo de trabalho.                            |

**Quadro 7- Planilha Global de Avaliação de Desempenho Institucional 3**

| Planilha Global de Avaliação de Desempenho Institucional                                                              |                                                                                                                                            |                                     |                                                                                                                       |                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| *Contém dispositivos que medem o processo de gestão, organização dos processos de trabalho e qualidade da assistência |                                                                                                                                            |                                     |                                                                                                                       |                 |
| Coordenação                                                                                                           | Indicador                                                                                                                                  | Parâmetro                           | Pontuação                                                                                                             | Observação      |
| Imagem                                                                                                                | Nº de Exames Repetidos por erro técnico x 100<br>Nº Total de Exames realizadas                                                             | 0 Exames repetidos por erro técnico | 0 Exames c/ erro = 05pts<br>De 1% a 2% de Exames com erros = 2,5 pts<br>Mais de 3% de Exames com erro técnico = 0 pts | Mede o Processo |
| Suprimentos                                                                                                           | Nº de medicamentos e materiais sentinelas que estouraram estoque mínimo /mes x 100<br>Nº total de med. e materiais sentinelas              | 0 %                                 | 0% = 05 pts<br>De 01 a 0,5 = 2,5 pts<br>Maior de 0,5 = 0 pts                                                          |                 |
| Manutenção                                                                                                            | Tempo médio entre a solicitação e o conserto de: chuveiro, entupimento de vaso sanitário e torneira estragada, nas clínicas assistenciais. | Até 12:00 h                         | Até 12 horas = 05 pts<br>De 12:00 h a 24 h = 2,5 pts<br>Mais de 24 h = 0 Pts                                          |                 |



## Quadro 8- Planilha Global de Avaliação de Desempenho Institucional 4

| Planilha Global de Avaliação de Desempenho Institucional                                                              |                                                                                           |                                                                                    |                                                                                                                                                                                                              |                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| *Contém dispositivos que medem o processo de gestão, organização dos processos de trabalho e qualidade da assistência |                                                                                           |                                                                                    |                                                                                                                                                                                                              |                                                                                  |
| Coordenação                                                                                                           | Indicador                                                                                 | Parâmetro                                                                          | Pontuação                                                                                                                                                                                                    | Observação                                                                       |
| Recepção                                                                                                              | Nº de avaliação Positiva x 100<br>Nº total de avaliação                                   | 90%                                                                                | 90 a 100% = 5 pts<br>70 a 89% = 2,5 pts<br>Menos de 70% = 0 pts                                                                                                                                              | Mede a satisfação do usuário                                                     |
|                                                                                                                       | Nº de prontuários preenchidos incorretamente x 100<br>Nº total de prontuários preenchidos | 100% dos prontuários devidamente preenchido na parte de identificação ao paciente. | 90 a 100% dos prontuários preenchidos conforme parâmetro = 5pts<br>60% a 89% dos prontuários preenchidos conforme parâmetro = 2,5 pts<br>Menos de 60% dos prontuários preenchidos conforme parâmetro = 0 pts | Mede processo                                                                    |
| Processamento de Roupas<br>Nutrição e Dietética<br>Serviços Gerais                                                    | Nº de avaliação Positiva x 100<br>Nº total de avaliação                                   | 90% das avaliações da satisfação do usuário com resposta positiva.                 | 90 a 100% de avaliação positiva = 5 pts<br>70 a 79% de avaliações positivas = 2,5 pts<br>Menos de 69% de avaliações positivas = 0 pts                                                                        | Refeito o questionário acrescentando relação médico/paciente enfermagem/paciente |
| 24 indicadores - utilizando 80% valor existente                                                                       |                                                                                           |                                                                                    |                                                                                                                                                                                                              |                                                                                  |

Fonte: As planilhas foram extraídas do estudo realizado por Cecílio (1997a) sobre o modelo de gestão adotado no Hospital São João Batista em Volta Redonda/RJ.

A planilha de avaliação dos indicadores adotada é o instrumento que garante a avaliação e análise dos resultados obtidos pela instituição, considerando sempre um parâmetro compatível com a série histórica dos serviços prestados e sempre visando a melhoria do atendimento. Outro elemento importante é o acompanhamento dos contratos de gestão e dos indicadores contemplados. Recomenda-se a criação de um grupo estratégico com função de elaborar e avaliar os contratos, monitorando o alcance dos indicadores por cada Unidade de Produção, conforme foi visto no caso do Hospital São João Batista em Volta Redonda.



O emprego dos contratos de gestão pelos hospitais públicos (tanto externamente quanto internamente) requer o comprometimento dos gestores e dos trabalhadores da saúde, tendo por finalidade o reconhecimento dos usuários enquanto sujeitos. A responsabilidade e o comprometimento dos respectivos atores são elementos fundamentais, onde os trabalhadores devem refletir sobre a sua inserção e sua prática cotidiana.

Esse entendimento sobre o sistema de avaliação é fundamental, o referido processo é positivo quando as equipes expressam livremente as questões relacionadas ao processo de trabalho, facilitando a construção de processos democráticos tornando a gestão verdadeiramente participativa.

Por isso, é preciso criar sistemas de escuta qualificada tanto para os usuários quanto para os trabalhadores. A PNH vislumbra a possibilidade deste dispositivo criando estratégias em nível individual e coletivo com o intuito de incorporar as demandas apresentadas pelos diferentes sujeitos. O próximo item aborda especialmente esses sistemas de escuta apontando os principais desafios na criação desses canais de participação em prol do aumento da capacidade resolutiva e da melhoria dos serviços de saúde.

### **3.7 - Sistemas de Escuta Qualificada para Usuários e Trabalhadores da Saúde: Gerência de “Porta Aberta”, Ouvidorias, Grupos Focais e Pesquisas de Satisfação**

Neste dispositivo, observamos que a PNH aposta em um novo modelo assistencial, sugerindo para as unidades de saúde, uma (re) organização do seu trabalho de forma que as necessidades dos usuários determinem o processo, propondo uma prestação da assistência que seja resolutiva onde o usuário é reconhecido enquanto sujeito.

Cada Município e instituição possuem suas especificidades locais, estes elementos devem ser levados em consideração. Esse esforço proposto pela PNH implica na responsabilização e no comprometimento de todos os envolvidos, portanto, a atuação das equipes de trabalho exercem uma centralidade para a inversão do modelo assistencial tradicionalmente hegemônico baseado, muitas vezes, em interesses corporativistas e na incorporação tecnológica.

Com isso, o sistema de escuta qualificada deverá se direcionar aos usuários, familiares e trabalhadores da saúde, constituindo um canal de troca de informações e experiências entre os sujeitos que participam da referente dinâmica.

O dispositivo em pauta não poderá se transformar em um caminho “passivo” de recepção de críticas e de sugestões pois pretende ampliar a qualidade da atenção. Para isto, deve incorporar as sugestões, elogios, reclamações e encaminhando-as para os centros de decisão das unidades de saúde.

Bueno (1997: 190), contextualiza a experiência realizada em Betim -Minas Gerais, conhecida como Operação Porta Aberta, uma modalidade de sistema de gerência de porta aberta, implantada em nível local, propondo uma ação que buscou reorganizar o processo de trabalho nas unidades para implementar o modelo assistencial, que continha duas ações: constituir e operacionalizar equipes de acolhimento nas unidades e garantir o atendimento a todos os usuários, conforme priorização da equipe de acolhimento.

É óbvio, que tal mudança veio acompanhada de resistências corporativas e ético-políticas, com forte apelo à manutenção do modelo tradicional. Essa mudança introduz o viés da integralidade como eixo norteador das práticas em saúde e ultrapassa o ato médico, indo além dos conceitos de recepção, refúgio e abrigo. Esta proposta de sistema de gerência de porta entrada coloca a necessidade de escuta das necessidades dos sujeitos visando o exercício de direitos e o encaminhamento das questões para possíveis soluções em relação aos impasses apresentados pela população-usuária.

As Ouvidorias também constituem uma modalidade de sistemas de escuta qualificada. O papel das Ouvidorias é estratégico dentro das unidades como uma via de participação dos usuários e seus familiares. Geralmente, as Ouvidorias estão diretamente ligadas à direção geral na estrutura organizacional dos hospitais, os “Ouvidores” possuem acesso direto à direção, tendo como atribuição o encaminhamento de todas as questões relatadas pela população-usuária e até mesmo pelos trabalhadores da saúde. Esse encaminhamento é registrado e funciona como um processo apresentando um fluxo e um desenvolvimento, demandando respostas dos envolvidos na situação.

Um dos objetivos de instalação de uma Ouvidoria Hospitalar, foi o de melhorar a gestão administrativa, aprimorando a qualidade de atendimento prestado pelas instituições através de seus profissionais. Antes da implantação das Ouvidorias, havia muitas reclamações, e estas caíam diretamente na administração central, ou eram feitas a qualquer pessoa, à imprensa inclusive. Os usuários manifestavam, assim, através das reclamações, aspectos deste funcionamento deficiente. Reclamar foi uma maneira de forçar as instituições a restaurarem seu bom funcionamento. (PEREIRA, 2002:95).

Sua existência e funcionalidade no interior dos hospitais vêm sendo questionada. Porém, a Ouvidoria em algumas situações transformou-se somente em um filtro de problemas, não realizando um enfrentamento às situações de conflito apresentadas e nem buscando viabilizar soluções mais efetivas, atuando de modo “burocrático” somente com o registro das “queixas” apontadas pela população-usuária.

Estas políticas levaram a mudanças organizacionais com a criação de diversificadas portas de entrada individuais e coletivas para a participação da população no sistema de saúde (Vasquez et. ali, 2005:153). É preciso disseminar maiores informações sobre esses sistemas de escuta qualificada pois uma boa parte da população desconhece a existência desses mecanismos institucionais.

Já os grupos focais significam uma técnica empregada tanto com os trabalhadores da saúde quanto com os usuários dos serviços. De acordo com Hassen (2002:161) grupo focal é uma técnica de pesquisa, dentre as consideradas de abordagem rápida, que permite a obtenção de dados de natureza qualitativa a partir de sessões em grupo, nas quais 6 (seis) a 20 (vinte) pessoas, que compartilham alguns traços comuns, discutem aspectos de um

tema sugerido. A técnica de grupo focal permite a identificação e o levantamento de opiniões que refletem o grupo em um tempo relativamente curto, otimizado pela reunião de muitos participantes e pelo confronto de idéias que se estabelece, assim como pela concordância em torno de uma mesma opinião, o que permite conhecer o que o grupo pensa. Em alguns poucos encontros, é possível conhecer percepções, expectativas, representações sociais e conceitos vigorantes no grupo.

Essa técnica tem sido utilizada nos serviços de saúde, seja na atenção básica, nos projetos desenvolvidos nos Centros de Saúde e nos Programas em Saúde da Família e nos hospitais públicos com a finalidade de desenvolver uma metodologia capaz de produzir uma intervenção voltada para melhorar o nível de informação encorajando os participantes a expressarem livremente as suas opiniões e sentimentos sobre o tema apresentado.

Por último, ainda no interior dos sistemas de escuta qualificada, é possível localizar a pesquisa de satisfação dos usuários, um instrumento que vem sendo aplicado nos hospitais públicos com a finalidade de verificar se os serviços de saúde estão adequadamente atendendo à população, dando destaque para os direitos dos usuários neste contexto.

Vaitsman e Andrade (2005) revela a importância das pesquisas de satisfação dos usuários enquanto uma forma de avaliar a prestação do cuidado em saúde. Inicialmente, as pesquisas de satisfação giravam em torno do paciente, dos seus desejos, expectativas e valores. Com Donabedian (1984), a noção de satisfação do paciente tornou-se um dos elementos da avaliação da qualidade em saúde, ao lado da avaliação do médico e da comunidade. A

qualidade passou a ser observada a partir desses três ângulos, de forma complementar e, ao mesmo tempo, independente. O conceito de qualidade desenvolvido por Donabedian permitiu avançar no sentido de incorporar os não especialistas – no caso, os pacientes – na definição de parâmetros e na mensuração da qualidade dos serviços. A partir de então, os usuários não puderam mais ser ignorados, e a idéia de *satisfação do paciente* como um atributo da qualidade tornou-se um objetivo em si e não apenas um meio de produzir a adesão do paciente ao tratamento, como era comum nos objetivos de estudos anteriores (Shaw, 1986; Vuori, 1987; Williams, 1994).

Gradativamente, a terminologia usuários passou a ser incorporada nas pesquisas de satisfação, englobando simultaneamente um conjunto amplo e heterogêneo de pesquisas com a finalidade de conhecer a opinião dos usuários dos serviços públicos e privados. Essas pesquisas focalizam desde a prestação do atendimento, propriamente dita, até as condições físicas do estabelecimento de saúde.

Segundo Vaitsman e Andrade (2005), existem diferentes metodologias<sup>66</sup> de satisfação dos usuários. As autoras em seu estudo mencionam as categorias mais empregadas no sistema de avaliação relacionado às pesquisas de

---

<sup>66</sup> Com base nos comentários de Vaitsman e Andrade (2005), são várias as metodologias de pesquisa de satisfação do usuário. Uma das mais conhecidas foi desenvolvida por Parasuraman (1988), para avaliar serviços privados de diferentes naturezas. Avalia cinco dimensões do atendimento – agilidade, confiabilidade, empatia, segurança e tangibilidade (ver definições no quadro 5) –, a partir do cálculo da *taxa de satisfação relativa* e do *cálculo de GAPs*, expressão inglesa que significa “intervalo”. Essa metodologia considera a expectativa do usuário em relação ao serviço e a importância que ele confere a cada uma das dimensões. A partir de notas de 1 a 10 aos diversos aspectos do atendimento, calcula-se a taxa de satisfação relativa que é a diferença entre a satisfação e a expectativa. Também é feito o cálculo de GAPs, que consiste na diferença, em porcentagem, entre a taxa de satisfação relativa e a nota da satisfação, resultando em um valor que significa o quanto falta para o usuário ficar plenamente satisfeito com o serviço. Para Donabedian (1984; 1990), a avaliação do ponto de vista dos usuários é feita, sobretudo, por meio da categoria *aceitabilidade*, que se refere à conformidade dos serviços oferecidos em relação às expectativas e aspirações dos pacientes e seus familiares.

satisfação com suas definições correspondentes, conforme demonstra o quadro a seguir:

### Quadro 9- Definição das Categorias relacionadas às pesquisas de satisfação dos usuários

| Categoria            | Definição                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1) Dignidade         | <p>Ser tratado com respeito e consideração, ser bem recebido nas unidades de saúde, tratado respeitosamente em qualquer circunstância. Ser examinado e tratado tendo a privacidade e o direito de sigilo das informações sobre sua doença respeitados (OMS, 2000b).</p> <p>Na revisão de Sitzia &amp; Wood (1997) o respeito faz parte da categoria “aspectos interpessoais”.</p> <p>(...) acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério (PHPN, 2002).</p> <p>Todos os usuários saberão quem são os profissionais que cuidam de sua saúde; as unidades de saúde garantirão os direitos dos usuários (...) (PNH, 2002).</p> <p>Ter um atendimento digno, atencioso e respeitoso. Ser identificado e tratado pelo nome (e não por números, códigos; de modo genérico, desrespeitoso ou preconceituoso). Poder identificar as pessoas envolvidas na sua assistência, através de crachás visíveis, legíveis e que contenham nome, completo, função e o cargo. Ter assegurada sua privacidade; individualidade e o respeito aos seus valores éticos e culturais (Direitos dos usuários, 1999). Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie (lei 8.080).</p> |
| 2) Confidencialidade | <p>As consultas devem ser conduzidas de maneira a que a privacidade seja protegida e garantida a confidencialidade de toda a informação fornecida pelo paciente, mantendo-a em arquivos médicos confidenciais, exceto se a informação for necessária para o tratamento para outros profissionais de saúde (OMS, 2000).</p> <p>(...) a confidencialidade de toda e qualquer informação pessoal (Direitos do paciente, 1999)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 3) Autonomia         | <p>Ter informação sobre as opções e alternativas de tratamento e permissão para tomar decisões sobre o tipo de tratamento, depois de discutir com o profissional de saúde, devendo ser encorajado a questionar. Poder recusar o tratamento. Ter o consentimento do paciente antes de iniciar tratamento ou testes (OMS, 2000).</p> <p>Consentir ou recusar, de forma livre, voluntária e esclarecida, com adequada informação, procedimentos para diagnósticos ou terapêuticos a serem nele realizados (Direitos do paciente, 1999).</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 4) Apoio Social      | <p>Permissão aos pacientes internos de visitas de parentes e amigos, provisão de comida e outros artigos não</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |





|                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 8) Escolha                         | Possibilidade, na unidade de saúde, de escolher os profissionais de saúde. Os indivíduos devem poder ter acesso a uma segunda opinião em casos de doenças severas ou crônicas ou cirurgia (OMS, 2000).                                                                                                                                                                                            |
| 9) Aspectos Interpessoais          | Modo com que cada profissional de saúde interage pessoalmente com os pacientes, ou seja, respeito, cortesia, interesse, animosidade (Sitzia & Wood, 1997).                                                                                                                                                                                                                                        |
| 10) Competência/ Qualidade técnica | Envolve evitar riscos desnecessários e erros médicos (Sitzia & Wood, 1997).<br>Estimular práticas resolutivas, racionalizar e adequar o uso de medicamentos eliminando ações desnecessárias (PNH, 2002).                                                                                                                                                                                          |
| 11) Conveniência                   | Localização da unidade de saúde (distância, transporte, etc.), tempo de espera (para cirurgias, atendimento, exames), sistema de notificação, recepção, facilidade de acessar o médico, atendimento domiciliar (Sitzia & Wood, 1997).                                                                                                                                                             |
| 12) Finanças                       | O paciente tem o direito de ter acesso às contas detalhadas referentes ao seu tratamento, internação e outros procedimentos médicos (Direitos do paciente, 1999).<br>Fatores envolvidos no pagamento do serviço médico (Sitzia & Wood, 1997).                                                                                                                                                     |
| 13) Eficácia/ Resolução            | Resultados dos serviços prestados, ou seja, melhoria ou manutenção da saúde (Sitzia & Wood, 1997).<br>Atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco (PNH, 2002).                                                                                                                                                                                                               |
| 14) Continuidade                   | Constância do cuidado (Sitzia & Wood, 1997).<br>Garantia de continuidade de assistência com sistema de referência e contra-referência (PNH, 2002).<br>Integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (Brasil, 1988). |
| 15) Viabilidade                    | Médicos e profissionais de saúde em número suficiente. Recursos médicos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

|                          |                                                                                                                                                      |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 16) Confiabilidade       | Os serviços cumprirem o que prometeram e estarem habilitados para realizar o serviço (Parasuraman, 1999).                                            |
| 17) Empatia              | Cuidado e atenção individualizada dispensada aos usuários. Incluem as dimensões acesso, comunicação e atendimento ao consumidor (Parasuraman, 1999). |
| 18) Garantia             | Serviço dos funcionários aliado à cortesia e habilidade de seu desempenho, inspirando confiança (Parasuraman, 1999).                                 |
| 19) Receptividade        | Prontidão em ajudar e responder às necessidades dos usuários (Parasuraman, 1999).                                                                    |
| 20) Gestão participativa | As unidades de saúde garantirão gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários (...) (PNH, 2002). Participação da comunidade (Brasil, 1988). |

Fonte: Estudo de Vaitsman e Andrade (2005:603-605) sobre **Satisfação e Responsividade: Formas de Medir a Qualidade e a Humanização da Assistência à Saúde.**

É preciso ter um cuidado especial ao utilizar pesquisas de satisfação dos usuários no interior dos hospitais pois o seu caráter subjetivo e a ausência de consequências práticas constituem fatores de críticas ao processo de aplicação dessas pesquisas. Entretanto, as pesquisas de satisfação dos usuários também demonstram resultados positivos em relação à utilização dos serviços de saúde.

Os usuários dificilmente apresentam críticas em relação à qualidade dos serviços de saúde, expressando até mesmo um sentimento de gratidão pelos profissionais que prestam o atendimento. Os pacientes evitariam criticar os serviços devido a este viés, tanto pelo medo de perder o acesso, quanto à relação de dependência aos profissionais de saúde. *Um dos elementos que influenciam as percepções dos serviços do setor público é a confiança dos cidadãos no governo, nos políticos e nos servidores públicos (DINSDALE et al., 2000).*

Indiscutivelmente, os usuários são o centro da atenção dos sistemas de saúde, são sujeitos fundamentais que possuem o poder de participar do seu processo de tratamento e cura, além de ser um protagonista na melhoria dos serviços de saúde através de canais coletivos, tais como: os Conselhos de Saúde e instâncias colegiadas. As pesquisas de satisfação apenas significam mais um instrumento importante que forneceram destaque ao usuário no âmbito da saúde, demarcando o seu papel enquanto sujeito de direitos. Essa concepção e reconhecimento do usuário como um cidadão é essencial na proposta da PNH. Não é possível, concretizar a política sem levar em consideração a participação direta do usuário e de seus familiares. O tópico, a

seguir, contempla o dispositivo da rede social, apresentando reflexões sobre a importância do usuário, da sua família e da comunidade no projeto terapêutico.

### **3.8 - Projeto “Acolhendo os Familiares/Rede Social Participante”: Visita Aberta, Direito de Acompanhante e Envolvimento no Projeto Terapêutico**

Este dispositivo da PNH destaca a importância da rede social, da participação da família e da comunidade enquanto um elemento fundamental para a eficácia do projeto terapêutico, fortalecimento da autonomia do usuário, reconhecimento de direitos e exercício do controle social.

A presença do acompanhante, do visitante, de familiar ou de representante da rede social do paciente no ambiente hospitalar é, indiscutivelmente, uma marca fundamental que pode mudar as relações de poder nas instituições de saúde, aumentando o grau de protagonismo dos usuários. Traz também uma reorientação na prática profissional, norteadas na interação com o contexto de vida do paciente. (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007:24).

Devemos considerar que apesar da centralidade atribuída às famílias nas políticas, programas e projetos sociais não devemos esquecer do papel do Estado e de suas responsabilidades na vida social. Portanto, a família não deve ser a única responsável pelo sucesso ou fracasso de seus membros. O Estado não pode simplesmente devolver para a família a responsabilidade com a reprodução social, sobrecarregando com encargos que pertencem ao poder público.

Apesar das considerações anteriores, a presença da **família** nos serviços de saúde contribui no processo de restabelecimento do usuário, desconstruindo com a lógica do modelo médico tradicional que produz alguns efeitos no processo de tratamento, tais como: isolamento, a medicalização, a tutela e a desqualificação do sujeito internado.

Outras consequências importantes da implementação da visita aberta e inclusão da família e rede social do usuário no cotidiano do hospital foram: o fortalecimento dos cuidados domiciliares e necessidade da desinstitucionalização, no aumento da satisfação dos usuários e das equipes de saúde, na inclusão no processo de trabalho de outros núcleos profissionais de saberes e práticas e não só o saber médico, como fundamentais para construção da Clínica Ampliada, para estabelecimento de uma nova rotina no controle da infecção hospitalar sem preconceitos e saberes ultrapassados. Diminui significativamente para casos específicos a necessidade de “readaptação social”, já que o usuário não ficou isolado do seu meio e a volta para casa ocorre naturalmente.

Coêlho (2006:49) aponta na sua pesquisa realizada no Instituto Hospitalar General Edson Ramalho - IHGER/ João Pessoa/Paraíba as dificuldades existentes para a adoção do dispositivo em questão, onde inicialmente muitos profissionais de saúde revelam resistências em relação à presença da família no ambiente hospitalar. A autora menciona que:

De um contexto em que a visita era percebida como elemento que atrapalhava, precisava ser contida, não havia espaço físico nem equipe para atendê-la e não havia o entendimento da função do visitante na recuperação e reabilitação do doente, para um contexto onde a família e a rede social do usuário participa da clínica e cotidiano do serviço é uma mudança profunda. Não tem o significado de “perfumarias” de humanização, mas o significado de ampliação da clínica e resolutividade, co-gestão e responsabilização com mudança no padrão, tradicionalmente construído, de vínculo entre equipes e usuários no Hospital. Concretamente, esses resultados se refletem na diminuição da permanência hospitalar: média de 5.59 dias de permanência de julho à dezembro de 2004, seis meses após implantação da visita aberta e implantação efetiva do acolhimento na urgência e emergência, tendo uma média nos seis meses anteriores de 7.18 dias de permanência (dados oficiais do próprio IHGER).

Dados do Ministério da Saúde (2007:16) revelam que vários hospitais do Brasil vem incorporando o dispositivo da **visita aberta**, ampliando o horário de visitas das 11:00 às 20:00 horas (diariamente) em todas as Unidades de Produção, incluindo o CTI (Centro de Terapia Intensiva). Para a introdução desta mudança, é imprescindível a atuação da gestão no desenvolvimento das primeiras discussões e sensibilização dos demais profissionais de saúde acerca do significado da visita aberta, incluindo os coordenadores e/ou gerentes.

A proposta de uma **rede social participante**, incluindo a visita aberta e a presença do acompanhante requer monitoramento no interior dos hospitais. Após a sua implantação, é necessário um acompanhamento do dispositivo através de pesquisas de satisfação dos usuários, avaliação dos visitantes, pesquisa de avaliação da visita aberta pelas Unidades de Produção (com destaque: pelos trabalhadores das portarias, unidades de internação....), além de sistematicamente produzir rodas de conversa com as equipes de trabalho para analisar as questões relacionadas ao processo de visita e a permanência do acompanhante na organização hospitalar.

Para a concretização do dispositivo em pauta é mais do que necessário o envolvimento dos profissionais de saúde, é preciso um novo entendimento sobre o processo saúde x doença, onde os determinantes sociais (questões de gênero, raça, credo...) sejam considerados e a rede social com a presença dos familiares seja um fator essencial na melhoria das condições de saúde dos usuários. Para a incorporação de tais elementos, os profissionais de saúde precisariam de uma formação assentada no eixo da integralidade.



Quebrar esta forma centrada na normalização das noções de saúde-doença, *realizadas (e pensadas) somente a partir de conhecimentos biológicos (anatomo-físico-patológicos), estatístico (formalismo quantitativo), sociológicos (formalismo crítico-qualitativo)* (PINHEIRO e LUZ, 2003:13), significa buscar instaurar uma prática em saúde que resgate as histórias de vida e as culturas singulares dos sujeitos atendidos no sistema de saúde. O dispositivo, a seguir, apresenta os desafios e enfrentamentos para a produção de uma formação em saúde e do trabalho articulada aos princípios da PNH e principalmente com a defesa da vida, respeitando os direitos dos usuários e suas demandas, pressupondo mudanças no modelo de atenção e de gestão.

### **3.9 - Programa de Formação em Saúde e Trabalho- PFST e Comunidade Ampliada de Pesquisa- CAP**

Ao tratar da diretriz **valorização do trabalho e do trabalhador**, já tinha sido destacada a dimensão dos processos de trabalho na saúde e a sua importância para o desenvolvimento da política de humanização. O dispositivo - programa de formação em saúde e trabalho, incluindo a comunidade ampliada de pesquisa revela a necessidade de repensar as diversas práticas e processos de trabalho nos diferentes locais, no sentido de possibilitar melhores condições de trabalho aos profissionais de saúde, reduzindo os riscos de adoecimento.

Para Dejours (1994), o sofrimento presente no contexto organizacional se vincula a dados relativos a história singular de cada indivíduo e aos aspectos referentes à sua situação atual, possuindo então uma dimensão temporal que implica em processos construídos pelo próprio trabalhador no âmbito de sua atividade. O autor distingue dois tipos específicos de sofrimento, sendo o primeiro o patogênico e o segundo o criativo. O patogênico se inicia no momento em que foram explorados todos os recursos defensivos do indivíduo. Esse tipo de sofrimento é uma espécie de resíduo não compensado, que leva a uma destruição do equilíbrio psíquico do sujeito, empurrando-o para uma lenta e brutal destruição orgânica. No momento em que a organização do trabalho se torna autoritária, ocorre um bloqueio da energia pulsional, que se acumula no aparelho psíquico do indivíduo, gerando desta forma, sentimentos de tensão e desprazer intensos.

A carga psíquica do trabalho resulta da confrontação do desejo do trabalhador, à injunção do empregador contida da organização do trabalho. Em geral a carga psíquica do trabalho aumenta quando a liberdade de organização do trabalho diminui. (DEJOURS, 1994: 28)

Quanto ao segundo tipo, Dejours denomina de sofrimento criativo pelo fato de o indivíduo elaborar soluções originais que favorecem ou restituem sua saúde. O sofrimento criativo chega a adquirir um sentido, pois favorece ao indivíduo um reconhecimento de uma identidade. Neste contexto o indivíduo se propõe a ação criativa que promove descobertas, fazendo com que este experimente e transforme, de maneira criativa, prática e astuciosa, soluções inéditas frente às situações móveis e cambiantes de seu trabalho. A competência e a astúcia, promovida pela inteligência coletiva ou individual, proporcionam o surgimento de estratégias defensivas, que aliviam ou combatem o sofrimento psíquico. As estratégias defensivas referidas pelo autor, dizem respeito às estratégias de enfrentamento contra o sofrimento, tais como: conformismo, individualismo, negação de perigo, agressividade, passividade, entre outras. De acordo com o autor, a utilização dessas estratégias de defesa propicia proteção do sofrimento e a manutenção do equilíbrio psíquico por possibilitar o enfrentamento e a eufemização das situações causadoras do sofrimento. Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994) consideram as estratégias defensivas, na sua maioria, coletivas. Esses autores definem as estratégias como mecanismos pelos quais o trabalhador busca modificar, transformar e minimizar a percepção da realidade que o faz sofrer.

Neste sentido, espera-se que o PFST contribua para que os trabalhadores possam “aguçar” o olhar e a escuta (ATHAYDE *et al.*, 2003) para

o que adoecer e faz sofrer nos locais de trabalho, assim como encontrar estratégias para saírem das situações de adoecimento e juntos construir ambientes laborais favoráveis à saúde.

Assim, o PFST foi concebido como uma estratégia para compreender/ transformar as relações de trabalho nos equipamentos de saúde, baseado no diálogo-confrontação entre conhecimento científico e experiência dos trabalhadores “A esse dispositivo de confrontação-cooperação entre saberes denominamos CAP – Comunidade Ampliada de Pesquisa” (ATHAYDE et al., 2003: 13 -14).

É importante destacar, que o PFST tem como proposta implementar um processo de formação dos trabalhadores que será progressivamente coordenado pelos próprios participantes, constituindo-se uma rede ampliada que visa afirmar a capacidade normativa dos trabalhadores. Com esse objetivo o PFST é organizado em ciclos e os que participam de um ciclo serão multiplicadores que efetivarão o processo de formação de outros trabalhadores, com assessoria dos coordenadores do programa nas primeiras experiências de multiplicação. Dessa forma, o programa vai se ampliando e se adequando a cada situação de trabalho dos serviços de saúde.

O PFST pretende alargar o debate sobre a formação em saúde pretendendo inverter a lógica assistencial tradicional, pois já foi reconhecida a *dimensão político-ideológica dos profissionais de saúde* (MENDES, 1997). A lógica assistencial tradicional com seu modelo centrado na doença, no fragmento e no anonimato não responde eficazmente aos problemas de saúde apresentados pelos usuários no cotidiano dos serviços de saúde.

O chamado “discurso médico-científico” não tem contemplado esse sentido mais amplo de saúde que considera que os processos de saúde e adoecimento não são apenas de responsabilidade dos especialistas, mas dizem respeito também e, principalmente, às populações que vivem tais processos. É pois necessário criar espaços de escuta e valorização do saber dessas populações sobre a sua própria vida. (BARROS et. ali, 2006:34).

A formação em saúde e o trabalho em saúde devem incluir em seu conteúdo, novas formas de agir, reconhecendo que a partir do cotidiano ocorre o surgimento de experiências inovadoras e desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais.

Entende-se que por suas características peculiares, o trabalho em saúde pode ser tanto emancipador, transformador e produtor de sentido, como estranhado e produtor de sofrimento e desgaste. Conforme afirmam Rigoli & Dussault (2003), os trabalhadores da saúde não podem mais ser considerados simplesmente “instrumentos” ou “recursos” na oferta de cuidados necessários, mas atores estratégicos que podem agir individual ou coletivamente influenciando na construção das políticas. Muitas são as questões ainda não resolvidas que cercam o ato de refletir e operar sobre o trabalho em saúde. Repensar a gestão e os processos de trabalho e a tarefa de produzir saúde traz como consequência o maior entendimento desse elo vital na construção de uma rede de atenção humanizada e solidária.

Hennington (2008: 556) já menciona a preocupação da PNH com a capacitação e desenvolvimento dos trabalhadores do setor saúde, remetendo-se às condições de trabalho, incluindo a discussão dos níveis salariais, demanda pela educação permanente, estímulo ao trabalho em equipe e etc...

O referente dispositivo procura abrir espaço para problematizar a gestão dos processos de trabalho, considerando as questões políticas, econômicas,

sociais e culturais que interferem no trabalho, mas também, o cotidiano dos trabalhadores da saúde, um cotidiano marcado pela dor e pelo sofrimento dos usuários que acessam diariamente os serviços de saúde.

O próximo dispositivo contempla também a conformação de um espaço destinado às reflexões sobre o cotidiano de trabalho e a busca por alternativas para o enfrentamento dos principais problemas existentes no interior dos hospitais públicos. Neste sentido, o Grupo de Trabalho de Humanização se constitui enquanto um dispositivo cuja finalidade é coletivamente produzir e propor mudanças no funcionamento dos serviços, na atenção aos usuários e nos modos de gestão. A seguir, estão colocadas algumas reflexões sobre o Grupo de Trabalho de Humanização e a sua importância para as organizações de saúde.

### **3.10 - Grupo de Trabalho de Humanização- GTH**

A Política Nacional de Humanização do MS recomenda a criação do dispositivo - Grupo de Trabalho de Humanização- GTH, abrangendo o maior número possível de setores do hospital pontuando que a adesão ao grupo deverá ser voluntária<sup>67</sup>. O Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) é um dispositivo criado pela Política Nacional de Humanização (PNH) para o Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de intervir na melhoria dos processos de trabalho e na qualidade da atenção à saúde. Com isso, o Grupo de Trabalho de Humanização funciona também como um canal importante para favorecer a participação dos trabalhadores da saúde sobre a organização do processo de trabalho.

O GTH institui-se em qualquer instância do SUS e é integrado por pessoas interessadas em discutir os serviços prestados, a dinâmica das equipes de trabalho e as relações estabelecidas entre trabalhadores de saúde e usuários. (Brasil, Ministério da Saúde, 2006a:5).

O GTH tem como proposta as seguintes atividades:

1. Formalizar o Grupo de Trabalho de Humanização no interior dos hospitais;

---

<sup>67</sup> De todo modo, observam-se ainda “Comitês de Humanização” ou núcleos de Recursos Humanos, cujas principais atividades ainda se concentram na criação desses espaços periféricos de entretenimento, e na promoção de festas e eventos de confraternização. Algumas experiências guardam também um caráter de filantropia, ainda muito distantes dos ideais de direitos de cidadania e da ética da “alteridade” presentes no discurso da “humanização”. Um dos sintomas, a meu ver, do caráter periférico e assistencialista/filantrópico de algumas dessas experiências é dependerem, exclusivamente algumas delas, do trabalho voluntário, executado individualmente ou por organizações não-governamentais.

2. Identificar quais os dados e informações sobre a unidade hospitalar são importantes para conhecer os obstáculos atuais à humanização do atendimento;
3. Conhecer os projetos de humanização da unidade hospitalar antigos ou em curso e resgatá-los;
4. Detectar os problemas existentes no hospital em termos de humanização;
5. Definir prioridades e elaborar um plano de ação, voltado às mais significativas demandas dos usuários e dos profissionais de saúde, quanto à humanização do atendimento e do ambiente de trabalho.

Os Grupos de Trabalho de Humanização devem possibilitar uma discussão coletiva e politizada sobre as questões relacionadas ao cotidiano dos serviços de saúde. Muitas vezes, os profissionais que atuam nestes grupos de trabalho possuem uma tendência em transformá-los em canais de “catarse”.

A partir de uma experiência de trabalho em um hospital público situado em Niterói<sup>68</sup> no RJ, pude detectar os desafios e/ou enfrentamentos identificados na implantação do GTH e posteriormente no desenvolvimento do grupo. Esses desafios estão presentes quando a dimensão do trabalho coletivo é colocada enquanto uma necessidade para o remodelamento das práticas assistenciais com a finalidade de melhorar a qualidade da atenção prestada e fortalecer um trabalho em saúde que possa contemplar o reconhecimento do usuário enquanto sujeito de direitos. Tais desafios estão relacionados à sensibilização dos atores estratégicos para a formação do GTH (médicos, enfermeiros e

---

<sup>68</sup> Essa experiência de trabalho ocorreu enquanto estive na assessoria de planejamento no ano 2006 à 2007 no Hospital Orêncio de Freitas vinculado à Fundação Municipal de Saúde em Niterói-RJ.



etc.), conhecimento sobre as políticas de saúde e sobre a própria PNH, entre outros.

O Grupo de Trabalho de Humanização desta unidade hospitalar congregou em seu espaço, vários profissionais (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogo, farmacêuticos..), quinzenalmente tais profissionais utilizavam esse espaço enquanto um canal de troca de experiências e discussões sobre o atendimento prestado pelos vários serviços.

Num primeiro momento, este espaço se configurou como um meio de exteriorizar as insatisfações vivenciadas pelos atores no que diz respeito aos problemas existentes no sistema público de saúde e na própria gestão do trabalho em saúde. Posteriormente, com capacitações realizadas sobre o significado da Política Nacional de Humanização da Saúde e com o estudo da própria legislação, os sujeitos envolvidos neste processo, começaram a vislumbrar que o sentido da humanização transcende questões pontuais, envolve um novo olhar e uma nova inserção no campo da saúde pública. A coordenação do Grupo de Humanização, inicialmente foi feita pelo Serviço Social e depois foi assumida por um médico com vasta experiência na gestão hospitalar.

As questões mais discutidas e privilegiadas pelo grupo estavam *relacionadas à organização das portas de entrada, democratização dos processos de atendimento, escuta ao usuário e familiares, maior sensibilização dos médicos para a proposta da humanização, educação permanente, melhoria no sistema de informação e sinalização do Hospital e etc...*

A incorporação do GTH nos hospitais públicos tem sido uma recomendação do Ministério da Saúde. Algumas unidades hospitalares

consideram o GTH fundamental para a constituição da PNH, possibilitando uma reflexão sobre o papel dos profissionais de saúde e etc.... Outros hospitais fazem a opção de não criarem o GTH com uma coordenação específica em seu espaço, acreditando que a humanização é algo que perpassa toda a gestão, sendo uma responsabilidade de todos os sujeitos envolvidos na (re) invenção das práticas de saúde com a finalidade de modificar as relações tradicionalmente verticalizadas existentes na prestação do cuidado.

Esse esforço de co-gestão em direção às mudanças desejadas poderá suscitar questões fundamentais para a melhoria da prestação do cuidado e na tomada de decisões para ampliar a qualidade dos serviços.

Dessa forma, a gestão exerce um papel preponderante quando tratamos da sua indissociabilidade com a atenção em saúde e com o estímulo às ações inovadoras dentro dos serviços de saúde, especialmente nos hospitais. Considerando a existência da gestão para deflagrar processos de mudança nos hospitais públicos, tais como: a adoção da PNH, não há como negar a sua importância para provocar um novo tipo de interação entre os sujeitos incluindo uma dimensão mais participativa e democrática. Para a incorporação das diretrizes da PNH e seus dispositivos torna-se necessário a presença de uma gestão comprometida com a promoção de ações que garantam não só a melhoria das condições de trabalho, educação permanente, mas, que possa fortalecer, sobretudo, a defesa da vida. Nesta questão, está localizado o problema central desta tese- a conexão da gestão com a Política Nacional de Humanização na Saúde, a importância dos processos de gestão e suas mudanças a partir da PNH. Com isso, torna-se necessário entender os principais conceitos e características da gestão hospitalar, seus modelos e

suas inovações. É esse processo que se descreve e se analisa resumidamente no capítulo posterior.

## **CAPÍTULO IV - Gestão e Humanização: Uma Articulação Possível para os Hospitais?**

O objetivo deste capítulo é apresentar uma reflexão sobre a importância estratégica da gestão para o desenvolvimento da PNH nos hospitais públicos. A intenção aqui é demarcar o debate acerca da gestão hospitalar, seus conceitos e principais características, além de contextualizar os principais modelos de gestão adotados no sistema de saúde brasileiro.

Ainda no decorrer deste capítulo é demonstrado o valor da gestão participativa para a PNH. A política aposta neste novo modo de efetivar a gestão, incluindo os sujeitos no processo de tomada de decisões. Entretanto, é preciso destacar o papel decisivo da gestão em relação à consolidação da política de humanização e seus dispositivos no interior dos hospitais públicos.

Conseqüentemente, a aposta em um modelo participativo de gestão centra-se na (re) organização dos processos de trabalho e na produção de arranjos organizacionais diferenciados dos tradicionais, dentre eles: rodas de conversa, existência de Colegiado de Unidade, criação das equipes de referência, processo de educação permanente e etc... Por isso, a intenção é evidenciar essa necessidade de articulação existente entre gestão e humanização para a melhoria da prestação do cuidado nas organizações hospitalares.

Sendo assim, abordar a gestão pareceu-me pertinente e de fundamental importância diante do reconhecimento de que a mesma se apresenta como um dos nós críticos no processo de construção da saúde pública e da própria política de humanização no Brasil.

#### 4.1 - Gestão Hospitalar: Conceitos e Características

Para a construção de práticas mais humanizadas, participativas e democráticas no interior dos serviços de saúde é necessário o desenvolvimento de uma gestão que valorize a dimensão da esfera pública e busque a reposição do usuário-cidadão como o centro das formulações e operacionalização das políticas e ações de saúde.

A palavra "gestão" reflete os vários modelos que foram sendo agregados à organização do processo de trabalho humano, inicialmente aplicado nas organizações industriais e posteriormente desenvolvido no âmbito das organizações de serviços. Há, contudo, comentários a tecer sobre o que vem a ser gestão de organizações.

Sobre as organizações, Lapassade (1983) diferencia grupos, organizações e instituições como níveis do sistema social, elucidando os diferentes momentos em que se constituem. Considera que os grupos formam o nível da "base" e da vida cotidiana das instituições. O segundo nível é o da organização ou do grupo que se rege, por novas normas, sendo este o nível da burocracia. O terceiro nível, da instituição, compreende, portanto, ao mesmo tempo, grupos sociais oficiais (empresas, escolas, sindicatos) e "sistemas de regras que determinam a vida desses grupos". Ainda, o autor sinaliza que a noção de organização possui dois significados: a) para designar *conjuntos práticos* que perseguem objetivos como a produção ou distribuição de bens e serviços, a formação de homens ou a gestão dos seus lares, portanto, significados atribuídos a "realidades sociais" e b) para designar certas condutas

ou processos sociais, como a mobilização dos meios para atingir os objetivos coletivos (produzir, educar, distribuir), ou o ato de organizar.

Cantanhede (1983: 25-26) afirma que o termo da língua inglesa "*management*", propagado pela Ciência Administrativa nos Estados Unidos, tem sido traduzido ora por organização, ora por administração ou por gerência. Especialmente, quando se trata da organização, o autor revela que esta constitui o corpo e a substância da administração e da gerência.

Campos (1987: 3-6) evidencia que o termo "*management*" exerceu influência nas considerações sobre os termos gerência, gerenciamento, direção etc. Precisamente, na cultura administrativa dos Estados Unidos, o "*management*" caracteriza-se como a direção suprema de uma organização. O apego à terminologia proposta na Administração nos Estados Unidos tem gerado alguns equívocos. Acentue-se, por exemplo, que "*executive*", há algum tempo atrás, não tinha correspondência com o nosso executivo, no sentido de que naquele país o termo serve para designar o titular de chefia de nível superior e aqui esse pré-requisito de graduação tem sido exigido há pouco tempo.

Sandroni (1996: 149) menciona o autor do livro "*The Managerial Revolution*" (A Revolução dos Gerentes), James Burnham que aborda o fenômeno do "*Managerialism*" (Gerencialismo), ou seja, doutrina econômica, social e política segundo a qual predomina a tendência para elevação dos gerentes à condição de classe dominante, sobrepondo cada vez mais os seus interesses aos interesses dos proprietários acionistas e dos trabalhadores.

Braverman (1974:61-69) analisa historicamente a gerência considerando a sua origem a partir do primeiro momento de necessidade da

reunião dos trabalhos no capitalismo industrial, então sob a égide do trabalho cooperativo e da divisão primitiva do trabalho, este último como princípio fundamental da organização industrial. Daí surge o problema da gerência com um caráter rudimentar, que começa assumindo formas rígidas e despóticas, além de centralizadoras. O autor demarca como uma das questões centrais para a vitalidade do sistema capitalista o controle gerencial sobre o processo de trabalho.

Esse controle, para Braverman (1974), consistia principalmente na separação do trabalho intelectual do manual, condição imposta pelo **modelo taylorista de administração**. Para o autor, as empresas modernas caracterizadas pelo gigantismo e pela atuação monopolista estão historicamente vinculadas às mudanças das atividades produtivas em funções gerenciais.<sup>69</sup>

Sobre os termos administração, gerência e **gestão**, apesar de serem palavras sinônimas em qualquer dicionário, Valeriano (1998: 4-6) faz um esforço em diferenciá-las na abordagem da Gerência de Projetos. Administrar e gerenciar consiste em planejar, decidir, pôr em prática as ações conseqüentes e utilizar os meios para alcançar seus objetivos. Administrar refere-se ao nível da organização. Logo, neste campo situam-se problemas típicos das organizações: produção, finanças, tecnologia, recursos humanos, etc. Os termos derivados da palavra “gerenciar”, como por exemplo,

---

<sup>69</sup> A institucionalização do capital e a atribuição do controle a uma camada especializada da classe capitalista correspondem, cronologicamente, a um imenso crescimento na escala de operações gerenciais. Não apenas está aumentando o tamanho das empresas em andamento acelerado – ao ponto em que umas poucas empresas começam a dominar a atividade produtiva de cada uma das indústrias principais – mas, ao mesmo tempo as funções empreendidas pela gerência são ampliadas muito rapidamente (...) Quando plenamente reorganizadas na empresa moderna, as atividades produtivas são subdivididas entre departamentos funcionais, cada qual tendo um aspecto específico do processo como seu domínio (...).

gerenciamento, referem-se às ações no nível do projeto: planejamento do projeto, controle do projeto, orçamento, cronograma, etc. Aqueles derivados de gerir, como por exemplo o termo em foco **gestão**, referem-se a parcelas das atribuições do gerente ou gestor do programa ou projeto. São partes da gerência ou do gerenciamento delegadas pelo gerente, as quais Valeriano (1998: 4-6) chama de gestões específicas: gestão da documentação, gestão de interfaces, gestão de riscos, gestão da qualidade, gestão da configuração, gestão ambiental, gestão de programas de auditoria, etc.

Aktouf (1996:34-35) sinaliza que apesar das inovações gerenciais, o modo de pensar tradicional ainda se mantém, sendo muito comum nas organizações a recusa de perder por parte dos dirigentes o que a “tradição” sempre lhe conferiu: prestígio, privilégios e poder absoluto; a crença quase incondicional na sempre possível descoberta de instrumentos miraculosos (como as equipes semi-autônomas, os círculos de qualidade, a administração da cultura); a crença em aparecimentos sucessivos, quase naturais, de estruturas miraculosas (divisão em departamentos, por projetos, matriciais); a confiança ilimitada nas soluções técnicas, nas capacidades quase mágicas da tecnologia e da organização racional do trabalho; a carga da culpa sempre sobre o funcionário, nunca estimulando sua criatividade; entre outros.

Todas as concepções e elaborações conceituais, citadas anteriormente, acerca de modelos e/ou perspectivas gerenciais se fazem presentes também no campo da saúde, pois a administração hospitalar passa a fazer parte da agenda dos profissionais da gestão em saúde onde o hospital é considerado uma organização onerosa, complexa e determinante do sistema de saúde. Barbosa (1997) menciona que no Brasil, a partir da década de 90, houve uma



busca no campo das organizações públicas, especialmente na gestão dos hospitais, de novos paradigmas gerenciais que pudessem oferecer maior eficiência e eficácia para a esfera da saúde. Neste sentido, buscou-se uma aproximação com as teorias organizacionais e/ou administrativas que fossem capazes de responder às principais necessidades de organizações tão complexas quanto os hospitais.

Essas correntes teóricas trouxeram para os hospitais a preocupação com a avaliação de resultados e gestão com base em evidências, partindo do princípio de que os hospitais, do ponto de vista gerencial, são bastante assemelhados a qualquer outra empresa. A preocupação com a satisfação do cliente (interno e externo) e métodos de padronização de procedimentos, objetivando aumentar a produtividade e a eficiência, são alguns de seus pilares conceituais. Scott et al (2000), menciona que outra vertente importante desenvolveu-se nos Estados Unidos da América, onde se originou uma escola genericamente denominada de *managed care*<sup>70</sup>, centralmente voltada para diminuir a autonomia do médico e de outros profissionais de saúde, mediante a adoção de protocolos e de sistema de decisão sobre os casos clínicos fora da relação médico-paciente. Essa escola resgata a noção e a relevância do médico generalista para o setor privado e procura reduzir a autonomia principalmente do médico.

As tendências mencionadas acima estão ligadas aos modelos de gestão pela qualidade total e acreditação hospitalar, institucionalizadas para possibilitar maior padronização, resolutividade e melhoria do desempenho nas

---

<sup>70</sup> O “*managed care*”, ou gerenciamento da saúde, vem se tornando atualmente uma opção cada vez mais presente nas modernas gestões de saúde, interessando diretamente aos prestadores de serviços (médicos), usuários, empresas e a população em geral, principalmente em função da medicina preventiva e da melhora geral nos índices sócio-econômicos com a adoção deste tipo de gerenciamento.

organizações hospitalares. Com isso, é disseminada uma “cultura do gerencialismo”<sup>71</sup> que defende a flexibilidade, a fixação de metas e uma sistemática avaliação com indicadores para o alcance de melhores resultados.

Historicamente, houve a necessidade de empregar cada vez mais uma maior flexibilidade<sup>72</sup> na administração das organizações, sendo sinalizada pelos estudiosos da administração como uma requisição, tendo em vista que os ambientes organizacionais são extremamente imprevisíveis. Dentro desta perspectiva, a teoria contingencial é citada e apontada como fundamental para gerenciar organizações, tanto públicas quanto privadas, sendo a adaptação às mudanças e o compromisso com os objetivos, elementos fundamentais para alcançar resultados. Essa concepção contemporânea da administração<sup>73</sup> poderá ser aplicada em todas as organizações de um modo geral, principalmente se for associada a espaços mais complexos, como os hospitais.

---

<sup>71</sup> Esta “cultura do gerencialismo” foi disseminada amplamente por meio da Reforma do Estado. No Brasil, durante o Governo Fernando Henrique Cardoso, são introduzidos os princípios da administração pública gerencial, com o intuito de transformar as formas de gestão do Estado utilizadas nos períodos anteriores, tendo em vista, segundo o discurso social-liberal, recuperar “a governabilidade (legitimidade) e a governance (capacidade financeira e administrativa de governar)” (Behring, 2003:173). Os referidos princípios são introduzidos através do Plano Diretor da Reforma do Estado (PDRE-Mare) que consistiu em um conjunto integrado de medidas que visaram, em última análise, propiciar o ambiente político, social e econômico ideal para a introdução do pensamento neoliberal e o atendimento das novas imposições ocasionadas pela reestruturação produtiva. Dentre as inúmeras medidas adotadas, destacamos os processos de privatização e flexibilização das relações de trabalho, pois tiveram rebatimentos bastante evidentes sobre o setor financeiro, notadamente, sobre as instituições bancárias. De fato, os bancos passaram por um intenso processo de concentração decorrente de processos de fusões, aquisições e incorporações que possibilitaram maior participação do capital financeiro internacional nestas instituições.

<sup>72</sup> A flexibilidade é sinalizada como algo necessário na administração pública pois para desenvolver um processo de gestão, o dirigente depara-se com uma série de entraves burocráticos, como por exemplo, a lei de licitações- 8666. Ao mesmo tempo, a palavra flexibilidade deve ser introduzida com muita cautela pois na esfera da produção poderá produzir um movimento de precarização nas relações de trabalho, comprometendo a prestação da assistência à saúde.

<sup>73</sup> *Para a Teoria da Contingência não existe uma única maneira melhor de organizar, em vez disso, as organizações precisam ser sistematicamente ajustadas às condições ambientais. Assim, a Teoria da Contingência apresentam os seguintes aspectos básicos: A organização é de natureza sistêmica; ela é um sistema aberto. As variáveis organizacionais apresentam um complexo inter-relacionamento entre si e com o ambiente. (CHIAVENATO, 2000)*

Essa complexidade vinculada às organizações hospitalares envolve os seguintes elementos:

- *A definição e a mensuração dos resultados são difíceis;*
- *O trabalho envolvido é sentido como altamente variável e mais complexo que em outras organizações;*
- *A maior parte do trabalho tem natureza de emergência;*
- *O trabalho permite pouca tolerância para ambigüidade e erro;*
- *As atividades são altamente interdependentes, sendo necessário alto grau de integração entre os diversos profissionais;*
- *O trabalho envolve alto nível de especialização;*
- *Uma parte dos membros da organização é extremamente profissionalizada e sua primeira lealdade é mais com a profissão do que com a organização;*
- *Existe pouco controle organizacional ou gerencial efetivo sobre o grupo responsável de forma maior pelo trabalho: os médicos;*
- *Em muitas organizações de serviços de saúde, particularmente nos hospitais, existe dupla linha de autoridade, criando problemas de coordenação e responsabilidades.*

Os objetivos das organizações de saúde são mais complexos do que em uma organização industrial de maneira geral, ou mesmo que em outras organizações de serviços, tais como bancos ou companhias de seguros. Para as organizações de saúde, os objetivos do trabalho incluem pesquisa, trabalho coletivo, responsabilidade na prestação do cuidado ao paciente, entre outros elementos. Comparados com os outros gerentes, “os executivos da saúde”

possuem menor autoridade sobre os profissionais que trabalham dentro de suas equipes, principalmente na área médica.

Outro fato é que os produtos não são facilmente especificados e existe uma dificuldade na padronização dos processos. Os serviços oferecidos na saúde são individualizados – para cada tipo de paciente, dependendo da sua patologia, é acionada uma Unidade de Produção (exames, visita médica, alimentação) ou um conjunto de procedimentos até o serviço final (alta, parto, cirurgia cardíaca, etc.).

Dominguez Ugá e Porto (1992:18) concebem o processo de produção hospitalar *“como uma firma de multiprodutos que deve, em teoria, ter uma linha de produção que é tão diversificada quanto o número de pacientes tratados”*.

Dessa forma, cabe refletir sobre o papel que teria o gerente dessa “firma” considerada de *multiprodutos* e de alta complexidade. O trabalho do dirigente hospitalar não se limita a um conjunto de ações sujeitas às iniciativas pessoais, mas efetiva-se através de uma série de tomada de decisões que emergem de várias solicitações do meio externo e interno. Assim, a direção deveria ter também um papel de desenvolver as parcerias institucionais para adquirir maiores recursos e autonomia financeira, tratar das questões interpessoais facilitando o relacionamento entre os diversos profissionais, negociar constantemente, estimulando o desenvolvimento de projetos, mediar os conflitos, e etc.

Cecílio (1997) evidencia que o gestor hospitalar possui vários desafios, dentre eles, reconhece que:

- O hospital concentra uma “densidade de legitimidade” tal perante os usuários que o torna um lugar estratégico de intervenção;
- O hospital é a cidadela do poder médico- a categoria médica culturalmente é vista no interior do hospital como os “detentores do saber”. Isso confere um forte poder e a prevalência de relações hierárquicas frente às demais categorias. É inegável que a atuação do médico ocupa uma centralidade na instituição hospitalar. Porém, outras categorias profissionais também participam do processo de prestação do cuidado e devem ser consideradas no processo de trabalho em saúde;
- O hospital é um território “virgem” de trabalho na perspectiva de humanização e da defesa da vida. É possível, sim, pensar em promoção da saúde, em educação em saúde, em criação de vínculos, no espaço hospitalar.

Ao lidar com o campo da gestão hospitalar é preciso considerar que a unidade hospitalar é perpassada por múltiplos projetos profissionais e motivações diferenciadas. O processo de trabalho envolve uma complexidade e em grande parte um alto nível de qualificação. A Política Nacional de Humanização da Saúde propõe uma articulação entre os modelos de atenção e gestão para a produção da saúde e fortalecimento do Sistema Único de Saúde, que preconiza práticas humanizadas com acolhimento, vínculo, fortalecimento do trabalho interdisciplinar para a construção de uma prestação da assistência com condições adequadas de atendimento.

A PNH pontua a relevância da gestão na produção de novas práticas em saúde. Nesta perspectiva, o papel da gestão em saúde é fundamental para melhorar a capacidade e a assistência prestada nos diferentes níveis de atenção à saúde. Modelos de gestão centrados na dimensão participativa, enfatizando a participação dos usuários e seus familiares, reconhecendo o usuário como o foco da atenção, além de estimular o controle social e o viés da integralidade, fortalecendo a cultura da interdisciplinaridade são necessários para estabelecermos um outro tipo de cultura no interior dos hospitais que procurem romper com o trabalho parcelar e fragmentado das especialidades. Conforme Campos & Amaral (2007:854) propõem:

A concepção Paidéia sugere tomar-se como unidade nuclear de poder gerencial a Equipe Interdisciplinar. Equipes interprofissões e interespecialidades organizadas em função de grandes áreas voltadas para uma mesma finalidade e para um mesmo objeto (encargo). Essas equipes têm sido denominadas de Equipe de Referência. Segundo essa concepção, um conjunto de equipes de referência constituiria o novo “departamento” desse hospital reformulado. Esse novo tipo de “departamento” tem sido denominado de Unidade de Produção. São departamentos recortados segundo o objetivo e o encargo (objeto de trabalho) de um conjunto de trabalhadores, independentemente de sua especialidade. As Unidades de Produção recortam o hospital segundo uma nova lógica, uma racionalidade centrada na integração do processo de trabalho.

Ainda, quaisquer modelos de gestão nas esferas das unidades hospitalares devem considerar o papel estratégico dos hospitais na rede de atenção, devendo funcionar conectado com outras organizações (Centros de Saúde, Programa Saúde da Família e etc...). A lei orgânica que regulamenta o SUS prevê que os hospitais deveriam funcionar em uma rede hierarquizada e regionalizada de serviços, definindo mecanismos de acesso e pactuando com outros gestores públicos a sua responsabilidade sanitária.

Com isso, notamos a complexidade de um trabalho gerencial em saúde que é atravessado por múltiplos desafios. Tal processo torna-se mais difícil quando está situado no contexto da esfera pública. A condução e a administração dos serviços de saúde vinculados à administração pública pressupõe determinadas habilidades e compreensões essenciais para realizar uma integração dos processos de trabalho, romper com um grau elevado de burocracia e com a cultura do “favor” e instituir novas dinâmicas que reconheçam os direitos sociais.

As diferenças entre o setor público e o setor privado estão presentes não só na relação entre prestador e conjunto de usuários que demandam os vários serviços e equipamentos sociais, mas também com relação a sua gestão. Existe uma diferenciação entre a cultura institucional do espaço público e do privado. Geralmente, a prestação do serviço na esfera pública é encarada como uma “benesse” ou “favor”, existindo um não reconhecimento do direito de cidadania do usuário que acessa e utiliza os serviços de saúde.

Os gerentes do setor público expostos a menores forças do mercado estão submetidos a maiores restrições do que no setor privado, como também à maior diversidade e intensidade de influências externas, somando-se ainda objetivos intangíveis e vagos. A gestão dos serviços públicos ocorre em um contexto de maior indefinição no campo das políticas e maiores restrições em suas ações, tendo em vista a abertura do processo decisório e o contato direto com grupos de interesses que buscam influenciá-lo. Problemas de gestão muito comuns em organizações públicas podem gerar e/ou interferir na prestação da assistência no âmbito dos serviços de saúde, contribuindo para a produção dos efeitos da desumanização, tais como: falta de autonomia

financeira, centralização administrativa, política de recursos humanos deficiente e interferências políticas (cultura clientelista e fisiologista), além de uma forte burocratização dos processos. O fenômeno da burocracia, como já sinalizara Weber, está significativamente vinculado ao desenvolvimento do Estado Moderno e seu aparato institucional, configurando-se mais intensamente no âmbito da administração pública. Especificamente, a burocracia perpassa as organizações públicas, produzindo efeitos e limitações colocadas para o desenvolvimento das práticas gerenciais, e provocando em sua grande maioria, a centralização dos processos, morosidade na resolução dos problemas e alto grau de hierarquia / verticalização quanto à estrutura organizacional.

Os elementos que configuram a lógica burocrática, segundo Max Weber (1974), são os seguintes:

- *Os princípios de hierarquia dos postos e dos níveis de autoridade significam um sistema firmemente ordenado de mando e subordinação, no qual há uma supervisão dos postos inferiores pelos superiores;*
- *O princípio da autoridade hierárquica do cargo encontra-se em todas as organizações burocráticas;*
- *A administração de um cargo moderno baseia-se em documentos escritos (os arquivos), preservados na sua forma original ou em esboço;*
- *A administração burocrática, pelo menos toda administração especializada – que é caracteristicamente moderna – pressupõe habitualmente um treinamento especializado e completo;*



- *A ocupação do cargo é uma profissão. O funcionário recebe compensação pecuniária regular de um salário normalmente fixo. O salário não é medido em termos do trabalho feito, mas de acordo com a hierarquia, ou seja, segundo o tipo de função (o grau hierárquico) e, além disso, possivelmente segundo o tempo de serviço.*

A burocracia é um tipo de poder ou dominação. Para o senso comum, a lógica burocrática caracteriza-se pela ineficiência, papelada, demora na resolução de problemas, etc. Dentro da gestão pública, a burocracia assume uma forma racional, tendo uma estrutura hierárquica de mando e subordinação, presa às normas legais. O administrador burocrático não administra em nome de terceiros, mas em nome dos cidadãos, quando está no cargo público, desenvolve um espírito de fidelidade ao cargo, identificando-se com os objetivos da organização. Com isso, os gerentes que atuam no serviço público, em sua grande maioria, sentem a necessidade de introduzir inovações organizacionais como forma de sobrevivência da própria organização, quebrando com as famosas “amarras burocráticas”. Estudos<sup>74</sup> demonstram que gestores dos hospitais públicos geralmente apontam a necessidade de maior autonomia e flexibilidade como ingredientes vitais para a superação da burocracia.

Outro estudo interessante sobre a burocracia é a análise de Lapassade (1983). O autor apresenta a instituição a partir de duas perspectivas: enquanto

---

<sup>74</sup> Ver pesquisa realizada com os gestores dos Hospitais Municipais do Rio de Janeiro. In A Gestão Feminina nos Hospitais Municipais da Cidade do Rio de Janeiro: Considerações sob a Ótica de Gênero. **Sexualidade em diferentes enfoques: uma experiência de capacitação no campo da saúde reprodutiva**, Niterói, RJ: editora Muiraquitã: PEGGE/UERJ- 2001.

grupo social oficial e sistema de regras. O que ele faz é interessante: escolhe um grupo social e o analisa em seu sistema de regras, apontando os efeitos subjetivos deste. Trata-se da escola em sua burocracia.

Segundo o autor há um fenômeno burocrático que formata as relações humanas na atualidade (escrito em 1977, o texto não perdeu sua vitalidade de análise) e que coloca a coletividade como força de produção para um sistema despersonalizado e amoral. *Isto, porque a burocracia, “antes de tudo, aliena fundamentalmente os seres humanos, retirando-lhes o poder de decisão, a iniciativa, a responsabilidade de seus atos, a comunicação”* (LAPASSADE, 1977, p.201).

Em relação à burocracia Motta (1990:26-27) aponta que a falta de perspectiva de solução rápida, ou seja, a morosidade na resolução dos processos, ao contrário das crises oriundas de cortes temporários, em que se visualiza reposição de recursos a médio prazo, provoca problemas gerenciais importantes, reacendendo no meio da organização pública a luta pela sobrevivência e maior incerteza sobre as alternativas de ação. Quem gerencia o setor público, de acordo com o autor, se depara com um grande desafio.

O gestor de uma organização pública trabalha com uma série de políticas acopladas à lógica governamental e suas respectivas diretrizes. Neste sentido, os gestores que exercem a função de direção nos hospitais públicos acabam dependendo das oscilações presentes na governabilidade econômica do Estado.

Concordando com Dussault (1992:8), as organizações de serviços públicos são extremamente dependentes do ambiente sócio-político – seu quadro é regulado externamente. Segundo o autor, as organizações públicas

têm uma obrigação de prestar serviços, um dever de atendimento que não existe no setor privado. O cidadão tem direito a receber o serviço, o que significa, em princípio, que não existe a possibilidade de selecionar a clientela, os problemas a atender, nem os serviços a produzir. Não é possível repelir os casos difíceis ou dispendiosos. Evidentemente, este dever de atendimento está, habitualmente, em contradição com a limitação de recursos. De outro lado, as organizações públicas não são submetidas às regras do mercado e podem sobreviver mesmo quando não são eficientes.

Existem limitações no que se refere à autoridade dos dirigentes hospitalares. A marca comum é um processo de centralização que interfere na tomada de decisões e na agilização dos diversos processos. Dentre as principais limitações dos dirigentes hospitalares, podemos destacar: a falta de autonomia financeira e de governabilidade para a tomada de decisões, uma vez que muitos hospitais estão submetidos ao nível central (as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde).

Um dos desdobramentos desta regulação está circunscrito pelos sistemas de controle sobre os meios. Esse controle é externo, extensivo, não levando em consideração as características locais de cada organização.

A racionalidade preconizada pelo sistema burocrático faz mais sentido em organizações do tipo mecanicista, onde a principal estratégia de coordenação é a padronização do processo de produção, do que em organizações como no caso dos hospitais, onde a coordenação do trabalho gira em torno da padronização das qualificações. Sobre a padronização das qualificações, Reinhardt (2006:149) aponta que as principais características das organizações profissionais de saúde inserem-se na categoria denominada

de “burocracia profissional”, uma vez que o trabalho de produção é realizado por qualificações de alto nível, cuja formação mínima é representada por habilidades e conhecimentos de nível superior, com especializações diversas. Além disso, a coordenação visa essa padronização de qualificações, pois se sustenta do processo de formação e também das normas elencadas pelas entidades de classe ou associações profissionais. Os hospitais são organizações complexas, com equipes compostas por diferentes profissões e variabilidade de trabalho, responsáveis pelas ações de saúde na sua esfera de abrangência.

Segundo Campos & Amaral (2007):

O hospital é uma organização complexa. Há ampla bibliografia indicando que seu funcionamento adequado depende de modelos de gestão que lhe assegurem importante grau de autonomia. O hospital necessitaria de agilidade e presteza na compra de insumos, na administração de pessoal e na definição de programas para incorporação de tecnologia. Quando inserido em regime de mercado, o hospital poderia, em maior ou menor grau, também selecionar sua clientela, definindo quais problemas de saúde seriam ou não atendidos em função de seu equilíbrio orçamentário e interesse financeiro.

Os hospitais são espaços que nos impõem vários desafios no que diz respeito à sua gestão, pois lá estão conjugados interesses diversos e múltiplos atores envolvidos, corpo técnico com alta qualificação, administração de insumos e tecnologias, entre outros aspectos. Um elemento também importante que merece destaque no campo da gestão hospitalar, são as discussões atuais em torno da necessidade de profissionalização da gestão como um meio para tentar superar o sucateamento do sistema público de saúde caracterizado pela ausência de uma gestão eficaz e eficiente, visando

ampliar a resolutividade dos serviços de saúde diante dos problemas apresentados.

Falar de uma Política de Humanização na Saúde é considerar simultaneamente a importância que os modelos de gestão possuem na democratização dos serviços e na reposição do usuário enquanto centro da atenção. Contudo, mexer em modelos de gestão significa mexer em esquemas de poder. Para Foucault (1995), o exercício do poder consiste em conduzir e em ordenar probabilidades. Governar significa estruturar o campo de ação dos outros. O poder é um ato, é algo usado ou exercido. O poder só existe em ato, é um modo de ação de alguns sobre os outros.

No caso dos hospitais, temos uma configuração interna que implica em lógica de poder, construção de hierarquias e disputas profissionais. Modelos de gestão participativos buscam a construção de organogramas<sup>75</sup> mais horizontalizados com a repartição de poder.

Além de buscar a ruptura com as estruturas de poder, outro desafio da articulação entre a Política de Humanização da Saúde com os modelos de gestão é a constituição da *Clínica Ampliada*<sup>76</sup> com a participação dos usuários na definição da gestão e dos projetos terapêuticos. A *Clínica Ampliada* estimula a presença dos acompanhantes durante o seu tratamento, ampliação do horário de visitas, construção dos Conselhos de Gestão e etc.

Segundo Campos & Amaral (2007), a concepção Paidéia, já citada em momento anterior, sugere tomar-se como unidade nuclear de poder gerencial a

---

<sup>75</sup> O organograma, segundo MINTZBERG (1995), apesar de não mostrar os relacionamentos informais, retrata fielmente a divisão do trabalho e exibe de forma clara quais posições existem na organização, como estas são agrupadas em unidades e como a autoridade formal flui entre elas.

<sup>76</sup> Conceito empregado por Campos & Amaral (2007) definindo que a Clínica Ampliada diz respeito ao aumento do poder do usuário na gestão e no cotidiano do hospital.

equipe interdisciplinar. A concepção Paidéia está contida na PNH e sugere que para tornar viável a Política Nacional de Humanização como uma política transversal do SUS é preciso (re) organizar os processos de trabalho estimulando uma atuação dos profissionais na perspectiva de equipe interdisciplinar rompendo com a lógica da “departamentalização” em serviços hospitalares.

Não há mudança no modelo de atenção em saúde sem inovar o campo da gestão, quando se objetiva o espraiamento da Política Nacional de Humanização é necessário revitalizar os princípios de universalidade, equidade e o da indissociabilidade entre a prestação de serviços e as formas de gerenciar e conduzir os processos de trabalho no âmbito das unidades hospitalares. Neste sentido, várias propostas de inovação em relação à adoção de modelos de gestão vem sendo elaboradas para os hospitais públicos. Muitas dessas propostas estão sendo formuladas para ampliar a autonomia gerencial e garantir maior eficiência às unidades hospitalares. Esse debate é polêmico e suscita inúmeras questões que merecem um maior aprofundamento. A seguir, proponho tecer reflexões acerca dos principais modelos de gestão sugeridos para os hospitais públicos brasileiros, demarcando as vantagens e desvantagens de cada modalidade e penetrando neste universo ainda pouco explorado.

## **4.2 - Reflexões sobre os Modelos de Gestão nos Hospitais Brasileiros**

Como já foi observado, os hospitais ocupam um papel chave no sistema de saúde brasileiro, seja do ponto de vista técnico-assistencial, prestação de serviços de maior complexidade à população, incorporação de tecnologias, ao seguirem também reunindo um conjunto de profissionais qualificados para o atendimento das diversas demandas apresentadas.

Neto et. ali. (2008: 666) ao tratar do papel estratégico dos hospitais mencionam que no contexto de reformas dos sistemas de saúde, são notórias as mudanças pelas quais os hospitais têm recentemente passado. Essas mudanças compreendem não só a redefinição da assistência hospitalar nos sistemas de atenção à saúde como a reorganização interna desses estabelecimentos. No âmbito assistencial, mediante a incorporação de novas tecnologias e a adequação do espaço físico interno, observam-se a implantação e a difusão de novas formas de prestação de cuidados- por exemplo, a cirurgia ambulatorial e o hospital-dia. Na esfera administrativa, as preocupações em torno do uso eficiente dos recursos disponíveis têm-se traduzido em um forte movimento em prol da profissionalização da gestão desses estabelecimentos, acompanhado pela adoção de novas técnicas e ferramentas gerenciais e modernos sistemas de informação.

Segundo a OPAS (2004), novas formas de gerir os hospitais vêm sendo buscadas recentemente para melhorar o desempenho das organizações hospitalares. Para isto, novos modelos de gestão estão emergindo com a finalidade de introduzir inovações nessas instituições.

Tanto hospitais<sup>77</sup> de pequeno, médio e de grande porte, sejam eles, públicos ou privados necessitam pensar em seus gastos, nas medidas de racionalização das ofertas de serviços e na modernização da gestão dos serviços de saúde. Essa necessidade é gerada a partir das últimas décadas do século XX e aponta também para as unidades hospitalares, a formulação de um novo modelo de organização do cuidado à saúde, onde os hospitais não são mais o centro do sistema.

A proliferação de modelos de gestão alternativos para os hospitais públicos, incluindo novas formas de **gerência**<sup>78</sup> está ocorrendo em função das exigências colocadas pelas transformações econômicas, políticas e sociais delineadas desde a década de 90 no Brasil. Essas proposições em relação à implantação de novos modelos de gestão estão sendo feitas pelos próprios hospitais, pelas Secretarias Estaduais e Municipais e pelo Governo Federal.

Os hospitais brasileiros estão vinculados a diferentes regimes administrativos e modelos de gestão. Neto et. ali. (2008:695) destaca que existem 3 (*três*) conjuntos e/ou grupos de hospitais e suas modalidades administrativas:

- a. **Grupo A:** neste grupo estão as unidades hospitalares vinculadas à administração pública, de caráter público e estatal.
- b. **Grupo B:** neste grupo estão os hospitais situados no âmbito privado, mas compondo de forma diferenciada funções de interesse público. Este grupo participa do terceiro setor,

---

<sup>77</sup> Os sistemas de classificação hospitalar fazem uso do seguinte critério classificatório: hospital de pequeno porte- capacidade até 50 leitos, hospital de médio porte- capacidade de 51 a 150 leitos, hospital de grande porte- 151 a 500 leitos. (BRASIL-MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004d)

<sup>78</sup> O termo gerência refere-se às funções de direção e administração, provimento de insumos e captação de recursos de um hospital público, em distinção ao termo gestão, no que diz respeito às ações de comando sobre o conjunto do sistema de saúde. Tal distinção é proposta por Lecovitz (1997:205, nota 262).



operando para a administração pública sob condições legais específicas.

- c. **Grupo C:** No terceiro grupo estão localizados os hospitais de propriedade privada, tipicamente operando com as regras de mercado, podendo ou não, mediante de contratos, prestar serviços ao sistema público.

Neto e Ibañez (2007: 1836-1838) mencionam a importância de olharmos para as diferentes organizações através do regime jurídico em que atuam. No caso dos hospitais, é interessante nos atermos às principais diferenças estabelecidas a partir da sua natureza jurídica e formas de gestão. Assim temos:

#### **a – Regime Jurídico de Direito Público**

**a.1- Administração Direta** – são as organizações dos três níveis de governo e composta de órgãos de governo. Também é chamada de administração centralizada. Não possui personalidade jurídica própria, subordinada ao regime administrativo; possui funções de disciplina: formulação, regulamentação, regulação, coordenação e fiscalização; pouco apropriada para execução de serviços públicos; sem autonomia administrativa, financeira e orçamentária.

**a.2 - Administração Indireta** – ou descentralizada é composta de pessoas administrativas (personalidade jurídica distinta e o que a faz indireta e com certa autonomia, definida em sua lei de criação).

**a.2.1 - Autarquia** – é um tipo de autonomia usada pelo Estado para a gestão descentralizada na execução de tarefas típicas de Estado, como exercer o

poder de polícia. Mas tem sido usada para ensino (Universidades), saúde (hospitais como o Hospital das Clínicas da FMUSP) e indústria.

**a.2.1.1 – Autarquia de Regime Especial** – é uma autarquia na qual a lei de criação estipulou algumas condições especiais (caso da USP).

**a.2.1.2 - Agência Executiva** – As agências executivas fazem parte da administração pública indireta, são pessoas jurídicas de direito público e consideradas como autarquias especiais. Sua principal função é o controle de pessoas privadas incumbidas da prestação de serviços públicos, sob o regime de concessão ou permissão.

**a.2.1.3 - Agência Reguladora** – autarquia de regime especial, nos termos de sua lei de criação, voltada para a realização de atividades no campo da regulação. São exemplos: ANVISA, ANEEL, ANATEL, etc.

**a.2.2 - Fundação de Direito Público** – hoje praticamente reduzidas a autarquias, são as fundações que existiam quando da promulgação da Constituição de 88. São, por exemplo, as utilizadas pelos hemocentros e parte das Universidades Federais.

**a.2.3 - Consórcio Público** – estas personalidades são entes de cooperação entre Municípios e/ou entre Estados, criados por lei e com autorização expressa dos legislativos envolvidos, com o objetivo de gerenciar um bem comum, como uma usina de asfalto, um hospital regional, uma região de saúde (exemplo: uma área programática), etc. A gestão do consórcio se realiza através da instituição de uma associação que pode estar tanto no regime de

direito público, como no de direito privado (maior número de casos). Tem sido utilizada na área de saúde em São Paulo (Penápolis) e em Minas Gerais.

## **b - Regime Jurídico de Direito Privado**

**b.1 - Fundação Pública de Direito Privado** – Uma Fundação pode ser pública ou privada. O público só pode constituir fundações públicas e o privado, fundações privadas. O público tem duas opções constitucionais. Pode constituir fundações públicas administradas sob o direito público (autarquias) ou fundações públicas administradas sob direito privado. Estas denominadas, informalmente, de fundações estatais cujos detalhes de regulamentação se encontram em discussão. Fundação Pública Estatal, administrada sob o direito privado não é um ente privado, mas sim um ENTE PÚBLICO. Constituir Fundações Públicas Estatais jamais poderia ser categorizado como um ato de privatizar o público. Fundação Pública Estatal sob direito privado só pode ser criada pelo público. É pública, com objetivos públicos, financiada pelo público, executando ações públicas, controlado pelo público, o que vale dizer, pelos cidadãos.

**b.2 - Empresa Pública** – instituída por lei pelo Estado para intervir no espaço econômico em igualdade de condições. Exemplos são: a FINEP, a CAIXA ECONOMICA FEDERAL, mas existe um hospital empresa pública instituído em 1970 e que é o Hospital de Clínicas da FMUFRGS, que está muito bem gerenciado. Ou seja, o modelo que serve à FINEP também dá certo para hospitais, sem transformá-los em empresas privadas.

**b.3 - Sociedade Anônima** – é também uma forma do Estado intervir no domínio econômico, criando sociedades anônimas por ações, como a PETROBRÁS, BANCO DO BRASIL, etc. Também temos um hospital nessas condições, que é o Grupo Hospitalar Conceição, também no Rio Grande do Sul, e que vem sendo muito bem administrado em suas cinco unidades hospitalares, com seus 1.800 leitos. Tem um passivo trabalhista imenso, que tem levado o atual governo em transformá-lo em outra coisa, não para melhorar a gestão e sim para isolar o passivo trabalhista- (este passivo é em grande medida fruto da incapacidade do Estado em controlar suas organizações).

**b.4 - Serviço Social Autônomo** – esta personalidade jurídica foi muito utilizada no passado para gerenciar serviços de saneamento básico, ou seja, dar condições ao Estado para construir, operar e cobrar por esse serviço. Também é a forma de se expressarem os Serviços Sociais de Apoio da Indústria, Comércio, etc., criados por lei federal e financiados com recursos dos empregadores (SESC, Sesi, SENAC).

**b.5 - Organização Social Regida pela Lei 9637/98** - personalidade jurídica de direito privado, não estando submetida às normas do direito público: as obrigações estabelecidas pelo contrato de gestão; associação sem finalidade lucrativa ou fundação de direito privado qualificada pelo poder público para exercer atividade pública descentralizada; com o objetivo específico de oferecer mais autonomia e flexibilidade ao serviço público com aumento de eficiência e qualidade; regime CLT sem concurso público; tem privilégios tributários. Na área da saúde, foi implementada como alternativa à gestão hospitalar pública pelo Governo de São Paulo.

**b.6 - Organização Social Civil de Interesse Público- OSCIP: regida pela Lei 9790/99,** " lei do terceiro setor"; entidades civis sem fins lucrativos, instituídas por iniciativa de particulares, qualificada pelo poder público, não estando submetida às normas do direito público: as obrigações estabelecidas pelo termo de parceria cujo objetivo é ampliar o universo de entidades com possibilidade de parceria com o setor público fora daquelas definidas como utilidade pública e fortalecimento do terceiro setor para o fomento de projetos relevantes; o termo de parceria substitui as formas de contratos regidos pela lei 8666 e os convênios; não é modelo próprio para desenvolver atividade pública; têm sido instituídas com frequência na área cultural.

#### **b.7 - Outras situações**

**Fundações de Apoio** – este é um caso interessante. Estas fundações nasceram como instituições privadas e voltadas exclusivamente para apoiar um órgão público. Assim, elas são um patrimônio (como de resto todas as fundações), instituído por particulares, mas afetado pelo objetivo de apoiar o setor público. No setor da saúde, o exemplo mais conhecido é o da Fundação Zerbini, que apóia o INCOR e que foi vital para que o instituto existisse. Nas Universidades Públicas, existe um grande número de fundações de apoio, por isso mesmo já hoje chamadas de fundações de terceiro tipo.

**Convênio** – também como fruto da falta de opção para realizar transferências entre o setor público e entre este e particulares operando situações de parceria, os convênios tem sido usados quase abusivamente pelas diversas esferas de governo. A vantagem é que, como os convênios estabelecem relações entre entidades com objetivos comuns, eles não necessitam de licitações, o que

torna esse mecanismo muito ágil. Porém, ele é muito frágil do ponto de vista dos controles e por isso também tem sido motivo de muita crítica por parte dos órgãos de controle do Estado (Tribunais de Contas e Ministério Público).

Os hospitais vinculados à administração pública estão submetidos à legislação específica e a todos os limites impostos por tais leis, dentre elas: a Lei 8.112 do Regime Jurídico Único na área de pessoal, a Lei das Licitações – 8.666 que regula compras e contratos, a Lei orçamentária e a Lei de Responsabilidade Fiscal que estabelece os tetos de gastos.

As limitações de autonomia para as instituições ligadas à administração direta, autárquica e fundacional após a Constituição de 88 aumentaram consideravelmente. Essa necessidade de maior autonomia é um fato sinalizado por diversos dirigentes hospitalares. A falta de autonomia decorre da forte ingerência política na administração pública produzindo limitações financeiras para a aquisição de equipamentos, incorporação de novas tecnologias, incluindo a contratação de pessoal. A busca por maior autonomia conduziu à adoção de modelagens diferenciadas de gestão com a finalidade de resolver inúmeros problemas relacionados desde a falta de estrutura física ao funcionamento de equipamentos.

Sobre essa afirmativa, Sá e Azevedo (2002) identificam em uma experiência de trabalho <sup>79</sup> com um grupo de diretores e vice-diretores dos

---

<sup>79</sup> Essa experiência ocorreu através de 26 sessões do chamado “laboratório”, ocorridas desde o início, em abril de 2000, até junho de 2001. O grupo de dirigentes selecionados é composto de diretores e vice-diretores de hospitais públicos (Municipais, Estaduais e Federais) do Estado do Rio de Janeiro. No primeiro ano da experiência, foram selecionados 12 dirigentes, 11 dos quais de grandes hospitais gerais, com emergência. Ao longo de 2000, três participantes saíram e, a partir de abril de 2001, cinco membros ingressaram, passando o grupo a ter a seguinte composição: representantes do Município do Rio de Janeiro — cinco hospitais gerais com emergência, um hospital de clínicas básicas e dois especializados; representantes de outros Municípios do Estado — um hospital geral com emergência e uma policlínica em transformação para hospital geral. O “laboratório” se realizou através de sessões quinzenais, com duração de duas horas, que se desenvolvem basicamente em torno dos relatos de experiências e vivências dos dirigentes, bem como, eventualmente, em pequenos textos.

hospitais públicos situados no Estado do Rio de Janeiro a falta de autonomia gerencial das unidades locais de assistência:

O hospital acaba por tornar-se o lócus de expressão das contradições sociais, da omissão do Estado em relação aos problemas sociais e, mais particularmente, das dificuldades de construir, na prática, um sistema de saúde que de fato garanta o acesso ao atendimento. Particularmente os hospitais de emergência, como consequência da desestruturação da rede pública de assistência à saúde, enfrentam enormes pressões 24 horas por dia, com demanda crescente e superlotação das unidades, cujos profissionais acabam por se sentir em uma situação de guerra permanente. Por outro lado, há problemas de instalação e infra-estrutura. Ainda que estes problemas aparentemente sejam bem-estruturados e de mais fácil resolução que os relativos ao sistema de saúde, os diretores têm grandes dificuldades para enfrentá-los, devido à falta de autonomia. Assim, entre os problemas estão caldeiras que não funcionam, tetos que caem nos setores de emergência, desabastecimento e interrupções no funcionamento de equipamentos como tomógrafos, inviabilizando a assistência. (SÁ & AZEVEDO, 2002:110)

Essa falta de autonomia gerencial produziu essa necessidade na incorporação de novos modelos de gestão. Além disso, o contexto atual de discussão acerca das reformas na saúde e do Estado levaram à constituição de modos mais flexíveis de gerência e de contratação nos equipamentos públicos.

Conforme revela o documento do CLAD (1998:38), a gestão pública deve romper com o modelo burocrático weberiano, buscando centrar os seus esforços na prestação e na qualificação dos serviços para o cidadão-usuário. Trata-se de uma importante mudança no campo da administração pública, os cidadãos devem participar tanto da avaliação como da gestão das políticas públicas, especialmente na área social. No caso da avaliação, várias reformas administrativas pelo mundo estão introduzindo instrumentos de aferição dos resultados dos serviços públicos através da consulta popular. No que se refere

à gestão, as comunidades estão assumindo a responsabilidade por programas nas áreas da educação, saúde e habitação, como se pode ver em diversas experiências bem sucedidas na América Latina.

Esse reconhecimento do usuário enquanto sujeito de direitos mais a necessidade de propor soluções para alavancar as múltiplas decisões que, muitas vezes, ficam “engessadas” no interior das organizações hospitalares provocaram inúmeros questionamentos e reflexões por parte dos gestores, trabalhadores da saúde e usuários do sistema sobre os novos modelos apresentados à sociedade.

Esses novos caminhos propostos a partir da década de 90 vêm colidindo com os preceitos constitucionais traçados na década de 80 pois deve-se ter cuidado com o modo pelo qual essas alternativas são desenhadas. Há, em todo o mundo, uma polêmica acesa sobre onde termina o público e começa o privado no que diz respeito à saúde. Existem conflitos significativos de interesse no setor, o que produz ambigüidade conceitual e grande variedade de programas e projetos políticos.

Machado (2001: 107) apresenta em seu estudo a relação público x privado através da identificação de experiências de modelos de gestão em hospitais públicos, particularmente no Município do Rio de Janeiro. Identifica as seguintes modalidades alternativas de gestão recentemente discutidas no país:

- *A transformação de hospitais estatais em unidades semi-autônomas de direito privado (Organizações Sociais);*
- *A criação de entidades de direito privado, paralelas aos hospitais, como as fundações privadas de apoio;*



- *Terceirização da gerência de unidades hospitalares públicas, através da transferência da gerência dos hospitais estatais para entes privados lucrativos ou não-lucrativos;*
- *A terceirização das atividades assistenciais dos hospitais através da substituição do profissional de saúde/servidor público por prestadores organizados em modalidades privadas, como as cooperativas de profissionais de saúde.*

Todas as modalidades descritas anteriormente refletem os efeitos produzidos pela conjuntura que favorecem caminhos impulsionados por estratégias mais flexíveis fugindo das “amarras burocráticas”, mas contraditoriamente favorecem o fomento e as parcerias com o setor privado, em grande parte, permeadas por condutas ilícitas, caracterizadas seja através de convênios e/ou contratos de legalidade duvidosa com o Estado ou com quadros de servidores paralelos (terceirização) com a incorporação de vínculos precários de trabalho.

Em entrevista recente ao Jornal do Brasil<sup>80</sup>, o Ministro da Saúde- José Gomes Temporão tece comentários sobre a formação e a adoção de fundações de direito privado e novas alternativas de gestão revelando que “ao contrário do que alguns críticos dizem, não há nada de privatização nisso. A fundação é estatal, então ela pertence ao Estado, o orçamento vai estar no SIAF (Sistema Integrado de Administração Financeira), ela será controlada por órgãos como TCU (Tribunal de Contas da União), CGU (Controladoria-Geral da União). Mas as regras de contratação dos seus funcionários passam a ser regidas pelo direito privado, ou seja, CLT- Consolidação das Leis do Trabalho”.

---

<sup>80</sup> Entrevista realizada pelo Jornal do Brasil em 22 de março de 2009.

Ainda ressalta as diferenças existentes entre as organizações sociais e as fundações de direito privado “As organizações sociais são entidades privadas, que passam a ser gerenciadas por instituições privadas e estabelecem também um contrato de gestão com o Estado. A filosofia é muito parecida. Mas o modelo jurídico-institucional é bastante distinto. O modelo que nós estamos propondo é um modelo público, embora gerido pelo direito privado. Já as organizações sociais são entidades privadas que fazem um contrato com o Estado”.

Sobre tais modelos, Machado (2001:114-115) também contextualiza alguns tipos de experiências (em parte já *exemplificados no estudo de Neto & Ibañez*), incluindo a proposta das fundações de direito privado, apresentando as características sumárias de algumas modalidades de gerência de hospitais públicos alternativas à administração direta segundo o quadro a seguir:

**Quadro 10- Caracterização sumária de algumas modalidades de gerência dos hospitais públicos alternativas à administração direta**

| <b>Tipos de Experiências</b>                                     | <b>Subtipos</b>                                                                            | <b>Exemplos/ Ano de Início</b>                                                                                                                                              | <b>Caracterização</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Formas diferenciadas de vinculação jurídico-institucional</b> | -Empresa Pública<br><br>-Empresa Social do Estado<br><br>-Organização Social (Modelo MARE) | -Hospital das Clínicas de Porto Alegre (RS)/1970<br><br>-Rede Sarah Kubitscheck/1991<br><br>-Programa de Incentivo às OS-Bahia/ 1997<br><br>-INCA(RJ)- ainda não implantado | -Transformação da instituição estatal em entidade pública de direito privado, em geral através de lei específica;<br>-Maior autonomia para compras (fora do controle da Lei 8.666/93 das licitações) e para contratações sem concurso, pelo regime CLT, ou outras formas de contratação;<br>-Forma de financiamento variável, com possibilidade de financiamento misto: a) <i>público</i> , por produção ou orçamento com contrato de gestão; b) <i>privado</i> por produção, através de convênios com empresas de planos de saúde, venda de serviços e de tecnologias. |
| <b>Fundações Privadas de Apoio a Hospitais Públicos</b>          |                                                                                            | -Fundação Zerbini-INCOR (SP)/1979<br><br>-Fundação Ari Frauzino-INCA (RJ)/ 1991<br><br>-Fundações de apoio a outros hospitais federais (RJ)                                 | -Entidades de direito privado, paralelas à instituição pública original.<br>-Em geral criadas sem patrimônio e funcionários próprios, sendo o espaço físico, material e servidores públicos deslocados para o seu funcionamento.<br>-Apoio ao gerenciamento dos recursos da entidade pública, com maior flexibilidade para sua utilização, incluindo compras e contratações fora das normas do regime publicístico.<br>-Possibilidade de captação de recursos privados, p.ex, através de convênios com planos de saúde                                                  |

**Quadro 10- Caracterização sumária de algumas modalidades de gerência dos hospitais públicos alternativas à administração direta (continuação)**

|                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Terceirização da gestão do sistema local de saúde</b>                                                                  |                                                                                                                                                                                         | -PAS (Município de São Paulo)/1995<br><br>-PAIS (Estado de Roraima)/ 1997                                                                                                                                      | -Entrega de uma rede local de serviços de saúde a terceiros (cooperativas de profissionais associadas ou não a outras empresas privadas);<br>-Autonomia para compras e contratações.<br>-Financiamento público por capitação, considerando população a ser coberta na área de adscrição da rede terceirizada.                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Terceirização da Gerência de Hospitais Públicos</b>                                                                    |                                                                                                                                                                                         | -Hosp. estaduais de São Paulo/ 1998<br><br>-Hosp. estaduais de Sergipe/1995-6<br><br>-Hosp. estaduais da Bahia/1996<br><br>-Hosp. estaduais de Tocantins/ 1996<br><br>-Hosp. estaduais do Rio de Janeiro/ 1998 | -Entrega da gerência de uma unidade ou grupo de unidades públicas de saúde a terceiros, após concorrência pública, ou estabelecimento de contratos/ convênios não precedidos por licitação.<br>-Transferência das instalações físicas e equipamentos públicos para a entidade privada.<br>-Autonomia do gerente para compras e contratações.<br>-Em alguns casos, possibilidade de financiamento misto: <i>público</i> , por orçamento, subsídios estatais ou produção; <i>privado</i> , através da captação própria de recursos. |
| <b>Terceirização da prestação de serviços assistenciais em hospitais públicos- Cooperativas de profissionais de saúde</b> | - Cooperativas de profissionais, por especialidades médicas<br><br>-Cooperativas multi-profissionais (de médicos de diferentes especialidades, ou de diversas categorias profissionais) | -Compra de horas médicas nas cooperativas de especialistas (SE)/1995-6<br><br>-Hospitais estaduais do Rio de Janeiro/ 1995                                                                                     | -Terceirização da atividade-fim- prestação de serviços de saúde-, envolvendo maior ou menor terceirização de funções gerenciais dentro da unidade pública.<br>-Contratação de profissionais de saúde organizados em cooperativas, que recebem um montante de recursos (por profissional ou global).<br>-Perda dos direitos trabalhistas; os profissionais cooperativados a princípio não tem direito a férias, licenças, aposentadorias (esses benefícios dependem de acordos entre os profissionais).                            |
| <b>Terceirização da prestação de serviços especializados dentro de hospitais públicos</b>                                 |                                                                                                                                                                                         | -Cirurgia oftalmológica nos hospitais públicos de Sergipe/1996                                                                                                                                                 | -Terceirização da atividade-fim- através de contrato/convênio com equipe da área privada, que monta um serviço especializado na unidade pública (ex.Cirurgia Oftalmológica, Terapia Intensiva, Hemodinâmica), fornecendo ou não os equipamentos;<br>-Em alguns casos, possibilidade de financiamento variável: a) público, através de repasse global ou por produção; b) privado, por produção.                                                                                                                                   |

Fonte: Estes quadros foram extraídos de Machado (2001:114-115) em seu estudo sobre "Novos modelos de gerência nos hospitais públicos: experiências recentes".

O INCA- Instituto Nacional do Câncer foi o primeiro Hospital Federal localizado no Município de Rio de Janeiro a implementar o modelo fundacional, ao criar a Fundação Ary Frauzino- FAF no ano de 1991. A fundação foi criada no sentido de fortalecer o poder institucional e garantir maior autonomia

gerencial. A fundação foi feita para viabilizar o atendimento das necessidades imediatas do INCA de reposição de pessoal e de investimento em tecnologia, conforme aponta o relatório de atividades da FAF de 1996:

A fundação foi instituída em 1991, com o objetivo de viabilizar recursos humanos e tecnológicos para o desenvolvimento das atividades do INCA. Naquela época havia sido extinta a Campanha Nacional de Combate ao Câncer, órgão que apoiava o INCA, e a insuficiência de servidores ameaçava o funcionamento de várias unidades do Instituto. Sem recursos humanos suficiente e sem concurso público para repô-los, não havia como completar as vagas abertas...O grupo [da direção] inspirou-se na mesma solução já adotada por outras instituições de saúde e educação. (RELATÓRIO DE ATIVIDADES FAF, 1996:3-4).

Apesar da importância assumida pela FAF junto ao INCA, existem alguns problemas ou limitações destacadas na pesquisa de Machado (2001: 136 e 137) em relação ao novo modelo gerencial, dentre as quais, estão presentes: distorções no papel da fundação, atuando em nível mais imediato e em situações emergenciais; limitações gerenciais criando duas entidades paralelas com diferentes estruturas administrativas e diferentes sistemas orçamentários. Afirmou-se também que a FAF só apresenta parte da agilidade necessária à atuação do INCA, pois a maior parte dos recursos investidos no Instituto provém do orçamento federal, cuja a aplicação exige o seguimento das normas do regime público. Além disso, existem limitações financeiras pois a fundação opera basicamente com recursos provenientes do fundo público, cujo recurso está submetido às influências das decisões políticas governamentais e, por último, as limitações na gerência de recursos humanos pois a FAF esgotou a possibilidade de contratação de novos profissionais para o preenchimento dos quadros.

Já para Campos (2008:29), as fundações privadas são *esdrúxulas*. Na visão do autor, médicos influentes, gestores e políticos criaram esses espaços, em que eles são o corpo dirigente e recebem parte dos repasses financeiros do SUS mediante convênios. O autor revela que a criação das fundações é uma forma de compensar o pequeno orçamento público, produzindo uma curiosa situação de reservar parte do espaço desses hospitais para atendimento privado. É a chamada dupla porta: uma degradada, do SUS, e outra, com padrões competitivos, para o mercado.

Esse debate nos faz pensar sobre a legitimidade dessas propostas e sua articulação com as diretrizes e princípios do SUS. Quaisquer modelos de gestão e/ou formas alternativas não estão acima dos preceitos constitucionais e da política pública de saúde.

Ao contrário do discurso da Reforma Neoliberal do Estado, **publicizar** o SUS sem privatizá-lo significa assegurar uma autonomia relativa frente ao Estado, aos governos e aos partidos políticos, a partir da concepção de **Estado ampliado**<sup>81</sup>. Tal proposta não deve ser confundida com privatização ou desresponsabilização do Estado na garantia do direito à saúde, mas um esforço de submetê-lo ao controle público e democrático mediante gestão compartilhada pela Sociedade Civil, trabalhadores da saúde e governo. (PAIM e TEIXEIRA, 2007:1824).

Inúmeras dificuldades são vivenciadas pelos dirigentes dos hospitais públicos, dentre elas podemos enumerar: dificuldades de articulação intersetorial, baixo grau de autonomia financeira, descontinuidade em função da rotatividade e da troca de cargos por conta das mudanças de governo, a falta de profissionalização da gestão e etc.....

---

<sup>81</sup> Começamos lembrando que a expressão “Estado ampliado” não é do próprio Gramsci, mas de Christine Buci-Glucksmann que inventa a expressão em 1975, com o objetivo de expressar sinteticamente a idéia fundamental de Gramsci, a saber, a de que o Estado não compreende somente o aparelho jurídico de comando e repressão, mas também a “Sociedade Civil” e seu aparelho de hegemonia, graças ao qual um grupo social pode conquistar a direção de toda a sociedade. (Médici, 2007).

Somente com uma gestão compartilhada entre gestores, trabalhadores da saúde e usuários que a vulnerabilidade e fragilidade do Estado poderá ser alterada mediante uma verdadeira reforma democrática do Estado. Nota-se um fatiamento dos governos em pedaços para a disputa de cargos e o favorecimento da corrupção no setor público porém estes processos podem ser superados com o fortalecimento do controle social e com ações que visem melhorar o desempenho das organizações de saúde, mas sem perder o seu caráter público.

Para a PNH, é essencial que se estabeleça no interior dos hospitais, alternativas de gestão vinculadas aos princípios do SUS, uma gestão que amplie o nível de autonomia e de participação na instituição. A discussão sobre modelos de gestão está colocada no setor saúde, seja a opção pelas fundações estatais ou pelas autarquias com possibilidade de celebração de contratos de gestão, o que está em pauta é a tentativa de romper com a burocracia estatal, especificando objetivos e metas, atividades e recursos, visando instituir formas não precarizadas de trabalho, com estímulo às carreiras específicas e ingresso por concurso público. O que se deseja é a redução dos cargos de confiança, o aumento do comprometimento com a defesa da vida e com a construção da democracia via introdução e consolidação dos Colegiados no âmbito dos hospitais. Para isto, é importante a conexão da gestão com a PNH e principalmente com a defesa do SUS, um SUS que se mantém sempre em posição contra-hegemônica, cuidando da vida e da saúde das pessoas.

#### **4.3 - A Gestão segundo a PNH: Uma Aposta na Construção de Espaços Coletivos e a Co-Gestão**

Conforme foi dito em discussões anteriores sobre modelos de gestão, a PNH faz a opção por uma gestão compartilhada e participativa. Esse modelo



político institucional propõe a troca de experiências entre gestores, trabalhadores e usuários ampliando as práticas democráticas comprometidas com a humanização.

A gestão é essencial para alterar o modo como os trabalhadores de saúde se relacionam com seus principais objetos de trabalho: a vida e o sofrimento dos indivíduos e da coletividade, garantindo o direito efetivo à saúde.

Esta compreensão nos remete ao desafio de experimentar novas formas de gerir e organizar instituições de saúde com o objetivo de superar as práticas tradicionais de administração do setor que buscam de distintas maneiras reduzir os trabalhadores em saúde à condição de recursos (humanos) e de instrumentos dóceis aos objetivos dos dirigentes e instituições prestadoras de serviços. (CARVALHO & CUNHA, 2006: 850-851).

Historicamente, a gestão foi influenciada pelo método taylorista/fordista de produção produzindo fragmentação, mecanização e um alto grau de alienação. A PNH aposta em uma gestão **antitaylorista**<sup>82</sup>, fundamentada na metodologia Paidéia e/ou no método da roda (já citado anteriormente) pensando a gestão de coletivos não somente com o objetivo de produção de bens ou serviços mas também como um espaço com função pedagógica. De acordo com Campos (2007), o método Paidéia consiste pensar a gestão como um processo de construção deliberada não onipotente mas valorizando a construção de coletivos organizados.

---

<sup>82</sup> Esse debate é feito por Campos (1998), propondo um novo método de gestão do trabalho para as instituições de saúde em contraposição ao modelo taylorista de administração. Esse método denominado como Paidéia pretende estabelecer uma gestão colegiada centrada nas equipes de saúde com a adoção de dispositivos que configuram o sistema de co-gestão, tais como: Colegiado de Unidade, equipe de referência.

Para a consolidação de uma gestão colegiada é preciso introduzir arranjos capazes de produzir uma cultura pública com a finalidade de trabalhar as principais dificuldades encontradas no cotidiano do hospital. Para Onocko Campos (2007), a gestão colegiada propõe romper com uma modalidade de gestão absolutamente centralizadora pois a proposta da PNH em relação à um novo tipo de gestão gira em torno da ampliação do grau de criatividade nas instituições de saúde, onde a gestão tenha uma dupla dimensão e tarefa: **gerir e gerar**<sup>83</sup>.

No lugar de uma estrutura que induza ao corporativismo e a alienação, julgamos ser indispensável instaurar novos arranjos organizacionais que estimulem o compromisso das equipes com a produção de saúde e que lhes facilitem, ao mesmo tempo, a própria realização pessoal e profissional. (Campos, 1998: 395). Além de incentivar a capacidade criativa e a participação, o grau de responsabilização e comprometimento também será ampliado com a inclusão de um sistema de avaliação permanente das ações desenvolvidas pelos profissionais.

Nesta perspectiva, a qualidade da atenção depende de como a gestão facilita o diálogo e reforça a interação criativa entre os profissionais e os serviços de saúde. Neste sentido, é necessário a adoção de arranjos que se referem à criação das Unidades de Produção em substituição à idéia clássica de departamentalização, a criação de Conselhos e Colegiados de Gerência, o estímulo ao trabalho interdisciplinar com a constituição das equipes de referência e de apoio matricial, mudança na estrutura organizacional com a incorporação de um novo desenho para os hospitais, reorganizando os

---

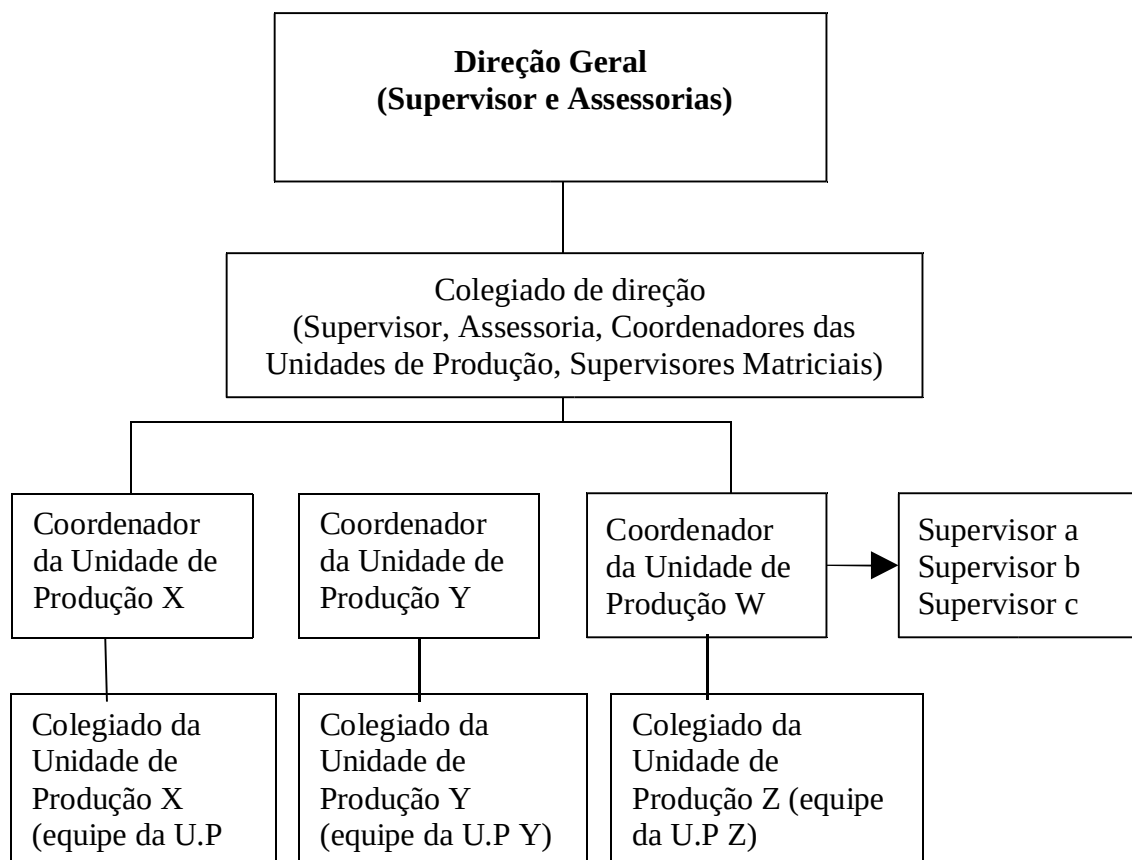
<sup>83</sup> Segundo Onocko Campos (2007:123-124), a gestão clássica sempre trabalhou a dimensão do gerir. O gerir como ação sobre a ação dos outros. Assim sendo, fortemente amarrado ao exercício do poder. Já gerar está relacionado ao processo de fazer produzir, desenvolver-se.

processos de trabalho e desconstruindo relações verticalizadas de poder cuja definição de cargos ocorre em função dos produtos não tendo chefias por categoria profissional.

Em relação à esse novo desenho, haveria também grandes modificações no sistema de direção geral das organizações. O diretor-geral, ou superintendente e seus assessores teriam uma função executiva semelhante àquela descrita para os coordenadores de cada Unidade de Produção, e comporiam, junto com todos os coordenadores de cada uma das Unidades de Produção, um Colegiado Geral de Direção. Com reuniões periódicas, este grupo seria a instância máxima de deliberação do estabelecimento: um Colegiado composto pela direção-geral, assessores e por cada um dos coordenadores das Unidades de Produção e, eventualmente, alguns dos supervisores. Um espaço para elaboração e compatibilização das demandas e projetos de cada Unidade de Produção, mas também correia de transmissão e de elaboração de diretrizes do sistema de saúde, dos projetos e prioridades provenientes ou de outras instâncias de governo ou oriundas dos Conselhos de Saúde em que há participação de usuários. (CAMPOS, 1998:867).

Essa proposta de descentralizar e fortalecer a autonomia confere para os hospitais um organograma baseado em uma nova produção de relações, desmontando estruturas tradicionais de poder. Conforme demonstra a figura abaixo, temos uma geometria para as instituições de saúde que pretendem implodir com as divisões e/ou departamentos modificando as práticas estabelecidas no âmbito das unidades hospitalares.

**Figura 2 - Nova geometria para instituições democratizadas.**



Fonte: Organograma extraído do texto de Campos (1998:867) sobre o Anti-Taylor: sobre a Invenção de um Método para Co-Governar Instituições de Saúde produzindo Liberdade e Compromisso.

Magalhães (2006:101) ressalta em seu estudo realizado sobre o modelo de gestão do Hospital São João Batista em Volta Redonda – RJ a importância da descentralização e da autonomia considerando que a modificação na

estrutura organizacional promoveu o desmonte das estruturas tradicionais e verticais existentes na instituição. As discussões iniciais da gestão apontaram para a necessidade de construir uma estrutura horizontalizada, que pudesse flexibilizar as relações, melhorar a comunicação e descentralizar as instâncias de tomada de decisão. Nesse sentido foram suprimidos diversos níveis hierárquicos e corporativos, como as tradicionais divisões médicas e de enfermagem, e foram criadas as unidades de trabalho, com coordenações únicas que tinham o principal papel de promover a integração e a participação das equipes nos processos de trabalho da unidade e da instituição.

A mudança da estrutura certamente se apresentou como um aspecto facilitador para agilizar e dinamizar processos de tomada de decisão, especialmente com a comunicação lateral inter-gerentes e com a possibilidade de aproximar os vários atores da instituição às decisões.

Para deflagrar um processo de gestão participativa de fato, além da mudança no organograma formal, é também preciso congrega outros elementos incluindo os que já foram citados nas reflexões anteriores. Quem fornece vida ao organograma são as pessoas que atuam no dia a dia dos serviços e para trabalhar na gestão requer uma qualificação para compreender, suportar e interagir com a gama de relações intersubjetivas e com os esquemas de poder.

A figura do “gerente” em uma organização, quase sempre, é concebida de modo estereotipado. Onocko Campos (2007:133) revela os distintos papéis do gerente e as suas diferentes tipologias: autoritário, superprotetor, omissor e etc..... e destaca a importância da profissionalização da gerência para atuar na esfera da saúde. Na dimensão da gestão participativa, o gerente deverá estar

minimamente preparado para lidar com os anseios coletivos e reconhecer o “outro” enquanto sujeito. No contexto da gestão participativa, deve ser capaz de fornecer respostas mais flexíveis, criando processos de negociação para a tomada de decisões.

A evolução das demandas sobre os gerentes hospitalares aponta para uma tendência contemporânea que exige que a gestão se desloque da prática de simples técnicas administrativas, para a incorporação de novas habilidades e atitudes, tais como estratégia, capacidade criativa, flexibilidade, habilidades de comunicação, relacionamento e negociação. Certamente, neste campo ainda há muito a explorar, muitas respostas a serem encontradas, muitas questões a serem formuladas, principalmente na gestão do serviço público, repleta de entraves e com arraigada cultura da inoperância. O modelo de gestão dicotomizado entre assistência e administração logística apresenta crescente limitação para dar conta das novas interações do trabalho hospitalar. (MAGALHÃES, 2006:10).

Em função da demanda histórica para repensar a gestão dos hospitais é possível identificar alguns pressupostos para o desenvolvimento dessa reflexão. Tais pressupostos estão baseados em diversos estudos, como os que abordam o tema da participação e da democracia, tratados por Campos (2000), quando afirma que o exercício de descentralização do poder passa por construir a democracia através da garantia de acesso a informações, da possibilidade de tomar parte em discussões e na tomada de decisão. Da abordagem matusiana<sup>84</sup> podemos citar as discussões sobre a gestão descentralizada por operações, a abordagem por problemas, a necessidade de um sistema de petição e prestação de contas, as idéias de criatividade e descentralização e a necessidade de racionalização da agenda do dirigente.

---

<sup>84</sup> A abordagem matusiana está relacionada à obra de Carlos Matus (*já citada em nota anterior*) responsável pelo método do PES- Planejamento Estratégico Situacional.

Rivera & Artmann (2003) enfatizam a relevância da análise da cultura e da subjetividade dos atores para a efetiva transformação institucional. As reflexões nos levam a alguns pressupostos:

- **Os modelos participativos de gestão** são instrumentos facilitadores para os processos de inovação organizacional;
- **As lideranças** da organização têm papel fundamental na capacidade coletiva para construir os processos de inovação organizacional;
- **A descentralização e a participação** nos processos de decisão são fatores motivacionais para os profissionais envolvidos na dinâmica institucional;
- **Os processos de responsabilização e de monitoramento** do desempenho institucional são fatores determinantes da eficiência da instituição;
- A complexidade da organização hospitalar demanda a **construção de modelos de gestão participativos e descentralizados**, com ênfase para a **autonomia** do trabalho;
- **A direcionalidade** é uma das variáveis relacionadas à capacidade resolutive da instituição; A questão da direcionalidade está diretamente relacionada à missão e aos objetivos da organização. Diz respeito à missão da Macroorganização, às funções que deve cumprir para dar resposta e satisfazer às necessidades sociais, atuais ou potenciais. Matus (1994) recorda que embora qualquer organização nasça para satisfazer uma demanda social externa, não é pouco freqüente que elas envelheçam servindo a si mesmas, relegando a um segundo plano sua missão principal. (Matus, 1996:342-343).

- Em função da dinâmica e da complexidade das ações de uma organização hospitalar, **a informação e a comunicação** devem ser veiculadas através de **canais descentralizados e de estruturas horizontalizadas**, possibilitando agilidade no processo de decisão;
- **As pessoas, suas relações e a cultura institucional** são variáveis importantes a serem consideradas na construção de uma gestão participativa e descentralizada;
- **O planejamento participativo** é uma ferramenta importante na gestão do cotidiano hospitalar;
- **Os processos de mudança organizacional** devem ser promovidos a partir de uma ação global;
- **A profissionalização** de atores envolvidos com a viabilização de modelos de gestão e processos de mudança organizacional é fator estratégico para qualquer organização.

Com isso, a proposta da gestão participativa implica no reconhecimento da equipe e no comprometimento dos sujeitos envolvidos, acreditando que o caminho a ser adotado para o enfrentamento dos principais problemas existentes nos hospitais públicos requerem não somente a utilização de tecnologia e de logística. A operacionalização dos dispositivos institucionais e a eficácia do planejamento em saúde terão vida a partir da atuação concreta dos sujeitos que participam da produção da assistência no âmbito dos hospitais públicos. A finalidade é inaugurar um novo modo de produzir a gestão (re) organizando o processo de trabalho nas instituições hospitalares, construindo e (des) construindo paradigmas e valores cristalizados que tanto



marcam a cultura profissional. No tópico posterior, a discussão sobre essa nova forma de produzir a gestão será abordada trazendo para a reflexão a importância da formação e intervenção profissional.

#### **4.4 - Gestão na sua Dimensão Participativa: Um Novo Modo de Organizar o Processo de Trabalho nos Hospitais Públicos**

O debate sobre os hospitais enquanto organizações profissionais é colocado, tal como, a sua complexidade e a tarefa da gestão na construção de

processos de trabalho que sejam compartilhados incluindo a assistência e a integralidade das ações. Neste sentido, é imprescindível uma análise sobre a humanização e a organização dos processos de trabalho, tendo como eixos: a discussão sobre a possibilidade de “mudanças culturais” a partir da problematização de elementos fundamentais subjacentes à atuação dos profissionais, tais como: formação médica, o cotidiano de trabalho, possibilidade de implementação de uma política de incentivo aos trabalhadores da saúde, entre outros.

Todos os hospitais públicos apresentam um elemento fortemente comum ligado à própria natureza da organização hospitalar: a presença de vários grupos profissionais, destacando o conjunto dos médicos como uma das especialidades centrais no campo hospitalar.

Os hospitais públicos são considerados como organizações profissionais, ou seja, aquelas que trabalham com um número muito grande de profissionais altamente qualificados e com grande autonomia de trabalho, que não se subordinam a uma direção ou chefias superiores, no clássico modelo taylorista. No hospital, o poder está nas “bases” ou nas áreas assistenciais (CECÍLIO, 1997:309).

De acordo com o autor, essa grande autonomia citada acima, está vinculada aos profissionais de saúde, em particular, aos médicos que desfrutam de uma hegemonia no campo da saúde em decorrência da sua autoridade técnico-científica e de seu próprio processo de trabalho enquanto agente da técnica em um serviço de saúde. Para os médicos, a autonomia profissional, constituída historicamente ao longo do século 19 e cerne da medicina liberal, veio a ser uma conquista ímpar da medicina moderna (Freidson, 1970; Starr, 1982). Sua substância é dada pela liberdade de se

colocar no processo de trabalho, que foi, originalmente, ampla e global por revestir vários momentos de sua prática. Sem grandes exageros, pode-se, pois, qualificá-la como pleno exercício da subjetividade, traduzindo, da perspectiva técnica, igual posição social e político-ideológica do médico, qual seja, de autoridade exclusiva sobre a saúde e o adoecer, tanto do ponto de vista científico quanto moral.

A grande autonomia explicitada é uma forma de preservação desta mesma autoridade, além dos aspectos relacionados à manutenção do prestígio e de vantagens materiais. *Sobretudo, a autonomia é uma estratégia de poder.* (SCHRAIBER, 1995:62).

Nos hospitais, o trabalho mais expressivo é o trabalho final, demandando um nível elevado de qualificação e pouco passível de formalização, pois existe uma grande dificuldade por parte de alguns profissionais de saúde em cumprir as rotinas e protocolos estabelecidos, como um dos exemplos, podemos citar: a deficiência dos registros hospitalares nos prontuários médicos. Contraditoriamente, embora o profissional de saúde possa pensar que suas habilidades se constroem independentemente da organização, é preciso reforçar a idéia de que o processo de formação profissional é constituído nos hospitais universitários e demais serviços de saúde. Tais habilidades também são legitimadas por fora, nos órgãos classistas e científicos de base corporativa, tendo como consequência uma fraca vinculação entre o profissional e a organização, na qual o primeiro depende apenas da segunda para prover os meios necessários à sua prática profissional. O poder de decisão sobre o trabalho desses profissionais é bastante pessoal e a capacidade de controle é bastante limitada. A fonte de

poder desses profissionais reside na autoridade dos especialistas. Essa dificuldade em gerenciar os profissionais de saúde, especialmente os médicos, também decorre de outros elementos que conformam a fraca vinculação do profissional com a organização, tais como: baixos salários, corporativismo, interferências políticas com a convivência dos governos, organização da jornada de trabalho e ausência de controle administrativo.

Esse binômio autoridade / autonomia, encontrado principalmente no grupo dos médicos, vai apontar uma questão vital, que é a de como coordenar um trabalho que tem tanta autonomia. Essa autonomia acaba desembocando uma segmentação de grupos que, no interior dos hospitais, disputam projetos com interesses diferenciados.

Dussault (1992) revela que os próprios médicos passam a ser dirigentes para controlar a própria organização e para manter e até mesmo reforçar o seu poder sobre as decisões que interferem no seu trabalho.

O poder carismático que os médicos possuem pelo fato de curar as doenças ou “salvar vidas” é um simbolismo que convive historicamente lado a lado com as outras profissões nos hospitais.

A unidade hospitalar pesquisada neste estudo possui profissionais da medicina na direção geral. Tradicionalmente, a gestão dos hospitais vem sendo ocupada por médicos (as), isso não acontece com a direção de Centros de Saúde e Programas Saúde da Família, onde temos profissionais com outras formações (assistentes sociais, enfermeiros, psicólogos...) desempenhando atividades de gestão.

A medicina carrega a marca do status e do prestígio social, confere uma identidade profissional ligada aos valores éticos de reabilitar vidas. Durkheim<sup>85</sup> aponta que as profissões surgem com uma função moral na vida social. As atitudes profissionais não podem se desvincular do papel moral que possuem para auxiliar na regulação da organização social.

A profissão médica além de possuir um significado ético-moral, também apresenta um caráter de autonomia que caracteriza a sua ação profissional. Mintzberg (1995:207) expressa que a autonomia do profissional permite a certos profissionais ignorar as necessidades dos seus clientes e até mesmo da organização em que se encontra. Geralmente, para coordenar alguns dos conflitos gerados a partir da autonomia, profissionais que habitam o mundo da gestão apontam a estratégia de negociação e um certo grau de autoridade para a resolução dos problemas encontrados.

O universo do trabalho médico não é um campo profissional muito fácil de coordenar e compreender. Essa questão também é fundamental para o estudo, pois toda a pesquisa estará voltada para a percepção das principais características do trabalho em saúde e da gestão hospitalar e a sua relação com a política de humanização.

O trabalho em saúde é um processo que possui suas particularidades, sendo diferenciado das demais práticas sociais. O próprio objeto do trabalho em saúde apresenta uma especificidade configurada não pela “doença” propriamente dita e suas formas de tratamento apoiadas nos saberes e procedimentos científicos subjacentes à Medicina ou à Epidemiologia mas a

---

<sup>85</sup> DURKHEIM (1978:3)  *sinaliza que há uma moral profissional do advogado e do magistrado, do soldado e do professor, do médico e do padre. O que vemos antes de tudo nos grupos profissionais é um poder moral capaz de conter os egoísmos individuais.*

sua especificidade está relacionada à vida, a dor, ao sofrimento, a morte em suas manifestações singulares de cada sujeito.

Como aponta Schraiber (1993) a respeito do trabalho do médico, mas que julgamos poder estender à grande maioria dos trabalhadores de saúde, de um trabalho de intervenção de um homem sobre outro, destacando-se, portanto, o aspecto relacional, intersubjetivo, mas, junto com ele, também “(...) se está *diante de uma ‘invasão’, ainda que permitida, do outro: interferência sobre as vidas, as privacidades e as paixões das pessoas.*” (SCHRAIBER, 1993: 150). A autora comenta que o processo de trabalho em saúde realiza-se enquanto relação interindividual, compromete essencialmente este trabalho com questões como o respeito, o afeto, a dedicação, a sensibilidade, a fraternidade, entre outras substâncias da esfera do relacionamento humano. Para Schraiber, a ética não só é uma dimensão igualmente relevante do trabalho médico, ao lado da técnica, como compõe com esta uma totalidade - bases simultâneas e indissociáveis do trabalho médico – “*a ética como pertencendo à substância técnica deste trabalho e a técnica como movimento imediatamente ético.*” (SCHRAIBER, 1993:150).

O trabalho em saúde se efetiva sobre uma “totalidade singular”, onde existe um encontro de duas subjetividades, em um ato único. A especificidade do trabalho em saúde está caracterizada pelo seu caráter relacional/subjetivo, existindo uma intervenção na vida do “outro”.

É necessário considerar o reconhecimento dessa singularidade que está na base da representação do trabalho médico, a partir de sua conformação em profissão, na modernidade, como prática talentosa, misto de ciência e arte, técnica na arte/arte na aplicação da técnica (Schraiber, 1993). A autora se

refere aqui ao modo peculiar como o caráter científico se inscreve na prática médica, onde se trata de “conectar” a doença (o conhecimento científico advindo da Patologia) ao doente, à sua singularidade.

Trata-se de uma sabedoria ímpar do médico este lidar com individualidades, ao mesmo tempo conhecendo-as, descobrindo-lhes as verdades, e controlando-as na articulação que deve fazer ao conectar o geral/abstrato da doença a este particular/concreto do doente. (SCHRAIBER, 1993:163)

Porém, como observa a autora, esta separação entre doente (cuja particularidades o médico desconhece a princípio) e doença (supostamente conhecida para o médico na apropriação do saber) só existe na construção reflexiva que o médico faz da realidade “(...) e o difícil será exatamente processar com êxito a situação ao mesmo tempo já conhecida, mas ao mesmo tempo não conhecida, uma vez que também o médico se dá conta de, e sabe que deve levar em conta, a totalidade singular do doente.” (SCHRAIBER, 1993:165)

As variações que existem com relação às formas de organização e gestão do trabalho em saúde, seu grau de especialização, suas finalidades estariam vinculadas e são decorrentes dos diferentes contextos-históricos. Especificamente com relação ao trabalho médico, aconteceram mudanças significativas no desenvolvimento das práticas médicas e até mesmo no que se relaciona às questões da educação médica. Rego (2003) destaca que o objeto do trabalho médico modificou-se substancialmente. Para as chamadas “sociedades primitivas”, por exemplo, a doença era provocada por uma ação externa do tipo espiritual e a função médica era exercida pelo pagé ou xamã. A doença estaria vinculada à dimensão espiritual.

Na Idade Média, a atribuição dos médicos se voltava para a salvação das almas e apenas secundariamente, possibilitar a sobrevivência dos enfermos. Os hospitais europeus eram, em sua grande maioria, vinculados a ordens religiosas, espaços para a salvação dos “espíritos” e para os doentes morrerem com dignidade.

Na Idade Média, o trabalho era realizado por múltiplos agentes. Leigos e religiosos dividiam ramos do conhecimento e práticas de saúde. Entre os primeiros, destacavam-se os físicos – médicos clínicos formados nos mosteiros e, depois do século X, nas Universidades. Detinham o conhecimento hegemônico de base religiosa e metafísica e atendiam às camadas mais privilegiadas da sociedade. Seu trabalho era mais de base intelectual e não envolvia praticamente procedimentos manuais. O atendimento aos pobres era feito por religiosos, com diversas especializações, e pelos práticos: homens de ofício - leigos profissionalizados nas corporações de artífices, como os dentistas, os cirurgiões, os cirurgiões-barbeiros, os barbeiros e os boticários - e parteiras. Tratava-se de um trabalho do tipo artesanal, em que os profissionais detinham o controle sobre o seu processo de trabalho, sobre a produção e reprodução de conhecimento (via tradição oral e acompanhamento da prática na relação “mestre-aprendiz”), sobre o ritmo e o produto final. O trabalho dos práticos e das parteiras era menos valorizado socialmente que o dos médicos clínicos. As faculdades médicas, além de aparelho formador, determinavam as regras para a profissionalização e exercício de todos os outros ofícios relacionados à assistência à saúde. (PIRES, 1998:36)

Apenas a partir do século XVIII modifica-se o papel do hospital, tendo sido destinado para a cura dos enfermos. Essas mudanças que deram origem ao hospital como espaço terapêutico foram provenientes das políticas de expansão comercial e de fortificação do poderio militar, peculiares ao Estado absolutista e ao mercantilismo:



Se os hospitais militares e marítimos tornaram-se o modelo, o ponto de partida da reorganização hospitalar, é porque as regulamentações econômicas tornaram-se mais rigorosas no mercantilismo, como também porque o preço dos homens tornou-se cada vez mais elevado. É nesta época que a formação do indivíduo, sua capacidade, suas aptidões passam a ter um preço para a sociedade. (FOUCAULT, 1988: 106)

A concentração das atividades assistenciais no hospital fez com que a assistência à saúde passasse a ser então um trabalho coletivo - de médicos, religiosas e práticos, sob o controle dos primeiros. A enfermagem, que só se organiza como profissão a partir de 1860, com o modelo de formação e prática criado por Florence Nightingale<sup>86</sup>, já nasce, segundo Pires (1998), predominantemente subordinada e assalariada.

Esse processo de coletivização do trabalho em saúde e subordinação ao saber médico se intensifica, a partir da segunda metade do século XIX, com o avanço dos conhecimentos científicos, especialmente em anatomia, fisiopatologia, imunologia, e microbiologia, e com a hegemonia do paradigma positivista de ciência. O conhecimento se fragmenta e há uma ampliação significativa do número de especialidades. A lógica da organização capitalista do trabalho penetra, assim, como observa Pires (1998), na organização da assistência à saúde, que passa a ser o resultado de um trabalho coletivo e parcelado em diversas atividades, exercidas por médicos, outros profissionais de saúde e trabalhadores treinados para atividades específicas.

Esta inserção do trabalho em saúde na lógica capitalista se dá, no entanto, de modo peculiar, guardando algumas diferenças com relação a outras atividades. *“Os profissionais de saúde desenvolvem seu trabalho com*

---

<sup>86</sup> **Florence Nightingale** (12 de Maio 1820, Florença - 13 de Agosto 1910, Londres) foi uma enfermeira britânica que ficou famosa por ser pioneira no tratamento a feridos de guerra, durante a Guerra da Criméia.

*relativa autonomia, mas sob o gerenciamento médico e, internamente às profissões de saúde, verifica-se, mais claramente, a lógica do parcelamento de tarefas.”* (PIRES, 1998:87) A autora sinaliza que: *“(...) Apesar da influência da gerência taylorista na organização do trabalho assistencial em saúde, realizado no espaço institucional, a expropriação do saber e do controle do processo de trabalho se dão de forma parcial.”* (PIRES, 1998:87)

Como não poderia deixar de ser, aqui também no Brasil, tínhamos esta realidade, alterada apenas em meados do século XIX com a criação das primeiras Santas Casas de Misericórdia (em alternativa aos hospitais-considerados a antecâmara da morte) e finalmente com a reforma da Santa Casa de Misericórdia no final daquele século.

No contexto liberal, a prática médica estaria relacionada à medicina domiciliar. *“Esse ‘tempo do chamado’, atualmente desaparecido – o chamado domiciliar famoso, que hoje todo mundo tem ojeriza – era uma característica importante do trabalho médico e que viabilizava a identificação desse trabalho à imagem do sacerdócio, de um servir desinteressado e de dedicação total.”* (SCHRAIBER, 1993:88) Na medicina tecnológica, como observa a autora, a prática foi perdendo gradativamente os traços de personalização e de sacralização, com a impessoalidade e o distanciamento que a própria medicina pautada em uma lógica tecnológica impõe.

O deslocamento definitivo do modelo liberal de prática médica para a *medicina tecnológica e empresarial* (SCHRAIBER, 1993) se dá, no Brasil, na década de 60, como resultado de um processo de diferenciação e multiplicação do conteúdo técnico do trabalho médico nas especialidades, simultaneamente à transformação da base do trabalho, anteriormente apoiado no exercício

isolado de consultório, para unidades de serviços fundadas no trabalho hospitalar ou em clínicas, tendo por conformação típica o trabalho coletivo. Estreitam-se também as articulações entre a produção de serviços médicos e a indústria produtora de tecnologia material. A medicina dos “chamados”, do atendimento no domicílio, é definitivamente substituída pela oferta de serviços de pronto-socorro. Houve uma mudança importante da história da medicina com o deslocamento de uma prática de assistir para um fazer que não prioriza, muitas vezes, a dimensão subjetiva dos usuários dos serviços de saúde.

A medicina do servir, do assistir, do aconselhar ou orientar o paciente parece, pois, ter cedido definitivamente seu lugar a uma medicina em que tratar, medicar, curar ou recuperar, sob qualquer base de intervenção, isto é, seja ela associada ou não a uma assistência ‘global’ destinada ao doente, são os novos referenciais de valor. E com tais paradigmas parece não haver mais espaço na prática para que o cuidado relativo aos sentimentos pessoais – da alegria ao sofrimento – siga pertencendo à totalidade do assistir. (SCHRAIBER , 1993:113)

Simultaneamente, houve um incremento no quantitativo de escolas médicas no Brasil a partir dos anos 60 até os dias de hoje. Esse crescimento foi determinado, entre outras razões, pela necessidade de se desenvolver o setor saúde no Brasil e por necessidades políticas circunstanciais (como a decisão de se criar ao menos uma Universidade Pública Federal por Estado e de estimular a participação do setor privado da economia no setor educacional). *Após um crescimento avassalador no número de escolas médicas (em 1968 chegam a ser criadas 13 escolas), a corporação médica conseguiu frear este crescimento durante a década de 70 até o final dos anos*

80, quando novamente voltou a ser autorizada a criação de novas escolas médicas. (REGO, 2003: 41).

Apesar da proliferação de escolas médicas, a ênfase no uso da tecnologia (equipamentos) para a definição de diagnósticos seria uma prioridade dentro do contexto liberal provocando um distanciamento do médico em relação ao seu usuário e familiares. O modelo de atenção nesta dimensão estaria restrito ao estudo do corpo de modo fragmentado<sup>87</sup>, existindo uma sobreposição do critério técnico científico no momento do atendimento em saúde.

A ordem médica é extremamente conservadora. É resistente a reformas de fundo dos modelos de atenção, tende ao endeusamento dos meios diagnósticos e terapêuticos, abandonando, cada dia mais radicalmente, a essência da clínica. Médicos especialistas transformam-se em operadores de máquinas, em efetutores de procedimentos parciais e insuficientes quando se tem em mira a cura do paciente. Tal postura só se sustenta do ponto de vista científico por meio da operação que transforma a pessoa de cada paciente em um objeto sobre o qual se instala a doença, sempre muito igual a si mesma (CAMPOS, 1994:53).

A lógica da tecnologia foi invadindo o sistema de saúde e com a mesma a diminuição do tempo da consulta, tempo antes dedicado à anamnese ampliada, à observação e ao exame clínico minucioso do paciente – principais

---

<sup>87</sup> Chama-se de Reforma Flexner o sistema de transformações ocorridas no modelo de ensino da medicina nos Estados Unidos após a publicação, em 1910, do relatório produzido por Abraham Flexner por encomenda da American Medical Association (AMA)- Associação Médica Americana, instituição máxima representante dos médicos nos Estados Unidos. Embora a publicação do Relatório tenha deflagrado um equívoco processo de transformações na educação médica naquele país, ele não pode ser entendido sem sua estrita contextualização. (Rego, 2003:30). O médico, enquanto um dos atores principais do sistema de saúde, historicamente no Brasil possuiu sua formação associada ao modelo Flexneriano, centrado na clínica e no tratamento. O nome de Flexner passou a ser vinculado a um rígido modelo de ensino médico, que privilegiava a formação científica de alto nível e o estudo do corpo humano, estimulando a especialização profissional, acreditando ser possível o entendimento do homem pelo estudo de suas partes.

instrumentos de diagnóstico ante a inexistência de tecnologias materiais que os substituíssem. *“A medicina tecnológica, ao mesmo tempo em que prolonga o ‘tempo tecnológico’, como por exemplo o do ato cirúrgico, encurta o tempo desarmado, tempo mais simples tecnologicamente, mais barato e mais pessoal; tempo da conversa e da consulta, que restrito, permite maior produtividade do médico.”* (SCHRAIBER, 1993:115) .

A prática médica cada vez mais está despersonalizada. A produção do cuidado, a escuta e a valorização da história social dos usuários ficaram secundarizados ou até mesmo descartados em função de uma medicina que prioriza as inovações tecnológicas e as demandas do mercado. A prática médica hoje possui vários mediadores, seja ele o Estado, as empresas de planos de saúde ou seguro-saúde, os modelos de auto-gestão, etc.

Suas presenças (dos mediadores) terminam por operar no plano intersubjetivo uma espécie de inversão de sentido da relação entre as pessoas: não é mais o médico que se relaciona com o doente, trazendo para esta relação os conhecimentos e técnicas que permitem sua ação; ele, agora, se apresenta um ‘meio’, um recurso para a relação dos pacientes com a tecnologia da medicina. Do mesmo modo, (...) pacientes tornaram-se meios para os médicos em sua relação com o conhecimento (...) (e) com as engrenagens empresariais para o exercício da profissão. (SCHRAIBER, 1997:171)

Rego (2003) tece considerações sobre esses processos de coisificação que vem ocorrendo no campo da Medicina Científica devido ao uso da tecnologia e de conformação de práticas centradas na impessoalidade, onde o sujeito e sua história estão sempre excluídos e a doença é sinônimo de lesão orgânica. Essa afirmativa do autor está expressa em alguns depoimentos extraídos dos próprios médicos durante o seu processo de formação que ilustra

o distanciamento existente nas relações estabelecidas no interior dos hospitais, como podemos ver em dois relatos, os médicos mencionam que:

“Acho um absurdo que professores, na hora da visita, fiquem falando da situação do paciente sem nenhuma consideração com o paciente!”

“Na minha faculdade o serviço de ginecologia, em particular, é o campeão na falta de ética para com as pacientes, que são orientadas a não perturbar e não gritar nos seus maiores momentos de dor”.

É preciso contextualizar a história e as características da prática médica, pois esta ocupa um lugar central e nuclear na rede dos sistemas de saúde. Junto com os demais profissionais de saúde conformam o processo de trabalho nas organizações hospitalares. As profissões da área da saúde têm características diferenciadas e específicas. A história da medicina deu à figura do médico uma posição de destaque e de soberania em relação aos outros profissionais da saúde. Apesar de todas as questões já descritas sobre a formação médica, merecem destaque alguns avanços observados recentemente, tais como: o resgate da formação “generalista” com a aproximação das escolas de medicina com o Programa Saúde da Família, o reconhecimento da comunidade e do trabalho em equipe, além dos determinantes sociais da saúde.

A origem do **Programa Saúde da Família ou PSF**, teve início, em 1994, como um dos programas propostos pelo Governo Federal aos Municípios para implementar a atenção básica. O PSF é tido como uma das principais estratégias de reorganização dos serviços e de reorientação das práticas profissionais neste nível de assistência, promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação. Traz, portanto, complexos desafios a serem superados

para consolidar-se enquanto tal. No âmbito da reorganização dos serviços de saúde, a estratégia da saúde da família vai ao encontro dos debates e análises referentes ao processo de mudança do paradigma que orienta o modelo de atenção à saúde vigente e que vem sendo enfrentada, desde a década de 1970, pelo conjunto de atores e sujeitos sociais comprometidos com um novo modelo que valorize as ações de promoção e proteção da saúde, prevenção das doenças e atenção integral às pessoas. Estes pressupostos, tidos como capazes de produzir um impacto positivo na orientação do novo modelo e na superação do anterior, calcado na supervalorização das práticas da medicina curativa, especializada e hospitalar, e que induz ao excesso de procedimentos tecnológicos e medicamentosos e, sobretudo, na fragmentação do cuidado, encontra, em relação aos recursos humanos para o Sistema Único de Saúde (SUS), um outro desafio. Tema também recorrente nos debates sobre a Reforma Sanitária brasileira, verifica-se que, ao longo do tempo, tem sido unânime o reconhecimento acerca da importância de se criar um "novo modo de fazer saúde".

Estes novos avanços da prática médica resgatam a importância da humanização no atendimento e da produção de novos arranjos e dispositivos que valorizam o usuário na sua totalidade. É óbvio que estas mudanças na prática médica não é vazia de dificuldades, demarca um momento especial, trazendo para discussão a necessidade de entendimento sobre o SUS pelos estudantes de medicina em processo de formação.

Vem se evidenciando que um dos principais óbices à consecução dos relevantes objetivos de se reestruturar o modelo assistencial, com o privilégio de uma atenção básica resolutive e oportuna, é a formação médica. Os profissionais disponíveis são ainda preparados dentro de uma concepção que privilegia a abordagem individual, curativa e centrada no

hospital. São, portanto, incapazes de transcender o espaço do consultório médico e propor diagnóstico e intervenções sobre o coletivo, numa abordagem integralizadora, sem a qual dificilmente se lograrão avanços significativos. (CAMPOS e BELISÁRIO, 2001:141).

Bittar (1999:65) menciona em sua pesquisa “O Mercado Médico no Brasil” que as escolas médicas têm um papel decisivo na adequação do currículo, visando à formação do generalista e a uma forte base no geral para o especialista, para que haja o menor número possível de encaminhamentos entre profissionais, o que reduzirá custos para o sistema e prevenirá a iatrogenia. Além disso, as escolas médicas devem, junto com entidades governamentais e de classe, adequar o número de vagas para suprir o mercado local e regional, a médio e longo prazo.

Apesar da prevalência de uma concepção que privilegia a abordagem individual, curativa e centrada no hospital, acredita-se em novos componentes introduzidos no debate sobre a prática médica, tais como: a relação com os demais profissionais, a melhoria da capacidade de atendimento dos hospitais e a possibilidade da construção de práticas humanizadas no âmbito do SUS. A gestão dos serviços de saúde deverá buscar mobilizar não apenas recursos tecnológicos ou financeiros, mas para a prestação de uma assistência baseada na política de humanização, equitativa e participativa é preciso levar em conta a integralidade das ações, a gestão compartilhada, a comunicação horizontal, o estímulo e acompanhamento dos profissionais que integram o corpo das unidades de saúde. Para a consolidação de um SUS humanizado, acessível e universal, a (re) organização dos processos de trabalho é um ponto fulcral neste movimento, pois vários problemas relacionados aos Recursos Humanos em Saúde necessitam ser superados, tais como: *desvalorização dos*



*trabalhadores de saúde, precarização das relações de trabalho, baixo investimento no processo de educação permanente desses profissionais, além da existência de modelos de gestão verticalizados e centralizados. (BRASIL-MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).*

Uma perspectiva importante para a discussão da reestruturação produtiva em saúde e, particularmente, para a dimensão relacional, intersubjetiva, do trabalho em saúde é desenvolvida por Emerson Merhy (1994), que vem apontando em seus trabalhos, a perda da dimensão cuidadora na produção em saúde, imposta pelo modelo médico hegemônico, que tende a “coisificar” a relação entre trabalhadores de saúde e usuários.

Para Merhy (2002), a crise da assistência à saúde não encontra sua base de sustentação na falta de conhecimentos tecnológicos sobre os principais problemas de saúde, ou mesmo na possibilidade material de se atuar sobre os mesmos, mas na falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno do usuário e de seus problemas.

Para o enfrentamento desta questão, o autor vem empreendendo um importante esforço de revisão da teoria sobre o trabalho em saúde, do modo de gerir os serviços e da revisão da própria concepção de tecnologia em saúde. O autor parte de conceitos gerados pelo pensamento marxista sobre o trabalho humano e, particularmente, da contribuição importante de autores brasileiros - como Ricardo Bruno Mendes Gonçalves e Cecília Donnangelo - sobre o trabalho em saúde, além de buscar a interlocução com outros referenciais, como a Análise Institucional, especialmente para a discussão da micropolítica cotidiana do trabalho em saúde e as possibilidades de autonomia e criatividade do trabalhador.

Assim, para chegar à discussão do processo de trabalho em saúde, Merhy (1997; 2002) examina as várias etapas de um processo produtivo qualquer, como a produção de um objeto por um marceneiro ou um sapateiro-artesão, a partir das categorias “trabalho morto” e “trabalho vivo”. O trabalho morto estaria representado pelas matérias primas e ferramentas/instrumentos, por exemplo, produtos de trabalhos humanos anteriores (trabalhos vivos) que as concretizaram, mas que agora encontram-se cristalizadas naquela matéria prima ou ferramenta/instrumento como “trabalho morto”. Já o trabalho vivo estaria representado pelo momento do trabalho em si, do trabalho “vivo em ato”. Entre esses dois componentes do processo produtivo, há ainda a organização do processo de trabalho (o conhecimento sobre o modo de organizá-lo) e os saberes tecnológicos que o informam, mediados pelas habilidades, inteligência e capacidade inventiva do trabalhador para operá-los e aplicá-los.

Por isso, contêm tanto uma dimensão de trabalho morto – saberes tanto tecnológicos quanto organizacionais, produzidos anteriormente e sistematizados - como também sofrem influência real do trabalhador concreto que está atuando e o seu modo peculiar de pô-los no ato produtivo e, portanto, também representam trabalho vivo em ato. Há processos produtivos em que o peso das dimensões que expressam o trabalho morto é maior que o do trabalho vivo, como a produção de uma máquina em uma metalúrgica. Já em outros, como a produção de uma aula ou de “atos de cuidar” em saúde, ocorre o contrário.

O trabalho em saúde, que é centrado no trabalho vivo em ato, tem um objeto que “(...) não é plenamente estruturado e suas tecnologias de ação mais estratégicas configuram-se em processos de intervenção em ato, operando como tecnologias

de relações, encontros de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados, comportando um grau de liberdade significativo na escolha do modo de fazer essa produção” (MERHY, 2002:49).

Além dos equipamentos e máquinas (“tecnologias duras”) e dos saberes estruturados que orientam o trabalho em saúde (“tecnologias leve-duras”), estariam também envolvidas no trabalho em saúde “tecnologias leves” como as “tecnologias das relações” (produção de vínculo, acolhimento, etc...).

Esta discussão que Merhy (2002) tece à respeito do processo de trabalho em saúde, é fundamental para o “fazer” da gestão, a própria Política Nacional de Humanização na Saúde reforça tal afirmativa: as condições de gestão interferem nas condições de atendimento, dependendo do modelo de gestão podemos ter uma assistência mais humanizada pois a introdução de mecanismos de participação poderá reduzir o peso das hierarquias no hospital. Outra questão de extrema relevância diz respeito a gestão dos serviços de saúde levarem em consideração as “tecnologias leves”.

Percebe-se, assim, que as práticas de saúde não têm apenas uma dimensão técnica; são ao mesmo tempo práticas sociais complexas, perpassadas pelas dimensões culturais, econômicas, políticas e até mesmo ideológicas.

O trabalho em saúde e os seus contornos estão relacionados às variações subjacentes aos diferentes processos sócio-históricos. Sendo que o tipo de modelagem gerencial adotada interfere também no próprio trabalho em saúde e nas condições de atendimento prestado no âmbito dos serviços de saúde.

Segundo Barros et. ali (2006) para alcançar o conceito ampliado de saúde e viabilizar a democratização das relações de trabalho defendida pela PNH, os hospitais devem considerar algumas ações que são necessárias:

1. Colocar em análise as condições e organização do trabalho no estabelecimento de forma a instituir novos modos de ser trabalhador na saúde;
2. Implementar um modo de gerenciamento descentralizado e integrado, interferindo nos modos de trabalhar e ser trabalhador da saúde;
3. Problematizar os modelos de atenção à saúde instituídos nos equipamentos de saúde.

Santos (2001:81) fala do processo do trabalho médico e dos outros profissionais e define como: “evidentemente caótico, se considerados os direitos humanos da população usuária e dos próprios profissionais, que se obrigam a atender no ‘sufoco’ e/ou com condutas técnicas nem sempre as mais recomendadas, e/ou com relação fria (não solidária e acolhedora)” e aponta a relevância dos dados provenientes de uma pesquisa realizada em 1995 pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz) e o Conselho Federal de Medicina (CFM) – perfil dos Médicos no Brasil – que já constatava a sobrecarga de trabalho dos médicos. Desses, 75% deles trabalhavam em até três atividades, 49% trabalhavam em regime de plantão e 80% mencionavam “desgaste” profissional. Ressalta o que a evolução dos fatos revelou nos últimos cinco anos, esses indicadores não devem ter melhorado, apesar dos depoimentos favoráveis dos médicos que exercem sua profissão nas atividades de Saúde da Família e na Atenção Básica de Saúde.

É essencial destacar a categoria “sobrecarga de trabalho” citada pela referida pesquisa. A sobrecarga de trabalho na qual os médicos estão submetidos vincula-se principalmente às atividades de plantão. Deslandes (2002:86) em seu estudo revela que nas emergências existe um excessivo contingente de pessoas para atender e os médicos encontram-se no limite para suportar a carga de trabalho. A autora pontua uma grande tolerância por parte dos administradores e dirigentes dos hospitais na negociação de determinadas regras pois como a carga de trabalho é intensa e as condições de trabalho nem sempre são as mais adequadas, é preciso “oferecer” (mesmo que por omissão) algo em contrapartida. Nesta dimensão, a lógica vigente é o estabelecimento de alianças para até mesmo manter o profissional. Por exemplo, para alguns especialistas (cirurgiões, ortopedistas, anesthesiologistas, entre outros), o mercado oferece constantemente ofertas mais vantajosas. É necessário, então algo que mantenha tais profissionais no serviço público. De acordo, com a pesquisa feita por Deslandes (2002), os profissionais disseram que todas as vezes que movimentos de “pressão” foram feitos no sentido de “moralizar” os horários, houve uma onda de pedidos de demissão.

A organização dos processos de trabalho é um dos pontos cruciais a ser enfrentado no sentido de uma mudança nos serviços de saúde. Mudança que possibilite o caminho para a valorização das tecnologias leves (campo das relações) e conseqüentemente novas formas de gerenciar os hospitais públicos, produzindo novas relações entre os gestores, profissionais e usuários.

Buscando examinar e conhecer essas novas formas de gestão em um hospital público, tal como, as inovações no campo da organização dos

processos de trabalho em saúde e sua conexão com o desenvolvimento da política de humanização que se decidiu realizar entrevistas com os formuladores da PNH e com os gestores do Hospital Municipal Odilon Behrens uma unidade de referência no que diz respeito à implementação e continuidade da política. A idéia é captar como os gestores percebem essa relação entre gestão e humanização e verificar em campo a legitimidade desta política no âmbito do SUS.

## **CAPÍTULO V - A Pesquisa de Campo: Análise da Experiência**

### **Desenvolvida no Hospital Municipal Odilon Behrens/MG**

Como discutido no capítulo anterior, a gestão ocupa um papel central na PNH. A tentativa de reforçar a dimensão participativa estimulando processos

de co-gestão produz inovações importantes na esfera da saúde. O processo compartilhado de gestão cria interferências nos processos de trabalho e convoca os trabalhadores para que de forma colegiada encontrem estratégias de enfrentamento diante dos principais problemas que envolvem as instituições de saúde, particularmente os hospitais.

Entende-se que para a implementação e desenvolvimento da PNH nos hospitais é preciso o apoio da gestão. Essa relação entre gestão e humanização é intrínseca e dialética, a própria política altera substancialmente os mecanismos de gestão e de atenção à saúde com a operacionalização dos seus dispositivos institucionais.

Essas experiências não são vazias de resistências e desafios. Diante do exposto, o presente capítulo pretende evidenciar o percurso metodológico realizado e os principais resultados da pesquisa de campo confirmando alguns dos pressupostos já identificados nesta análise a partir da experiência desenvolvida no Hospital Municipal Odilon Behrens localizado em Belo Horizonte – Minas Gerais.

## **5.1- Metodologia**

A metodologia da pesquisa que está se propondo neste estudo é de natureza qualitativa.

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares (...) Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que

corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (MINAYO, 1996: 21/22).

Esta pesquisa tem por objetivo descrever e analisar as condições políticas e organizacionais que possibilitaram as mudanças feitas a partir da PNH no âmbito do Hospital Odilon Behrens, especificamente, verificar os dispositivos institucionais existentes (presença dos Grupos de Trabalho da Humanização-GTH, Ouvidoria Hospitalar, Colegiado de Gerência, Práticas de Acolhimento nas Portas de Entrada, dentre outros, conhecer os processos de organização do trabalho (existência de trabalho em equipe, fortalecimento da interdisciplinaridade, gestão participativa, plano de incentivos aos trabalhadores), identificar a percepção dos gestores pontuando as possibilidades e limites para a implantação e desenvolvimento da PNH no contexto da organização hospitalar estudada. A partir de entrevistas semi-estruturadas<sup>88</sup> realizadas com os três formuladores da política (profissionais de saúde que participaram do processo de formulação da política em Brasília no Ministério da Saúde e que posteriormente atuaram como consultores da PNH em diversos Estados brasileiros) e com quatro gestores da alta direção (Superintendência e Assessorias) foi possível conhecer os mecanismos de gestão do hospital e suas mudanças a partir da implantação da política. As três entrevistas com os formuladores foram realizadas no Rio de Janeiro e as quatro entrevistas com a equipe de gestão do Hospital Odilon Behrens foram feitas no próprio hospital em Belo Horizonte/Minas Gerais.

Para Minayo (1996), *a entrevista é o procedimento mais usual no trabalho de campo. Através dela, o pesquisador busca obter informações contidas na*

---

<sup>88</sup> Nesta pesquisa, a entrevista foi o principal instrumento utilizado na realização do trabalho de campo.



*fala dos atores sociais*. A opção pelas *entrevistas semi-estruturadas*<sup>89</sup> se deu em função de incluir em um mesmo roteiro perguntas fechadas e abertas, possibilitando analisar e explorar as “falas” dos entrevistados. As entrevistas semi-estruturadas realizadas com os formuladores e com os gestores aconteceram no final de setembro de 2008 e terminaram no início de dezembro de 2008 e seguiram os respectivos roteiros, que estão em anexo, neste trabalho.

A utilização desses roteiros, conforme aponta Minayo (2004), é a maneira como se materializa a técnica de entrevista, que orienta o entrevistador ou pesquisador durante o processo de captação ou de coleta de informações.

Além da técnica de entrevista individual, foi utilizada também a técnica de pesquisa *observação participante*. A observação participante foi feita por uma semana no Hospital Odilon Behrens em Belo Horizonte/Minas Gerais. Por meio dessa técnica foi possível obter informações, que não foram coletadas a partir das perguntas previstas nos roteiros de entrevistas sobre a percepção dos gestores em relação à Política Nacional de Humanização.

Minayo (1996) entende a observação participante como uma técnica que se realiza através do contato direto do pesquisador com o fenômeno observado para obter informações sobre a realidade dos atores sociais em seus próprios contextos. *“O observador, enquanto parte do contexto de observação, estabelece uma relação face a face com os observados”*.

Dentro desta perspectiva, a adoção da técnica de observação participante, nesta pesquisa, procurou complementar as entrevistas semi-

---

<sup>89</sup> Segundo Neto (1994), as entrevistas semi-estruturadas articulam duas modalidades ou técnicas de entrevistas: a primeira diz respeito à entrevista aberta, onde o informante pode abordar livremente o tema proposto e a segunda a entrevista estruturada que pressupõe perguntas previamente formuladas.

estruturadas, que foram realizadas com os formuladores e gestores e demandou a utilização do instrumento *diário de campo* para registrar as observações feitas.

O diário de campo “é um diário de bordo onde se anotam, dia após dia, com um estilo telegráfico, os eventos da observação e a progressão da pesquisa”. Dessa forma, todas as informações e situações que ocorrem durante a realização dessa pesquisa são anotadas para uma posterior análise. (LOPES et al, 2006:2)

Além da observação participante, foi utilizada também a técnica de pesquisa documental, através da qual procurou-se levantar documentos primários e secundários do hospital pesquisado, dentre esses documentos, destacam-se: relatórios de gestão, documentos e cartilhas sobre os dispositivos institucionais da PNH, documentos sobre a estrutura organizacional da unidade hospitalar.

As informações coletadas a partir destas três técnicas de pesquisa: (entrevistas semi-estruturadas, observação participante e pesquisa documental), foram analisadas à luz da literatura sobre o Sistema Único de Saúde, gestão em saúde, processo de trabalho em saúde e a própria Política Nacional de Humanização na Saúde e foram tratadas a partir de uma *análise de conteúdo*.

A análise de conteúdo, segundo Minayo (2004), visa ultrapassar o nível de senso comum e do subjetivismo na interpretação de um determinado objeto e alcançar uma vigilância crítica frente à comunicação de documentos, textos literários, biografias, entrevistas ou observações. Ela exige que se tenha conhecimento das suas variadas técnicas ou modelos, como, por exemplo: o *modelo de comunicação instrumental*, que atribui importância ao contexto e às

circunstâncias aos quais a mensagem é veiculada, colocando em segundo plano o imediatamente expresso por ela; e o *representacional*, que considera como fundamentais as palavras da mensagem, por elas conterem elementos indicativos, viabilizadores da análise do pesquisador. (SETÚBAL, 1999).

A utilização da técnica de análise de conteúdo nesta pesquisa foi *representacional*, que demandou a construção de 5 (cinco) eixos definidos para analisar os dados ou informações coletadas. Estes eixos compreenderam:

- *O Contexto de Implantação da PNH na Unidade Hospitalar- este primeiro eixo analítico diz respeito às condições históricas que favoreceram a discussão e a implementação da PNH no hospital pesquisado e as considerações feitas acerca das dificuldades para a sua introdução no hospital ;*
- *Os Dispositivos Institucionais da PNH existentes no Hospital- refere-se ao estudo e a identificação dos dispositivos institucionais adotados pelo hospital, tal como, sua funcionalidade e seu impacto na prestação da assistência;*
- *A Percepção dos Gestores sobre a PNH- o terceiro eixo está relacionado à percepção dos gestores sobre o significado da política e sua efetividade;*
- *As Mudanças nos Mecanismos de Gestão no Hospital a partir da PNH- este eixo aborda as principais mudanças verificadas no campo da gestão hospitalar a partir da implementação e desenvolvimento da política. Ainda, neste eixo, estão sinalizados os principais elementos que*

*caracterizam novos processos de gestão existentes no hospital a partir da PNH;*

- *Novas Formas de Organização do Processo de Trabalho no Interior do Hospital a partir da PNH- o último eixo de análise apresenta os principais avanços e desafios que a política traz na esfera da organização do processo de trabalho, ressaltando a importância de novos arranjos e estratégias para a melhoria da prestação dos serviços de saúde e ampliação do grau de comprometimento dos trabalhadores da saúde com a defesa da vida.*

A análise dos principais dados coletados a partir desses cinco eixos analíticos pode ser verificada após uma breve consideração sobre o trabalho de campo realizado.

### **5.1.1 - O Trabalho de Campo**

A entrada do pesquisador em campo seguiu as orientações normativas relacionadas à qualquer processo de pesquisa. Foram feitos contatos prévios e elaboradas cartas direcionadas aos três formuladores da PNH e aos quatro gestores do hospital que foram entrevistados. Estas cartas continham o nome do pesquisador, o seu orientador, a Universidade que ele estava vinculado e

uma breve explicação sobre a natureza da pesquisa. Além disso, foi enviada uma sinopse da proposta da pesquisa, incluindo: título, objetivos, problema central, procedimentos metodológicos para o trabalho empírico e cronograma.

No caso do hospital, entrei em contato diretamente com a Superintendência para verificar se existia a necessidade de encaminhar o projeto de pesquisa e os Termos de Esclarecimento Livre e Consentido, além de toda a documentação comumente solicitada pela Comissão de Ética e Pesquisa da instituição. A Superintendência do hospital dispensou o envio do projeto para a Comissão de Ética, considerando que a pesquisa está voltada somente para o nível da gestão, não realizando entrevistas com os usuários da unidade hospitalar pesquisada.

É preciso destacar que primeiramente realizei entrevistas com os formuladores da PNH. Este encontro com os formuladores foi fundamental<sup>90</sup> pois os respectivos entrevistados relataram que no Estado do Rio de Janeiro existiam ações específicas e/ou projetos de humanização pontuais realizados nos hospitais mas não existia a PNH implantada como um todo nas organizações hospitalares. O primeiro estabelecimento público hospitalar que estava em processo de discussão sobre a PNH no âmbito do Rio de Janeiro é o Hospital do Andaraí, tendo muitas dificuldades de caráter político e de adesão dos trabalhadores à uma nova proposta. Os próprios formuladores ressaltaram a importância de conhecer um hospital público com a PNH já

---

<sup>90</sup> Esta informação sobre a PNH nos hospitais localizados no âmbito do Rio de Janeiro desconstruiu todo o desenho que tinha sido feito a princípio na metodologia do projeto de tese pois eu havia pensado em desenvolver a pesquisa sobre a PNH com os gestores dos Hospitais Gerais Federais do Rio de Janeiro. Segundo os formuladores, o Hospital do Andaraí estava iniciando o processo de implantação da PNH no ano de 2008 e as demais unidades hospitalares possuíam projetos de humanização pontuais, tais como: visita aberta, acolhimento com classificação de risco e etc..., ou seja, não adotaram a maioria dos dispositivos recomendados pela PNH e não conseguiram estabelecer um elo com a gestão.

implantada na sua totalidade e em desenvolvimento visando garantir maior sustentabilidade teórica e confirmar a hipótese da tese em questão.

Com isso, estes primeiros entrevistados (formuladores da PNH) demarcaram a atuação relevante e estratégica do Hospital Municipal Odilon Behrens no que se refere à Política de Humanização na Saúde. O Hospital Municipal Odilon Behrens<sup>91</sup> está localizado em Belo Horizonte- Minas Gerais e constitui uma referência no campo da PNH. Recentemente, a sua gestão recebeu o Prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa no SUS<sup>92</sup>. Os entrevistados sugeriram a realização da pesquisa a partir desta experiência desenvolvida no Hospital Odilon Behrens.

A proposta aqui é realizar uma análise e apresentar a experiência desenvolvida no Hospital Odilon Behrens, retratando o olhar dos gestores, os mecanismos de gestão e suas possíveis mudanças com a incorporação da PNH, considerando que no hospital pesquisado, temos a política em pleno funcionamento com sua (re) discussão permanente.

Portanto, o contato com os formuladores da PNH foi de extrema relevância para obter informações sobre *o processo de implantação e desenvolvimento da política no Brasil, as condições históricas que favoreceram a sua discussão e as mudanças nos mecanismos de gestão e na prestação dos serviços à população-usuária verificada a partir da sua introdução nos hospitais públicos.*

---

<sup>91</sup> O Hospital Municipal Odilon Behrens desde 2003 propôs uma gestão que promovesse uma maior participação dos trabalhadores nas decisões. Em 2004, com a consultoria da PNH, o hospital iniciou a implantação da política.

<sup>92</sup> A gestão do hospital recebeu o prêmio em maio de 2009 durante o CONASEMS pela elaboração de um artigo sobre o modelo de gestão participativa do hospital. O artigo premiado está intitulado "Gestão Participativa em um Hospital Público de Urgência e de Ensino: um Modelo que dá certo"

Os principais resultados dessa pesquisa, incluindo a visão dos formuladores sobre a PNH, especialmente, a percepção dos gestores e a experiência desenvolvida no Hospital Odilon Behrens- Minas Gerais no que se refere à PNH, são apresentados, com base nos eixos de análise já descritos, a seguir.

## **5.2 - Principais Resultados**

### **5.2.1 - A Visão dos Formuladores sobre o Processo de Implantação e Desenvolvimento da PNH no Sistema de Saúde Brasileiro**

Conhecer a visão de alguns atores participantes do processo de formulação da PNH foi de extrema relevância para obter informações sobre os

elementos históricos que contribuíram para a emergência da política no âmbito do SUS. Neste sentido, os formuladores apontaram que a grande conquista foi propor a humanização enquanto uma *política transversal*, ampliando a sua concepção, rompendo com a noção de programa. Deslandes (2004:8) pontua a legitimidade da temática *humanização* adquirindo status desde sua formulação enquanto um programa, constituindo uma política bastante singular se comparada às outras do setor, pois se destina a promover uma nova lógica de atendimento à saúde, propondo a indissociabilidade entre modelo de atenção e de gestão. Sobre os componentes históricos, um dos formuladores destaca que:

*A PNH nasce em 2003 como uma Política, uma Política Nacional de Humanização. E a diferença é exatamente essa, a humanização se tornar uma política e não mais um programa; a humanização ela existe no SUS há muito mais tempo, mas ela existia na forma de programas isolados....O que caracteriza essa modulação em 2003, é o seu caráter transversal que atravessa uma série de programas e setores. É uma aposta, então, numa mudança nos modelos de atenção e de gestão nas práticas de saúde. (FORMULADOR 1)*

Os formuladores também retratam as condições para a implantação da PNH. Com base em experiências anteriores, a política foi construída, incorporando contribuições provenientes de ações já estabelecidas no sistema de saúde. Urge publicizar as experiências exitosas relacionadas à humanização, tais como: a de Campinas, desenvolvidas no contexto do SUS, pois convivemos sempre com análises e comentários negativos sobre o acesso e as condições de atendimento efetuado pela rede pública de serviços. Paralelamente, existem ações em saúde que contribuem para um *SUS que dá certo*, um SUS, por exemplo, com um Programa de Prevenção à AIDS,



concebido como um cartão de visitas de diversos governos, além de outras práticas em saúde no campo da humanização produtoras da promoção em saúde, de acolhimento e exercício de direitos.

*Olha, na verdade, a PNH, ela não existe antes da experiência. Nós temos como pressuposto o que a gente chama de “o reencantamento do concreto do SUS”. A gente parte do SUS que dá certo. A gente não quer produzir o SUS que dá certo. Nós queremos propagar um SUS que dá certo. Então a PNH ela partiu de experiências concretas. Ela não é uma política construída de cima pra baixo. A gente não inventou a PNH, a gente fez foi ampliar esse movimento de mudança das práticas de saúde que estão no SUS. (FORMULADOR 1)*

*Então, quando a gente começa a sistematizar a política em 2003 na Secretaria Executiva no Ministério da Saúde já haviam experiências concretas que foram identificadas. Por exemplo, a do Hospital Mário Gatti em Campinas; e uma das primeiras providências da política foi, então, em 2004 dar o Prêmio David Capistrano<sup>93</sup>, para experiências exitosas de Humanização no SUS. Assim nós já partimos do inventário, do levantamento dessas práticas concretas de humanização da saúde. Na verdade não foi uma política criada para implantar processo de humanização. Foram os processos de humanização que exigiram a sistematização de uma política dentro do Ministério da Saúde. (FORMULADOR 2)*

Outro fator importante é a inexistência de um incentivo financeiro específico relacionado à PNH. Ao entrevistar os formuladores, foi pontuada a questão de um incentivo financeiro para o gestor do Município que desenvolvia a PNH na rede de serviços. Os entrevistados esclareceram que a PNH não tem uma portaria, foi um desejo dos próprios sujeitos envolvidos no processo de formulação não constituir uma portaria específica, considerando o caráter transversal e público desta política. A intencionalidade dos formuladores residiu

---

<sup>93</sup> O Ministério da Saúde através da portaria número 2406/GM de 19/12/2003 criou o Prêmio da Política Nacional de Humanização David Capistrano que se destina a estimular experiências inovadoras no campo da humanização e promover o reconhecimento de tantas outras já em andamento.

em não amarrá-la aos procedimentos da “máquina” do Estado para que tivesse uma maior autonomia visando concretizar as propostas do SUS.

*É, a Política Nacional de Humanização ela não tem uma Portaria, foi uma decisão política nossa, mas, exatamente porque a gente quer a PNH como uma política pública e não só como uma política de Governo, a gente não quer que ela se reduza ou se restrinja a esses procedimentos que são próprios da máquina de Estado. Para fazer com que a política sempre saia na direção das práticas concretas do SUS, a gente usou como uma das estratégias não defini-la a partir de uma Portaria. Ela só existe na Portaria das outras políticas. Então, na verdade, os incentivos do SUS no Ministério da Saúde, no que diz respeito à humanização, eles aparecem a partir das portarias que regulam as outras políticas, aonde freqüentemente a Humanização consta como uma diretriz. (FORMULADOR 3)*

Hoje, a política de humanização está estruturada nacionalmente em coordenações compondo um Colegiado Gestor Nacional com a finalidade de desenvolver investimentos de pesquisa, planejamento, dentre outros elementos. Pasche (2008) revela que essa estrutura viabiliza uma discussão coletiva das demandas no âmbito da Coordenação Nacional, transformando o Colegiado em um espaço de troca e de discussão entre os próprios consultores *regionais*. Os entrevistados mencionam que atualmente a política está se organizando nacionalmente a partir de Coordenações Regionais. Coordenação Regional do Norte, reunindo então os sete Estados. Uma Coordenação Regional do Nordeste- Nordeste 1 e Nordeste 2; uma Coordenação Regional do Centro-Oeste; uma Coordenação Regional de Minas; uma outra reúne Rio e Espírito Santo; outra Coordenação São Paulo e por fim outra dos Estados do Sul. Essas Coordenações Regionais elas compõem o Colegiado Gestor Nacional. Então a política é coordenada de forma participativa. Então existe um Coordenador Nacional e ele compõe o Colegiado Gestor aonde está presente a

Coordenação Nacional, as Coordenações Regionais e a Coordenação das Frentes de Trabalhos Duplos - formação e pesquisa, difusão da inteligência coletiva e planejamento, monitoramento e avaliação.

Para a implantação da PNH em nível nacional foi necessário a utilização de estratégias capazes de produzir uma reflexão sobre a importância da política para o campo da gestão com a (re) organização dos processos de trabalho com a finalidade de introduzir uma verdadeira mudança na cultura do atendimento. Em alguns Estados, a discussão acerca da PNH foi favorecida com a existência do QUALISUS. Bittencourt e Hortale (2007:930) mencionam que em junho de 2004, o Ministério da Saúde lança o Programa QUALISUS para 27 regiões metropolitanas das capitais brasileiras e para cerca de 80 hospitais com serviços de emergência, visando melhorar a qualidade da atenção à saúde realizada pelo Sistema Único de Saúde. O QUALISUS é o resultado de uma parceria entre o Ministério da Saúde com Governos Estaduais e Municipais. A partir da celebração do convênio, equipes de consultores do Ministério da Saúde acompanharam as mudanças dentro dos hospitais. Esses consultores trabalharão em conjunto com os profissionais dos hospitais. O Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU/192) é parte integrante do QUALISUS. No caso, do Rio de Janeiro, o QUALISUS pretendeu contribuir para a reorganização de cinco serviços de emergência de hospitais das três esferas de gestão- Municipal, Estadual e Federal (Souza Aguiar, Miguel Couto, Andaraí, Rocha Faria e Bonsucesso). Durante a entrevista, o formulador apresenta a importância do programa QUALISUS enquanto um facilitador para o início do processo de discussão da PNH no RJ.

*Então, a estratégia no Rio foi começar por onde a gente tinha certa governabilidade que era com as unidades federais. Ao mesmo tempo estava acontecendo aqui no Rio o processo de construção do QUALISUS. Uma outra política que estava também na Secretaria Executiva do Ministério para a Qualificação das Urgências. E aí a demanda era que eles pudessem fazer esse processo de qualificação e construção com a humanização, com a Política. Então, o olhar, vamos dizer mais duro do processo das tecnologias e o que eles chamavam de “olhar da humanização” para pensar o processo de trabalho, essas relações. Então nós fizemos parte aqui no Rio, porque o QUALISUS teve o plano piloto dele aqui no Rio. (FORMULADOR 2)*

Cada região do país possui suas particularidades em relação à organização e funcionamento dos serviços de saúde. A tradição histórica, a cultura política local e a existência do controle social possibilitam mais facilmente ou não, o debate, a construção e a incorporação de determinadas agendas de políticas. Os formuladores destacam que existem diferenças no que concerne à implantação da política entre os Estados brasileiros. Por exemplo, no Rio de Janeiro, o processo de implantação já foi mais lento em decorrência das “questões” de caráter político, por exemplo- pouca articulação entre os níveis de governo demarcando importantes diferenças partidárias. Não havia um entendimento entre as três esferas governamentais no que diz respeito à organização e funcionamento do sistema de saúde no âmbito do Rio de Janeiro. Existia uma dificuldade concreta de negociação entre as instâncias políticas. Isso gera uma multiplicidade de ações e/ou de projetos de humanização pulverizados nas diversas unidades hospitalares.

*Aqui no Rio, nós temos algumas ações em algumas unidades que vem trabalhando com essa ótica da humanização. No caso, quando eu fui chamada para ver essa construção aqui no Rio de Janeiro, a primeira coisa que eu me deparei foi com essa realidade do Rio que é singular. Porque é o lugar que tem*

*mais unidades do Brasil, mais unidades hospitalares do Brasil, então você tem dezenove (19) Unidades Federais, contando com os Hospitais Universitários mais os hospitais que foram federalizados, e as Unidades Federais; você tem a Rede Municipal com um conjunto lá de equipamentos; e você tem a Rede Estadual. Então o que a gente reparou lá naquele período? Impossível manter qualquer conversa com o Estado. O Estado não sentava com o Município na mesma mesa que por sua vez não sentava com a Unidade Federal. Então qual foi a estratégia que eu fui construindo? Foi, começar por onde, de alguma forma, poderíamos ter alguma governabilidade que era com as Unidades Federais. Então, a primeira ação foi construir junto com X....Construímos um momento que era juntar as unidades Federais que sequer conversavam, eram grandes ilhas que estavam nelas mesmas. Então montamos uma estratégia que era juntar as Unidades Federais chamamos os Gestores para conversar sobre o processo de construção da Política de Humanização nas Unidades. E, a primeira estratégia foi: fazer com que essas reuniões elas acontecessem nas Unidades. (FORMULADOR 2)*

É de suma importância instituir mecanismos de pactuação e de negociação entre as diferentes esferas de governo. O SUS é uma política pública dotada de elementos que exige um modelo de gestão mais atento às transformações atuais, devendo atuar de modo mais próximo do usuário e estabelecendo permanente articulação entre os entes políticos. A instituição de uma rede *interfederativa* de saúde busca alterar substancialmente a forma de relacionamento entre os entes políticos, estimulando a possibilidade de uma discussão sem hierarquia, levando em conta os interesses e as realidades locais, as diversidades culturais, econômicas e sociais dos territórios, procurando superar a dicotomização entre a administração e a política (Teixeira, 2002). Na descentralização pública, a autoridade central deve interagir com a autoridade local, por meio da negociação e do consenso, expandindo seus conhecimentos acerca das reais necessidades locais, o que permite melhor avaliação dos resultados. Um dos formuladores da política pontua essa necessidade no que diz respeito à articulação e fortalecimento

institucional entre as distintas esferas de governo para a introdução da política no Rio de Janeiro, fazendo considerações sobre a importância estratégica do fortalecimento da rede de serviços de saúde.

*E, em alguns eventos que fizemos com os Hospitais Federais chamamos esses Hospitais do QUALISUS. Então a gente botou o Município para conversar... Porque na verdade é assim, o grande objetivo é começar a construir Rede. Não é? Aqui no Rio não tinha, então a estratégia inicial foi essa. (FORMULADOR 1)*

Apesar dos avanços e das dificuldades já sinalizadas, de acordo com os formuladores, os êxitos obtidos em relação à implantação e desenvolvimento da PNH ocorreram em outros Estados brasileiros. Faz-se necessário destacar o papel relevante de Belo Horizonte- Minas Gerais neste processo. A experiência de Belo Horizonte demonstra que o SUS pôde avançar mais em Municípios com essa nova concepção de governo. Uma formulação vinculada aos espaços de participação da Sociedade Civil e um projeto de saúde com duas esferas de decisão combinadas, apesar de contraditórias: uma esfera gestora da saúde, da representação política, do governo eleito, e outra do novo espaço público, não estatal, constituído pelas organizações da sociedade, no caso, representadas no Conselho Municipal, nos Conselhos Distritais, nas Comissões Locais e nas Conferências Municipais de Saúde. Havia também a participação direta e voluntária da população, via Orçamento Participativo, setorial e geral.

Belo Horizonte foi a primeira capital habilitada em gestão semiplena e o primeiro Município à proceder a gestão dos

recursos Estaduais. Esta experiência, sem perda de reconhecidos avanços em outras áreas, teve como marco nacionalmente reconhecido a gestão e a regulação do sistema de saúde. (VELLOSO e MATOS, 1998)

Essa tradição política do Município contribuiu para a construção de avanços na discussão da saúde. A PNH em Belo Horizonte, conseguiu ser viabilizada de forma mais rápida em decorrência *da cultura de gestão participativa* já instaurada nas instituições de saúde do Município.

*Em alguns lugares, por exemplo, quando você pega o Hospital Municipal Odilon Behrens em Belo Horizonte- Minas Gerais, o Colegiado Gestor é um dispositivo fundamental de construção dos processos ali. E há outras unidades em que o Colegiado Gestor tem sido a representação dos chefes. Tem o Colegiado Gestor e os chefes lá. E o usuário? Então, quando você diz assim, como está o dispositivo dos Colegiados Gestores? Depende do lugar! Não dá para dizer este dispositivo está funcionando assim... Não dá! O Brasil é enorme, as unidades são enormes. Há sim uma diversidade, uma complexidade absurda. Agora, nos lugares onde isso se construiu, e depois até se desfez, ou então até se manteve, tem uma força incrível! Porque é botar as pessoas num processo de comunicação na lateralidade, na discussão e isso é muito difícil. Principalmente na lógica de hierarquização no trabalho de Saúde. (FORMULADOR 2)*

No entanto, não é possível implantar uma política, incluindo todos os seus princípios e diretrizes sem considerar o papel da gestão neste processo. Conforme foi identificado, a gestão pode propiciar a implementação e a consolidação da PNH e seus mecanismos podem ser alterados com base na própria política a partir das ações concretas operacionalizadas na realidade institucional. Lionço e Costa (2006:54) apontam que para produzir o processo de gestão participativa deverão ser evitadas dinâmicas dicotômicas entre Sociedade Civil e Estado, promovendo efetivamente espaços dialógicos e de co-responsabilização no processo democrático de construção de políticas

públicas de saúde. O envolvimento de representantes dos Movimentos Sociais organizados não deve estar restrito à apresentação de demandas, sendo fundamental a criação de espaços acolhedores em que as lideranças sociais encontrem um campo em que seja possível propor alternativas de intervenção, e não apenas demandar do governo respostas ou soluções diante dos problemas existentes. Os sujeitos sociais são concebidos, no exercício da gestão participativa, não apenas como sujeitos de direitos, mas como sujeitos ativos que sustentam os sentidos de suas próprias experiências, sendo os protagonistas no esclarecimento de suas realidades sociais e de suas estratégias de promoção do bem-viver, em consonância com seus valores e modos de vida.

*Não dá para você fazer uma ação num estabelecimento hospitalar, por exemplo, no que diz respeito à diretriz do acolhimento. Então, vamos implantar o dispositivo de acolhimento com classificação de risco numa emergência de hospital, não dá para você implantar esses dispositivos sem necessariamente pensar um modelo de gestão para esse estabelecimento. Então, a diretriz de acolhimento e a diretriz da co-gestão elas são necessariamente articuladas. Você não pode pensar uma sem pensar a outra. A co-gestão então é como um pressuposto nosso para toda a mudança no sentido da humanização num estabelecimento de saúde. (FORMULADOR 1)*

Confirmando o que já tinha sido reforçado anteriormente, os estudos sobre a PNH demonstram a *efetividade da co-gestão no interior das organizações de saúde*. (BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004b). Abrahão (2008:99) trata a temática da *gestão colegiada* nas organizações e da *presença do Colegiado Gestor* nos hospitais públicos, a autora considera que esta dinâmica cria uma discussão capaz de promover a abertura de novas proposições com espaço para o exercício da autonomia dos profissionais.



Campos & Amaral (2007) já demonstraram a força dos Colegiados e da própria gestão participativa no sentido de desconstruir a lógica verticalizada de gestão propondo a ampliação da democracia institucional e a participação dos profissionais nas deliberações adotadas. Os próprios formuladores relataram que a PNH ao instituir dispositivos para alcançar as suas diretrizes introduz nos hospitais novas formas de fazer a gestão e de organizar os processos de trabalho. Segundo os formuladores:

*O que quebra essa lógica de “modelo de Gestão verticalizado”? É com o Colegiado. Não é? É você poder construir por Unidade de Produção; processo de trabalho com linha de cuidado. Aí cada unidade vai construir o seu Colegiado e poder ter ainda a representação – a gente sabe que não é a melhor forma, mas é a que a gente tem. A idéia que essa representação, ou seja, que não seja uma representação apenas colada a chefia, não é? Que isso possa fazer circular, ou seja, que os Colegiados maiores sejam alimentados pelos pequenos Colegiados das unidades dos serviços. É da emergência, do setor disso.... Isso muda a maneira de você pensar a Gestão. Não é? A maneira tradicional de pensar a Gestão que é a de administrar. E que Gestão é algo da ordem de uma “representação oficial”, não é? A gente vem trabalhando com a idéia de que Gestão é um modo de lidar com a variabilidade do meu cotidiano, portanto o trabalhador faz Gestão o tempo inteiro, mesmo que ele não saiba. E tem, nesse processo, uma Gestão que é a Gestão Oficial e que na nossa concepção ela precisa ser alimentada, subsidiada por esses outros modos de Gestão. (FORMULADOR 3)*

*Então você ouve “nós temos Colegiado Gestor”, tem sim, chefe representado, um usuário, entendeu? Administração é um cara que está colado lá na Gestão. Cada lugar é importante, assim, é importante entender a força que esse dispositivo traz, mas também o que ele produz lá na realidade dele. (FORMULADOR 1)*

Conforme o relato do entrevistado, a gestão é suscitada como um elemento central para a implantação da PNH no sistema de saúde.

Aprofundar<sup>94</sup> o modelo de gestão é propor uma modalidade de gestão

<sup>94</sup> Aprofundar o modelo de gestão é uma proposta contida no documento elaborado pelo Fórum da Reforma Sanitária Brasileira cujo documento produzido é intitulado O SUS pra Valer: Universal, Humanizado e de Qualidade. Julho de 2006.

participativa, colegiada ou co-gestão, com trabalhadores da saúde e outras representações da comunidade. O depoimento abaixo afirma o papel significativo do Colegiado Gestor como um espaço privilegiado de discussão coletiva, favorecendo a lateralidade. No entanto, é importante resgatar que não existe “modelo ideal” ou “dispositivos ideais”, o modelo de gestão participativa é uma proposta e toda implementação de novos dispositivos é processual e deve ser adequado à realidade institucional dos serviços de saúde.

*Então, mudar essa lógica é ampliar a lateralidade da comunicação, é poder incluir na “roda” outros atores para a decisão, é lidar com a imprevisibilidade, num Colegiado Gestor você não tem tudo amarrado. Você pode até achar que tem, faz a pauta, negocia com um e tal, mas, quando o grupo se junta aparece uma emergência que você não controla e se resolve pela força do grupo, pelo processo é que você vai ter que pactuar, você não vai poder decidir tudo sozinha. Você vai ter que construir ali no coletivo. Você ganha uma dimensão de coletivo que as pessoas só entendem quando vão vivendo que é um suporte bacana para a Gestão. Porque, o que é ser Gestor? É você ajudar a dar passagem, essa é a minha lógica de pensar a gestão. Como a gente vem trabalhando na PNH? O Gestor é aquele que possibilita e que potencializa as passagens, ele está ali para abrir e não para centralizar. (FORMULADOR 2)*

O entrevistado menciona que o trabalho da gestão deve estar voltado para o estabelecimento de negociações e de abertura de “passagens” ou caminhos para os demais profissionais participarem da tomada de decisões. No entanto, o trabalho de Bernardes et. al. (2007) é ilustrativo pois apresenta uma análise sobre os dilemas da gestão participativa e de seus mecanismos, ao mesmo tempo que este tipo de gestão favorece ampliar a democracia institucional, é colocada em xeque por alguns profissionais no interior dos

hospitais, como um modelo que não resolve, por exemplo, a falta de governabilidade no que diz respeito à contratação de novos recursos.

Ainda, no que se refere às diretrizes e os dispositivos da PNH, os formuladores resgatam que os mesmos são inseridos nas organizações hospitalares através de modos diferenciados em função das necessidades próprias de cada hospital, da cultura institucional, tipo de gestão, dentre outros elementos.

*A PNH ela entra na organização hospitalar de várias maneiras. Seja a partir da diretriz do “acolhimento”; seja a partir da diretriz da “saúde do trabalhador”; da diretriz “ambiência”; da diretriz “co-gestão”. A PNH ela tem princípios, diretrizes e dispositivos. Qualquer uma dessas diretrizes permite a entrada num certo estabelecimento de assistência a saúde. Tem-se demonstrado mais freqüente a entrada a partir da diretriz “acolhimento”. E mais especificamente uma discussão acerca da “porta de entrada nas emergências”. E aí então o tema é “acolhimento” e o dispositivo é “classificação de risco”. Acolhimento com classificação de risco! Isso não quer dizer que outras diretrizes não tenham permitido entrar no Hospital. Como por exemplo, “a saúde do trabalhador” ou, por exemplo, o tema da “visita aberta”, ou o tema “direito ao acompanhante”... (FORMULADOR 1)*

É preciso rever o conceito de diretriz e de dispositivo (já discutidos em capítulos anteriores). Diretriz é o caminho e o dispositivo consiste em um conjunto de experimentações e/ou arranjos para viabilizar a diretriz. Esse conjunto de diretrizes e dispositivos contemplado na política busca inovações e amplia a qualidade do atendimento e dos serviços prestados, mexendo nas estruturas organizacionais centralizadas e fragmentadas. A política de humanização parte de conceitos e dispositivos que visam à reorganização dos processos de trabalho em saúde, propondo centralmente transformações nas relações sociais, que envolvem trabalhadores e gestores em sua experiência

cotidiana de organização e condução de serviços; e transformações nas formas de produzir e prestar serviços à população. Pelo lado da gestão, busca-se a implementação de instâncias colegiadas e horizontalização das “linhas de mando”, valorizando a participação dos atores, o trabalho em equipe, a chamada “comunicação lateral”, e democratizando os processos decisórios, com co-responsabilização de gestores, trabalhadores e usuários. (Filho, 2007:1000).

*Então, pensar o dispositivo é pensá-lo assim: como aquilo que possibilita no concreto da experimentação da experiência implantar as diretrizes da Política. Por exemplo, quando você fala do GTH - que é o Grupo de Trabalho de Humanização -, é preciso sempre pensar os dispositivos na sua realidade de construção. Então, aqui no Rio, em alguns lugares, por exemplo, o GTH era só um lugar de poder. Primeiro os que tinham Portaria, depois quando desmonta a Portaria, mas, era o lugar onde concentrava o humanizador, então ele virou na verdade o lugar da humanização. Então na verdade um dispositivo que ao invés de funcionar disparando processos, agregando ações de humanização, fazendo rede com elas não é? Ele acabou virando muitas vezes um lugar de concentração de poder, de lugares marcados. Então, em alguns lugares a gente entende que o GTH tem que acabar!*

*Agora, por exemplo, você vai para a Região Norte, o GTH, em alguns lugares ali – e eu fui a Macapá, a Belém, Manaus –, tem sido um potente disparador de discussão nos Estados, nos Municípios, nas unidades, de juntar pessoas e de pensar mudanças. Então, todo dispositivo só pode ser avaliado no plano em que ele foi construído. (FORMULADOR 3)*

Ao tratar da discussão dos dispositivos, os formuladores ainda expressam a preocupação com algumas experiências intituladas “colegiadas” desenvolvidas em determinados Estados do país. Conforme relato anterior, o GTH, um dos dispositivos da PNH, funciona enquanto espaço para legitimar poder e interesses individuais e em outras realidades temos verdadeiramente a formação de um grupo compartilhado sendo um potente disparador de discussões sobre os serviços de saúde.

Com isso, um dos principais desafios residuiu em implantar e consolidar uma política que pressupõe mudanças nos mecanismos de gestão e de atenção. Não adianta apenas estabelecer os dispositivos e fazê-los funcionar. É necessário perceber de que modo os mesmos estão sendo elaborados e discutidos no interior dos hospitais.

*Você não pode dizer, o dispositivo em si é maravilhoso! Não, depende de como ele está sendo construído. Porque a força dele está no modo como ele é construído. Como você estava falando, por exemplo, classificação de risco. Se eu construo a classificação de risco numa emergência, sem discutir processo de trabalho sem botar quem está lá fazendo a classificação, e pactuando e lidando com acesso, com a rede interna e externa, fora disso e decretar... Não funciona! Aí você vai ter a parede pintada bonitinha, verdinha, amarelinha, mais classificação de risco você não vai ter sem mudança de modelo, sem mudança de processo. (FORMULADOR 1)*

A construção da política requer inovações no binômio gestão x atenção. A própria diretriz da Clínica Ampliada colocada pela PNH traz mudanças significativas nesse binômio. Campos & Amaral (2007) apontam a Clínica Ampliada como uma forma de repensar a clínica, reconhecendo a dimensão social e subjetiva das pessoas. A aposta é produzir mudanças nas formas de gestão dos hospitais, conseqüentemente no modo de ofertar os serviços, a partir da implementação da PNH. Essas mudanças devem caminhar na direção da ampliação do acesso, da melhoria das condições de trabalho, do reconhecimento do “outro” enquanto sujeito de direitos. Esse novo desenho proposto para as unidades hospitalares pretende diluir traços de uma administração tipicamente clássica centrada em esquemas de poder e na super especialização do trabalho. Os entrevistados apontam que a aposta na mudança dos modelos de gestão nos serviços de saúde sugerida pela PNH

tem mexido na modalidade de gestão caracterizada pela verticalidade e pela ausência de reflexão sobre o próprio processo de trabalho. A alteração desse modelo tipicamente taylorista tem sido realizada inicialmente com a atuação dos consultores da PNH (profissionais de saúde vinculados ao Ministério da Saúde, com vasta experiência na área institucional) que por meio de oficinas e seminários sensibilizam o gestor e gerentes e/ou coordenadores sobre o significado da política abordando o elemento da gestão como um componente central para propor a inovação e toda a implementação da política nos serviços de saúde, incluindo os hospitais. Os entrevistados ressaltam que a sensibilização em relação à política está direcionada também para as equipes de trabalho. A partir daí, um diagnóstico é delineado para identificar os principais problemas existentes no serviço de saúde e alternativas de ação são recomendadas no âmbito coletivo. Os formuladores mencionam que a lógica é mudada a partir de um novo desenho organizacional, com a criação das equipes de referência e de uma série de outros dispositivos. A etapa de implantação dos dispositivos não ocorre sem resistências. As principais resistências subjacentes à mudança no modelo de gestão, estão relacionadas aos trabalhadores que em grande parte se vinculam muito fortemente as suas corporações, mantendo o seu poder por meio dessa fragmentação. As afirmativas pontuadas são confirmadas pelos formuladores a seguir:

*A nossa aposta é que produza uma mudança na gestão! A nossa aposta assim, nos lugares que a gente tem visto essa discussão tomada com mais força isso tem mexido com esse modelo de gestão vertical, com esse modelo de gestão onde “quem pensa não faz, quem faz não pensa”. Então, tem mudado essa lógica. (FORMULADOR 2)*

*.....Essa idéia de equipe, a idéia de respeito ao direito do usuário, a inclusão do usuário como protagonista do seu*

*processo de tratamento, tudo isso pressupõe uma alteração no modelo de atenção. (FORMULADOR 3)*

*Então, a Clínica Ampliada, a ampliação da clínica é superar esse binômio “queixa & procedimento”, entender que o papel da clínica não pode ser só a remissão de sintomas, não é? Entender que o papel da clínica pressupõe prevenção, promoção da saúde, não só tratamento... Isso, necessariamente, obriga a uma alteração das práticas de assistência, e, a alteração das práticas de atenção não pode acontecer necessariamente sem a alteração das práticas de gestão. Se você vai trabalhar com o paradigma que é o da equipe de referência, você necessariamente altera seu processo de trabalho. E alterar processo de trabalho é mexer com a gestão e mexer em esquemas de poder, de um modo geral com as corporações. (FORMULADOR 1)*

Os formuladores acreditam que a PNH é uma política inovadora garantindo sustentabilidade aos princípios do SUS, contribuindo para a garantia do direito à saúde. A política visa estimular e fortalecer a adoção dos dispositivos (*já mencionados*) com o objetivo de ampliar a qualificação do sistema de saúde. Para a adoção dos dispositivos é necessária uma avaliação constante da sua funcionalidade e de seus resultados nos serviços de saúde. Neste sentido, a política de humanização é uma obra aberta, devendo ser (re) discutida permanentemente. A citação abaixo expressa a reflexão dos entrevistados:

*Então, na verdade a política é uma obra aberta. E essas diretrizes elas se concretizam em arranjos concretos dos trabalhadores, que são os dispositivos. Os dispositivos e as diretrizes elas são constantemente refeitas e alteradas, a partir da experiência que concreta do SUS. Por enquanto nós temos isso, se a gente for tirar uma foto hoje da política você vai ter um conjunto de diretrizes e um conjunto de dispositivos, mas isso não quer dizer que amanhã sejam essas mesmas diretrizes e esses mesmos dispositivos. Muitas diretrizes não existiam em dois mil e três (2003), não é? Elas foram se impondo. Outras perderam assim, a sua força. Então, é uma obra aberta, e o SUS obriga a gente estar constantemente ampliando esse cardápio de ofertas, esses dispositivos, e repensando as diretrizes do SUS. (FORMULADOR 1)*

Os formuladores pontuam que as mudanças no modo de gestão e na (re) organização dos processos de trabalho são desafios colocados para romper com uma cultura institucional baseada no poder das profissões e no corporativismo. Esses desafios estão relacionados ao reconhecimento da própria PNH na dimensão da formação dos profissionais de saúde, especialmente pelas escolas de Medicina. É preciso destacar que nas estratégias gerais da política, o eixo da educação permanente aparece como um importante componente para contribuir com a viabilização da política.

*“A sugestão é que a PNH componha o conteúdo profissionalizante na graduação, pós-graduação e na extensão em saúde, vinculando-a aos Pólos de Educação Permanente e às instituições formadoras”. (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004:11).* Como mostra o depoimento abaixo, um dos entrevistados descreve alguns dos dilemas e avanços neste campo da formação profissional, pois esta inclusão da PNH no eixo da educação permanente possibilitaria uma maior facilidade durante o período de implantação da política nos serviços de saúde.

*Em alguns lugares, por exemplo, no Pedro Ernesto, foram feitas algumas discussões de seleção para Residência e tem incluído discussões da Humanização. Em 2004, eles fizeram um processo seletivo, foi em 2005 onde ao invés de botarem só as questões, vamos dizer, de conduta técnica e de diagnóstico eles botaram situações para os futuros residentes discutirem. E foi uma loucura. Porque a maioria disse: isso eu não sei fazer! Eu sei dar o diagnóstico que você quiser. Então é assim. E, em alguns lugares você tem uma mexida, trazendo essa discussão para o processo..... Aqui no Antônio Pedro, com todo o caos que está à gente tem via Universidade, aqui o estágio que eu tenho com os meus alunos é feita uma articulação e discussão sobre a PNH com o pessoal de Residência; então dois residentes já acompanharam a gente o ano passado no processo de discussão da entrada. (FORMULADOR 2)*



Além de fornecerem as informações necessárias para a realização da pesquisa de campo, sugerindo investigar a experiência desenvolvida no Hospital Odilon Behrens- MG, por motivos já explicitados anteriormente, os formuladores demarcaram a efetividade da PNH na organização hospitalar apresentando a expressão da política em unidades de maior complexidade, no caso dos hospitais. Os trechos destacados evidenciam a dificuldade da PNH se afirmar como uma política nos hospitais. Segundo os entrevistados a PNH representa um avanço, apostando em mudanças positivas para as instituições de saúde e que serão construídas a partir do envolvimento do coletivo. As mudanças citadas pelos formuladores estão ligadas à adoção dos vários dispositivos: ambiência, constituição das equipes de referência, criação dos Colegiados de Gestão, entre outros.

Além disso, o relato dos entrevistados sinaliza que a PNH tem forçado uma discussão com a população-usuária por meio das instâncias colegiadas, tais como: o Conselho Local de Saúde, também através dos mecanismos de escuta e de recepção com acolhimento e por meio da visita aberta. No decorrer das entrevistas, os formuladores falam também da existência de uma dificuldade relacionada aos hospitais, caracterizada pela pouca aproximação dos profissionais com os usuários e seus acompanhantes. Essa característica é particularmente encontrada no âmbito dos hospitais pois na atenção básica já existe uma interação maior entre equipes de trabalho e população. A atenção básica possui menor complexidade, através dos eixos programáticos é estabelecida uma rede de diálogo e de conversações sobre a promoção e a prevenção de saúde, tradicionalmente existe um estímulo no que tange à

formação de equipes interdisciplinares, onde a responsabilização e o vínculo são elementos essenciais para o atendimento à saúde. Já nos hospitais, existe uma complexidade maior na prestação do cuidado, utilização do esquema de plantões com troca sistemática de profissionais, uma cultura com forte hegemonia da corporação médica, entre outros elementos. *Nos hospitais públicos, não é comum existir uma preocupação com a satisfação dos usuários, pois para alguns dirigentes é mais importante ter um bom padrinho no governo à clientela satisfeita.*

*Eu acho que a PNH tem, em algumas unidades hospitalares ela tem trazido uma força, ela tem forçado um pouco essa discussão com o usuário. A PNH tem forçado através dos canais de participação, tais como: Conselho Local de Saúde, entre outros. Mas, ainda é uma dificuldade, ainda é um enfrentamento muito difícil. A dificuldade está relacionada à própria cultura institucional da organização hospitalar. Principalmente nas unidades hospitalares, na atenção básica menos, porque é outra relação, é outro arranjo. Não é? Nas unidades hospitalares o usuário hoje ainda é visto como aquele que atrapalha. (FORMULADOR 3)*

*E em cada lugar, cada dispositivo vai ter uma força. É preciso que a gente entenda que é o “campo”, é lá a “unidade”, é o “serviço” são os trabalhadores que nos ajudam a construir o que a gente chama de “abrir meta”... Esse caminho que se faz no caminhar, não é? Não é que a gente esteja sem meta, à gente tem lá uma idéia, a gente tem uma proposta, agora se a gente não estiver atenta para os acontecimentos ali, que aquela experimentação nos traz, você não constrói a PNH. Porque a PNH é uma construção coletiva. Ela precisa de gente. Ela precisa de Rede. (FORMULADOR 2)*

### **5.2.2 - A Experiência Desenvolvida no Hospital Municipal Odilon Behrens- HOB/Minas Gerais**

O Hospital Municipal Odilon Behrens (HOB) é um Hospital Público Municipal<sup>95</sup>, Geral, de Urgência e Emergência e de Ensino, localizado no Distrito Sanitário Noroeste. Há 64 anos presta atendimento e está inserido na

---

<sup>95</sup> As informações coletadas sobre o Hospital Municipal Odilon Behrens foram extraídas do último relatório de gestão- 2003/2007 publicado em 2008 e do Documento Boas Práticas de Humanização da Gestão e da Atenção do SUS, 2006.

Rede Municipal de Saúde de Belo Horizonte<sup>96</sup> e oferece assistência integral e universal à saúde da população de Belo Horizonte e regiões de referência.

No plano nacional, a capital mineira mantém sua condição de referência para sistemas de saúde, conforme demonstram projetos que serão citados adiante. Este reconhecimento nacional coloca a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte com legitimidade junto ao Governo Federal e Estadual para a busca de incentivos, financiamentos e transferências de tecnologias de aperfeiçoamento da estrutura, gestão e assistência, consolidando parcerias. A Rede Municipal de Saúde, especificamente, conta com 15.984 trabalhadores e trabalhadoras, em última análise, responsáveis pela implantação desses projetos na cidade.

Belo Horizonte foi o primeiro Município mineiro a aderir ao Pacto pela Saúde. O pacto é resultante de longo processo de negociação das instâncias que compõem o SUS, versando sobre as obrigações, indicadores e metas de Estados, Municípios e União no campo do financiamento e da gestão do SUS, da promoção, vigilância e assistência à saúde. A adesão ao Pacto pela Saúde e a revisão do Plano Municipal de Saúde 2005- 2009, compartilhada com o controle social, e a criação do sistema de monitoramento do plano – MonitoraSUS – foram etapas importantes de pactuação externa e interna do projeto de saúde da cidade.

Foi atingido, em 2007, o número de 145 Centros de Saúde na cidade. A implementação do plano específico trouxe maior estabilidade das equipes do Programa de Saúde da Família, incluindo a realização do 3º concurso público, desde o ano de 2004.

---

<sup>96</sup> Os dados sobre a Rede de Saúde de Belo Horizonte foram extraídos do Relatório Final de Gestão de 2008.

São 508 equipes de saúde da família, com 1,7 milhão de pessoas cadastradas e 76% de cobertura da população da cidade no PSF. Além disso, há 200 equipes de saúde bucal e demais profissionais de apoio às equipes em toda a cidade. A rede de saúde possui 6 unidades de pronto-atendimento (UPA), 7 unidades de atenção secundária, o Hospital Municipal Odilon Behrens, além dos serviços e hospitais contratados conveniados ao SUS.

O Hospital Municipal Odilon Behrens constitui-se como uma referência para as urgências clínicas (pediatria, ginecologia e clínica médica), cirúrgicas (ortopédicas, neurológicas, buco-maxilo-facial, vasculares, cirurgia plástica, ginecológicas), com atendimento médio de 520 pacientes/dia. Sua Maternidade vem estimulando a redução dos índices de cesariana, realizando em média 2.617 partos ao ano, sendo que deste total 1831 são partos normais. É importante frisar que 8,5% dos partos são de recém-nascidos com peso inferior a 2.500 gramas. Na própria Maternidade é assegurado o direito da mulher ao acompanhante durante o trabalho de parto. Ainda foram capacitadas 50 mulheres conhecidas como “doulas”- nome dado às mulheres voluntárias que dão suporte emocional antes, durante e após o parto às gestantes que não contam com a presença de acompanhantes

Com atendimento exclusivo ao SUS assiste não só a população-usuária de Belo Horizonte, mas também pacientes vindos de outras cidades do Estado. Como Centro de Ensino e Pesquisa foi reconhecido como Hospital Escola, proporcionando estágios em fisioterapia, nutrição, enfermagem, medicina, informática, serviços administrativos, psicologia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e residência médica em várias áreas.

O HOB possui 436 leitos, sendo 348 nas Unidades de Internação, 88 na Unidade de Urgência e Emergência e 18 leitos de Hospital-dia, um Ambulatório de Especialidades e uma Unidade de Fisioterapia. A unidade ambulatorial presta atenção secundária em 35 especialidades e subespecialidades médicas, e realiza consultas de controle a pacientes inscritos no Projeto de Desospitalização. Nesta unidade está instalada a Clínica de Reabilitação e os Centros de Especialidades Médicas das Regionais- Pampulha e Noroeste. São cerca de 350 usuários atendidos por dia.

O Programa de Atenção Domiciliar faz parte do Projeto de Humanização que, além de promover a desospitalização dos pacientes favorece o fortalecimento do vínculo paciente- família.

O HOB tem vinculado à sua estrutura, o Núcleo de Cirurgias Ambulatoriais localizado no PAM Sagrada Família que realiza cirurgias de Otorrinolaringologia, Proctologia, Cirurgia Pediátrica e Geral, exames especializados de colonoscopia e fibronasovideolaringoscopia.

Os recursos diagnósticos e terapêuticos disponíveis são: banco de sangue, análise clínica, radiologia, tomografia computadorizada, ultrassonografia, endoscopia digestiva e respiratória, ecocardiografia magnética, hemodinâmica e anatomia patológica.

A área administrativa e financeira é um importante sustentáculo para o desenvolvimento de todas as atividades assistenciais. O seu quadro de pessoal é da ordem de 2.189 trabalhadores assim distribuídos: 454 médicos, 15 dentistas, 188 técnicos superior de saúde, 276 técnicos de serviço de saúde, 758 agentes de serviço de saúde, 137 agentes/auxiliares de administração e telefonistas, 14 motoristas/oficial de serviço e 347 terceirizados. O HOB realiza

Gestão Colegiada nas diversas instâncias, contando com a participação efetiva do Conselho Local e Municipal nas diretrizes e avaliação de suas ações. Seu corpo de gestão é composto pela: Superintendência; a Assessoria; as Diretorias de Atenção Ambulatorial e Urgência; Apoio à Assistência; Gestão, Informação, Trabalho, Ensino e Pesquisa; de Atenção Hospitalar e Administrativa- Financeira. Temos a presença dos Assistentes, das Comissões, dos Conselhos e da Assessoria de Comunicação, além de todas as Unidades de Produção. *(ver organograma em anexo).*

A missão do hospital é atender de forma humanizada e eficiente a criança, o adulto, a mulher e o idoso que necessitem de cuidados de emergência e urgência, de internação e de atenção especializada integrada à Política Municipal de Saúde.

Em síntese, é preciso destacar alguns dos principais avanços obtidos pela atual gestão do HOB:

- Projeto de Desospitalização
- Projeto Ambiência- Saúde com Arte
- Projeto “Comunicação com o Paciente com Dificuldades de Fala”
- Projeto de Atendimento Humanizado às Mulheres Vítimas de Violência Sexual
- Hospital Amigo da Criança
- Projeto Posso Ajudar?
- Criação da Associação dos Amigos do HOB
- Existência da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho

- Criação do Conselho Fiscal e do Colegiado Gestor Ampliado, além do Conselho Local de Saúde reafirmando seu papel de controle social no planejamento do hospital e na implantação dos dispositivos da PNH
- Mesa de Negociação e Relações de Trabalho
- Acolhimento com Classificação de Risco
- Existência da Clínica Anti-Coagulação
- Reabertura da Unidade AVC- Acidente Vascular Cerebral
- Criação das Unidades de Produção
- Clínica ampliada
- Equipes de referência e de apoio matricial
- Visita Aberta
- Elaboração e publicação dos protocolos clínicos formulados pelas equipes de trabalho
- Modernização tecnológica e logística
- Padronização de toda a medicação usada no hospital
- Responsabilidade ambiental com a criação do Plano de Gerenciamento de Resíduos
- Criação da Comissão de Ética Institucional com a formulação do Regulamento de Ética dos Trabalhadores que integram o quadro do HOB
- Existência da Assessoria de Comunicação
- Promoção da gestão do trabalho, do ensino e da informação
- Residência Multiprofissional
- Criação do Núcleo de Saúde do Trabalhador



- Criação dos Contratos Internos de Gestão
- Prestação de Contas com publicização das receitas e das despesas

Porém, o principal avanço está relacionado à existência da Política Nacional de Humanização na Saúde no interior do HOB contemplando as recomendações em nível nacional e afirmando o compromisso do hospital com a Política Municipal de Humanização. A Política Municipal de Humanização tem seus princípios e diretrizes orientados pela Política Nacional de Humanização (PNH). Um princípio norteador fundamental é garantir o protagonismo dos vários atores envolvidos na construção do SUS.

Pensando então no estágio de aprofundamento do SUS em Belo Horizonte, a Secretaria de Saúde prioriza os seguintes dispositivos: valorização do trabalho e dos trabalhadores da saúde, especialmente os trabalhadores do SAMU e unidades de urgência, a gestão colegiada e participativa, e a discussão com usuários e trabalhadores para a diminuição da chamada violência institucional, discussão da carta de direitos dos usuários e melhoria dos ambientes de trabalho– ambiência.

De acordo com o relatório de gestão de Belo Horizonte (2008:125-126), as ações realizadas foram direcionadas para estas prioridades, destacando-se como principais realizações as rodas de conversa com os trabalhadores do Serviço de Atendimento Médico de Urgência- SAMU, realização de oficinas de discussão do processo de trabalho na Unidade de Pronto Atendimento-UPA Nordeste, oficina sobre ambiência com a presença dos distritos sanitários, arquitetos e engenheiros das regionais e da Superintendência de Desenvolvimento da Capital- SUDECAP, participação junto ao Centro de

Educação em Saúde- CES na elaboração da proposta e capacitação dos funcionários que atendem nas recepções das unidades, realização de um seminário abordando os vários aspectos da violência na saúde, realização de duas oficinas sobre cultura de paz, priorizando a participação dos Centros de Saúde em condição de maior vulnerabilidade. A implantação da classificação de risco nas Unidades de Pronto- Atendimento – UPAs e a adoção do Sistema de Informação- SISREG, buscaram estimular a fixação dos médicos em Centros de Saúde localizados em áreas de maior vulnerabilidade social, a implantação das linhas de cuidado da criança, mulher, idoso, cardiologia e vascular periférica, o projeto de cirurgia eletiva, as discussões sobre as diretrizes da Atenção Básica, as reformas e ampliação da rede física, o Programa de Atenção Domiciliar (PAD), a política de saúde mental e as ações de promoção à saúde, dentre outras, considerando a transversalidade da PNH, constituem-se em ações de humanização, na medida em que contribuem para o avanço na concretização dos princípios da universalidade, integralidade e equidade no SUS.

A escolha de prioridades da PNH em Belo Horizonte busca respeitar o processo de construção do SUS na cidade, o qual já vem adotando há vários anos algumas ações<sup>97</sup>, dentre eles, por exemplo, o próprio acolhimento, que não se implanta a partir da política, mas que precisa ser sempre revisitado e aprimorado, por tratar-se de uma estratégia preciosa na garantia do acesso.

---

<sup>97</sup> O acolhimento surgiu durante a implementação do **Projeto Vida** em 1994 pela Secretaria Municipal de Saúde durante a gestão democrática popular que tinha assumido o governo em Belo Horizonte desde 1993. A princípio o **Projeto Vida** esteve voltado para a redução da mortalidade infantil, posteriormente o projeto buscou não só priorizar a saúde da criança mas reforçar a ampliação do vínculo entre a equipe de saúde e a população, favorecendo o acesso aos serviços de saúde, através de um acolhimento de qualidade em todos os níveis de assistência, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida. (Malta et. ali., 1998:127).

A respeito da importância da PNH e da sua efetividade no HOB que, a seguir, apresentarei os principais resultados desta pesquisa a partir da experiência desenvolvida no interior da respectiva unidade hospitalar.

#### **5.2.3.1 - O Contexto de Implantação da PNH na Unidade Hospitalar**

A direção do hospital assumiu essa proposta que inicia-se em março de 2003 sugerindo a adoção de um modelo organizacional horizontalizado

adotando como estratégia a gestão colegiada e participativa. Essa estratégia se fez necessária para lidar de maneira construtiva com vários problemas existentes naquele período, tais como:

Fragmentação dos processos de trabalho em decorrência da multiplicidade de especialidades médicas e profissões de saúde. Observou-se ainda a indefinição da responsabilidade sanitária de equipes e profissionais com consequências negativas sobre os vínculos entre usuários e profissionais. Insuficiência de intercâmbio comunicacional, inadequações da estrutura física e do parque tecnológico, além do déficit financeiro. (RELATÓRIO DE GESTÃO DO HOB, 2003-2007).

A escolha pela gestão participativa ocorreu em função de experiências exitosas anteriores já realizadas em Minas Gerais, dentre elas: o modelo assistencial de Betim-MG. Oliveira (1997:339) em seu estudo sinaliza a importância da assistência hospitalar pública em Betim que desde 1994 vem criando inovações no campo da gestão. O grupo diretivo do Odilon Behrens é proveniente dessa experiência em gestão realizada no âmbito de Betim e os entrevistados expressam a sua credibilidade na modalidade participativa. A gestão participativa contribuiu para a discussão e implementação da PNH na unidade.

*Em realidade a gente assumiu a direção, eu já fazia parte desta direção antes da Superintendente atual que é a X. Eu entrei para a direção em 2001, na diretoria anterior eu exercia o cargo de Diretora de Medicina. E quando a X veio, eu passei de Diretora de Medicina para Diretora de Urgência. E ela, como já tinha a experiência em Betim da Gestão Participativa e Gestão Colegiada, logo quando ela entrou a primeira determinação da sua Gestão foi a construção do Planejamento para os próximos quatro (4) anos dentro da linha da Gestão Participativa. Então, inicialmente, já no primeiro semestre a gente já tinha o Planejamento dos próximos quatro (4) anos com relação aonde a gente gostaria de chegar. E uma das coisas que a gente gostaria de alcançar era chegar ao fortalecimento da Gestão Colegiada dentro do Hospital. Então, quando a PNH veio, e já veio em 2004, chegou para a gente aqui em torno de 2004, ela já chegou com os Colegiados*

*montados e com a Gestão Participativa já funcionando. Então eu falo que houve o casamento entre o que a gente já vinha desenvolvendo e tinha interesse com novas pessoas trazendo novas idéias e ampliação da participação e desses quesitos relacionados à Humanização. (GESTOR 2)*

Este contexto possibilitou a introdução da PNH no HOB em decorrência de algumas condições favoráveis já existentes, tais como: incorporação da gestão participativa no hospital com uma discussão prévia do dispositivos-Colegiados e Conselho Local de Saúde, além de oficinas e seminários de sensibilização com o apoio de consultores do Ministério da Saúde, tendo como públicos-alvo- trabalhadores e gerentes. Com isso, a gestão participativa é uma modalidade de gestão que requer constante negociação exigindo o funcionamento permanente dos Conselhos Locais de Saúde e dos Colegiados Gestores, instâncias de participação fundamentais para a ampliação da democracia institucional. A experiência do Odilon Behrens busca incorporar os mecanismos de gestão participativa merecendo destaque o papel dos conselhos visando à humanização e a qualificação da assistência. Essas condições foram essenciais para o estabelecimento da PNH no âmbito do hospital.

*É importante lembrar também, o seguinte, que quando a gente entrou em 2003 com a Gestão Participativa, primeiro criamos todas as condições para instalar os instrumentos sociais. Assim foi resgatado o Conselho Local que não tinha. Então, tudo foi antes da PNH. A gente reativou o Conselho Local que se reúne toda primeira segunda-feira do mês até hoje; fizemos um Estatuto que a gente chama de “Conselho de Ética Institucional” que foi montado, quer dizer o “Comitê de Ética Institucional” busca resolver qualquer problema entre funcionários, então, qualquer problema entre funcionários é encaminhado para esse Comitê. E aí o Comitê chama as pessoas envolvidas... Isso, então foi ativado esse Comitê de Ética Institucional; foi feito também até antes, uma mesa para conversar com o trabalhador, que era o mesmo Colegiado*

*Ampliado com o trabalhador e tudo, mas que não deu certo. Porque foi numa época de (re) eleição do Sindicato dos Trabalhadores e aí essa mesa se esvaziou. E, a partir então desse esvaziamento da mesa foi que a gente fortaleceu os Colegiados para poder ter um espaço de discussão Participativa. Então todos esses arranjos que a gente fez aí na questão do social, tanto para o fortalecimento do envolvimento tanto do usuário como do trabalhador, foi anterior a PNH. Inclusive a reforma que a gente achava que devia estar fazendo melhor, para resolver a questão do acolhimento, a gente também iniciou antes da PNH, ela já estava a caminho quando o pessoal da PNH começou a vir aqui. Então a gente fala assim, que o campo já estava pronto antes e quando chegaram às outras pessoas com as outras idéias elas chegaram para agregar ao que nós já vínhamos fazendo. (GESTOR 2)*

De acordo com o entrevistado acima, já existia uma implicação prévia dos gestores com a proposta da política de humanização. Essa implicação prévia é fruto de uma trajetória histórica desses gestores com a gestão participativa. Já havia um comprometimento e um conhecimento sobre a modalidade de gestão apresentada em decorrência das experiências vivenciadas por esses gestores no Município de Betim e também em Belo Horizonte devido à presença da equipe do LAPA-UNICAMP para a implementação do **Projeto em Defesa da Vida** (*já visto anteriormente neste estudo*) cuja centralidade é a gestão colegiada e participativa. A Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte explicitou a sua decisão de implantar a gestão colegiada em todos os níveis do sistema. Sabe-se que hoje a Secretaria conta com inúmeros Colegiados e fóruns de discussão em diferentes estados de aprofundamento na democratização da gestão. O último seminário de humanização<sup>98</sup> realizado no Município foi um potente espaço onde as

---

<sup>98</sup> Os dados da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte sobre o Seminário de Humanização foram retirados do portal [www.pbh.gov.br/smsa/seminario\\_humanizacao](http://www.pbh.gov.br/smsa/seminario_humanizacao), com acesso em 14 de abril de 2009. Este Seminário foi realizado no ano de 2008 no Município de Belo Horizonte- MG.

experiências em humanização foram avaliadas e novos patamares puderam ser pactuados no sentido de avançar na compreensão e no exercício da democratização da gestão. Esses antecedentes históricos estimularam a consolidação da PNH modificando, concomitantemente, a gestão hospitalar. A profissionalização da gestão e um novo desenho de estrutura organizacional foram requisitados para produzir verdadeiramente a política de humanização no interior do hospital. Não tinha como desenvolver a política sem propor um novo arranjo institucional. Uma nova organização por Unidades de Produção foi discutida e adotada superando a lógica de departamentalização ainda existente em muitos hospitais públicos. Esse sistema de direção está pautado na gestão colegiada, na autonomia das Unidades de Produção caracterizada pelo processo de trabalho em equipe e cujo o resultado é um produto bem definido e a comunicação lateral (Cecílio, 1994: 219). Essa lateralização é fruto de uma mudança no organograma (*ver em anexo*) da organização. No caso do Odilon Behrens, o seu organograma rompe com as linhas verticais de relacionamento. Essas mudanças puderam ser descritas pelo relato do entrevistado, a seguir, apontando os avanços que a PNH trouxe para o hospital:

*Na verdade quando a gente iniciou a Gestão em 2003 existia o Programa de Humanização, não era ainda a Política de Humanização. Eu assumi o cargo eu tive uma liberdade, apesar de haver a exigência de que para ocupar esse cargo eu teria que ter Especialização em Saúde Pública, e mais especificamente formação em Administração Hospitalar, era também um cargo de confiança do Prefeito. E quando eu fui nomeada ele me deu a liberdade de compor a minha Equipe. E eu escolhi, portanto, pessoas que tinham experiência em trabalhar com Gestão Participativa. Então quando eu assumi a Superintendência, ainda que não tivéssemos a PNH formulada como hoje ela é já existia alguns princípios que inclusive moveram a formulação da PNH. E eu já havia participado de outras Gestões em outros Municípios com alguns desses princípios. Então a Humanização; a Gestão Participativa; a Co-Gestão; vários dispositivos já existiam nas idéias. E isso desde*

*2003, quando eu assumi, a gente já veio buscando implantar. E uma das coisas que a gente começou foi pela Gestão. Porque quando nós fomos montar a questão dos Colegiados percebemos a primeira dificuldade que era, para ter os Colegiados e trabalhar em co-gestão, seria o modelo organizacional do Hospital que não favorecia a co-gestão. Nós tínhamos um Organograma todo organizado por funções, então a gente tinha um Departamento Médico, um Departamento de Enfermagem e Técnico de Enfermagem, um Departamento de Administrativo Financeiro. E isso dificultava muito a forma que a gente gostaria de trabalhar que era por Unidades de Produção. Então esse movimento nosso começou antes do Programa de Humanização se tornar a Política Nacional de Humanização. (GESTOR 1)*

Além disso, foi mencionado o apoio institucional fornecido pelo Ministério da Saúde ao hospital para a implantação da PNH. O papel dos consultores contribuiu para o estudo e conhecimento da política, tendo como públicos-alvo trabalhadores e gerentes. *Iniciando discussões sobre a constituição das Unidades de Produção o que implicaria na rearticulação do hospital em sistemas de co-gestão ou em departamentos interprofissionais. (RELATÓRIO DE GESTÃO DO HOB, 2003-2007).*

*E isso aconteceu em 2004. Mas, em 2004 já existia a PNH. Em 2003, eu acho que o Odilon andou sempre discutindo com os formuladores da PNH e ainda não existia formalmente como uma Política Nacional. Quando a Política foi regulada, eu acho que também nossas discussões estavam bem maduras. E aí a PNH fortaleceu a implantação de vários dispositivos aqui no Hospital. E então a PNH teve um papel muito importante para nós. Porque além deles nos acompanharem, nós contamos com o apoio de Consultorias. (GESTOR 4)*

O papel do Curso de Formação de Apoiadores também foi mencionado como uma estratégia fundamental para disseminar e fortalecer o significado da PNH em nível nacional e local intensificando os processos de humanização com a capacitação dos trabalhadores da saúde.



*Eu penso que a PNH, com esse movimento que eles fizeram, principalmente com o Curso de Apoiadores que eles criaram, realmente eu acho que o Curso de Apoiadores foi uma estratégia, talvez, a de mais repercussão. Porque o Curso foi criando elementos para o desenvolvimento da Política dentro do próprio Hospital, e isso nos diversos Hospitais do Brasil. (GESTOR 3)*

Os sujeitos entrevistados no Hospital Odilon Behrens, pontuaram também a importância do QUALISUS<sup>99</sup> como um programa que ajudou a viabilizar a discussão da PNH no Odilon Behrens sendo extremamente importante para a qualificação dos hospitais públicos, contemplando em seu conteúdo alguns eixos de humanização da assistência. Bittencourt e Hortale (2007:930) sinalizam que esses eixos estruturadores do QUALISUS se coadunam com os princípios do HUMANIZASUS, pois se referem à: (1) *resolubilidade, eficácia e efetividade da atenção à saúde*; (2) *redução dos riscos à saúde*; (3) *humanização das relações entre os profissionais, entre os profissionais e o sistema de saúde, e entre os profissionais e os usuários do sistema*; (4) *presteza na atenção e conforto no atendimento ao usuário*; (5) *motivação dos profissionais de saúde*; (6) *controle social na atenção e organização do sistema de saúde do país*. Em relação ao QUALISUS, o gestor do Odilon Behrens destaca:

*E junto com a PNH veio também o investimento que foi o QUALISUS. O QUALISUS, também, foi um pouco antes da PNH. A PNH veio em meados de 2004 e a QUALISUS no início de 2004. O que eu lembro assim é que o QUALISUS também tinha dentro dele, e aí era uma política que vinha fechando uma ação do Ministério da Saúde da qualificação dos Hospitais porque teve aquele Curso de “Qualificação de Gestão” que foi*

---

<sup>99</sup> Programa já definido no item - análise das entrevistas com os formuladores da PNH, onde os mesmos demarcam a importância do QUALISUS para a implementação da PNH nos hospitais.

*para alguns Diretores de Hospitais. E aí veio o QUALISUS para dar esse suporte; e ele veio, também, com alguns eixos de humanização; ele tinha cinco eixos, o QUALISUS, e eu me lembro bem porque era muito interessante. Um dos eixos dele, por exemplo, é a classificação de risco na Urgência. Foi antes da PNH! É claro que essas coisas acontecem todas ao mesmo tempo e as idéias são imbricadas, então é claro que as pessoas que já estavam no QUALISUS, provavelmente já tinham alguma idéia da Política Nacional, ou já estava construído .... Então foi muito interessante esse começo da Gestão da PNH, então, ela já tinha uma base. (GESTOR 1)*

As estratégias utilizadas pela equipe de direção do hospital consistiram na discussão coletiva em torno da PNH. Era preciso entender o sentido da humanização, levar para os trabalhadores esse debate e as mudanças necessárias para provocar a adoção da política. Esse processo não é vazio de resistências e de contradições. As resistências e contradições apontadas pelos entrevistados no momento de implementação da política estiveram relacionadas à falta de aceitabilidade e adesão por parte de alguns profissionais (*esses profissionais em sua maioria eram médicos e alguns gerentes*) à proposta. CAMPOS (2007:140), aponta que toda mudança é doída....*Podemos concordar com o sentido de uma dada mudança, mas, ainda assim, teremos um papel de questionar as maneiras e os tempos de experimentar essa mudança.*

Ainda, os gestores pontuaram que envolver toda a equipe foi um processo difícil, tirar as pessoas de sua prática usual e objetivar a construção de novas práticas não é algo tranquilo. Outro elemento essencial para ser analisado foi a resistência apresentada por alguns gerentes na etapa de implantação da PNH no hospital. Os gerentes e suas equipes estavam “acostumados” com o exercício de uma prática de gestão voltada para a culpabilização individual pelos erros e acertos. Na gestão participativa este tipo

de ação gerencial voltada para a retaliação não funciona, pois o grupo deverá assumir a responsabilização pelos resultados e produtos do seu trabalho. O trecho abaixo evidencia o depoimento do gestor em relação ao papel gerencial:

*Eu acho que a maior dificuldade mesmo é o apoderamento das pessoas... Elas, de certa forma continuam achando que tem que ter um pai, ou uma mãe...É uma questão cultural, uma questão de achar que é sempre melhor ter alguém que vai ser responsabilizado tanto nos erros quanto nos acertos, do que transformar isso numa participação em grupo em que também os erros e acertos serão divididos todos. Não mais uma culpa, ou um bônus, para aquela pessoa que tomou a decisão. (GESTOR 4)*

Durante a fase de proposição da PNH, os gestores também relataram que já existia um grupo de humanização no interior da instituição, realizando ações pontuais, composto por alguns profissionais do hospital tentando puxar a discussão dos programas de humanização e não da política. Quando tentaram discutir a política com os demais trabalhadores, o processo não deu certo, o mesmo grupo não conseguiu avançar. Daí, a gestão do hospital decidiu pensar a humanização como uma proposta da direção.

Por isso, de acordo com o relato dos entrevistados foi feito um processo de sensibilização com os profissionais do hospital com a finalidade de esclarecer a proposta da PNH. As estratégias adotadas foram:

*...Sempre “Oficinas”.....Nós sempre fizemos tudo aqui em sistema de grandes “Oficinas”, então, como a Gestão é Participativa para a gente lançar alguma coisa, realizar alguma idéia, sempre é através de uma Oficina. A PNH, por exemplo, a gente fez uma grande Oficina com todos os funcionários, claro que nem todos, mas houve uma grande participação inclusive popular com o Conselho de Saúde Local, quanto dos funcionários. (GESTOR 2)*

*Então a primeira coisa que a gente fez foi um grande Seminário para discutir com o trabalhador porque existia uma insatisfação enorme, talvez a Superintendência anterior tivesse tido muitos conflitos com eles. E talvez mesmo porque se tivesse mantido nessa linha de trabalho centralizado. E, os trabalhadores do Odilon eles gostam de participar, a gente pode perceber isso. Mas, havia uma insatisfação enorme, a política salarial era muito ruim, não tinha uma definição clara, era uma discrepância salarial com outras entidades, com outras instituições, inclusive com a própria Prefeitura. Enfim, havia essa insatisfação e nós fizemos um movimento grande em função desse Seminário. E nesse seminário nós expusemos como a gente queria trabalhar, nessa forma de Gestão Participativa, e que víamos dificuldades para isso pela forma como o Hospital estava funcionando. Por exemplo, eu era médica do berçário e dava assistência a uma criança e percebi que entre mim e a enfermeira que também cuidava da criança não havia a mínima relação para discutir a saúde daquela criança. Cada uma fazia o melhor que podia, mas, de maneira isolada. E isso era um problema, e a gente percebia isso. E fora que cada dia um, cuidava de um menino diferente. (GESTOR 1)*

A fala do gestor revela que no processo de implementação da PNH no hospital havia uma discrepância salarial muito grande entre os profissionais, isso dificultou a discussão de qualquer inovação gerencial e/ou política.

*Para isso, primeiro, o que a gente fez também foi discutir a questão do trabalho, dessa relação de trabalho e da questão salarial nós criamos uma mesa, a mesa de Gestão Participativa, assim nós a chamamos no começo. Essa mesa começou a discutir essas questões; e paralelamente a gente começou a organizar os processos de trabalho. A gente sabia que queria organizar por linhas de cuidados da criança, da mulher, do adulto... (GESTOR 4)*

Para resolver a questão salarial dos trabalhadores do HOB, incluindo outras situações relacionadas ao processo de trabalho, primeiramente foi criada pela direção do hospital juntamente com os demais gerentes- a Mesa de Negociação e Relações de Trabalho em 2003 para estabelecer negociação e

pactos entre direção e trabalhadores. Posteriormente, foi criado um Plano de Cargos e Salários para a reorganização das carreiras e dos salários.

*Então, a primeira discussão a favor da Humanização foi como a gente vai organizar – e era até a questão da assistência mesmo – a assistência para que essa assistência seja uma assistência ética – que foi uma das palavras que nós mais frisamos e os profissionais do Hospital mais citaram na época em que discutimos a palavra “humanização”. O que ela significava; e o que representava para o Hospital. E acabou que essa palavra batia muito com a questão da ética, com poder fazer o melhor e de buscar a qualificação também. Então, eles não diferenciavam muito da assistência do dia-a-dia, mas a gente precisava mudar a forma de organização, por isso que a gente também não concebia a humanização separada da gestão. (GESTOR 3)*

O relato do gestor, a seguir, aponta que antes de março de 2003, ou seja, momento anterior à atual gestão e à implantação da PNH no hospital, o processo de trabalho era profundamente segmentado. Com a finalidade de superar as dificuldades apresentadas foram realizados seminários com a presença da consultoria do Ministério da Saúde envolvendo os trabalhadores e discutindo essa fragmentação do trabalho existente na época. Para criar um trabalho em equipe na concepção de “*equipes de referência*” era preciso *integrar e ampliar a responsabilidade e o vínculo entre profissionais e usuários.* (CAMPOS e DOMITTI, 2007:400).

*Na época, a gente até se preocupava porque no Hospital existia um Grupo de GTH e que eu via muita dificuldade dele se tornar efetivo, porque eram pessoas com a maior boa vontade, mas, muito desvinculadas do trabalho diário da humanização. E a gente enxergava - eu e a Diretora que tínhamos assumido -, que a humanização deveria acontecer por inteiro, o tempo inteiro. Não tinha uma forma de você trabalhar e fazer a humanização diferente. A gente queria que a humanização fosse o tempo inteiro, como respirar. Meu sonho é que a humanização no Hospital fosse como o respirar; uma coisa que fizesse parte da gente, que não tivéssemos que fazer esforço nenhum, que fosse uma coisa bem arraigada na*

*gente. E a partir disso começamos o movimento de discutir a organização, como fazer as equipes se integrarem. E aí a gente viu que desse jeito não tinha jeito o Hospital estava todo segmentado os médicos, os enfermeiros, o Serviço Social! E começamos a fazer seminários e convidamos pessoas do Ministério, ainda não tínhamos a Política, mas, discuti muito sobre a lógica que nós estávamos enxergando, a consultora também concordou que estariam reformulando o Programa para ser uma Política, dentro de alguns preceitos que mais ou menos a gente imaginava. Então, na verdade a gente iniciou até um pouco antes de ter a PNH. Nós começamos até porque já tínhamos a prática de outras gerências de outra época. (GESTOR 4)*

Com base no depoimento dos gestores, verifica-se que um dos maiores desafios está relacionado ao comprometimento das pessoas e a gestão do trabalho. Segundo os entrevistados, a PNH ao ser introduzida e mantida enquanto uma política necessitou do envolvimento das pessoas. Constantemente os objetivos e as propostas da política são reforçados no âmbito do hospital. Merhy (1999:308) evidencia que nesse espaço de ação de sujeitos sociais, que agem para produzir certa conformação das necessidades como foco de políticas de saúde, a multiplicidade dos atores envolvidos tem mostrado a impossibilidade de se ter, nas políticas instituídas, o abarcamento do conjunto dos interesses constitutivos do setor saúde, a não ser por pactuação social, expressa das formas mais distintas: por mecanismos mais amplos de envolvimento e negociação. A reflexão do gestor, a seguir, demonstra a preocupação com o envolvimento das pessoas, o desafio é reverter a lógica da resistência com uma negociação aberta incluindo novas possibilidades e estimulando o protagonismo dos trabalhadores neste processo.

*Eu acho que é o envolvimento mesmo das pessoas. Porque, primeiro nós tivemos um período grande de discussão sobre o*

*que é humanização, inclusive o peso da palavra humanização gerou muita polêmica. E essa questão de estar envolvendo as pessoas para a Proposta, é um desafio. Você conseguir conquistar as pessoas para uma nova prática, tirá-las da prática usual. Esse foi um dos grandes desafios nossos e tem sido para conseguirmos envolver toda a equipe. (GESTOR 3)*

#### **5.2.3.2 - Os Dispositivos Institucionais da PNH existentes no Hospital**

Os dispositivos implantados ou em processo de implementação no HOB refletem um novo modo de operar, que é o da construção coletiva, significando intensa **mobilização e movimento a partir de rodas de discussão, problematizações de situações e construção de propostas.**

Inicialmente, a gestão participativa foi pontuada como um elemento fundamental para a viabilização da política e a partir das discussões travadas foi possível produzir um desdobramento trazendo à tona a necessidade de empregar outros dispositivos para a organização dos fluxos, melhoria do atendimento, avançando na qualificação da assistência. Os gestores abaixo apresentam as razões pelas quais os principais dispositivos foram criados:

*Nós começamos com dois grandes dispositivos, a Gestão Participativa que já era uma Proposta nossa e estávamos na discussão do Colegiado, e o outro que a gente pegou foi o acolhimento com classificação por risco e a visita aberta. (GESTOR 1)*

*No processo de discussão da Gestão Participativa e da criação dos Colegiados das Unidades de Produção a gente foi sentindo a necessidade de entrar em contato com o Colegiado da Unidade e fazer a discussão sobre as equipes de referência, de apoio e daí a discussão começou a puxar então a Clínica Ampliada; o porquê das equipes de apoio; o porquê das equipes de referência; e como envolver essas equipes? Então aí a gente passou a Discussão da Clínica Ampliada e aí puxando também – o que é o processo em que estamos atualmente – o Projeto Terapêutico Individual. Então foi junto! À medida que a gente ia discutindo um dispositivo, a gente sentia necessidade de abordar o outro dispositivo e puxando um processo de discussão. (GESTOR 2)*

*Foi um desdobramento, com cada dispositivo. Na visita aberta, por exemplo, há necessidade da participação e da inserção da Rede Social do Usuário mais presente dentro do Hospital... E aí puxava o por quê? Por que ele melhora? Mas melhora, por quê? Como a gente percebe isso e o envolvimento do familiar? E aí puxava a questão do envolvimento do familiar e dos cuidados com aquele paciente que é dependente; é a família*



*que vai cuidar e como a família vai fazer isso. Então o que é que nós fazíamos? Vinha um paciente para cá e a gente entregava um paciente dependente para a família sem nenhuma.... toma agora é seu, nós já tiramos ele do risco! Ele salvou e agora ele está totalmente dependente de você. Mas, e aí, que tipo de atenção ele tem que receber em casa? Então a gente começou a trazer o familiar uma semana antes da alta treinando. Agora não, como a família está aqui direto, ela vai participando e se capacitando para promover esses cuidados no domicílio. Essa discussão na implantação da visita aberta a gente debateu nas Oficinas: o porque dessa inserção, o porque de precisar trazer a Rede Social para cá; uma das coisas que muito facilitou foi a discussão do cuidado para resolver o envolvimento da família, quer dizer, a co-responsabilização da família no cuidado, e do próprio paciente também! (GESTOR 3)*

A implantação do acolhimento no HOB significou também disparar muitos outros dispositivos da humanização que começaram a ser discutidos nos Colegiado pois era necessário uma adequação do espaço físico para a consolidação deste dispositivo. Neste sentido, foi feita uma proposta de reformas físicas, onde várias mudanças nos projetos arquitetônicos puderam ser viabilizadas, buscando melhorar a *ambiência* de diversos setores do hospital. Os gestores revelaram que para a implementação dos dispositivos no hospital houve todo um processo de sensibilização e mobilização dos trabalhadores envolvidos no processo de produção da saúde.

Essa mobilização para a incorporação do acolhimento nas unidades também ocorreu na Rede Municipal de Serviços de Saúde. Em Belo Horizonte, a atuação do controle social com a participação dos conselheiros sempre foi um componente essencial para produzir a melhoria dos fluxos de atendimento vinculados às Portas de Entrada dos serviços de Urgências.

*Na primeira semana da implantação do acolhimento com a classificação de risco - essa é uma coisa que vale a pena*

*ressaltar - os Conselheiros de Saúde fizeram um Plantão. Foi tão interessante! Emocionante mesmo! Eles se propuseram! Bem nós tínhamos discutido no Conselho Local de Saúde, nós queríamos trabalhar com esse dispositivo. Sempre nós discutimos no Colegiado Ampliado e os Gerentes levam para os Colegiados das Unidades de Produção deles e rediscutem, só então depois de tudo aprovado é que a gente implanta o dispositivo. E então, os Conselheiros se dispuseram a ficar uma semana de Plantão ajudando, a gente, aos trabalhadores, a explicar para a população a lógica do acolhimento com a classificação de risco; o porquê era amarelo; o porquê era vermelho; o porquê é que eles tinham que esperar um pouco mais pela vez; e porque o amarelo passava na frente. Esclarecer diminuía o conflito. Antes era por ordem de chegada e com a mudança, quase sempre, os que chegavam mais cedo ficavam para trás. E os conselheiros ficaram uma semana das sete da manhã até de noite esclarecendo a lógica da mudança! Cada dia um deles. (GESTOR 4)*

Essa mobilização dos conselheiros, dos trabalhadores da saúde, dos representantes dos usuários e gerentes do HOB e das Unidades de Urgências de Belo Horizonte resultou na constituição de um amplo Fórum para deliberar a implementação do Acolhimento com Classificação de Risco nos Serviços de Urgências do Município.

*Por que? Em 2004, em Belo Horizonte a gente criou, na mesma época da PNH, um Fórum nosso de Urgência e Emergência e uma das questões que a gente começou a discutir nesse Fórum foi a implantação do acolhimento com a classificação de risco nas Portas de Urgência como um todo, em Belo Horizonte. Então, hoje, todos os Prontos Socorros de Belo Horizonte tem acolhimento por classificação de risco. Então a população que a princípio poderia ter alguma dificuldade de entender a lógica, hoje não sente tanta dificuldade quando chegam aqui no Hospital, mesmo que não tenha o mesmo Protocolo. Até porque a PNH ainda não tem buscado trabalhar com um Protocolo Clínico Único, ela trabalha com uma Diretriz Clínica. Por isso, ainda que não seja o mesmo Protocolo Clínico, a gente tem uma Diretriz Clínica em todas as Unidades, então, o usuário que vier aqui e depois for a qualquer uma das Portas de Urgência ele vai ter o mesmo critério, um critério semelhante de acolhimento com classificação de risco. Então a população hoje, ela entende essa lógica muito melhor. E acabou que nesse Fórum a gente foi criando, construindo uma forma mais integrada da Rede.*

*Hoje aqui no Odilon, ele se responsabiliza, é referência para alguns “Centros de Saúde” de Belo Horizonte, os mais próximos da nossa Regional; ainda somos referência para algumas Unidades de Pronto Atendimento- UPAs que são Unidades menos complexas para atendimento aos pacientes mais críticos... (GESTOR 1)*

O Acolhimento com Classificação de Risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento de acordo com o potencial de risco, agravo à saúde e grau de sofrimento.

*Para a classificação destes riscos são utilizadas as cores: azul (para os pacientes que necessitam de atenção programada), verde (para os pacientes menos graves), amarelo (para os que necessitam ser atendidos em um tempo máximo até meia-hora) e vermelho (são os com risco de morte ou instáveis, devendo ser atendidos imediatamente). (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE- 2004c).*

No caso do HOB, a classificação de risco é feita por um enfermeiro e um técnico de enfermagem com o apoio da equipe médica que identifica o risco do paciente por meio da utilização de cores.

*A equipe central de acolhimento no HOB é composta por enfermeiro, técnico de enfermagem, psicólogo, assistente social, estagiário do Projeto Posso Ajudar? E médico de apoio. Para a implantação deste dispositivo foram feitas várias capacitações internas no hospital e 16 oficinas de sensibilização. Em um ano de atendimento foram acolhidos e classificados 73 mil pacientes na Unidade de Urgência do Pronto-Socorro e novas oficinas têm sido realizadas para avaliação e adequações necessárias. (RELATÓRIO DE GESTÃO DO HOB, 2003-2007).*

De acordo com os dados do relatório do HOB, as capacitações internas e a realização das oficinas descritas no trecho acima foram estimuladas e promovidas pela direção do hospital juntamente com a Direção de Atenção Ambulatorial e de Emergência, incluindo os gerentes do Pronto-Socorro e do

Pronto-Atendimento. Segundo os dados do mesmo relatório, os trabalhadores participaram da dinâmica destas capacitações fora de seu horário de trabalho, ficando no hospital em um horário-extra.

Várias mudanças foram criadas no interior do HOB a partir da implantação do respectivo dispositivo. Dentre as principais inovações citadas pelos gestores durante o processo de realização das entrevistas foram:

1. A substituição da triagem realizada por recepcionistas e porteiros garantindo a ampliação do acesso ao serviço de urgência, com a constituição de uma Central de Acolhimento composta pelo enfermeiro, técnico de enfermagem, assistente social, psicólogo e estagiário do projeto Posso Ajudar? ;
2. A qualificação da escuta dos acolhedores (os acolhedores são os profissionais que compõem a Central de Acolhimento já mencionada acima). A qualificação da escuta consiste em um compromisso de dar uma resposta às necessidades de saúde trazidas pelo usuário que procura a porta de entrada do hospital; a ampliação o trabalho em equipe, procurando reconhecer todos os “saberes” e trabalhando os conflitos; atendimento prioritário e com metas definidas, para redução gradativa do tempo de espera dos pacientes classificados com maior grau de risco e sofrimento. Quanto à ampliação do trabalho em equipe, esta foi feita a partir de mudanças significativas no processo de trabalho, o profissional de enfermagem presente na equipe de acolhimento se defronta com inúmeros casos que enriquece o seu exercício profissional,

demandando a revisão técnica de seus conteúdos, por outro lado, deve haver uma retaguarda médica para o desenvolvimento do trabalho do acolhimento. Percebe-se a inexistência do médico na equipe da Central de Acolhimento, isso faz com que exista a necessidade de incorporação do médico à equipe, buscando a superação do centralismo de sua prática, pois sua participação é um ganho na potência dos atos das demais categorias profissionais. O auxiliar de enfermagem também passa a fazer parte da equipe de acolhimento, isso propicia a produção de novas funções para este profissional, ocorrendo uma valorização maior destes trabalhadores, sendo necessária a criação de espaços de reflexão para esse novo momento, para que os auxiliares reflitam sobre a sua atuação e responsabilização profissional;

3. Reestruturação do Projeto Posso Ajudar? - desenvolvido em parceria com instituições formadoras - ampliando o Acolhimento nas Portas de Entrada do Hospital e nas clínicas, possibilitando a orientação de fluxos, o apoio aos usuários, visitantes/acompanhantes nas suas dúvidas, dando respostas e encaminhamentos às suas necessidades.

A metodologia utilizada para a implementação do dispositivo no HOB foi baseada no método do “Apoio” (Campos, 2006) que tem sua centralização na reflexão sobre o fazer e em suas repercussões sobre os sujeitos e sua capacidade de elaborar compromissos, contratos e viver em redes. Os

resultados alcançados na Cidade de Belo Horizonte e no HOB em relação ao Acolhimento com Classificação de Risco também foram apresentados pelos gestores durante a realização das entrevistas. Dentre os principais resultados, destacam-se:

1. Melhoria do acesso ao serviço;
2. Ampliação do trabalho em equipe;
3. Inclusão de diversas categorias profissionais no Pronto-Socorro;
4. Melhor relacionamento entre os profissionais e destes com os usuários;
5. Diferenciação do tempo de espera de acordo com a gravidade dos casos;
6. Aumento do grau de protagonismo dos trabalhadores, gestores e usuários.

Os gestores descreveram significativamente algumas dificuldades e desafios presentes no funcionamento do referido dispositivo. As dificuldades identificadas estão diretamente relacionadas à integração dos médicos à equipe de acolhimento, conforme foi citado anteriormente. Durante a pesquisa de campo, os entrevistados destacaram a questão da cultura da parcialização e da fragmentação dos saberes e práticas, interferindo na constituição do trabalho em equipe. As falas dos entrevistados colocam como desafio principal a busca pela superação da prática arraigada da compreensão e das respostas aos sofrimentos, na exclusividade da dimensão biológica, recolocando o direito das falas, ampliando a sensibilidade para a escuta e o leque das interpretações

numa perspectiva de interação, cada vez mais humana, entre profissionais de saúde e usuários.

A discussão do dispositivo *Visita Aberta e Direito do Acompanhante* foi concomitante ao *Acolhimento com Classificação de Risco*. Sua implementação intensificou a discussão dos trabalhadores sobre processo de trabalho, condições de permanência dos familiares, *rede social* e o exercício do *controle social*. A visita aberta é um dispositivo que pretende funcionar como um espaço de inclusão dos familiares sendo necessário o entendimento da proposta pelos trabalhadores. Para implantar o dispositivo da visita aberta, o HOB realizou uma adequação da área física das portarias e internação, reforma dos espaços internos para melhor atender os acompanhantes, aumentando a participação da família no cuidado ao usuário. O horário de visitas que antes era de 15h às 16 horas, passou a ser de 11h às 20:00 horas. Para cada paciente internado no HOB é permitida a visita de seis pessoas diariamente. No início de sua implementação muitas críticas foram feitas a esse novo dispositivo. Os trabalhadores acreditavam que a presença dos familiares atrapalharia o tratamento dos usuários internados.

*Quando nós iniciamos a visita aberta tivemos muitas dificuldades - eu acho que a X deve ter falado sobre isso - com os trabalhadores. Eles diziam que não ia dar certo, que as visitas atrapalhavam os pacientes; que eles iam sentar na cama; que eles iam ficar mexendo nos equipamentos; que eles iam trazer alguma infecção. A gente até que teve alguns cuidados aqui no Hospital, mais pela gente estar inseridos numa área de risco. Não por ser área de favela, mas uma favela com problema de tráfico de drogas e tem muitos conflitos de uma gangue com a outra. Então a preocupação que a gente teve no começo foi de saber do paciente “quem você não quer que te visite”. Essa foi uma preocupação importante, além da inclusão, é de quem que você realmente quer que não fique excluído de você. Não todos, porque às vezes é uma ameaça à vida daquela pessoa. Esses conflitos também eram preocupações para os trabalhadores; eles diziam “ah, vamos ter que receber pessoas que a gente não*

*sabe da onde vem”, até a cultura das pessoas mudarem e eles foram percebendo que os visitantes, se traziam dificuldades iniciais, também, com o tempo as mesmas dificuldades se resolviam. Por exemplo, no começo muitos visitantes vinham apenas buscar informação sobre um paciente, aí atrapalhava mesmo o serviço, o trabalhador tinha que parar o serviço para buscar e dar aquela notícia. Aí nós pactuamos, ah, é só a notícia, então vai ter horário, a pessoa tem que vir de onze ao meio dia, então nesse horário a gente dá o Boletim do paciente e todas as informações. E os outros visitantes entram e fazem suas visitas normalmente. (GESTOR 3)*

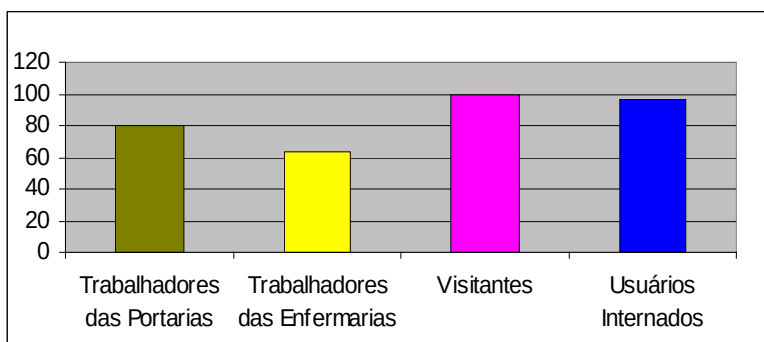
Os gestores do HOB declararam que hoje a visita aberta possui uma avaliação muito positiva pelos trabalhadores apesar da existência de alguns problemas relacionados à dinâmica da visita aberta, tais como: maior concentração de pessoas devido à insuficiência da área física, maior número de conflitos entre acompanhantes e equipe assistencial, principalmente em casos de pacientes crônicos, necessidade de uma equipe preparada, atenta e presente, durante a visita, dando apoio e orientações aos familiares com maior dispêndio de tempo da enfermagem, dificuldade de controle de alimentos nas enfermarias e mais pessoas transitando no setor (profissionais, pacientes, acompanhantes, visitantes, crianças). Mesmo com as dificuldades apontadas, o Relatório de Gestão do HOB (2003-2007) apresenta uma pesquisa recente sobre a avaliação do dispositivo da visita aberta, tal mudança foi avaliada positivamente por 100% dos visitantes e 97% dos pacientes internados. No entanto, é preciso analisar as pesquisas de satisfação pois uma avaliação positiva não quer dizer necessariamente que houve avaliação crítica. Vaitsman e Andrade (2005:605) apontam o cuidado que devemos ter ao tratar da categoria “satisfação”, que possui diversos determinantes: grau de expectativa



e exigências individuais em relação ao atendimento, características individuais do paciente como idade, gênero, classe social e estado psicológico.

Nessa pesquisa também foram ouvidos os trabalhadores das portarias e das unidades de internação, sendo que o índice de satisfação para os trabalhadores foi de 80%. Para estes trabalhadores, a ampliação do horário reduziu os conflitos vividos diariamente devido ao antigo tempo, considerado curto para a visita, facilitando o trabalho neste setor depois da ampliação do horário. Seguem abaixo, os gráficos, que expressam o percentual geral de satisfação, a avaliação dos visitantes, usuários, trabalhadores das unidades de internação e portarias.

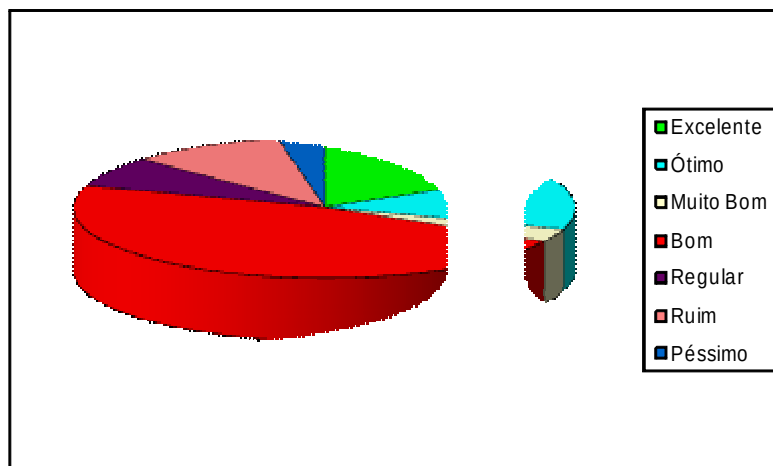
Gráfico 1- Percentual Geral de Satisfação



Fonte: Relatório de Gestão do HOB- 2003-2007.

## Gráfico 2- Avaliação dos Visitantes e Usuários Internados

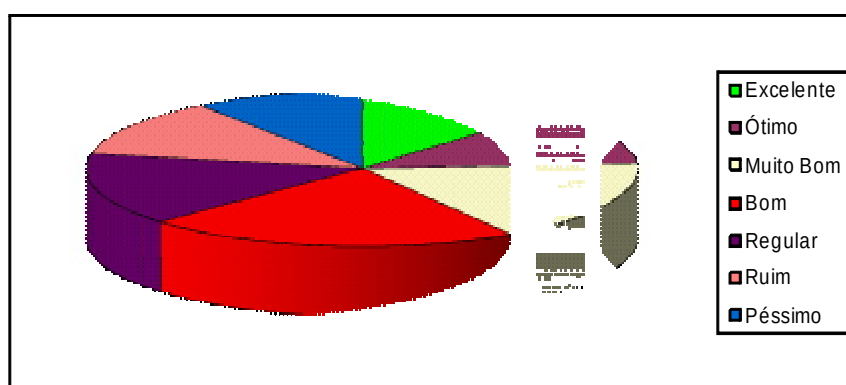
*O que você acha da mudança que o HOB realizou ampliando a visita aos seus usuários internados, de 11 horas às 20:00 horas?*



Fonte: Relatório de Gestão do HOB- 2003-2007.

## Gráfico 3- Avaliação dos trabalhadores das Unidades de Internação e Portarias

*O que você acha da mudança que o HOB realizou ampliando a visita aos seus usuários internados, de 11 horas às 20:00 horas?*



Fonte: Relatório de Gestão do HOB- 2003-2007.

Mesmo com todos os desafios e resistências, a visita aberta foi reconhecida pelos gestores e pelos trabalhadores como um dispositivo que melhora a relação entre a equipe e o familiar, diminuindo o número de reclamações na Ouvidoria.

*A visita aberta ela é fundamental à medida que ela abre mesmo o Hospital para os usuários. E a visita aberta à medida que os familiares ou os amigos podem vir visitar, num horário bem mais amplo, os pacientes, a gente nota uma satisfação muito grande. Seja por parte de quem recebe a visita, seja por parte das pessoas que fazem a visita; até mesmo aqueles pacientes que estão em estado mais crítico, de morte, porque é uma oportunidade de participarem desses últimos momentos.*  
(GESTOR 3)

Outros dispositivos, como a constituição das equipes de referência, ampliando o grau de vinculação das equipes aos usuários, têm sido discutidos continuamente, mostrando que o momento de mudança persiste e que a gestão busca seu amadurecimento procurando agora fortalecer, o já instituído, através de modos de avaliação contínua. Campos e Domitti (2007:401) afirmam que a equipe de referência manterá uma relação longitudinal no tempo com esse conjunto de usuários, para isso é fundamental a inserção dos profissionais no serviço de modo horizontal adotando modalidades de contratação como, por exemplo, os diaristas. A inserção vertical justificar-se-ia somente para aqueles profissionais em regime de plantão. Com essa metodologia, a equipe de referência permanece responsável pela condução dos casos inscritos em seu cadastro, mesmo quando algum tipo de apoio especializado foi acionado. A proposta de equipes de referência é extensiva

aos hospitais, aos centros de referência, às enfermarias, unidades de urgência ou de terapia intensiva.

O HOB buscou implementar esta estratégia em 2006, em todas as Unidades, desde a sala de emergência até as Unidades de Internação, haviam definido o médico, o enfermeiro, técnico de enfermagem e toda a equipe de apoio responsável pelos cuidados de cada paciente, o que incrementou o desenvolvimento de protocolos e projetos terapêuticos interdisciplinares no hospital. (RELATÓRIO DE GESTÃO, 2003-2007).

Essa dimensão do trabalho vinculado à ação das equipes de referência pauta-se no conceito de Clínica Ampliada. Para desenvolver e fortalecer o dispositivo das equipes de referência foi necessário a realização de um sistema de capacitação voltado primeiramente para abordar a noção de Clínica Ampliada revertendo toda uma concepção centrada na queixa e conduta e na especialização do trabalho com ênfase no saber do médico. Sobre isto, o gestor relatou o seguinte:

*(...) O Gastão Wagner ele fez pra gente – a gente propôs um curso, uma Capacitação Gerencial sobre a Gestão Participativa e a Clínica Ampliada que teve a duração de um ano e meio. E foi um Curso totalmente diferente, montado para a gente, porque a gente que pediu .... Ele fez um Curso dentro do que a gente queria. Um curso mais ou menos a partir da nossa vivência, fazendo uma discussão sobre o trabalho da Gestão... E aí era isso, a gente fez um primeiro diagnóstico intencional de cada lugar, e aí, a partir desses diagnósticos de cada lugar, nós levantamos as dificuldades e os desafios. E dentro disso, nós fomos trabalhando o nosso dia-a-dia e apresentando a ele, ele explicava e a gente levava para casa e ia trazendo e apresentando o planejamento. Então esse um ano e meio foi muito interessante também, com esse Curso de Capacitação Gerencial. Porque, a gente tinha visto que os gerentes também não tinham essa capacitação, então a gente precisava disso, que eles tivessem essa capacitação, para que a Unidade de Produção funcionasse com base na Clínica Ampliada. (GESTOR 2)*

Ainda, na dimensão dos dispositivos destaca-se a incorporação da ambiência no HOB que segundo avaliação dos gestores contribuiu significativamente para a produção de uma mudança qualitativa na oferta de serviços pelo hospital.

A ambiência consiste na construção de um espaço que visa a confortabilidade e que possibilita a produção de subjetividades, o encontro e a troca entre os sujeitos envolvidos no processo de produção da saúde. (BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE:2008a).

Na análise do gestor o Projeto da Ambiência no HOB criou condições para uma maior aproximação do hospital com a comunidade em torno através de projetos, tais como: Saúde com Arte, Projetos de Grafiteagem- Abraçando o Odilon, Doe Sangue, Doe Vida! Direitos da Criança, Direitos dos Cidadãos, Prevenção à DST

*O Projeto da Ambiência também da PNH, eu acho fundamental para a inserção dos usuários no Hospital. Teve uma época que nós queríamos integrar um pouco mais a comunidade ao Hospital, até por causa dessa questão da segurança. E uma forma que a gente pensou de fazer isso foi trabalhar a finalização do Hospital usando cores, cores, grafismos. Então queríamos criar um fluxo de orientação ao usuário usando cores e grafismos, um trabalho mais humanizado. E aí nós resolvemos fazer uma Semana de Arte no Hospital onde as pessoas da comunidade expusessem a Arte delas, fizemos anúncios convidando os artistas plásticos, as pessoas e a mesma coisa com os trabalhadores. No primeiro dia não tínhamos idéia de como seria a semana, a gente só sabia que queríamos Oficina. E veio muita gente da comunidade, vieram muitos trabalhadores também. (GESTOR 1)*

O Projeto da Ambiência criou uma série de modificações a partir da adequação do espaço físico, entendido também como espaço das relações, possibilitando uma melhoria na qualificação do atendimento e uma maior

satisfação do profissional da saúde, a correção dos fluxos inadequados, através de projeto de sinalização, viabilizando uma melhor orientação aos usuários e potencializando as ações entre os setores, procurando fortalecer a integração do hospital com a comunidade local, criando espaços de co-produção da saúde, buscando estimular o trabalho com a arte. A ambiência é um dispositivo que incentiva o engajamento da comunidade, trabalhadores e gestores em projetos educativos e culturais (re) significando o papel do hospital mediante a realização de parcerias com instituições, tais como: o Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial- SENAC, a Biblioteca Pública Municipal de Belo Horizonte, a Pastoral da Saúde e com a Orquestra Sinfônica da Polícia Militar de Minas Gerais.

Além disso, é preciso ressaltar algo muito interessante identificado com a pesquisa de campo no que se refere aos dispositivos. O GTH, um dos dispositivos mais sugeridos pela PNH não existe no HOB. A equipe diretiva acredita que é muito complicado montar um grupo e ter um coordenador responsável pela PNH no hospital. Os gestores relataram que a PNH é uma responsabilidade de todos. No caso do HOB, a humanização permeia toda a gestão havendo uma conexão permanente entre essas duas esferas.

*Aqui não tem GTH, a gente optou por não ter. Como a gente acha que a Humanização em realidade ela permeia a Gestão, quer dizer, ela é a própria Gestão, a gente pensa que não tem que ter esse grupo. Ela é toda a Gestão. A gestão é assim, então ela é assim desse jeito. Optamos por não ter o Grupo de Trabalho da Humanização. É uma preocupação, o pessoal da Humanização- ah se vocês saírem como é que vai ser. A gente chegou à conclusão que não vai ter um grupo que vai conseguir se sustentar se outra Direção entrar e não tiver a mesma linha da Gestão Participativa. Não vai ser aquele grupo que vai conseguir, porque a Direção pode chegar e dissolver aquele grupo de um dia para o outro. Então a questão é realmente isso, fortalecer as pessoas que aqui trabalham para*

*que elas entendam que através da ação delas elas podem conseguir mudar a linha de qualquer Direção. O grupo precisa estar fortalecido para mostrar a qualquer diretor que chegar aqui que não é por aí, o outro também tem voz! (GESTOR 2)*

Os gestores entrevistados revelaram que *para ter humanização é preciso ter gestão*. A existência de uma gestão participativa sugere a descentralização das decisões mas simultaneamente os gestores relatam que em determinadas situações é necessário ter um perfil mais incisivo para implementar propostas e ações. Segundo os entrevistados, é preciso mesclar a democracia com a governabilidade. Relatam que deve existir um sistema de prestação de contas, horários de trabalho para serem cumpridos e um sistema de avaliação de desempenho, dentre outros elementos necessários para o funcionamento do hospital. Os dirigentes hospitalares mencionam que uma gestão não pode está voltada somente para o acompanhamento dos custos e otimização dos recursos. Sobretudo, a gestão deve reconhecer o usuário como o centro do sistema de saúde, cuja finalidade pressupõe a defesa dos direitos e a qualificação do acesso e da utilização dos serviços de saúde. Então, para o desenvolvimento de qualquer política no interior do hospital, a gestão ocupa uma posição central.

*Nós tínhamos um GTH que já era da Proposta do Programa Nacional de Humanização de que todo o Hospital deveria ter um grupo. E existia esse grupo aqui. Mas, quando nós entramos para a Gestão a gente percebeu isso que o GTH fazia coisas pontuais. Eram pessoas dentro do Hospital que ficavam tentando puxar a discussão de Programas de Humanização e não da Política. Quando foi lançada a Política esse grupo tentou puxar a discussão e não deu certo. Eu acho que já havia um desgaste anterior à Proposta do Programa, das Ações, mas esse grupo não conseguia avançar. Aí eu penso que foi a grande questão que tomamos para a nossa Gestão, nós colocamos a Política Nacional de Humanização como Proposta da Direção. Com isso a direção tirou esse Grupo e o Grupo passou a ser o Corpo Gerencial. Então, o*

*nosso GTH é todo o Corpo Gerencial, a Diretoria, os Gerentes, na verdade é o nosso Colegiado da Gestão Ampliada. Nós é que pegamos as Propostas e trabalhamos nelas e fazemos questão de encaminhar isso aqui dentro. (GESTOR 4)*

Seguindo com a discussão sobre os dispositivos, não poderia deixar de ser mencionada a relevância do Colegiado Gestor para o HOB. Os entrevistados pontuaram que o Colegiado Gestor foi criado em 2004 e é composto pelos gerentes, referências técnicas e representantes dos trabalhadores de cada Unidade Funcional. Campos (2007) salienta que os Colegiados são instâncias cujos membros possuem poderes idênticos, mais uma vez, isso depende tanto do espaço legal-formal, ou seja de delegação de poder deliberativo para estas instâncias colegiadas, quanto de um complexo processo político, pedagógico, cultural e ideológico, em que fossem trabalhadas as profundas diferenças de capacidade de decisão realmente existentes entre os membros de qualquer instituição. Este Colegiado, como o seu próprio nome sugere, amplia o espaço coletivo para discussão dos objetivos, metas, ações, indicadores, prioridades e protocolos para o hospital com pautas definidas pelas próprias Unidades Funcionais, além de fomentar o debate sobre as políticas de saúde, avanços e desafios.

*O nosso Colegiado Gestor tem uma reunião mensal nas segundas quartas-feiras do mês onde participam todos os gerentes e coordenadores, umas sessenta pessoas, e um representante dos trabalhadores de cada Unidade e o Presidente do Conselho Local de Saúde. E ali são feitas as discussões de planos e grandes diretrizes do Hospital, coisas que envolvem todos os setores. Nós somos rígidos no horário, a gente conseguiu que é de dez horas ao meio-dia, então, de dez até dez e meia, dez e quarenta lê-se a ata da última reunião e os informes. Aí cada setor, cada unidade falam sobre as atividades que eles querem passar; as dez e quarenta e cinco começa a "Pauta". E a pauta ela é... tem setor que encaminha previamente para a direção para a gente colocar no*



*Colegiado, geralmente, temos até duas pautas para a discussão no Colegiado. A gente faz a discussão, quando precisa faz-se votação das propostas que geram alguma polêmica. Mas geralmente a gente tem conseguido no consenso, na defesa, no processo mesmo da discussão a gente chega na proposta final através do consenso. Nós tivemos votação quando criamos o nosso Código de Ética Institucional, algumas coisas geraram polêmica e por isso houve votação. Outra coisa que às vezes leva a votação, mas, na maioria das vezes conseguimos no consenso, é no planejamento. Porque o contrato diz o seguinte, para cada Unidade de Produção o Colegiado pede uma lista de coisas que tem que estar sendo compradas – aquisição de novos equipamentos. Por exemplo, hoje os ventiladores que nós temos no Hospital, já estão obsoletos para determinado grupo, e são mais ou menos uns cento e vinte ventiladores que temos aqui e cinquenta por cento não servem mais; então eles querem comprar o de ponta, o que saiu ontem. Então a gente faz todo esse processo de discussão para poder escolher!*  
(GESTOR 3)

No que concerne ao Colegiado Gestor do HOB, a pesquisa identificou uma metodologia utilizada através de fóruns e *rodas* de discussão sobre a gestão participativa, com foco na dinâmica de funcionamento dos Colegiados. Essas *rodas* para discussão do papel dos Colegiados, por setor e em diversos horários, com a presença da Direção e demais gestores como apoiadores do processo de implantação foram essenciais para a consolidação deste dispositivo, incluindo a comunicação das decisões de Colegiados através de Murais instalados em todas as áreas de maior visibilidade das Unidades de Produção. O funcionamento desses Colegiados e a constituição de novos Colegiados por Unidade de Produção ocorreu com inúmeras discussões sobre o significado do respectivo dispositivo para a democratização da gestão desse hospital. Para ABRAHÃO (2008:102), *o Colegiado Gestor é possível mediante a existência de uma gestão aberta para a construção coletiva levando em consideração a autonomia dos sujeitos.*

Com o processo de profissionalização das gerências e com a realização de um amplo debate sobre o comprometimento das Unidades Funcionais do HOB para a melhoria dos processos de trabalho, o dispositivo contrato interno de gestão (*ver em anexo*) foi adotado no âmbito do hospital, com o intuito de fortalecer a gestão compartilhada. Esse dispositivo utilizado a partir de junho de 2007, possibilita a pactuação de diretrizes materializadas em objetivos, metas e indicadores do modelo de atenção e gestão, considerando os interesses das Unidades de Produção para constituir espaços mais democráticos. Sendo assim, o contrato interno de gestão é um dispositivo que visa implementar a participação e descentralização da gestão no hospital, potencializando os Colegiados existentes.

*A gente montou os “Contratos Internos de Gestão”, que é outra estratégia. O “Contrato Interno de Gestão” ele não é um fundo de participação, a gente não conseguiu incentivo individual, então ele é um incentivo coletivo. É muito interessante também. É outra ação. E aí o Contrato Interno de Gestão ele vem dentro dessa questão dos contratos da Gestão Participativa mesmo, e da realização de Contratos, e para cumprimento de metas é necessário. Então, cada Unidade assina um contrato... O contrato de gestão tem uma periodicidade anual. Em verdade ele é semestral, mas, é praticamente anual. Então o que a gente faz? Acorda metas, aliás, ontem foi à avaliação, acorda metas e as pessoas daquele grupo tem que fazer ... E aí eles são incentivados em até 100% dependendo do que eles alcançarem. Esse valor é um valor que foi destinado cento e dez mil por ano para o hospital inteiro, então não é muito, cada Unidade ganha cinco, seis mil e com esse valor a Unidade pode fazer o que ela quiser, se você for pensar ...Com esse dinheiro comprou geladeira para a Unidade, aí comprou microondas, mais não sei o que... Uniformes, esse tipo de coisa é comprado com esse dinheiro. Vai fazendo de acordo com as necessidades da Unidade.(GESTOR 2)*

Segundo Neto et. ali (2008:701), o contrato de gestão é um instrumento próprio da administração pública a ser utilizado para a contratação de serviços

e o estabelecimento de compromissos, estipula metas de produção e desempenho para um período ao ente contratado. Já Mathias et. ali. (1998:9) evidencia que um contrato de gestão modifica o enfoque da administração com características burocráticas, onde existe uma maior ênfase no processo de execução, incluindo uma modalidade de gestão que se preocupa com o acompanhamento dos resultados. NO HOB foram feitos 39 contratos internos de gestão (ver modelo em anexo), explicitando a rede de compromissos entre a direção do hospital e as unidades/equipes, tendo como pressupostos envolvimento-qualidade-valorização. *Ressalta-se ainda, que qualifica o atendimento aos usuários externos e internos, motiva as relações humanizadas, o trabalho em equipe e a otimização dos recursos (RELATÓRIO DE GESTÃO DO HOB, 2003-2007).*

Para o acompanhamento dos contratos por unidade, foi instituído o Grupo Estratégico de Apoio para Acompanhamento dos Contratos de Gestão (GEACG). O GEACG é composto por assessoras, representantes da coordenação de ensino e pesquisa e da coordenação do Serviço de Arquivo Médico e Estatística. O GEACG tem por atribuição elaborar metodologia e instrumentos para a efetivação do trabalho, além da função de apoio e monitoramento para a construção dos contratos específicos por unidade e acompanhamento avaliativo.

Para a inclusão desse dispositivo no hospital foi necessário concretizar algumas ações, tais como:

- *Curso de Gestão Hospitalar com coordenação de um Consultor da UNICAMP com o objetivo de apresentar o marco teórico/conceitual do contrato de gestão;*

- *Diagnóstico situacional por Unidade de Produção, através de questionário específico, acompanhado pelos diretores de cada área do HOB;*
- *Elaboração e discussão de um relatório do diagnóstico situacional com a diretoria e com demais gerentes do HOB, como vivência prática do Curso de Gestão;*
- *Discussão e elaboração do contrato pelo Colegiado da Unidade de Produção com estabelecimento de objetivos, metas, indicadores e propostas pactuadas;*
- *Definição de instrumentos de acompanhamento dos resultados do contrato de gestão por Unidade de Produção/Diretoria (fase atual).*
- *Acompanhar os resultados das Unidades de Produção do hospital, a partir da implementação da gestão por resultados - Contratos Internos de Gestão com discussão permanente e caso for necessário incluir possibilidades de análises e ajustes;*
- *Subsidiar os Colegiados Gestores em seus processos decisórios e de aprendizagem. (RELATÓRIO DE GESTÃO DO HOB, 2003-2007)*

O HOB também possui a presença dos demais dispositivos: Ouvidoria e o Programa de Formação em Saúde e Trabalho. Quanto à Ouvidoria, um dos gestores relatou a importância deste dispositivo, embora existam dificuldades no processo de trabalho e na operacionalização das suas ações. PEREIRA (2002:115) em seu estudo retrata que a ação da Ouvidoria implica principalmente em ampliar a voz do usuário, promovendo maior equidade nas relações que envolvem o atendimento em saúde.

A Ouvidoria não pode ser apenas um “filtro de problemas” ou um canal burocrático para amortecer os conflitos gerados no ambiente hospitalar. A Ouvidoria deve funcionar como um veículo de participação do usuário e dos trabalhadores onde a avaliação dos serviços oferecidos seja uma condição para o seu funcionamento nos hospitais.

*A Ouvidoria, ela não tem ainda um espaço específico, mas ela foi construída junto com a Comunicação, com o Conselho Social, com o Conselho Local e os Representantes de Trabalhadores. Então eles distribuem umas Caixas de Sugestões e Reclamações. E essas Caixas eles abrem semanalmente. O grupo se reúne e avalia as sugestões e reclamações e as que eles acham que tem que ser respondidas eles passam para a Diretoria correspondente. A Diretoria correspondente lê e passa para o gerente responsável quando for o caso para que seja tomada a providência. Todas as Caixas com as Sugestões e Reclamações são lidas e avaliadas pelo Grupo Gestor. Eu acho que ela ainda está muito acanhada, a Ouvidoria. Ela foi uma das que menos avançou no meu ponto de vista, eu acho que tem de ser melhorada (GESTOR 1)*

Além da presença da Ouvidoria Hospitalar, foi mencionado pelos gestores o Programa de Formação em Saúde e Trabalho e a Comunidade Ampliada de Pesquisa. Segundo os entrevistados, o HOB vem buscando possibilitar aos trabalhadores um espaço de discussão sobre seu cotidiano no trabalho como uma forma de promover mudanças aumentando a satisfação do trabalhador, através do entendimento da sua importância enquanto “sujeito” fazendo parte de uma instituição hospitalar. A partir de curso de formação criou-se a possibilidade do trabalhador ser pesquisador do seu processo de trabalho, identificando até mesmo os motivos do seu adoecimento, promovendo nas Unidades de Produção, uma discussão sobre as propostas importantes para mudar o que não está bom no seu âmbito de governabilidade, além de

propiciar ações facilitadoras e apoio logístico, buscando a melhoria da qualidade do trabalho.

A metodologia adotada na discussão deste dispositivo consiste em: realizar oficinas pela Direção e assessores do HOB, para apresentação do dispositivo; constituir grupo de trabalhadores/pesquisadores- desenvolver a Comunidade Ampliada de Pesquisa em várias Unidades de Produção do hospital; criação de oficinas para discussão dos temas: Gestão, Trabalho e Saúde; elaboração de instrumentos de pesquisa; realizar pesquisas sobre condições e relações de trabalho nas Unidades de Produção e apresentação dos resultados e propostas de mudanças nos processos de trabalho das unidades.

### **5.2.3.3 - A Percepção dos Gestores sobre a PNH**

Neste tópico é feita uma análise sobre a visão dos gestores do HOB no que se refere à PNH. Durante as entrevistas, os gestores apontaram que a humanização faz parte da missão do hospital e está diretamente vinculada à proposta de gestão participativa.

Os hospitais têm desempenhado um papel importante nos sistemas de saúde, como um dos níveis de garantia da equidade e integralidade da assistência. Contudo, a insatisfação dos usuários tem estado presente no cotidiano dessas organizações porque a herança burocrática e centralizadora das mesmas tem subordinado as necessidades dos usuários a outros interesses. A construção histórica de um modelo de saúde hospitalocêntrico no país reforçou a valorização do hospital enquanto local de concentração de conhecimento e de considerável consumo de recursos financeiros. Nas últimas décadas notam-se importantes iniciativas de mudança na dinâmica de funcionamento dessas instituições, fruto da reflexão acerca da necessidade de transformação na condução e no papel do hospital no sistema de saúde, com foco nos aspectos financeiros, políticos-organizacionais, assistenciais e sociais.

Segundo o depoimento do gestor 4 -(identificado no próximo trecho), a PNH não é uma “questão ilusória” se coloca como uma realidade concreta por meio de experiências e ações que estão acontecendo em hospitais públicos nas diversas regiões do país.

Dentre essas inovações, a PNH vem assumindo um papel estratégico para garantir o caráter constituinte do SUS. O projeto da PNH retoma o que está na base da Reforma da Saúde, traduzindo princípios e modos de operar no conjunto das relações entre todos que constituem o SUS. (BENEVIDES e PASSOS, 2005:2).

A fala do gestor evidencia a PNH como uma estratégia para melhorar a qualificação do SUS considerando o relevante trabalho dos apoiadores para a disseminação da política em nível nacional. O apoiador não é um consultor, que realiza um diagnóstico sobre os problemas organizacionais e identifica soluções possíveis; nem tampouco sua ação se resume à assessoria, indicando caminhos a partir de um suposto saber externo que atua sobre o grupo. Sem negar estas especificidades, o apoiador é alguém que penetra no grupo para acioná-lo como dispositivo (Benevides, 1994), apresentando-se como um “fora dentro incluído”, alguém que atravessa o grupo não para feri-lo, ou para anunciar suas debilidades, mas para operar junto com o grupo em um processo de transformação na própria grupalidade e nos modos de organizar o trabalho e de ofertar ações e estratégias de saúde.

*Como você falou, enquanto Assistente Social você trabalhava muito com isso, mas às vezes alguém que está lá no Acre que nunca ouviu falar vai vir como apoiador e começa a estudar a questão. Claro é interessante! Ah, é possível! E aí vê que não é só uma questão, igual você falou, não é uma questão ilusória e aí vai verifica que é possível, nem todas as ações, mas começa, “ah, Clínica Ampliada” o que é isso e aí, vai ver o que é desse jeito. Então diversas ações estão acontecendo em diversos Hospitais do Brasil. As pessoas já fazem muitos desses dispositivos e não de uma forma articulada, nem sabe o que fazem... Esse Curso de Apoiadores da PNH que eles fizeram e tinha multiplicadores nos diversos lugares do País, possibilitou uma visibilidade do que vem a ser a Política e que as coisas são possíveis. Ela é muito importante no meu ponto de vista, enquanto Política ela foi muito importante para o País nessa questão da discussão, para trazer a tona as possibilidades para a gente melhorar a qualificação do SUS. É por aí. (GESTOR 4)*

Um dos gestores falou também sobre os avanços existentes na mudança de “Programa” para “Política” de Humanização, sintetizando que a



concepção de programa cria uma ambigüidade nas ações e pode contribuir para a ocorrência de iniciativas isoladas e pontuais. Benevides e Passos (2005:2) a respeito desta reflexão descrevem que os primeiros passos dados foram em direção à lógica de programas. Esses programas reuniam projetos, atividades e propostas desarticuladas. Havia não só um caráter fragmentado e separado dessas iniciativas. Existia também uma baixa horizontalidade que se verificava entre elas, pelo modo vertical como elas se organizavam dentro do Ministério da Saúde e do SUS.

*Eu acho que é outro momento, agora mesmo a gente falou, a marca é essa questão da mudança de “Programa” para a “Política”. E se é uma Política ela subteme o que eu já falei, ela permeia todo o SUS, ela não é uma coisa separada, ela é para ser um “conjunto”... (GESTOR 1)*

Para o entrevistado, a mudança de “Programa” para “Política” foi importante pois além de buscar romper com a sistemática de ações e iniciativas isoladas e pontuais pretendeu ampliar a discussão da humanização para todo o sistema de saúde e não apenas para os hospitais públicos.

Certamente, a sustentação deste tipo de política nos hospitais implica no comprometimento total da gestão ao projeto de mudança. O desenho da política está destinado para a produção da saúde dentro de uma perspectiva coletiva impondo mudanças no modelo de atenção dos usuários e na gestão dos processos de trabalho, sendo feita através de uma gestão hospitalar que tenha um projeto voltado para a participação. Cecílio (1997:295) ao discutir o desafio de qualificar o atendimento pelos hospitais públicos demarca que a direção deve tomar partido ou posição no processo de transformação

institucional. *A direção inicia sua própria construção enquanto ator coletivo no movimento mesmo de dizer qual é o seu projeto.*(CECÍLIO, 1997).

Com isso, a introdução da política com todos os seus princípios, diretrizes e dispositivos no HOB se deu por meio do aval e da credibilidade da gestão, apostando na participação para iniciar um processo de reestruturação organizacional. Cecílio (1997:298) a respeito da gestão participativa diz que permanentemente a gestão busca negociar consensos mínimos traduzidos em contratos bilaterais com as diversas categorias profissionais no hospital. Essa opção política pela gestão participativa faz o gestor assumir os riscos da mudança mas demarcando que todos os sujeitos envolvidos estão incluídos neste processo através de um intensa sensibilização e mobilização das equipes de trabalho, como foi o caso do HOB.

*Eu acho a PNH é fundamental. Porque, a partir do momento – conforme já falei – que um Hospital, ou qualquer Instituição de saúde do SUS que busca – e hoje a gente tem que buscar – o equilíbrio financeiro, você não consegue isso se não você não tiver... Vamos supor, do ponto de vista do gestor, do olhar do gestor, que ele tem a preocupação de prestar uma assistência e ele quer buscar isso para o usuário, mas ele tem uma responsabilidade financeira também que não pode ser esquecida. No Hospital Público, por diversos fatores que a gente tem – porque você não tem ainda uma forma de remunerar privilegiando metas de uma forma clara para os trabalhadores – você precisa trazer os trabalhadores para essas responsabilidades também. De tornar isso uma parte dele. Ele precisa dessa sensibilização. Você tem o olhar do gestor querendo buscar qualidade, sem o trabalhador junto, isso é impossível. O trabalhador por sua vez ele quer ser reconhecido, ele quer entender o trabalho dele, ele quer não só ganhar o salário, ele quer também ver o fruto do trabalho dele..... (GESTOR 3)*

Na concepção de um dos gestores entrevistados, a PNH fortaleceu as ações da gestão na medida em que propiciou cursos de capacitação,

profissionalização da gerência, sensibilização para a discussão e adoção dos dispositivos institucionais com vistas à qualidade do atendimento. Um dos gestores exemplificou uma dessas transformações no hospital por meio de uma assessoria na área de arquitetura hospitalar (uma técnica do Ministério da Saúde) que foi realizada para a adequação da área física no sentido de viabilizar os dispositivos da Ambiência e do Acolhimento e Classificação de Risco.

*Eu vou dizer então que a PNH potencializou as nossas ações aqui, na medida em que ela propiciou treinamento para os nossos Gerentes, fizemos um Curso de Gerência; a consultora vinha fazer Oficinas com os trabalhadores, de sensibilização para implantar a visita aberta, implantar o acolhimento com a classificação de risco. Mesmo com a construção dos contratos em termos de Gestão, quando a gente quis trabalhar com contratualização, a Política não existia ainda nesse dispositivo, mas, a PNH de uma forma clara e organizada mobilizou pessoas que vieram nos dar suporte. Então a PNH teve um papel fundamental no Hospital. De acompanhar e de ajudar, inclusive nas Oficinas; de disponibilizar assessorias até de arquitetura e para várias outras áreas que a gente precisou. Também, em Gestão do Trabalho, nós fizemos aqui uma pesquisa a partir da PNH. Então, tudo isso foi muito importante para o desenvolvimento do nosso trabalho. (GESTOR 4)*

Ayres (2004:15) demonstra a pertinência da PNH nos hospitais públicos e afirma o que para muitos parecia ser um conjunto de preocupações abstratas, chamadas de filosóficas num sentido que beirava o pejorativo, mostra aqui claramente no HOB a sua relevância e vitalidade práticas seja na esfera da gestão do trabalho ou na ampliação e melhoria da prestação do cuidado.

Mais uma vez, a gestão aparece no olhar dos gestores enquanto um componente central para a existência da PNH. Retomando a discussão sobre indissociabilidade entre gestão e atenção, não dá para instituímos mudanças na organização da atenção do hospital sem interferimos diretamente na gestão

e vice-versa. Por exemplo, na implementação do acolhimento no pronto-socorro necessariamente muda algumas linhas de poder instituídas ou dispara um processo nesse sentido: como incluir a enfermagem na avaliação de risco da urgência e emergência sem mexer no poder médico ou como instituir um Colegiado de discussão permanente do acolhimento com avaliação de risco na urgência e emergência sem questionar a forma tradicional de gestão na instituição hospitalar? Isso significa que na medida em que alguns dispositivos e arranjos vão sendo implementados, necessariamente a co-gestão vai sendo disparada e instituída no serviço. O esforço da gestão do HOB é reforçar a proposta da humanização como uma política voltada para assegurar direitos tanto dos usuários quanto dos trabalhadores e até dos próprios gestores. Direitos no sentido do respeito à autonomia, reconhecendo a “voz” do sujeito na produção da saúde. Considerando que a PNH trouxe para o espaço do hospital inovações, recursos, agregando e instituindo novas formas de agir em saúde.

*.....Eu não consigo entender a humanização sem a Gestão que todos entendam que isso faz parte de “ser” o tempo inteiro! É o ser da pessoa inteira! É trabalhar para a gente melhorar. Melhorar enquanto pessoa, melhorar enquanto cidadão, enquanto trabalhador qualificado. (GESTOR 2)*

*Tudo é a PNH. Eu penso assim. Então à medida que a PNH ela nos ajuda a tornar um Hospital Amigo da Criança; ser um Hospital com Parto Seguro e tem que ser credenciado para isso, e isso trata de recurso, com certeza ela beneficia custos... Então indiretamente ela aprimora, ajuda a aprimorar o seu planejamento, aprimora os seus gastos, otimiza recursos, são custos indiretos indiretos mas, à medida que ela disponibiliza recursos para vir consultores trabalhar junto com você na capacitação de gerentes, portanto, são vários recursos que você também deixa de contratar! Nesse sentido indiretamente ela oferece recursos e capacitação qualificada. (GESTOR 3)*

Então, a PNH obriga a gestão a repensar o seu papel no sistema de saúde. Entendendo que essa gestão é operacionalizada no setor público. O

gestor público precisa estar atento às mudanças econômicas, políticas e sociais postas pela sociedade contemporânea. Dessa forma, a gestão se depara com alguns “vícios” ainda existentes na gestão pública, tais como: um corporativismo estatal, não produzindo **servidores do público**, para lembrar a origem da palavra (Longo, 2007), *falta de consciência do gasto público e do significado da dimensão pública, presença de rigidez burocrática gerando uma distância maior dos serviços à população, clientelismo político e etc...* (ABRUCIO, 2007).

Com a pesquisa de campo, percebe-se que esses “vícios” e/ou problemas foram enfrentados pelos gestores do HOB primeiramente considerando que todo o processo de mudança ocorre com o tempo. Sendo assim, as principais ações desencadeadas para o enfrentamento destes problemas concentraram os seus esforços para: potencializar cada vez mais o modelo de gestão participativa, provocando discussões coletivas sobre temáticas relacionadas à gestão financeira, responsabilidade pública, o papel da administração pública e seus dilemas, aperfeiçoar a gestão de pessoas no interior do HOB e acompanhar sistematicamente os processos de trabalho das Unidades de Produção por meio de metas e indicadores.

Nesta perspectiva, o papel do dirigente hospitalar na gestão pública assume múltiplas dimensões e desafios:

*(...) Uma voltada para a gestão dos modelos de atenção (modos de organizar processos de trabalho objetivando a produção de valores de uso); outra especialmente concentrada em administrar pessoal (construção de equipes com autonomia e responsabilidade); outra, ainda mais tradicional, de administração financeira e centrada na sobrevivência da organização; e, por fim, uma última de representação política nos sistemas públicos, governos e sociedade em geral.* (CAMPOS, 2000)

As reflexões acerca do papel do dirigente hospitalar foram feitas por um dos gestores entrevistados, demonstrando sua preocupação com o gasto público. Com isso, é preciso um comprometimento da gestão pública na transformação dos processos que interferem negativamente a governabilidade dos dirigentes.

*O que eu vejo é que hoje, um Gestor público, não pode pensar como antigamente, que a Gestão pública podia tudo, podia custar caro, podia não se preocupar com os recursos financeiros. Hoje, se você continuar pensando assim, ficar nesse pensamento, a Gestão Pública vai afundar. Hoje o Gestor, ainda que Público e principalmente o Público, ele tem que se preocupar com o equilíbrio financeiro. Com o planejamento, com suas contas, saber comprar bem, manter recursos para investimentos, principalmente em tecnologia de ponta. Bem, eu entendo que isso tudo é Humanização, tudo isso faz parte da Humanização.(GESTOR 1)*

No HOB a gestão acredita na Política Nacional de Humanização como um método de transformação e mudança das práticas institucionais e identifica seus resultados positivos apesar da existência de limites institucionais e dificuldades existentes em qualquer organização. O hospital utilizou os espaços coletivos para construção de projetos de intervenção, incluindo as relações de poder, de afeto e a circulação de conhecimento em análise, trabalhou com uma metodologia pedagógica e participativa trazendo ofertas externas e valorizando as demandas do grupo, apoiando as equipes na construção do cotidiano do serviço a partir de contratos e compromissos, pensando e fazendo junto com as pessoas e não em lugar delas. Conforme o relato a seguir, a gestão do

hospital incorporou as novas práticas, negociando constantemente com as equipes e usuários, os modos para operar os princípios e diretrizes do SUS.

*A gente tem os princípios do SUS e estamos aí lutando para implantar e desenvolver os dispositivos, eu acho que a PNH possibilitou o como fazer com os dispositivos. Ela nos deu instrumentos que possibilitam a gente a desenvolver e implantar de uma forma real mesmo! E aí a questão, quando a política sugere a visita aberta, quando ela coloca a gestão colegiada, na visita está implícita a questão do usuário. Com a Clínica Ampliada, a questão da gravidade, do olhar sobre o paciente, eu acho que ela nos deu instrumentos mais palpáveis. (GESTOR 2)*

#### **5.2.3.4 - As Mudanças nos Mecanismos de Gestão do Hospital a partir da PNH**

Para o estabelecimento da PNH no hospital foi necessário alterar mecanismos de gestão baseados em uma lógica departamentalizada onde os processos de trabalho ocorriam com uma forte influência centralizadora e com esquemas instituídos de dominação e de controle. A PNH possibilitou uma rediscussão sistemática da gestão e vice-versa. A conexão reside nesta relação intrínseca da gestão com a política. Se o HOB já vinha experimentando mudanças nos seus mecanismos de gestão com a redução dos níveis decisórios (achatamento do organograma) e com a condução colegiada das decisões, tanto na alta direção, como entre as equipes de trabalho, a implementação da PNH intensificou a mudança nos mecanismos de gestão com a adoção dos diversos dispositivos institucionais da política, provocando uma verdadeira inovação nas formas de atendimento na perspectiva da qualificação da assistência.

Os gestores relatam que tais mudanças nos mecanismos de gestão não ocorreram sem impasses. Os impasses verificados pelos entrevistados estiveram vinculados à falta de entendimento dos profissionais acerca da proposta de gestão participativa e da própria introdução da PNH. Os entrevistados disseram que muitos profissionais não acreditavam na eficácia dos dispositivos. Para enfrentar esses impasses, a direção do HOB diante do Colegiado Gestor foi ampliando a discussão e esclarecendo o significado da PNH junto aos profissionais de saúde. A direção iniciou a primeira etapa de mudança nos mecanismos de gestão com um debate sobre o papel dos dispositivos. Tradicionalmente, os processos de trabalho em saúde, muitas vezes, são centrados nos procedimentos ou na técnica, onde os objetivos são



os próprios meios de trabalho do exercício da clínica, baseada na queixa-conduta ou ainda em um modelo biologicista em que a doença é tomada como o objeto de trabalho, ocupando todo o corpo, personalidade, todo o sujeito doente. A reversão deste cenário só é feita com o envolvimento das pessoas num primeiro momento. Além da questão cultural, temos também a temática das condições de trabalho dos profissionais que sempre é apontada em rodas de discussão. Então, a proposição da PNH no HOB foi feita cuidadosamente considerando todos os aspectos relacionados à gestão do trabalho com o intuito de conseguir incluir os novos arranjos e dispositivos da política.

*Assim, o primeiro momento nosso foi de organização da gestão e das unidades funcionais para a gente organizar a gestão dos processos de trabalho. Então o nosso movimento não foi de implantar os dispositivos, primeiro foi organizar os processos de trabalho dentro das Unidades de Produção e, a partir daí desenvolver a humanização no dia-a-dia. (GESTOR 3)*

A reflexão do gestor identifica que o primeiro movimento de mudança feito a partir da PNH foi a organização dos processos de trabalho com base na Clínica Ampliada, constituindo as Unidades de Produção, extinguindo os antigos departamentos- departamento médico, departamento de enfermagem e etc. Compor a Unidade de Produção foi propor a constituição da equipe multiprofissional sendo responsável por um determinado produto, todos envolvidos em um mesmo tipo de trabalho. Cada Unidade de Produção teria um único coordenador.

*Então, o primeiro desafio era essa construção, chamar as pessoas para construir. O segundo era trabalhar com a satisfação dos trabalhadores mesmo, não era uma coisa simplesmente só do trabalho, tinha a questão salarial, mas*

*tínhamos a questão mesmo do trabalho. Não podíamos fechar os olhos para essas e outras coisas. Os Usuários, esses então, nem existiam! Eles não tinham voz nenhuma dentro do Hospital. Os primeiros desafios foram trazer esses funcionários, fazer com que eles acreditassem e participassem, porque até então eles tinham uma participação – vamos dizer – só de crítica destrutiva, eram os momentos que eles já haviam vivido; eram queixas nos Jornais todos os dias, denúncias o tempo inteiro contra o Hospital, contra a Direção. Então era um acirramento que existia muito grande.*

Tratar das mudanças nos mecanismos de gestão no HOB é afirmar que os dispositivos foram capazes de (re) definir os processos de gestão e de atenção. Nesta lógica, podemos dizer que *um dispositivo forma-se da mesma maneira e ao mesmo tempo em que funciona, gerando acontecimentos insólitos, revolucionários e transformadores* (BAREMBLIT, 1992).

Os dispositivos mexeram nos mecanismos de gestão do HOB porque são indissociáveis, trabalhando os eixos da integralidade e da rede de cuidados. Por exemplo, a incorporação do Colegiado de Unidade e da equipe de referência dentro do Hospital não foi algo fácil, nem para aceitação, nem para operá-lo no cotidiano. Os entrevistados dizem que a maioria dos profissionais de saúde e alguns gerentes não acreditavam na possibilidade de aumentar a democracia institucional e de resolução de problemas via Colegiado, tal como, ainda eram bastante presos às suas corporações, não levando em consideração o conceito de trabalho em equipe, não reconhecendo a forma compartilhada de prestação do cuidado.

A diretriz trabalhada na constituição das equipes de referência como uma norma organizativa seria a adoção de um novo sistema de referência entre profissionais e usuários.

*Toda clientela internada teria sua equipe básica de referência, equipe mínima com médico e enfermeira ou outro profissional central para o caso como um psicólogo, no caso em que o componente psíquico for o mais relevante, ou fisioterapeuta para caso de reabilitação. Ao mesmo tempo, outros profissionais podem ser chamados para discussão e composição do projeto terapêutico, sem abrir mão de que a equipe de referência seja a responsável pelo paciente e sem criar recursos intermináveis de encaminhamentos. Esse seria um modelo de atendimento mais singularizado, em que cada técnico teria sua clientela adscrita (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a).*

Esse arranjo organizacional, objetiva tanto potencializar o papel terapêutico inerente à dialética de vínculo, quando bem trabalhada, como também permitir que os profissionais acompanhem melhor, no tempo, o processo saúde/enfermidade/intervenção de cada paciente (Campos, 1999). Juntando essa proposta com a inclusão das famílias e demais arranjos, teríamos um modelo de atenção que leva em consideração o sujeito concreto, seja ele o usuário, seja ele o trabalhador de saúde. Assim, as equipes de referência passariam a ser a estrutura permanente e nuclear do serviço, buscando trabalhar com a interdisciplinaridade, ao invés de ser um espaço episódico de encontro multiprofissional no hospital. A constituição de vínculo e a responsabilização com usuários e famílias seriam uma consequência natural e cotidiana, ao invés do esforço ou perfil individual deste ou daquele profissional. Essa é a diretriz de mudança.

Instituir esse novo modo de agir em saúde pressupõe a mudança no processo gerencial visando o paciente como foco de atenção da organização, a democratização da vida organizacional através da gestão coletiva em todos os níveis, buscando sempre garantir a participação dos trabalhadores do hospital no processo decisório e o compromisso com a qualidade do atendimento.

Os Colegiados de Gestão, tanto ao nível das Unidades de Produção e/ou cuidado, como o Colegiado de Gestão mais geral do hospital, ao congregar todos os coordenadores de todas as unidades, foram pensados como instrumentos centrais para o processo de democratização da vida organizacional. (CECÍLIO et. ali, 2007).

Percebe-se pelas entrevistas os argumentos que defendem uma negociação permanente com os trabalhadores para dissolver possíveis “ruídos” na implementação dos dispositivos institucionais da PNH.

*.... Os gerentes diziam que nunca tinham ouvido falar de Colegiados e que eles não davam conta, não tinham capacidade de fazer reunião com as pessoas e que não eram acostumados com isso. Essa era a primeira dificuldade dos gerentes: entender o papel deles. Não eram todos, mas, a maioria dos gerentes eram médicos, ou seja, eles se preocupavam só com gerenciar médicos. Eles não entendiam que tinham que gerenciar enfermeiros porque isso fazia parte do processo de trabalho. E se era um gerente da neonatologia ele tinha o enfermeiro, o médico, fisioterapeuta, técnicos, o serviço de limpeza... Ou seja, não cabia na cabeça deles que teriam de gerenciar todas essas categorias de profissionais. Isso já foi uma dificuldade! E também quando você vai romper com a lógica de organização muito forte de corporação... Então, nessa proposta inicial nossa não cabia ter um Departamento de Enfermagem e um Departamento Médico. E isso trouxe dificuldades do ponto de vista de corporação. (GESTOR 1)*

*É isso, a PNH tem esses dispositivos todos, não é? No início o que eu via aqui, por exemplo, cada dispositivo tem uma forma de disparar as ações. E cada Hospital tem um tempo. Ou tem aquele momento específico, eu vejo quando as pessoas vêm aqui visitar o Hospital e muita gente que vem de diversos Hospitais e cada um está num momento diferente. Então, às vezes determinado dispositivo consegue começar a desvelar, descobrir coisas que eram veladas dentro da Direção, ou dentro da Gestão e aí elas precisam ser conversadas porque senão não vai dar certo. É igual você falou, não tem jeito de implantar o acolhimento numa sala para acolhimento! Não vai dar certo, se as pessoas ali não começarem a discutir mesmo o acolhimento, ele não vai existir, não tem como implantar sem discutir e resolver os problemas. (GESTOR 4)*

Pelo relato dos gestores, nota-se que as mudanças empreendidas no HOB ocorreram por meio de uma perspectiva mais dialógica e comunicativa,

apoiada na mobilização dos coletivos existentes no hospital e em relação à própria rede de saúde, buscando consolidar um projeto de qualificação da assistência. Essa forma de gestão baseada na negociação justifica a argumentação de Benevides e Passos (2005), onde o confronto de idéias, o planejamento, os mecanismos de decisão, as estratégias de implementação e de avaliação, mas principalmente o modo como tais processos se dão, devem confluir na construção de trocas solidárias e comprometidas com a produção de saúde, tarefa primeira da qual não podemos nos furtar. De fato a tarefa se apresenta dupla e inequívoca: a produção de saúde e produção de sujeitos. Construir tal política impõe, mais do que nunca, que o SUS seja tomado em sua perspectiva de rede, criando e/ou fortalecendo mecanismos de coletivização e pactuação sempre orientados pelo direito à saúde que o SUS na Constituição Brasileira consolidou como conquista. É no coletivo da rede SUS que novas subjetividades emergem engajadas em práticas de saúde construídas e pactuadas coletivamente, reinventando os modelos de atenção e gestão. A gestão em saúde não pode ser considerada só como administração de coisas e pessoas, não pode ser resumida a componentes burocráticos e financeiros.

A gestão dos processos de trabalho é uma forma concreta de reordenamento de modelos. Assim, uma gestão que inclui e opera na lógica de produção de sujeito, que reforça a co-gestão e participação colegiada e contribui, como consequência, para o aumento da análise e intervenção cotidianas é um espaço potente e fundamental para reorganizar a rede. Os gestores devem incorporar aos seus conhecimentos e à sua prática o tema do

processo saúde/doença/intervenção, negociando e pactuando o tempo todo com equipes e usuários.

Foi com esta motivação, que a gestão do HOB procurou negociar primeiramente com a rede externa sobre a introdução do Acolhimento com Classificação de Risco, reorganizando os fluxos de sua Porta de Entrada no Pronto-Socorro. Aqui, a negociação e a pactuação se deu externamente com a rede e internamente junto aos trabalhadores do HOB.

*Então, eu me lembro, quando a gente implantou o acolhimento com a classificação, como ele é a porta de entrada para o Hospital, e como ele requer uma discussão com toda a Gestão para dar certo, quer dizer no sentido de discutir com todas as unidades. Porque não há como eu atender bem o externo se eu tenho paciente aguardando transferência, então quer dizer, eu tenho que discutir com a rede e fico esperando a rede, eu preciso discutir com a rede a situação do paciente.(GESTOR 2)*

*Também é preciso discutir com a rede interna a realização do exame. Eu preciso discutir sempre, isso puxa uma discussão, obriga de alguma forma a conversação. E assim, é a conversa entre todas as pessoas que faz funcionar bem! Eu acho que o que a Política da Humanização consegue é isso, determinados dispositivos vão fazer você andar, mover os problemas, os problemas vão ser tratados e dentro disso você acha, ou encontra pessoas da gestão que são permeáveis a esse tipo de mudança ela vai se processar, quer dizer, ela vai conseguir ir. Então a gente pergunta se em alguns Hospitais isso é mais fácil? Primeiro porque isso começa por ali e aí de uma série de problemas eles começam a discutir, a gestão é permeável então vai ouvir, vão pensar e agir e a partir daí vão pensar na visita aberta e o processo vai deslanchar enquanto conseguem ir fazendo as outras coisas. E às vezes é como em nosso caso, já havia uma Gestão Participativa, já havia todo um processo, porque a própria Gestão é um dispositivo, aí você consegue implantar com quem já está dentro. A própria Gestão consegue fazer o restante. E algumas vezes isso não vai acontecer porque vão ficar os grupos isolados sem apoio da Direção, eu já não digo nem que o apoio Direção é o mais importante, mas, principalmente que o não entrave da Direção é o ideal para o processo. O primordial para a PNH, o que a PNH precisa é do apoio da Gestão! (GESTOR 3)*

Não há possibilidade de avançar no fortalecimento da integralidade, da qualidade e da humanização da assistência sem o apoio da gestão para subsidiar as ações recomendadas pela PNH. Os espaços coletivos propostos como operacionalização dos sistemas de co-gestão recomendados pela PNH estão sendo cada vez mais necessários enquanto arranjos organizacionais montados para estimular a construção de sujeitos e coletivos organizados. Segundo Campos, refere-se, portanto, a espaços concretos (de lugar e tempo) destinados à comunicação (escuta e circulação de informações sobre desejos, interesses e aspectos da realidade), à elaboração (análise da escuta e das informações) e tomada de decisão (prioridades, projetos e contratos).

*Os Espaços Coletivos são arranjos que podem tomar a forma de Equipes de Trabalho, Conselhos de Co-gestão, Assembléias, Colegiados de Gestão, reuniões e Unidades de Produção e outros. (CAMPOS, G., 2000).* No HOB, os entrevistados teceram considerações sobre o estímulo à participação nos diversos níveis de decisão. Um dos gestores entrevistados coloca a importância de envolver o usuário, o trabalhador e o gestor na discussão da política. Essa mobilização é feita para todos os trabalhadores da saúde inseridos no HOB através das oficinas, fóruns, seminários e dos espaços nos Colegiados, os médicos que costumam ficar “pouco presentes” nos hospitais acabaram aderindo e discutindo a questão de modo gradativo pois até como forma de manter a sua hegemonia no poder, também passaram aos poucos a participarem das discussões ligadas aos dispositivos. Os gestores ressaltam esse movimento demarcando a importância da vinculação da gestão com a introdução e continuidade da política de humanização na instituição.

*A proposta de trabalhar a humanização tem que envolver os três atores: o gestor, o trabalhador e o usuário. E é fundamental o envolvimento dos Gestores, se a Gestão não pegar as propostas e as diretrizes para conduzir os processos dentro da Unidade, aí eu acho que dificulta. Porque ficar um grupo de trabalho fora da Gestão conduzindo isso, é muito mais difícil a implantação e a continuidade da política! (GESTOR 1)*

*Porque a Política é propiciadora quando ela nos propicia, quando ela propõe a discussão e as rodas, ela propicia a descoberta de várias coisas nesses processos,. Tanto o Gestor tem de estar disposto a enfrentar as dificuldades assim como ouvir inclusive as críticas como é feito isso e encarar as soluções e buscar junto, bem como bancar algumas coisas... É, porque algumas vezes as pessoas confundem, ah, então uma das coisas que a gente podia ter discutido aqui no Colegiado, ah, autonomia para que o Colegiado quer, e de que, autonomia de resolução de coisas de dentro da própria unidade, tem ou não tem? Ah, não, isso nós temos, nós fazemos! Mas qual autonomia? Ah, a gente quer implantar o Protocolo tal usando isso e queremos ter autonomia para isso. Para você usar isso você depende de recurso financeiro... Depende, então não tem jeito de você ter autonomia você tem é de pactuar isso com as outras instancias. Então é essa a discussão que a gente ficou com dificuldade de esclarecer o que é autonomia. Ah, nós queremos ampliar aqui o número de funcionários! Mas não depende só da gente! Tem coisas desse nível, que aparecem na discussão e a gente vai puxando! (GESTOR 4)*

Neste processo de discussão da PNH no interior do HOB foram explicitados para os trabalhadores os limites da própria gestão em relação à aquisição de recursos. Um dos gestores entrevistados comenta que existem limites na gestão, tais como: as próprias restrições que *Lei de Responsabilidade Fiscal*<sup>100</sup> traz para a administração pública em termos de

<sup>100</sup> No Brasil, a **Lei de Responsabilidade Fiscal** (Lei Complementar nº 101), é um dispositivo do governo brasileiro que tenta evitar com que prefeitos e governadores endividem as cidades e Estados mais do que conseguem arrecadar através de impostos. Tal medida é necessária já que diversos políticos costumavam no final de seus mandatos iniciarem diversas obras de grande porte, procurando se re-eleger. Tal lei obriga que as finanças sejam apresentadas detalhadamente ao Tribunal de Contas (da União, do Estado ou do Município). Tais órgãos podem aprovar as contas ou não. Em caso das contas serem rejeitadas, será instaurada investigação em relação ao Poder Executivo em questão, podendo resultar em multas ou mesmo na proibição de tentar disputar novas eleições. Embora seja o Poder Executivo o principal agente responsável pelas finanças públicas e, por isso, o foco da Lei de Responsabilidade Fiscal, os Poderes Legislativo e Judiciário também são submetidos à referida norma. A lei inova a contabilidade pública e a execução do orçamento público à medida que introduz diversos limites de gastos (procedimento conhecido como de Gestão Administrativa),



investimentos e gastos, a lei 8.666- lei das licitações. Apesar do hospital ser uma autarquia, a instituição encontra-se inserida na Política Municipal, estando vinculada à Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Ser uma autarquia significa possuir algumas facilidades, em contrapartida, há toda uma responsabilidade que deve ser cumprida. Todos os processos de licitação e de compras são feitos pelo hospital. A Superintendência é a responsável financeira da instituição, respondendo diretamente por tudo e necessariamente tendo que prestar contas ao Gestor Municipal e ao Tribunal de Contas.

*Então é assim, nós todos da Gestão também temos nossos limites, não é, temos a Lei de Responsabilidade Fiscal, tem todo um comprometimento... Essas discussões surgem e é bom no processo de discussão esclarecer isso, pois conseguimos apresentar também para os trabalhadores os limites da gestão. (GESTOR 1)*

Os gestores pontuam que prestar esclarecimentos aos trabalhadores quanto aos limites institucionais é algo fundamental até mesmo para demarcar o significado da gestão participativa, construída por todos os atores que compõem a produção da saúde no HOB, daí adquire sentido a proposta de gestão compartilhada. Schraiber et. al (1999:224) registra sua reflexão sobre o papel do gestor público que se defronta com uma prática de grande complexidade, resultante dos novos desafios. De um lado, o dirigente hospitalar busca garantir a universalidade e a equidade na prestação de serviços; possibilitar a participação popular e profissional nos processos

---

seja para as despesas do exercício (contingenciamento, limitação de empenhos), seja para o grau de endividamento. In NOGUEIRA, Roberto Passos. Problemas de Gestão e de Regulação do Trabalho no SUS. Revista Serviço Social e Sociedade, número 87, ano XXVI, 2006.

decisórios correlatos à organização da produção e também na execução dos cuidados em saúde; reforçar a integralidade das ações, criando espaços e formas de interação no trabalho cotidiano e gerenciando conflitos, tal como convém ao representante dessa esfera pública.

#### **5.2.3.5 - Novas Formas de Organização do Processo de Trabalho no Interior do Hospital a partir da PNH**

Dentro do hospital, a atenção depende da conjugação do trabalho de vários profissionais. Ou seja, o cuidado recebido pelo paciente é produto de um grande número de pequenos cuidados parciais, que vão se complementando, explícita ou implicitamente, a partir da interação entre os vários cuidadores que operam no hospital. Assim, uma complexa trama de atos, procedimentos, fluxos, rotinas, saberes, num processo de complementação e disputa, compõem o cuidado em saúde.

(...) Ou seja, a forma como se articulam as práticas dos trabalhadores do hospital confere maior ou menor integralidade à atenção produzida. Portanto, um importante desafio do processo gerencial do hospital atualmente é conseguir coordenar adequadamente este conjunto diversificado, especializado, fragmentado de atos cuidadores individuais, de modo que eles resultem em um cuidado coordenado – eficaz e de qualidade. (CECÍLIO & FEUERWERKER, 2007:967).

A pesquisa demonstra a relevância da (re)organização dos processos de trabalho em saúde buscando diluir a hegemonia do saber médico, reforçando o significado do trabalho interdisciplinar. Schraiber et. ali. (1999:235) sinaliza que na realidade dos serviços de saúde, na sua grande maioria, resolver o caso, é, de fato, é compreendido pelo médico como sua atribuição individual, como já dito, reproduzindo a tradição do trabalho profissional dos médicos. Compartilhar essa responsabilidade, aceitando julgamentos e negociando decisões com outros profissionais – médicos especialistas de outras áreas e demais profissionais da saúde e, ainda, os cuidadores diretos como o pessoal de enfermagem, por exemplo – não é tomado como problema técnico e não se apresenta, portanto, como uma questão a que deve responder.

Com a PNH, a diretriz da Clínica Ampliada modificou o paradigma estritamente técnico. *A ênfase é dada no processo de invenção da saúde e de reprodução social do paciente.* (AMARANTE, 1996). Essa clínica reformulada, sugerida pela PNH, é materializada através de dispositivos, tais como: equipes de referência e de apoio matricial. Conforme o relato de um dos gestores, uma das principais mudanças na organização dos processos de trabalho realizadas a partir da PNH foi a valorização das demais categorias profissionais com o reconhecimento não só do médico, priorizando a inserção das outras profissões na prestação do cuidado buscando produzir o fortalecimento do trabalho em equipe para a discussão da proposta terapêutica. A discussão da proposta terapêutica acontece por meio de reuniões periódicas em diversos horários nas Unidades de Produção com a presença das equipes de referência e de apoio.

*Então eu acredito e acho que foi uma das grandes mudanças nossas, da Gestão, foi que a gente buscou valorizar mesmo a inserção das outras categorias profissionais dentro do cuidado e da atenção hospitalar. Nós procuramos, através dessa proposta de discussão da atenção e da Clínica Ampliada, valorizar e buscar essas questões colocando esses outros trabalhadores na discussão da proposta terapêutica. Porque antes o Psicólogo passava lá via, fazia a avaliação dele, registrava, mas nem registrava no prontuário do paciente, registrava numa folha a parte e escrevia lá “avaliado pela Psicologia”. Ninguém sabia qual era a visão, qual a percepção, agora já faz parte da discussão, a visão do psicólogo é importante e do Serviço Social o que ele está captando para a proposta do Projeto Terapêutico do paciente.(GESTOR 3)*

A categoria dos médicos apresentaram muitas “resistências” às mudanças implementadas no HOB a partir da PNH. Não acreditavam na efetividade da política e nos resultados positivos que poderiam ser alcançados.

Cecílio (1997:305-306) analisa a dificuldade por demais conhecida da inserção do médico nas organizações de saúde, tanto públicas quanto privadas. Os médicos não se comportam como “recursos humanos”, mas como atores reais, disputando seus projetos através de entidades de classe muito poderosas no cotidiano dos hospitais.

É interessante o relato dos gestores sobre a adesão dos médicos à proposta da PNH. Inicialmente, os médicos estavam pouco presentes nas discussões, não se integrando aos dispositivos, principalmente na equipe de acolhimento- conforme já foi dito em momento anterior, até como uma forma de manter o seu poder na instituição. Com a pesquisa de campo foi possível perceber que para quebrar a resistência, a direção do hospital mostrou-se mais incisiva em determinadas situações, apresentando que existem limites e normas mesmo em uma gestão participativa. A gestão gradativamente foi esclarecendo a proposta da PNH, colocando o trabalhador no lugar do usuário, buscando produzir um comprometimento maior com o seu trabalho, principalmente com a defesa da vida.

*No início todos achavam que isso era difícil sentar, analisar, escrever. Agora os médicos e a enfermagem já respeitam a demanda... Primeiro a resistência! Exatamente, primeiro o estranhamento, a questão do envolvimento dos médicos é difícil, geralmente eles no início não participam, vai um, ou outro, depois eles vão percebendo que a coisa está acontecendo, aí eles vão entrando. E vai percebendo os ganhos, inclusive para o trabalho deles. (GESTOR 1)*

Outro aspecto tratado em relação à reorganização dos processos de trabalho no decorrer da pesquisa de campo está relacionado à presença da Residência Médica enquanto um elemento que vem facilitando a ruptura de

resistências dos médicos que compõem o quadro permanente do hospital no que diz respeito à PNH. Os próprios residentes em seu processo de formação médica já estão se aproximando dos novos currículos dos Cursos de Medicina, incluindo o debate sobre a medicina comunitária e a saúde pública no Brasil. O HOB é um espaço de formação, ensino e pesquisa. Em 2006, o hospital apresentou ao Ministério da Saúde, a proposta de Residência Multiprofissional. O público-alvo do projeto são os profissionais de nível superior da área de Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia e Serviço Social, o curso tem uma duração de dois anos. Estes elementos também ajudaram a viabilizar a promoção da PNH.

O gestor também menciona a figura do “médico horizontal”, esse profissional é um médico diarista que atua na equipe de referência. O esquema de plantões ainda existe no hospital e dificulta mais ainda a dinâmica de responsabilização do profissional médico pelo paciente devido ao alto grau de rotatividade destes profissionais. O médico horizontal é um elo de ligação importante junto à equipe de plantonistas do hospital, tentando realizar uma articulação com estes profissionais para fortalecer o envolvimento e a responsabilização dos mesmos sobre os usuários atendidos.

*Ainda hoje temos muito que avançar, por exemplo, na Ortopedia, o grupo é mais resistente. O que a gente percebe é que aonde não tem a residência médica, aonde não tem a residência e nem é médica, agora é a residência multiprofissional, a gente demora mais a avançar porque ainda tem aquela coisa verticalizada. Nós temos o olhar da Ortopedia, nós temos o médico diarista- chamado de horizontal, mesmo assim para envolver as equipes de plantão, eles acham que não é isso, mas pelo menos ah, eu vou fazer isso, ah então eu vou passar isso para outro profissional, aí o médico horizontal ele é responsável por estar costurando isso. (GESTOR 4)*

Dando continuidade as reflexões sobre as mudanças nos processos de trabalho realizados no HOB, os gestores ressaltaram o Plano de Educação Permanente como um instrumento essencial da gerência de desenvolvimento de pessoas e trabalho. O Plano de Educação Permanente foi criado a partir de um levantamento feito com base nas necessidades dos Colegiados sendo promovido pela direção do HOB e financiado pelo próprio hospital. O relatório de gestão do HOB (2003-2007) descreve que esse plano tem o objetivo de desenvolver e qualificar os empregados públicos e servidores do hospital. Os cursos e as capacitações são ferramentas que vêm capacitar o trabalhador em suas atividades diárias, além de desenvolver o seu potencial e melhorar as relações de trabalho, permitindo melhor integração das equipes em suas unidades funcionais.

*Nós temos um plano de educação permanente que nasceu de um levantamento das necessidades dos Colegiados. A primeira coisa que a gente buscou foi através de um questionário para o trabalhador apontar a partir do ponto de vista dele, a deficiência que ele sente, ou mesmo que não seja deficiência, o que ele gostaria de melhorar, de se capacitar. E daí a gente consolidou essas necessidades e fizemos um plano de ação para quatro anos. Isso foi no final de 2004; e a gente vem seguindo esse treinamento. O que a gente propõe agora, porque passou mais tempo, até porque mudou a realidade dos trabalhadores. Antes nós tínhamos muitos contratos, e como agora fizemos concurso e a grande maioria dos nossos trabalhadores são efetivos atualmente, nós vamos ter de atualizar esse plano porque muitos que estavam naquele momento não estão mais. No próximo ano devemos atualizar esse plano. (GESTOR 2)*

O Plano de Educação Permanente vem se ajustando às modificações colocadas pela própria Política de Recursos Humanos em Saúde. Nota-se com as transformações no mundo do trabalho, um aumento da precarização e de

novas formas de contratação de pessoal, por exemplo, o advento da terceirização na saúde. Pierantoni, Varella & França (2006:33-34) apontam que existe uma tendência de intensificação e privilegiamento das modalidades de contratação no Sistema Único de Saúde, sem amparo legal, gerando um alto nível de precarização em todo o país. Nogueira (2006:156) comprova que a terceirização não é uma tendência isolada da esfera municipal, as três esferas de governo aumentaram os seus gastos com terceirizados e temporários ao longo dos anos 2000.

*Existe um Plano de Educação Permanente... Tem que melhorar a parte de Gestão de Pessoas aqui do Hospital! Inclusive, fez parte da reforma administrativa colocar um Diretor para a Gestão de Pessoas – antes não tinha. Então antes dessa mudança do Organograma, que aconteceu agora em julho, a gente tinha duas Diretorias, a Diretoria Administrativa e uma Diretoria Adjunta e a Superintendência. Então não tínhamos ninguém para essa área da Pessoa, do Ensino e Pesquisa, isso é novo aqui. Inclusive a gente vai está lançando o edital da primeira residência multiprofissional. Sai agora esse ano. Pois é, então assim, não tinha esse diretor para essa área, então a Gestão de Pessoas melhorou muito e tem muito para avançar, porque a Educação Permanente é uma ação.. A gente não pode falar que já tem uma linha, pensamos, mas não tem ainda... (GESTOR 1)*

A discussão do Plano de Educação Permanente propõe o fortalecimento das ações da gestão de pessoas no HOB. Além da efetivação do próprio Plano, do projeto de Residência Multiprofissional, é necessário fazer *um acompanhamento dos processos de trabalho com avaliação de desempenho e aperfeiçoar o Plano de Cargos e Salários em vigor desde janeiro de 2006. (RELATÓRIO DE GESTÃO DO HOB, 2003-2007).*

Esse Plano reorganizou as carreiras e incorpora várias parcelas remuneratórias tornando os salários mais atrativos e realiza uma adequação de cargos frente às necessidades da instituição, possibilitando a realização de



concursos públicos. A realização de concursos públicos é uma maneira de superar as relações precarizadas de trabalho pois no interior do hospital, ainda existem, 347 trabalhadores terceirizados.

Quanto ao sistema de capacitações do HOB, pode-se dizer que existe uma preocupação com as necessidades dos profissionais, pensando até mesmo na disponibilidade do profissional para participar de treinamentos. Não é fácil interromper as suas atividades na Unidade de Produção com a finalidade de participar de um curso, seminário ou qualquer evento existente no hospital. O hospital é uma organização complexa e no cotidiano surgem situações não previstas, onde os profissionais estão sempre em “prontidão”. Pensando nesta dinâmica, os gestores acreditam que o pagamento de horas extras para o funcionário possibilite a sua participação e frequência nos cursos e demais atividades propostas pelo Plano de Educação Permanente.

*O treinamento é bem pensado... Com certeza! A Capacitação Gerencial! Tudo isso a gente teve, teve muito incentivo desta Diretoria para a liberação em relação à Educação Permanente, tinha que ter maior publicidade para os vários atores aqui dentro, para eles saberem de tudo, pra todos... Para as reuniões, eles são liberados, quando não estão na hora do trabalho às vezes a gente paga hora extra, pra fazer os Protocolos, por exemplo, eles foram liberados. Liberados, eu digo assim, se eles estão fora da carga horária deles eles ficam até duas horas extras por semana para poder fazer os Protocolos. (GESTOR 2)*

As transformações nos processos de trabalho no HOB de acordo com os gestores expressam muitos ganhos. Através da Metodologia de Apoio Institucional- uma metodologia de acompanhamento sistemático, participativo e representativo, foi possível trabalhar com os grupos estimulando-os a

construírem as estratégias de ação e continuar refletindo sobre suas práticas. O modelo de gestão participativo proposto pela PNH *pode ser altamente controlador, quando inexiste a legitimidade das decisões ou quando um grupo funciona apenas enquanto um referendo*. (MOREIRA, 2002). No caso do HOB, o modelo de gestão participativo foi realmente participativo, mudando muitas rotinas e valores já instituídos, incorporando as exigências do coletivo e negociando permanentemente nos espaços colegiados.

*O pessoal é exigente demais, demais! Eu acho que é isso, quando você faz a proposta de discussão de melhorias, de condições de trabalho, eles querem o melhor mesmo. Então no planejamento como todo mundo pede várias coisas a gente mostra que nossos recursos são limitados e temos que decidir o que a gente vai priorizar. Isso tudo é discutido no Colegiado. E funciona! (GESTOR 3)*

Por fim, ainda existem desafios para serem vencidos no HOB, tais desafios estão vinculados às tensões e conflitos do trabalho cotidiano das equipes, a própria Política de Gestão de Pessoas necessita de definição de alguns princípios e diretrizes, além da insuficiência de médicos (de algumas especialidades, por exemplo- neurocirurgia) no hospital.

Com isso, acredito na efetividade da PNH quando trata da (re) organização dos processos de trabalho. Com a adoção dos dispositivos da política no HOB foi possível mexer em esquemas de poder, romper com uma racionalidade meramente técnica e incluir uma nova lógica de pensar a gestão e os processos de trabalho no contexto do hospital.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o fim do processo de investigação, cujo produto resultou na tese que ora se apresenta, chega-se a uma conclusão central, de onde outras se derivam- a de que a Política Nacional de Humanização na Saúde modifica os mecanismos de gestão e de atenção em um hospital público, não sendo uma política abstrata, sendo mais facilmente implementada em unidades hospitalares cujo modelo de gestão centra-se na dimensão participativa.

Para a compreensão desta política foi preciso contextualizá-la no âmbito do SUS pois a PNH emerge como um importante avanço para o sistema de saúde. Entender a trajetória histórica do SUS e seus elementos conceituais foi extremamente significativo para caracterizar o cenário que produziu a construção das primeiras discussões em torno da humanização na saúde.

A PNH vem para reforçar os valores e princípios do SUS, dentre eles – a assistência integral, universalidade, hierarquização e regionalização dos serviços, além do controle social. Sua proposição nasce de atores importantes no processo de Reforma Sanitária. Esse movimento é alimentado por uma intensa credibilidade no SUS e pelo desejo de ampliar a qualificação do sistema com a melhoria na prestação do cuidado.

Foi com o objetivo de elevar o nível de atendimento e superar muitos entraves e dificuldades na atenção à saúde, tais como: negligência, descaso, naturalização da dor e do sofrimento que a PNH é proposta como uma política transversal buscando promover uma mudança nas organizações de saúde. Essa mudança precisa também ser operacionalizada na gestão e nos processos de trabalho em saúde, acredita-se que o comprometimento e a

responsabilização do trabalhador da saúde, pode fortalecer os vínculos com a população-usuária, ampliando a resolubilidade. Para isto, é preciso a adoção de um conjunto de ações direcionadas aos trabalhadores: melhores condições de trabalho, estímulo à criatividade, entre outros elementos.

Primeiramente, a humanização foi pensada como um programa, o PNHAH criado em 1999, pela Secretaria da Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, com os objetivos de: melhorar a qualidade e a eficácia da atenção dispensada aos usuários da rede hospitalar; recuperar a imagem dos hospitais junto à comunidade; capacitar os profissionais dos hospitais para um conceito de atenção à saúde baseado na valorização da vida humana e da cidadania; conceber e implantar novas iniciativas de humanização beneficiando tanto os usuários como os profissionais de saúde; estimular a realização de parcerias e trocas de conhecimentos; desenvolver um conjunto de indicadores/parâmetros de resultados e sistemas de incentivo ao tratamento humanizado.

A idéia de programa gradativamente foi sendo superada e a intenção era ampliar o raio de ação, pois havia um risco da humanização limitar-se às práticas programáticas realizadas somente no ambiente hospitalar com características totalmente diferenciadas.

Benevides e Passos (2005:8) descrevem que a formulação da política ocorre com um vasto processo de discussões e de pactuações no âmbito dos Estados, dos Municípios e dos serviços de saúde. Conforme foi visto, em 2000 é apontada pela XI Conferência Nacional de Saúde como um elemento essencial para a promoção da saúde. Em 2003 foram construídas as bases da política e seu foco deixou de ser apenas a área hospitalar e passa a ser todo o sistema de saúde.

Considera-se que a PNH parte de conceitos e dispositivos que visam à reorganização dos processos de trabalho em saúde, propondo centralmente transformações nas relações sociais, que envolvem trabalhadores e gestores em sua experiência cotidiana de organização e condução de serviços; e transformações nas formas de produzir e prestar serviços à população. (Filho, 2007:1000).

Assim, foi feito um estudo conceitual sobre a Política Nacional de Humanização, seus antecedentes históricos, localizando a relevância da humanização nos cenários internacional e nacional. O presente estudo buscou examinar também o conjunto de princípios, estratégias, diretrizes e dispositivos contemplados pela respectiva política.

O conjunto de princípios, estratégias, diretrizes e dispositivos apontou em uma só direção- propor mudanças no modelo de atenção dos usuários e na gestão dos processos de trabalho. O projeto da PNH busca afirmar a saúde não como valor de troca, mas como valor de uso (Campos, 2000), o que faz com que se altere o padrão de atenção no sentido da ênfase no vínculo com os usuários, garantindo seus direitos. Estimula-se o protagonismo dos atores do sistema de saúde seja pela sua ação de controle social, seja pelo fomento de mecanismos de co-gestão. A garantia de melhores condições para os trabalhadores e gestores realizarem seu trabalho foi outra direção da PNH. A humanização como política pública deve criar espaços de construção e troca de saberes, investindo nos modos de trabalhar em equipe.

A Política de Humanização parte de conceitos e dispositivos que visam à reorganização dos processos de trabalho em saúde, propondo centralmente transformações nas relações sociais, que envolvem trabalhadores e gestores em sua experiência cotidiana de organização e condução de serviços;

e transformações nas formas de produzir e prestar serviços à população. Pelo lado da gestão, busca-se a implementação de instâncias colegiadas e horizontalização das “linhas de mando”, valorizando a participação dos atores, o trabalho em equipe, a chamada “comunicação lateral”, e democratizando os processos decisórios, com co-responsabilização de gestores, trabalhadores e usuários. No campo da atenção, têm-se como diretrizes centrais a acessibilidade e integralidade da assistência, permeadas pela garantia de vínculo entre os serviços/trabalhadores e população, e avançando para o que se tem nomeado como “Clínica Ampliada”, capaz de melhor lidar com as necessidades dos sujeitos. Para propiciar essas mudanças, almejam-se também transformações no campo da formação, com estratégias de educação permanente e de aumento da capacidade dos trabalhadores para analisar e intervir em seus processos de trabalho. (FILHO, 2007:1000).

Nesse contexto, a PNH reforça os eixos citados acima pretendendo implementar mudanças no campo da atenção e da gestão. Para concretizar as mudanças necessárias a PNH adota uma série de dispositivos inovadores propondo a instauração e o desencadeamento de novos processos no sistema de saúde.

Através deste trabalho, foi possível conhecer os dispositivos institucionais da política- Acolhimento com Classificação de Risco, Equipes de Referência e de Apoio Matricial, Projeto Terapêutico Singular, Projeto de Construção Coletiva da Ambiência, Colegiado de Gestão, Contratos de Gestão, dentre outros. A discussão sobre os dispositivos é derivada da análise institucional, atuando nos serviços de saúde como um potente disparador de ações interventivas na realidade cotidiana desses mesmos serviços. De acordo com Campos (1999:3) os dispositivos seriam artifícios que se introduzem com o objetivo de instaurar algum processo novo- implantação de programas assistenciais, um esforço para modificar traços da cultura institucional, ou para reforçar ou alterar valores.

Após esse estudo conceitual sobre os dispositivos e sua funcionalidade nos serviços de saúde, constatou-se que os mesmos constituem a parte operacional da PNH, sendo ferramentas que interferem em algum estado já instituído, propondo um novo modo de agir em saúde.

Entretanto, o trabalho em questão verificou que para a incorporação e desenvolvimento destes dispositivos no sistema de saúde, o papel da gestão é fundamental, pois esta dimensão é responsável para propiciar as condições adequadas facilitando a adoção desta nova orientação política no interior das organizações de saúde.

A gestão ocupa uma centralidade neste debate, não é possível falar de mudança de modelo de atenção sem tocar nas estruturas organizacionais e nos esquemas de poder. Para isto, o estudo iniciou uma reflexão especialmente sobre a gestão hospitalar, evidenciando seus principais conceitos e características, delineando alguns modelos de gestão propostos para a realidade brasileira, ainda pontuando a importância da gestão participativa para a consolidação da PNH. Tratar da implantação e do desenvolvimento da PNH nos hospitais é algo que provoca uma reflexão sobre a complexidade destas organizações, a análise demonstrou com base nas experiências já relatadas em estudos anteriores acerca da gestão, os desafios dos dirigentes hospitalares para exercerem a sua prática. Apesar dos avanços no campo da gestão, tais como- inovações gerenciais, profissionalização da gestão, articulação do hospital com a rede assistencial, os gestores dos hospitais públicos também estão submetidos às restrições postas pela própria administração pública, por exemplo: a Lei 8.666 e a Lei de Responsabilidade Fiscal. A busca por maior autonomia financeira para a aquisição de

equipamentos e contratação de pessoal é uma necessidade demarcada pelos gestores dos hospitais, assim como, são citadas as “amarras burocráticas”. (Neto et. ali, 2008:699) aponta que no começo dos anos 2000, diversos estudos, ao relatarem diferentes desempenhos entre hospitais, registram o fato de que, nos hospitais com desempenhos superiores, quase sempre é identificada alguma característica que lhes permite alcançar maior autonomia.

Sendo assim, os dirigentes hospitalares buscam a incorporação de novos modelos de gestão para as suas unidades. O estudo procurou identificar e detalhar cada modelo, verificando que o modelo de gestão participativa proposto pela PNH está voltado para lidar também com os conflitos de natureza financeira e não somente relacional. Durante a pesquisa de campo realizada foi possível notar que o hospital selecionado enfrentava:

*Sérios problemas de ordem financeira, além da inadequação da estrutura física e tecnológica, para o enfrentamento desses conflitos, havendo na gestão atual um acerto de compromissos e contratos que foram sendo estabelecidos gradativamente com os trabalhadores (RELATÓRIO DE GESTÃO DO HOB, 2003-2007).*

A gestão participativa centra-se na adoção de uma metodologia de co-gestão, visando aumentar a democracia institucional, redimensionando a organização dos processos de trabalho. Essa é uma das bases fundamentais da política, alterar os mecanismos de gestão para viabilizar os seus dispositivos, construindo a responsabilização e o vínculo com os usuários dos serviços de saúde.

Por outro lado, o processo de gestão participativa não ocorre sem resistências e implementá-lo no contexto das instituições de saúde implica na superação de estruturas absolutamente centralizadoras. Ter a gestão



participativa em um hospital não significa que os processos ocorrerão sem um acompanhamento e um sistema de avaliação acerca das ações realizadas pelos profissionais de saúde, trata-se de uma perspectiva que redefini o modo de atuar voltando-se para uma construção mais dialógica. Campos e Amaral (2007:852) consideram que a reforma cultural e epistemológica da clínica praticada no hospital é pensada pela PNH como uma estratégia para buscar a produção da saúde por distintos meios- curativos, preventivos, de reabilitação ou com cuidados paliativos incluindo o respeito à dimensão subjetiva e social dos usuários.

Para tanto, esse esforço deve nascer da gestão e ser construído com os demais atores que compõem a produção da saúde. No caso dos hospitais, existe uma complexidade nas relações de trabalho. A atenção à saúde depende da conjugação de vários profissionais e tradicionalmente existe um engendramento do modelo médico-hegemônico nas práticas e na formação em saúde.

Conclui-se que para dar conta de produzir inovações na organização do cuidado e na formação, enfrentando a resistência que elas implicam, são necessárias novas referências e dispositivos para a gestão em saúde sugeridos a partir da PNH.

A hipótese levantada no início deste trabalho é confirmada mediante a análise realizada sobre o processo de implementação e desenvolvimento da PNH junto aos formuladores e gestores do Hospital Municipal Odilon Behrens. A PNH não é uma política abstrata e nem uma panacéia romântica, concretiza-se no âmbito do SUS, produzindo inovações importantes no sistema de saúde.

É óbvio que essas inovações nos mecanismos de gestão e de atenção à saúde, são construídas com o tempo, envolvendo possibilidades e limites para a existência de uma gestão participativa, fortalecendo o comprometimento das pessoas com a prestação da assistência.

A gestão participativa proposta pela PNH não detém soluções mágicas para instantaneamente resolver todos os males da saúde pública e dos impasses pertinentes ao processo de trabalho. Não existe um modelo ideal mas há uma tentativa de agir sobre a assistência visando um novo modelo de atenção à saúde que englobe o reconhecimento do outro enquanto sujeito, o atendimento digno e de qualidade, a garantia do acesso, enfim, todos os fatores apontados nas diversas ações citadas significa refletir sobre a forma como essa assistência se organiza, as relações que se constroem na prática, a dinâmica dos processos de trabalho e suas vicissitudes, a necessidade de recursos tanto físicos, quanto materiais e humanos, promovendo a desconstrução dos saberes e práticas estabelecidas, abrindo espaços de possibilidade para o surgimento do novo.

Neste estudo, elegeu-se a experiência desenvolvida no Hospital Municipal Odilon Behrens pela forte tradição na gestão participativa e principalmente por ser uma unidade hospitalar de referência quanto à implementação e desenvolvimento da PNH. Os próprios gestores do hospital percebem a humanização como uma política que deve permear toda a gestão, colaborando para qualificar o hospital, melhorando os processos internos e conferindo uma maior credibilidade da população no atendimento prestado. Os resultados apreendidos na pesquisa de campo puderam subsidiar os seguintes apontamentos conclusivos:

- A implementação da PNH e seu desenvolvimento não se faz sem a presença de resistências e de limites. Os gestores demonstraram as dificuldades encontradas na disseminação desses novos valores. Para isto, foi essencial adotar estratégias de sensibilização e mobilização dos profissionais esclarecendo a proposta em pauta;
- A PNH não poderá ser implementada de forma fragmentada (somente em um setor do hospital, criando apenas um Comitê de Humanização) ou com ações isoladas e pontuais, como por exemplo- criação de projetos, tais como: brinquedoteca, comemoração de datas festivas, Posso Ajudar?, entre outros. No caso do Odilon Behrens, a humanização foi uma política reconhecida pela gestão do hospital e introduzida na instituição hospitalar respeitando a sua totalidade (considerando todos os seus princípios, diretrizes e dispositivos);
- Um hospital com uma tradição no campo da gestão participativa viabiliza mais facilmente a adoção da PNH pois acredita-se na construção colegiada e na força do controle social para propor uma nova forma de fazer a saúde;
- Uma estrutura organizacional planejada através das Unidades de Produção produz efeitos mais positivos no processo de trabalho rompendo com a lógica de departamentalização e ampliando a lateralização entre as equipes;
- Quanto aos dispositivos da PNH, os gestores sinalizaram que os mesmos contribuíram para uma maior qualificação do hospital,

fomentando a discussão dentro da instituição hospitalar sobre a atenção aos usuários;

- A PNH modificou os mecanismos de gestão do hospital com a introdução dos dispositivos. Cada dispositivo foi cuidadosamente estudado e para a mudança dos fluxos e dos processos de atendimento houve o apoio significativo da gestão;
- Para os gestores, a humanização é uma política que permeia todo o SUS, incluindo a necessidade de envolvimento do gestor, trabalhador e usuário neste processo;
- O principal desafio para a implementação e continuidade da política no hospital é a gestão de pessoas, necessitando travar constantes discussões sobre a importância do trabalho em equipe, requerendo uma maior definição da política de gestão de pessoas na organização hospitalar.

Enfim, esta pesquisa espera ter contribuído para a produção de conhecimentos no campo da saúde pública, pretendendo aprofundar o debate sobre a conexão da gestão com a política de humanização. Concluí-se que a humanização não deve ser pensada somente pelo viés das relações interpessoais, abrange um teor subjetivo mas concomitantemente político. A PNH, por si só, não resolverá os problemas estruturais do SUS sendo um importante componente na defesa da saúde pública e na democratização do acesso e da utilização dos serviços de saúde no Brasil.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAHÃO, Ana Lúcia. Colegiado gestor: uma análise das possibilidades de auto-gestão em um hospital público. **Ciência e Saúde Coletiva** 13 (1). 2008. p. 95-102.

ABRASCO, REDE UNIDA, ABRES, CEBES E AMPASA. "O SUS PRA VALER: UNIVERSAL, HUMANIZADO E DE QUALIDADE" **Fórum da Reforma Sanitária Brasileira**. Julho de 2006.

ABRUCIO, F. L.. Trajetória recente da gestão pública brasileira: um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas. **RAP** Rio de Janeiro Edição Especial Comemorativa 67-86, 1967-2007.

\_\_\_\_\_. Para além da descentralização: os desafios da coordenação federativa do Brasil. In FLEURY, S. (Org.) **Democracia, Descentralização e Desenvolvimento: Brasil e Espanha**. Rio de Janeiro. Editora FGV, 2006.

\_\_\_\_\_. Contratualização e organizações sociais: reflexões teóricas e lições da experiência internacional. **Debate GV Saúde**, 1 (10): 24-27, 2006.

ALTOÉ, S. **RENÉ LOURAU: Analista Institucional em Tempo Integral**. São Paulo: HUCITEC, 2004.

AMARANTE, P. D. C. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

ARRETCHE, M.T.S. Relações federativas nas políticas sociais. **Educ. Soc.** Set, 2002, vol 23, número 80. p. 25-48 disponível em <http://www.scielo.br>.

\_\_\_\_\_. Financiamento federal e gestão de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. **Ciência e Saúde Coletiva**, 8 (2):331-345, 2003.

AKTOUF, Omar. **A Administração entre a Tradição e a Renovação**. Editora Atlas, 1996.

ANDERSON, Perry. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, Emir. **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. 1º ed., Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

AROUCA, A. Reforma Sanitária Brasileira. **Tema-Radis**, 11:2-4, 1988.

ATHAYDE, M.; BRITO, J. Trabalho, educação e saúde: o ponto de vista enigmático da atividade. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 239-265, 2003.

AYRES, José Ricardo de C. M. Humanização da Assistência Hospitalar e o Cuidado como Categoria Reconstructiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, 9 (1):15-17, 2004.

AZEVEDO, Creuza da Silva. Liderança e processos intersubjetivos em organizações de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva** 7 (2), 2002. p.349-361.

BARBOSA, Pedro Ribeiro. Gestão de Hospitais Públicos: Maior Autonomia Gerencial, Melhor Performance Organizacional com apoio em Contratos de Gestão. **RSP**, ano 47, volume 120, número 2, maio-agosto de 1996.

\_\_\_\_\_. Gestão em Saúde: O Desafio dos Hospitais como Referência para Inovações em Todo o Sistema de Saúde. In **Saúde e Democracia: A Luta do CEBES** (Org). SP. Lemos Editorial, 1997.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Edições 70, 1977.

BAREMBLITT, G. Compêndio de Análise Institucional e Outras Correntes: Teoria e Prática. Rio: Rosa dos Ventos, 1992.

BARROS et ali. "O Desafio da Política Nacional de Humanização nos Processos de Trabalho: O Instrumento "Programa de Formação em Saúde e Trabalho". **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14 (1): 31 - 48, 2006.

BEHRING, Elaine. **Brasil em Contra-Reforma: Desestruturação do Estado e Perda de Direitos**. São Paulo. Cortez, 2003.

BENEVIDES, Regina. *Grupo: a afirmação de um simulacro*. São Paulo: PUC/SP. Tese de Doutorado. 1994.

BENEVIDES & PASSOS. A Humanização como Dimensão Pública das Políticas de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** vol.10, nº3, RJ, julho-setembro de 2005.

\_\_\_\_\_. Humanização na saúde: um novo modismo? **Ciência e Saúde Coletiva**. 10 (3) 615-626. 2005.

BERLINGUER, G. Uma reforma para a saúde. In: **Reforma Sanitária Itália e Brasil** (G. Berlinguer, org.), pp. 1-106, São Paulo: Hucitec-Cebes. 1988.

BERNARDES et. al. Os ruídos encontrados na construção de um modelo democrático e participativo de gestão hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(4):861-870, 2007.

BITTAR, Olímpio J. Nogueira V. O mercado médico no Brasil. **Rev. adm. pública**; 33(1):55-66, jan.-fev. 1999.

BITTENCOURT, Roberto José e HORTALE, Virginia Alonso. A qualidade nos serviços de emergência de hospitais públicos e algumas considerações sobre a conjuntura recente no município do Rio de Janeiro. **Ciênc. saúde coletiva**. 2007, vol.12, n.4, pp. 929-934.

BOTTOMORE, Tom. **Dicionário do Pensamento Marxista**. 2.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1988.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Saúde na Opinião dos Brasileiros** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília: CONASS, 2003.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para Entender a Gestão do SUS** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília: CONASS, 2003.

BRASIL. Constituição Federal Brasileira. 1988. **Leis do SUS**. Disponível em <http://www.rebidia.org.br/noticias/saude/rede8111.html>. Acessado em outubro de 2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. 2001. Disponível em <http://www.humaniza.org.br> \_Consulta em 20/04/2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Nacional de Humanização Hospitalar**. Secretaria de Assistência à Saúde, 2002. Disponível em <http://www.humaniza.org.br> \_Consulta em 20/04/2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. 1ª edição, 1ª reimpressão, 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **HumanizaSUS: a clínica ampliada**. Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **HumanizaSUS- Gestão participativa: co-gestão**. Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **HumanizaSUS: Acolhimento**. Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Glossário do Ministério da Saúde: projeto de terminologia em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004d. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Carta dos Usuários da Saúde**. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Grupo de Trabalho de Humanização**. Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Visita aberta e direito ao acompanhante.** Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Trabalho e redes de saúde: valorização dos trabalhadores da saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Ambiência.** Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular.** Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

BRAVERMAN, Harry. **Trabalho e Capital Monopolista: A Degradação do Século XX** Editora Zahar. Rio de Janeiro, 1974.

BUCCI-GLUCKSMANN, C. **Gramsci e o Estado por uma teoria materialista da filosofia.** Rio de Janeiro. Paz e Terra. 1980. 499p.

BUENO, Wanderley Silva. Betim: construindo um gestor único Pleno. In ONOCKO e MERH (Orgs) **Agir em Saúde: um desafio para o público.** São Paulo, HUCITEC, 1997.

BUSS, P. Prefácio In: LIMA, N.T. et. al. (Org). **Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p.11-13.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Reforma da reforma: repensando a saúde.** São Paulo. HUCITEC, 1992.

\_\_\_\_\_. Considerações sobre a Arte e a Ciência da Mudança: Revolução das Coisas e Reforma das Pessoas. O Caso da Saúde in **Inventando a Mudança na Saúde**, Organizador: Luís Carlos de Oliveira Cecílio.ed. HUCITEC, SP, 1994.

\_\_\_\_\_. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In ONOCKO e MERHY (Orgs) **Agir em Saúde: um desafio para o público.** São Paulo, HUCITEC, 1997.



\_\_\_\_\_. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cadernos de Saúde Pública** 1998; 14:863-70.

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

\_\_\_\_\_. **Um método para análise da co-gestão de coletivos**. Editora HUCITEC. 2000.

\_\_\_\_\_. Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. Campinas. **Cadernos de Saúde Pública**, 2006.

\_\_\_\_\_. **Saúde Paidéia**. São Paulo: HUCITEC, 2007.

\_\_\_\_\_. **O público e o privado na saúde brasileira**. Le Monde Diplomatique- Brasil, 2008.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa e AMARAL, Márcia Aparecida do. A Clínica Ampliada e Compartilhada, a Gestão Democrática e Redes de Atenção como Referenciais Teórico-Operacionais para a Reforma do Hospital. **Ciênc. saúde coletiva**, jul./ago. 2007, vol.12, no.4, p.849-859.

CAMPOS & DOMITTI. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. 23 (2). Rio de Janeiro, 2007. p. 399-407

CAMPOS, Rosana Teresa Onocko. **O Planejamento no Labirinto: Uma Viagem Hermenêutica**. São Paulo: HUCITEC, 2003.

CAMPOS, Wagner Estelita. **Chefia: sua técnica, seus problemas**. 14ª Edição. Rio de Janeiro. Editora Getúlio Vargas, 1987. p. 379.

CAMPOS, Francisco Eduardo de e BELISÁRIO, Soraya Almeida. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. **Interface: Comunicação, Educação e Saúde**. Agosto, 2001.

CANTANHEDE, César. **Administração e Gerência: do Artesanato à Automação**. 2ª Editora. Rio de Janeiro. Editora Fundação Getúlio Vargas, 1983. p. 153.

CARVALHO & CUNHA. A Gestão da Atenção na Saúde: Elementos para se Pensar a Mudança da Organização na Saúde. In CAMPOS, G.W.S. **Tratado de Saúde Coletiva**. HUCITEC- São Paulo e FIOCRUZ- Rio de Janeiro, 2006.

CEBES- CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. **EDITORIAL I**, Saúde em Debate, 1977.

CEBES- CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. **I Documento de Estratégia do CEBES**. 1ª. Reunião de Planejamento Estratégico no Sítio Pedras Negras em 28 / 04 / 2007.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. Inventando a mudança no hospital: o projeto “Em Defesa da Vida” na Santa Casa do Pará. In: CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1994. p. 187-234.

\_\_\_\_\_. O desafio de qualificar o atendimento prestado pelos hospitais públicos. In ONOCKO e MERH (Orgs) **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo, HUCITEC, 1997.

\_\_\_\_\_. Indicadores de avaliação de desempenho: um instrumento estratégico para a administração gerencial dos hospitais. In ONOCKO e MERHY (Orgs) **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo, HUCITEC, 1997a.

\_\_\_\_\_. Autonomia *versus* controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. **Ciênc. saúde coletiva**. 1999, vol.4, n.2, pp. 315-329. ISSN 1413-8123.

CECÍLIO & FEURWERKER. O Hospital e a Formação em Saúde: Desafios Atuais. **Ciênc. saúde coletiva** v.12 n.4 Rio de Janeiro jul./ago. 2007.

CECÍLIO & PUCCINI. A Humanização dos Serviços e o Direito à Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 (5): p. 1342-1353, set-out, 2004.

CECCIM, Ricardo B. Equipe de Saúde: a Perspectiva Entre-Disciplinar na Produção de Atos Terapêuticos In **Cuidado: As Fronteiras da Integralidade**. CEPESC/UERJ. ABRASCO, 2006.

CHIAVENATO, I. **Introdução à Teoria Geral da Administração**. Edição compacta. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

CLAD. Documento do Centro Latino Americano de Administração para o Desenvolvimento - **Uma Nova Gestão Pública para América Latina**. Outubro de 1998.

COÊLHO, Bernardete Perez. **O reencantamento do concreto e as apostas nas mudanças nos Modelos de Atenção e de Gestão do SUS (O caso do Instituto Hospitalar General Edson Ramalho/ João Pessoa/Paraíba)**. Dissertação apresentada ao Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz..Recife. 2006

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. **11ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília 15 a 19 de dezembro de 2000: o Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: relatório final / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

CORDEIRO, Hésio. **Bases e Estratégias para a Reforma Sanitária-Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde**. Brasília, MPAS, 1987. (mimeo).

CORREIA, Maria Valéria. Controle Social na Saúde. in TEIXEIRA et. al. (Orgs) **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. SP, OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

COSTA, Jurandir Freire. A Ética Democrática e seus Inimigos. In: Roitman, Ari (org.) **O Desafio Ético**. Rio de Janeiro: Ed. Garamond, 2000.

COUTINHO, Carlos Nelson. **Gramsci: um estudo sobre seu pensamento político**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

CRENSHAW, Kimberlé. Documento Para o Encontro de Especialistas em Aspectos da Discriminação Racial Relativos ao Gênero. **Revista Estudos Feministas**, ano 10,172, 1º semestre de 2002.

DEJOURS. C. **A loucura no trabalho: estudo de trabalho**. 5ª ed. Ampliada São Paulo: Cortez. 1994.

DEJOURS. C. ABDOUCHELI, E., JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. Betiol, M.L.S (Coord). São Paulo: Atlas. 1994.

DESLANDES, Suely Ferreira (org) et ali.. **Humanização dos Cuidados em Saúde: Conceitos, Dilemas e Práticas**. RJ, editora: FIOCRUZ, 2006.

DESLANDES, Suely F.. **Frágeis Deuses: profissionais de emergência entre os danos da violência e a recriação da vida**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

\_\_\_\_\_.Análise do Discurso Oficial sobre a Humanização da Assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, 9(1):7-14, 2004.

DINSDALE et. al. **Metodologia para medir a satisfação do usuário no Canadá: desfazendo mitos e redesenhando roteiros**. Brasília, ENAP, No20. 2000.

DONABEDIAN A. **La calidad de la atención médica –definición y métodos de evaluación**. La Prensa Mexicana, México, D.F. 1984.

\_\_\_\_\_. **The seven pillars of quality**. Arch Pathol Lab Med 1990

\_\_\_\_\_. **An Introduction to Quality Assurance in Health Care.** Oxford University Press, USA. 2003.

DURKHEIM, E. **Os Pensadores.** Abril Cultural, São Paulo. 1978.

DUSSAULT, G. A Gestão dos Serviços de Saúde: Características e Exigências. **Revista de Administração Pública.** Rio de Janeiro. FGV, 26 (2). Abril-Junho. 1992.

EAGLETON, Terry. **Ideologia: uma introdução.** Trad. Silvana Vieira, Luís Carlos Borges. São Paulo: Edunesp/Boitempo, 1997.

EHRENREICH B & ENGLISH D. **Complaints and disorders – the sexual politics of sickness.** The Feminist Press, Nova York. 1981

ESCOREL, Sarah. **Reviravolta na Saúde: origem e articulação do Movimento Sanitário.** Tese de Mestrado. Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde, 1987. Pública/FIOCRUZ.

\_\_\_\_\_. Revirada na Saúde. **Tema Radis**, 11:5, 1988.

\_\_\_\_\_. et al. "Saúde: Uma Questão Nacional" in **Reforma Sanitária: Em Busca de Uma Teoria.** SP, Cortez, RJ, ABRASCO, 2006.

\_\_\_\_\_. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do Golpe Militar à Reforma Sanitária. In LOBATO, ESCOREL, NORONHA e CARVALHO (Orgs) **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2008.

ESCOREL, Sarah, MOREIRA, Marcelo Rasga. Participação Social. In In LOBATO, ESCOREL, NORONHA e CARVALHO (Orgs) **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2008.

ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, D.R & EDLER, F.C. As origens da Reforma Sanitária e o SUS in LIMA, N.T. et al (Orgs) **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

ESCOREL, Sarah, TEIXEIRA, Luiz Antônio. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimentismo populista. In LOBATO, ESCOREL, NORONHA e CARVALHO (Orgs) **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2008.

FALEIROS, V de P et. al. **Construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo.** Brasília. Ministério da Saúde, 2006.

FAVORETO, C.A.O.; CAMARGO JR., K. R. Alguns desafios conceituais e técnico-operacionais para o desenvolvimento do programa de saúde da família como uma proposta transformadora do Modelo Assistencial. **PHYSIS**, v.12, n.1, p.59-76, 2002.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário da Língua portuguesa**. Rio de Janeiro: NOVA FRONTEIRA, 1985. 1781 p.

FILHO, Serafim Barbosa Santos. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Ciência e Saúde Coletiva**. 12 (4). 2007. p. 999-1010.

FORTES, P.A.C. **Ética e Saúde**. São Paulo. Ed Pedagógica Universitária, 1998.

\_\_\_\_\_. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n: 3, p. 30-35, set-dez de 2004.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense. Universitária, 1988.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**: organização, introdução e revisão técnica de Roberto Machado. 11. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1993.

FOUCAULT, M. O Sujeito e o Poder. In P Rabinow & H Dreyfus, **Foucault uma Trajetória Filosófica: para Além do Estruturalismo e da Hermenêutica**. Forense, Rio de Janeiro. 1995.

FRANCO et. ali. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais- Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. 15 (2). Rio de Janeiro. 1999. p. 345-353.

FREIDSON, E. **Profession of Medicine – a Study of the Sociology of Applied Knowledge**. New York: Dodd, Mead and Company Inc. 1970.

FUNDAÇÃO ARY FRAUZINO- FAF. **Relatório de Atividades da FAF**. Rio de Janeiro: A Fundação, 1996.

GERSCHMAN, Sílvia. **Descentralização e a municipalização da saúde**. In Políticas Públicas- Proteção e Emancipação. Disponível em <http://www.comciencia.com.br/reportagens> com acesso em 8 de março de 2009.

GRAMSCI, Antonio. **Os intelectuais e a organização da cultura**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1995.

\_\_\_\_\_. **Cadernos do cárcere**. Rio de Janeiro. Civilização Brasileira. 2000. v. 2 e v.3.

HASSEN. Grupos focais de intervenção no projeto Sexualidade e Reprodução. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 8, n. 17, p. 159-177, junho de 2002.

HAYEK, F. **O caminho da servidão**. Rio de Janeiro: Instituto Liberal, 1990. 221p.

HENNINGTON, Élida Azevedo. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. **Revista Saúde Pública**, 42 (3), 2008. p. 555-561.

HERZLICH, C. Fragilidade da vida e desenvolvimento das Ciências Sociais no campo da saúde. **PHYSIS- Rev Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 15 (2); 193-203.2005.

HOSPITAL ODILON BEHRENS- HOB. **Relatório de Gestão 2003-2007**. Elaborado em 2008. Belo Horizonte-MG.

HOUAISS, Antônio. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro, Ed. Objetiva, 2001.

HOWLETT, M. & RAMESH, M. **Studying Public Policy**. Canadá: Oxford Press, 1995.

KINGDON, J. **Agendas, Alternatives and Public Choices**. Boston: Little Brown, 1984.

LAPASSADE, George. **Grupos, organizações e instituições**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1989.

LATHROP, J. Philip. O Hospital centrado no paciente. Mimeo. Tradução de Carlos Roberto Del Nero da Booz Allen & Hamilton do Brasil Consultores Ltda. Publicado no **Healthcare Forum Journal**. May-June, 1992.

LEAL, [Maria do Carmo](#). Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. **Rev. Saúde Pública**, vol.39, no.1, p.100-107, fev. 2005.

LECOVITZ, Eduardo. **Transição x Consolidação: o dilema estratégico da construção do SUS. Um estudo sobre as reformas da Política Nacional de Saúde- 1974/1996**. Tese de doutorado. Rio de Janeiro, IMS-UERJ, 1997.

LEVCOVITZ, Eduardo et al. Política de Saúde nos anos 90: Relações Intergovernamentais e o Papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência e Saúde Coletiva**. Vol. 6, nº 2, 2001, p.269-291.

LIONÇO & COSTA. Democracia e Gestão Participativa: uma estratégia para a equidade em saúde? **Saúde e Sociedade** v.15, n.2, p.47-55, maio-ago 2006.

LOBATO, L.V.C. **Reforma Sanitária e Reorganização dos Serviços de Saúde: efeitos sobre a cobertura e a utilização de serviços**. Tese de doutorado. Rio de Janeiro, ENSP- FIOCRUZ, 2000.

LONGO, Francisco. **Mérito e flexibilidade: a gestão das pessoas no setor público**. São Paulo: FUNDAP, 2007

LOPES et ali. Diário de Campo: Construção e Utilização em Pesquisas Científicas. Online Brazilian **Journal of Nursing**, Vol 5, No 3 (2006)

LOURAU, René. **Análise institucional**. Petrópolis-RJ: Vozes, 1995.

LUCCHESI, Patrícia T. R.. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 8, n. 2, 2003. pp. 439-448. .

LUZ, M.T. Notas sobre as Políticas de Saúde no Brasil de Transição Democrática - Anos 80. **Physis - Revista de Saúde Coletiva** . V. 1, n. 1, Rio de Janeiro: IMS/UERJ - Relume-Dumará, 1991.

\_\_\_\_\_. **As Conferências Nacionais de Saúde e as Políticas de Saúde da década de 80** In In GUIMARÃES & TAVARES (Orgs). **Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80**, Rio de Janeiro, Relume Dumará, 1994.

LUZ et al. Pisada como Pano de Chão: Experiência de Violência Hospitalar no Nordeste Brasileiro. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo. V. 17, número 1, p. 61-72, 2008.

LYOTARD, Jean-François: **O pós-moderno**. RJ. Olympio Editora. 1986. Introdução, viii.

MACHADO, Cristiani Vieira. Novos modelos de gerência nos hospitais públicos: as experiências recentes. **PHYSIS**. Revista Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 11 (1). 2001, p. 105-197.

MACHADO, M.H. (Coord) **Perfil dos Médicos no Brasil: Análise Preliminar**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/CFM-MS/PNUD, Vol. VI, 1996.

MAGALHÃES, Marta Gama. **Gestão do Hospital São João Batista - Contribuições para o Desenvolvimento de uma Gestão Participativa e Descentralizada**. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca para a obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2006.

MALTA et. al. Acolhimento- uma reconfiguração do processo de trabalho em saúde usuário-centrada. In MERHY et. al (Orgs) Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo, Xamã, 1998.

MARTINS, P. H. **Contra a desumanização da medicina: crítica sociológica das práticas médicas modernas**. Petrópolis: Vozes, 2003.

MATHIAS et. ali. **Contrato de Gestão: viabilização gerencial para o atendimento à população em hospitais públicos**. ANPAD, 1998. Disponível em [www.anpad.org.br/enanpad/1998](http://www.anpad.org.br/enanpad/1998). com acesso em 20 de fevereiro de 2009.

MATUS, C.. **El Metodo PES, Reingenieria Publica y La Teoria de Las Conversaciones: Trabas y Problemas.** Santa Fé, Colômbia: Fondo Editorial Altadir, Colección Ciências y Técnicas de Gobierno. 1994.

\_\_\_\_\_. **Adeus, Senhor Presidente: Governantes Governados.** São Paulo: Fundap. 1996.

\_\_\_\_\_. **Política, Planejamento & Governo.** Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. 1997

MATTOS, R. **Desenvolvendo e ofertando idéias: um estudo sobre a elaboração de propostas de políticas de saúde globais.** Tese de doutorado, Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. UERJ, 2000.

MÉDICI, Rita. Gramsci e o Estado: para uma releitura do problema. **Rev. Sociol. Polít.**, Curitiba, 29, p. 31-43, nov. 2007

MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde.** São Paulo: HUCITEC, 300 p. 1997.

MERHY, Emerson Elias. O ato de governar e as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Revista Ciência e Saúde Coletiva.** ABRASCO. Rio de Janeiro. 1999, 2, 305-314.

\_\_\_\_\_. **Saúde: A Cartografia do Trabalho Vivo.** São Paulo: Ed. Hucitec. 2002.

\_\_\_\_\_ Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. & ONOCKO, R. (orgs.) **Agir em Saúde: um desafio para o público.** São Paulo/Buenos Aires: Ed. HUCITEC/Lugar Editorial. 1997.

\_\_\_\_\_ Em Busca da Qualidade dos Serviços de Saúde: *Os Serviços de Portas Aberta para a Saúde e o Modelo Tecno-Assistencial em Defesa da Vida.* In: Cecílio, L. (org.) 1994. **Inventando a Mudança na Saúde.** São Paulo: Ed. Hucitec, 1994.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 6. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996.

\_\_\_\_\_. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde.** São Paulo: Hucitec, 2004.

MINTZBERG, Henry. **Criando Organizações Eficazes: Estruturas em Cinco Configurações.** Editora Atlas. São Paulo, 1995.



MOTTA, Paulo Roberto. **Gestão Contemporânea: A Ciência e a Arte de Ser Dirigente**. Editora Record. Rio de Janeiro, 1990.

MOTTA, Prestes & PEREIRA, Bresser. **Introdução à Organização Burocrática**. SP, editora: Thomson. 1979.

NETO, Francisco Campos Braga, BARBOSA, Pedro Ribeiro e Santos, Isabela Soares. Atenção Hospitalar: evolução histórica e tendências. In LOBATO, ESCOREL, NORONHA e CARVALHO (Orgs). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2008.

NETO, Otávio Cruz. O trabalho de campo como descoberta e criação. In MINAYO, M.C.S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Vozes, Petrópolis, 24ª edição. 1994.

NETO & IBAÑEZ. Modelos de gestão e o SUS. **Ciênc. saúde coletiva** v.12 supl.0 Rio de Janeiro nov. 2007.

NOGUEIRA, Roberto Passos. Problemas de Gestão e Regulação do Trabalho no SUS. Revista **Serviço Social e Sociedade** 87, ano XXVI, 2006.

NORONHA, Valéria dos Santos. A Gestão Feminina nos Hospitais Municipais da Cidade do Rio de Janeiro: Considerações sob a Ótica de Gênero in **Sexualidade em Diferentes Enfoques: Uma Experiência de Capacitação no Campo da Saúde Reprodutiva**, Niterói, RJ: editora Muiraquitã: PEGGE/UERJ-2001.

NORONHA e LECOVITZ. AIS-SUDS-SUS: Os caminhos do direito à saúde In GUIMARÃES & TAVARES (Orgs). **Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80**, Rio de Janeiro, Relume Dumará, 1994.

NORONHA, José Carvalho de, LIMA, Luciana Dias Lima e MACHADO, Cristiani Vieira. O Sistema Único de Saúde. In LOBATO, ESCOREL, NORONHA e CARVALHO (Orgs). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2008.

NUM, José. **A Democracia e a Modernização Trinta Anos Depois**. Revista Iua Nova, São Paulo, CEDEC/ Marco Zero, nº 27, 1992.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Key Informant Survey**. Disponível em <[www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=whosis,surveys&language=english](http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=whosis,surveys&language=english)>. 2000a

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **The World Health Report – Health Systems: Improving Performance**. Disponível em <[www.who.int/whr/en/](http://www.who.int/whr/en/)>. 2000b

ONOCKO, Rosana. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In CAMPOS, G.W.S. **Saúde Paidéia**. Editora HUCITEC, 2007.

ONOCKO, Rosana; AMARAL, Márcia. Cândido Ferreira: Experimentando uma Mudança Institucional. In: MERHY e ONOCKO. **Agir em Saúde – um Desafio para o Público**. Organizadores, 1ª ed. São Paulo, HUCITEC/Buenos Aires, Lugar Editorial, 1997.

ONU. **Declaração Universal dos Direitos do Homem**. 1948. Disponível em [www.who.int/entity/genomic/elsi/en](http://www.who.int/entity/genomic/elsi/en) com acesso em 20/03/2008.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. (OPAS). **A Transformação da Gestão dos Hospitais na América Latina e Caribe**. Brasília. OPAS. OMS, 2004.

PAIM, Jairnilson Silva. **Ações Integradas de Saúde: por que não dois passos atrás**. Cadernos de Saúde Pública, v (2), n (2), p 167-183, abr-jun, 1986.

\_\_\_\_\_. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para compreensão e crítica**. Tese de doutorado. Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia-UFBA. Salvador, 2007.

PAIM, Jairnilson Silva e TEIXEIRA, Carmen Fontes. Configuração institucional e gestão do Sistema Único da Saúde: problemas e desafios. **Ciência e Saúde Coletiva**, 12, 2007. p. 1819-1829.

PALMADE, Guy. **Interdisciplinaridad e ideologias**. Madrid: Narcea. 1979.

PARASURAMAN A et. al. **Measuring customer service satisfaction**. Disponível em <[www.imt.za/qtrater/gaps.html](http://www.imt.za/qtrater/gaps.html)>.1990

PARASURAMAN A et. al. SERVIQUAL: a Multiple-Item Scale for measuring customer perceptions of service quality. **Journal of Retailing** Spring pp.12-40. 1988.

PEEP. Programa de Estudos sobre a Esfera Pública. **Municipalização da Saúde: Inovação na Gestão e Democracia Local no Brasil**. Disponível em [http://www.ebape.fgv.br/academico/asp/dsp\\_pe\\_esf\\_publica\\_pesquisas.asp](http://www.ebape.fgv.br/academico/asp/dsp_pe_esf_publica_pesquisas.asp) com acesso em 05/07/2008.

PEREIRA, Luiz Carlos Bresser. Reforma do Estado para a Cidadania. **A Reforma Gerencial Brasileira na Perspectiva Internacional**. SP, editora 34, 1998.

PEREIRA, Luíza Helena. A voz dos usuários no sistema hospitalar: Ouvidorias. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 4, nº 7, jan/jun 2002, p. 82-121.

PIERANTONI, VARELLA & FRANÇA. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. **Cadernos de RH**, (1): 29-40, março de 2006.

PINHEIRO, Roseni et. al. Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das Conferências de Saúde. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. 14 (1): 15-39, 2004.

PINHEIRO, Roseni & LUZ, Madel T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade In PINHEIRO & MATTOS (Orgs) **integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro, IMS ABRASCO, 2003.

PINHEIRO & MATTOS (Orgs). **Cuidado: As Fronteiras da Integralidade**. CEPESC/UERJ. ABRASCO, 2006.

PIRES, Denise. **Reestruturação Produtiva e Trabalho em Saúde no Brasil**. São Paulo: CUT/Ed. Annablume. 1998.

PLANO PLURIANUAL 2000-2003 disponível em <http://www.qualidade.planejamento.br> com acesso em 14/04/2007.

PORTAL DA SAÚDE. **“Um Balanço Pra Lá de Positivo”**. Disponível em [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br) com acesso em 04/01/2008.

REGO, Sérgio. **A Formação Ética dos Médicos - Saindo da Adolescência com a Vida (dos outros) nas Mãos**. Ed. FIOCRUZ, 2003.

REINHARDT, **Rosemari Dorigon**. Algumas reflexões sobre a gestão na saúde no binômio tradição-inovação. **Boletim da Saúde**. Porto Alegre. Volume 2, Número 2, jul./dez. 2006

RIVERA, Francisco Javier Uribe; ARTMANN, Elisabeth. **Planejamento e Gestão em Saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo**. Rio de Janeiro: Ed FIOCRUZ, 2003.

RODRIGUEZ NETO, E. **Saúde: promessas e limites da Constituição**. Rio de Janeiro. Editora da FIOCRUZ, 2003.

ROLLO, Adail; OLIVEIRA, Roseli da Costa. É possível construir novas práticas assistenciais no hospital público? In MERHY & ONOCKO (Orgs). **Agir em Saúde. Um desafio para o público**. São Paulo. HUCITEC. 1997. Cap. 10.

SÁ, Marilene de Castilho. **Planejamento Estratégico em Saúde: Problemas Conceituais e Metodológicos**. Tese de mestrado. Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública. 1993. 425pp.

\_\_\_\_\_.O Mal-Estar nas Organizações de Saúde: Planejamento e Gestão como Problemas ou Soluções? **Ciência & Saúde Coletiva**, 1999, 4(2): 255-258.

\_\_\_\_\_.Subjetividade e Projetos Coletivos: Mal-Estar e Governabilidade nas Organizações de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2001, 6: 151-154.

\_\_\_\_\_. **Em Busca de uma Porta de Saída: Os Destinos da Solidariedade, da Cooperação e do Cuidado com a Vida na Porta de Entrada de um Hospital de Emergência.** Tese de doutorado do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Departamento de Psicologia Social e Trabalho. SP, 2005.

SÁ, Marilene de Castilho; AZEVEDO, Creuza da Silva. Trabalho Gerencial e Processos Intersubjetivos: Uma Experiência com Diretores de Hospitais Públicos. Rio de Janeiro: **Revista de Administração Pública**, 36 (1):507-27. jan/fev. 2002.

SANDRONI, Paulo (organização e supervisão). **Dicionário de economia.** Editora Círculo do Livro. São Paulo, 1996. p. 368

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. **Encruzilhada nos Rumos do SUS: Considerações.** Disponível em <http://www.cebes.org.br> com acesso em 02/06/2008.

SANTOS, N.R. Formação Ético-Humanista do Médico e a Construção de Serviços de Saúde Humanizados: Coincidência ou Coerência? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 57, 2001.

SCHRAIBER, Lilia Blima. **Medicina Tecnologia e Prática Profissional Contemporânea: Novos desafios, Outros dilemas.** São Paulo: Universidade de São Paulo/Faculdade de Medicina/Departamento de Medicina Preventiva. Tese de Livre-Docência. 1997.

\_\_\_\_\_. Planejamento e Políticas nas Práticas de Saúde. **Saúde em Debate**. 47. 1995. p. 28-35.

\_\_\_\_\_. **O Médico e seu Trabalho: Limites da Liberdade.** São Paulo: Hucitec. 1993

SCHRAIBER LB *et al.* Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde: Identificando Problemas. **Ciência & Saúde Coletiva** 4 (2): 221-261. 1999.

SCOTT et al. **Institutional change and health organizations: from professional dominance to managed care.** Chicago: The University of Chicago Press; 2000.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE. **Relatório de Gestão 2007.** Belo Horizonte- MG. Março de 2008.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE. **Seminário de Humanização.** Município de Belo Horizonte- MG. 2008. Disponível em [http://www.pbh.gov.br/smsa/seminario\\_humanizacao](http://www.pbh.gov.br/smsa/seminario_humanizacao), com acesso em 14 de abril de 2009.

SETÚBAL, A. A. Análise de Conteúdo: Suas Implicações nos Estudos das Comunicações: In: **Pesquisa Qualitativa- Um Instigante Desafio**. São Paulo: Veras, 1999.

SILVA, G. R da S. Origens da Medicina Preventiva como Disciplina do Ensino Médico. **Revista do Hospital de Clínicas**. Faculdade de Medicina de São Paulo. 28 (2):31-35, 1973.

SITZIA J & WOOD N. Patient satisfaction: A review of issues and concepts. **Social Science and Medicine** 45 (12):1829-1843. 1997.

STARR, P. **The Social Transformation of American Medicine**. New York: Harper Collins Publishers-Basic Books. 1982.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. Promoção e Vigilância no Contexto da Regionalização da Assistência à Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Vol. 18 (supl.), Rio de Janeiro, 2002, p.153-162.

TEIXEIRA, S. M. F. et ali. **Antecedentes da Reforma Sanitária**. Textos de Apoio. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz, 1988. 70p.

TEIXEIRA, Sônia Maria Fleury. **Saúde e Democracia: A Luta do CEBES** (org). SP. Lemos Editorial, 1997.

\_\_\_\_\_. **O desafio da gestão das redes de políticas**. VII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Lisboa, Portugal, 8-11 Oct. 2002.

\_\_\_\_\_. **"Democracia, poder local e cidadania no Brasil"**. FGV-RJ. 2003. Artigo no prelo.

\_\_\_\_\_. **Cebes comemora três décadas de atuação**. Rio de Janeiro. 2006. Disponível em <http://www.cebes.org.br> com acesso em 13 de janeiro de 2009.

\_\_\_\_\_. "El desafio de la gestión de las redes de políticas", **Revista Instituciones y Desarrollo**, 17, dez., 2002. Disponível em: <http://www.ebape.fgv.br/academico> com acesso em 5 de janeiro de 2009.

TEIXEIRA, Sônia Maria Fleury e MENDONÇA, Maria Helena Maria. Reformas Sanitárias na Itália e no Brasil: Comparações. In FLEURY (Org) **Reforma Sanitária em Busca de uma Teoria**. São Paulo- Cortez; Rio de Janeiro- ABRASCO. 2006.

TEIXEIRA, Sônia Maria e OUVÉNEY, Assis Mafort. Política de Saúde: uma política social. In LOBATO, ESCOREL, NORONHA e CARVALHO (Orgs).

**Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2008.

TEMPORÃO, José Gomes. Em entrevista, Temporão defende a criação das fundações estatais. **Jornal do Brasil**, março de 2009.

TESTA, M., 1995. **Pensamento Estratégico e Lógica de Programação: O Caso da Saúde.** São Paulo: Editora HUCITEC/Rio de Janeiro: ABRASCO.

TRAVASSOS, Claudia. Eqüidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. **Cadernos de Saúde Pública**, abr./jun. vol.13, no.2, p.325-330. 1997.

UGA, M. A. D; PORTO, Silvia Marta . Avanços e Percalços do Financiamento do Setor Saúde no Brasil. In: Gallo, Rivera e Machado. (Org.). **Planejamento Criativo: Novos Desafios em Políticas de Saúde.** Rio de Janeiro: Relume - Dumará, 1992.

UMENAI et al. Conference Agreement on the definition of humanization and humanized care. **International Journal of Gynecology & Obstetrics** 20001.75(2001): S3-S4.

VAITSMAN & ANDRADE. Satisfação e Responsividade: Formas de Medir a Qualidade e a Humanização da Assistência à Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, 10 (3): 599-613. 2005.

VALERIANO, Dalton L. **Gerência em Projetos: Pesquisa, Desenvolvimento e Engenharia.** Makron Books. São Paulo, 1998. p. 438.

VASCONCELOS, Ana Maria de et al. "Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde" in TEIXEIRA et. al. (Orgs) **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional.** SP, OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Complexidade e Pesquisa Interdisciplinar: Epistemologia e Metodologia Operativa.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

\_\_\_\_\_. A proposta de empowerment e sua complexidade: uma revisão histórica na perspectiva do serviço social. In **Serviço Social e Sociedade 65 (XXII)**, São Paulo, Cortez, 2001.

VASCONCELOS & PASCHE. O Sistema Único de Saúde. In CAMPOS, G. W. (Org). **Tratado de Saúde Coletiva.** HUCITEC- São Paulo/FIOCRUZ- Rio de Janeiro. 2006.

VASQUEZ et. al. Nível de informação da população e utilização dos mecanismos institucionais de participação social em saúde em dois Municípios do Nordeste do Brasil **Revista Ciênc. saúde coletiva**, vol.10, Rio de Janeiro Sept./Dec. 2005

VELLOSO, Bianca e MATOS, Sônia Gesteira e. A complexa construção do SUS em Belo Horizonte- os desafios que ele propõe In MERHY et. al (Orgs) **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo, Xamã, 1998.

VIANA, Ana Luíza D'Ávila, BAPTISTA, Tatiana Vargas de F. B. Análise de Políticas de Saúde. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. In LOBATO, ESCOREL, NORONHA e CARVALHO (Orgs). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2008.

WEBER, Max. **Ensaio de Sociologia**. Zahar. Rio de Janeiro, 1974. (textos organizados e selecionados por C. Wright Mills e Hans Gerth).

WILLIAMS B, SHAW, VUORI. Patient satisfaction: a valid concept? **Social Science and Medicine** 38(4):509-516. 1994

WORLD BANK. **Discussion Papers** no. 48, 1989.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **A Declaration of Patients Rights in Europe, European Consultation on the rights of patients**. Amsterdam 28-30 March 1994.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Division of health promotion, education and communications. **Health Promotion Glossary**. Genebra. WHO, 1998.

YÉPEZ e MORAIS. Reivindicando a Subjetividade dos Usuários da Rede Básica de Saúde: para uma Humanização do Atendimento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(1):80-88, Jan-Fev. 2004.

# ANEXOS

---



# 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](#)