



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO E GESTÃO SOCIAL

SILVIA CONCEIÇÃO BOMFIM BITTENCOURT

**CAMINHOS ADOTADOS PELA GESTÃO PARA A IMPLANTAÇÃO
DAS DIRETRIZES DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: O
ESTUDO DE CASO DA EMERGÊNCIA DE UMA UNIDADE HOSPITALAR
PÚBLICA BAIANA**

Salvador - BA
2014

SILVIA CONCEIÇÃO BOMFIM BITTENCOURT

**CAMINHOS ADOTADOS PELA GESTÃO PARA A IMPLANTAÇÃO
DAS DIRETRIZES DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: O
ESTUDO DE CASO DA EMERGÊNCIA DE UMA UNIDADE HOSPITALAR
PÚBLICA BAIANA.**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Multidisciplinar e Profissional em Desenvolvimento e Gestão Social do Programa de Desenvolvimento e Gestão Social da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Elizabeth Matos Ribeiro

Co-orientadora: Profa. Dra. Carmen Fontes Teixeira

Salvador - BA
2014

Escola de Administração - UFBA

B624 Bittencourt, Silvia Conceição.

Caminhos adotados pela gestão para a implantação das diretrizes da política nacional de humanização: o estudo de caso da emergência de uma unidade hospitalar pública baiana / Silvia Conceição Bomfim Bittencourt. – 2014.

174 f.

Orientadora: Profa. Dra. Elizabeth Matos Ribeiro.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de Administração, Salvador, 2014.

1. Humanização dos serviços de saúde – Salvador, Região Metropolitana de (BA) – Estudo de casos. 2. Hospitais – Serviços médicos de emergência – Salvador, Região Metropolitana de Salvador de (BA) – Estudo de casos. 3. Humanização dos serviços de saúde - Política governamental. 4. Política de saúde - Brasil. 5. Sistema Único de Saúde (Brasil). I. Universidade Federal da Bahia. Escola de Administração. II. Título.

CDD – 362.11

SILVIA CONCEIÇÃO BOMFIM BITTENCOURT

**CAMINHOS ADOTADOS PELA GESTÃO PARA A IMPLANTAÇÃO
DAS DIRETRIZES DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: O
ESTUDO DE CASO DA EMERGÊNCIA DE UMA UNIDADE HOSPITALAR
PÚBLICA BAIANA**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Desenvolvimento e Gestão Social, pela Escola de Administração da Universidade Federal da Bahia.

Banca Examinadora

Prof.^a Dr.^a Elizabeth Matos Ribeiro _____
Doutora em Ciência Política e Administração (USC/ES)
Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Prof.^a Dr.^a Carmen Fontes de Souza Teixeira _____
Doutora em Saúde Pública (UFBA)
Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Prof.^a Dr.^a Mônica de Castro Maia Senna _____
Doutora em Saúde Pública (ENSP/RJ)
Universidade Federal Fluminense (UFF)

Psicóloga, Especialista em Saúde Mental, Aline de Oliveira Costa _____
Ex-Coordenadora da Regional Nordeste da Política Nacional de Humanização e Apoiadora Nacional da Rede
Cegonha-Ministério as Saúde

Aos meus pais pelo incentivo e apoio na
minha educação. A Tiago e Miguel com
quem tenho aprendido a amar.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por todas as oportunidades concedidas na minha vida profissional e acadêmica.

Aos meus pais, Matheus (in memoriam) e Vandil, por me preparem para os desafios da vida. Em especial a minha querida mãe, minha companheira nestes desafios cotidianos, a qual sempre tem uma palavra amiga para acalantar meu coração.

Ao meu amado companheiro Tiago que esteve ao meu lado, com sua paciência e compreensão, nesse processo de construção acadêmica. E ao fruto do nosso amor, Miguel, que nasceu durante o mestrado e tem nos ensinado sobre o ato de amar, com o seu doce sorriso.

Aos meus familiares e amigos pelas orações e demonstrações de apoio e apreço.

A minha orientadora Prof.^a Elizabeth Matos, pela amizade, confiança, paciência e dedicação nessa caminhada.

Aos meus queridos colegas de trabalho da Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (DGTES), em especial a Érica Bowes, a Rosana Adorno e Tatiana Santos companheiras de discussões sobre a humanização na saúde.

Ao Fórum de apoiadores da Política de Humanização das unidades da Rede Própria, que me instigaram para aprender sobre humanização na saúde.

Aos sujeitos participantes dessa pesquisa que me acolheram gestante, na emergência dessa unidade hospitalar e a todo o momento cuidaram de mim e de Miguel.

Aos colegas do mestrado que fizeram dessa viagem uma aventura cheia de risos, almoços, lanches, lágrimas e discussões recheadas de conhecimento e diversidade, em especial, ao grupo saúde (Andréa, Marcela e Marcelo) pela amizade, apoio e companhia constante.

Aos professores do Mestrado em Gestão Social pela competência e pelo compartilhamento de ideias e conhecimento, com os quais elaborei essa dissertação.

A professora Mônica Senna que me acolheu na UFF – Niterói com carinho, cuidado e muitas reflexões sobre políticas sociais.

A professora Carmen Teixeira pela disponibilidade em contribuir com minhas reflexões sobre a saúde pública.

Aos trabalhadores do Grupo Hospitalar Conceição que compartilharam comigo as alegrias e tristezas do processo de implementação das diretrizes da PNH, contribuindo para as reflexões desse texto.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para este trabalho.

O correr da vida embrulha tudo.
A vida é assim: esquenta e esfria,
aperta e daí afrouxa,
sossega e depois desinquieta.
O que ela quer da gente é **CORAGEM**.

João Guimarães Rosa

BITTENCOURT, S. C. B. **Caminhos adotados pela gestão para a implantação das diretrizes da Política Nacional de Humanização: o estudo de caso da emergência de uma unidade hospitalar pública baiana.** 174 f. il. Dissertação (Mestrado Multidisciplinar e Profissional em Desenvolvimento e Gestão Social) – Escola de Administração, da Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, 2013.

RESUMO

A Constituição Federal aprovada em 1988 pautada em valores vinculados aos direitos humanos, não conseguiu operacionalizá-los no desenvolvimento das suas políticas públicas, em especial na Política Pública de Saúde. Em vinte e cinco anos de existência do Sistema Único de Saúde (SUS) muitos foram os avanços, entretanto, estes não foram capazes de superar a predominância de um modelo de atenção e gestão à saúde hospitalocêntrico, caracterizado pelos seguintes aspectos: médico centrado, com práticas vinculadas ao excesso de tecnologia e especializações, as quais se vinculam a métodos denominados como “desumanos”. Nesse contexto, a gestão federal da Saúde, no ano de 2003, propõe a implantação da Política Nacional de Humanização (PNH), a qual reflete um conjunto de estratégias, diretrizes e dispositivos, dirigidas para superar essa realidade crítica no SUS. Assim, esse estudo pretende analisar as estratégias desenvolvidas pela gestão (Federal, Estadual e Local) para a implantação das diretrizes e dispositivos da PNH na emergência de uma unidade hospitalar pública no Estado da Bahia, no período de janeiro de 2012 a agosto de 2013. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, tomando como base teórico-metodológica o conceito de Administração Política, a partir da análise de um estudo de caso de uma emergência hospitalar selecionada. O resultado ratificou a dificuldade da gestão e gerência da unidade em implantar as diretrizes dessa política, uma vez que seus pressupostos teórico-metodológicos não coadunam com o projeto societário hegemônico do Estado (que reflete a concepção neoliberal que fundamenta a atual dinâmica do capitalismo internacional e nacional). Essa situação fragiliza a operacionalização das estratégias da Política analisada no cotidiano da prestação do serviço. Diante dessa análise, foi sugerida uma agenda propositiva para a melhoria da gestão e gerência da PNH, a fim de contribuir para o processo de transformação social defendido pelo projeto de Reforma Sanitária Brasileira (RSB), na busca, pois, de efetivar os princípios estruturantes do SUS já consagrados na CF de 1988.

Palavras-chave: Política Pública, Política de Saúde, Humanização, PNH e Administração Política.

Bittencourt, S. C. B. **Paths taken by the management to implement the guidelines of the National Humanization Policy: the case study of a public hospital unit.** 174 pp. il. (Dissertation) Masters in Social Development and Social Management, School of Management, at Federal University of Bahia, Salvador, BA, 2014.

ABSTRACT

The adoption of the Federal Constitution of 1988 , based on values related to human rights , failed to operationalize them in developing their public policies , especially in Public Health Policy In twenty -five years of existence of the Unified Health System (SUS) there have been many advances, however, they were not able to overcome the dominance of a model of care and management of hospital-centered health, characterized by the following aspects : centered medical practices related to the excess of technology and expertise , which are linked to methods referred to as "inhuman". In this context, the federal management of Health , in 2003 , proposed the establishment of the National Humanization Policy (NHP), which reflects a set of strategies, guidelines and devices directed to overcome this critical reality of SUS . Thus, this study aims to examine the strategies developed by management (Federal , State and Local) for the implementation of the guidelines and provisions of PNH in the emergence of a public hospital in the state of Bahia, from 2012 to August 2013. This is a qualitative research, taking as theoretical and methodological basis the concept of Policy Administration, from the analysis of a case study of a hospital emergency selected. The result confirmed the difficulty of management and site management in implementing the guidelines of this policy, since its theoretical and methodological assumptions not consistent with the hegemonic social project of the State (which reflects the neoliberal conception that underlies the current dynamics of global capitalism and national). This undermines the operationalization of policy strategies analyzed in everyday provide service. Given this analysis, it was suggested that a proposed for improving management and management of NHP in order to contribute to the process of social change advocated by the Health Reform Project (RSB), seeking thus to effect the structural principles SUS already enshrined in the 1988 Constitution .

Keywords: Public Policy, Health Policy, Humanization, NHP and Policy Administration.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AI	Apoiador Institucional
AI/PNH	Apoiador Institucional / Política Nacional de Humanização
AM	Apoiador Matricial
CNS	Conselho Nacional de Saúde
EP	Educação Permanente
GE	Gestão Estadual
GF	Gestão Federal
GL	Gestão Local
GHC	Grupo Hospitalar Conceição
GTH	Grupo de Trabalho de Humanização
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MAS	Modelo de Atenção à Saúde
MS	Ministério da Saúde
NAQH	Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
PNH	Política Nacional de Humanização
POA	Plano Operativo Anual
PPS	Política Pública de Saúde
PTS	Processo de Trabalho em Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RH	Recursos Humanos
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
RUE	Rede de Atenção às Urgências
SAMU	Serviço Móvel de Urgência
SESAB	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
SUPERH	Superintendência de Recursos Humanos
SUS	Sistema Único de Saúde
UFF	Universidade Federal Fluminense
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	OBJETIVO GERAL	16
1.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
1.3	HIPÓTESE	17
2	PRESSUPOSTOS TEÓRICO-EPISTEMOLÓGICOS E METODOLÓGICOS	18
2.1	ADMINISTRAÇÃO POLÍTICA: DEFININDO UM CONCEITO-GUIA DE GESTÃO	19
2.2	BASES TEÓRICO-METODOLÓGICAS DA ADMINISTRAÇÃO POLÍTICA	29
2.3	DISCUTINDO O CONCEITO DE POLÍTICAS PÚBLICAS NA PERSPECTIVA DA ADMINISTRAÇÃO POLÍTICA	33
2.4	DIREITOS HUMANOS: DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS	38
2.5	O ESTADO MODERNO E OS DESAFIOS DOS DIREITOS HUMANOS	41
3	POLÍTICA DE SAÚDE E HUMANIZAÇÃO: INTERFACES POSSÍVEIS E NECESSÁRIAS PARA A CONSOLIDAÇÃO DO SUS	48
3.1	POLÍTICA DE SAÚDE: O DESAFIO DE ASSEGURAR DIREITOS SOCIAIS E HUMANOS	49
3.2	HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE: UMA ALTERNATIVA PARA A SUSTENTABILIDADE DO SUS?	57
3.3	POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: CAMINHOS E DESCAMINHOS NO SUS	60
4	PERCURSO METODOLÓGICO	65
4.1	CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE HOSPITALAR	65
4.2	SUJEITOS DO ESTUDO	66
4.3	PROCEDIMENTOS, MÉTODOS E TÉCNICAS PARA A PRODUÇÃO DE DADOS E SEU PROCESSAMENTO	68
4.4	PLANO DE ANÁLISE	69
4.5	PROJETO DE EXTENSÃO	70
4.6	ASPECTOS ÉTICOS	71
5	CAMINHOS POSSÍVEIS DA HUMANIZAÇÃO NA EMERGÊNCIA DA UNIDADE HOSPITALAR SELECIONADA	72
5.1	CONCEPÇÃO DOS GESTORES SOBRE A PNH	72
5.2	CONTRIBUIÇÕES DA PNH PARA A QUALIFICAÇÃO DO SUS E SEUS LIMITES	75
5.3	DIRETRIZES/DISPOSITIVOS PARA IMPLANTAÇÃO DA PNH NA EMERGÊNCIA DA UNIDADE HOSPITALAR PÚBLICA ESTUDADA	80

5.3.1	Assegurar ampliação de acesso, cuidado integral e resolutivo	81
5.3.2	Gestão democrática e participativa	86
5.3.3	Propiciar participação e valorização dos trabalhadores no processo e gestão do trabalho	92
5.3.4	Assegurar direitos dos usuários, controle social e ações de promoção à Saúde no âmbito hospitalar	96
5.4	RELAÇÕES INTERGOVERNAMENTAIS ESTABELECIDAS PARA IMPLEMENTAR A PNH NA EMERGÊNCIA DE UMA UNIDADE HOSPITALAR PÚBLICA	102
5.4.1	Programa SOS Emergência	103
5.4.2	Análise do SOS Emergência e sua contribuição na implementação da PNH	106
5.5	NÍVEL DE INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PNH NA UNIDADE HOSPITALAR ESTUDADA	110
5.5.1	Institucionalização da PNH na GE	113
5.6	ESTRATÉGIAS ESTABELECIDAS NO PLANO OPERATIVO ANUAL ESTADUAL PARA A IMPLANTAÇÃO DA PNH	114
5.7	AValiação DOS ENTES FEDERADOS NO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA PNH	117
5.8	MODELO DE GESTÃO PARA OPERACIONALIZAR A PNH	119
5.9	DISCUSSÃO DOS DADOS NA PERSPECTIVA TEÓRICA - POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO: UMA POLÍTICA PÚBLICA CONTROVERSA	120
5.9.1	Relações intergovernamentais e o desafio da implementação da PNH em um serviço de emergência	123
5.9.2	Os dispositivos da PNH em ato	125
5.9.3	Modelo de gestão	129
6	AGENDA PROPOSITIVA: CAMINHOS POSSÍVEIS PARA A GESTÃO DA PNH	132
6.1	RESIDÊNCIA SOCIAL	132
6.2	AGENDA PROPOSITIVA	134
7	CONSIDERAÇÕES	138
	REFERÊNCIAS	141
	APÊNDICE A – Instrumentos de Pesquisa	148
	APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	168
	APÊNDICE C - Termo de Autorização para Gravação de Voz	169
	APÊNDICE C - Termo de Autorização para Gravação de Voz	170
	APÊNDICE E – Matriz de Análise Propositiva de Indicadores de Análise da Gestão para Implantação da Política Nacional de Humanização	172

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal aprovada em 1988, também denominada de Constituição Cidadã, assegurou para todo brasileiro um conjunto de direitos fundamentais – direitos sociais, individuais e políticos - os quais devem estar pautados em valores como dignidade, liberdade, solidariedade e igualdade, princípios éticos vinculados à concepção dos direitos humanos (BRASIL, 1988).

Entretanto, ainda que as políticas públicas formuladas e desenvolvidas para assegurar o alcance destes direitos devam se fundamentar nestes valores, o avanço da agenda neoliberal, a partir da década de 90 fragilizou a implantação desses princípios no cotidiano das ações governamentais, bem como desvirtuou seu significado para fortalecer os interesses privados (MATTOS, 2009).

Nesse contexto, situa-se a Política Pública de Saúde adotada no Brasil que avançou com a aprovação do Sistema Único de Saúde (SUS), através da LOS nº 8.080/1990, que tomou como base os princípios da universalidade, da integralidade e da equidade, orientada pelas diretrizes da regionalização, da hierarquização e da participação e controle social (BRASIL, 1990).

A sua aprovação significou avanços importantes na política de saúde no país, tais como a ampliação da rede de cobertura; a garantia formal do financiamento para as políticas, programas, projetos e ações, ainda que se reconheça a necessidade de ampliação; criação de instâncias de negociação e participação dos atores; atendimento universal para todo cidadão brasileiro, dentre outros (BRASIL, 1990). Apesar disso, alguns desafios se mantêm, tais como: a predominância da racionalidade biomédica e do modelo de atenção à saúde hospitalocêntrico, o excesso de tecnologia e a supervalorização da especialização, a escassez de recursos financeiros, as decisões gerenciais verticalizadas, a visão não integral do usuário e a fragmentação do processo de trabalho na saúde (PAIM, 2003). Em síntese, esses avanços e desafios reforçam, pois, a dificuldade em efetivar um modelo gestão e gerência de atenção à saúde que implique em mudanças estruturantes nas práticas gestoras e assistenciais do SUS.

Para Feuerwerker (2005, p. 491), o direito a saúde foi,

(...) traduzido como direito a consumir serviços médicos, procedimentos e medicamentos, já que existe uma supervalorização da especialização, dos procedimentos e da incorporação da tecnologia a qualquer preço. Essa con-

juntura no cotidiano dos serviços e unidades de saúde gerou nas práticas de saúde um processo denominado de “desumanização da saúde”.

Em concordância com a análise da autora, considera-se que as práticas “desumanas na saúde” subtraem dos cidadãos seus direitos humanos e fundamentais, assegurados com a CF de 1988, e o submete a práticas mecanicistas, rotineiras que o homogeneízam e rotulam como meros usuários do sistema, sem preocupações com a dimensão humana. Assim, essa prática acaba por desconsiderar a heterogeneidade, a diversidade e a subjetividade inerente a todo ser humano, impossibilitando percebê-lo como homem, merecedor de um tratamento solidário, amoroso, digno e respeitoso.

Embasados pela necessidade de reafirmar estes valores éticos-políticos-estéticos nas práticas cotidianas do SUS, o Ministério da Saúde (MS) aprovou a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão (PNH), em 2003, com o objetivo de propor métodos para estimular a produção de novos modos de gestar e gerir o SUS.

Essa política possui princípios, diretrizes e dispositivos. Segundo seus princípios teóricos e metodológicos, a implantação/implementação de uma diretriz por si só, não dá conta de alterar o modelo de atenção e de gestão, visto que para produzir as mudanças esperadas é necessário analisar o processo de trabalho, o fluxo organizacional e o modelo organizativo da gestão, respeitando a diversidade de cada unidade, de modo a identificar os entraves e construir as proposições, de forma coletiva.

A fim de estimular a implantação dessa política o Estado da Bahia, por meio da Secretaria Estadual de Saúde (SES), definiu metas e indicadores que foram integradas aos Planos Plurianuais (PPA) Estadual (2008-2011 e 2012-2015), e aos Planos Estaduais de Saúde. Assim, em consonância com esses planos foi elaborado um instrumento interno de gestão, materializado no Plano Operativo Anual (POA), com o objetivo de direcionar as ações desenvolvidas nas unidades da rede própria de saúde do Estado, para alcançar as metas pactuadas nos planos estaduais.

Dessa forma, os compromissos vinculados à implantação das diretrizes da Política de Humanização, tais como o colegiado gestor e o GTH, foram inseridos neste documento, com indicadores de acompanhamento e monitoramento quantitativos. Entretanto, uma análise crítica dessa dinâmica demonstra que, na maioria das vezes, esses instrumentos não conseguem induzir as mudanças nos processos de trabalho, assim como, nas relações estabelecidas com a Gestão Federal e Estadual que contribuem para a implantação das diretrizes da PNH.

Diante desse contexto, esse estudo pretende identificar os aspectos facilitadores e/ou dificultadores vivenciados pela gestão e gerência das unidades hospitalares no processo de implementação das diretrizes priorizadas no planejamento local, estadual e federal. Nesse sentido, essa pesquisa pretende identificar os caminhos adotados pela gestão para implementar a PNH nas unidades da rede própria do Estado da Bahia, considerando, *a priori*, que o mero acompanhamento do POA não consegue expor estes aspectos considerados pela teoria da Administração Política como subjetivos, isto é, de difícil mensuração com base nos indicadores quantitativos utilizados para avaliar as políticas públicas.

Substancialmente, o estudo envolvendo o quantitativo das unidades da rede resultaria numa análise superficial. A partir dessa prerrogativa das catorze (14) unidades da rede própria do Estado da Bahia, situadas na região metropolitana de Salvador que estão, sob gestão direta, priorizou-se investigar a maior unidade do Estado, uma vez que, esta pode sintetizar as principais facilidades e/ou dificuldades vivenciadas pela gestão da PNH.

Outrossim, devido à amplitude da unidade selecionada, optou-se por focar o estudo em um dos serviços ofertados, sendo priorizado, o serviço de emergência considerando sua superlotação e importância para a rede SUS/Bahia. Essa escolha reflete também o fato de que nas últimas décadas o serviço de emergência e urgência na rede SUS se apresenta como uma das principais portas de entrada no sistema de atenção à saúde, eleitas pela população como o melhor local para a obtenção do diagnóstico e tratamento dos problemas de saúde, independentemente do nível de urgência e da gravidade destas ocorrências (LUDWIG; BONILHA, 2003).

Portanto, identificar as estratégias administrativas com ênfase nas dimensões da gestão e gerência para implantar a Política de Humanização no sistema de saúde nacional, se apresenta como um estudo relevante, uma vez que, pode expor os movimentos realizados pela estratégia da humanização *in loco*, bem como revelar a utilização desta pelas equipes gestora e gerencial do SUS.

Em síntese, diante dessa problemática, a proposta de estudo em questão, dentre diversos questionamentos possíveis, pretende estudar o papel da gestão e gerência na implementação das diretrizes da PNH numa emergência de uma unidade da rede própria de saúde, tendo como pergunta orientadora: **Quais são os aspectos facilitadores e/ou dificultadores do processo de implantação das diretrizes/dispositivos da Política**

Nacional de Humanização proposto pelos três níveis de gestão¹ do SUS na emergência de uma unidade hospitalar pública baiana, no período de janeiro de 2012 a agosto de 2013?

Tendo em vista assegurar a profundidade do estudo, a pesquisa se fundamentou nos pressupostos teórico-metodológicos da Administração Política com ênfase em uma metodologia qualitativa, a partir do estudo de caso, mediante a utilização da coleta de dados primários e secundários. É importante salientar, que o estudo incorporou um projeto de extensão, envolvendo estudantes Curso de Gestão Pública e Gestão Social, da Escola de Administração, da Universidade Federal da Bahia (UFBa).

A presente dissertação contém sete capítulos. No segundo apresenta os pressupostos teórico-epistemológico e metodológicos que fundamentaram o desenvolvimento do estudo, tais como: as contribuições do conceito de Administração Política para definir, de forma crítica e contextualizada, os fatos e atos administrativos, manifestos nas dimensões da gestão e gerência, bem como, os elementos introdutórios para a discussão dos direitos humanos no Estado Moderno, ressaltando as consequências da conformação dessa estrutura na concepção de direitos humanos na atualidade e o desafio de construir uma concepção contra hegemônica, num Estado capitalista. É relevante observar que parte desse capítulo é fruto do grupo de pesquisa que estuda a fundamentação teórica e metodológica da Administração Política.

O terceiro capítulo discutiu sobre a Política de Saúde e o desafio de assegurar direitos sociais e humanos, destacando o processo de construção do SUS, a partir do movimento da Reforma Sanitária Brasileira e as dificuldades vivenciadas para implementar a Política de Saúde, conforme assegurada nas legislações nacionais básicas. Diante dessas dificuldades se fortalecem as reflexões sobre humanização que evoluem para a elaboração de uma Política Pública de Humanização.

O quarto capítulo apresenta os procedimentos metodológicos desenvolvidos na pesquisa. No quinto são analisados e discutidos os dados coletados. O sexto descreve brevemente a vivência da residência social e a relaciona com as sugestões da agenda propositiva, no qual é apresentada a matriz de análise construída como subproduto da pesquisa com vistas a definir variáveis e indicadores qualitativos de acompanhamento e

1

Considera-se nesse estudo como três níveis de gestão: a Gestão Federal (Ministério da Saúde), a Gestão Estadual (Secretaria da Saúde do Estado da Bahia – SESAB) e a Gestão local da emergência da unidade hospitalar estudada.

avaliação da implantação da PNH vinculados à realidade da rede estadual, assim como, da unidade hospitalar estudada, dando especial ênfase aos aspectos da gestão e gerência. E, por fim, o último capítulo, é dedicado às considerações finais,

O estudo apresenta-se como relevante, pois, acredita-se que os resultados alcançados poderão contribuir para a qualificação do processo de trabalho das equipes de gestão e gerência da PNH, ratificando, desse modo, algumas estratégias desenvolvidas e possibilitando o desenho de novas estratégias para os três níveis de gestão. Ademais, poderá contribuir para o desenho do perfil da gestão da PNH no Estado da Bahia, além de propor novos indicadores de avaliação da política para compor o POA, de acordo com as especificidades da unidade e a realidade da gestão do Estado, contribuindo, assim, para a sustentabilidade da política nas unidades, no âmbito estadual e nacional.

Por fim, a pesquisa busca consolidar a política pública de saúde adotada no país, uma vez que apresentará novos métodos de intervenção e novos processos de trabalho para construir o SUS almejado, que se constitui como um desafio para seus trabalhadores, gestores e usuários.

1.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os aspectos facilitadores e/ou dificultadores do processo de implantação das diretrizes/dispositivos da Política Nacional de Humanização proposto pelos três níveis de gestão na emergência de uma unidade hospitalar pública baiana, no período de janeiro de 2012 a agosto de 2013.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Caracterizar os sujeitos da Gestão² do processo de implantação da PNH em uma unidade hospitalar do estado da Bahia;

² Por Sujeitos da gestão estamos entendendo o conjunto dos gestores inseridos em vários órgãos gestores do SUS nos vários níveis organizacionais (Vide detalhamento no item Metodologia)

- 2) Mapear as estratégias propostas e realizadas no âmbito da Gestão e Gerência para implantar as diretrizes da Política Nacional de Humanização na unidade hospitalar selecionada;
- 3) Analisar as facilidades e/ou dificuldades enfrentadas (pelos gestores e gerentes) para a implementação dessas estratégias;
- 4) Propor indicadores para compor o Plano Operativo Anual (POA) que atendam as especificidades da emergência, bem como, a implantação da PNH.

1.3 HIPÓTESE

As estratégias propostas pela PNH podem contribuir para a transformação do modelo de atenção à saúde no SUS, desde que os padrões gerenciais e gestores, que orientam ou deveriam orientar a execução da política de saúde sejam alterados.

2 PRESSUPOSTOS TEÓRICO-EPITEMOLÓGICOS E METODOLÓGICOS

A análise dos fatos e atos administrativos é, sem dúvida, um aspecto de alta relevância para a compreensão crítica e contextualizada das relações sociais, especialmente as vinculadas aos processos de produção, circulação e distribuição da riqueza e renda produzidas socialmente, conforme ressaltam Santos e Ribeiro (2009), os quais repercutem no desenvolvimento das políticas públicas. Para os autores, ciência administrativa se apresenta como elemento relevante neste estudo, pois possibilita a análise tanto dos aspectos relacionados ao conteúdo e práticas da gestão (concepção), quanto àqueles relacionados às dimensões técnicas (gerência) que permitem operacionalizar um dado modelo de Administração (ação). Assim, partem do pressuposto de que os atos de pensar e agir correspondem respectivamente as dimensões da gestão e gerência ações que refletem as dimensões abstratas e empíricas que integram a administração.

O centro desse estudo perpassa pela análise da contribuição da gestão no processo da implementação da Política Nacional de Humanização (PNH), por isso o arcabouço teórico-epistemológico e metodológico utilizado buscou construir referências teóricas que fundamentassem a concepção de gestão e gerência, a Administração Política, assim como, desenhassem os caminhos que demandaram a proposição de uma PNH, no processo de implementação da Política Pública de Saúde no Brasil.

Para isso, foi necessário compreender elementos básicos da concepção da Política de Direitos Humanos, sua interface com a conformação do Estado Moderno, bem como, seus instrumentos de formatação e disciplinarização dos homens para o alcance dos interesses hegemônicos num determinado contexto histórico, político, econômico e social de uma administração política.

Essas fundamentações buscou um estudo que ultrapassasse a análise convencional com base em indicadores quantitativos de resultados ou impactos, mas observar em que medida a concepção e práticas da Política estão comprometidas com a transformação social, sustentando os ideais contra hegemônicos presentes, especificamente, na Política Pública de Saúde a fim de dar suporte para a compreensão da administração política adotada.

Ademais, o resultado produzido por esse estudo poderá se transformar em um ponto de convergência das diferentes pesquisas em desenvolvimento na academia, em especial na Escola de Administração da UFBA, gerando um valor relevante para a comunidade acadêmica, mediante o estímulo para outros estudos teóricos ou empíricos, como também poderá ter importante impacto para o processo decisório do setor público, especialmente no âmbito da gestão da saúde pública no Estado da Bahia.

Dessa forma, esse capítulo apresentará as bases teórico-metodológicas da Administração Política, discutirá o desafio de assegurar os direitos humanos na contemporaneidade e o movimento vivenciado por estes direitos com a conformação do Estado moderno, como elementos preponderantes para a discussão da humanização.

2.1 ADMINISTRAÇÃO POLÍTICA: DEFININDO UM CONCEITO-GUIA DE GESTÃO

Santos e Ribeiro (2009) fazem distinção entre gestão e gerência, que têm significados diferentes ou que, pelo menos, deveriam ter. Ao definirem as bases teórico-metodológicas da Administração Política (SANTOS, RIBEIRO et al, 2009), os autores consideram que *administrar* é um substantivo composto, formado pelo prefixo *ad* (preposição, que significa *para*) e pelo núcleo *ministrar* (verbo, que significa conduzir), logo concluem que a palavra **administrar** quer dizer **conduzir para...**; a partir dessa compreensão definem que o ato de administrar se manifesta em duas dimensões articuladas e integradas: uma seria a **dimensão da gestão**, definida como a concepção das formas de condução das relações sociais de produção e distribuição – observadas em quaisquer níveis (individuais e/ou coletivos) e que denominam de objeto científico da Administração Política; e a outra seria a **dimensão da gerência**, definida como a ação, o ato de fazer, a materialização daquilo que fora concebido no plano da gestão – e que compreendem como sendo a manifestação do conceito de Administração Profissional.

Definida como responsável pelas formas de gestão das relações sociais de produção, realização e distribuição – incluindo desde o projeto individual de cada um de nós até o mais elevado e abstrato deles que é o *Projeto do Processo Civilizatório da Humanidade* – a *Administração Política* é compreendida pelos autores como campo (de reflexão e ação)

responsável pelos processos que possam melhorar os resultados dos negócios – mantenedores, portanto, do *status quo* – mas também como campo que procura compreender que esses resultados são alcançados em um processo dialético, contraditório, no qual, para alguns ganharem é necessário que outros percam.

Nesse sentido, como a Administração é compreendida como responsável pelas formas de gestão das relações sociais, logo ela pretende demonstrar que há outros caminhos possíveis de condução do que Santos e Ribeiro (2009) chamam de ‘processo civilizatório’³. Desse modo, afirmam que a Administração, enquanto campo de reflexão e prática, precisa se afastar desse engajamento automático, manifesto nos princípios do imediatismo do lucro (resultados) para pronunciar-se criticamente em relação aos processos sociais estabelecidos nesse contexto e propor, assim, alternativas para que a parcela maior da sociedade/humanidade se liberte da necessidade de trabalhar mais de dez horas diárias, até o último minuto da sua existência e, ainda assim, não conseguir alcançar a materialidade necessária para uma sobrevivência digna. Para os autores, essa concepção implica, pois, assumir que,

(...) a Administração tem que ser crítica das mazelas criadas por ela própria! Caso contrário, ressaltam, para sobreviver terá que praticar a antropofagia – transformando-se, assim, numa espécie de uroboro ou uróboro!⁴ (2009, p.30).

Em síntese, pode-se concluir que nem os referenciais teórico-metodológicos hoje disponíveis e nem a empiria praticada no campo da administração dão conta dessa nova e desafiante tarefa apontada pelos autores. A teoria da Administração Política assevera que não há possibilidades de avanços maiores nos campos teóricos e analíticos da administração se

3

Os autores estão convictos de que todo e qualquer conhecimento é fruto da ação do *homo sapiens* sobre a natureza, logo os resultados desse conhecimento produzido devem ser direcionados para o seu benefício – perdendo, assim, a tosca pretensão de neutralidade. A validade desse pressuposto fica reafirmada mais ainda quando se tratam das ciências humanas, nelas incluídas as aplicadas como a Administração. Desse modo, fica visível a defesa de que a academia para preservar a sua autonomia investigativa se restrinja aos aspectos meramente científicos: *observar, expor e explicar*; os atos *relativos a propor, orientar e dirigir* estão carregados de valores, de subjetividades – estes não são atos próprios da ciência, são normativos e devem ficar, portanto, a cargo da política. No plano de trabalho da Administração Política, esses atos não são separáveis: **pensar e agir** fazem partes de um mesmo processo – separá-los torna-se apenas um procedimento de elegância expositiva, nada mais do que isso.

⁴ Ouroboros (ou oroboro ou ainda uróboro) é um símbolo representado por uma serpente, ou um dragão, que morde a própria cauda. Há quem afirma que o símbolo matemático de infinito tenha essa origem.

não houver avanços na empiria; e não pode haver avanços na empiria se não mudarmos a forma, os conteúdos de buscar e entender essa empiria. Essa afirmação se fundamenta nas avaliações feitas sobre a maioria dos estudos administrativos que revelam não estar voltados para maior conhecimento da realidade; ao contrário disso, são, em grande medida, casuísticos, formais e positivistas.

Nessa direção, ao tomar como base teórica a Administração Política na análise de uma política pública pretende-se distanciar das omissões ou erros de algumas análises correntes, como já ressaltadas anteriormente por Santos e Ribeiro (2009), justificando que essas ocorrem,

(...) por conta do método utilizado (invariavelmente, baseado em estudos de caso) e da forma de abordagem (normalmente, trabalha-se mais sobre a concepção da intervenção, e não sobre os resultados dela). Por exemplo, apesar do Sistema Único de Saúde/SUS ter sido implantado há mais de duas décadas, os trabalhos acadêmicos são sempre circulares, com abordagens relativas à forma de implantação nesse ou naquele lugar; como se deu o processo de descentralização plena para o município tal ou qual; como foi formado o Conselho Municipal de Saúde; e assim por diante.

Quando se investiga sobre os resultados da política pública, as abordagens são sempre no sentido de destacar que a implantação do sistema levou ao aumento expressivo no número de atendimentos; particularmente aqueles de média e alta complexidade. Quase nunca os trabalhos de investigação em Administração respondem *como* esse sistema está operando e em que condições; enfim, sobre a real efetividade de uma intervenção dessa natureza.

Diante destes elementos, é imprescindível produzir estudos que levem a uma compreensão mais totalizante das relações sociais de produção, especialmente as ações lideradas pelo Estado, através das políticas públicas, cada vez mais, vocacionada para atender, prioritariamente, os interesses privados. Nessa direção, a proposta teórico-metodológica da Administração Política adota o caminho da análise com base em dados censitários (qualitativa), buscando, dessa forma, avançar em direção a compreensão mais ampla do funcionamento e dos resultados das ações do Estado.

Devido ao relativo pouco tempo do conceito de Administração Política e da natural contestação da cientificidade desse novo campo do conhecimento, há ainda uma confusão natural com a área de Administração Pública. Essa confusão se amplifica devido ao papel que o Estado contemporâneo tem assumido no contexto sócio-político-econômico-cultural, em âmbito internacional e nacional. Essa situação tem ganhado contornos polêmicos, devido, à

concepção liberal fundamentada no estabelecimento de uma relação cada vez mais dinâmica e complexa entre Estado e sociedade (entre interesses públicos e interesses privados). As diversas formas de intervenção na esfera social atuais caracterizaram, pois, diferentes perfis administrativos do Estado e da sociedade, especialmente a brasileira, implicando em mudanças estruturais na concepção e práticas de gestão e gerência ao longo da história moderna e contemporânea, os quais reforçam a contradição do Estado brasileiro e interferem na operacionalização das políticas públicas.

Nesse sentido, tendo como referência a consagração do capitalismo industrial como padrão/modelo de relações sociais de produção, circulação e distribuição no Brasil, que emerge a partir dos anos 30 do século XX, assistiu-se a uma construção de novas bases da Economia Política e da Administração Política nacional. Aqui cabe fazer uma distinção entre os conceitos de Economia Política e de Administração Política, considerando a proximidade desses dois campos do conhecimento. O conceito de Economia Política como campo científico nasce no bojo do movimento de transformação das relações sociais de produção, circulação e distribuição do século XVIII, tendo como líder desse movimento o filósofo economista Adam Smith⁵ que definiu o seguinte conceito:

(...) Economia Política é considerada como um ramo dos conhecimentos do legislador e do homem de Estado propõe-se a dois objetivos distintos: primeiro o de propiciar ao povo um rendimento ou uma subsistência abundante, ou, mais adequadamente, de colocá-lo em condição de adquirir por si próprio esse rendimento ou essa subsistência abundante; o segundo objeto consiste em fornecer ao Estado ou à comunidade um rendimento suficiente para o serviço público: ela se propõe enriquecer simultaneamente o povo e o soberano (SMITH, 1986, p. 169).

Por Administração Política, Santos e Ribeiro (2009), definem, como já ressaltando anteriormente, o campo próprio das ciências administrativas, responsável pela “definição e orientação de toda e qualquer intencionalidade para dirigir e conduzir as relações sociais de produção, circulação e distribuição”. Conforme definido pelos autores supracitados, quando a Economia Política assume o papel de definir *o que, por que e para que produzir, circular e distribuir uma dada concepção de materialidade social*, isto é dos meios para a provisão individual e social (definindo, assim, a essência filosófica e ética do capitalismo industrial), cabe a Administração Política conceber (gestar) e fazer (gerenciar/operacionalizar) os meios

⁵ Considerado um dos grandes teóricos do liberalismo econômico, Adam Smith é autor de duas importantes obras da história moderna: Teoria dos Sentimentos Morais (1759) e A Riqueza das Nações (1776).

para garantir a condução das possibilidades de produção, realização e distribuição com vistas a elevar o nível de materialidade social e garantir, desse modo, a sustentabilidade e reprodução do sistema social e econômico. Em síntese, compete à Administração Política, pois, o desafio de conceber modos de como gestar e gerenciar, isto é, de criar e implantar processos para administrar as possibilidades de provisão definidas pela economia.

Ao assumir o conceito de Administração Política como campo científico autônomo, Santos e Ribeiro (2009) colocam as ciências administrativas em um patamar elevado de contribuição para integrar, de forma definitiva e indissociável, dois processos que são articulados por natureza: o pensar (responsável pela dimensão filosófica da administração) e o agir (responsável pelas dimensões das práticas administrativas), possibilitando, dessa forma, o alcance de transformações das práticas sociais concretas. É nessa articulação entre pensamento e ação que está, pois, a essência do conceito de Administração Política.

Naturalmente, assumir o campo das práticas administrativas como ciência implica rever criticamente a própria concepção ideológica de ciência, conforme destacam Santos e Ribeiro (2009) ao afirmarem que:

Os filósofos da ciência (a filosofia da ciência) costumam fazer uma distinção entre o campo teórico (ciência) e o campo aplicado (ação/arte) como se um negasse o outro e não pudessem fazer parte de uma só totalidade para a compreensão plena de um mesmo (e só) sentido. Portanto, o campo puro (do que é e o que tende a ser) e o campo normativo (do que é e o que deve ser) estão interligados – a existência tem que ser compreensiva a partir do sentido (finalidade) da ação humana. Assim, a nossa compreensão da ciência engloba a parte que observa que expõe e que explica (considerado o lado puro, científico) bem como a parte empírica, aplicada, normativa ou artística (que aconselha que prescreva que dirige). Só assim, o conhecimento (qualquer conhecimento) pode ser libertador do homem: desde relações hierarquizadas, produtoras de todo o sofrimento, até aquelas que levam à fadiga, à ansia, à miséria, à fome (SANTOS; RIBEIRO, 2009, p. 921).

Ao propor uma revisão crítica do conceito clássico de ciência, os autores abrem espaço fértil para que as ciências administrativas ganhem status científico, na medida em que consideram que administrar, conduzir e dirigir implica em conceber um modo/forma/padrão administrativo que dê conta das complexidades de cada contexto sócio-histórico. Trata-se, portanto, de um contraponto às definições técnicas e operacionais que fundamentam o conceito clássico de Administração Científica ou Administração Geral definido por Taylor, Fayol, Ford, entre outros autores.

Dessa forma, o conceito de Economia Política de Smith, fortemente contestado pelos economistas neoclássicos como não sendo apropriado para a definição de ciência, Santos, Ribeiro et. al (2009) ressaltam que, ao reconhecer a necessidade de garantir a provisão material para o Estado e para a sociedade, Smith estava apontando, já no século XVIII, que as relações sociais de produção, circulação e distribuição dessa materialidade necessitavam de meios para administrar esses novos e complexos processos sociais. O que implica concluir que a ciência administrativa, denominada pelos autores de Administração Política, ganha espaço próprio de atuação desde essa época (antes mesmo do surgimento da própria Administração no início do século XX) ao assumir a responsabilidade por conceber e implantar os meios concretos para fazer a gestão e gerência das possibilidades de produção, realização, circulação e distribuição com o objetivo de garantir e elevar a materialidade social.

De acordo com o conceito de Administração Política definido pelos autores citados, é possível afirmar que:

(...) administrar é muito mais do que garantir a racionalidade dos processos de trabalho, com vistas ao aumento continuado da produtividade da economia dos negócios. Ao contrário disso, administrar implica, antes de tudo, conceber um padrão/modo de organização social que necessita construir e consolidar, científica e ideologicamente, um modelo/forma de hierarquia das relações sociais de produção, circulação e distribuição (SANTOS; RIBEIRO, 2009).

Naturalmente a dimensão técnica/instrumental (denominada pelos autores de Administração Profissional) é também fundamental e decisiva para a consolidação de uma dada concepção de materialidade social, isto é, para a concepção de um padrão/modelo de Administração Política, de gestão. Nesse sentido, os autores destacam que:

(...) enquanto a capacidade de gestão (Administração Política), em sua dimensão abstrata e empírica, implica a definição do modo de articulação da concepção (conteúdo/forma) com o movimento (dinâmica) para o alcance da finalidade e objetivos administrativos, a capacidade gerencial pauta-se na concepção e implantação dos micro-processos administrativos que orientam a qualidade da implantação do padrão de gestão de uma dada sociedade ou organização.

Ao tomar o conceito de Administração Política como base teórica e metodológica para o desenvolvimento dessa pesquisa, é importante fazer uma distinção entre esse novo conceito e a área de Administração Pública. Esse esclarecimento é relevante devido à articulação

imediate que alguns leitores fazem devido à proximidade entre os conceitos de política e de público.

Nesse sentido, ao compreender a Administração Política como campo próprio do conhecimento, responsável pela concepção e condução das relações sociais de produção, circulação e distribuição de uma dada sociedade, deve-se pressupor ser esse um conceito mais amplo das ciências administrativas que incorpora, portanto, três dimensões indissociáveis que marcam a relação complexa entre Sociedade, Estado e Mercado (Economia). Conforme ressalta Santos (2009), para o entendimento da gestão da materialidade das relações sociais, a fim de se chegar à finalidade do processo de desenvolvimento econômico, social, político e cultural é fundamental inserir essa discussão num contexto tridimensional que, para o autor, apresenta-se hierarquizado de uma forma lógica:

A primeira dimensão é a da própria sociedade que, através das instituições/organizações, é capaz de manifestar-se (aqui o grau de abstração é elevado) a respeito da necessidade de bem-estar total (para usar um conceito de Arthur Cecil Pigou) como a finalidade a ser alcançada.

A segunda dimensão é a do Estado, que é a mais importante das instituições/organizações; é através dele que se dá a manifestação política da sociedade em busca da finalidade – o bem-estar pleno da humanidade.

A terceira dimensão é a do capitalismo que, no contexto atual, é o modo de produção responsável pela concepção e operacionalização da base técnica e operacional para se alcançar o bem-estar. Aqui, tem-se um aspecto a ser ressaltado que é o fato de o modo de produção capitalista não se constituir na única forma de organização social capaz de conduzir a base técnica para o alcance da finalidade; porém, no contexto social em que predomina o capitalismo como “proprietário” do papel social para o alcance do desiderato da sociedade, há sempre uma "hostilidade" em cumprir essa determinação, pois a negativa justificada é a de que só por meio de "sua própria finalidade" é possível chegar-se à finalidade pretendida socialmente. Nesse sentido, o capitalismo posiciona-se como um sujeito autônomo, subordinando as demais dimensões: a da sociedade e a do Estado, o que é ilógico do ponto de vista do cumprimento da finalidade.

Com base nessa relação complexa entre Sociedade, Estado e Mercado ganha relevância histórica, segundo Santos, o estudo das disciplinas Economia Política e Administração Política, na qualidade de espaços apropriados para se fazer cumprir o desiderato natural da sociedade, que é garantir a liberdade de fazer e de dispor do que se faz. Com isso, o autor está afirmando que: “*no contexto do capitalismo, há uma impossibilidade política e, sobretudo, técnica de se fazer livremente e se dispor igualmente do que se faz*”.

Nesse sentido, avaliar um padrão histórico de administração pública implica, pois, avançar na compreensão crítica e contextualizada de uma concepção mais ampla de administração política da sociedade, que abriga e fundamenta as formas e movimentos das organizações públicas, privadas e sociais. Desse modo, ao tomar os padrões de Administração Pública como objeto de análise, para compreender e avaliar as práticas de gestão e gerência que tem orientado as ações do Estado brasileiro, especialmente a partir da promulgação da Constituição de 1988, é imprescindível reconhecer, portanto, qual modelo de Administração Política tem fundamentado as ações governamentais, especialmente as desenvolvidas nas Políticas de Saúde, conforme será discutido no capítulo posterior.

Com base nessa argumentação, Santos (2009) avança no sentido de definir um enquadramento teórico mais geral das noções (percepções) dos campos da Economia Política, da Administração Política e da Administração Profissional. Apesar de demarcar essa diferenciação, o autor ressalta que essas três percepções da realidade social estão voltadas para a construção de uma base material que garanta à sociedade o bem-estar econômico, que denomina de ‘finalidade social’⁶. Entretanto, apesar dos três campos contribuírem para a construção da materialidade social, cada uma tem um papel distinto, ainda que complementar. O que implica afirmar que para os indivíduos e a sociedade alcançar uma dada finalidade, é preciso partir das necessidades individuais não contempladas nas relações de mercado e que acabam por obstruir a conquista do bem-estar. Essas *necessidades individuais* vão compor, por sua vez, as necessidades coletivas (formadas a partir de uma compreensão de uma sociedade hierarquizada e excludente ou sociedade de classe, utilizando as categorias de análise de Marx) e que vão conformar um conjunto de desejos que Santos (2009) denomina de *necessidade coletiva*, que vai originar um dado modo/padrão de Projeto de Nação (refletido nos instrumentos de planejamento e gestão dessa demanda social).

Utilizando o conceito de Administração Política, pode-se deduzir que a concepção de um modo/padrão de Projeto de Nação em uma dada sociedade revela a busca da finalidade última da vida em sociedade, materializada no alcance do bem-estar social. O alcance da dimensão material expressa pelo coletivo (difuso) é dificultado, pois, a base técnica e organizativa para se alcançar a finalidade social não cumpre o seu papel, uma vez que a sua

⁶ O autor utiliza como referência para a definição de bem-estar econômico o conceito de Arthur Pigou em seu livro *Economics of Welfare*.

finalidade é distinta dos interesses públicos, tendo em vista refletir interesses particularizados. Ao reconhecer que as necessidades individuais que formam as necessidades coletivas que vão dar origem ao Projeto de Nação, Santos se aproxima do campo próprio da ciência econômica que estuda as leis de funcionamento de um dado modo de produção e distribuição que possibilite o alcance da finalidade. Aqui está falando da economia política, campo responsável pela dinâmica que integra as relações sociais de produção, realização e distribuição. À economia política caberia, portanto, responder as seguintes questões: **o que se esta está produzindo?** e **por que produzir e distribuir dessa e não de outra forma?**

O papel do Estado nesse modo/padrão de Projeto de Nação é levar a cabo as novas determinações da base política e material (econômica) definida no âmbito da Economia Política. Ao Estado cabe viabilizar a finalidade do coletivo de modo a assumir a gestão e execução (gerência) do Projeto da Nação, cuja finalidade última é alcançar o bem-estar social. Ao reconhecer o Estado como ente fundamental para a coordenação e regulação dos interesses individuais, Santos (2009) dá a Administração Pública uma incumbência como gestor maior dos interesses sociais mais amplos. O Estado atuaria como receptor das demandas/necessidades sociais coletadas e, a partir desse diagnóstico, assumiria o papel de definidor das prioridades e temporalidades teórica e administrativa para a execução do Projeto da Nação.

Devido às funções e papel que o Estado moderno e, principalmente, contemporâneo passou a assumir, progressivamente (à medida que as relações sociais se tornavam mais complexas), este passou a ganhar status de executor e planejador de políticas públicas, constituindo-se, pois, como afirma Santos (2009), no principal empreendedor individual, nos marcos capitalista e socialista, passando a ser o ‘principal capitalista a comandar capital’.

Assim, ao assumir a ação de gestar (conceber) e gerir as relações sociais, com base no Projeto de Nação, o Estado passa a refletir a essência do que o autor denomina de Administração Política de uma dada sociedade. É, nesse ponto, portanto, que é possível haver alguma dificuldade de se separar os conceitos de Administração Política e Administração Pública, tendo em vista a fronteira entre os dois campos ser muito tênue. Para afastar essa confusão entre os conceitos e domínios das duas áreas, faz-se necessário reconhecer que o objeto científico que fundamenta a Administração Política (a gestão), como campo próprio do conhecimento, se manifesta, de forma explícita nas ações estatais.

Para completar a trilogia que fundamenta a base da Administração Política, Santos define o conceito de Administração Profissional compreendido como a base essencialmente técnica, associada à dimensão da produção/organização da materialidade que vai levar à finalidade da sociedade. Nesse âmbito, o autor está delimitando o campo da economia de qualquer modo de produção social, enquanto modo de produção responsável pelos aspectos técnicos e profissionais do Projeto da Nação. A Administração Profissional compreende, portanto,

(...) todos aqueles profissionais que, direta ou indiretamente, são responsáveis pela execução do Projeto da Nação, – o economista, o médico, o pedagogo, o filósofo, o arquiteto, o administrador, o engenheiro, o pedreiro, o carpinteiro, o motorista, enfim, todos os profissionais requeridos para a construção daquele projeto de sociedade.

Ao reconhecer a dimensão técnica/instrumental da Administração Profissional como essencial para a execução do Projeto da Nação ou organização, Santos (2009) coloca em cheque a própria concepção de formação e ação do Administrador (Bacharel em Administração), como área exclusiva a esse perfil profissional. O que significa ampliar as possibilidades de atuação na execução do padrão/modo/modelo de gestão para diversos profissionais (o médico, o dentista, o advogado, o engenheiro, o psicólogo, o cientista social, entre outros).

Em síntese, Administração Política é definida, nas palavras do autor, como

(...) a expressão das relações do Estado com a sociedade na concepção do Projeto da Nação. O que implica afirmar que o modelo de gestão (bases institucionais e organizacionais) para a implementação desse Projeto constitui o objeto científico da administração, portanto a sua macro fundamentação. A implementação desse projeto de nação, que se materializa na execução de diferentes e simultâneas atividades e que requer uma administração específica nesse nível micro é a administração/gestão aplicada, cujos resultados devem retornar ao nível macro para se avaliar se o modelo de gestão está no direcionamento correto para o cumprimento das finalidades sociais.

Outro aspecto relevante para a compreensão do conceito de Administração Política é a definição de temporalidade definida pelo autor em duas dimensões: temporalidade teórica e temporalidade administrativa. Essa definição é fundamental para se dimensionar qual o *espaço-tempo* em que um Projeto de Nação ou organização necessita para ser executado e concluído conforme o planejado: garantindo, assim, o alcance pleno do Bem-Estar. Essa

discussão ganha relevância no campo da administração devido ao fato de ser essa uma categoria relevante para medir e avaliar o custo do trabalho, isto é, garantir a produtividade do sistema socioeconômico.

Nesse sentido, o autor define temporalidade administrativa como: “tempo burocrático, tempo normativo, associado ao mandato do eleito pelas regras em vigor para governar/gerenciar uma empresa, um sindicato, um partido político, uma nação etc.”. A outra dimensão da temporalidade, denominada de tempo teórico é definida como: “temporalidade não associada ao tempo regulamentar do mandato, mas sim ao tempo técnico necessário para o cumprimento da finalidade, que se expressa no bem-estar pleno da humanidade”. Aqui o autor chama a atenção para o fato de que “a temporalidade administrativa, burocrática, normativa deve subordinar-se à temporalidade teórica”.

Com base na definição dos aspectos teórico-epistemológicos da Administração Política, o autor avança na concepção das bases metodológicas que possibilitarão utilizar essa teoria como base para a reinterpretação da realidade social, conforme será discutido na seção que segue.

2.2 BASES TEÓRICO-METODOLÓGICAS DA ADMINISTRAÇÃO POLÍTICA

O passo inicial para a construção das bases teórico-metodológicas da Administração Política seria, para Santos, Ribeiro et al. (2009) investir em uma revisão crítica das bases clássicas da filosofia da ciência moderna. O primeiro e fundamental aspecto a ser desconstruído seria questionar “a distinção posta entre o campo teórico (ciência) e o campo aplicado (ação/arte) como se um negasse o outro e não pudessem fazer parte de uma só totalidade para a compreensão plena de um mesmo (e só) sentido” (2009). O esforço da Administração Política seria, portanto, sustentar que

(...) o campo puro (do que é e o que tende a ser) e o campo normativo (do que é e o que deve ser) estão interligados – a existência tem que ser compreensiva a partir do sentido (finalidade) da ação humana (SANTOS; RIBEIRO, 2009)

Com essa nova compreensão crítica do que a Administração Política assume ser o papel da ciência, observa-se que o pensar e fazer científico deve englobar tanto “a parte que observa, que expõe e que explica (considerado o lado puro, científico)”, bem como “a parte empírica, aplicada, normativa ou artística (que aconselha, que prescreve, que dirige)”.

Consideramos que os autores avançam em direção a uma nova e transformadora proposição do papel e função social da ciência, assumindo, desse modo, uma posição crítica que coloca o conhecimento como instrumento fundamental para a libertação do homem; como afirmam os autores esse papel libertador, ganha destaque na medida em que a ciência assume responsabilidades nos padrões fortemente hierarquizados que tem fundamentado, de forma hegemônica, as relações sociais de produção, circulação e distribuição da sociedade moderna e contemporânea.

Se se assume essa nova perspectiva da filosofia da ciência como válida, é possível compreender que o padrão clássico (positivista) assumido pela ciência tem sido responsável pela manutenção e aprofundamento das desigualdades socioeconômicas, na medida em que essa concepção é produtora e reprodutora de todo o sofrimento humano – materializado nas demonstrações de fadiga, ansia, miséria, fome, insegurança, entre outras manifestações que caracterizam a baixa qualidade de vida individual e social, especialmente nos marcos do capitalismo. Esses aspectos na política de saúde produzem práticas definidas como “desumanizadas”, as quais reforçam um modelo de atenção e gestão fragmentadas, hierarquizadas, verticais, repercutindo na efetivação dos princípios estruturantes do SUS.

Assumir dessa forma, o desafio de construir um caminho alternativo de aproximação da *episteme* da Administração Política, os autores assumiram estar inaugurando um debate complexo e que por ainda encontrar-se em construção está aberto a críticas e contribuições. Esse é, portanto, o objetivo desse projeto de pesquisa que utilizou a Administração Política como base teórico-epistemológica e metodológica para analisar/avaliar a capacidade de gestão da Política de Humanização no Brasil, com ênfase na realidade de uma unidade hospitalar pública da Bahia.

Como já foram discutidos na sessão anterior alguns aspectos teórico-epistemológicos do conceito de Administração Política, serão priorizados aqui os aspectos referentes aos

princípios e leis gerais que fundamentam o campo e as dimensões abstrata e aplicada da gestão e gerência. Cada uma dessas dimensões se manifesta em duas sub-dimensões, a saber:

(...) entender o significado do gestor e da gestão – que serão atos ou efeitos de “conceber”, de “gerar”, de “desenvolver-se” – enfim, trata-se da gestão das relações sociais de produção, realização e distribuição em qualquer contexto e momento histórico do processo civilizatório da humanidade: base política da dimensão abstrata da administração; e entender o que é *Gerenciar* e *Gerência* – trata-se do lugar onde se exerce ou executa as funções (os processos, a engenharia, enfim) das relações sociais de produção e distribuição, também, em qualquer contexto e momento histórico do processo civilizatório. (SANTOS; RIBEIRO et al.; 2009)

A partir dessa demarcação, os autores caracterizam uma clara distinção entre *gestão* (concepção) e *gerência* (execução) – base profissional da dimensão abstrata (concepção) da Administração. Em síntese, a Administração Política compreende tanto a dimensão teórica (pensar) como a dimensão aplicada (executar) para compreender a complexidade da gestão e gerência das relações sociais de produção, circulação e distribuição. Ao tomar o âmbito da Gestão, os autores ressaltam que é possível, pois, perceber e analisar diferentes contextos e momentos históricos que marcam um dado padrão administrativo de diversos processos civilizatórios – podem ser citados como exemplo: a Administração Política do povo Inca, do feudalismo, do capitalismo em todas as suas etapas e de outras formações sociais. Já ao tomar como referência de análise a dimensão da gerência, ressaltam que é possível identificar a dimensão micro organizacional – a Administração Profissional que reflete a “maneira de fazer”, o “processo de fazer” de cada padrão/modo de Administração Política concebido.

Ao assumir ser a gestão o objeto da Administração – e não a organização⁷ –faltava, pois, avançar na definição do método ou métodos que melhor poderiam servir ao propósito de conceber um padrão/modo de gestão das relações sociais de produção, circulação e distribuição que garantisse o bem estar da humanidade. Os autores compreendem método como o caminho pelo qual se atinge um determinado objetivo, para o alcance de um resultado determinado, uma finalidade qualquer.

Estes ressaltam que o grande problema da metodologia hegemônica é que “o objetivo da proposta, a finalidade que justifica o sentido da existência – o bem-estar –, é tratado como uma derivada, um resíduo”. (SANTOS; RIBEIRO et al, 2009)

⁷ Ver discussão feita por Reginaldo Souza Santos e Genauto França no capítulo 1 (parte) e capítulo 3 (parte II). In; SANTOS, R.S.(org.) Administração Política como Campo do Conhecimento. Salvador, 2009.

Assim, Santos, Ribeiro et al propõem uma nova metodologia (re)orientadora das relações sociais de produção, circulação e distribuição que tem fundamentado o processo civilizatório até a atualidade. Com esse objetivo, sugerem uma inversão radical do método hegemônico (positivista) tomando como ponto de partida não mais a estabilidade das relações sociais de produção e circulação, mas tomando a distribuição como pressuposto central para a garantia do bem-estar social (ainda que em padrões mínimos, com o objetivo maior de preservar a materialidade básica de todos).

Naturalmente essa proposta metodológica, ainda que seja compreensível e aceita pelos acadêmicos e profissionais mais críticos, impõe uma mudança radical no modo de conceber (gestar) e executar (gerenciar) as políticas econômicas e sociais. Mas como ressaltado por Santos (2009) e por outros autores clássicos, a exemplo de Keynes em seu texto *O Futuro dos Nossos Netos (1929)*, o alcance desse desiderato exigirá a superação dos desafios morais e políticos que tem impedido, historicamente, a transformação dos fundamentos das relações sociais. Como destaca Santos, Ribeiro et al., essas dificuldades se devem ao fato de que,

(...) apesar dos discursos em favor do direito à vida, dos direitos humanos e da redução das profundas assimetrias que tem marcado a maioria das sociedades, assumir que as relações sociais deveriam se pautar por uma ação distributiva até alcançar a estabilidade socioeconômica, exige uma mudança drástica no modo de pensar a sociabilidade humana, especialmente nas sociedades capitalistas, para que esse movimento possa, de fato, contribuir para alterar a lógica e métodos racionais de Administração Política vigente.

Com base na definição dos aspectos teórico-metodológicos da Administração Política, os autores abrem uma discussão o conceito de políticas públicas, de modo a construir as bases para o desenho de metodologias críticas e contextualizadas de avaliação de políticas públicas, conforme será discutido na próxima seção.

2.3 DISCUTINDO O CONCEITO DE POLÍTICAS PÚBLICAS NA PERSPECTIVA DA ADMINISTRAÇÃO POLÍTICA

Com base na teoria e metodologia da Administração Política identifica-se a necessidade de ressignificar o conceito de política pública tomando como base para esse debate as diversas correntes teóricas que abordam o tema. Nesse sentido, Santos, Ribeiro et al. estruturam essa discussão em duas dimensões de análise: uma que busca compreender “o sentido e a finalidade da política concebida e executada pelo Estado capitalista”; e a outra que “investiga a sua natureza, se pública, estatal ou social (aqui entendida como ações lideradas por atores sociais)”. Com esse esforço os autores buscam contribuir para a construção de bases conceituais e metodológicas críticas e contextualizadas que ajudem a entender um pouco melhor as razões dos sucessos ou fracassos das políticas ditas públicas, particularmente em contextos de países periféricos.

Para responder à primeira indagação, os autores partem do seguinte pressuposto:

a compreensão crítica de políticas públicas ou estatais passa por uma apreensão de que o(s) resultado(s) destas está(ão) associado(s) muito mais à forma de gestão e gerência das demandas sociais — Administração Política — do que à precisão do cálculo (metas) previamente estabelecido. (SANTOS; RIBEIRO et. al, 2007, p. 828)

Esse pressuposto ganha legitimidade quando se observa nas análises correntes feitas pelas ciências sociais, especialmente as vinculadas ao campo das ciências sociais aplicadas (mas notadamente na Economia e Administração), que tem sido priorizada abordagens empíricas em detrimento de percepções mais abrangentes da realidade social. Essa crítica pode ser confirmada quando se observa afirmações/análises de cenários do tipo: “(...) dada à crise da economia keynesiana ou dada a crise do Estado de bem-estar keynesiano ou a crise fiscal do Estado ou, ainda, dada a globalização...” (Ibidem). Segundo os autores esse tipo de afirmações revelam o quanto a academia, os administradores (gestores) e os políticos estão limitados a reproduzir um padrão ideológico de percepção da realidade que não se aproxima do contexto sócio-histórico, o que nos permite afirmar que trata-se de uma interpretação limitada da dinâmica complexa que fundamenta as relações sociais contemporâneas.

Essa constatação permite aos autores propor uma nova metodologia sustentada na teoria da Administração Política comprometida em explicar melhor o que as análises correntes compreendem por “crise da economia keynesiana”, “crise fiscal do Estado” ou “mundo globalizado”, assumindo, assim, uma perspectiva de interpretação da realidade mais sistêmica. Ao admitir uma visão mais crítica e contextualizada dos fenômenos sociais, é

possível, portanto, relativizar sentenças como as citadas acima, dadas como verdade quase absoluta.

Em relação à segunda indagação sobre a dimensão pública das políticas estatais, ou seja, discutir o caráter verdadeiramente público do que o Estado produz, os autores ressaltam que devido à preservação da metodologia orientadora das ações públicas e privadas, fundamentadas na máxima de que é preciso “preservar as condições de estabilidade das relações sociais para depois distribuir”, tem sido conservado historicamente o sentido puro do que denominam de *políticas estatais* e não *políticas públicas* como tem sido compreendida pelo senso comum.

Para Santos, Ribeiro et. al. (2007), o conceito de políticas públicas tem sido utilizado como referência para as ações governamentais na contemporaneidade devido à ampliação do papel e funções que o Estado passou a assumir, a partir das Guerras Mundiais no século XX, com especial destaque para o momento pós-crise de 29. Ao tomar para si grande parte das ações antes assumidas pelo mercado, o Estado, como ressaltam os autores, vai ampliar proporcionalmente o volume de recursos sob seu domínio, o que leva a uma compreensão simplista sobre o conceito de políticas públicas: “ao administrar os recursos públicos (oriundos da arrecadação, receitas provenientes de organizações e/ou serviços de utilidade pública e empréstimos concedidos (...) para fins de bem-estar do todo social)”, o Estado ganha estatura de líder do capital (privado e público), o que o coloca em um patamar de destaque na alocação desses recursos. Ao assumir o papel de administrador universal dos recursos públicos sob sua tutela, o Estado passa a ser visto como produtor natural de políticas públicas – aqui entendidas como políticas voltadas para atender aos interesses coletivos.

Dentro dessa perspectiva de análise conservadora, o Estado seria o responsável pela concepção (gestão) e execução (gerência) de um dado padrão/modo de Administração Política que garantisse a reprodução e sustentabilidade das relações sociais de produção, circulação e distribuição. Mas como ressaltam os autores,

(...) podemos dizer que o poder estatal advém da própria população, da sociedade civil, que, com suas relações de produção, financia o aparato estatal, colocando em suas mãos a responsabilidade pela provisão das necessidades coletivas e da mediação dos conflitos sociais. Por isso, no plano teórico, diz-se que as políticas do Estado provenientes, em primeira instância, da disposição e financiamento do povo são políticas públicas. (Ibidem, p. 829)

A crítica feita por Santos, Ribeiro et. al. (2009) em relação ao conceito de políticas públicas, no que se refere a sua natureza é a seguinte:

(...) de maneira geral, convencionou-se chamar as políticas desenvolvidas pelo Estado de políticas de natureza pública, sem que o “público” fosse analisado no seu aspecto mais sistêmico. Pois, todas as vezes que nos referimos à expressão “público” vem-nos à mente algo que seja de interesse e/ou de propriedade de toda sociedade, representando os anseios de todos de forma universal. Para isso ser real, teríamos que viver numa sociedade onde os princípios norteadores também fossem coletivos, e não a expressão dos interesses particulares de indivíduos ou grupos sociais. Isto é, a existência do “público” parte do pressuposto de que as vontades e ações individuais são convergentes com a necessidade coletiva, com as demandas universais do todo social — ainda que indivíduos ou grupos que não sejam beneficiários diretamente da política vislumbrem a integração dos resultados dessa ação com outras de seu interesse imediato ou mediato que lhes tragam benefícios diretos. (Ibidem)

Tomando como referência a interpretação feita por Teixeira (2002, p. 2), os autores ampliam essa discussão,

“políticas públicas” são diretrizes, princípios norteadores da ação do poder público; regras e procedimentos para as relações entre poder público e sociedade, mediação entre atores da sociedade e do Estado. São esses casos, de políticas explicitadas, sistematizadas ou formuladas em documentos, que orientam ações que normalmente envolvem aplicações de recursos públicos (...). Devem ser consideradas também as não-ações, as omissões, como formas de manifestação de políticas, pois representam opções e orientações dos que ocupam cargos. (Apud SANTOS, 2007, p. 830)

Nesse sentido é possível concordar com os autores quando consideram que as normas ou leis do Estado são um braço do sistema capitalista, tendo em vista terem como objetivo central assegurar que o processo de acumulação e reprodução das relações sociais seja preservado dentro de parâmetros considerados “normais” e “naturais”. O que implica afirmar que sua contestação assuma um caráter ilegal e ilegítimo, portanto, imoral, visto que essas são normas legitimadas, difundidas e internalizadas pelas instituições sociais (privadas e estatais).

Assim, de acordo com a interpretação crítica proposta pela Administração Política, elaborar uma “política pública” nesse contexto significa, então, compreender, inicialmente, *quem decide o quê, quando decide, com que consequências e para quem são dirigidas*. Segundo afirma Teixeira (2002, p. 2), “essas são definições relacionadas com a natureza do regime político em que se vive [ao qual a política estatal ou pública está inserida], com o grau de organização da sociedade civil e com a cultura política vigente”.

A síntese dessa discussão encaminha, pois, para a seguinte reflexão: tomando como referência uma dada conjuntura social

(...) não falamos de políticas públicas, pois elas não são definidas pela coletividade, nem sempre estão voltadas para o bem comum e, normalmente, são realizadas para garantir a expansão capitalista ou amenizar os efeitos negativos da irracionalidade da acumulação privada — o que agrava a sua busca pela legitimidade no encaminhamento de ações que amenizem o grau de insatisfação social.

Poder-se-ia falar legitimamente em políticas públicas se o processo democrático fosse realmente radical, ou seja, se as massas fizessem parte do projeto coletivo de construção da sociedade, e não fossem apenas utilizadas funcionalmente para o processo de produção de riqueza e apropriação privada. Mas como a literatura já vem aprofundando, a democracia não é compatível com o capitalismo, ou seja, mais democracia significa menos arbítrio do capital. (SANTOS, 2009, p. 831)

Por outro lado, como os gastos estatais não são determinados simplesmente por “leis de mercado”, como ressaltaram vários autores como Claus Offe, James O’Connor⁸, entre outros, a alocação de recursos públicos reflete os conflitos, implícitos e explícitos, que permeiam as relações de classes. O que implica concluir que as ações do Estado assumem um papel e função dupla, pois, ainda que privilegiem a acumulação lucrativa também precisa garantir um relativo e provisório consenso social sustentado nos princípios e normas garantidos pela democracia representativa e/ou democracia participativa.

Nesse contexto, o Estado assume um papel fundamental para a Administração Política do capitalismo, pois é por meio dessa instituição, conforme ressaltam Santos, Ribeiro et al., “aparentemente aceita por todos”, que o sistema socioeconômico capitalista se preserva e reproduz. Desse modo, ressaltam que os gastos governamentais (ou gastos públicos) representam um decisivo estímulo a dinâmica do capital, uma vez que esse instrumento de gestão “funciona como a locomotiva, seja financiando a empresa privada (...) seja investindo diretamente na produção, seja com políticas sociais que garantam certo poder de compra para população (...). (SANTOS, 2002, p. 832)

Essa interpretação permite concordar com as conclusões dos autores que afirmam que a maioria das políticas do Estado refletem uma duplicidade, aparentemente contraditória, tendo em vista que mantém ao mesmo tempo “as condições para a expansão capitalista, seja

⁸ O’Connor (1977:19) afirma que o Estado capitalista desempenha duas funções básicas e muitas vezes contraditórias: acumulação e legitimação. Ao reinterpretar essa afirmação, Santos, Ribeiro et al. destacam que o Estado deve tentar manter ou criar as condições em que se faça possível uma lucrativa acumulação de capital, enquanto também deve manter ou criar condições de harmonia social.

através de políticas setoriais de estímulo à produção, seja trabalhando para a minimização dos efeitos da função de acumulação, investindo em políticas sociais”. (Ibidem).

Se se aceita como válida essa interpretação crítica das ações do Estado, pode-se compreender a natureza das políticas sociais como funcional ao desenvolvimento do sistema econômico, garantindo as bases legais e legítimas do funcionamento das relações sociais de produção, circulação e distribuição, e, de certa forma, como paliativo, restando a ação inconveniente da população excluída tendo em vista que os benefícios produzidos socialmente não são distribuídos de forma justa.

Se essa situação é visível historicamente nas sociedades desenvolvidas, especialmente tomando como base de análise as crises sociais que se acentuam a partir da crise do capitalismo que se instala nos anos 70 do século XX e que se agudiza nos anos recentes, conforme aponta Santos, Ribeiro et al.⁹ (2012), nos países em desenvolvimento e subdesenvolvidos essa situação é ainda mais dramática, porque o Estado tem atuado, conforme apontam os autores, “no sentido da funcionalização da pobreza, com suas políticas compensatórias e assistencialistas, e, por outro lado, servido de prestamista de última instância, pelo seu orçamento, para assegurar o processo de acumulação, sobretudo na esfera rentista (...)”.

Desse modo, analisar o jogo de forças estabelecido nas estruturas Estatais para a implementação das Políticas Públicas se apresenta como relevante, pois o Projeto Societário hegemônico coloca em risco a efetivação dos direitos humanos emancipatórios. Assim é possível afirmar que o conceito e sentido de direitos humanos estarão, portanto, sempre subordinados aos demais interesses e prioridades socioeconômicos, políticos e culturais que fundamentam a sociedade moderna e contemporânea; isto é, ao modo/padrão de Administração Política do Estado Moderno e Contemporâneo.

Outrossim, compreender os desafios contemporâneos para a efetivação das Políticas de Direitos Humanos emancipatória na implementação das Políticas Públicas se apresenta como fundamental para análise da Política Pública de Saúde, em especial na discussão da Humanização no Sistema Único de Saúde (SUS).

⁹ Ver artigo de Reginaldo Souza Santos, Elizabeth Matos Ribeiro et. al. A Crise, o Estado e os Equívocos da *Administração Política* do Capitalismo Contemporâneo. Congresso da ANPOCS. Águas de Lindóia, 2012.

2.4 DIREITOS HUMANOS: DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS

Este item não pretende ser uma revisão exaustiva sobre a discussão dos direitos humanos e sua relação com a constituição do Estado Moderno. Desse modo, não se trata de constituir uma relação de causalidade, mas de interdependência e de legitimação, que ao longo dos anos reduziu a concepção dos direitos humanos aos direitos fundamentais e, conseqüentemente, interferiu na concepção de humano e humanidade vivenciado na implantação das Políticas Públicas.

Comumente por direitos humanos se compreende um conjunto de direitos e liberdades básicos de todos os seres humanos. De acordo com a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão (1789)¹⁰ existe uma distinção entre os dois direitos, “o primeiro pertence ao homem e o segundo ao indivíduo enquanto ser social e político” (SIMÕES, 2008, p. 74).

Nesse sentido, o autor ressaltar que os direitos do homem são “válidos para todos os povos e em todos os tempos (dimensão jus naturalista-universalista)” e complementa que estes “arrancariam da própria natureza humana e daí o seu caráter inviolável, intemporal e universal” (CANOTILHO, 2000, p. 387 apud SIMÕES, 2008, p. 74). Já os direitos dos cidadãos constituem-se em direitos fundamentais, conforme destaca Canotilho “são direitos do homem, jurídico-institucionalmente garantidos e limitados espaço-temporalmente” sendo caracterizados como “direitos objetivamente vigentes numa ordem jurídica concreta” (CANOTILHO, 2000, p. 387 apud SIMÕES, 2008, p. 74). Como ressaltado por Simões (2008, p. 82), “passou-se a reconhecer que todos os indivíduos têm direitos fundamentais pelo simples fato de serem humanos, em qualquer lugar em que estejam independente das condições materiais em que vivam de sua classe social, religião ou patrimônio”. Essa concepção compreendia o homem como um ser abstrato e universal e como tal, isolado de suas particularidades e condições sociais.

Nesse aspecto, o autor argumenta que as assimetrias sociais eram compreendidas “como se [...] não resultassem da divisão social do trabalho e das desigualdades sociais que esta promove” (SIMÕES, 2008, p. 82). Ratificando essa análise crítica, Arendt (2003 apud

¹⁰ “Documento elaborado as bases da instituição da cidadania e expressou o início de um novo período na história da civilização ocidental” (SIMÕES, 2008, p. 81).

SIMÕES, 2008, p. 82) ressalta que essa universalidade concebe o direito como abstração humana.

Nesse contexto, o indivíduo é extraído da sua comunidade, excluído de qualquer particularidade e singularidade reais, ignora a pluralidade essencial da vida humana, o seu relacionamento político e como ressalta Simões (2008, p. 82) “[...] esses indivíduos ficaram abstraídos da própria identidade e, portanto, da afirmação de sua liberdade individual, um direito fundamental”. Nessa mesma direção, Arendt (apud SIMÕES, 2008, p. 82) salienta que “essa abstração deixou-os socialmente nus, despidos de dignidade, porque exclui seus atos da vida social; e a dignidade é, antes de mais nada um valor político”. Para a autora, é precisamente por sua heterogeneidade e pela ação política “cuja natureza é sua interação peculiar em formas tão concretas e singulares quanto às de sua comunidade” que cada sujeito pode ter a sua dignidade.

A partir da formação dos Estados nacionais e de sua soberania, que constituiu política e territorialmente a ideia de nação, o interesse da nação passa a ser soberano em relação aos demais Estados. Para Hobbes (apud SIMÕES, 2008, p. 83), a soberania passa a se sobrepor ao exercício das liberdades individuais, quando se impõe a representação dos interesses nacionais, num quadro de hostilidade e arbitrariedade.

Assim, o Estado passou a vivenciar uma contradição, pois a nação devia subordinar-se, internamente, a lei universal dos direitos humanos, ao tempo em que no âmbito internacional deveria se declarar soberano. Dessa forma, os direitos humanos passaram a ser reconhecidos como direitos nacionais, nos limites e na medida do exercício da eficácia da soberania estatal. Como resultado dessa construção ideológica e formal, “ocorreu à relativa ineficácia dos direitos humanos, tornando-os puramente formais e inexigíveis, não atingindo nenhuma organização política. Essa situação de ineficácia atingiu frontalmente sua suposta inalienabilidade, tornando-os contingentes” (ARENDRT, 2003 apud SIMÕES, 2008, p. 84).

Esse contexto evidencia para a política dos direitos humanos na contemporaneidade, segundo destaca Souza Santos (1997, p. 107), seu caráter antagônico, pois pode ser considerada como uma política reguladora ou uma política emancipatória. Para o autor, a última assume aspectos de uma “política progressista de direitos humanos no âmbito global e com legitimidade local”. Como Política Reguladora, fortalece os interesses geopolíticos e

econômicos dos Estados capitalistas desenvolvidos e contribui para um processo de globalização hegemônica baseado na assimetria de poder, contribuindo, assim, para uma dominação norte-sul.

Nesse sentido, Morin (2008, p. 180) destaca o predomínio do “individualismo ocidental favorece mais o egocentrismo, o interesse pessoal e a auto justificação do que a compreensão do outrem.” O que permite concluir que tais características que fundamentam as relações sociais de produção, circulação e distribuição (Administração Política) restringem a concepção e implantação de políticas de direitos humanos, predominando, desse modo, ações voltadas para fortalecer os interesses do Estado capitalista.

Para assumir a característica de emancipação é necessário considerar, pois, que uma dada concepção de direitos humanos esta subordinada aos padrões ideológicos e práticos do atual processo de mundialização ou globalização da economia, orientada por uma percepção hegemônica e conservadora das relações sociais. Conforme ressaltado por Souza Santos (1997), para que os direitos humanos assumam um lugar de destaque nas transformações socioeconômicas, isto é, assumam um papel contra-hegemônico, é fundamental que seja “(...) reconceptualizados como [direitos] multiculturais” o que para autor (1997, p.112) é “[...] pré-condição de uma relação equilibrada e mutuamente potenciadora entre a competência global e a legitimidade local, que constituem os dois atributos de uma política contra-hegemônica de direitos humanos no nosso tempo”. Nesse sentido, ressalta, ainda, que

(...) estas são premissas de um diálogo intercultural sobre a dignidade humana que pode levar, eventualmente, a uma concepção mestiça de direitos humanos, uma concepção que, em vez de recorrer a falsos universalismos, se organiza como uma constelação de sentidos locais, mutuamente inteligíveis, e que se constitui em redes de referenciais normativas capacitantes. (SOUZA SANTOS,1997, p. 113).

Diante dessa discussão o autor acrescenta como desafio contemporâneo quanto às concepções dos direitos humanos “(...) transformar a conceptualização e prática dos direitos humanos de um localismo globalizado num projeto cosmopolita” (p. 113), sendo dessa forma, capaz de construir diálogos interculturais de direitos humanos.

Nessa mesma direção, Simões (2008) destaca que,

(...) a eficácia dos direitos humanos depende, por isso, do desenvolvimento da concepção de humanidade, cuja abrangência envolve cada indivíduo em

particular, com a consciência e a responsabilidade de a ela pertencer. A construção de uma comunidade, que englobe a totalidade dos seres humanos e permita a possibilidade de ação de cada um de seus membros, tem natureza política e depende, por isso, da vida pública (SIMÕES, 2008, p. 84).

Nesse sentido, pode-se concluir que é necessário envolver a luta cotidiana dos povos com base nos valores de solidariedade, igualdade, liberdade, dignidade e subjetividade, para, assim, fortalecer os ideais de uma Política de Direitos Humanos, de fato, emancipadora, especialmente tomando como referência a cultura e a estrutura do Estado. Somente por essa via crítica será possível transformar a luta pelos direitos humanos como espaço potente para o fortalecimento de um pensamento e práticas contra hegemônicas para a implementação de políticas públicas no seu sentido mais amplo, isto é, comprometida com a transformação das práticas sociais.

2.5 O ESTADO MODERNO E OS DESAFIOS DOS DIREITOS HUMANOS

A instrumentalidade do Estado e sua autonomia são debatidas periodicamente a fim de compreender o seu papel e funções na relação com a sociedade civil, assim como, na implantação das políticas públicas, em especial na garantia dos direitos sociais e humanos, conforme previsto nas constituições contemporâneas dos países ocidentais.

No âmbito do pensamento marxista contemporâneo, vem se fortalecendo uma denominação ampliada do conceito do Estado que o compreende como espaço dialético, contraditório em que as lutas sociais e políticas se expressam de forma contundente nas relações sociais de produção, circulação e distribuição (base do conceito de Administração Política apresentado no capítulo anterior).

Dentre as principais funções do Estado Moderno, se destaca a função disciplinar de estabelecer e regular as relações sociais entre os sujeitos ditos livres. Para Foucault (1977 apud 91) a noção de

(...) “displinarização” pressupõe que “os poderes sociais passam a ser constitutivos do sujeito de uma maneira jamais conhecida, tem uma aplicação crucial para nossa compreensão do estado moderno. Este dispõe de mecanismos de vigilância e controle extraordinários quando comparados a outras formações sociais.

Essa função se vincula as estratégias de legitimação do Estado que para isso se utiliza do contrato social na modernidade, o qual Souza Santos (1999, p.83) resume como uma “tensão dialética entre a regulação social e a emancipação social”, expressando, assim, sua contradição. Para o autor (p. 87), o contrato social pode ser definido como um instrumento que,

(...) organiza a sociabilidade e a política nas sociedades modernas...visa criar um paradigma sociopolítico que produz de maneira normal, constante e consistente quatro bens públicos: legitimidade da governação, bem estar econômico e social, segurança e identidade coletiva.

Estas são estratégias diferentes e articuladas para realizar o bem comum e a vontade geral. Neste contexto, o modo de produção capitalista se gesta e se desenvolve, buscando estratégias para inserir suas representações na estrutura do Estado Moderno para que este absorva suas ideologias e interesses. O que significa afirmar que, a fim de assegurar sua governança, os direitos fundamentais se instituíram, inicialmente pela Revolução Francesa, com a conquista das liberdades políticas e o objetivo, conforme destaca Simões (2008, p. 74) “(...) era afirmar os direitos individuais” os quais visam à proteção do direito à vida, a privacidade e outros. Segundo Adriana (1999 apud SIMÕES, 2008, p. 75), os governantes foram responsabilizados por preservar a garantia do tratamento a todos, fundamentado nos princípios da liberdade e igualdade.

Os direitos sociais são fruto, portanto, da luta dos trabalhadores durante os séculos XIX e XX, como reflexo das contradições advindas da expansão do capitalismo industrial, isto é, contra as precárias e desumanas condições de trabalho. Estes direitos foram considerados fundamentais e foram efetivados a partir da chegada ao poder da socialdemocracia e consolidação do chamado “Estado de Bem-Estar”, movimento que refletiu também a crise do sistema capitalista e o conseqüente acirramento da luta de classes.

Além disso, cabem ressaltar a emergência nesse contexto dos direitos coletivos e difusos que buscam avançar na garantia da proteção da própria sociedade e os direitos à democracia, os direitos a informação e o direito ao pluralismo (BONAVIDES, 2006 apud SIMÕES, 2008).

Resumidamente, os direitos sociais, políticos e civis constituem os direitos fundamentais e pressupõem avanços da cidadania como “a existência de uma comunidade

política nacional, na qual os indivíduos são incluídos, compartilhando um sistema de crenças com relação aos poderes públicos, à própria sociedade e ao conjunto de direitos e deveres que se atribuem aos cidadãos” (FLEURY; OUVÉRY, 2008, p. 24).

Nesse sentido, Behring e Santos (2009, p. 278) afirma que,

O direito assume, portanto, na formação social capitalista, uma função ideológica de alta complexidade com consequências sócio-políticas. Isso porque quando reconhece os agentes de produção como sujeitos iguais, na verdade, efetiva-se aí um modo particular de ordenar e disciplinar os conflitos sociais. Entram em cena dispositivos normativos e ideológicos que servem ao processo de naturalização das relações econômicas e de classe, na medida em que os indivíduos são tratados de modo genérico, destituídos das relações reais e históricas que vivenciam.

É neste contexto que se engendra a contradição da estrutura do Estado, conforme exposto por Poulantzas (1990 apud SILVA, 2011, p. 143) ao afirmar que essa estrutura “é moldada pela própria luta de classes, colocando a possibilidade do confronto no interior dos seus aparelhos [...] como local de conflitos de classes”. Para Behring e Santos (2009, p. 280), “[...] o destino das lutas por direitos está determinado na dinâmica da luta de classes”, o que permite concluir que, outrossim, a luta por direitos ao tempo em que assegura acesso, não significa a superação das desigualdades sociais, nem as formas de opressão existentes no cotidiano.

Ademais, a autonomia relativa do Estado se apresenta como geradora de condições para a implementação das políticas públicas, que por sua vez, se expõe como estratégia para concretizar, a partir do século XX, os direitos sociais e que, por serem públicas, conforme aponta Pereira (2009, p. 287), “têm dimensão e escopo que ultrapassa os limites do Estado, dos agregados grupais, das corporações e, obviamente, do indivíduo isolado”. Portanto, ressalta a autora que os direitos sociais significa uma,

“coisa” de todos e para todos, que compromete todos (inclusive a lei, que está acima do Estado), podendo traduzir o conceito de república (do latim res: coisa, pública: de todos), o qual envolve tanto o Estado no atendimento de demandas de necessidades sociais, quanto à sociedade no controle democrático desse atendimento. (PEREIRA, 2009, p. 288)

A Política Social também responde às múltiplas manifestações da questão social, que são consequência da fragilização dos direitos sociais e, conforme destaca Iamamoto (2009, p.

31), “expressa a *banalização do humano*”, sendo denominada pela mesma autora como “o conjunto de expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura” (2003, p.27).

Como resposta para a questão social, surgem, portanto, as políticas sociais como enfrentamento ao que não pode ser resolvida pelas leis do mercado, pela família e pela comunidade, definida por Behring (2009, p. 304) “como processo e resultado de relações complexas e contraditórias que se estabelecem entre Estado e sociedade civil, no âmbito dos conflitos e luta de classes que envolvem o processo de produção e reprodução do capitalismo”.

Nesta mesma direção, Sposati (1995 apud SIMÕES, 2008, p. 81) argumenta que o avanço da agenda neoliberal no Estado capitalista “(...) tende a extinguir que assegurem os direitos sociais e as políticas públicas de sua efetivação, priorizando a sua formulação pelas relações de mercado e tornando inexoráveis os processos de exclusão social”; ou seja, afirma que as Políticas Públicas ao tempo em que contribuem para a manutenção da hegemonia do grande capital, pode na sua expressão contra hegemônica fortalecer as lutas dos povos, refletindo, assim, seu caráter dialético.

Para Souza Santos (1997, p.106), os direitos humanos se encontram no cerne da tensão entre a sociedade civil e o Estado. Diante dessa constatação o autor argumenta que,

(...) enquanto a primeira geração de direitos humanos (os direitos cívicos e políticos) foi concebida como uma luta da sociedade civil contra o Estado, considerado como o principal violador potencial dos direitos humanos, a segunda e terceira gerações (direitos econômicos e sociais e direitos culturais da qualidade de vida) pressupõem que o Estado seja o principal garantidor dos direitos humanos.

Essa contradição do papel do Estado reflete diretamente na implantação efetiva das políticas sociais que passam a assumir uma concepção e características focalizadoras, isto é, passa a homogeneizar os sujeitos que dela necessitam, fragmentando, assim, os problemas sociais, reduzindo os investimentos e transferindo progressivamente essa responsabilidade para o terceiro setor e para a sociedade. Obviamente que esse processo é fruto do avanço da agenda neoliberal que tem como intenção retroceder o espaço assumido historicamente pelas conquistas alcançadas, esvaziando, assim, o desenvolvimento destas políticas que deveriam ter como principal ênfase garantir bem-estar como finalidade última do que se entende por humano e humanidade.

Como enfrentamento a essa tendência conservadora das políticas sociais contemporâneas, Souza Santos (2007, p. 41 apud GERMANO, 2007, p. 42), com o objetivo de fortalecer uma a discussão da globalização contra-hegemônica, propõe o que denomina de *Epistemologia do Sul* que, de acordo com as suas palavras, tem consequências políticas e teóricas “para criar uma nova concepção de dignidade humana e de consciência humana”. A proposta do autor se apresenta, pois, como um desafio para a sociedade contemporânea que pressupõe o fortalecimento do caráter emancipador dos direitos humanos no cerne da contradição do Estado moderno, nos espaços construídos pela operacionalização das Políticas Públicas, reforçando, assim, seu papel contra-hegemônico.

Ao situar o Brasil nessa conjuntura, principalmente no que se refere à implantação de políticas sociais, é possível constatar que estas ocorreram de forma tardia, com fortes traços clientelistas e assistencialistas na sua execução, ainda que se possa avaliar que entre os anos 1967-1979 houve um esforço institucional dos governos militares em conceber um modelo de gestão do capitalismo nacional integrando as políticas sociais como funcionais ao sistema socioeconômico, conforme aponta Ribeiro (2000).

Dessa forma, pode-se concluir que as políticas sociais foi uma tentativa de reuplicar o chamado Estado de Bem Estar Social, ou melhor, políticas de bem-estar social (*welfare state*) vivenciado nos países desenvolvidos, sem, contudo, dispor de estruturas políticas e instituições sólidas para sua operacionalização. Conseqüentemente, essa fragilidade institucional, política e principalmente econômica (diante do esgotamento do modelo de desenvolvimento iniciado nos anos 30/40), acabou por transformar esse esforço sem integrar uma reflexão mais ampla sobre os conceitos e valores da solidariedade, igualdade, subjetividade e outros.

Mas, mesmo diante dessas contradições sociais foi possível aprovar a Constituição Federal de 1988 que assegurou como princípio fundamental, em seu Art. nº 1, inciso III “a dignidade da pessoa humana” e definiu como objetivos fundamentais no Art. nº 3, inciso I, “a construção de uma sociedade livre, justa e solidária” (BRASIL, 1988). Segundo Simões (2008), a CF definiu um arcabouço de valores éticos modernos que se vinculam ao reconhecimento dos direitos humanos, pressupondo o respeito e garantia à dignidade, solidariedade, igualdade e liberdade como valores centrais que deveriam fundamentar as relações sociais brasileiras, a partir daquele momento.

Este mesmo documento assegurou os direitos sociais como universais e como afirma Simões (2008, p. 18) esse esforço se deu “(...) sob o impulso do princípio da igualdade, e atribui caráter social ao valor da dignidade”. O que significa que os constituintes conseguiram resistir, ao menos parcialmente, aos apelos dos princípios liberais que emergem com força na década de 80, caracterizada como um período de avanço da agenda neoliberal.

Outrossim, como ressalta Germano (2007, p. 49), “o valor da dignidade é considerado absoluto”, pois, inexistente no texto constitucional hipótese em que possa ser restringida; a solidariedade pressupõe para o autor, “a inclusão do outro, a responsabilidade para com os outros e o alargamento do sentido de nós”. Desse modo, afirma que não existe solidariedade sem alteridade, sem o vínculo com o outro, o que implica, pois, o estabelecimento de interesses comuns e de laços de identidade e pertencimento.

O princípio da igualdade é compreendido por Simões (2008, p. 77) como valor para respeitar “(...) os iguais devem ser tratados igualmente e os desiguais, desigualmente, na razão inversa dessa desigualdade (equidade)” e o princípio da liberdade é entendido “como a capacidade teleológica consciente”, onde o ser social pode afirmar-se como produto e sujeito da história.

Para tanto, as políticas públicas implantadas pelo Estado brasileiro a partir desse momento, deveriam afirmar e reafirmar cotidianamente estes valores. Mas, paradoxalmente, o que se observa cotidianamente é a redução e esvaziamento de seus significados, sendo utilizados com outras intencionalidades de acordo com o interesse do grande capital, conforme argumenta Souza Santos (1999, p. 92),

Os valores da modernidade – a liberdade, a igualdade, a autonomia, a subjetividade, a justiça, a solidariedade – e as antinomias entre eles permanecem, mas estão sujeitos a uma crescente sobrecarga simbólica, ou seja, significam coisas cada vez mais dispares para pessoas ou grupos sociais diferentes, e de tal modo que o excesso de sentido se transforma em paralisia da eficácia e, portanto, em neutralização.

Nesse sentido, Yamamoto (2003), Santos e Ribeiro (1993, 2004 e 2009), entre muitos outros autores críticos, reforçam essa análise ao destacar que os direitos sociais e humanos não se efetivam e, conseqüentemente, não alteram o modo como as relações entre os indivíduos sociais se estruturam, nem tão pouco contribui na criação de novas formas de

sociabilidade onde o outro passa a ser reconhecido como sujeito de valores, de interesses, de demandas legítimas, passíveis de serem negociadas e acordadas.

Assim, a idéia de humanidade – composta dos indivíduos concretos, em suas singularidades e diferenças sociais –, que fundamenta os direitos humanos é invertida no Brasil, fortalecendo a concepção da política de direitos humanos reguladora, mesmo diante de uma Constituição denominada Cidadã, conforme afirmam Souza Santos, Santos e Ribeiro, entre outros.

Por fim, é possível ratificar o caráter dialético do Estado brasileiro, tendo em vista que o processo de efetivação dos direitos por meio das políticas públicas demonstram relações opostas e interferências de sujeitos com interesses e objetivos distintos (PEREIRA, 2009), demonstrando, assim, a existência de projetos societários difusos e contraditórios.

O que implica concluir que no cotidiano da operacionalização dessas políticas a hegemonia do capital é fortalecida como estratégia para desarticular a luta dos povos por meio de um falso racionalismo e uma pretensa objetividade que ignora o interesse social e desconstrói valores humanos no seu desenvolvimento. Essa característica se apresenta como um desafio quase intransponível na implantação das políticas sociais, em particular as Políticas de Saúde.

3 POLÍTICA DE SAÚDE E HUMANIZAÇÃO: INTERFACES POSSÍVEIS E NECESSÁRIAS PARA A CONSOLIDAÇÃO DO SUS

Conforme discorrido no capítulo anterior, a conformação do Estado Moderno e a concepção de administração política adotada reduziu a concepção de direitos humanos aos direitos fundamentais, fato que repercutiu no desenvolvimento das políticas públicas.

Nesse sentido, o Estado brasileiro no momento de avanço da agenda neoliberal, na década de 80 do século passado, aprovou a Constituição Federal, em 1988, assegurando valores vinculados aos direitos humanos – solidariedade, dignidade, liberdade e igualdades – e o acesso universal para os direitos fundamentais para todo cidadão (BRASIL, 1988).

Outrossim, elabora políticas públicas como resposta para assegurar os direitos fundamentais para seus cidadãos, embora no centro da sua implantação a disputa dos projetos societários antagônicos se apresenta como impedimento para a vivência dos valores assegurados na Carta Magna.

Frente a esse quadro, situa-se a Política de Saúde que no âmbito das suas unidades e serviços assistenciais, os gestores vivenciam a disputa destes dois projetos societários, sendo predominante o modelo hegemônico que confere traços ao sistema de excessiva tecnificação, partidarismo político, supervalorização dos procedimentos e medicalização, interferindo desse modo, no processo de cuidado na saúde, atribuindo-lhe características comumente denominadas como “desumanas” (FEUERWERKER, 2005).

Como alternativa para essa realidade surge, a partir de 2003, a discussão sobre a Política Nacional de Humanização como um movimento contra hegemônico, com vistas a fortalecer o movimento da RSB, refletir a concepção de homem nos cuidados na saúde, assim como, reafirmar os princípios e diretrizes do SUS.

Para promover estas e outras reflexões o capítulo foi subdividido em três tópicos: o primeiro apresenta a Política de Saúde, ressaltando o desafio de assegurar direitos; o segundo apresenta a concepção de humanização; e por fim, o terceiro discorre sobre a Política Nacional de Humanização.

3.1 POLÍTICA DE SAÚDE: O DESAFIO DE ASSEGURAR DIREITOS SOCIAIS E HUMANOS

De acordo com Fleury e Ouverney (2008, 23), a Política de Saúde é considerada uma Política Social visto que “está voltada para a reprodução dos indivíduos e das coletividades (...)” e “(...) compõe um dos direitos inerentes à condição de cidadania”, bem como, “(...) está sujeita a múltiplos determinantes, muitas vezes contraditórios”, que definem os caminhos, estratégias e formato das políticas de saúde.

No século XX, a ampliação da oferta dos serviços de saúde pelo Estado, tornou as políticas de saúde peça-chave nos diferentes sistemas de proteção social. Conforme apontam Viana e Baptista (2008, p. 66),

(...) a segunda metade do século XX, trouxe à tona questões relativas ao papel do Estado no desenvolvimento dessa política, indicando a necessidade de aperfeiçoamento da regulação pública, com a definição de parâmetros/diretrizes para o controle das ações e dos custos dos sistemas e serviços de saúde, de ajuste entre necessidades e oferta de serviços e de melhoria na qualidade da atenção.

No Brasil não foi diferente, com aprovação da Constituição Federal, em 1988, no Art. nº 6, a saúde foi considerada como direito social e no Art. nº 196 como “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” (BRASIL, 1988). Consubstancialmente, o Estado assumiu a responsabilidade de assegurar este direito para todo cidadão brasileiro, pautado nos valores da dignidade, solidariedade, liberdade e igualdade, resumidamente nos direitos humanos.

Assim, a política de saúde foi inserida como um dos tripés da Política de Seguridade Social, junto à assistência social e a previdência social, integrando, dessa forma, as estratégias do Estado brasileiro de proteção social. Este avanço como afirma Fleury e Ouverney (2008: 37), “(...) introduz a noção de direitos sociais universais como parte da condição de cidadania, antes restritos à população beneficiária da previdência”.

Para os referidos autores (2008, p. 38), a política social,

(...) como ação de proteção social, compreende relações, processos, atividades e instrumentos que visam a desenvolver as responsabilidades públicas (estatais ou não) na promoção da seguridade social ou do bem-estar (...) apresenta uma dinâmica multifacetada que inclui ações intervencionistas na forma de distribuição de recursos e oportunidades, a promoção de igualdade e dos direitos de cidadania e a afirmação dos valores humanos como ideais a serem tomados como referência para a organização de nossas sociedades.

A inserção da saúde como direito social é fruto, portanto, da luta de diversos segmentos da sociedade brasileira que defendiam a democratização da saúde e difundiram, nos anos 80 do século passado, a proposta da Reforma Sanitária Brasileira (RSB). Esse movimento foi possível graças à crise de legitimidade do Estado autoritário, proporcionando espaço para os movimentos sociais divulgarem as idéias de cunho reformista. (VIANA; BAPTISTA, 2008, p.97).

A RSB foi debatida na VIII Conferência Nacional de Saúde, onde foram identificados,

(...) problemas do sistema de saúde, medidas para a sua solução e os princípios e diretrizes da reforma sanitária, destacando-se o conceito ampliado de saúde, reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do estado, criação do Sistema Único de Saúde (SUS), participação popular (controle social) e a constituição e ampliação do orçamento social. (PAIM, 2003, p.593).

De acordo com Paim, o movimento caracteriza-se como um “fenômeno histórico e social” (2008, p.35), fato que lhe concede traços de um movimento contra hegemônico, pois, no seu eixo propõe uma reforma social, conforme descrito pelo autor (2008, p. 38),

(...) apresenta um *projeto de reforma social*, poder-se-ia considerar a hipótese de que ela foi concebida como *reforma geral*, tendo como horizonte utópico a *revolução do modo de vida*, ainda que parte do movimento que a formulou e a engendrou tivesse como *perspectiva* apenas uma *reforma parcial*. (grifo do autor)

Apesar de possuir essas características, no seu bojo a RSB não se apresentava como um movimento homogêneo, visto que, três vertentes distintas disputavam espaço, assim definidas por Mattos (2009, p. 774),

(...) de um lado uma vertente originária da saúde pública, que enfatizava a necessidade de se compreender as relações entre saúde e o desenvolvimento econômico e social, considerando o planejamento como central a atuação do estado na saúde e abria-se para as teses que buscavam a articulação entre

saúde pública e assistência médica; a segunda defendia a medicina preventiva e a terceira buscava retomar o ideário da medicina social.

As trocas constantes entre essas vertentes na constituição do movimento RSB permitiu para o autor “um grande hibridismo entre elas” (MATTOS, 2009, p. 775), possibilitando a elaboração de um projeto consensual.

Dessa forma, para efetivar o Art. nº 196 e formular as bases de sustentação da política de saúde foi aprovado pelo Congresso Nacional a Lei Orgânica da Saúde-LOS (nº 8.080/1990), que dispõe “sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes” (BRASIL, 1990) e institucionaliza o Sistema Único de Saúde (SUS).

De acordo com LOS, no Art. nº 4, (1990, PAIM, 2008, p.599) o SUS “é o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público”. Sendo definido como princípios estruturantes a universalidade, a integralidade e a equidade e tendo como diretrizes a hierarquização, a descentralização, a regionalização e a participação popular.

Para Mattos (2009, p. 771),

O texto constitucional efetivamente incorporou algumas das aspirações do Movimento de Reforma Sanitária, certamente não reconheceu todas. [...] Por sua vez, no processo de negociação, algumas questões polêmicas foram deixadas para ser detalhadas posteriormente, como foi o caso da questão do financiamento do SUS, tratado no texto original de modo excessivamente genérico.

Além do “consenso” construído para a elaboração do texto outro aspecto que reflete na implantação do SUS é o momento contraditório vivenciado pela sociedade brasileira, no início da década de 90 do século passado, justamente no momento da sua implantação, pois, ao mesmo tempo em que foram assegurados direitos fundamentais na Constituição, observam-se profundas transformações no cenário internacional com reflexos a nível nacional, conforme destacado por Mattos,

(...) no cenário internacional, crescia a difusão do ideário neoliberal, com as propostas de redução da atuação do estado em vários setores, inclusive na saúde; no cenário nacional, o restabelecimento das eleições diretas levou a

presidência governos que efetivamente incorporavam de modo significativo, aquele ideário de redução da atuação do estado. (...), (2009, p. 771).

Essa conjuntura se contrapunha ao esperado pela RSB, que se identificava com a socialdemocracia, ao sinalizar para a conformação de um “Estado” de Bem-Estar Social, com garantia dos direitos sociais e fortalecimento da cidadania.

Dessa forma, o reflexo do avanço da agenda neoliberal repercutiu na implantação das políticas econômicas e sociais, com direções diversas das asseguradas na CF de 1988, o que, segundo Paim (2009, p. 302) revela que “(...) a seguridade social foi subvertida, restringiu-se o financiamento da saúde, a ação intersetorial foi ignorada e até a implantação do SUS não constituía a agenda prioritária do governo”.

Esta conjuntura representa uma contradição do Estado brasileiro que se reconhece democrático, assegura os direitos sociais para todo o cidadão, formula e busca implementar políticas que defendem um projeto societário de transformação social, como o SUS, embora no cotidiano das suas estruturas cria mecanismos de “boicote”, favorecendo assim, a consolidação do projeto societário hegemônico, o qual interfere na concepção de humano assegurada na Carta Magna e fragiliza os ideais de transformação social.

Essa contradição confina a RSB à dimensão setorial e a subserviência do SUS às “manobras da política” (BERLINGUER, 1988 a apud PAIM, 2008, p. 296), vitimizando-o ao clientelismo e partidarismo. Campos analisa esse fato a partir da seguinte crítica,

Tenho a impressão de que as lideranças do movimento sanitário se distanciaram do povo e das equipes de saúde, talvez porque se partidarizaram muito e isso emburrece as pessoas, cresce a percentagem de assuntos proibidos, (...) essa partidarização, esse hábito de colocar o interesse particular antes da saúde seria um fato normal e inevitável. Eu reconheço que é inevitável que isso ocorra, mas me recuso a considerá-lo normal, quando as coisas se degradam, quando o jogo político se sobrepõe ao interesse público e a lógica sanitária. (RADIS ENTREVISTA: Gastão Wagner..., 2005, p.. 21 apud PAIM, 2008, p. 296).

Essa prática reflete, para o autor, em um desenvolvimento do SUS que não corresponde ao ideário do movimento sanitário, embora sejam incontestáveis os avanços produzidos nos vinte e cinco anos de sua existência como a ampliação da rede de cobertura, os recursos para o financiamento de suas ações, ainda que mínimos, além de incluir instâncias de negociação e participação entre gestores e representantes do controle social.

Essas reflexões foram discutidas no Fórum da Reforma Sanitária, realizado em 2006, com o objetivo de alimentar o debate com a frente parlamentar da saúde e com outras entidades do setor de saúde, educação e a sociedade civil, que reconheceram a má qualidade das práticas de saúde desenvolvidas no cotidiano dos serviços e unidades assistenciais do SUS, ressaltando que,

Os brasileiros em busca de assistência e cuidados à saúde na rede do SUS são submetidos a filas que se formam desde a madrugada para pegar senhas, passam por triagens, aguardam horas em locais de espera, frequentemente desconfortáveis, e necessitam, quase sempre, percorrer mais de um estabelecimento nos casos exigentes de realização de exames e obtenção de medicamentos. (Fórum da Reforma Sanitária, 2006, p.387 apud MATTOS, 2009, p. 773).

Por conta dessa realidade tão constante, o relatório do Fórum recomendou mudanças nas práticas de atenção e de organização dos serviços de saúde, a fim de assegurar a sustentabilidade e a legitimidade no SUS. Estas mudanças perpassam pela alteração do modelo de atenção à saúde vigente, o qual, ainda centra os cuidados no modelo hospitalocêntrico e biomédico e pelos modos de gestão e gerência adotados no cotidiano do SUS: verticais e autoritários.

Nesse sentido, Paim (2009) analisa que no cotidiano das práticas de saúde a atuação do SUS é hospitalar e medicalizante e Arouca (2002, p. 19 apud PAIM, 2009, p. 297) reforça essa constatação ao afirmar que o modelo predominante de atenção à saúde é assistencial e anti-SUS,

Aliás, o SUS como modelo assistencial está falido, não resolve nenhum problema da população. Está lógica transformou o governo num grande comprador e todas as outras instituições em produtores. A saúde virou um mercado, com produtores, compradores e planilhas de custos. O modelo assistencialista acabou universalizando a privatização.

Como alternativa para essa realidade, o relatório do Fórum sugere ainda,

(...) concentrar-se no usuário-cidadão como um ser humano integral, abandonando a fragmentação do cuidado que transforma as pessoas em órgãos, sistemas ou pedaços de gente doentes. As práticas interativas, mais holísticas, devem estar disponíveis como alternativas de cuidado à saúde. A humanização do cuidado, que envolve desde o respeito na recepção e no atendimento até a limpeza e conforto dos ambientes dos serviços de saúde, deve orientar todas as intervenções. (Fórum da Reforma Sanitária, 2006, p.389 apud MATTOS, 2009, p. 774).

Essas alternativas pressupõem reflexões sobre o modelo de atenção à saúde inserindo no âmbito dessa discussão a “[...] valorização da dimensão subjetiva dessas práticas, das vivências dos usuários e trabalhadores do setor, além de uma preocupação com a constituição dos sujeitos sociais”, conforme destaca Paim (2009, p. 170).

Para esse autor (1993, 1998, 1999, apud SOLLA; TEIXEIRA, 2006, p. 25) modelo de atenção a saúde (MAS) é definido como “formas de organização das relações entre sujeitos (profissionais de saúde e usuários) mediadas por tecnologias (materiais e não materiais) utilizadas no processo de trabalho em saúde, cujo propósito é intervir sobre problemas (danos e riscos) e necessidades sociais de saúde historicamente definidas”. De acordo com Teixeira e Solla (2006) para construir uma concepção ampliada, sistêmica de MAS, considerando os elementos estruturais do processo de trabalho em saúde é preponderante incluir três dimensões:

o **gerencial** como mecanismo de condução do processo de reorganização das ações e serviços [...], o **organizativo** como estabelecimento de relação entre as unidades prestadoras de serviço, considerando a hierarquização dos serviços [...], e o **tecno-assistencial** como as relações estabelecidas entre os sujeitos das práticas e seus objetos de trabalho [...] (2006, p.25).

Assim, essas pressupõem um conjunto de mudanças que devem estar articuladas entre si (TEIXEIRA, 2002) e só se efetivam no cotidiano das unidades assistenciais e gestoras do SUS, a partir das mudanças vivenciadas no processo de trabalho em saúde.

Nesse sentido intrínseco na discussão de MAS é necessário considerar a concepção de modelo assistencial de saúde que toma como referencial os processos de trabalho desenvolvidos e nessa perspectiva pode ser definido como,

combinações de saberes (conhecimentos) e técnicas (métodos e instrumentos) utilizadas para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas, não sendo, portanto, simplesmente uma forma de organização dos serviços de saúde nem tampouco um modo de administrar (gerir ou gerenciar) um sistema de saúde (PAIM, 1993, 1998, 1999 apud TEIXEIRA, 2002, p. 24).

Substancialmente, se evidencia, a necessidade de discutir sobre o processo de trabalho em saúde como alternativas para enfrentamento a práticas de saúde definidas como “desumanizadas” e, em particular, sobre tecnologias, reconhecido por Merhy (1997, p. 130

apud PAIM, 2009, p. 170) como “uma das fragilidades do movimento em torno da Reforma Sanitária no Brasil”.

As reflexões sobre processo de trabalho na saúde passam a ocorrer nos serviços a partir do século XX, sofrendo interferência de uma tendência do setor industrial, dos princípios da gerência científica, fundamentados nas formulações de Taylor, sobre a organização do trabalho, repercutindo na forma como estes se organizam na atualidade.

Esse fato produz um excesso de especialização, o que por sua vez, proporciona a estratificação do conhecimento, a separação entre quem pensa e quem executa, e como consequência, se amplia na mesma medida a alienação do trabalhador da saúde, que não compreende o processo de trabalho em saúde como um todo, na sua multidimensionalidade, gerando o seu adoecimento e a insatisfação dos usuários dos serviços de saúde.

Nesse sentido, em contradição ao excesso de individualidade e compartimento, vivenciado no cotidiano da prática da saúde, o trabalho em saúde para alcançar a sua finalidade necessita ser essencialmente coletivo, conforme afirma Franco e Merhy (2005) “é sempre realizado por um trabalhador coletivo. Não há trabalhador de saúde que dê conta sozinho do mundo das necessidades de saúde, o objeto real do ‘trabalho em saúde’.

Para Blank (et al 2004, p. 438) o trabalho em saúde “é hoje, majoritariamente, um trabalho coletivo institucional, que se desenvolve com características do trabalho profissional e, também, da divisão parcelar ou pormenorizada do trabalho e da lógica taylorista de organização e gestão do trabalho.”

Dessa forma, independente da categoria profissional que represente – universitário, técnicos e auxiliares – um depende do trabalho do outro para que o processo de trabalho alcance sua principal finalidade, “cuidar do usuário, o portador efetivo das necessidades de saúde” (FRANCO; MERHY, 2005). O autor complementa, que “há um campo em comum entre todos os tipos de trabalhadores: todos eles, independente da sua formação ou profissão, são operadores da construção do cuidado” (FRANCO; MERHY, 2005).

Esse contrassenso, entre o real vivenciado nos serviços e unidades assistenciais e gestoras da saúde se coaduna com práticas fragmentadas, pontuais, e muitas vezes, desarticuladas entre as diversas categorias profissionais, fato que produz como resultado um “trabalho compartimentalizado, cada grupo profissional se organiza e presta parte da

assistência de saúde separado dos demais, muitas vezes duplicando esforços e até tomando atitudes contraditórias” (PIRES, 2000, p. 89 apud BLANK et al 2004, p. 440).

Essas práticas no cotidiano da saúde são comumente denominadas como “desumanas”, as quais se contrapõe ao defendido pela RSB, produzindo como resultado um modelo

baseado na especialidade e na diminuição crescente da capacidade de cada profissional resolver problemas, têm sido tratamentos cada vez mais longos, envolvendo inúmeros especialistas, com custos crescentes, com mais sofrimento e restrições impostas aos clientes e uma perda da visão integral do sujeito que necessita de cuidados em saúde. Os compromissos passaram a ser indiretos, com a saúde em geral, com a população, com o saber, com a coletividade, distanciando-se dos sujeitos/usuários clientes ou parcela real da população. (CAMPOS, 1997, apud BLANK et al 2004, p. 441)

Diante desse contexto, alternativas para propor transformação no MAS são propostas, dentre eles, é possível ressaltar o modelo “em defesa da vida”; as ações programáticas e o modelo de vigilância à saúde (TEIXEIRA, 2002).

Assim, o modelo “em defesa da vida”, se vincula a discussão da humanização e pressupõe reflexões sobre o acolhimento e vínculo; as ações programáticas avança na incorporação do enfoque epidemiológico, em uma perspectiva crítica e buscou problematizar “a dimensão ética do cuidado à saúde” (AYRES, 2001 apud TEIXEIRA, 2002, p. 34); e, por fim, o modelo de vigilância à saúde que busca “[...] organizar os diversos níveis de prevenção, a análise concreta das práticas de saúde tal como se apresentam ou podem vir a se apresentar [...]”, valorizando “[...] os princípios da regionalização e hierarquização dos serviços [...]” (TEIXEIRA, 2002, 37-38).

Diante desse contexto, considerando que “a atenção digna, ética e com qualidade, muitas vezes referida como humanização do cuidado, constitui um dos maiores valores e desafios para o sistema de saúde brasileiro e o SUS, em particular nos próximos anos” (2003, p. 600), o estudo centrará na análise nas propostas em torno do modelo em defesa da vida, em particular na humanização da atenção e da gestão na saúde.

3.2 HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE: UMA ALTERNATIVA PARA A SUSTENTABILIDADE DO SUS?

O estabelecimento do contrato social na modernidade, conforme discutido no capítulo 2, significa para Benevides e Passos (2005, p.567),

(...) um contrato de associação e ao mesmo tempo um contrato de subjugação. Esta face contrarrevolucionária da modernidade, sua face soberana, se assenta em uma concepção de contrato social que garante um acordo entre os indivíduos na medida em que a força e a vontade desses sejam desenvolvidas e sublimadas para a construção de uma vontade geral e que esta vontade geral provinda da alienação das vontades isoladas garanta a soberania do Estado.

Assim, o sistema de forças existentes caminha para a homogeneização, conforme ressalta Santos, “uma vocação do padrão único, o que seria devido, de um lado à mundialização da técnica, de outro a mundialização da mais-valia” (2000, p. 30).

Neste sentido, Benevides e Passos (2005, p.567) argumentam que,

(...) o capital como princípio de equivalência universal confere a modernidade um caráter de totalidade, universalidade e de mundialização. O coletivo se submete ao imperativo do capital (...) o capitalismo é indispensável para a transcendentalização do governo político, isto é, para a organização de um Estado representativo moderno.

A intencionalidade do contrato social é estabelecer o controle das massas e por meio dos seus instrumentos de coerção e difusão da ideologia dominante manter a “ordem”, de modo que assegure a acumulação capitalista. Esse processo para Foucault (2004) promove um duplo movimento: individualização e integração à totalidade do Estado.

Assim, para o autor, é “este movimento de tecnologia política dos indivíduos que produz homens ativos e produtivos para a ordem social” (FOUCAULT, 2004 apud BENEVIDES; PASSOS, 2005, p. 568). Outrossim, tudo é submetido ao imperativo do contrato social de tal maneira que os direitos sociais se assentam menos na experiência do homem e mais no contrato que possibilita o controle social.

Para Barret-krigel (1988 apud BENEVIDES; PASSOS, 2005, p. 568) existe uma “incompatibilidade entre o Estado moderno com sua função policial e os direitos humanos, como direito que salvaguarda a experiência de cada homem e de qualquer um”. Assim,

afirmam os autores, a teoria do homem racional pode se basear na doutrina dos direitos civis e se harmonizar com um Estado administrativo-policial, embora não possa estar de acordo com os direitos humanos (2005).

Diante desse contexto, é possível concluir que a representação do campo político no Estado Moderno não tem dado conta da articulação dos direitos humanos com a dimensão humana da Política Pública, em especial com a Política de Saúde. De acordo com os autores (2005, p. 569), este fato ocorre devido “(...) a dimensão da política pública se submete ao Estado e *um homem se submete ao homem*”.

Esse contexto interfere no desenvolvimento do SUS, conforme idealizado pela RSB, promovendo assim uma saúde fragmentada, influenciada pela técnica, pela política partidária, resultando no excesso da racionalidade e da objetividade. Por conta destes fatos, o debate sobre a humanização na saúde deseja questionar essa realidade. Substituir as ações orientadas por uma noção idealizada de homem, para as comprometidas com a experiência singular de qualquer homem: “um homem em processo contínuo de humanização” (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p. 569).

A humanização proposta para as ações de saúde extrapola o binômio queixa-conduta, pois, aponta para a multiplicidade de determinantes da saúde e para a complexa relação entre sujeitos do cuidado em saúde: gestores, gerentes, trabalhadores e usuários. Nesse sentido, pressupõe considerar a existência concreta de um homem, sua diversidade, o reposicionamento dos sujeitos implicados nas práticas de saúde, sendo a humanização compreendida pelos autores como,

(...) uma estratégia de interferência nestas práticas levando em conta que sujeitos sociais, atores concretos e engajados em práticas locais, quando mobilizados, são capazes de, coletivamente, transformar realidades transformando-se a si próprios neste mesmo processo. Trata-se, então, de investir, a partir desta concepção de humano, na produção de outras formas de interação entre os sujeitos que constituem os sistemas de saúde, deles usufruem e neles se transformam, acolhendo tais atores e fomentando seu protagonismo (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p.391).

Corroborando com os autores, Freire (2005) argumenta que o processo de humanização só é possível quando o homem colabora com todos na construção de um mundo melhor, como considera que não há consciências vazias afirmando que “os homens não se humanizam, senão humanizando o mundo”. Conforme o autor,

(...) o auto-reconhecimento plenifica-se no reconhecimento do outro; no isolamento a consciência modifica-se. A intersubjetividade, em que as consciências se enfrentam, dialetizam-se, promovem-se, é a tessitura última do processo histórico de humanização [...] Reencontrar-se como sujeito, é liberar-se, é todo o sentido do compromisso histórico (FREIRE, 2005, p.17).

Nesse sentido, a humanização pressupõe uma articulação entre objetividade, tão defendida na saúde, com a subjetividade, tão ausente. Fato que significa para o autor “(...) a unidade dialética que gera um atuar e um pensar certos na e sobre a realidade para transformá-la” (2005, p. 27). Este é, pois, um dos grandes desafios apresentados para a humanização da saúde: a capacidade de promover o reencontro dos sujeitos da saúde com suas subjetividades, ao ponto que estas possam transformar a realidade e transformar-se, construindo assim, práticas de saúde cuidadosas, solidárias e amorosas. Esse processo de transformação para Freire caracteriza-se como uma “tarefa histórica, é tarefa dos homens” (2005, p. 41).

Para alcançar esse processo de transformação é necessário para Mauss “recompor o todo”, ampliando esse argumento Morin afirma que “(...) é preciso mobilizar o todo”. Portanto, é necessária uma reforma no pensamento dos sujeitos das práticas de saúde, pois, o que se identifica nestes é a “incapacidade da mente tecnoburocrática tanto de perceber quanto de conceber o global e o fundamental, a complexidade dos problemas humanos” (MORIN, 2011, p. 51). Nesse sentido, é necessário compreender a interdependência dos problemas humanos apresentados na saúde, visto que estes são multifatoriais.

A partir dessa constatação, o autor (2011, p. 54) conclui que,

(...) quanto mais os problemas se tornam multidimensionais, maior a incapacidade de pensar a sua multidimensionalidade; quanto mais progride a crise, mais progride a incapacidade de pensar a crise; quanto mais os problemas se tornam planetários, mais se tornam impensáveis.

As soluções intelectuais encontradas para os problemas multidimensionais tendem a ser superficiais e reducionistas, pois, centram-se nos problemas mais graves ou mais emergentes, rompendo com o todo e o complexo. Assim, para produzir a transformação afirmada por Freire, Morin propõe o pensamento complexo, isto é, a construção de “(...) um pensamento que religue o que está separado e compartimentado, que respeite o diverso reconhecendo inteiramente o um, que tente discriminar as interdependências” (2011, p. 59).

Portanto, se faz necessário religar os pontos fragmentados na saúde, fortalecer o movimento da RSB e, principalmente, reforçar a contra-hegemonia existente no movimento da saúde pública para que esse movimento construa práticas de saúde pautadas na integralidade e na intersubjetividade de cada sujeito protagonista do processo de saúde. Para que esse processo tenha êxito, é necessário compreender o homem, como um homem, reativar a afirmação dos direitos humanos numa perspectiva progressista e emancipatória no desenvolvimento da PPS.

A proposta é que essa concepção de homem, de humano, no bojo da discussão dessa política possibilite a revisão dos processos de trabalho desenvolvidos no cotidiano do SUS, rompendo com a lógica predominante de tecnificação e refletindo, por fim, na transformação do modelo vigente de atenção à saúde. Com estas percepções e intencionalidades foi elaborada a Política Nacional de Humanização como uma alternativa contra hegemônica de fortalecimento e sustentabilidade para o SUS.

3.3 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: CAMINHOS E DESCAMINHOS NO SUS

O tema humanização é debatido há aproximadamente 40 anos na saúde. De acordo com a revisão bibliográfica realizada por Casate e Correa (2005 apud DESLANDES, 2005) inúmeros artigos foram elaborados na área da saúde no final da década de 50, principalmente pela área de enfermagem.

Os principais sentidos atribuídos ao termo vão desde a concepção caritativa, messiânica, de doação ao próximo, até a discussão recente, a partir da década de 90 do século XX, envolvendo a concepção de direitos do cidadão para acessar serviços de saúde com qualidade, inserindo-se no contexto de um projeto político para a saúde pública. (DESLANDES, 2005)

De acordo com a autora, estes artigos têm em comum a discussão sobre as práticas e modelos de atendimento que poderiam ser definidas como “desumanizantes”, sendo os mais discutidos:

a) as condições precárias de trabalho que levam a falhas, estresse e defesas psíquicas dos profissionais por um lado, e as longas esperas, dificuldade de acesso e má acolhida aos pacientes, por outro; b) a vertente positivista da racionalidade biomédica que ignora as necessidades subjetivas, culturais e pessoais dos pacientes, conduzindo a um atendimento impessoal, focado na patologia e não na pessoa que sofre, responsável, portanto, por uma violência simbólica; c) ao uso da tecnologia como substitutivo da relação profissional-paciente, sendo desvalorizadas a comunicação e empatia entre ambos.

Na área médica, o auge da discussão sobre humanização ocorre a partir da década de 70 do século passado, promovendo reflexões sobre o exercício crítico e autocrítico da racionalidade vigente, a impessoalidade do modelo médico profissional, a ausência de informações e de protagonismo dos usuários diante da terapêutica adotada. Em 1972, já ocorria em São Francisco (EUA) um simpósio nacional intitulado “Humanizando o Cuidado em Saúde”, derivando uma publicação com a mesma denominação (HOWARD; STRAUSS, 1975 apud DESLANDES, 2005).

No Brasil, essas discussões serão retomadas de forma mais intensa no final da década de 80 do século passado, a partir do movimento de redemocratização política, no espírito da RSB e, especialmente pelo movimento de mulheres, em torno de pautas de direitos sexuais e reprodutivos e das críticas ao modelo médico hegemônico – hospitalocêntrico.

Em 2000 essa discussão se fortalece e vira tema da XI Conferência Nacional de Saúde (2000) intitulada “Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”, que ressalta no seu relatório, no eixo “Modelo assistencial e de gestão para garantir acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social”, que

A prioridade deve ser conferida à humanização do cuidado prestado aos usuários das ações e serviços de saúde e à ampliação máxima da qualidade técnica da assistência requerida em cada caso ou situação, ampliando o acolhimento das pessoas e a resolutividade de cada tratamento. A integralidade da atenção apareceu com força no debate dos grupos, evidenciando uma questão prática e imediata: o que a população exige do SUS é que ele seja capaz de atender aos problemas de saúde individuais e coletivos, cuidando da qualidade da Saúde, e não apenas ser capaz de tratar das doenças e acometimentos graves com risco à vida. (BRASIL, 2000)

Para alcançar essa intencionalidade, outras iniciativas foram utilizadas como o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH), em 2000, o Programa

de Humanização no Pré-natal e Nascimento, em 2000, o Método Canguru, em 2000, e o Programa de Acreditação Hospitalar, em 2001 (SOUZA; MENDES, 2009).

Ao avaliar essas iniciativas, Benevides e Passos referem que “os críticos às propostas humanizantes no campo da saúde denunciavam que as iniciativas em curso se reduziam, grande parte das vezes, as alterações que não chegavam efetivamente a colocar em questão os modelos de atenção e de gestões instituídas” (2005, p. 389). Ou seja, muitas dessas iniciativas eram compreendidas como de cunho religioso, assistencialista, desfocando das verdadeiras intencionalidades.

Assim, segundo estes autores (2005), o conceito de humanização esteve presente em várias práticas de atenção: segmentados por áreas e por níveis de atenção; identificadas como vinculadas ao exercício de algumas profissões e a características de gênero; e, por fim, orientadas por exigência do mercado que buscam o foco no “cliente” e garantia da qualidade total dos serviços. O desafio é vincular o conceito de humanização com uma amplitude incluindo a concepção de homem concreto na busca de promover a alteração nos modos de fazer, de trabalhar e de produzir no campo da saúde.

Na busca de construir essas práticas, fundamentadas na necessidade de rever os modelos instituídos e de reafirmar os princípios do SUS, o Ministério da Saúde (MS) aprova em 2003, a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH), que tem por objetivo,

Inovar nas práticas gerenciais e nas práticas de produção da saúde, propondo para os diferentes coletivos o desafio de superar limites e experimentar novas formas de organização dos serviços e novos modos de produção e circulação de saber e de poder (HECKERT, 2009).

A fundamentação teórico-metodológica dessa política se pauta nos filósofos da pós-modernidade. A modernidade pode ser compreendida como a era progressiva da revolução industrial prevalecendo os princípios da racionalidade e da hierarquia incorporado ao poder público e, conseqüentemente, nas Políticas Públicas.

Nesse sentido, a argumentação desses filósofos busca restaurar a racionalidade, não como empregada no Poder Público, mas como uma racionalidade aberta e dialógica que busca estabelecer conexões com um real que resiste a ela. Dentre os principais teóricos que

fundamentaram a construção dessa política cabe destaque para Michael Foucault e Gilles Deleuze.

Outrossim, diante da necessidade de definir um conceito para humanização que oriente o desenvolvimento da política e englobe a concepção de humanização discutida anteriormente, a equipe de *policymakers* optou por apresentar um entendimento que compreende o conceito como,

(...) uma valorização da experiência sensível, daquilo que é vivido individualmente, em que não se enquadram conceitos puros, rígidos. Em Deleuze, o conceito expressa um acontecimento, e não uma essência. Ele reflete multiplicidades criadas a partir da experiência, e não uma verdade única. E devem ser os conceitos utilizados como ferramenta de reflexão. (KHOURI, 2009, p.1)

Baseados nessa concepção, o conceito aparece como ferramenta que deve contribuir para pensar e produzir novos conceitos. A partir dessas considerações, apresentam como entendimento de humanização para a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (BRASIL, 2004) que,

A Humanização como: valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; identificação das necessidades de saúde; mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde; compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento. (BRASIL, 2004)

Assim, se constitui com base em um conjunto de princípios e diretrizes que se operam por meio de dispositivos. Nesta perspectiva, são princípios metodológicos a transversalidade, a inseparabilidade da atenção e da gestão e o protagonismo dos sujeitos e coletivos.

Já as diretrizes são orientações gerais que se expressam no método da tríplice inclusão dos diferentes sujeitos, usuários, gestores, gerentes e trabalhadores, por meio de práticas como: a clínica ampliada, a gestão participativa e a cogestão dos serviços, a valorização do trabalho e do trabalhador, o acolhimento, a defesa dos direitos dos usuários, entre outros.

Os dispositivos, por sua vez, atualizam essas diretrizes por meio de estratégias construídas nos coletivos destinadas à promoção de mudanças nos modelos de atenção e de

gestão em curso, sempre que tais modelos estiverem na contramão do que defende o SUS. De acordo com Deleuze (2001), os dispositivos sociais são linhas de força que apontam, orientam e agenciam sujeitos produzindo subjetividades “são máquinas de fazer ver e de fazer falar” (DELEUZE, 2001 apud KHOURY, 2009, p. 7). Entre os dispositivos da PNH está à visita aberta, o colegiado gestor, o grupo de trabalho de humanização, o acolhimento com classificação e avaliação do risco (ACCR), entre outros.

Para Guatarri e Rolnik (1986 apud KHOURY, 2009, p. 4), a subjetividade se apresenta, como sendo “essencialmente social, e assumida e vivida por indivíduos em suas existências particulares”. A partir dessa concepção e influenciados pelo desejo de mapear as experiências vivenciadas no cotidiano do SUS, Benevides e Passos ressaltam que “(...) no concreto da experiência da saúde pública pudemos encontrar a dimensão coletiva do processo de produção de sujeitos autônomos e protagonistas de sua saúde” (2005, p. 569). Nessa direção foi criado, em 2004, o Prêmio David Capistrano que recebeu no período de dois meses 671 inscrições de experiência criativas e inovadoras no campo da saúde pública.

A PNH, nesse sentido, é pensada para colocar em prática os princípios estruturantes do SUS e, conseqüentemente, consolidar a política pública de saúde brasileira. Esta, por sua vez, é desenvolvida no Estado capitalista no qual o projeto de nação, conforme destaca o conceito de Administração Política (SANTOS; RIBEIRO, 2009), predominante reforça as intencionalidades do grande capital, ou seja, as políticas públicas passam a ter uma característica compensatória e não de transformação social.

Portanto, é necessário visualizar o movimento realizado pela PNH no cotidiano dos serviços de saúde, a fim de identificar como a realidade descrita anteriormente interfere na sua implantação ao adentrar na máquina do Estado. Por isso, baseado no referencial teórico exposto, o estudo se propõe a essa análise crítica e contextualizada para perceber os caminhos e descaminhos encontrados pela gestão e gerência para sua operacionalização.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Neste capítulo será detalhado os procedimentos metodológicos adotados para o desenvolvimento da pesquisa. Assim, optou-se por realizar uma pesquisa qualitativa, pautado num estudo de caso, a fim de analisar as propostas da gestão para a implementação das diretrizes da PNH, pelos três níveis de gestão, em uma unidade hospitalar pública específica da rede SUS no estado da Bahia.

Conforme apontam Yin (apud CAMPOMAR, 1991, p. 96), o estudo de caso como instrumento de “pesquisa social empírica ao investigar o fenômeno dentro do seu contexto de vida-real, onde as fronteiras entre o fenômeno e o contexto não são claramente definidas e na situação em que múltiplas fontes são usadas”, possibilitará a profundidade do estudo.

Esta seção se divide em seis partes, interligadas e articuladas: 4.1. Caracterização da unidade hospitalar; 4.2. Sujeitos do estudo; 4.3. Procedimentos, métodos e técnicas para a produção de dados; 4.4. Plano de análise; 4.5. Projeto de extensão e o 4.6. Aspectos Éticos.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE HOSPITALAR

A unidade hospitalar estudada possui 34 anos de existência, compõe a rede de saúde da administração direta, integrante da Rede Própria da SESAB e se caracteriza como hospital de grande porte, hospital-escola, de abrangência estadual, com perfil de média e alta complexidade nas diversas áreas da atenção. Tem como objetivo “promover a saúde com qualidade e eficiência, atendendo aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)” e configura-se como o maior hospital do Estado e do Norte/Nordeste do país.

Na atualidade, dispõe de aproximadamente 617 leitos, incluindo os complementares, além de dezenas de leitos extras que garantem uma ocupação em torno de 700 leitos. A unidade não foi projetada para ofertar serviço de emergência, sendo este aberto com o passar dos anos, representando, na contemporaneidade, a maior demanda do hospital com três portas de entrada: adulto, pediátrica e obstétrica e uma média de 560 atendimentos diários (SESAB, 2011 E HGRS, 2009).

Diante do cenário hipercomplexo da unidade supracitada e da pesquisa qualitativa ter como método o estudo de caso, a pesquisa foi desenvolvida no serviço de emergência adulto. O estudo buscou aprofundar a análise da implantação das diretrizes e dispositivos da PNH e a correlação estabelecida entre os entes federados para o desenvolvimento dessa política no território estudado.

4.2 SUJEITOS DO ESTUDO

O Projeto de Pesquisa considerou, preliminarmente, como sujeitos da pesquisa gestores estaduais e federais que desenvolviam ações no serviço com o objetivo de qualificar e humanizar o cuidado prestado, gerentes (trabalhadores) e usuários do serviço de emergência.

Entretanto, com o início da pesquisa, optou-se por centrar o estudo nas ações desenvolvidas pela gestão, ficando a percepção dos trabalhadores e usuários para um estudo posterior. Desse modo, o olhar foi centrado nas atuações de 27 sujeitos com ocupação de cargos de gestão no período da pesquisa: 15 (quinze) gestores locais; 09 (nove) gestores estaduais e 03 (três) gestores federais, perfazendo um total de 27 sujeitos do estudo.

Ademais, foi considerado como: gestão local, gestores com cargo de gestão na direção da unidade e de gerente no serviço de emergência; gestão estadual, sujeitos vinculados a três diretorias da SES com atuação direta na unidade, sendo que de cada diretoria foram escutados três gestores: o apoiador institucional¹¹, o gerente (coordenador) e o diretor; e, gestores federais foram entrevistados todos os apoiadores institucionais do MS com ações diretas no serviço, sendo dois da PNH e um do Programa SOS Emergência/MS.

11

Segundo Morschel e Vasconcelos (2009, p. 733) o apoio institucional pode ser definido como estratégia para “construir espaços de análise e interferência cotidiana, potencializando análises coletivas de valores, saberes e fazeres e, desse modo, implementar e mudar práticas”. Sendo assim o sujeito que realiza essa função é denominado de apoiador institucional.

Do total destes sujeitos, foram entrevistados: 10 (dez) gestores locais, sendo 04 (quatro) gestores da unidade, 06 (seis) gerentes (coordenadores) da emergência¹²; 08 (oito) gestores estaduais e 03 (três) gestores federais.

Quanto ao perfil destes sujeitos, 14 (catorze) são do sexo feminino, dado que reforça a feminilização da força de trabalho na área da saúde; 12 (doze) possuem entre 30 e 50 anos e 06 (seis) acima de 50 anos. No que se refere a experiência em outros cargos de gestão da saúde 19 (dezenove) relatam que já ocupou esse cargo em outros espaços, sendo salientados, cargos de direção e de coordenações na rede estadual como: Secretários Municipais de Saúde, coordenação de atenção básica, diretores de unidade hospitalar no interior de Estado, dentre outros.

Em relação à formação, todos tem nível universitário, sendo 09 (nove) enfermeiros, 05 (cinco) médicos e 06 (seis) com outras formações na saúde (antropologia da saúde, educador físico, assistente social e psicólogo). Todos referem possuir especialização, sendo que 14 (catorze) possuem curso de especialização *lato sensu* e o restante divide-se em formações *stricto sensu*, sendo a maioria mestres e apenas um doutor. Quanto a formação específica na área da gestão 10 (dez) verbalizam que esta formação se vincula a gestão na saúde, tais como, a gestão da atenção básica e a gestão hospitalar.

Quanto ao tempo de gestão 10 (dez) possuem entre 1 a 3 anos; 05 (cinco) menos de 1 ano e 05 (cinco) acima de 3 anos ocupando o cargo citado. É importante ressaltar que os gestores que ocupam estes cargos até 3 anos estão vinculados, em sua maioria, a gestão estadual, situação que se relaciona com o tempo do governo. Esse dado demonstra uma baixa rotatividade dos gestores, apesar do histórico da unidade hospitalar demonstrar que em 34 anos de existência, já possuiu 29 diretores diferentes.

4.3 PROCEDIMENTOS, MÉTODOS E TÉCNICAS PARA A PRODUÇÃO DE DADOS E SEU PROCESSAMENTO

¹² O serviço de emergência possui três coordenações com atuação direta: Administrativa, Enfermagem e Médica. Da Coordenação médica foi estabelecida uma amostra da metade, considerando que são oito chefes de plantão da emergência.

Foram feitas coletas de dados primários e secundários. Os dados primários foram coletados por meio da observação direta e indireta. A observação direta ocorreu por meio da observação participante, tipificada por Minayo (2000, p. 142) como o “participante-como-observador”, no qual a participação é a mais profunda possível por meio da observação informal, “[...] de vivência juntos de acontecimentos julgados importantes pelos entrevistados e no acompanhamento das rotinas cotidianas”.

Assim, a pesquisadora por um período de trinta dias observou o movimento da emergência da unidade, tendo como foco analisar a existência de diretrizes e/ou dispositivos da PNH implantados e quando da sua existência, o seu funcionamento. Além disso, participou de quatro reuniões do Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH)¹³ e duas reuniões do Colegiado da Emergência, com o objetivo de identificar como a pauta da humanização se apresentava nestes espaços de concentração da dinâmica da gestão.

A observação indireta ocorreu com a aplicação de instrumento de pesquisa, através de entrevista semi-estruturada individual, específica para cada perfil de entrevistado, correspondendo a quatro roteiros diferentes: Gestão da Unidade; Gerente da Unidade; Gestor Estadual e Gestor Federal.

Em relação aos dados secundários foram analisados 46 relatórios das reuniões do NAQH, a fim de identificar as estratégias desenvolvidas pela gestão (Federal, Estadual e local (unidade), para implantar diretrizes e dispositivos da PNH. A metodologia utilizada foi identificar aspectos vinculados, direta ou indiretamente, a humanização, sendo definidas palavras-chaves tais como: comunicação ou informação; educação permanente; diretrizes e dispositivos da humanização; processo de trabalho da emergência; troca de experiências; insumos, equipamentos e obras; dimensionamento de pessoal; planejamento e troca de experiências.

Além destes documentos, foram analisados o Relatório Anual de 2012 da Ouvidoria, a fim de identificar as críticas realizadas que se vinculavam a humanização da emergência; as atas das reuniões do GTH e o funcionamento desse dispositivo na unidade; o Plano de Ação do Programa SOS Emergência e o Plano Operativo Anual da SES de 2010-2011 e as ações

¹³ Sobre o NAQH ver o Capítulo VI – Análise e discussão dos Dados, o subitem sobre as relações intergovernamentais.

que se vinculavam a implantação/implementação dos dispositivos da política. Assim como, legislações, portarias e outros documentos ministeriais que se vinculavam a qualificação do serviço prestado na emergência.

4.4 PLANO DE ANÁLISE

Para análise dos dados foi utilizado à triangulação metodológica dos dados primários e secundários, assim como a análise do discurso, considerando que o método da investigação é dialético e às características metodológicas da pesquisa envolve a combinação de múltiplos métodos como a observação direta, a indireta (a entrevista) e a análise documental, de modo a compreender melhor os diferentes aspectos de uma realidade e evitar os enviesamentos de uma metodologia única (DENZIN, 1970 apud RAMOS, p. 113).

A análise do discurso propiciará a análise da linguagem utilizada pelos entrevistados durante a fase de coleta de dados, pois para Frasson (2003) o sujeito ao produzir seu discurso, não expressa a sua consciência livre de interferências. Ao contrário, o seu discurso é resultado de conjuntos discursivos que lhe são anteriores, que foram por ele incorporados em função da exposição sócio-histórica a que foi submetido, a partir da qual são constituídas suas representações discursivas sobre o mundo.

Assim, a metodologia utilizada para a análise dos dados propiciará o confronto das informações coletadas pelos diversos instrumentos de coleta de dados, e posteriormente, a análise do discurso apresentado durante as entrevistas permitirá a identificação das relações de saber e poder predominante na emergência da unidade, as relações sócio históricas, bem como, as condições de produção a que estes gestores estão submetidos, relacionando essas interferências com as estratégias utilizadas para a implementação da PNH e com os resultados e entraves encontrados no cotidiano do serviço.

Para organizar o processo de análise dos dados foram denominadas sete categorias de análises definidas a partir do roteiro de entrevista e construídas com base no manual de Monitoramento e Avaliação da PNH na Rede de Atenção e Gestão do SUS para atenção hospitalar, a saber: a) Concepção dos gestores sobre a PNH; b) Diretrizes/Dispositivos para a implantação da PNH, na emergência, da unidade; c) Relações intergovernamentais

estabelecidas para implementar a PNH na emergência da unidade; d) Nível de institucionalização da PNH na unidade; e) Estratégias estabelecidas no POA Estadual para a implementação da PNH; f) Avaliação dos entes federados no processo de implementação da PNH; g) Modelo de gestão para operacionalizar a PNH.

4.5 PROJETO DE EXTENSÃO

A pesquisa integrou um Projeto de Extensão¹⁴ envolvendo três estudantes do Curso de Gestão Pública e Gestão Social, da Escola de Administração da Universidade Federal da Bahia (UFBa), com o objetivo de promover a articulação entre pesquisa, ensino e extensão e contribuir para o alcance da função social da Universidade, a fim, pois, de proporcionar aos estudantes a oportunidade de uma vivência concreta do processo de implementação de uma política pública.

Estes participaram ativamente do processo metodológico, por meio da observação das entrevistas e da participação na observação participante, além de semanalmente integrar oficinas para discutir elementos observados e relacionar com os conhecimentos adquiridos no processo de graduação, especialmente os vinculados com o cotidiano da prática da gestão e gerência, a dimensão empírica da Administração Política.

O resultado dessa vivência será sistematizado pelos estudantes, pesquisadora e orientadora e deverá ser apresentado num seminário como atividade do grupo do projeto de extensão, assim como, sistematizado em artigos para publicização na comunidade acadêmica dos resultados adquiridos pelo projeto de extensão.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Trata-se de uma pesquisa qualitativa com seres humanos, tendo como critério para inclusão o sujeito da pesquisa desenvolver atividade de gestor na unidade hospitalar pública; de gerente (coordenador) no serviço de emergência e de gestor estadual e federal com ações diretas na unidade com o objetivo de qualificar o cuidado.

¹⁴ O Projeto de extensão encontra-se no apêndice D.

Sendo assim, a pesquisa seguiu as diretrizes da Resolução n.º 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS)/Ministério da Saúde, buscando atender criteriosamente aos aspectos éticos, por isso seguiu todos os trâmites para desenvolvimento de pesquisa na área de saúde. Assim, foi inscrita na Plataforma Brasil, aprovada pelo comitê de ética e pesquisa da Unidade Hospitalar Pública para anuência do campo de estudo e, posteriormente, apreciada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da SES para autorização do campo de pesquisa do nível central.

A todos os entrevistados foram assegurados o sigilo e anonimato dos relatos apresentados durante a pesquisa, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no qual autorizaram sua participação voluntária, assegurando-lhes o direito de retirarem o consentimento em qualquer fase da pesquisa (vide apêndice B).

Ademais, foi utilizado o recurso de gravação de áudio, sendo possibilitado aos sujeitos da pesquisa optarem pela autorização ou não da utilização deste recurso durante o desenvolvimento da sua entrevista, por meio do termo de autorização (vide apêndice C).

5 CAMINHOS POSSÍVEIS DA HUMANIZAÇÃO NA EMERGÊNCIA DA UNIDADE HOSPITALAR SELECIONADA

Este capítulo apresentará a análise e discussão dos dados desenvolvidos com base nas categorias de análise apresentadas anteriormente. Essa seção se divide em nove itens relacionados e articulados entre si, separados apenas para facilitar a discussão.

5.1 CONCEPÇÃO DOS GESTORES SOBRE A PNH

As questões que ofereceram subsídios para a reflexão dessa categoria de análise estão situadas no segundo bloco do roteiro de entrevista que foi igual para todos os sujeitos. Para tanto, reuniu um conjunto de quatro questões que buscavam identificar como os gestores conheceram a PNH; o que entendiam por humanização das práticas de saúde; as modificações ao SUS que a implementação dessa política pode proporcionar e, por fim, os principais limites ou dificuldades vivenciados para promover as modificações necessárias.

Em relação ao conhecimento da PNH 06 (seis) gestores afirmam que a conheceram a partir do desenvolvimento do processo de trabalho na gestão; 5 (cinco) em eventos da SES, 04 na graduação e 5 (cinco) por meio de outras estratégias. Desse modo, é possível concluir que a humanização se encontra na pauta da gestão, independente do nível hierárquico.

Outro dado interessante é que apenas 4 (quatro) entrevistados afirmam ter conhecido a política na formação, remetendo a discussão, a formação dos trabalhadores do SUS, que atualmente dá “[...] ênfase a objetivos educacionais do domínio cognitivo e, se necessário, àqueles de ordem psicomotora [...]” (ARAÚJO, 2007, p. 27). Embora haja um consenso “[...] que a formação de profissionais da saúde deveria ser orientada para formar profissionais para o SUS” (Ibidem, p.26).

Nesse sentido, é possível concluir que a formação dos trabalhadores da saúde prioriza a discussão da dimensão técnica da administração, vinculada, pois, ao campo da gerência (administração profissional), fundamentado nos princípios da objetividade e da racionalidade, conforme discutido no capítulo II.

No que se refere ao entendimento por humanização das práticas de saúde 16 (dezesseis) a compreendem como um processo que “reflete uma mudança no modelo de atenção à saúde que envolve mudanças nas práticas gestoras e gerenciais, assim como, nos processos de trabalho e fluxos organizacionais” e 04 (quatro) como “mudança no modelo de atenção à saúde que proporciona a qualificação nos processos de trabalho e nos fluxos organizacionais”. Assim é possível concluir que os gestores compreendem que as práticas gestoras estão incluídas no processo de humanização.

Estas percepções coadunam com a concepção de humanização presente no corpo da política, “aumentar o grau de corresponsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS, na produção da saúde, implica mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho” (BRASIL, 2004). Também se articulam com seu principal objetivo de, “inovar nas práticas gerenciais e nas práticas de produção da saúde, propondo para os diferentes coletivos o desafio de superar limites e experimentar novas formas de organização dos serviços e novos modos de produção e circulação de saber e de poder” (HECKERT, 2009, p. 494).

Ao comparar o surgimento da política e a forma como ela se apresenta na contemporaneidade, os entrevistados representantes da GF concluíram que “ela está muito diferente, porque hoje a gente está muito mais dentro da máquina” (ENTREVISTADA, 16.2). Essa conclusão demonstra que, mesmo diante da dificuldade de operacionalização da humanização, a sua discussão encontra-se na pauta do Estado, inserida na sua estrutura, portanto, influenciando e sendo influenciadas pelo modelo de atenção hegemônico na saúde.

Quando questionados sobre até que ponto a ausência de portaria interfere na sua implantação/implementação, a GF contra argumenta que,

(...) [uma] discussão mais teórica conceitual é que justamente pelo fato de não ter portaria, é que a PNH (...) vai se modificando (e) se apresenta e se representa de acordo com cada território (...) não é uma portaria que vai garantir que uma política seja prioritária. É muito mais as ações do plano estadual ou municipal de saúde, é muito mais o modo como gestores de uma instância pensa que a política vai ser implementada (informação verbal - ENTREVISTADA, 16.2).

Embora demonstrem a compreensão sobre o conceito de humanização das práticas de saúde, alguns entrevistados, particularmente da GE, questionam se a humanização demandaria uma política, conforme depoimento “às vezes eu tenho uma dúvida se a humanização ela demandaria uma política, como chegamos a uma situação que precisamos [...] que foi preciso

haver uma política com regras específicas, com diretrizes para poder colocar em prática isso” (ENTREVISTADA 15.5, 2013).

Refletindo sobre seu próprio questionamento a entrevistada argumenta o comportamento da sociedade brasileira e o processo de formação na saúde,

Eu vejo uma questão da sociedade brasileira, ela perdeu um pouco o senso ético moral, com certeza, não tem quem me diga que isso não tem impacto... o estudante já chega querendo saber primeiro do equipamento, da tecnologia que é o bom, e depois ele quer apressar o curso dele o mais rápido possível porque ele quer ganhar dinheiro. Então a área de saúde hoje, é uma carreira de ascensão social como outra qualquer e é diferente, é diferente ela tinha que ter um pressuposto diferente, precisava ter uma aptidão diferente” (informação verbal – ENTREVISTADA 15.5, 2013).

Outro depoimento reforça essa questão da aptidão do trabalhador da saúde, o “algo mais” necessário para o desenvolvimento do seu processo de trabalho com qualidade ao destacar que, “humanizar é uma coisa muito interior da gente, o que você vai promover de humanização naquele serviço tem que vir de dentro de você” (ENTREVISTADA, 14.4); “(...) as pessoas que trabalham tem que estar com isso interno, dentro de si, isso é uma coisa muito grande, não é uma coisa só, de mudar isso, de mudar aquilo, não. Tem muita coisa interligada, agora a gente tem que desejar, a gente mesmo, eu estou dizendo por que eu também tenho participação, a gente às vezes deixa isso no esquecimento” (ENTREVISTADA 13.3).

Essa “pseudoaptidão” apresentada em diversos depoimentos, se vincula a questão da formação do trabalhador da saúde, que como ressalta Araújo (2007, p. 27),

A formação de um profissional de saúde não se esgota no mero aprendizado de competências e habilidades de ordem técnica, mas inclui também o manejo de situações de ordem intersubjetiva, em que assume importância todo um conjunto de valores éticos e morais.

Novamente a discussão sobre a formação da saúde é retomada na discussão deste item e de acordo com Guizardi et al (apud ARAÚJO, 2007, p. 27) trabalhadores formados com interação entre o ensino e o trabalho “que conhecem o SUS e as políticas de saúde, frequentemente adquirem uma postura na sua atuação de compromisso diante das necessidades do SUS”. Dessa forma, este “algo a mais” é construído no processo de formação desse trabalhador, ainda que se relacione com competências subjetivas da sua história de vida.

Além da questão da formação, a dificuldade de superação do modelo médico centrado/hospitalocentrico, também se relaciona com os avanços tecnológicos vivenciado na área da saúde que sofreu forte influência do fordismo e taylorismo, como já mencionado, e,

consequentemente, passou a buscar produção em larga escala (atendimentos rápidos, em quantidades) e estimulou a valorização do conhecimento especializado, ocasionado pela fragmentação do processo de trabalho, típico do modo em questão.

Para Morin (2011, p. 48), esse excesso de especialização “rejeita as ligações e intercomunicações desse objeto com seu meio, inserindo-o em um setor conceitual abstrato, que é o da disciplina compartimentada”, portanto, essa concepção de gestão e gerência reflete no processo de trabalho em saúde pela estratificação do conhecimento; a dificuldade em construir práticas interdisciplinares, vinculadas a um modelo de atenção interdisciplinar.

Assim, criam-se trabalhadores e/ou equipes especialistas “com uma visão determinista, mecanicista, quantitativa, formalista”, conforme destaca Morin (2011, p. 51). Em consequência desse excesso de compartimentação do conhecimento e práticas administrativas, se amplia na mesma medida a alienação do trabalhador, fato expressado nos depoimentos dos entrevistados que ressaltam a percepção de alguns trabalhadores sobre a humanização, como “algo a mais” e não “algo intrínseco” ao processo de trabalho na saúde.

5.2 CONTRIBUIÇÕES DA PNH PARA A QUALIFICAÇÃO DO SUS E SEUS LIMITES

Todos os entrevistados acreditam que a implementação das diretrizes/dispositivos da política pode promover modificações no SUS, tais como: a implantação do modelo de gestão e de atenção com foco no usuário, a fim de assegurar os seus direitos; na transformação da “práxis” desenvolvida pelos trabalhadores e gestores; e na transparência das ações desenvolvidas nas unidades e serviços de saúde que estimulem o envolvimento dos trabalhadores.

Outra alteração ressaltada são as modificações vinculadas à relação estabelecida entre Gestores x Trabalhadores x Usuários, a fim de assegurar qualidade da assistência, sendo que essa discussão se encontra na gênese da elaboração da política que considera a modificação da forma como estes sujeitos se relacionam e nos coletivos que integram, como possibilidade para alterar as práticas de saúde. (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

As etapas do planejamento – planejamento, execução, acompanhamento, monitoramento e avaliação – foram apresentadas como modificações que proporcionam qualidade ao processo de trabalho, de acordo com o seguinte depoimento: “tanto gestores,

quanto trabalhadores conhecerem o que é planejado para uma unidade de saúde, conhecerem da saúde da população que eles atendem, e poderem executar e monitorar as ações” (ENTREVISTADA, 16.2).

Outro depoimento relevante referente as modificações provocadas, ressalta que “o enfrentamento da lógica de todo mundo se dar bem, de ganhar dinheiro, de ascender socialmente por meio do trabalho na saúde” (ENTREVISTADA, 15.5). Este aspecto também foi considerado quando se referem ao processo de elaboração da política, conforme discutido anteriormente.

Para Campos (2000 apud BENEVIDES; PASSOS, 2005, p. 562), o papel do “(...) projeto da PNH foi afirmar a saúde não como valor de troca, mas como valor de uso”, o que significa afirmar que o projeto da política se afirma como contra hegemônico, pois defende valores esvaziados na prática da saúde pelo excesso da tecnologia, tais como a solidariedade, igualdade, dignidade e liberdade.

Nesse sentido a política, a partir de comentários de Benevides e Passos, busca alterar “o padrão de atenção no sentido de dar ênfase no vínculo com os usuários, garantindo seus direitos” (2005, p.391). Não é por acaso que a maior expectativa despertada por essa política nos gestores entrevistados se relaciona à mudança do modelo biomédico, hospitalocêntrico, para um centrado nas demandas dos usuários.

É importante ressaltar que os gerentes da emergência ao responder este questionamento expressaram muito vivo o seu processo de trabalho, tendo como principais expectativas de modificações as vinculadas à implantação do acolhimento, tais como, a escuta qualificada, com resolutividade. Isto é, já apresenta no seu discurso a metodologia proposta pela política, devido ao processo de implementação do dispositivo ACCR, bem como, por conta de todas as discussões desenvolvidas pelo Programa SOS Emergência.

Em relação aos limites e dificuldades vivenciadas pela PNH para sua operacionalização, foi expresso, principalmente por gestores da unidade e gerentes da emergência, a dificuldade de concretização do seu método, embora disponha de um modelo teórico muito bem formulado, como ressaltado pelos depoimentos: “(...) efetivar, concretizar, [e] não ficar na teoria (...)”(ENTREVISTADO, 8.5); outro depoimento ressalta que “O modelo teórico, é bem documentado, muito bem estabelecido, mas da teórica a prática é um hiato muito grande” (ENTREVISTADA 6.2). Essas declarações reforçam outra fala na qual

alguns gestores se referem em relação à “dificuldade de visualizar estratégias que estão muito institucionalizadas na política” (ENTREVISTADA 6.2).

Portanto, fica demonstrado que os gestores embora compreendam a concepção, o método e inclusive o funcionamento de suas estratégias, tem dificuldade no cotidiano da prática de visualizar os resultados propostos pela política. É compreensível essa percepção, pois o modelo hegemônico no SUS é contraditório ao proposto pela PNH, assim o que se visualiza na prática, de acordo com Fuganti (2005, p. 667), é que os trabalhadores, gestores e usuários estão “reféns de velhos preconceitos”, sendo as mudanças geradas nas práticas de saúde como “[...] mudanças de fachada”. Ou seja, criam-se novos nomes, porém os valores que norteiam as práticas são os mesmos.

Essa constatação expressa pelos depoimentos dos entrevistados também se evidenciou no período de observação participante, onde foi possível visualizar uma emergência lotada, macas sem colchões, colchões sem lençóis, macas nos corredores, déficit de profissionais, dentre outras situações que reforçam a dificuldade descrita nos depoimentos dos gestores, embora este diagnóstico esteja identificado no NAQH, buscando elaborar estratégias para superar essa realidade.

O hiato entre teoria (gestão) e a prática (gerência) administrativas da PNH, com base na análise da unidade hospitalar selecionada, também pode ser justificado pela disputa de projetos societários no Sistema Único de Saúde (SUS), presente desde a sua criação no contexto da discussão da Reforma Sanitária Brasileira nos anos 80 do século XX. Estes projetos contraditórios, que muitas vezes são imperceptíveis para a gestão, e principalmente para a gerência, se refletem no cotidiano das práticas de saúde, dificultando a sustentabilidade do SUS, assim como a implantação efetiva de estratégias que buscam o seu fortalecimento.

Além disso, alguns entrevistados vinculam os limites e dificuldades à “postura da sociedade que não se encontra preparada para vivenciar a humanização”, sendo que essa postura societária se reflete no cotidiano da unidade, expressado pela dificuldade em promover as mudanças para a qualificação do cuidado. Esse aspecto evidencia e ratifica o quanto os valores do projeto societário hegemônico estão intrínsecos nas práticas cotidianas do SUS, sendo necessário, portanto, resgatar alternativas coletivas, a exemplo do fortalecimento da RSB e estruturais para o enfrentamento dessa conjuntura adversa.

Tanto a GF, como a GE, considerou a vontade política, neste caso, a ausência dessa vontade, como um aspecto dificultador preponderante, refletindo a tendência societária. Em

contrapartida, também foi identificado que a gestão utiliza o discurso da política como “chamariz” (ENTREVISTADA 13.3), quando mais lhe convém, de acordo com seus interesses políticos, de modo a tornar possível denominar a sua gestão como humanizada.

Outro limite observado é a concepção de humanização identificada pela gestão, assim um gestor, segundo o Entrevistado 19.8, “pode pensar que ampliar e construir unidade, botar mais leito, ele está trabalhando na lógica da humanização; ele está ampliando o acesso do usuário ao serviço, mas não necessariamente significa dizer que se eu duplico de 500 para 1000 leitos U.T.I, eu humanizei”. Para Mattos (2009), essa é uma velha tensão no SUS a de ampliar o acesso ao sistema e promover a transformação das práticas. Assim, argumenta que “Não basta garantir acesso universal e igualitário aos brasileiros. As práticas de cuidado devem estar fortemente voltadas para dar a resposta ao sofrimento das pessoas ou para evitar esse sofrimento” (2009, p. 779). Diante deste contexto, o desafio da humanização é a transformação das práticas, pautadas em valores esvaziados ao longo dos anos, na percepção de um homem e não do homem.

A inexperiência da gestão com atividades vinculadas a assistência se apresenta para o entrevistado 19.8, como uma dificuldade para estimular o desenvolvimento da política,

muitos gestores nunca passaram pela assistência, saíram da universidade e foram para a gestão, passaram pelo espaço da gestão ou pelo espaço acadêmicos mais de fato não vivenciaram a produção da saúde, então o cara não entende a necessidade, apesar de haver um discurso na questão da humanização, mas de fato ele não entende a necessidade da implementação dessa política.

Além da gestão, o trabalhador da saúde foi considerado importante no processo de humanização e, portanto, dificultador senão devidamente estimulado para promover as mudanças necessárias nas suas práticas cotidianas, conforme depoimento do Entrevistado 15.5:

(...) por mais que o gestor diga “olhe é minha diretriz, é diretriz desta unidade a Política Nacional de Humanização”, enquanto o profissional ele não internalizar isso como um sentimento dele, eu acho que a gente não muda a prática fria que estamos vendo hoje no tratar nas relações tanto entre profissionais, quanto profissional clientes.

Também foi considerado, que a amplitude do tema contribui para que as pessoas o vejam de forma reduzida, vinculada a práticas assistencialistas. Essa concepção reducionista da humanização a acompanha desde seus primórdios, de acordo com Benevides e Passos

(2005, p. 390), ao expressar o desafio de implementá-la sem correr o risco de promover a “banalização do tema da humanização”.

A ausência de recursos financeiros para desenvolvimento das ações foi um discurso recorrente entre a GE, quando discutido suas limitações,

(...) não dá para você implementar nenhuma política se você não tiver recurso e pra mim não parece ser uma coisa real, desde 2003 que me dizem da política de humanização com dispositivos concretos e eu não tenho orçamento, em momento nenhum eu dou orçamento para esta política.... Não dou orçamento e não financo ai quando eu digo que esta política é transversal me parece que é uma forçação de barra para transversalização uma coisa que não tem investimento financeiro. (Informação verbal – ENTREVISTADO 19.8)

Segundo o referido entrevistado, a ausência de recursos financeiros desresponsabiliza o MS, ao tempo em que “passa para o Estado [e] os Estados não conseguem pegar e fica transversalizando (...) criando este se, esta marca, este slogan”.

Quando o GE sinaliza a ausência de recursos, ressalta que as ações que desenvolveu ocorreram por que “a gente trabalhou o tempo todo com a cuia na mão, querendo empurrar uma discussão para o Estado que talvez o Estado não tivesse preparado para receber” (ENTREVISTADO, 19.8).

Quando consegue exemplificar estratégias que promovem a transversalidade, o entrevistado conclui que esse modelo não se efetivou no Estado e justifica que “as reformas acontecem por aqui e quando eu vou lá, eu vejo pouco ou quase nada da humanização, do que poderia ser um espaço ou um ambiente humanizado para atender o usuário”. Outra entrevistada argumenta que a “gestão compreende a importância da PNH, a questão é a prática do planejamento”, relacionando com a dificuldade em desenvolver as ações planejadas.

Ao articular os dois depoimentos, é possível concluir que uma das dificuldades no campo da operacionalização da política se vincula a ausência de recursos financeiros, mas também a outras questões como a priorização e a estrutura criada pelo Estado da Bahia para desenvolver as estratégias propostas para essa política, corroborando assim, com os depoimentos de outros entrevistados.

É importante ressaltar que o Secretário Estadual de Saúde, à época, desenvolveu essa função durante quase sete anos, ininterruptamente, sendo que antes de assumir esse cargo o mesmo era gestor da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) no MS, no momento em que a

PNH foi elaborada na secretária-executiva deste ministério. Entretanto mesmo compondo a equipe ministerial no momento da elaboração da PNH, durante sua gestão como secretário as intervenções para implementar essa política podem ser denominada como tímidas ou com outras compreensões sobre o tema humanização, vinculada a ampliação do acesso conforme discussão anterior.

Outrossim, outras dificuldades foram apresentadas, tais como: a corresponsabilização dos atores envolvidos (gestores/usuários/trabalhadores); incompreensão do modelo proposto; resistência das equipes para a mudança de modelo; excesso de discussão na gestão, tendo pouca capilaridade com os trabalhadores, além de significar para estes um acréscimo de trabalho no seu processo de trabalho; e outros.

5.3 DIRETRIZES/DISPOSITIVOS PARA IMPLANTAÇÃO DA PNH NA EMERGÊNCIA DA UNIDADE HOSPITALAR PÚBLICA ESTUDADA

Para mapear as diretrizes/dispositivos da PNH implantados no serviço foram priorizadas cinco diretrizes: gestão descentralizada e participativa; ampliação do acesso, cuidado integral e resolutivo; participação e valorização dos trabalhadores no processo e gestão do trabalho; assegurar direitos dos usuários, controle social e ações de promoção à saúde no âmbito hospitalar, com seus respectivos dispositivos.

Portanto, todos os gestores foram questionados sobre quais ações foram propostas/realizadas para implantar a diretriz, ressaltando as facilidades e dificuldades concernentes a esse processo. Nesta análise serão apresentadas apenas as diretrizes que foram consideradas implantadas no processo de triangulação dos dados.

Dessa forma, podem ser considerados implantados ou em processo de implantação as seguintes ações: o ACCR; mecanismos de desospitalização, com cuidado domiciliar; colegiado gestor; GTH; Ouvidoria; Educação Permanente; Projeto para adequação da ambiência da emergência e acompanhante. Muitas das diretrizes implantadas estão relacionados com o processo de implantação do Programa SOS Emergência, que priorizou a implementação da Cogestão; Acolhimento; Ambiência; Direito dos usuários e a Clínica Ampliada. Este, último não será discutido nessa pesquisa.

Assim, não se pretendeu analisar estes dispositivos com os indicadores potenciais estabelecidos para monitoramento e avaliação da PNH, mas sim, analisar as dificuldades e facilidades inerentes ao processo de implantação vivenciada pela gestão e gerência na emergência estudada.

A GE demonstrou dificuldades em identificar as diretrizes propostas e implantadas. Provavelmente pela deficiência na definição das diretrizes prioritárias para o Estado, fato que não foi identificado em relação a GF, que demonstra ter clareza das diretrizes que pretende estimular a implantação por meio do Programa citado, assim como construiu espaços potentes para sensibilizar a gestão.

Para organizar a análise dos dados deste item os dispositivos serão apresentados conforme vinculação com a diretriz que busca implantar. É importante ressaltar que a efetivação de muitos dispositivos corresponde à implantação de várias diretrizes, assim como para análise dos dados foi considerado na diretriz que mais se vincula. Nesse sentido, as diretrizes são articuladas e interdependentes, visto que a implantação de uma demanda a operacionalização de outra.

5.3.1 Assegurar ampliação de acesso, cuidado integral e resolutivo

Essa diretriz pressupõe a implementação do acolhimento definido como 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. Portanto se configura como 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. (BRASIL, 2004)

De acordo com o Manual com eixos avaliativos e indicadores de referência para monitoramento e avaliação da PNH, a implantação dessa diretriz pressupõe a implementação do ACCR, o apoio matricial e mecanismos de desospitalização, com cuidado domiciliar. Foram considerados pelos entrevistados como propostos e implementados pela gestão o ACCR e os mecanismos de desospitalização, com cuidado domiciliar.

a) Acolhimento com avaliação de risco

O Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco, se caracteriza como um dispositivo tecno-assistencial que permite “refletir e mudar os modos de operar a assistência, pois questiona as relações clínicas no trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão e as relações de acesso aos serviços” (BRASIL, 2004). Além disso, de acordo com Santos Filho e Figueredo (2009), organiza o processo e equipes para protocolar o atendimento com base em prioridades clínicas dos usuários.

O processo de implantação do dispositivo na unidade foi iniciado no ano de 2009, estimulado pelo AI/PNH (ENTREVISTADA 16.2), com utilização do protocolo elaborado pela SESAB, sem a construção de fluxos internos e externos que assegurassem o funcionamento efetivo do dispositivo. Nesse sentido, os gestores ao analisar este processo, consideraram como marco a implantação do Programa SOS Emergência, a partir de 2011, pois qualificou o seu funcionamento.

Assim, foram ressaltados como aspectos facilitadores da implantação o interesse dos trabalhadores selecionados para realizar a classificação; o AI do ministério; a qualificação no protocolo do Manchester financiado pelo MS, com o Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, assim como, a participação do Hospital Albert Einstein (SP) no processo de qualificação; além do aporte de recursos financeiros pelo Programa que possibilita adequação da ambiência e formação dos trabalhadores.

Como aspectos dificultadores foram destacados principalmente: espaço físico, insumos, equipamento, qualificação e o RH, no que se refere ao déficit, ao perfil e a alta rotatividade; além da superlotação da emergência e a fragilidade na rede referenciada que dificulta a efetivação do dispositivo. Conforme depoimento de uma entrevistada “temos que absorver os pacientes mesmo não sendo perfil por falta de referencia na rede” (ENTREVISTADA, 3.1). Os feudos existentes na unidade, resistência de algumas categorias e o encaminhamento de usuários por médicos para realizar consulta pessoal na emergência, foram outros pontos ressaltados.

Ao analisar as atas do NAQH, todos estes aspectos expostos durante as entrevistas, foram identificados na pauta da discussão coletiva da gestão, ainda que indiretamente, a fim de buscar alternativas para qualificação do dispositivo, tais como: a média do tempo de espera do usuário da sua entrada até o atendimento, a definição de fluxo de atendimento posterior à classificação, a superlotação da unidade, a discussão sobre a reavaliação, os processos de

trabalho da emergência, desorganização no acesso, capacitação e outros.

Durante a observação ficou evidente os seguintes aspectos: superlotação da emergência, dificuldades na infraestrutura, no funcionamento da classificação apenas em alguns momentos durante o período diurno por conta do RH. Todos estes aspectos produzem uma emergência lotada, com macas pelos corredores, as enfermarias para usuários de baixa permanência, classificados como verdes, estão sempre lotadas com usuários aguardando exames por um tempo elevado. É importante ressaltar que estratégias para a gestão de leitos estão em processo de implantação, a exemplo do Kanban¹⁵ as quais serão comentadas no item a seguir.

A implantação do dispositivo, embora tenha contribuído para “organização” da emergência, ainda não conseguiu produzir os resultados esperados, pois os instrumentos que asseguram a sua sustentabilidade como RH, a rede assistencial e a ambiência ainda não estão a contento, sendo os resultados encontrados ocasionados pelas discussões contínuas do processo de trabalho e fluxo da emergência, ainda que seja necessária sua intensificação.

Este fato demonstra que a implantação do dispositivo, com todos os seus desdobramentos não são suficientes para organizar a porta de entrada, sendo necessário o envolvimento de outras unidades da rede própria e da atenção primária para que a unidade centre esforços na oferta de serviços tidos como referência: a atenção terciária.

A utilização de nomes novos, como as nomenclaturas das enfermarias (sala verde, amarela e vermelha), comumente utilizadas posterior a implementação do ACCR, não modificaram as práticas desenvolvidas no serviço, conforme depoimento de um GE “mudar a ambiência por si só, não significa dizer que estou fazendo acolhimento com a classificação de risco” (ENTREVISTADO 19.8).

Durante a observação foi identificado que o protocolo de Manchester apesar de contribuir para a organização da porta de entrada, não promove a implementação do acolhimento enquanto modo de fazer, pois mecaniza o processo de trabalho durante o ato da classificação. Nesse sentido, alguns gestores foram questionados sobre essa observação sendo ressaltado por um entrevistado que: “acredito que seja feita apenas a classificação de risco”

15

justificando que isso depende do movimento da porta de entrada. Outro entrevistado referiu-se a existência do Programa Permanecer SUS afirmando o seguinte: “acho que acolhemos na presença destes estudantes e quando eles não estão, nós classificamos”.

O Programa Permanecer SUS tem como objetivo,

Potencializar o acolhimento nos serviços de saúde na perspectiva da humanização, por meio do estágio não obrigatório integrando o ensino-serviço, bem como contribuir com a reorientação da formação dos sujeitos em consonância com o projeto ético-político do SUS-Ba (BAHIA, 2013).

Este programa foi avaliado pela GE da seguinte forma: “o permanecer SUS tem um papel talvez não com a classificação de risco, mas minimamente com o acolhimento do usuário”, sendo ressaltado como a única ação concreta de humanização do Estado, conforme depoimento abaixo,

o único elemento externo que está o tempo todo dizendo aos trabalhadores e aos gestores, que a humanização existe são os estudantes do permanecer que estão na porta de entrada recebendo as pessoas... o estudante foi selecionado, possui um perfil adequado e é qualificado ao longo do tempo para estar na porta da urgência e emergência acolhendo os usuários e seus acompanhantes.

É perceptível o esforço da GL na tentativa de promover as mudanças, de discutir os processos de trabalho na emergência e de estabelecer relação com o Distrito Sanitário do território. Entretanto estas mudanças são estruturais e se relacionam com o funcionamento da rede assistencial do município de Salvador e do Estado da Bahia.

Nessa perspectiva Santos Filho et al (2009, p. 607) comenta que,

[...] o interesse institucional, o projeto, a meta e, às vezes, até os “decretos” pelos quais esse dispositivo tem sido implantado nos serviços, parece pressupor uma reorganização natural da equipe, para melhorar a atenção ao usuário, como se fosse intrínseco à proposta. Sem se dedicar atenção e estratégias para efetivas essa reorganização – como se fosse possível pensar o serviço fora de uma rede em que este se efetua, isolado das demais práticas de produção de saúde e independente do que nele trabalham – o dispositivo se transforma em um instrumento a ser implantado, perdendo sua potência de transformação das práticas.

Para que o dispositivo alcance seu objetivo para a reorganização da porta de entrada, é necessário superar a “zona de conforto” para que a equipe de saúde possa deixar de ser um instrumento mecânico, similar à antiga triagem desenvolvida em diversos serviços.

Outrossim, é possível concluir que o dispositivo foi proposto e implementado pela gestão, mesmo sendo considerado por muitos entrevistados como em processo de implantação

pelas dificuldades já ressaltadas.

b) Mecanismos de desospitalização, com cuidado domiciliar (Internação Domiciliar)

O dispositivo de desospitalização com cuidado domiciliar pode ser compreendido como,

(...) um serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) (BRASIL, 2011).

Com a discussão da RUE essa proposta se fortalece a fim de compor uma das estratégias para a desospitalização e gerenciamento de leitos, compondo inclusive ações do Programa SOS Emergência.

Para tanto foi aprovada a portaria ministerial nº 1.208/2013 que “Dispõe sobre a integração do Programa Melhor em Casa (Atenção Domiciliar no âmbito do SUS) com o Programa SOS Emergências, ambos inseridos na Rede de Atenção às Urgências”, sendo que no art. 2, Inciso III,

(...) humanizar o cuidado aos pacientes em internação hospitalar e atendidos nas Portas de Entradas Hospitalares de Urgência que compõem o Programa SOS Emergências, possibilitando que sejam acompanhados no ambiente domiciliar pelas Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD).

De acordo com Silva et al (2005, p. 392) a implementação dessa estratégia representa a “reversão da atenção centrada em hospitais e propicia a construção de nova lógica de atenção, com enfoque na promoção e prevenção à saúde e na humanização da atenção”, além de buscar reduzir os altos custos sociais com atenção hospitalar.

Consubstanciadas por estas reflexões, a análise dos dados identificou nos relatórios que o processo de ID se encontra na pauta da gestão e é uma das estratégias para a gestão de leitos, assim como, a ferramenta do KANBAN. Como aspectos facilitadores da sua implantação foram ressaltados: diminuição do tempo de permanência na unidade; articulação com a regulação estadual; gerenciamento do leito; e a terceirização do serviço que possibilitou a ampliação da demanda. É relevante observar que alguns gestores não conseguiam visualizar facilidades no processo de implantação do dispositivo, fato que demonstra que a estratégia,

embora priorizada por alguns membros da gestão, ainda não foi incorporada por toda a equipe.

Essa percepção corrobora com alguns elementos dificultadores elencados, pois a estratégia foi de modo geral considerada frágil, sendo salientada uma baixa divulgação dos critérios para a equipe, baixa captação, rotatividade dos trabalhadores e outros.

Portanto, é possível observar que o dispositivo apesar de proposto e priorizado pela gestão, encontra dificuldades estruturais para efetivar a sua implementação. Como ressalta Mendes (1996 apud SILVA et al 2005) este dispositivo se vincula a construção de um novo papel para o hospital na contemporaneidade, a fim de reduzir o tempo de atenção hospitalar, valorizando novos espaços e novas formas de organização das tecnologias. Nesse sentido, ressalta o autor que a fragilidade e a dificuldade de absorção pela equipe podem significar a resistência a vivenciar um modelo no qual a técnica não predomina.

Mas para avançar nessa discussão, é necessário o desenvolvimento de estudos mais aprofundados sobre a temática.

5.3.2 Gestão democrática e participativa

A Gestão democrática e participativa, segundo Campos (2007, p. 43) “se concretiza por meio de sistemas de cogestão” e este, por sua vez, “(...) depende da construção ampliada de “capacidade de direção” entre o conjunto de pessoas de um coletivo e não somente entre sua cúpula”. Nesse sentido, foram considerados como ações que estimulam o desenvolvimento dos sistemas de cogestão: o colegiado gestor, o grupo de trabalho de humanização (GTH), conselho de gestão hospitalar e contratos internos de gestão.

Os gestores consideraram como dispositivos propostos e implantados o colegiado gestor e o GTH. A seguir apresenta-se o detalhamento das percepções do processo de implantação destes dispositivos.

a) Colegiado Gestor

O Colegiado Gestor pode ser conceituado como,

Espaços/instâncias que reúnem representantes dos trabalhadores e gestores, onde se formulam e se apreciam propostas procedentes dos diversos atores

(trabalhadores, gestores e usuários), deliberando-se sobre planos diretivos/operativos, garantindo: o compartilhamento do poder dos diferentes membros, a coanálise, a codecisão e a coavaliação de propostas, metas, indicadores e aspectos próprios da articulação do processo local de trabalho. (SANTOS FILHO; FIGUEREDO, 2009, p. 616).

A implantação dessa diretriz na unidade estudada data, aproximadamente, do ano de 2009, quando foi formado tanto o colegiado gestor da unidade como o da emergência. Conforme resgatado pelo AI/PNH, “nós estimulamos a formação do colegiado, entretanto com as modificações na gestão e nas coordenações o espaço foi se diluindo”. Além disso, o POA, elaborado pela GE entre 2010 e 2011, incluiu a constituição do espaço como um compromisso da Direção.

No entanto, mesmo com as modificações na gestão o espaço se manteve com reuniões semanais, com participação da gestão, a presença de alguns trabalhadores e a ausência de usuários. Ao analisar as transformações vivenciadas, um gestor avalia a sua importância na unidade afirmando que “atualmente não tem tanta força como existiu naquela época” (ENTREVISTADO, 12.2).

Em vários depoimentos dos GLs o NAQH, formado como requisito para o Programa SOS Emergência foi considerado equivalente a um colegiado gestor, pois dispõe de um plano de ação elaborado, acompanhado, monitorado e avaliado de forma coletiva e periódica. Sendo que o colegiado “funciona mais como repasse, socialização” das decisões consensuadas no NAQH, como afirma o ENTREVISTADO 20.3.

Na análise das facilidades encontradas para sua implantação foram ressaltados os seguintes aspectos: o papel articulador do AI/MS para assegurar o encontro do grupo; a importância creditada ao espaço como potente para o compartilhamento de opiniões; a interação e a socialização das informações da unidade.

Como dificuldades foram expostos os seguintes aspectos: o relacionamento interpessoal que dificulta o pleno funcionamento do dispositivo; conciliação das agendas dos gestores “falta de tempo para reunir, para discutir e planejar pois, somos atropelados pelos incêndios do dia a dia”(ENTREVISTADA, 1.1); reuniões longas e não resolutivas; não efetivação dos encaminhamentos; desconhecimento da gestão do papel e da função de um colegiado gestor e seus desdobramentos, principalmente sobre a questão de se caracterizar como um espaço de decisão e deliberação coletiva; ausência da participação dos usuários e baixa participação dos trabalhadores, conforme reflexão abaixo,

o colegiado deve ser representativo, não pode ser todo o hospital. Deve assegurar a representação das coordenações, ter um representante de cada setor (...) o representante deve ser a voz e a escuta daquele setor e o usuário tem que estar presente também... no momento não temos representação direta do usuário, porque com o tamanho do hospital agente ainda não entendeu quem que pode representar o usuário. (informação verbal - ENTREVISTADA, 6.2)

Para fundamentar melhor o funcionamento do dispositivo as atas e a observação das reuniões possibilitaria uma análise mais coerente com a realidade. Entretanto, a assessoria de comunicação responsável pela organização dos documentos do colegiado não os disponibilizou para essa pesquisa. Porém, foi possível identificar durante o contato com a equipe gestora, a ausência de um plano de ação para organizar o funcionamento do colegiado, embora realizem atas dos seus encontros.

Em contrapartida, as atas/relatórios das reuniões do NAQH foram disponibilizadas, assim como, foi possível participar de quatro reuniões do núcleo. Por essa razão, é possível identificar que o NAQH efetivamente funciona como um colegiado gestor, inclusive ao responder questões vinculadas ao colegiado. Foi importante esclarecer essa questão, pois era comum aos gestores confundir os dois espaços.

Diante desse contexto, é possível observar que a gestão o identifica como um espaço potente e importante para o funcionamento da unidade, ainda que não funcione estruturalmente como deve ser um Colegiado Gestor.

Em relação ao *colegiado gestor da emergência*, houve relatos que resgataram seu processo de constituição e um entrevistado 16.2 afirma que “(...) foi a duras penas porque tem muito plantonista, a unidade é muito grande, é um processo que precisaria de uma continuidade no tempo. Mas que também, pela mudança da gestão, foi se desfazendo”.

Atualmente, se encontra em processo de reativação como desdobramento das discussões do NAQH nas quais se diagnosticou fragilidade de comunicação entre os gestores da emergência, inclusive numa das atas foi relatado que existe uma confusão de papéis na Coordenação da Emergência, sendo ressaltada a importância do espaço registrando que há “(...) muita pauta com demandas reprimidas”.

Durante as entrevistas, vários depoimentos relataram a indisponibilidade dos profissionais da emergência em participar das reuniões conforme depoimento da entrevistada 5.4 “juntar todas as coordenações, representantes de especialidades, então foi uma grande dificuldade e continua sendo nossa grande dificuldade”. Essa argumenta que esse fato pode ocorrer devido às características do serviço, ressaltando que “a emergência é dinâmica, não

adianta agente ficar discutindo”.

A contextualização do funcionamento do dispositivo demonstra que ele foi proposto pela GF e GE em conjunturas diferentes e que a GL, apesar das diversas mudanças de direção, acredita na potência do espaço. Nesse sentido, pode ser considerado implantado, pois o espaço existe na estrutura com funcionamento regular, embora não absorva as prerrogativas definidas pela cogestão. Isto é, o NAQH formado há aproximadamente um ano é confundido com o colegiado existente há quatro anos. Outras críticas sobre essa questão ressaltam ainda, a inexistência do plano de ação do colegiado, conseqüentemente de indicadores de monitoramento e avaliação da ferramenta e a baixa reaplicação do modelo nos serviços da unidade.

Os dados evidenciam dificuldades concretas do serviço de vivenciar a cogestão, numa perspectiva participativa, conforme argumenta Santos Filho et al (2009, p. 607) “[...] que permitiria aos coletivos atribuírem sentidos, fazerem e sustentarem conexões no/e do processo de trabalho”.

Esse fato ocorre, pois a existência do colegiado/NAQH não torna, por si só, as relações horizontais e participativas, pois o espaço continua ocupado pela alta gestão e gerentes do serviço. Assim, os trabalhadores e inclusive alguns membros da própria gerência terminam não acompanhando o processo de decisão, sendo que na maioria das vezes estas chegam de forma verticalizada.

O desafio para a Gestão (GL, GE, GF) é, portanto, superar essa lógica de “participação”, argumentado por Santos Filho et al (2009, p.607) como se operacionalizasse uma “[...] prescrição verticalizada de modos de fazer ou de metas a serem alcançadas”. Esse risco é salutar no processo de negociação e pactuação desenvolvidos no NAQH devido à necessidade de alcance das metas pré-estabelecidas pela GF. Assim, o alcance destas torna-se primordial para a equipe gestora, sendo o modo como essa meta será alcançada o “como fazer” (objeto da Administração Política) suplantado pelo “o que fazer”.

b) Grupo de Trabalho de Humanização - GTH

Outra estratégia de cogestão é GTH, que tem como objetivo

(...) intervir na melhoria dos processos de trabalho e na qualidade da produção de saúde para todos. ...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, 2006)

Na categoria de análise da institucionalização da PNH na unidade o GTH foi discutido como espaço utilizado pela GL para institucionalizar a política. Nesse item serão analisados os aspectos facilitadores e dificultadores de sua implantação.

O GTH foi constituído na unidade, aproximadamente no ano de 2002, anterior à elaboração da PNH, como requisito para o PNHAH. Em onze anos de implantação o grupo já passou por diversas composições, sendo que sempre buscavam a sua oficialização por portaria específica publicada no diário oficial do Estado. Também nesse período houve alternância da existência do espaço, sendo observados momentos de agregação e desagregação do grupo, conforme depoimento da Entrevistada 16.2,

(...) modificam o GTH e vai para outra pessoa que não teve um resgate de memória... Então, o GTH vai se perdendo, ao mesmo tempo em que houve uma grande força no período da implantação, pelo menos no GTH, que foi a participação dos trabalhadores da DGTES *para* constituir esse GTH nas unidades. Mas, depois esses trabalhadores também partiram para novas frentes de trabalho, não podendo ter esse acompanhamento. O GTH muda de fato o seu perfil, ele passa a ser mais terapêutico, com muita roda de queixas e as pessoas observavam que aquilo ali não se constituía um espaço para se provocar mudanças. Houve o esvaziamento (...)

Ainda na análise do processo histórico de constituição desse dispositivo a AI/PNH, que já desenvolveu atividades na unidade para estimular a formação e fortalecimento do grupo, conclui que “acabava sendo um grupo mais de ouvir, rodar queixas”, ressaltando como principal dificuldade “a construção de planos estratégicos, mas (...) um espaço muito terapêutico em alguns momentos (...). E se conversava muito das questões das dificuldades”.

Mesmo com todas as dificuldades para sua manutenção enquanto grupo, a GE (DGTES), conclui que,

(...) foi esta diretoria quem implantou o grupo de trabalho da humanização na maioria das unidades da rede...na unidade não implantamos, já tinha lá implantado, só chegamos e fizemos o processo de dinamização deste grupo, obvio que ao longo do tempo foi esvaziada esta política nossa de acompanhar o GTH, mas alguns se mantiveram, a unidade é um dos hospitais que tem este processo mais estabelecido (informação verbal - ENTREVISTADO 19.8).

O AI/SOS Emergência, ao analisar o processo de reativação argumenta que “foi instituído grupo de trabalho mais eu efetivamente não vi operar, se teve reunião, deve ter tido algumas reuniões, mas assim, não chegou para gente resultado, nem veio demanda para o NAQH, nada assim (...)”.

Na análise do processo histórico do GTH, a GF realiza um exame ampliado relacionando às dificuldades com aspectos vivenciados pela Coordenação Estadual de Humanização, conforme destacado por um entrevistado 20.3,

(...) ah de certa forma é parecido com o que acontece na Sesab, fica periférico não entra na lógica da atenção. A gente fez essa demanda, o grupo ele estava inoperante então nós provocamos para instituir, mais que fosse um grupo que estivesse articulado com a assistência da emergência, não pessoas da área recursos humanos que fazem eventos eventualmente sobre o tema da humanização. É quem está operando o cuidado à assistência que está lá no dia a dia pra discutir a mudança da atenção então isso não ocorreu.

Além destas dificuldades expostas acerca da sustentação do dispositivo na unidade, outras foram apresentadas, tais como: ausência de divulgação do objetivo do GTH; os membros compreenderem sua função e o motivo da sua escolha para compor o espaço, por isso a dificuldade para operacionalizar o seu papel; déficit de pessoal para absorver essa atividade; e a desmotivação e descrédito dos trabalhadores que não acreditam na potência do grupo. A Entrevistada 3.1 argumenta que esse fato pode ocorrer por não conseguir

Atingir os trabalhadores, pois a discussão é feita na alta gestão que tem acesso as informações da importância do programa. Mais eu acredito que a maioria das profissionais que estão na assistência não tem essas informações. Então as campanhas que foram feitas, as divulgações, os grupos de trabalho eles acontecem a meu ver só em nível de gestão.

Apesar desse histórico, os gestores identificaram, com dificuldade, aspectos facilitadores da sua implantação, tais como: a importância de um espaço para encontro periódico dos trabalhadores discutir o processo de trabalho e a motivação do grupo para implementar algumas diretrizes da política.

Diante da contextualização, se conclui que a implantação do dispositivo, inicialmente, foi uma aposta da GF e da GE, que a GL e os trabalhadores não conseguem sustentar quando estes entes se ausentam, demonstrando possíveis falhas nas estratégias administrativas utilizadas. Além da forma como os componentes foram nomeados pela GL para compor o grupo, registra-se a incompreensão do papel e potência do dispositivo na qualificação da assistência.

Nesse sentido, a alternativa encontrada pelos componentes é transformar o grupo num espaço terapêutico e no desenvolvimento de atividades pontuais, vinculados a festividades, dificultando a incorporação desse instrumento na gestão e no desenvolvimento de ações e programas que qualificam o cuidado; ou seja, o GTH fica periférico, assim como, a

Coordenação Estadual de Humanização.

5.3.3 Propiciar participação e valorização dos trabalhadores no processo e gestão do trabalho

A diretriz propõe-se a atuar na

(...) descentralização, isto é, na autonomia administrativa da gestão da rede de serviços de maneira a integrar os processos de trabalho e as relações entre os diferentes profissionais. Para tanto, cabe às equipes prepararem-se para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas do cotidiano profissional (BRASIL, 2008).

No manual de monitoramento da PNH foram consideradas como ações desenvolvidas para estimular a implementação dessa diretriz: Colegiados de gestão; gerência de porta aberta, ouvidorias e pesquisas de Satisfação; Plano de educação permanente para trabalhadores com base nos princípios da humanização; Projetos de valorização e cuidado ao trabalhador de saúde; Programa de Formação em Saúde e Trabalho Projetos de Articulação de Talentos nos Serviços (arte/cultura e técnico científico); e Projeto para adequação de ambiente (Ambiência).

Destas, ações os gestores entrevistados consideraram como propostos e implantados apenas a ouvidoria e Plano de educação permanente para trabalhadores, com base nos princípios da humanização.

a) Plano de educação permanente para trabalhadores com base nos princípios da humanização

A Educação Permanente pode ser compreendida como uma

(...) prática de ensino-aprendizagem”, fato que a define como “produção de conhecimentos no cotidiano das instituições de saúde, a partir da realidade vivida pelos atores envolvidos, tendo os problemas enfrentados no dia a dia do trabalho e as experiências desses atores como base de interrogação e mudança” (FERLA e CECCIM, 2006, p. 7).

É relevante ressaltar que o Plano de Ação do Programa SOS Emergência inclui este aspecto como prioritário.

Na estrutura organizacional, a unidade possui um setor denominado de Educação Permanente, responsável pelas questões vinculadas a estágios, pesquisa e outras ações desenvolvidas. Entretanto, não possui um Plano Local de Educação Permanente elaborado a partir das necessidades e especificidades da unidade. Conforme depoimento “a educação permanente no hospital é bem desarticulada” (ENTREVISTADA 7.6). Na discussão específica do processo de EP para a emergência um gestor argumentou que “(..).nós não temos de fato um plano de educação permanente para todos os trabalhadores daqui da emergência” (ENTREVISTADO, 4.3).

Essa declaração é reafirmada durante a observação, quando foi identificado que alguns setores, a exemplo, da Diretoria de Enfermagem possui um setor específico que cuida dos seus processos educativos, percepção ratificada pelo depoimento de outro entrevistado ao afirmar que “a enfermagem que faz um programa ai (...) eu não chamaria de educação permanente não, um programa de capacitação (...) plano de capacitação” (ENTREVISTADO 20.3).

Apesar dessa conjuntura, a análise das atas/relatórios das reuniões do NAQH, a EP se apresenta como uma pauta constante e periódica, por meio de proposições de processos educativos, tais como: oficinas, cursos de extensão *in loco* e de especialização e videoconferências, que visam estimular a discussão do processo de trabalho desenvolvido na emergência, envolvendo gestores e trabalhadores do serviço.

Essa análise demonstra que essa pauta é importante para o desenvolvimento do programa, por isso, a GF realizou uma parceria com hospitais de excelência para qualificar o cuidado das unidades que o compõem. No caso da unidade estudada o Hospital responsável pelo desenvolvimento dessas qualificações é o Sírio Libanês.

No entanto, apesar de proposto pela GF e de toda a discussão desenvolvida nesse âmbito, com a elaboração e aprovação da Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação Permanente (PEGTES), a implantação da EP apresenta fragilidades, pois as ações educativas desenvolvidas na unidade ainda são pontuais e fragmentadas, inclusive as que compõem o Programa SOS Emergência.

A forma como a EP é vivenciada no microespaço da unidade reflete como ela ocorre no macro, ou seja, novamente a teoria do pensamento complexo de Morin (2011) se apresenta como pertinente nessa discussão, pois na constituição dos processos educativos os problemas são fracionados e, por sua vez, essa lógica será reaplicada no desenvolvimento do processo de

trabalho. Aqui também encontramos aderência ao conceito de Administração Política especialmente na definição das duas dimensões de que integram o processo administrativo: a gestão e a gerência. Para Santos e Ribeiro (2009), enquanto a gestão reflete os macroprocessos, a gerência reflete os microprocessos sociais e organizacionais. Nessa perspectiva os macro e microespaços da administração se interpenetram e acabam por se condicionarem mutuamente.

Por isso, a dificuldade da gestão em pontuar os aspectos facilitadores e dificultadores, demonstrando que essa discussão, embora se apresente na pauta da gestão, não foi incorporada no cotidiano da unidade, especificamente da emergência. Dessa forma, se apresenta como uma ação proposta pela gestão, porém não implementada.

b) Educação Permanente para Gestão

No que se refere a Educação Permanente para a gestão os gestores reforçam a sua importância, embora, ressaltem que uma formação elevada, não necessariamente contribui para a implantação da PNH.

Dessa forma, a GF quando questionada sobre a oferta de processos educativos da PNH para a gestão, refere que é ofertado e justifica,

...um apoio técnico ao gestor municipal ou a um gestor estadual, mas *pra* que ele forme um colegiado de gestão. Então, ...não é o apoio a uma pessoa, mas *pra* que essa pessoa que tá no cargo de gestão, ela puxe um colegiado de gestão e para que o poder possa ser distribuído. Mas a PNH não tem curso de formação *pra* gestores... (informação verbal - ENTREVISTADA 16.2)

Nesse sentido o entrevistado 19.8, da GE, no que se refere a importância da qualificação no processo de implementação da humanização, argumenta

...teoricamente sim, porque é difícil você implementar a política de humanização quando você vai pra uma realidade, onde você tem pouquíssima ou nenhuma governabilidade sobre ela.... humanização o gestor depende das decisões macropolíticas que muitas vezes não estão tomadas e nem ditas, tão no campo do não dito.

Assim, é possível concluir que a formação é importante, porém não preponderante no processo de implementação da PNH, pois este independe da vontade e desejo da gestão, pois se vincula a decisões estruturais.

c) Ouvidoria

A ouvidoria SUS/Bahia se apresenta como um “canal de comunicação e articulação entre o cidadão que exerce seu papel no controle social e na gestão pública de saúde.” (SESAB, 2014). O sistema que integra uma rede, formada pelas ouvidorias dos hospitais da rede estadual e ouvidorias das macro-regiões do Estado, disponibiliza informações diversas, além de ouvir e analisar as reclamações, denúncias, solicitações, elogios e sugestões dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). O setor também propõe medidas no sentido de corrigir e prevenir possíveis falhas ou omissões na prestação do serviço, possibilitando, assim, a participação do cidadão no acompanhamento, fiscalização e aprimoramento do SUS. (BAHIA, 2013)

A unidade possui a ouvidoria implantada, tendo sua estrutura montada na entrada principal da unidade hospitalar. No período da observação foi possível identificar a procura periódica dos usuários para utilização do serviço.

Na análise do relatório anual de 2012 e do semestral de 2013 foi possível identificar dentre as principais críticas: a insatisfação com a assistência precária na emergência adulto e ao atendimento dos profissionais das áreas médica, enfermagem e vigilantes.

No que se refere ao grau de resolutividade das demandas recebidas foi considerado pela equipe da ouvidoria como insatisfatório devido ao número de demandas abertas¹⁶.

O estudo das entrevistas demonstra dificuldade da gestão em identificar aspectos facilitadores da implementação do dispositivo e quando estes ocorrem tendem a considerar a ouvidoria como um dispositivo que beneficia apenas os usuários, conforme depoimento “A ouvidoria ela tem o papel de escuta do paciente e do acompanhante e a escuta do profissional?” (ENTREVISTADA, 5.4)

Em relação às dificuldades apontadas foi ressaltada a localização, especialmente no que refere a distância da emergência e a necessidade de acesso aos serviços, como ressaltado nas entrevistas: “entrar nos serviços (...) nos apoiar também em termos das respostas para o usuário” (ENTREVISTADA, 3.1); “(...) a gente não consegue utilizar aqui, a gente não enxerga ela. (...) termina não funcionando como uma ferramenta de gestão” (ENTREVISTADA, 15.5); além da questão da necessidade de busca ativa pelos ouvidores.

Como a ouvidoria é um dispositivo implantado há muitos anos os sujeitos da pesquisa não conseguiam discorrer sobre as facilidades e dificuldades do processo de implantação.

¹⁶ Por demandas abertas entende-se demandas que a equipe da ouvidoria não obteve resposta.

Contudo, é possível concluir que o dispositivo está implantado e se apresenta como uma política priorizada pelas GF e GE.

Para a GL se observa uma percepção do papel punitivo do dispositivo, por essa razão, é possível identificar em vários depoimentos a necessidade de maior proximidade, isto é, o estabelecimento de um vínculo de parceria a fim de qualificar o serviço. Outra questão destacada é a necessidade de estabelecer estratégias de busca ativa no serviço.

5.3.4 Assegurar direitos dos usuários, controle social e ações de promoção à Saúde no âmbito hospitalar

Essa diretriz compreende ações desenvolvidas que buscam efetivar, diretamente, os direitos dos usuários do SUS. Foram considerados como ações para implementá-la: o Acompanhante; Gerência de porta aberta (Fácil acesso à gestão); Ouvidorias e pesquisas de satisfação; Carta de direitos do usuário (divulgação entre trabalhadores e usuários, assim como, implantação); Conselhos de gestão; e Projeto para adequação de ambiente da emergência.

Sendo assim, foi considerado proposto e implantado pelos gestores o acompanhante e o projeto para adequação da ambiência da emergência e a ouvidoria que foi discutida no item anterior.

a) Projeto para adequação da ambiência da emergência

A ambiência pode ser compreendida como “espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, humana e resolutiva, considerando alguns elementos que atuam como catalisadores da inter-relação homem x espaço” (BRASIL, 2004, p. 5).

Portanto, engloba três eixos: o espaço que possibilita a reflexão da produção do sujeito e do processo de trabalho, a confortabilidade focada na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos, exaltando elementos do ambiente que interagem com o homem – a dizer cor, cheiro, som, iluminação, morfologia –, e garantindo conforto a trabalhadores, paciente e sua rede social (BRASIL, 2004).

É importante ressaltar que a implementação do Programa SOS Emergência contempla esse dispositivo para qualificar a porta de entrada da unidade, inclusive com alocação de recurso financeiro. Essa adequação compõe o conjunto de ações que devem ser desenvolvidas para qualificar o funcionamento do ACCR e assegurar o direito acompanhante. Por isso foi elaborado um projeto para este fim pelos engenheiros e arquitetos da SESAB com a participação da GL, GE e GF. Observa-se que essa discussão encontra-se na pauta da GL tendo como referência a experiência da reforma da pediatria.

A observação participante permite reafirmar que a unidade não foi construída para possuir uma emergência, sendo que este espaço se encontra pequeno para a demanda atendida, bem como para comportar o quantitativo de trabalhadores existentes, sendo perceptível, pois, as adaptações realizadas para ofertar o serviço.

Também é possível identificar que recentemente houve uma pintura na emergência buscando colocar um tom mais leve nas paredes. Entretanto essa intervenção, por si só, não constrói um ambiente mais acolhedor, nem organiza fluxos e processos de trabalho; além disso, foi identificado fluxos de funcionamento e de informações que se chocavam, impactando no tempo de espera e na celeridade para ofertar o atendimento ao usuário; e se observou, ainda, que as cadeiras situadas na sala de espera estavam danificadas.

A discussão sobre a questão do fluxo foi identificada na análise das atas/relatórios do NAQH, sendo ressaltada a necessidade de construção de novos fluxos, de forma “coletiva”, envolvendo, assim, os diversos setores (gerência), para posterior apresentação a alta gestão e divulgação para os trabalhadores; bem como, o processo de avaliação dos fluxos; construção de POPs; definição de estratégias de controle de acesso à emergência; reativação do colegiado da emergência; realização de reuniões com trabalhadores para construir alternativas para superação das dificuldades vivenciadas no serviço; e a resolução da superlotação da emergência.

Como aspecto facilitador dessa adequação foi identificado o interesse e a disposição da gestão local, a discussão da proposta entre os gestores e trabalhadores do serviço, o recurso financeiro disponibilizado pelo Programa como “potência para reestruturar a ambiência da emergência (...) vislumbra-se que a Emergência terá uma adequação na ambiência mais humanizada.” (ENTREVISTADA, 12.2).

Em contraposição, no que se refere a participação dos trabalhadores na discussão da planta, alguns gerentes o enquadram como aspecto dificultador, visto que o processo de

discussão ocorreu apenas com a gestão e alguns gerentes, não incluindo representação dos trabalhadores e usuários. Um depoimento reforça essa afirmação ao ressaltar que “a diretriz era que botar muita gente atrapalha, então tem que se discutir com o mínimo de pessoas possíveis” (ENTREVISTADO, 20.3). Ao relacionar alguns depoimentos, esse fato pode ser justificado por uma experiência anterior da gestão que, ao ampliar a discussão da planta, gerou confusão pela diversidade de opiniões. Outra dificuldade salientada se vincula a operacionalização do que foi discutido.

Além dessas dificuldades apontadas, destacam-se a burocracia da SESAB no processo de operacionalização dessa reforma e do MS para liberação do recurso; as questões estruturais do serviço, a ausência de espaço para transferir o funcionamento da emergência – visto que a obra é iniciada posterior à abertura da UPA para não comprometer o funcionamento do serviço; o entendimento da equipe de engenheiros e arquitetos da SESAB acerca de uma reforma fundamentada nos princípios da humanização - embora o AM/PNH para a discussão da ambiência tenha visitado a unidade para apresentar os parâmetros e discutir com estes, possibilidades de modificações na estrutura.

A partir dessa análise, se observa que o dispositivo foi proposto, porém, não operacionalizado, pois a cogestão deve predominar no processo de adequação para proporcionar que o trabalhador que vivência a prática de saúde no serviço possa opinar, a fim de assegurar uma reforma que dialogue com as dificuldades cotidianas. Essa reflexão retoma alguns aspectos identificados no processo de implantação da diretrix gestão democrática e participativa e, novamente, as dificuldades para implantar um sistema co-gestivo na unidade se evidencia, pois, que as discussões estão centradas entre a gestão e os gerentes.

Nesse sentido, é possível definir a participação dos trabalhadores no nível de colaboração. Para Gandin (2001) esse tipo de participação é a mais frequente atualmente e visa reafirmar uma decisão que já foi tomada pela gestão. Como consequência, ocorre a descrença dos trabalhadores no ato da participação, pois a identificam como secundária ou irrelevante. Por essa razão, os trabalhadores esvaziam os espaços de decisão, por descrença.

Assim, as reflexões dos processos de trabalho e fluxos para qualificar o serviço e resolver questões que travam o funcionamento da unidade devem ser desenvolvidas com os trabalhadores, gerentes e gestores do serviço, a fim de estimular uma participação denominada pelo autor como “construção em conjunto”, isto é, “[...] quando o poder está com as pessoas [...]” independente do poder hierárquico.

Nesse sentido, a teoria da Administração Política corrobora com essa análise, ao afirmar que não existe gestão sem gerência, nem o inverso. O que implica que os atos e fatos administrativos em qualquer organização só podem ser compreendidos como um único movimento que reflete, portanto, o ato de pensar e agir, isto é, o ato de conceber (gestar) e executar (gerenciar). Se essas duas dimensões indissociáveis da administração não acontecem ocorre, pois, o divórcio entre as ações técnicas e os aspectos políticos inerentes a todo e qualquer modo/padrão de administração.

O projeto arquitetônico encontra-se elaborado, entretanto, a obra não foi iniciada até o término da coleta de dados desta pesquisa, reforçando, assim, as dificuldades burocráticas da GF e GE para a administração da PNH na unidade hospitalar selecionada.

b) Acompanhante

O dispositivo possui um amparo legal, a partir da aprovação da lei nº 1.820/2009, no art. nº 4, inciso IV que assegura “o direito ao acompanhante, nos casos de internação, nos casos previstos em lei, assim como naqueles em que a autonomia da pessoa estiver comprometida” (BRASIL, 2009).

A questão do acompanhante, na análise das atas/relatórios do NAQH, é discutida periodicamente pela gestão, sendo definido como um “problema crônico da emergência” por diversos motivos, tais como: a indefinição do fluxo do acompanhante; ausência de estratégias para identificar trabalhadores e acompanhantes na emergência; e a necessidade de elaboração de critérios para permanência dos acompanhantes.

Também foi identificada durante o período de observação a ausência da infraestrutura do serviço, de espaço para alimentação dos acompanhantes e o descontrole do acesso, a exemplo da porta de entrada vermelha que ficava aberta com usuários/acompanhantes entrando e saindo sem o devido acompanhamento.

Além disso, ao juntar a quantidade de usuários, duplicado pela quantidade de acompanhantes e acrescidos dos trabalhadores do serviço, com uma estrutura adaptada para compor a emergência, o ambiente fica tumultuado para ofertar atendimento de saúde e o direito ao sigilo e a privacidade ficam comprometidos. Como exemplo dessa observação pode ser destacado que durante as visitas na enfermaria foi possível verificar usuários no banho de leito sendo observados por outros acompanhantes e/ou usuários.

A sala de medicação possui uma estrutura pequena e caracteriza-se como um espaço para atendimento rápido, quando acrescido do acompanhante, o atendimento fica confuso. Dessa forma, nos dias mais lotados durante o período de observação, era comum visualizar o trabalhador da saúde gritando o usuário para prestar o atendimento (exame, aplicação de medicamento, aferição de pressão arterial e outros). Por isso, a definição da GL é a de que o acompanhante é um problema crônico da emergência.

Ao solicitar que os gestores avaliassem o processo implantação deste dispositivo é possível observar que este se fortalece pelo amparo legal, provavelmente pelo perfil do serviço - emergência adulto. Em contraposição, a gestão prioriza o acompanhante no atendimento materno e infantil.

Nesse sentido, os aspectos considerados facilitadores da presença do acompanhante, se sobressaem à contribuição que estes dão no cuidado devido ao déficit de trabalhadores, conforme ressaltado pela Entrevistada 5.4

O acompanhante é necessário porque tem poucos auxiliares, então hoje em dia dão banho, cobram as medicações, ajudam na alimentação, levam os pacientes para fazer as necessidades, empurram maca, vão buscar resultados, então o acompanhante é necessário. Também foi ressaltado que a presença deste esclarece a história do usuário “a parte da facilidade é que temos acesso à história previa do paciente, mais fácil você resolver questões seja sociais, seja burocrática de documentação para o internamento.

Como dificuldade, outro entrevistado ressaltou aspectos apresentados anteriormente, tais como, a indefinição do fluxo do acompanhante, o controle do acesso devido à quantidade de pessoas transitando na emergência,

[...]acabamos ficando com mais de um acompanhante dentro da unidade o que gera confusão em alguns momentos. (informação verbal – ENTREVISTADA, 7.3).

[...]hoje temos uma superlotação de pacientes na emergência, com os acompanhantes dobram o número, com isso é mais gastos para a instituição com a alimentação, mais dificuldade para organizar o serviço porque é muita gente em cima, é muita gente nos espaços, aumenta até o barulho sonoro da emergência, fica mais tenso o clima, a sujeira no ambiente também fica muito maior por questão dos acompanhantes ficam transitando na emergência, então assim são várias dificuldades (informação verbal - ENTREVISTADO, 4.3)

A GF reforça que o tema já foi discutida no NAQH e que, diante de todos esses problemas, por muitas vezes a GL visualiza como alternativa a suspensão deste. Nesse sentido, a entrevistada 5.4 aponta que

(...) o acompanhante é priorizado, apesar de a todo o momento o pessoal está querendo retirar”. O depoimento corrobora com a declaração de uma gerente do serviço “na realidade é um problema, não deveria ter acompanhante, embora seja um direito, não deveria ter.

Outra percepção dos gestores se relaciona ao fato de como a unidade acolhe o acompanhante, ressaltando que “o acompanhante tem a pressa porque ele não dorme na instituição, fica sentado numa cadeira então assim as intervenções dos acompanhantes acabam sendo mais agressivas pela condição dele aqui na unidade” (ENTREVISTADA, 3.1).

O controle do acesso também é analisado por outro ângulo e o entrevistado 6.2 resalta que “a porta da emergência (...) é controlada por vigilantes e há um despreparo destes para isso”.

Outros entrevistados contra argumentam as dificuldades apontadas acima com proposições que poderiam contribuir para que a unidade incorpore esse direito de acolher o acompanhante e o usuário com mais qualidade para o serviço,

(...) É o que não tem é uma conversa maior com o acompanhante (...) não há um investimento no acompanhante, poderia se investir muito mais, poderia ter espaço de conversa, de discussão, aproveitar a presença até para ser um uma representação do usuário. Há privilégios para estar lá, mais não há uma política bem organizada para lidar com isso. (informação verbal – ENTREVISTADO, 20.3)

Também analisam as declarações resistentes dos trabalhadores a presença do acompanhante destacando a “dificuldade de incorporar esse outro sujeito no seu fazer de trabalho, cultura do trabalhador”. (ENTREVISTADA, 12.2). Como a implantação desse dispositivo é obrigatória à gestão precisa construir uma estrutura para ofertar o dispositivo. Entretanto, o acompanhante não é assimilado positivamente pela equipe de saúde, por isso muitas declarações o colocam como o algoz, o dificultador do desenvolvimento do processo de trabalho, sendo a melhor alternativa retirá-lo em vez de construir uma estrutura para que este possa acompanhar seu usuário com qualidade, conforme depoimento acima do Entrevistado 20.3.

A resistência da equipe de saúde é reflexo do processo histórico do acompanhante no cuidado aos seus usuários, visto que antigamente os usuários eram entregues as equipes de saúde para que estas procedessem com os cuidados necessários, sendo a família requisitada em alguns momentos, conforme expõe Foucault (2010, p. 88) ao se reportar ao processo de medicalização do século XVIII: “(...) medicalizar alguém era mandá-lo para fora e, por conseguinte, purificar os outros. A medicina era uma medicina da exclusão”. Dentre as

diversas consequências que esse processo provocou no cuidado da saúde, um deles, sem dúvida, é a resistência da equipe de saúde a presença do acompanhante.

5.4 RELAÇÕES INTERGOVERNAMENTAIS ESTABELECIDAS PARA IMPLEMENTAR A PNH NA EMERGÊNCIA DE UMA UNIDADE HOSPITALAR PÚBLICA

Nesta categoria de análise foi possível identificar as relações estabelecidas para implementar a PNH e, conseqüentemente, estimular à consolidação de um novo modelo de atenção a saúde na emergência da unidade estudada. Para isso, foi elaborado um conjunto de questões para todos os sujeitos da pesquisa a fim de mapear a forma como essas relações eram estabelecidas e quais os possíveis resultados provocados no cotidiano do serviço.

No que se refere as estratégias desenvolvidas pela GF, ressalta-se os mecanismos de cogestão e corresponsabilização utilizados a partir de 2010, entre os entes federados. Assim, a aprovação coletiva destas portarias, conforme ressaltado pelo depoimento da entrevistada 16.2 sinaliza que estas passaram a “ser aprovadas no Conselho Nacional de Saúde, espaço com representação de diversas instâncias de pactuação, fato que repercutiu no tempo para publicização destas” e, conseqüentemente, possibilitou a operacionalização das políticas consideradas prioritárias para este nível de gestão.

Outra estratégia é o apoio institucional para Estados e Municípios, conforme aponta a Entrevistada 16.2, “que é uma pessoa, representante do ministério nas instâncias da gestão do SUS no território, tendo apoiadores para diversas políticas, tais como, RAS, AB, PNH e outros”; e as atividades de formação para gestores, trabalhadores e usuários¹⁷.

No que se refere ao AI a entrevistada 16.2, que desenvolve essa atividade desde 2008 até os dias atuais no Estado da Bahia para a PNH, descreve a evolução dessa estratégia na GF a fim de estimular a qualificação do cuidado da seguinte forma:

(...) até 2010 a única área que tinha apoiadores institucionais no ministério era a PNH, cada apoiador tinha que desenhar o seu plano de trabalho de acordo com o território, sendo negociadas as necessidades na secretária de

¹⁷ É importante ressaltar que o Estado da Bahia em parceria com o AI da PNH/MS desenvolveu no período de 2009 a 2010 um Processo de Formação de Apoiadores Institucionais nas Unidades da Rede Própria do Estado, tendo representação de trabalhadores da unidade estudada, conforme mencionado na categoria de análise sobre a institucionalização da PNH.

estado, na secretaria de município ou mesmo numa unidade onde tinha o GTH. De 2011 para cá o ministério adota o apoio institucional como modo de relação inter-federativa.

Com a discussão da RAS o AI/PNH afirma a mesma Entrevistada (16.2) “(...) passou a cuidar daquilo que vai transversalizar (...) no grupo condutor de redes, visto que a existência desse grupo por si só (...) não significa que se faça cogestão”, então, ressalta que a sua inserção nesse espaço “(...) busca a inclusão de decisões mais coletivas, envolvendo a pauta dos trabalhadores e dos usuários”.

O Entrevistado 20.3 expressa outras estratégias utilizadas pela GF como a normatização e o estímulo financeiro de forma articulada para incentivar a qualificação do cuidado. Entretanto, contra argumenta que estas não são suficientes para alcançar o resultado pretendido, apresentando a Educação Permanente como uma prática que estimula as mudanças no desenvolvimento do processo de trabalho e justifica que,

o que precisa mudar são as práticas dos profissionais e estas não mudam porque a lei está dizendo que tem que mudar, não muda porque a gestão está recebendo incentivo financeiro, claro até você pode dar um incentivo financeiro para o trabalhador isso é uma coisa que é discutida também de remuneração por desempenho então uma das estratégias, mais isso é valor de troca do mesmo jeito não é valor de uso, então ou os profissionais incorporam que essas novas práticas fazem diferença na produção do cuidado na vida das pessoas, ganha sentido isso para o trabalhador, então a mudança não acontece.

Dessa forma, articulando as estratégias citadas anteriormente para estimular a mudança de modelo de atenção à saúde foi observada na emergência da unidade estudada, a implantação do Programa SOS Emergência uma estratégia da GF para qualificar as portas de entrada das unidades hospitalares públicas brasileiras.

5.4.1 Programa SOS Emergência

A implementação desse programa compõe um conjunto de iniciativas para estimular a qualificação do cuidado desenvolvida, a partir da regulamentação da LOS no 8.080/90, por meio do decreto presidencial nº 7.508/2011 que dispõe “sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa” (BRASIL, 2011). Para a Entrevistada 18.7, representante da GE, este documento se apresenta como um divisor de águas no planejamento e na organização do SUS.

O documento busca organizar o atendimento por meio da discussão sobre Redes de Atenção à Saúde (RAS)¹⁸, que é composta por um conjunto de redes interligadas e articuladas entre si, tais como, a Rede Cegonha, a Rede Psicossocial, Rede de Atenção às urgências (RUE), dentre outras. Nesse estudo centraremos a discussão na RUE que busca constituir

O atendimento aos usuários com quadros agudos deve ser prestado por todas as portas de entrada dos serviços de saúde do SUS¹⁹, possibilitando a resolução integral da demanda ou transferindo-a, responsabilmente, para um serviço de maior complexidade, dentro de um sistema hierarquizado e regulado, organizado em redes regionais de atenção às urgências enquanto elos de uma rede de manutenção da vida em níveis crescentes de complexidade e responsabilidade (BRASIL,2011).

Neste mesmo Decreto, dentre as principais portas de entrada do SUS, foram consideradas os serviços de atenção às urgências e emergências.

Portanto, para organizar o funcionamento da RUE foram definidas diversas diretrizes, dentre elas, no art. 2, inciso IV, a “humanização da atenção garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde”; além de outras diretrizes que compõe a Política Nacional de Humanização (PNH), tais como, o acolhimento com classificação de risco, clínica ampliada, redes, direitos e deveres dos usuários e outros.

A operacionalização dessa rede se fundamenta em componentes que devem assegurar o seu funcionamento, tais como, Componente Atenção Básica, Componente Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Componente Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde, Componente Sala de Estabilização, Componente Força Nacional de Saúde do SUS, Componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h), Componente Atenção Domiciliar e a Componente Hospitalar. Nesse estudo centraremos a discussão na última componente.

A componente citada é organizada pela portaria nº 2.395/2011 tendo como diretriz para sua operacionalização e organização no art. 4, inciso II a “humanização da atenção, garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde”, além de outras diretrizes que compõem a PNH, conforme exposto anteriormente.

Dessa forma, articulado a estes conjuntos de Portarias e Decretos foi regulamentada a portaria nº 1.635/2012 que dispõe sobre o Programa SOS Emergência, no âmbito da RUE, com a intenção de “melhorar a qualidade e a gestão da atenção prestada à população pelas

¹⁸ RAS é definida como “conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde” (BRASIL,2011).

¹⁹ Como portas de entrada dos serviços de saúde no SUS, de acordo com o decreto 7.508/2011 são considerados os “serviços de atendimento inicial à saúde do usuário no SUS” (BRASIL, 2011)

portas de entrada hospitalares prioritárias da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do SUS identificadas como de grande relevância na atenção às urgências” (BRASIL, 2012). O programa é justificado pela “necessidade de institucionalização de programa governamental para qualificação da gestão e do atendimento de usuários do SUS nas maiores e mais complexas emergências de estabelecimentos hospitalares do SUS” (BRASIL, 2012).

Dentre os principais objetivos atribuídos ao SOS Emergência, destaca-se no art. 4, inciso IV,

Apoiar as unidades hospitalares para a melhoria da gestão e da qualidade assistencial, por meio da implantação de dispositivos como a classificação de risco, gestão de leitos, implantação de protocolos clínico-assistenciais e administrativos, adequação da estrutura e ambiência hospitalar, regulação e articulação com o sistema de saúde.

Assim, a Secretaria Estadual de Saúde em parceria com o MS inseriu a sua principal unidade hospitalar pública como hospital selecionado para participar do programa e esta, por sua vez, foi construindo estratégias internas para atender as exigências descritas na Portaria nº 1.663/2011, art. 4, isto é, assumindo o compromisso de:

Construir processo seguro e qualificado de gestão das emergências por meio da criação do Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH), observado o disposto nos artigos 27 e 28 da Portaria nº 2.395/GM/MS, de 2011; elaborar o diagnóstico situacional acerca do papel do estabelecimento hospitalar na Região de Saúde, com análise dos processos internos de trabalho e da gestão interna; elaborar o plano de ação para melhoria do acesso e qualidade assistencial; monitorar e avaliar os produtos e resultados das ações previstas no plano de ação; criar mecanismos seguros de gestão do acesso pelo risco por meio da implantação do Acolhimento e Classificação de Risco (ACCR); e outros. (BRASIL, 2011)

Portanto, o programa é uma estratégia elaborada pela GF e implantada pela GF, GE e a GL na emergência da unidade, e se apresenta como a principal estratégia de humanização do cuidado existente no serviço. Esse fato explica sua inserção por diversos momentos no centro da análise do estudo, inclusive com questões diretas sobre o seu funcionamento nos instrumentos de coleta de dados.

Observa-se que por meio desse conjunto de portarias que a PNH foi fortalecida, visto que, por diversos momentos foi inserida como diretriz base para fundamentar a estruturação da RUE. Entretanto, comprovou-se que o conjunto de Portarias por si só não conseguem promover as mudanças necessárias nos processos de trabalhos, a ponto de considerar as diretrizes da PNH implantada no serviço e, conseqüentemente, repercutir no modelo de

atenção à saúde predominante. Dessa forma, as estratégias utilizadas pelo programa foram mapeadas a fim de identificar os resultados provocados no cotidiano da unidade selecionada.

5.4.2 Análise do SOS Emergência e sua contribuição na implementação da PNH

a) Implementação do SOS Emergência

Diante dos requisitos expostos pela GF, a GL considerou que suas especificidades são respeitadas, justificando que todo processo de discussão ocorreu a partir da escuta dos gestores da unidade, no NAQH, conforme depoimento do Entrevistado 3.1 “o MS realizou o diagnóstico da emergência da unidade para conhecer o perfil assistencial e suas características, com vistas à construção do plano de ação, só posteriormente foram elaboradas as metas”, sendo descrito o processo de trabalho desenvolvido pela GF,

O Ministério da Saúde trabalha utilizando o apoio institucional, ferramentas, instrumentos de gestão para avançarmos no desenvolvimento do processo de trabalho, estes se fundamentam numa avaliação periódica, em indicadores e metas. Recebemos visitas mensais dos apoiadores matriciais²⁰ do MS, além de contarmos com um apoiador semanalmente.

O entrevistado 11.4 descreve, também, que a metodologia utilizada contribuiu para minimizar “áreas de atuações que não era perfil da unidade, dando oportunidade para intensificar ações em outras áreas que a unidade é referência”. Outro depoimento relevante ressalta que a GF “construiu um diálogo com a gestão estadual sobre as dificuldades da unidade em receber novas referências em especialidades” (ENTREVISTADO 7.3). O que implica afirmar que observam uma sensibilidade da GF no processo de escuta da GL, a ponto de identificar o foco do problema que dificulta a qualificação da assistência, conforme destacado “(...) a unidade é um monstro com quatrocentos tentáculos...” refere entrevistado sobre um depoimento de um gestor federal em visita a unidade hospitalar, para realizar o apoio matricial, sendo ainda questionado pelo mesmo gestor “[...] então a unidade é a rede?” (ENTREVISTADO 7.3).

b) Indicadores do Programa SOS Emergência

²⁰ Segundo Figueredo (2005, p. 29) O Apoio Matricial pode ser denominado como um suporte técnico especializado, em que conhecimentos e ações, historicamente reconhecidos como inerentes à determinada área, são ofertados aos demais profissionais de saúde na composição de um espaço de troca de saberes, invenções e experimentações que auxiliam a equipe no desenvolvimento do seu processo de trabalho.

A inserção do AI, segundo a GL e a GF, foi construída com a SESAB e com a unidade, atendendo às especificidades locais e envolvendo os trabalhadores e gestores, sendo ressaltada, principalmente pela GF, a ausência dos usuários. Além disso, a GL destaca, diante das opções do roteiro, que “possui autonomia na proposição de estratégias, embora deva atender as demandas de resultados apresentadas pelo MS e SES”.

No que tange a elaboração dos indicadores, o entrevistado 20.3 salientou que “o MS possui um conjunto de indicadores que são globais ao programa, para seu monitoramento específico, a fim de monitorar os hospitais que participam e identificar o hospital que mais/menos avança”.

Embora reforce a importância da singularização destes indicadores avança essa avaliação ao ressaltar que “(...) acho que seria interessante se pudessemos pactuar indicadores específicos para cada serviço”, o entrevistado argumenta ainda que,

(...) propomos que o hospital acompanhasse determinados indicadores que são compatíveis com as ações que estávamos discutindo/construindo (...) Agora sim esses indicadores que construímos na pactuação pelo apoio institucional eles não são de obrigatoriedade de monitoramento do MS...é um monitoramento que o hospital deve fazer pra acompanhar as ações que ele está implementando.

Ao comparar o processo de monitoramento vivenciado pela unidade antes e depois da implantação do programa, observou que anteriormente havia baixo monitoramento de informações e de definição de metas e atualmente ocorre o avanço neste quesito na unidade, ainda que lentamente. Por fim, conclui que estes indicadores “se encontram, aquém de possuir indicadores que avaliem o processo de humanização da emergência”.

A análise acima demonstra a fragilidade da GE na definição e monitoramento de indicadores e metas, mesmo tendo construído o POA para acompanhamento das ações desenvolvidas nas unidades sob sua gestão. Ou seja, aos gestores das suas unidades faltam direcionalidade, eles terminam desenvolvendo seu papel muito no “apagar de incêndios”, conforme mencionado pela GL. O que revela, conforme ressaltam Santos e Ribeiro, que uma boa gestão é aquela que conduz a algum lugar; ou seja, administrar implica, primeiramente, definir para onde se deseja ir e como se chegará a este lugar desejado.

O AI/PNH foi questionado sobre a participação da PNH/Nacional no processo de construção dos indicadores do programa, sendo ressaltado que houve participação da PNH apenas na discussão do protocolo para Classificação de Risco (Entrevistada 16.2). Esse fato demonstra a contradição da GF no processo de implantação da PNH quando não insere a

representação da política no processo de construção desses indicadores, embora mesmo com a ausência de suas representações na elaboração, os indicadores propostos contribuem para implantação das diretrizes/dispositivos da Política.

Muito provavelmente para compensar essa ausência e por dificuldades de alcançar os indicadores propostos, a GF inseriu a AI/PNH na unidade para apresentar e discutir o instrumento para diagnóstico compartilhado das ações de humanização desenvolvidas “nos hospitais prioritários do SOS Emergência para definir parâmetros sobre o grau de implementação de ações de humanização na gestão e na atenção com potencial para nortear metas e ações de projetos de intervenção a serem elaborados pelos grupos de gestores e profissionais.” (BRASIL, 2013).

c) Acompanhamento e monitoramento dos indicadores

Em relação ao acompanhamento dos indicadores foram elaborados instrumentos de acompanhamento e monitoramento dos compromissos pactuados no Programa SOS Emergência, pela GF, são eles: o Plano de Ação elaborado pelo NAQH que é monitorado semanalmente pela equipe gestora da unidade; o preenchimento diário, por meio do Form SUS, do quadro de indicadores do programa acompanhado pela Casa Civil do Governo Federal para possibilitar a avaliação do impacto do programa no funcionamento da Emergência.

Outra estratégia é a implantação de uma câmera na porta de entrada da unidade, pela qual a casa civil acompanha o fluxo de usuários na recepção. Durante a observação participante, os gerentes foram questionados sobre a utilização desse instrumento sendo ressaltado por eles que já receberam ligações questionando o porquê do excesso de usuários ou o por que determinado usuário estava a determinado tempo esperando atendimento.

Quando questionado se Gestão Estadual possui instrumentos para assegurar a governança desse Programa na sua unidade, os entrevistados se dividiram nessa resposta, metade afirmou que sim e a outra metade não. Este fato demonstra que existe uma confusão sobre a origem destes instrumentos de acompanhamento, pois, as justificativas relacionadas ao Programa SOS Emergência vinculam estes instrumentos apenas aos definidos pelo MS, representando a timidez do Estado na construção dos seus próprios instrumentos de acompanhamento dos Programas que são desenvolvidos dentro das suas unidades; posição que lhe daria maior governabilidade.

As expressões apresentadas abaixo, destacadas pelos entrevistados confirmam a constatação acerca da GE ao destacar que “(...) o plano de ação é do Ministério que construiu junto com o pessoal da unidade (...)” (ENTREVISTADA, 14.4); “o Estado utiliza os indicadores do MS” (ENTREVISTADA, 17.6); não existe um trabalho de monitoramento da SESAB” (ENTREVISTADA, 18.7), além de desconsiderarem a participação da GE no NAQH com representação de diversas diretorias.

Por sua vez, este dado apresenta a dificuldade da gestão Estadual em negociar esses Programas com o MS, a fim de adequar a estratégia ou o Programa as especificidades do Estado, fato comprovado no depoimento a seguir,

O Ministério traz pronto, de cima pra baixo, para o Estado executar, agora cabe ao estado dialogar com ele, dizer posso ou não posso. A questão é que eu acho que o Estado não faz esse diálogo, ele aceita. Eu acredito que o Ministério vem logo assim, para fazer tem que receber o recurso tal então eu acho que o povo cresce logo o olho no recurso, então nunca diz que não vai fazer aí depois que recebeu o recurso vai ver que o problema não é só não ter recurso. (informação verbal - ENTREVISTADA 14.4).

Feuerwerker (2005) analisa esse comportamento da GF afirmando o seu predomínio no desenvolvimento das políticas nacionais, com a intenção de produzir uma uniformização em todo o território nacional e, ainda, salienta o que denomina de “*indução financeira*” (p.499), reforçando a análise da entrevista destacada acima.

Quando a GL e a GE são questionadas sobre o processo de elaboração e pactuação dos compromissos inseridos no Plano de Metas do SOS Emergência, três referem-se à elaboração pela Gestão Federal e apresentados a Gestão Estadual e local, ou não souberam informar. Esta confirmação contribui para a fragilização da gestão ao demonstrar desconhecimento das metas a que são impostos como gerentes ou trabalhadores.

Como produto dessas e outras reflexões desenvolvidas pela GF com a GL, incluindo a participação da GE, foi identificado o

(...) início da organização da emergência: definição e organização de fluxos; discussão dos principais perfis assistenciais da emergência; ampliação de leitos de retaguarda; divisão da assistência por cores, como preconizado pela PNH” e outros. Sendo ainda identificado a “necessidade de organização da rede assistencial do Estado e definir de forma qualificada, relacionando com a capacidade da Rede Estadual o perfil assistencial da unidade.

Outra conclusão da GL é que “a unidade é vista como a rede, é o fim de linha e vai precisar ser resolvido aqui, então a gente não consegue”.

Analisando os depoimentos fica evidenciada a fragilidade da GE no processo de escuta da sua unidade, uma vez que, outro ente federado, de outra instância, interfere nessa relação para qualificar o cuidado prestado no serviço de emergência da unidade hospitalar estudada.

5.5 NÍVEL DE INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PNH NA UNIDADE HOSPITALAR ESTUDADA

Neste item foi possível estudar o processo de institucionalização da política e como este reflete no funcionamento da emergência, que conforme definido nos pressupostos teóricos da Administração Política esse seria o campo próprio da ciência administrativa, na medida em que representa a essência dos fatos e atos administrativos. Então analisar o processo de institucionalização da PNH implica, pois, reconhecer a qualidade da concepção da política e dimensionar em que medida ela tem sido implantada (e qual o grau de efetividade desse esforço).

A discussão da humanização na unidade estudada data de 2001, por meio do PNHAH, iniciativa do MS que, dentre os principais objetivos merece ser destacado o seguinte: “melhorar a qualidade e a eficácia da atenção dispensada aos usuários dos hospitais públicos no Brasil” (BRASIL, 2001).

Nos documentos encontrados sobre o desenvolvimento do programa era previsto a constituição do GTH que indicava a realização do mapeamento das ações de humanização e a elaboração do plano de ação. Nesse sentido, observou-se que algumas questões vinculadas à discussão da humanização na unidade são antigas e os planejamentos não se efetivam.

Os registros das atas do GTH encontrados, posterior à aprovação da PNH, se referem ao período de novembro/2008 a novembro/2009, com alguns hiatos. Neste contexto algumas pautas relevantes para a implantação da PNH são discutidas, tais como: o deficit de pessoal na emergência, eventos para divulgação da PNH entre os trabalhadores e gestores da unidade, plano de ação para implementação da política e o mapeamento das ações desenvolvidas nas unidades.

Também foi identificado que representantes da unidade selecionada passaram a compor o Coletivo de Apoiadores da PNH do Estado da Bahia, inclusive com participação no Processo de Formação de Apoiadores da Política em Unidades da Rede Própria do Estado, iniciativa fruto da parceria entre o MS e a SESAB. Como desdobramento do processo

formativo os representantes do GTH avaliaram os indicadores de monitoramento e avaliação da PNH e “percebem que muitos deles a unidade já prática” (HGRS, 2009), sendo sugerido um levantamento para obtenção de um diagnóstico da situação para gerar dados que deveriam fundamentar a elaboração de uma proposta de intervenção do grupo a ser apresentada a gestão da unidade. Assim, decidem pela implantação da Visita Aberta, considerando os benefícios imediatos que provocaria nos usuários (HGRS, 2009).

Numa das atas analisadas, representantes do GTH relatam a percepção de um dos encontros com a GE onde ressaltam que “houve apresentações com plenárias esvaziadas e com um ambiente de muitas cobranças” (HGRS, GTH, 2009), sendo solicitada a elaboração do plano de ação pela GE, o qual deveria ser apresentado à gestão da unidade.

Não foram encontrados registros com os desdobramentos destas iniciativas, embora em diálogos com antigos representantes foi possível esclarecer que a proposta foi apresentada ao colegiado sendo decidido, pela GE, que a humanização deveria permanecer vinculada ao colegiado de gestão. Esse dado comprova diversos depoimentos dos GLs ao sinalizarem que a humanização na unidade está vinculada a alta gestão. Mas como a alta gestão, a gerência e os trabalhadores devem estar em mesma sintonia para a viabilidade exitosa da Política pode-se concluir que a concepção do padrão/modelo de gestão da PNH não foi plenamente assimilada por todos os atores envolvidos na implantação e avaliação do mesmo.

Assim, por conta dessa nova direcionalidade da GE, a antiga representante cita que o GTH foi fragilizado e se destituiu, ocasionando o esvaziamento da pauta e, desse modo, os trabalhos permaneceram dominados por “feudos” e com dificuldade de articulação entre as ações propostas. Esse depoimento revela, portanto, que um dos grandes desafios da implantação da gestão está na dimensão subjetiva do processo administrativo (na dimensão política que sujasse as relações institucionais organizacionais e sociais complexas).

Neste mesmo ano, 2009, com a mudança de Direção da unidade, foi adotada nova estratégia de institucionalização da PNH, vinculando-a ao setor de RH, ao invés do GTH. Essa composição se assemelha a adotada pela GE a qual a Coordenação Estadual de Humanização é vinculada à SUPERH.

Assim, uma trabalhadora foi referenciada para estimular essa discussão na unidade, a qual, dentre as principais atividades realizadas, se destacam capacitações, campanhas, festas anuais, parceria com Programas Viva e Deixe Viver (Contadores de histórias), entre outros.

Com o desenvolvimento das ações do Programa SOS Emergência, a referência relata a ausência de convite para participar dessas discussões, sendo destituída da função, em maio/2013, ao tempo em que a direção, instituiu uma nova composição para o GTH, composta, em sua maioria, por membros do Centro Obstétrico “por estarem habituados com a discussão da humanização por conta do trabalho em maternidade” (ENTREVISTADA, 6.2).

Durante a observação direta foi notado que os novos membros não foram consultados sobre a disponibilidade ou interesse em compor o grupo. Dessa forma, as atividades foram recomeçadas com reuniões quinzenais, tendo na pauta discussões vinculadas ao processo de trabalho, embora, em alguns momentos, permanecem em discussões sem resolutividade.

Embora essa retomada por demanda da GL tenha um aspecto positivo por representar uma forma de sinalizar que a humanização se encontra na pauta, quando questionados sobre a gestão da PNH na unidade, a reativação do GTH é apresentada, assim como sua vinculação direta com a diretoria; bem como, o despreparo da equipe, indicada recentemente para o desenvolvimento dessas estratégias. Ou seja, todo o processo de reativação do GTH é questionável ao considerar o seguinte contexto: o método, trabalhadores nomeados sem consentimento e o despreparo dos membros. Assim, novamente, o processo de institucionalização da PNH apresenta fragilidades, fato que incide diretamente no seu desenvolvimento no serviço da emergência, ficando demonstrado, pois, a fragilidade do modelo/padrão de gestão e gerência.

Provavelmente, por considerar esse contexto em diversas unidades, o MS acionou o apoio institucional da PNH para mediar à construção do diagnóstico compartilhado da humanização nos hospitais integrantes do Programa SOS Emergência. O produto deste diagnóstico deve fundamentar a elaboração de Projetos de Intervenção para qualificar o cuidado nas unidades, afirma a entrevistada 9.1, da GF.

Diante dessa conjuntura, é possível concluir a ineficiência das gestões que se transcorreram na unidade hospitalar, no período estudado, em relação ao processo de implementação da PNH, pois não foi encontrado documentos referendando a elaboração do mapeamento das ações e do plano de ação, sendo que estes ficaram no nível das ideias dos sujeitos (atores) envolvidos. Nesse sentido, é possível afirmar que esse conjunto de fatores acabou por inviabilizar a institucionalização da política na unidade, embora os documentos demonstrem que, historicamente, esteve na pauta da gestão, ainda que não tenha apresentado resultados concretos.

A retomada dessas estratégias pelo MS deslegitima o espaço validado na unidade para o desenvolvimento dessas ações, na medida em que, a GF insere um trabalhador nessa conjuntura para desenvolvimento dessa ação, a fim de alcançar os indicadores da estratégia que elaborou para qualificar as portas de entrada (o Programa SOS Emergência), contrariando, assim, o princípio da descentralização do SUS.

5.5.1 Institucionalização da PNH na GE

O movimento realizado pela PNH nas unidades da rede própria pode ser reflexo do seu processo de institucionalização na SESAB, visto que no organograma da secretaria a Coordenação Estadual de Humanização, está vinculada ao setor de recursos humanos, na SUPERH e esse ambiente não legitima essa coordenação para compor espaços de discussão das práticas do cuidado e, conseqüentemente, para a mudança do modelo de gestão e gerência existente nas unidades da rede própria. Nessa linha de análise, o entrevistado 19.8 faz alguns questionamentos que merecem ser destacados,

(...) será o RH o local mais adequado para esta política? Será que o gestor do RH compreende que este é o lugar na Política de humanização? Será que por conta disso, os gestores não defenderam a pauta porque acharam que ela não era legítima para esta neste espaço, acharam que era legítima para assistência? (informação verbal - ENTREVISTADO, 19.8)

Aprofundando essa análise, o entrevistado analisa a ausência da representação estadual no grupo condutor das RAS,

(...) eu construa agora processo de rede de atenção à saúde, onde eu não discuto a humanização nesse processo de rede, o que é que eu faço? Eu oriento para os estados montar grupos condutores de redes onde deveria ser pré-requisito eu ter representante na discussão e consolidação da política de humanização dos estados nestes espaços para discutir a conformação de rede para além da humanização e isso não é pré-requisito.

O entrevistado 20.3, avança em uma análise crítica similar, ao argumentar que estes sujeitos podem ser desconsiderados neste processo de discussão, devido à distância da área assistencial, conforme depoimento abaixo,

[...] não posso fazer uma avaliação concreta, é mais a sensação é que a política de humanização ela fica muito distante da área assistencial [...] implantar a humanização é mudar o modelo de atenção, quem faz a gestão do modelo de atenção é outra superintendência, e não a essa transversalidade entendeu, [...] dentro da estrutura da gestão ela não é transversal, então [...] a própria estar fora da atenção significa que toda discussão de organização da

atenção à política não participa ela tem alguns momentos, então é uma coisa, é como se a política de humanização não fosse não tivesse haver com atenção entendeu, fosse uma coisa que você faz além da organização da atenção, como um *plus* [...] ela fica periférica.

Concluem, pois, que os apoiadores do MS que chegam para discutir mudanças no modelo de gestão e práticas de cuidado não buscam as representações da humanização e sim aos vinculados a áreas técnicas de determinadas políticas. Nesse sentido, estas são possíveis justificavas para analisar a ausência desta representação nos espaços construídos para discussão da assistência. Como consequência, as pautas que estes sujeitos demandariam para o grupo condutor das redes e outros grupos ficam fragilizados.

Estes e outros questionamentos evidenciam, portanto, as dificuldades de operar essa política por dentro do RH tanto na GE quanto na GL. Muito provavelmente esses problemas podem ser explicados por considerarem que a GL, ao referir ausência de resultados, retorna a antiga estratégia de implantação do GTH por considerar a importância da vinculação com a assistência, uma vez que, este é um dos focos da discussão.

Esse debate merece maior aprofundamento visto que pode refletir de forma negativa no processo de implantação dessa política bem como simbolizar, indiretamente, a sua “priorização” pelo Estado que mantém a sua institucionalização numa estrutura que não contribui para o seu desenvolvimento.

5.6 ESTRATÉGIAS ESTABELECIDAS NO PLANO OPERATIVO ANUAL ESTADUAL PARA A IMPLANTAÇÃO DA PNH

O Plano Operativo Anual²¹ (POA) é um instrumento da GE com o objetivo de “estabelecer as metas qualitativas e quantitativas, bem como, os compromissos a serem cumpridos pelas unidades da Rede Própria do Estado”, elaborado, pois, com o intuito de acompanhar, monitorar e avaliar a produção da unidade e o desenvolvimento de algumas ações prioritárias para a GE (SESAB, 2011).

Nesse sentido, cada unidade assina, de acordo com o perfil assistencial e de serviços ofertados, as metas qualitativas, quantitativas e os indicadores a serem alcançados, bem como os compromissos assumidos pela Instituição, previsto em contrato referente a um determinado

²¹ O POA analisado se refere ao período de 2010 a 2011, pois posterior a esse período não houve assinatura de outro.

período (SESAB, 2011). Este documento foi elaborado no ano de 2011 e até o momento da conclusão desta pesquisa não foi revisado.

Em análise do documento assinado pela gestão da unidade hospitalar pesquisada, no período de 2010/2011, as estratégias pontuadas para implementar a humanização perpassa pela

formação do Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), com cogestão e colegiado gestor, atuação da Ouvidoria Institucional, instituição da visita ampliada ao paciente internado, e garantia do Direito ao Acompanhante (Pediatria); e na emergência o Acolhimento nas práticas de saúde (equipe multiprofissional) (SESAB, 2010/2011).

Nos compromissos gerais, a gestão local assumiu a responsabilidade de manter o funcionamento da Comissão de Humanização da Assistência, a gestão democrática e participativa, assim como, a implantação da PNH, mais especificamente o ACCR e outros projetos vinculados a essa Política.

Durante a observação participante foi notado que o ACCR foi implantado, embora encontre algumas dificuldades de funcionamento. Vale ressaltar que este dispositivo também compõe o conjunto de indicadores do Programa SOS Emergência e que a GF adquiriu o protocolo de Manchester e financiou o processo de qualificação dos enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem para desenvolvimento da atividade.

Já a Gestão Democrática e Participativa foi implantado o Colegiado Gestor, com reuniões semanais, embora não possuam um plano de ação elaborado. Também nesse dispositivo é importante salientar que por conta do SOS Emergência foi implantado o NAQH com representação dos gerentes da emergência e alternância de representação da GE. Alguns gestores mencionam que o NAQH funciona como um colegiado gestor sendo este denominado como um espaço de “repasso das informações discutidas no NAQH”. O GTH ou Comissão de Humanização da Assistência foi desativada aproximadamente em 2010 e se encontra em processo de renomeação dos membros, desde maio/2013.

A discussão da implantação destes dispositivos foram refletidos na categoria de análise *diretrizes/dispositivos para implantação da PNH na emergência da unidade hospitalar pública estudada*, sendo que nesta divisão a discussão centrará em torno do instrumento do POA e seu reflexo na implantação da PNH.

Quando os gestores da unidade foram questionados sobre o POA, cinco mencionam que não conhece; dois acenam que o conhece superficialmente; e dois o consideram

desatualizado, expondo o seguinte comentário: “considero o processo de implementação desse instrumento amador” (ENTREVISTADO 11.4).

Diante desses dados, surge o seguinte questionamento: como a gestão das unidades pode caminhar na implantação das políticas consideradas prioritárias para a GE, se esta não desenvolve estratégias periódicas de acompanhamento, monitoramento e avaliação?

Quando a GE foi questionada sobre as estratégias utilizadas para a elaboração e pactuação dos compromissos inseridos no POA, metade não soube informar; três sinalizam que foram elaborados pelos trabalhadores da SESAB (nível central) e apresentado aos trabalhadores da unidade; e um salienta que foram elaboradas de forma coletiva envolvendo a gestão da unidade e o nível central, a fim de adequar as especificidades locais.

Alguns gestores durante a discussão relataram o processo de construção do POA, reforçando sua construção coletiva, assim como a escuta da gestão da unidade, conforme depoimento abaixo,

O POA foi elaborado pensando em alguns indicadores que fossem comuns a todas as unidades da rede, depois da elaboração fizemos conversas com cada unidade, com a equipe gestora pra fazer a validaçãoprecisávamos que esses indicadores e metas fossem pactuados com a unidade, assim, fizemos um evento com o secretário e todos os diretores que vieram aqui (SESAB) e assinaram o documento então os termos existem, foram enviados para as unidades ,os termos todo processo de construção que eles pudessem acompanhar seus indicadores e metas (informação verbal – ENTREVISTADO 19.8, com adaptações)

Quanto ao acompanhamento dessas metas e indicadores, argumentam que é uma diretoria da SESAB responsável por realizar essa atividade por meio de relatórios, “elaborada de forma sistemática” e da estratégia do apoio institucional. No que se refere a esta estratégia no Estado uma entrevistada comenta que “a agente não tem autonomia porque a gestão não da autonomia” (ENTREVISTADA, 14.4).

Ao relacionar os três instrumentos de coleta de dados, observa-se que o POA priorizou nos seus compromissos e indicadores a implantação das diretrizes e dispositivos da PNH, embora a implantação do ACCR na emergência se apresenta como prioridade tanto para a GE quanto para a GF. Nesse sentido, é possível concluir que o processo de implantação sofreu interferências das duas gestões.

Entretanto, durante as entrevistas foi identificado a “fragilidade” no desenvolvimento da estratégia, pois, a maior parte dos gestores entrevistados não conhece o instrumento, portanto, não desenvolvem ações para alcançar seus indicadores e compromissos. Em

contrapartida, a maior parte dos gestores entrevistados conhecem indicadores do Programa SOS Emergência. Além disso, a estratégia de acompanhamento adotada apresenta “falhas”, conforme depoimento citado acima.

Como a descontinuidade da gestão na SESAB é um fato comum, muito provavelmente esse instrumento foi fruto de uma gestão de uma determinada diretoria e posterior a mudança de gestão ele foi “desconsiderado”.

Mas, apesar das fragilidades expostas, o instrumento contribuiu para difundir as ideias da humanização na gestão quando insere nos indicadores e compromissos as diretrizes e dispositivos de humanização, bem como, ao priorizar a implementação dessa política na unidade, apesar da descontinuidade das ações e da ausência de instrumentos de acompanhamento e monitoramento.

5.7 AVALIAÇÃO DOS ENTES FEDERADOS NO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA PNH

Nessa categoria buscou-se estimular uma autoavaliação dos gestores no processo de implantação das diretrizes e dispositivos da PNH, assim como, que fizessem uma avaliação das estratégias desenvolvidas entre os entes federados.

A gestão local se auto avaliou como regular e considerou as ações desenvolvidas pelo MS e SESAB boa; coincidindo com a autoavaliação da GF e contrariando a autoavaliação da GE como regular. Em contrapartida, GE avalia o papel do MS regular.

A gestão local argumenta a sua autoavaliação pela dificuldade em capilarizar a política na unidade; o excesso de burocracia que dificulta o desenvolvimento de alguns processos; a superlotação da emergência, o deficit de pessoal e o perfil do trabalhador lotado no serviço. Além disso, um gerente considerou a insegurança para discutir sobre o tema, paradoxalmente, um gestor ressalta que o problema não é desinformação ou insegurança, mas a necessidade de “amadurecer a gestão” por meio de estratégias que organizam o processo de trabalho, como o planejamento. O que permite inferir que o amadurecimento da gestão pode ser entendido aqui como reflexo da necessidade de que os atos e fatos administrativos manifestos na gestão e gerência necessitam estar articulados e integrados entre si para que possam, de fato, produzir

transformações nas práticas gestoriais e gerências, conformem apontam Santos e Ribeiro (2009).

Já a GE considerou as condições de trabalho existentes na emergência, assim como o déficit de pessoal para proporcionar o dimensionamento da força de trabalho equitativo. A entrevistada 15.5 justifica a avaliação qualificando que

(...) "na gestão estadual tudo é difícil" e particularmente em relação à humanização, argumenta as comissões de humanização por conta até dos gestores elas não conseguem se efetivar nas unidades, essas pessoas tem que fazer tudo e mais isso, isso vai cansando não encontra eco na gestão maior e a gestão estadual também não colhe bem essas comissões de humanização, não valoriza.

As autoavaliações da GL e da GE se relacionam, pois, a unidade compõe o conjunto de unidades da rede própria do Estado, demonstrando coerência de percepções entre as duas dimensões das gestões. Esse fato reforça o pouco investimento da GE para a implantação dessa política, seja pela ausência de instrumentos de acompanhamento seja pela definição de uma estratégia que efetivamente qualifique o cuidado.

Nesse contexto, durante as justificativas da GL é evidenciado como uma alternativa que estimula o planejamento e as reflexões contínuas da gestão do Programa SOS Emergência conforme depoimento do entrevistado 7.3,

(...) depois de um ano de SOS que a gente conseguiu sensibiliza, porque o SOS passou um tempo sensibilizando os gestores, sensibilizar os gestores para chegarmos aos coordenadores, sensibilizar os coordenadores pra gente conseguir chegar à ponta.

O que permite analisar que a intervenção da GF tem produzido resultados, ainda que subjetivos, pois estes já aparecem nos discursos dos gestores.

As justificativas corroboram com a avaliação que a GL realizou da GF nas quais reforçam a importância do Programa SOS Emergência com proposição de várias ferramentas para qualificar o cuidado, tais como: organização dos fluxos da emergência, gestão da clínica, entre outros. Em contraposição, argumentam que, apesar dos recursos financeiros para estruturação do serviço com reformas e aquisição de novos equipamentos, não possibilitou a contratação de pessoal. Sendo esta uma das dificuldades mais expostas pela GL, classificada como uma grande limitação da GE a impossibilidade de contratação.

No que se refere a GE, em vários momentos a GL salienta a sua “timidez” da discussão dessa política e novamente apresenta a chegada do Programa como um divisor de águas no processo de discussão da humanização.

Já a GE ao avaliar a GF argumenta que o

“O MS promove ações muito no âmbito macro” (Entrevistado 12); “o Ministério faz aquela parte que ele gosta muito de fazer e sabe fazer muito bem: traça metas, diretrizes, estimula mais ele podia interferir de uma forma muito melhor sabe mais efetiva, mais próxima da ponta, eu ainda continuo vendo o Ministério da saúde muito distante” (informação verbal - ENTREVISTADA, 15.5).

Ao articular o discurso de avaliação da GF pela GE e GL, se observa uma incoerência muito provavelmente ocasionada pela postura do MS frente às duas gestões. Para a GE se apresenta numa perspectiva de apoio e de cobrança para o alcance dos indicadores e metas pactuadas. Em contrapartida para a GL desenvolve ações do apoio institucional, buscando superar as dificuldades existentes no serviço, negociando aspectos com a GE que a GL não conseguia fazer, ou seja, um articulador e negociador.

Essa postura é contraditória, visto que um ente de maior nível hierárquico se apresenta como um negociador entre a GE e sua unidade conforme depoimento do Entrevistado 7.3, “o ministério da saúde eu [o] vejo como um respeitador das nossas especificidades e fazendo conversas com a secretaria de saúde para adequar o nosso perfil”. Ou seja, esse aspecto demonstra a manutenção de velhas ideias e valores, os quais coadunam com a fragilização do processo de descentralização na gestão do SUS.

5.8 MODELO DE GESTÃO PARA OPERACIONALIZAR A PNH

A partir da observação direta na emergência na unidade, foi identificada dificuldade em vivenciar, de forma concreta, o modelo de gestão proposto pela PNH. Diante disso, os gestores foram questionados sobre a necessidade de um novo modelo de gestão para operacionalizar as diretrizes e dispositivos da política e, conseqüentemente, fortalecer o SUS.

Dos entrevistados a 15 (quinze) consideraram a necessidade de implantação ou construção de um novo modelo, dentre os argumentos expostos foi unânime a necessidade de um modelo que efetive o preconizado pelo SUS. Além disso, foi apresentado que o “SUS não tem um modelo de gestão único; o SUS vem sendo implementado a golpes de portaria; tem

modelo de gestão que eles são concorrentes entre si (...) e tudo isso convive dentro de um sistema que é capitalista” (ENTREVISTADO, 19,8). Os 5 (cinco) que negam a necessidade de um novo modelo reafirmam que o modelo de gestão do SUS está apresentado, sendo necessário apenas efetivá-lo. Outro entrevistado (20.3) justifica que “a humanização é um complemento para uma gestão da assistência colegiada (...) o modelo está pronto, algumas políticas são criadas para fortalecer esse modelo”.

Diante dos dados apresentados, observa-se que, apesar da maioria dos entrevistados reafirmarem a necessidade de implantação de um novo modelo de gestão, a justificativa reforça aspectos princípios já assegurados na Lei nº 8.080/90, como a participação dos usuários, uma gestão horizontalizada, co-responsabilizando os diversos sujeitos responsáveis pelo cuidado, dentre outros. O que evidencia que não é necessário um novo modelo de gestão, pois ele está dado, mas é preciso avançar em ações (dinâmicas) que permitam sua operacionalização tanto no âmbito da gestão como principalmente da gerência. Esta conclusão se fundamenta, pois, no fato de que existe uma dificuldade de operacionalizar esse modelo, de modo que pode-se inferir que as mudanças necessárias perpassam pela subjetividade dos gestores; isto é, pela subjetividade própria da gestão.

Arelada a essa dificuldade, situa-se os entraves de cunho objetivos vivenciados desde o processo de descentralização da Política de Saúde, os quais não foram preparados para receber a gestão do sistema. Portanto, se constata que esta se efetivou de forma vertical: a verticalização das decisões gerenciais se mantém tanto na GF, a despeito do depoimento do entrevistado 19.8, quando refere que o SUS é construído a “golpes de portaria”, quanto na GL, quando renomeia o GTH, de forma “abrupta”. Neste ínterim, a GE mantém a lógica de operacionalização das prioridades defendidas pela GF e o cunho fiscalizador para a GL e municipal, conforme mencionado por Feuerwerker (2005), mas essa questão será melhor aprofundada no item posterior.

Neste contexto, existe uma repetição da verticalização, independente do nível de gestão, sendo esse processo refletido nas unidades e serviços do SUS.

5.9 DISCUSSÃO DOS DADOS NA PERSPECTIVA TEÓRICA – POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO: UMA POLÍTICA PÚBLICA CONTROVERSA

Ao analisar a Política de Humanização pelo Ciclo da Política, é possível observar que seu processo de construção ocorreu a partir de uma “janela de oportunidade” (KINGDON, 1984 apud VIANA; BAPTISTA, 2008, 74) com o início do governo Lula, no ano de 2003, a partir da escolha dos atores políticos²² e dos designados politicamente²³ para compor cargos do Poder Executivo do Ministério da Saúde.

Assim, foram construídas as bases de sustentação da PNH, visto que os designados politicamente tinham uma história preliminar de discussão sobre humanização da saúde, na academia e em outros cenários do poder executivo municipal do país. Dessa forma, este conjunto de teóricos e gestores construiriam as bases para inserir na agenda governamental e política a pauta da humanização da saúde.

Posterior a essa fase, foi iniciado a formulação da política propriamente dita na qual se optou por seguir um caminho diferenciado de outras políticas públicas, pois a PNH, enquanto política, não possui um número de lei ou portaria, nem definição de orçamento para sua implementação.

Essa opção dos *policymakers* pode ser justificada, pois a PNH reafirma valores centrais assegurados na Constituição Federal – dignidade, solidariedade, liberdade e igualdade –, os quais devem ser operacionalizados e vivenciados na implantação das políticas públicas brasileiras. Paradoxalmente, com o avanço da agenda neoliberal estes valores foram deturpados, interferindo fortemente na concepção e práticas do processo de implantação destas políticas.

Durante o processo de implantação e consolidação da Política de Saúde foi possível observar que houve uma fragilização dos seus princípios fundantes, conforme exposto no capítulo III. Como alternativa, os *policymakers* propõe uma política na defesa de valores “óbvios”, portanto, já firmados legalmente, tanto na CF/1988 como na LOS, como estratégia para enfrentamento aos principais problemas no SUS. Por isso, subentendem que quando estes valores estiverem “vivos” no cotidiano das práticas do SUS, poder-se-ia concluir que a humanização e todos os valores ético-políticos inerentes fossem instituídos ela deixaria de

²² Por se compreende *Atores políticos* são atores fundamentais no processo de políticas públicas. Quando estão investidos de cargos no Executivo ou Legislativo, possuem legitimidade para propor e fazer acontecer políticas públicas de grande impacto social (SECCHI, 2013, p. 102).

²³ Por *Designados politicamente* são cargos públicos ocupados por pessoas indicadas pelo político eleito para servir em funções de chefia, direção e assessoramento na administração pública (SECCHI, 2013, p. 103).

existir de forma abstrata para vivenciar, assim, a concretude dos serviços e unidades de saúde legitimados.

Outra característica é o formato *bottom-up da PNH*, pois pode ser modificada por aqueles que a implantam no seu dia a dia. Por essa razão, seus dispositivos são abertos e podem ser criados e recriados, a partir do serviço que o vivencia. (SECCHI, 2013).

Além destes aspectos, o tema que a PNH discute pode ser considerado como “perverso”, devido à natureza do problema que aborda e sua complexidade, pois como ressaltam Howlett; Ramesh e Perl (2013, p. 185), sua implementação “[envolve] uma série de determinantes (...)”. Essa característica acarreta um grande risco para seus implementadores: o da superficialidade ou de uma abordagem reducionista no desenvolvimento das estratégias para implantação de suas diretrizes/dispositivos.

De acordo com o “Postulado da Coerência” de Mario Testa, para o qual “um movimento (ou projeto) tem que adotar meios e organizações coerentes com o conteúdo de suas propostas” (TESTA, 1995 apud FEUERWERKER, 2005, p. 503), é possível concluir que o ambiente é desfavorável para a implantação da política, ao considerar que o método utilizado pela gestão (com indícios de verticalização e hierarquização das estratégias) e a estrutura organizacional da emergência (os fluxos e a organização do processo de trabalho), não dialogam com os objetivos, intenções e percepções do método da PNH. O que confirma a teoria e metodologia de análise propostas pela Administração Política centrada no argumento de que não existe gestão e gerência dissociadas (SANTOS; RIBEIRO, 2009).

Nesse sentido, é evidenciada a incoerência entre o discurso da gestão e sua prática, assim como a dissociação desta com a operacionalização (gerência) desenvolvida cotidianamente na unidade. Em contrapartida, não se pode negar o esforço para promover as modificações necessárias. Entretanto, o método e a lógica de funcionamento da administração do sistema impedem a vivência do que pode ser considerado como humano, como humanidade.

Essas características imprimem vários desafios no cotidiano da sua implantação observado no desenvolvimento desse estudo, a saber:

- a ausência de recursos financeiros, justificada pelo princípio da transversalidade, não assegura governança para os gestores da PNH nos três níveis de governo;
- a localização na estrutura organizacional da SESAB não oferta governabilidade para o gestor estadual, pois não está inserido nas estruturas da SESAB em

discussões sobre o cuidado na saúde, sendo a definição da sua localização como “periférica”;

- a ausência de uma estratégia para implantação articulada entre os níveis de governo;
- a “indução” do MS para uniformizar serviços assistenciais identificados como prioritários na rede SUS para oferta de atendimento, assim como, para a implementação das políticas que considera como prioritária.

Por fim, a PNH pode ser considerada uma Política Pública de nível operacional, pois pretende operacionalizar as macrodiretrizes da Política Pública de Saúde e, como tal, também é definida como contra hegemônica. Entretanto, sua dificuldade de operacionalização advém da contradição e disputa de projetos societários antagônicos no corpo das estruturas das unidades e serviços de saúde do Estado, impactando na implantação de suas diretrizes e dispositivos.

O que revela, segundo a teoria da Administração Política, que qualquer modelo/padrão de gestão e gerência tem que estar articulada e integrada a um projeto de nação ou projeto de sociedade maior. O que implica concluir que, se há uma contradição entre o projeto societário proposto pelo SUS (consagrados na CF de 1988) e as práticas cotidianas da administração destas políticas, então há algum grave problema ou na concepção da política que, apesar de garantir uma institucionalidade, não garante meios para o seu pleno processo de implantação do modelo de gestão (denominado por Santos e Ribeiro, 2014, de ‘dinâmica dos macroprocessos de gestão’). No campo da ciência administrativa, não é suficiente apenas conceber uma boa política, mas definir mecanismos efetivos para sua implantação em âmbito gestorial e gerencial.

5.9.1 Relações intergovernamentais e o desafio da implementação da PNH em um serviço de emergência

A principal característica de um serviço de emergência é a diversidade no atendimento a pacientes em situação de risco iminente de vida, exigindo, pois, agilidade e objetividade no fazer (na gestão e gerência desse processo administrativo). A emergência esta, pois,

relacionada com a superlotação contínua e periódica dos serviços de saúde acrescida de todas as dificuldades estruturais.

O que caso não seja estrategicamente pensada (gestão) e cuidadosamente implantada (gerência) resulta num atendimento mecânico, esvaziado dos elementos subjetivos que lhe assegurariam um cuidado na saúde humanizado. Este fato se apresenta como um dos entraves para o avanço dessa política nos serviços de emergência.

Por considerar estas particularidades e o desafio de qualificar este serviço, o MS tem priorizado qualificação das portas de entrada do SUS, em especial do Programa SOS Emergência. Em contrapartida, ao propor a operacionalização deste a GF desconsidera as especificidades existentes em cada serviço que integra o Programa, especialmente ao adentrar neste com indicadores “pré-definidos”.

De acordo com Feuerwerker (2005), este aspecto é típico da GF que tende a “prescrever uma uniformização da organização da atenção à saúde em todo o território nacional” (p. 499) tendo como base unificadora do sistema de indicadores pré-estabelecidos. Assim, a GF “induz” a aceitação dos entes federados por mecanismos financeiros, conforme ressaltado pela entrevistada 14.4 no capítulo de análise dos dados ao destacar que embora na operacionalização da estratégia a gestão identifique dificuldades de alcançar estes indicadores, os quais podem ser definidos como “genéricos” e acompanhados por mecanismos de controle.

Nesse sentido, é possível resgatar um instrumento de acompanhamento, apresentado anteriormente, que é a câmera situada na entrada de todas as unidades integrantes do programa, que reforça elementos de fiscalização e punição da GF.

Neste íterim, se situa a GE, sendo possível concluir que neste processo sua “autonomia de gestão” pode ser denominada como relativa, pois, caminha para operacionalizar as estratégias pré-definidas pela GF. Dessa forma, os elementos da humanização são esvaziados tendo em vista que a GE não possui uma estratégia organizada, definida no Estado da Bahia, para implantar essa política. Por outro lado, o instrumento que se apresentou como uma possibilidade para esse fim, o POA, não teve continuidade pela GE, o que implica que a gestão caminha pelas diretrizes e escolhas determinadas pela GF.

Segundo a autora citada acima, estes aspectos representam uma contradição entre “os princípios do SUS e a maneira como os próprios atores constitutivos do sistema operam. Essas contradições esperadas se não tratadas terminam por legitimar as velhas ideias e valores e, portanto, precisam ser debatidas e superadas” (2005, p. 499).

Ao relacionar essa discussão com as reflexões proporcionadas pela diretriz da Gestão democrática e participativa é possível identificar incoerência da GF, pois, na teoria (concepção da política) reafirma os princípios da cogestão, da corresponsabilização e horizontalização e na prática (gerência) utiliza a verticalização como imperativo para assegurar o alcance dos indicadores determinados pela sua equipe gestora como prioridade para a saúde. Esse fato, por si só, exemplifica a contradição do Estado brasileiro demonstrando, conforme ressalta Feuerwerker (2005, p 493), que “(...) as responsabilidades de cada esfera de governo estão em disputa”. Nessa linha de discussão, Arouca (2002, p. 18 apud PAIM, 2009, P. 319) afirmou que “(...) temos que discutir a saúde não como política do Ministério da Saúde”, mas como política de Estado.

Essa lógica apresenta várias dificuldades, uma vez que, os serviços são homogeneizados pelo perfil assistencial, sendo desconsideradas suas especificidades, assim como as da rede assistencial do município e do Estado. Como consequência, “(...) desconsideram as singularidades e oferecem poucas tecnologias para o cuidado e para lidar com os aspectos subjetivos envolvidos no processo de viver e adoecer” (FEUERWERKER, 2005, p. 496), conforme defendido pela concepção de humanização na PNH.

5.9.2 Os dispositivos da PNH em ato

Os indicadores de implantação da PNH, segundo Santos-Filho (2009, p.31) “(...) deve refletir as transformações no âmbito da produção de serviços e de produção de sujeitos”. Assim, a proposta do estudo buscou identificar as estratégias desenvolvidas pela gestão federal, estadual e local para implantar essas diretrizes e considerou que para um dispositivo ser considerado como implantado deveria provocar transformações no modo de fazer e de existir do serviço da emergência e não apenas sua simples existência. Este é o sentido pleno do conceito de Administração Política, articular as dimensões do *pensar* e do *agir* de forma simultânea, isto é, da gestão e da gerência.

Dentre os dispositivos priorizados pela gestão para implantação na emergência, ao triangular as informações dos sujeitos da pesquisa qualitativa, conforme descrito neste capítulo, no item anterior, podem ser considerados os seguintes: a ouvidoria, a ACCR, o direito ao acompanhante, o colegiado gestor, o GTH, o projeto para adequação da ambiência da emergência e os mecanismos de desospitalização e educação permanente. É importante

observar que outros dispositivos podem existir no serviço, os ressaltados foram identificados como os mais ativos.

Então, a partir da sinalização das facilidades e dificuldades a serem identificadas na pesquisa, é possível concluir que:

- A *ouvidoria* encontra-se implementada, se apresenta como uma estratégia do Estado para qualificar os serviços ofertados e na unidade desperta sentimentos contraditórios na equipe gestora. É uma estratégia da gestão (GF, GE, GL), embora esta demonstre dificuldade de utilizá-la como um instrumento para qualificar-se; os sujeitos da pesquisa demonstram a necessidade de maior aproximação desse dispositivo, sendo ressaltado que este fica muito distante, despertando o sentimento de “punição” e não de qualificação.
- O *ACCR* é uma estratégia da gestão (GF, GE e GL), sua implantação envolveu a gestão da unidade de modo geral e não priorizou a discussão com os trabalhadores e usuários do significado do dispositivo para organização da porta de entrada. Foi considerado em processo de implantação, pois é necessário ajustes na estrutura (ambiência), na equipe técnica, nos fluxos organizacionais e nos processos de trabalho desenvolvidos no serviço. A questão do déficit de trabalhadores da rede assistencial e da infraestrutura foram mencionados como principais aspectos que dificultam a sua operacionalização como um todo. No momento a implantação do dispositivo está condicionada, prioritariamente, ao alcance de metas pré-definidas pela GF, perdendo a potência de transformação das práticas.
- O *Direito ao acompanhante* pode ser considerado como implantado devido o seu aspecto legal, embora a estrutura para acomodá-lo seja completamente imprópria; assim como, a equipe se divide sobre a importância deste sujeito no ambiente do cuidado, com justificativas vinculadas a infraestrutura da emergência e a superlotação da unidade.
- O *Colegiado Gestor* se encontra implantado, é um dispositivo vinculado diretamente à gestão, foi formalizado na estrutura, inclusive é denominado como um compromisso da GL com a GE, inserido no POA. Entretanto, em quatro anos de existência não possui plano de ação definido, não difundiu a lógica da cogestão na unidade e ainda não foi capaz de inserir novos modos de gerenciar o trabalho.

- *O GTH* é o dispositivo implantado há mais tempo na unidade, desde o PNHAH, e tem dificuldades de alcançar seu objetivo como dispositivo, pois os sujeitos que o compõe utilizam o espaço para compartilhar as queixas; estes atores não conseguem desenvolver as tarefas priorizadas por eles mesmos.
- *Os Mecanismos de desospitalização* podem ser considerados como implantados, sendo que a gestão vem desenvolvendo estratégias para que seja absorvido pela equipe da unidade como uma estratégia para a gestão de leitos.
- *A Educação Permanente* existe na unidade, embora seu funcionamento sofra interferência da concepção da educação “formatada”. De acordo com Feuerwerker (2005, p. 500), “ainda predomina uma visão instrumental da construção dos modelos tecnoassistenciais (centrada nas normas e nos mecanismos de financiamento)”, assim, como também tem reflexos de como a política de educação é vista na macroestrutura do SUS, já que, no âmbito micro, não é visualizada com um papel estruturante.
- *O Projeto para adequação da ambiência da emergência*, embora elaborado não conseguiu construir espaços de escuta com a equipe de trabalhadores do serviço de emergência. Portanto, pode ser que a reforma não atenda as necessidades do serviço, pois, a escuta foi a da gestão.

Diante deste contexto e segundo os princípios teóricos e metodológicos da PNH, a implantação de uma diretriz por si só não dá conta de alterar o modelo de atenção e de gestão, visto que, para produzir as mudanças esperadas é necessário analisar a qualidade dos processos de trabalho, o fluxo organizacional e o modelo organizativo da gestão, respeitando a diversidade de cada unidade, de modo a identificar os entraves e construir, de forma coletiva, as proposições.

Assim, é possível concluir que o processo de implantação destes dispositivos priorizou uma participação que, em alguns momentos, pode ser denominada como colaborativa e, em outros, de nível de decisão. A primeira pode ser definida como desenvolvimento das ações priorizadas sem a discussão com os executores; e a segunda, são definidos aspectos menores, desconectados das propostas mais amplas (GANDIN, 2001, p.89). O que revela uma desarticulação entre as dimensões da gestão e da gerência da PNH (Santos e Ribeiro, 2009).

A consequência desses processos participativos, conforme aponta Gandin é a “descrença”, visto que, com o tempo percebem que a sua participação é secundária.

Obviamente, esse fato reflete no processo de implantação das diretrizes da PNH, pois, estas pressupõe envolvimento dos trabalhadores, gestores e usuários, para provocar, assim, as transformações necessárias para a qualificação do serviço e cumprimento da finalidade última da política que é garantir qualidade dos serviços de saúde. Como essa equipe não foi envolvida, as bases de sustentação dos dispositivos são frágeis.

Além desses aspectos, a implantação dos dispositivos podem ser considerados como um movimento contra-hegemônico no serviço; uma tecnologia leve como alternativa para estimular a reforma do pensamento dos trabalhadores, gestores e usuários, para enfrentamento do excesso de tecnologia pesada e da supervalorização da especialização, do procedimento, que se fortalece na saúde pelo conhecimento especializado, o qual “rejeita as ligações e intercomunicações”, conforme aponta Morin (2011; 48), necessárias ao cuidado em saúde, pois, seus problemas são multidimensionais.

De acordo com Santos (2000, p. 36) “o uso extremado da técnica e a proeminência do pensamento técnico conduzem à necessidade obsessiva de normas”. Como consequência dessa decisão aumenta a inflexibilidade do comportamento que promove uma dificuldade de absorver as proposições da implantação destes dispositivos. Essa análise é corroborada por Morin (2011, p. 51) quando afirma que essas medidas demandam a mudança na postura dos trabalhadores e gestores do SUS que reafirmam no desenvolvimento do seu processo de trabalho “as contrições e os mecanismos inumanos da máquina artificial e sua visão determinista, mecanicista, quantitativa, formalista ignora, oculta ou dissolve tudo que é subjetivo, afetivo, livre ou criador”. Daí a necessidade de transformação do pensamento (gestão), como já discutido por Freire, Morin e Santos e Ribeiro, que deve refletir nos sujeitos de saúde.

Como resultado desse cotidiano da saúde, esses movimentos contra-hegemônicos tendem a ser “deglutidos” [isto é, tendem] a desaparecer “[...] fisicamente seja a permanecer, mas de forma subordinada” (SANTOS, 2000, p.35). Para o autor, a lógica predominante na saúde baseados nos movimentos hegemônicos estão tão incorporados que é possível visualizar nomenclaturas novas como uma tentativa de promover a mudança com conceitos e práticas antigas, promovendo, assim, uma resistência às mudanças necessárias.

5.9.3 Modelo de gestão

De acordo com o Paim (2008, p.298), ao analisar os desafios do SUS na contemporaneidade,

[...] pouco se avançou na efetivação da integralidade e da igualdade, na institucionalização da carreira de gestor ou na influência da sociedade civil e dos conselhos de saúde sobre a formulação de políticas e de estratégias do SUS. Daí a advertência do Fórum da RSB, registrando que não será possível continuar expandindo a cobertura sem mudar os modelos de atenção e de gestão.

Os dados coletados na pesquisa confirmam essa afirmativa, ao constatar que a implantação das diretrizes e dispositivos da PNH não se efetiva com a manutenção do modelo de gestão existente no SUS, sendo que a sua modificação perpassa pela dimensão subjetiva dos sujeitos que ocupam estes espaços e os valores que os norteiam e que devem nortear as práticas de saúde.

Outro aspecto confirmado pela pesquisa é o predomínio do excesso de especialização, da fragmentação, de modos mecanicistas e reducionistas de gestão e gerência que produzem excesso da racionalidade e obsessão por um conceito de eficácia e eficiência liberal (hegemônica). Para Souza Santos (2005, p.13), os conceitos de racionalidade e de eficácia, subjacentes ao conhecimento técnico-científico hegemônico, “são demasiado restritivos para captar a riqueza e a diversidade da experiência social (...)”, de modo que buscam ocultar e desacreditar (...) todas as práticas, todos os agentes e saberes que não são racionais ou eficazes segundo os seus critérios (...)”. Assim, a concepção do modelo/padrão de gestão proposto pelas diretrizes e dispositivos da PNH não coadunam com a concepção ideológica que subjace o modelo de gestão hegemônico, pois, este modo busca captar o que tem de singular e único em cada encontro produzido no cotidiano da gestão.

Por sua vez, este projeto hegemônico constrói ideologias que deturpam os valores que devem fundamentar um cuidado na saúde equânime, integral e universal. Esta concepção circula e orientam os espaços das práticas de saúde, a academia, os serviços e unidades assistenciais e os gestores, contaminando, também, gerentes e trabalhadores do sistema. Além disso, conforme mencionado no capítulo anterior, para os interesses do grande capital a saúde é uma “mina de ouro”, desde a formação, conforme destacado pela entrevistada 15.5, “a

formação na saúde é uma alternativa para ascender socialmente” até o elevado custo de medicamentos, equipamentos e outros subprodutos e serviços integrados a esta cadeia produtiva. Ou seja, um homem, sujeito concreto e portador da sua história de vida e influenciado pelas ideologias do capital, muitas vezes, busca a carreira na saúde para ascender socialmente e é exatamente este homem, comprometido com estes valores que será o gestor, o gerente ou o trabalhador que protagonizará os cuidados na saúde.

Para a Administração Política esse fato ocorre porque a base técnica e organizativa para se alcançar a finalidade social da Política Pública de Saúde não cumpre o seu papel, uma vez que o seu objetivo é distinto dos interesses públicos, tendo em vista refletir interesses particularizados, que atendem, portanto, aos objetivos do projeto societário hegemônico vinculado as classes majoritárias e ao interesse do grande capital (nacional e internacional). Obviamente que diante deste contexto, a prática hegemônica na gestão e gerência reproduzirá esses valores.

Nesse sentido, a construção de um novo modelo de gestão para a saúde perpassa pela mudança da “práxis” do sujeito da gestão, do gestor, denominada por Freire (2005, p. 19) como a “(...) reflexão e ação dos homens sobre o mundo para transformá-lo. Sem ela, é impossível a superação da contradição (...)” para que essa mudança promova a transformação social necessária para imprimir os valores perdidos e afirmados na CF nas práticas gestoras da saúde, isto é, modos de produção comprometidos com a vida.

As bases dessa transformação social na gestão do SUS podem se fundamentar, como destaca Souza Santos, em aspectos presentes na sociologia das emergências, e na teoria da complexidade de Morin.

Para esse enfrentamento, a sociologia das emergências propõe, de acordo com Souza Santos (2005, p.25), três categorias modais da existência: a realidade, a necessidade e a possibilidade. A racionalidade e os conhecimentos hegemônicos centram-se nos dois primeiros e abandonam completamente o terceiro. Assim, a sociologia das emergências “é a investigação das alternativas que cabem no horizonte das possibilidades concretas” (2005, p.25).

É exatamente o caminho da possibilidade que impõe a necessidade de construir na gestão do SUS e, para visualizar estas possibilidades existentes no cotidiano dos serviços, é necessário “recompor o todo” (MAUSS apud MORIN, p. 59) e “mobilizar o todo” (MORIN) por meio de um “pensamento que religue o que está separado e compartimentado, que respeite

o diverso reconhecendo inteiramente o um, que tente discriminar as interdependências” (MORIN; p.59).

A partir dessa construção, é possível produzir na gestão a compreensão de “inseparabilidade e inter-retroação” dos problemas vivenciados no serviço, principalmente num serviço de emergência, construindo a partir das possibilidades alternativas de ação que supere a lógica da “indução” ou do “apagar incêndios”. E incluindo novos elementos e valores perdidos na prática da gestão, provavelmente esse é o caminho da possibilidade, dos sistemas de cogestão e horizontalização, que podem produzir a tão esperada transformação nos modos de gestão e do cuidado no SUS.

6 AGENDA PROPOSITIVA: CAMINHOS POSSÍVEIS PARA A GESTÃO DA PNH

Diante da discussão realizada e dos aspectos identificados como entraves para a operacionalização da PNH, seguem alguns elementos propositivos que podem abrir caminhos para mudanças importantes no processo de implantação dessa política. Para a construção dessa proposta de agenda, além da análise dos resultados do estudo foram utilizadas observações e reflexões feitas durante a prática da Residência Social (RS)²⁴.

Assim, esta seção será dividida em dois itens, o primeiro apresenta a vivência resumida da experiência da RS, com elementos que podem ser reaplicados em unidades hospitalares do Estado da Bahia e, o segundo, indica uma sugestão de agenda propositiva articulada às experiências da RS.

6.1 RESIDÊNCIA SOCIAL

A residência social foi desenvolvida no Grupo Hospitalar Conceição (GHC) e na Universidade Federal Fluminense (UFF), sendo que em cada espaço foram vivenciadas 80 horas. O método utilizado para a coleta das informações consistiu na escuta livre dos trabalhadores e gestores envolvidos na implantação da PNH, especialmente os lotados em emergências das unidades hospitalares, espaço similar ao foco da pesquisa desenvolvida. É relevante observar que alguns serviços visitados também integravam o conjunto de unidades do Programa SOS Emergência.

24

A Residência Social é uma tecnologia criada pelo CIAGS/UFBA, registrada junto ao Instituto Nacional de Propriedade Intelectual - INPI. Caracteriza-se pela inserção de alunos em organizações e projetos relacionados ao desenvolvimento social, complementando sua formação com uma vivência prática intensiva, com uma carga horária de 160 horas, o equivalente a 30 (trinta) dias de atividades. Funciona como um estágio acadêmico, por meio do qual os alunos (vários dos quais ocupam posições de destaque no âmbito de gestão dos problemas em organizações públicas, privadas ou do terceiro setor brasileiro) se propõem a conhecer diferentes formas de gestão dos tipos de problemas que estudam e que quase sempre coincidem com seus interesses e atuações profissionais.

No GHC o objetivo principal da atividade consistiu em observar o processo de implantação das diretrizes da Política Nacional de Humanização, no âmbito da gestão e da gerência.

A organização surge em 1975 com a desapropriação dos hospitais Conceição, Fêmina e Cristo Redentor e passa a ser mantido pelo Ministério da Saúde, se transformando no maior complexo hospitalar do Sul do país, a partir do ano de 2003. A partir desse momento, passou a prestar atendimento exclusivamente pelo SUS e atualmente é formada pelos hospitais Nossa Senhora da Conceição, Criança Conceição, Cristo Redentor e Fêmina, além de contar com doze postos do Serviço de Saúde Comunitária e três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Para a prestação destes serviços dispõe de 1.535 leitos; 1.343 trabalhadores definitivos; 400 trabalhadores temporários e 300 estagiários.

Para o alcance da missão e da visão organizacional é elaborado o planejamento institucional, que é sistematizado na agenda estratégica da organização e que se traduz em objetivos estratégicos, metas e indicadores para monitoramento e avaliação da qualidade, produtividade, eficiência na alocação de recursos e dos serviços prestados pelo GHC (GHC, 2013).

Como no ano de 2003 a GF pretendia transformar a unidade no maior complexo hospitalar do sul e, coincidentemente, é o ano de elaboração da PNH, provavelmente articulou o desenvolvimento da política *in loco* nessa unidade, centrando esforços para que o grupo fosse referência na implantação da PNH. Além disso, é importante ressaltar que, diante dos relatos dos trabalhadores, é possível concluir que a gestão da unidade era sensível às discussões suscitadas pela humanização.

Assim, uma serie de ações foram desenvolvidas, por meio de mecanismos que institucionalizaria o modelo de gestão da PNH, assegurando, assim, um campo fértil para a implantação das suas diretrizes. Dentre essas ações, cabe destacar as seguintes: elaboração do Plano de Investimento da Unidade; formação do conselho de gestão hospitalar com composição de usuários, trabalhadores e gestores; formação do colegiado gestor e de gestão, com estabelecimento de contratos internos de gestão, elaborados com base no plano de ação de cada setor. Esses, por sua vez, dialogam com a agenda estratégica e com o plano de investimento; com estratégias de valorização do trabalhador; com definição da avaliação de desempenho e de um plano de carreira em permanente construção; e implantação do acolhimento com classificação de risco, assim como, adaptações na ambiência que buscavam

tanto qualificar os fluxos e processos de trabalho desenvolvidos, como assegurar os direitos dos usuários.

A descontinuidade da gestão enfraqueceu algumas estratégias. Entretanto, como no ato da implantação das diretrizes foram assegurados instrumentos de gestão estas permanecem em desenvolvimento na unidade, ainda que sofram interferências de outras percepções dos atuais gestores.

Na UFF, foi possível integrar o Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social participando, assim, de aulas sobre Políticas públicas, além de visitar três unidades hospitalares federais situadas no Rio de Janeiro com o objetivo de mapear as estratégias desenvolvidas para a implantação das diretrizes da PNH. Essa vivência possibilitou experiências práticas em espaços com gestão similares (gestão federal) e com estratégias diversas para a implantação dessa política.

Assim, foram encontradas ações vinculadas com a implantação da ouvidoria, sendo que a gestão demonstra ter dificuldade de utilizar sua estrutura como um instrumento de gestão, a fim de qualificar as ações desenvolvidas na unidade, mesmo aspecto identificado na unidade hospitalar estudada; ações pontuais vinculadas a uma determinada gestão e a formação de uma câmara técnica, com composição de diretores das unidades hospitalares federais que buscam discutir estratégias de implementação das diretrizes da PNH de forma articulada.

A partir do breve relato da RS, é possível identificar pilares que podem contribuir para a implantação das diretrizes da PNH, tais como: inclusão das diretrizes nos instrumentos de gestão; implantação de um sistema de cogestão bem estruturado e articulados, que devem propor indicadores elaborados de forma participativa, assim como, mecanismos de acompanhamento e monitoramento; além da articulação com outras unidades para pautar a discussão e sua implementação em todas as unidades da rede.

Dessa forma, os elementos citados pautaram a estratégias da agenda propositiva, apresentada a seguir.

6.2 AGENDA PROPOSITIVA

Conforme já apontado, a proposta relacionará elementos identificados no resultado da pesquisa, assim como, estratégias vivenciadas nas unidades visitadas durante a residência social. Assim, estas se vinculam a duas instâncias: a GE e a unidade hospitalar estudada, extensivo a outras unidades da rede própria.

I. Estratégias da Gestão Estadual

A gestão estadual necessita estabelecer direcionalidade para os gestores das unidades da rede própria. O alcance desse aspecto se vincula a elaboração de um planejamento que considere a articulação entre três variáveis: projeto de governo, capacidade de governo e a governabilidade (MATUS, 1997 apud TEIXEIRA, 2010).

De acordo com esse autor, um projeto de governo “se refere ao conteúdo das proposições dos projetos de ação”; a capacidade de governo se vincula a “capacidade técnica, ao manejo de métodos, às habilidades e experiências de um ator e sua equipe de governo para conduzir o processo social até os objetivos estabelecidos”; e, por fim, a governabilidade “se refere às variáveis que são controladas pelo ator” (MATUS, 1997 apud TEIXEIRA, 2010, p.28).

Nesse sentido, considerando como projeto de governo o processo de implantação da PNH; a capacidade técnica, a equipe de trabalhadores e gestores da SESAB que desenvolvem ações que buscam qualificar o cuidado, independente da superintendência a que se vincula; e a governabilidade, como as dificuldades e/ou facilidades estruturais, técnicas existentes neste serviço, é possível propor:

- **Formação de uma câmara técnica** com representação da gestão das unidades da rede própria, com oferta de serviços de emergência geral, e da GE. O principal objetivo é constituir um espaço para o diálogo entre a GE e a GL das unidades da rede própria, a fim de elaborar propostas coletivas que articulem a capacidade de governo com a governabilidade existente nos serviços e que possam assegurar a implantação das diretrizes da PNH; assim como, priorizar diretrizes de acordo com as possibilidades existentes. Nesse sentido, essa priorização de ações devem compor os compromissos a serem inseridos no POA, assegurando, dessa forma, que sua proposição, acompanhamento e monitoramento perpassem por esse espaço de decisão coletiva.

II. Estratégias da Gestão Local

A gestão local e a gerência devem buscar o desenvolvimento das estratégias propostas abaixo, as quais estão articuladas e integradas:

- Formação do Conselho Gestor da unidade, com participação de usuários trabalhadores e gestores;
- Manutenção e fortalecimento do Colegiado de Gestão existente, com elaboração de um plano de ação e estabelecimento de contratos internos de gestão;
- Formação e/ou manutenção e fortalecimento de colegiados gestores dos diversos setores da unidade, com definição de um plano de ação e estabelecimento de contratos internos de gestão de forma colegiada e participativa.

Essas estratégias estão vinculadas e devem assegurar a elaboração de indicadores de forma descendente, os quais devem estar interligados com os compromissos estabelecidos no POA, a partir dos encontros da Câmara Técnica. Para assegurar o modo de gestão da PNH – democrático e participativo – essas instâncias devem buscar o envolvimento efetivo dos trabalhadores e gestores, garantindo, portanto, uma participação denominada por Gandin (2001) como *construção em conjunto*. Para isso a gestão deve superar a verticalização e buscar a construção de modos horizontais. A proposta é que os conjuntos de indicadores construídos estejam articulados.

A partir de toda discussão provocada pelo estudo, foram construídos um conjunto de indicadores para a Gestão e Gerência das unidades, os quais compõe uma matriz de análise da implantação da PNH (no apêndice X). Estes foram construídos com base no método apresentado pela Administração Política, articulando elementos da administração profissional.

Assim, no conceito de Administração Política foram definidas duas dimensões fundamentais com o objetivo de medir tanto a qualidade da concepção do modelo e gestão (forma) como em perceber a dinâmica para a implantação dessa concepção. A primeira dimensão, a da forma, foi estruturada para analisar a qualidade da dimensão desenvolvimento institucional, com base nos instrumentos marcos legais e institucionais vigentes, que fundamentam a concepção e implantação do modelo de gestão proposto pela PNH para o SUS; A segunda dimensão, a da dinâmica, foi estruturada para mediar os macroprocessos desenvolvidos na unidade hospitalar que interferiram e/ou interferem na implantação das diretrizes e dispositivos de humanização na emergência. Nesse sentido, propõe um conjunto

de indicadores para analisar as estratégias desenvolvidas pela gestão que asseguram a sustentabilidade da humanização nas unidades da rede própria e, conseqüentemente, interfere no modelo de gestão da SESAB.

Com base no conceito de Administração Profissional foram definidas três dimensões principais (ainda que não esgotem a capacidade de gerência): estrutura administrativa, dinâmica organizacional (microprocessos) e os resultados com vistas a identificar a estrutura, os microprocessos cotidianos implantados na emergência da unidade e os resultados da Política de Humanização posto em prática na unidade hospitalar selecionada.

A partir desses conceitos estratégicos, a matriz apresenta variáveis, indicadores, atores e instrumentos que podem contribuir para uma análise crítica e contextualizada sobre o objeto estudado. É importante ressaltar que deve imperar no processo de análise desses indicadores os elementos qualitativos que asseguram identificar os principais aspectos que podem revelar os caminhos e descaminhos dos processos de trabalho e fluxos organizacionais, de forma que o “como fazer” oriente o “que fazer”, conforme apontam Santos e Ribeiro (2009).

A articulação entre essas estratégias podem evoluir no futuro para a construção de um plano de investimento da SESAB, o qual deve ser aplicado em cada unidade da rede própria, de modo que estes sejam discutidos e pactuados no conselho de gestão, nos colegiados de gestão e de gestores existentes. Assim, a gestão passa a ter autonomia dos recursos destinados para a manutenção e qualificação do serviço.

Dessa forma, é possível compor um plano de implantação dessa política, articulada com outras políticas, assegurando, dessa forma, a transversalidade (princípio da PNH), condizente com a realidade da GE e da GL e essas devem buscar parceria e articulação com a GF.

7 CONSIDERAÇÕES

O estudo alcançou o objetivo proposto uma vez que conseguiu definir um referencial teórico novo sobre o campo da Administração Política que ajudou a definir duas dimensões que integram o processo administrativo da PNH: a gestão e a gerência. Com essa base teórica e metodológica e o aporte de outros estudos acadêmicos relevantes sobre o tema, foi possível desenhar instrumentos de análise crítica e contextualizada sobre a Política, com ênfase no processo de implantação das diretrizes e dispositivos da PNH na emergência da unidade hospitalar selecionada.

Desse modo, foi possível discutir velhas questões inerentes ao processo de implantação da política de saúde, assim como integrar novos elementos conceituais e empíricos para uma análise mais próxima sobre as dinâmicas macro e micro organizacionais, envolvendo, assim, a gestão e a gerência, de modo à buscar compreender um processo tão complexo e subjetivo envolvendo os aspectos administrativos do SUS e da PNH.

Com essa base teórico-metodológica crítica, foi possível adentrar a estrutura da máquina do Estado e observar que o projeto ético-político da PNH sofre interferência da disputa dos projetos societários existentes. Por essa razão, ao observar o processo de implantação foi possível visualizar corriqueiramente as mudanças superficiais que não inserem as dificuldades reais vivenciadas pelo serviço. Assim, as diretrizes viraram indicadores quantitativos de gestão (mas que no fundo refletem apenas a gerência), definidos, na maioria das vezes, de forma verticalizada, com metas a serem alcançadas, impondo, desse modo, que “o que fazer” suplante o “como fazer” (base científica e técnica da Administração Política).

Nesse sentido, as transformações contra hegemônicas a serem vivenciadas na unidade desapareceram ou estão subordinadas aos processos hegemônicos, demonstrando que os caminhos adotados pela gestão, embora apresentem sensibilidade para a questão da humanização, ainda predominam relações verticalizadas e autoritárias, que não dão conta de implementar uma política tão complexa como a PNH.

Outrossim, o papel da GE nesse processo deve ser reforçado, de acordo com os princípios da descentralização e este ente deve ser capaz de pensar as políticas públicas intermediárias e operacionais para implantar o SUS, de acordo com a especificidade Estadual.

Como algumas dessas políticas não são priorizadas, ficam divagando pelo desejo individual dos seus trabalhadores, sem a definição de uma estratégia majoritária do Estado.

Nesse hiato, a GF, utilizando a lógica da “indução”, chega e apresenta suas diretrizes gerais para alcançar essa implantação e a GE executa sem questionar e/ou relacionar com a sua realidade. Esse “vazio” de direcionalidade de condução, próprio da concepção de um dado modelo/padrão de administração política, permite, pois, que os gestores das unidades da rede própria se apresentem como uma “janela” para a GF adentrar e definir as diretrizes.

Pelas razões expostas, é possível observar em vários momentos da análise dos dados que a GL demonstrava que a GF estava mais próxima, sendo inclusive, capaz de negociar com o seu gestor, aspectos que qualificariam os cuidados prestados pelo serviço.

Além desses aspectos, é relevante observar algumas limitações do estudo, a principal delas perpassa pela produção excessiva de dados sobre a gestão das diretrizes e dispositivos da PNH na unidade e a outra, revela a necessidade de aprofundamento de alguns desses dados, tais como, a internação domiciliar, o direito ao acompanhante, educação permanente, o acolhimento, dentre outros. Nesse sentido, é inevitável o desenvolvimento de novos estudos acadêmicos nessa área, os quais podem inclusive, fortalecer a Política de Humanização no Estado da Bahia.

Dentre as contribuições, é possível ressaltar as vinculadas à academia e a gestão da PNH. No que se refere à academia foi possível adensar novas análises de políticas públicas, com base na fundamentação teórica-metodológica da Administração Política, ratificando a importância de realizar novos estudos sobre a gestão da saúde com base nesse referencial. Além disso, a participação dos estudantes do Curso de Gestão Pública e Gestão Social, da Escola de Administração da UFBA, tanto integraram novas percepções ao estudo, como proporcionou a vivência na operacionalização de uma política pública, contribuindo para a qualificação da formação profissional, assim como, com a articulação entre academia (teoria) e o cotidiano da prática.

Em relação à gestão da política, a principal contribuição do estudo perpassa pela sugestão de uma agenda propositiva com a intenção de contribuir com a GE na sua implementação, a partir da proposição de indicadores qualitativos que buscam acompanhar, monitorar e avaliar o desenvolvimento das diretrizes e dispositivos da humanização nas unidades da rede própria do Estado. Esses, por sua vez, podem compor a nova versão do POA para próximos anos.

É importante salientar, que parte das proposições contidas foram construídas com base na vivência realizada com a Residência Social, desenvolvida no GHC e na UFF, as quais possibilitaram a pesquisadora conhecer alternativas utilizadas pela gestão de unidades hospitalares federais para a implantação das diretrizes e dispositivos da PNH.

Por fim, a implantação dessa política perpassa pela capacidade de reavivar o movimento da RSB nas unidades da rede própria, estimulando, por meio do contágio, gestores, trabalhadores e usuários, superando, assim, as lógicas predominantes e fortalecendo, como preconizado pela sociologia das emergências, as possibilidades, as “brechas” existentes no cotidiano dos serviços que possibilitam a reafirmação os princípios e diretrizes do SUS.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, C; LOPES, J; NOGUEIRA, L; PINTO, E; PINTO, R. **O Estudo de Caso**. Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, 2008.

ARAÚJO, Dolores; MIRANDA, M^a Claudina Gomes de; BRASIL, Sandra L. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. In: **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 31, Supl. 1. Jun. 2007. p. 20-31.

ARREAZA, Antônio Luis Vicente; MORAES, José Cássio de. Contribuição teórico-conceitual para a pesquisa avaliativa no contexto de vigilância da saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2010, vol.15, n.5, pp. 2627-2638. ISSN 1413-8123.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2005, vol.10, n.3, pp. 549-560. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000300013>. BAHIA. Secretaria Estadual de Saúde. Plano Operativo Anual 2009 – 2010.

BLANK, Vera Lúcia G. RIBEIRO, Edilza Maria; PIRES, Denise. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2004, vol.20, n.2, pp. 438-446. ISSN 0102-311X.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface – Comunic., Saude, Educ.**, v.9, n.17, p.389-394, 2005.

_____. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, 2005. pp. 561 – 571.

BEHRING, Elaine Rosseti. Política Social no contexto da crise capitalista. In: CFESS e ABEPSS (Organizadoras). **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. p. 302-321.

BEHRING, Elaine Rosseti; SANTOS, Silvana M. de Moraes. Questão Social e direitos. In **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. p. 268- 283.

BOSCHETTI, Ivanete. A política de seguridade social no Brasil”. In: CFESS e ABEPSS (Organizadoras). **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009, p. 323-338.

_____. GHC. A Saúde que estamos construindo. **Relatório Social**, 2011.

BAHIA. **Plano Estadual de Educação na Saúde com ênfase nas Redes de Atenção e Vigilância à Saúde**, 2013.

BRASIL. Casa Civil. **Decreto nº 7508/2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União** Brasília, DF, 29. Jun. 2011.

_____. Portaria Ministerial nº 4.279, de 30/12/2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Monitoramento e avaliação na Política Nacional de Humanização na rede de atenção e gestão do SUS: manual com eixos avaliativos e indicadores de referência. Série B. **Textos básicos de Saúde**, 1. Edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Ministerial nº 1996/2007. Brasília, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Cartilha HumanizaSUS: **Acolhimento com avaliação e classificação de risco**: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2004.

_____. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização – **documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 de set. 1990.

_____. Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez.1990.

_____. Ministério da Saúde. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, 10 de out.1996.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

CAMPOMAR, Marcos. Do uso de “estudo de caso” em pesquisas para dissertações e teses em administração. **Revista de Administração**, v. 26, n. 3. 1991, p. 95 – 97.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Um método para análise e cogestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção do valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. 3ª edição, São Paulo: Hucitec, 2000, p. 21 – 38.

DESLANDES, Suely F. O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidades. **Interface: comunicação, saúde e educação**, v. 9, nº17. Mar/ago, 2005. p. 389-406.

_____. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2004, vol.9, n.1, pp. 7-14. ISSN 1413-8123.

_____. Uma ótica de Gestores sobre a humanização da Assistência NAS Maternidades Municipais do Rio de Janeiro. **Ciênc.. saúde coletiva** [online]. 2005, vol.10, n.3, pp 615-626. ISSN 1413-8123.

FERLA, Alcindo; CECCIM, Ricardo. Educação Permanente em Saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio e Estação Observatório de Recursos Humanos (Orgs.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV; 2006. p. 7–12.

FEUERWERKER, Laura. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface**. 2005, vol.9, n. 18, pp. 489 - 506.

FLEURY, Sônia. OUVERNEY, Assis Mafort. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, Lígia et. al. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008, p. 23-64.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979. pp. 79 – 98.

FRASSON, Carla Beatriz. **Análise do Discurso: Considerações Básicas**. 2003. Disponível em <<http://www.fucamp.edu.br/wpcontent/uploads/2010/10/12%C2%BA-CARLA-FASSONAn%C3%A1lise-do-Discurso.pdf>> Acesso em janeiro de 2013.

FRANCO, Túlio; MERHY, Emerson. Trabalho em Saúde. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**, 2005.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 44ª edição. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 2005. 213 p.

FREITAS, Fábio F. B. de. **Democracia, igualdade, diferença e tolerância**. Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/direitos/militantes/fabiofreitas/texto45.htm>>. Acesso em: janeiro de 2014.

FREY, Klaus. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, n. 21, p. 211-259, jun. 2000.

FUGANTI, Luiz. Biopolítica e produção de saúde: um outro humanismo? **Interface (Botucatu)** [online]. 2009, vol.13, suppl.1, pp. 667-679. ISSN 1807-5762.

GADOTTI, Moacir. Cidadania Planetária: pontos para reflexão. **Conferência continental das Américas**. 30 de novembro a 03 de dezembro de 1998.

GANDIN, Danilo. A posição do planejamento participativo: entre as ferramentas de intervenção na realidade. **Currículos sem fronteiras**, v. 1, n.1, p. 81-95, jan/jun, 2001

GERMANO, José Willington. Globalização contra-hegemônica, solidariedade e emancipação social. In: **Cronos**, Natal (RN), v. 8, n. 1. Jan/jun. 2007. pp. 41 – 55.

GHC. Programa de integração dos novos empregados do GHC, 2013.

HECKERT, Ana Lúcia Coelho; PASSOS, Eduardo e BARROS, Maria Elizabeth Barros de. Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. **Interface** (Botucatu). 2009, vol.13, suppl. 1, pp. 493-502.

HGRS. **Relatório das reuniões do NAQH**. 2009

HGRS. **Atas das reuniões do GTH**, 2009.

HOWLETT, Michael; RAMESH, M.; PERL, Anthony. **Política Pública: seus ciclos e subsistemas**: uma abordagem integradora. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. 305p.

IAMAMOTO, Marilda. O Serviço Social na cena contemporânea. In: CFESS/ABEPSS. (Orgs.). **Direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/Abepss,2009, pp.15 – 50.

KHOURI, Mauro Michael al. **Rizoma e educação**: contribuições de Deleuze e Guatarri. UFC, 2009

LUDWIG, MLM; BONILHA, ALL. O contexto de um serviço de emergência: com a palavra o usuário. **Rev Bras Enfermagem**, 2003, 56(1):12-7.

MATTOS, Ruben Araújo de. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Interface** (Botucatu). 2009, vol.13, suppl. 1, pp. 771-780. ISSN 1414-3283.

MENEZES, Estera; SILVA, Edna. **Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação**. 4. Ed. Florianópolis: ufsc, 2005, 138p.

MINAYO, M. C. De S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 7. Ed. São Paulo: Hucitec, 2000, p. 255.

MINAYO, M. C. De S. e SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementariedade? In **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 1993, p. 239-262.

MORIN, Edgar. **Rumo ao Abismo?** Ensaio sobre o destino da Humanidade. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2011.

_____. Sociedade-mundo ou Império-Mundo? In DUPAS, LAFER e SILVA (org). **A nova configuração mundial do poder**. São Paulo. Paz e Terra. 2008.

O'CONNOR, James. **USA**: a crise fiscal do Estado capitalista. Rio de Janeiro: Paz e Terra,1977.

OLIVEIRA, Eliane dos Santos de; MACHADO, Maria Helena. Para medir o trabalho em saúde no Brasil: principais fontes de informação. In: Divulgação em saúde para o debate: **Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde**. CEBES: Rio de Janeiro, nº 45, maio/2010, pp. 105 - 114. Serie Gestão do Trabalho – I.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária Brasileira**: contribuição para a compreensão crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, 356p.

_____. Política de Saúde no Brasil. In Rouquayrol, MZ & Almeida Filho, N. **Epidemiologia e Saúde**. 6. Ed, Rio de Janeiro, 2003, p. 587 – 603.

PASCHE, Dário Frederico; PASSOS, Eduardo and HENNINGTON, Élide Azevedo. Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública . **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2011, vol.16, n.11, pp. 4541-4548. ISSN 1413-8123.

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. Estado, sociedade e esfera pública. In: CFESS; ABEPSS. (org.). **Serviço Social: Direitos Sociais e Competência Profissionais**. 1 ed. Brasília – DF: CFESS/ABEPSS, 2009, v. 1, p.286-299.

PEREIRA, Eduardo Tadeu. Boa Ventura de Souza Santos e a sociedade civil em tempos de globalização. **Revista Filosofia**, v. 20, nº 26. Curitiba: Jan/jun, 2008. p. 113-126.

PIERANTONI, Célia Regina. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidade. In: **Revista Ciências e Saúde Coletiva**, n. 6, 2001. p. 341 – 360.

RAMOS, A. **Metodologia da investigação**. Universidade do Minho, 2005. Disponível em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/6914/11/11%20-%20Metodologia.pdf> [online] > acessado em janeiro de 2013.

SANTOS, Milton (2000). **Por uma outra globalização; do pensamento único à consciência universal**. São Paulo: Record. (Introdução, caps. III, VI).

SANTOS, Reginaldo; RIBEIRO, Elizabeth. Projeto do Núcleo de Estudos Conjunturais em Administração. Salvador, 2013 (mimeo)

SANTOS, Reginaldo; RIBEIRO, Elizabeth. **A administração política como campo do conhecimento**. São Paulo: Mandacaru/Hucitec, 2009, parte I.

_____. Bases Teóricas Metodológica da Administração Política. **REBAP**, nº 2, Salvador, 2009

_____. **Empiria e Construção de novos Parâmetros Teórico-metodológicos para Avaliação da Administração Política Brasileira**: Uma análise aplicada à realidade do município de Itabuna-BA. Projeto de Pesquisa. Salvador, 2009 (mimeo).

_____. Reestruturação produtiva do Estado brasileiro na perspectiva do projeto neoliberal. **RAP**, v. 38, n. 1, p. 7-32, jan./fev. 2004.

_____. Notas metodológicas para a concepção de uma nova política social para o Brasil. **RAP**, v. 36, n. 6, p. 933-957, nov./dez. 2002.

_____. A administração política brasileira. **RAP**, Rio de Janeiro, n. 4, 1993.

SANTOS, Reginaldo, Souza. A controvertida crise fiscal brasileira. **Revista Desenhahia**, Salvador, v. 1, n. 1, set. 2004.

_____. Em busca da apreensão de um conceito para a administração política. **RAP**, Rio de Janeiro, n. 5, 2001.

SANTOS FILHO, Serafim Barbosa; BARROS, Maria Elizabeth Barros de e GOMES, Rafael da Silveira. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Interface** (Botucatu). 2009, vol.13, suppl.1, pp. 603-613.

_____; Maria Elizabeth Barros de. **Trabalhador da saúde**: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007. p. 20-59;

_____; FIGUEIREDO, Vera de Oliveira Nunes. Contratos internos de gestão no contexto da Política de Humanização: experimentando uma metodologia no referencial da cogestão. **Interface** (Botucatu). 2009, vol.13, suppl.1, pp. 615-626.

SANTOS FILHO, Serafim Barbosa. Avaliação e Humanização em Saúde: aproximações metodológicas. **Coleção Saúde Coletiva**, Ed. UNIJUI. 2009, 272p.

_____. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Coleção Ciência & Saúde**, v. 12: 2007, p. 999-1010.

SECCHI, Leonardo. **Políticas Públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. 2ª edição. São Paulo: Cengage Learning. 2013, p. 1 -41; 99-110.

SESAB, Plano Plurianual da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, 2010/2011.

SILVA, M. O. S. (Coord.). **O Serviço Social e o popular**: resgate teórico-metodológico do Projeto Profissional de Ruptura. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

SILVA, Kênia Lara et al. Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública** [online]. 2005, v. 39, n.3, p. 391-397.

SIMÕES, Carlos. Curso de direito do serviço social. **Biblioteca Básica de Serviço Social**. V. 3. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2006.

SOLLA, Jorge P.; TEIXEIRA, Carmen F. **Modelo de atenção à saúde: Promoção, vigilância e Saúde da família**. Salvador: EADUFBa, 2006, 237 p.

SOUSA SANTOS, Boaventura de. **O Fórum Social Mundial**. São Paulo: Cortez, 2005.

_____. Reinventar a democracia: entre o pré-contratualismo e o pós-contratualismo", In: REIS, Daniel Aarão et al (org.), **A crise dos paradigmas em ciências sociais e os desafios para o século XXI**. Rio de Janeiro: Contraponto, 1999.

_____. Por uma concepção multicultural de direitos humanos. **Lua Nova**, São Paulo, nº 30, 1997. p. 105-124.

SOUZA, Luiz Augusto de Paula; MENDES, Vera Lúcia Ferreira. O conceito de humanização na Política Nacional de Humanização (PNH). **Interface (Botucatu)** [online]. 2009, vol.13, suppl.1, pp. 681-688. ISSN 1414-3283.

TENORIO, Fernando G. **Gestão de ONG's**: principais funções gerenciais. 11. Edição. Editora FGV, Coleção FGV Prática, 2009, 128p.

TURATO, Egberto Ribeiro. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública** [online]. 2005, vol.39, n.3, pp. 507-514.

TEIXEIRA, Carmen (Organizadora). **Planejamento em Saúde**: Conceitos, métodos e experiências. Salvador: EDUFBA, 2010. p.17-33.

TEIXEIRA, E. C. Movimentos sociais urbanos em Salvador: um mapeamento. In: LUZ, Ana Maria Carvalho (Org.). **Quem faz Salvador?** Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2002

VIANA A. L, BAPTISTA T. W. F. Análise de políticas de saúde. In: GIOVANELLA, L, Escorel S, LOBATO, L. V. C; NORONHA, J.C. ; CARVALHO, A. I (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p.65-105.

WERMELINGER, Monica et al. A feminilização do mercado de trabalho em saúde no Brasil. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 45, p. 80-88, maio 2010.

APÊNDICE A – Instrumentos de Pesquisa

Universidade Federal da Bahia – UFBA

Escola de Administração

Programa de Desenvolvimento e Gestão Social

Projeto de Pesquisa: Caminhos adotados pela gestão para implementação das diretrizes da PNH: o estudo de caso da emergência de uma unidade hospitalar pública.

1. Identificação:

Número da entrevista:

Cargo de gestão de ocupa:

Tempo do cargo:

Idade: Sexo: () F () M

Já ocupou outros cargos de gestão? () Sim () Não

Em caso afirmativo, qual?

Quando necessita de atendimento de saúde: () SUS () Plano de Saúde

2. Formação:

Formação:

Qualificação:

Possui formação específica na área de gestão: () Sim () Não

ROTEIRO DE ENTREVISTA GESTORES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE(MS)

1. O que você entende por humanização das práticas de saúde?
 - () reflete a perspectiva assistencialista e religiosa.
 - () reflete a mudança no modelo de atenção à saúde que proporciona a qualificação nos processos de trabalho e nos fluxos organizacionais.
 - () reflete uma mudança no modelo de atenção à saúde que envolve mudanças nas práticas gestoras e gerenciais, assim como, nos processos de trabalho e fluxos organizacionais.
 - () Outras _____
 - _____

2. Quais estratégias são utilizadas pelo Ministério da Saúde na implementação e/ou consolidação de um novo modelo de atenção à saúde?
 - () Elaboração de programas e projetos que estimulem a implementação de um modelo de atenção multidisciplinar.
 - () Incentivos financeiros para Estados e Municípios que desenvolvem estratégias para consolidar esse novo modelo.
 - () Aprovação de aparato legal que busquem a implementação desse novo modelo, considerando a Política de Humanização como um meio possível.
 - () Outras _____
 - _____

3. Como é estabelecida a relação do Ministério da Saúde, com a gestão estadual e local, no que se refere às estratégias para qualificar o cuidado?
- () É uma relação construída e pactuada entre as esferas de governo, sendo as metas e indicadores construídos coletivamente.
- () É uma relação construída e pactuada entre as esferas de governo, sendo as metas e indicadores definidos pelo MS.
- () É uma relação de apoio, sendo as metas e indicadores construídos e contidos no Plano Operativo Anual do Estado da Bahia.
- () É uma relação de apoio, sendo as metas e indicadores, sendo as metas e indicadores definidos e contidos em documentos do MS.
4. Você acredita que a Gestão Federal, o Ministério da Saúde, respeita a legitimidade da Gestão Estadual e local na implementação da Política Nacional de Humanização (PNH) e outras políticas como a materno-infantil, urgência e emergência, psicossocial, dentre outras? Justifique.

() SIM () NÃO

5. Como ocorre a entrada dos apoiadores do MS nas unidades hospitalares do Estado?
- () As propostas apresentadas são construídas de acordo com as especificidades da unidade pelo MS.
- () As propostas apresentadas são construídas com os trabalhadores, gestores e usuários, atendendo às especificidades locais.
- () As propostas são apresentadas pelo MS para ser discutida com os trabalhadores.
- () As propostas são definidas para alcançar as metas e indicadores pré-estabelecidos pelo MS.
6. Quais ações de humanização foram propostas e implementadas na emergência do HGRS, com o apoio do MS?

Assegurar ampliação de acesso, cuidado Integral e resolutivo:	() Acolhimento com avaliação e classificação de risco (ACCR) () Apoio matricial () Mecanismos de desospitalização, com cuidado domiciliar.
Gestão democrática e participativa:	() Colegiado gestor () Grupo de Trabalho de Humanização (GTH); () Conselho de gestão hospitalar; () Contratos internos de gestão.
Propiciar participação e valorização dos Trabalhadores no processo e gestão do Trabalho:	() Colegiados de gestão; () gerência de porta aberta, ouvidorias e pesquisas de Satisfação; () Plano de educação permanente para trabalhadores com base nos princípios da humanização; () Projetos de valorização e cuidado ao trabalhador de saúde; () Programa de Formação em Saúde e Trabalho Projetos de Articulação de Talentos nos Serviços (arte/cultura e técnico científico); () Projeto para adequação de ambiente (Ambiência)

Assegurar direitos dos usuários, controle social e ações de promoção à Saúde no âmbito hospitalar.	() Acompanhante; () gerência de porta aberta (Fácil acesso à gestão); () ouvidorias e pesquisas de satisfação; () Carta de direitos do usuário (divulgação entre trabalhadores e usuários, assim como, implementação); () Conselhos de gestão; () Projeto para adequação de ambiente da emergência.
--	---

Outros:	
---------	--

7. Para cada ação selecionada, apresente as ações desenvolvidas pela gestão para sua operacionalização e resalte as dificuldades e facilidades vivenciadas para sua implementação?

AÇÃO	DIFICULDADE	FACILIDADE

8. A partir do que você tem vivenciado para estimular a implementação de ações de humanização, observa que é necessário uma concepção e implementação de um padrão de gestão diferente do existente no SUS? Justifique.

() SIM () NÃO

9. Como você avalia a Gestão Federal na implementação das ações de humanização no HGRS?

- () Ótima (presente e participante)
 () Boa (presente)
 () Regular (presente superficialmente)
 () Ruim (Ausente)

caso da emergência de uma unidade hospitalar pública.

1. Identificação:

Número da entrevista:

Cargo de gestão de ocupa:

Tempo do cargo:

Idade: Sexo: () F () M

Já ocupou outros cargos de gestão? () Sim () Não

Em caso afirmativo, qual?

Quando necessita de atendimento de saúde: () SUS () Plano de Saúde

2. Formação:

Formação:

Qualificação:

Possui formação específica na área de gestão: () Sim () Não

ROTEIRO DE ENTREVISTA GESTORES DE UMA UNIDADE HOSPITALAR PÚBLICA

1. O que você entende por humanização das práticas de saúde?
 - () reflete a perspectiva assistencialista e religiosa.
 - () reflete a mudança no modelo de atenção à saúde que proporciona a qualificação nos processos de trabalho e nos fluxos organizacionais.
 - () reflete uma mudança no modelo de atenção à saúde que envolve mudanças nas práticas gestoras e gerenciais, assim como, nos processos de trabalho e fluxos organizacionais.
 - () Outras _____

2. Como você avalia o papel do Ministério da Saúde (MS) e da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) na implementação da PNH?
 - () Ótimo
 - () Bom
 - () Regular
 - () Ruim

3. Como é a relação do HGRS, com a Gestão Federal e Estadual, no que se refere às estratégias para qualificar o cuidado?
 - () O hospital tem autonomia na proposição de estratégias.
 - () As estratégias estão condicionadas a programa e/ou projetos pré-definidos pelo MS e SESAB.
 - () O hospital tem autonomia na proposição de estratégias, embora deva atender as demandas de resultados apresentadas pelo MS e SESAB.
 - () Outras _____

4. Como ocorreu a entrada dos apoiadores do MS no HGRS?
 - () A chegada do apoiador foi construída com a SESAB e unidade.

() A chegada do apoiador foi definida pelo MS, a partir da necessidade de alcance dos indicadores pré-estabelecidos em programa e/ou projeto.

() Outras _____

5. As especificidades loco-regionais são respeitadas pelo MS? () SIM () NÃO
Justifique.

6. Quais estratégias do HGRS para implementação e/ou consolidação de um novo modelo de atenção à saúde?

() Elaboração de programas e projetos para qualificar a qualidade do atendimento da unidade.

() Implementação das diretrizes de humanização como base para qualificação do atendimento.

() Estratégias de controle do trabalhador para estimular a implementação deste novo modelo.

() Outras _____

7. Quais ações de humanização foram implementadas na emergência do HGRS?

Assegurar ampliação de acesso, cuidado Integral e resolutivo:	() Acolhimento com avaliação e classificação de risco (ACCR) () Apoio matricial () Mecanismos de desospitalização, com cuidado domiciliar.
Gestão democrática e participativa:	() Colegiado gestor () Grupo de Trabalho de Humanização (GTH); () Conselho de gestão hospitalar; () Contratos internos de gestão.
Propiciar participação e valorização dos Trabalhadores no processo e gestão do Trabalho:	() Colegiados de gestão; () gerência de porta aberta, ouvidorias e pesquisas de Satisfação; () Plano de educação permanente para trabalhadores com base nos princípios da humanização; () Projetos de valorização e cuidado ao trabalhador de saúde; () Programa de Formação em Saúde e Trabalho Projetos de Articulação de Talentos nos Serviços (arte/cultura e técnico científico); () Projeto para adequação de ambiente (Ambiência).
Assegurar direitos dos usuários, controle social e ações de promoção à Saúde no âmbito hospitalar.	() Acompanhante; () gerência de porta aberta (Fácil acesso à gestão); () ouvidorias e pesquisas de satisfação; () Carta de direitos do usuário (divulgação entre trabalhadores e usuários, assim como, implementação); () Conselhos de gestão; () Projeto para adequação de ambiente da emergência.
Outros:	

8. Para cada ação selecionada, apresente as ações desenvolvidas pela gestão para sua operacionalização e resalte as dificuldades e facilidades vivenciadas para sua implementação?

AÇÃO	DIFICULDADE	FACILIDADE

9. Avalie o papel das gerências²⁵ da emergência na implementação das ações de humanização na emergência do HGRS?
- () Relevante, porém pouco qualificada para fortalecimento dessas ações.
- () Relevante e qualificada para fortalecimento dessas ações.
- () Pouco relevante para o desenvolvimento dessas ações.
10. A partir do que você tem vivenciado para estimular a implementação de ações de humanização, observa que é necessário uma concepção e implementação de um padrão de gestão diferente do existente no SUS? Justifique.
- () SIM () NÃO
- _____
- _____
- _____
11. A qualificação e/ou formação da gestão e da gerencia contribui para a implementação da PNH?
- () SIM () NÃO
12. Em caso afirmativo, identifique as necessidades de formação.
- () Nível universitário
- () Pós-graduado
- () Formação continuada
- () Outros
13. Análise os compromissos pactuados no Plano Operativo Anual (POA), no que se refere à qualificação do cuidado?
- () Estes foram construídos coletivamente SESAB e unidade, respeitando as especificidades locais e o perfil assistencial.
- () Estes foram construídos pela SESAB e comunicado aos gestores das unidades.
- () Estes foram construídos pela SESAB e apresentados aos gestores das unidades.
- () Outros _____
- _____
14. Como você avalia a gestão local na implementação das ações de humanização no HGRS?
- () Ótimo

25

- Bom
- Regular
- Ruim

Projeto de Pesquisa: Caminhos adotados pela gestão para implementação das diretrizes da PNH: o estudo de caso da emergência de uma unidade hospitalar pública

1. Identificação:

Número da entrevista:

Cargo de gestão de ocupa:

Tempo do cargo:

Idade: Sexo: () F () M

Já ocupou outros cargos de gestão? () Sim () Não

Em caso afirmativo, qual?

Quando necessita de atendimento de saúde: () SUS () Plano de Saúde

2. Formação:

Formação:

Qualificação:

Possui formação específica na área de gestão: () Sim () Não

ROTEIRO DE ENTREVISTA GESTORES ESTADUAIS

1. Como você avalia o papel do MS e da SESAB na implementação da PNH?
 - () Ótimo
 - () Bom
 - () Regular
 - () Ruim

2. Qual pactuação foi estabelecida entre o MS e SESAB para acompanhamentos dos indicadores para qualificação do cuidado estabelecido pelo MS no Hospital Geral Roberto Santos (HGRS)?
 - () Foram construídos coletivamente com a gestão estadual e local.
 - () As especificidades locais foram consideradas na definição desses indicadores.
 - () Os indicadores apresentados na pactuação foram elaborados pelo Ministério da Saúde a partir de instrumentos de acompanhamento da Gestão Federal e apresentados a SESAB e gestão local da unidade.
 - () Outras _____

3. O que você entende por humanização das práticas de saúde?
 - () reflete a perspectiva assistencialista e religiosa.
 - () reflete a mudança no modelo de atenção à saúde que proporciona a qualificação nos processos de trabalho e nos fluxos organizacionais.
 - () reflete uma mudança no modelo de atenção à saúde que envolve mudanças nas práticas gestoras e gerenciais, assim como, nos processos de trabalho e fluxos organizacionais.
 - () Outras _____

4. Quais ações de Humanização a SESAB/(Citar a Diretoria entrevistada) tem estimulado a implementação, a fim de fortalecer a construção de um novo modelo de atenção à saúde?

Apoio para assegurar ampliação de acesso, cuidado Integral e resolutivo:	() Acolhimento com avaliação e classificação de risco (ACCR) () Apoio matricial () Mecanismos de desospitalização, com cuidado domiciliar.
Apoio para implementar a Gestão democrática e participativa:	() Colegiado gestor () Grupo de Trabalho de Humanização (GTH); () Conselho de gestão hospitalar; () Contratos internos de gestão.
Apoio para propiciar participação e valorização dos Trabalhadores no processo e gestão do Trabalho:	() Colegiados de gestão; () gerência de porta aberta, ouvidorias e pesquisas de Satisfação; () Plano de educação permanente para trabalhadores com base nos princípios da humanização; () Projetos de valorização e cuidado ao trabalhador de saúde; () Programa de Formação em Saúde e Trabalho Projetos de Articulação de Talentos nos Serviços (arte/cultura e técnico científico); () Projeto para adequação de ambiente (Ambiência).
Apoio para assegurar direitos dos usuários, controle social e ações de promoção à Saúde no âmbito hospitalar.	() Acompanhante; () gerência de porta aberta (Fácil acesso à gestão); () ouvidorias e pesquisas de satisfação; () Carta de direitos do usuário (divulgação entre trabalhadores e usuários, assim como, implementação); () Conselhos de gestão; () Projeto para adequação de ambiente da emergência.
Outros:	

5. Para cada ação selecionada, apresente as ações desenvolvidas o para sua operacionalização e resalte as dificuldades e facilidades vivenciadas para sua implementação?

AÇÃO	DIFICULDADE	FACILIDADE

6. Como foram elaborados e pactuados os compromisso inseridos no Plano Operativo Anual (POA), que se referem à humanização das práticas de saúde?

- () Elaborados pelos trabalhadores da SESAB (nível central) e apresentado aos trabalhadores da unidade.
 () Elaborados pelos trabalhadores da SESAB a partir da escuta dos trabalhadores da unidade.
 () Elaborado de forma coletiva envolvendo os trabalhadores da unidade e do nível central, a fim de adequar as especificidades locais.

7. Existem instrumentos de acompanhamento e monitoramento dos compromissos pactuados no Plano Operativo Anual (POA)? Qual (is):

- () SIM () NÃO

8. Esses compromissos e instrumentos contribuem para a implementação das diretrizes da PNH no HGRS? Justifique.

- () SIM () NÃO

-
9. A qualificação e/ou formação da gestão e da gerencia contribui para a implementação da PNH?
() SIM () NÃO
10. Em caso afirmativo, identifique as necessidades de formação.
() Nível universitário
() Pós-graduado
() Formação continuada
() Outros
11. A partir do que você tem vivenciado para estimular a implementação de ações de humanização, observa que é necessário uma concepção e implementação de um padrão de gestão diferente do existente no SUS? Justifique.
() SIM () NÃO
-
-
-
12. Como você avalia o desempenho da Gestão Estadual na implementação das ações de humanização no HGRS?
() Ótimo
() Bom
() Regular
() Ruim

Universidade Federal da Bahia – UFBA

Escola de Administração

Programa de Desenvolvimento e Gestão Social

Projeto de Pesquisa: Caminhos adotados pela gestão para implementação das diretrizes da PNH: o estudo de caso da emergência de uma unidade hospitalar pública.

1. Identificação:

Número da entrevista:

Cargo de gestão de ocupa:

Tempo do cargo:

Idade: Sexo: () F () M

Já ocupou outros cargos de gestão? () Sim () Não

Em caso afirmativo, qual?

Quando necessita de atendimento de saúde: () SUS () Plano de Saúde

2. Formação:

Formação:

Qualificação:

Possui formação específica na área de gestão: () Sim () Não

ROTEIRO DE ENTREVISTA GERENTES (COORDENADORES) DA EMERGÊNCIA DA UNIDADE

1. O que você entende por humanização das práticas de saúde?
 - () reflete a perspectiva assistencialista e religiosa.
 - () reflete a mudança no modelo de atenção à saúde que proporciona a qualificação nos processos de trabalho e nos fluxos organizacionais.
 - () reflete uma mudança no modelo de atenção à saúde que envolve mudanças nas práticas gestoras e gerenciais, assim como, nos processos de trabalho e fluxos organizacionais.
 - () Outras _____

2. Como você avalia a participação do MS e da SESAB para o desenvolvimento de ações de humanização no HGRS?
 - () Ótimo
 - () Bom
 - () Regular
 - () Ruim

13. Em sua opinião a gerência (coordenação) operacional tem um papel estratégico na implementação das diretrizes de humanização?
 - () SIM () NÃO
 - Qual(is): _____

14. Existe alguma estratégia para alcançar os compromissos existentes no Plano Operativo Anual (POA) na emergência da unidade?
 - () SIM () NÃO

Qual(is): _____

15. Quais estratégias de divulgação para os trabalhadores dos compromissos da emergência?

Exposição no mural da emergência

Correio eletrônico

Divulgação pelo jornal da unidade

Outros _____

16. Quais ações de humanização foram propostas e implementadas na emergência do HGRS?

Apoio para assegurar ampliação de acesso, cuidado Integral e resolutivo:	<input type="checkbox"/> Acolhimento com avaliação e classificação de risco (ACCR) <input type="checkbox"/> Apoio matricial <input type="checkbox"/> Mecanismos de desospitalização, com cuidado domiciliar.
Apoio para implementar a Gestão democrática e participativa:	<input type="checkbox"/> Colegiado gestor <input type="checkbox"/> Grupo de Trabalho de Humanização (GTH); <input type="checkbox"/> Conselho de gestão hospitalar; <input type="checkbox"/> Contratos internos de gestão.
Apoio para propiciar participação e valorização dos Trabalhadores no processo e gestão do Trabalho:	<input type="checkbox"/> Colegiados de gestão; <input type="checkbox"/> gerência de porta aberta, ouvidorias e pesquisas de Satisfação; <input type="checkbox"/> Plano de educação permanente para trabalhadores com base nos princípios da humanização; <input type="checkbox"/> Projetos de valorização e cuidado ao trabalhador de saúde; <input type="checkbox"/> Programa de Formação em Saúde e Trabalho Projetos de Articulação de Talentos nos Serviços (arte/cultura e técnico científico); <input type="checkbox"/> Projeto para adequação de ambiente (Ambiência).
Apoio para assegurar direitos dos usuários, controle social e ações de promoção à Saúde no âmbito hospitalar.	<input type="checkbox"/> Acompanhante; <input type="checkbox"/> gerência de porta aberta (Fácil acesso à gestão); <input type="checkbox"/> ouvidorias e pesquisas de satisfação; <input type="checkbox"/> Carta de direitos do usuário (divulgação entre trabalhadores e usuários, assim como, implementação); <input type="checkbox"/> Conselhos de gestão; <input type="checkbox"/> Projeto para adequação de ambiente da emergência.
Outros:	

17. Para cada ação selecionada, apresente as ações desenvolvidas o para sua operacionalização e resalte as dificuldades e facilidades vivenciadas para sua implementação?

AÇÃO	DIFICULDADE	FACILIDADE

18. Houve alguma mudança nas práticas de gestão e de gerência na emergência do HGRS, a partir da implementação dessas ações?

SIM NÃO

Qual(is): _____

-
19. A qualificação e/ou formação da gestão e da gerência contribui para a implementação da PNH?
() SIM () NÃO
20. Em caso afirmativo, identifique as necessidades de formação.
() Nível universitário
() Pós-graduado
() Formação continuada
() Outros
21. A partir do que você tem vivenciado para estimular a implementação de ações de humanização, observa que é necessário uma concepção e implementação de um padrão de gestão diferente do existente no SUS? Justifique.
() SIM () NÃO
-
-
-
22. Como você avalia o desempenho da gestão e gerência da emergência (Coordenadores) do HGRS na implementação das ações de humanização?
() Ótimo
() Bom
() Regular
() Ruim

Universidade Federal da Bahia – UFBA

Escola de Administração

Programa de Desenvolvimento e Gestão Social

Projeto de Pesquisa: Caminhos adotados pela gestão para implementação das diretrizes da PNH: o estudo de caso da emergência de uma unidade hospitalar pública.

1. Identificação:

Número da entrevista:

Função que ocupa:

Tempo:

Idade: Sexo: () F () M

2. Formação:

Formação:

Qualificação:

Possui qualificação específica para atuação na emergência? () Sim () Não

ROTEIRO DE ENTREVISTA TRABALHADORES DA EMERGÊNCIA

1. O que você entende por humanização das práticas de saúde?

() reflete a perspectiva assistencialista e religiosa.

() reflete a mudança no modelo de atenção à saúde que proporciona a qualificação nos processos de trabalho e nos fluxos organizacionais.

() reflete uma mudança no modelo de atenção à saúde que envolve mudanças nas práticas gestoras e gerenciais, assim como, nos processos de trabalho e fluxos organizacionais.

() Outras _____

2. Como você avalia a participação do MS e da SESAB para o desenvolvimento de ações de humanização no HGRS?

() Ótimo

() Bom

() Regular

() Ruim

3. Qual o seu grau de conhecimento sobre o Plano Operativo Anual (POA)?

() Conheço profundamente, inclusive já ocorreu uma discussão na unidade com essa temática.

() Conheço razoavelmente

() Conheço superficialmente

() Não conheço

4. Você conhece os compromissos definidos pela SESAB nesse documento referente às ações de humanização para a emergência?

() SIM () NÃO

Qual(is). _____

5. Quais ações de humanização foram propostas e implementadas na emergência do HGRS?

Apoio para assegurar ampliação de acesso, cuidado Integral e resolutivo:	() Acolhimento com avaliação e classificação de risco (ACCR) () Apoio matricial () Mecanismos de desospitalização, com cuidado domiciliar.
Apoio para implementar a Gestão democrática e participativa:	() Colegiado gestor () Grupo de Trabalho de Humanização (GTH); () Conselho de gestão hospitalar; () Contratos internos de gestão.
Apoio para propiciar participação e valorização dos Trabalhadores no processo e gestão do Trabalho:	() Colegiados de gestão; () gerência de porta aberta, ouvidorias e pesquisas de Satisfação; () Plano de educação permanente para trabalhadores com base nos princípios da humanização; () Projetos de valorização e cuidado ao trabalhador de saúde; () Programa de Formação em Saúde e Trabalho Projetos de Articulação de Talentos nos Serviços (arte/cultura e técnico científico); () Projeto para adequação de ambiente (Ambiência).
Apoio para assegurar direitos dos usuários, controle social e ações de promoção à Saúde no âmbito hospitalar.	() Acompanhante; () gerência de porta aberta (Fácil acesso à gestão); () ouvidorias e pesquisas de satisfação; () Carta de direitos do usuário (divulgação entre trabalhadores e usuários, assim como, implementação); () Conselhos de gestão; () Projeto para adequação de ambiente da emergência.
Outros:	

6. Para cada ação selecionada, apresente as ações desenvolvidas para sua operacionalização e resalte as dificuldades e facilidades vivenciadas para sua implementação?

AÇÃO	DIFICULDADE	FACILIDADE

7. A qualificação e/ou formação da gestão e da gerencia contribui para a implementação da PNH?

() SIM () NÃO

8. Em caso afirmativo, identifique as necessidades de formação.

- () Nível universitário
 () Pós-graduado
 () Formação continuada
 () Outros

9. A partir do que você tem vivenciado para estimular a implementação de ações de humanização, observa que é necessário uma concepção e implementação de um padrão de gestão diferente do existente no SUS? Justifique.

() SIM () NÃO

10. Avalie o papel do trabalhador da emergência na implementação das ações de humanização?

- Ótimo
- Bom
- Regular
- Ruim

11. Qual (is) canal(is) de diálogo entre gestores, gerentes e trabalhadores existentes no HGRS?

- Mural da unidade
- Correio eletrônico
- Jornal da unidade
- Ouvidoria
- Caixa de sugestão
- Outros _____

Universidade Federal da Bahia – UFBA

Escola de Administração

Programa de Desenvolvimento e Gestão Social

Projeto de Pesquisa: Caminhos adotados pela gestão para implementação das diretrizes da PNH: o estudo de caso da emergência de uma unidade hospitalar pública.

1. Identificação:

Número da entrevista:


Tempo de entrada na emergência:
 Idade: Sexo: () F () M
 Usuário () Acompanhante ()

2. Formação:

ROTEIRO DE ENTREVISTA – USUÁRIOS DA EMERGÊNCIA DO HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS (HGRS)

 O que você entende por qualidade do cuidado na saúde?

- () Uma atenção respeitosa, solidária e com resolução das demandas apresentadas.
 () Um atenção respeitosa e solidária, mas sem resolução das demandas apresentadas.

 Como foi o acesso ao atendimento na unidade?


- () Fácil acesso.
 () O acesso difícil, a unidade estava lotada.
 () Foi atendido em outro serviço e depois transferido para o HGRS.
 () Outros. _____

 Há quanto tempo está internado ou acompanhando usuário na unidade?


- () menos de 1 dia
 () de 1 dia a 3 dias
 () de 4 dias a 7 dias
 () mais de 7 dias. Especificar: _____

 Como você avalia os cuidados recebidos na emergência do HGRS? Justifique.


- () Ótimo
 () Bom
 () Regular
 () Ruim

 Para você qual o papel dos trabalhadores da Saúde da unidade na implementação de ações para melhorar a assistência prestada aos usuários?

- () Atendimento humano e de qualidade
 () Atendimento, apenas, das demandas apresentadas pelos usuários.
 () Outros _____

 Você acha que os usuários tem um papel importante para a melhoria dos serviços oferecidos pelo hospital? Justifique.

- () SIM () NÃO

 Você identifica que o hospital é um espaço para estabelecer uma conversa entre gestores, trabalhadores e usuários?

() SIM () NÃO

Qual (is) _____

Universidade Federal da Bahia – UFBA

Escola de Administração

Programa de Desenvolvimento e Gestão Social

Projeto de Pesquisa: Caminhos adotados pela gestão para implementação das diretrizes da PNH: o estudo de caso da emergência de uma unidade hospitalar pública

1. ROTEIRO DE ANÁLISE DOCUMENTAL

1. N. do documento: _____

2. Característica do documento:

Ata de reunião do colegiado gestor

Ata de reunião do colegiado gestor da emergência

Plano de Ação. Definir espaço: _____

Outros. Qual (is) documento(s): _____

3. Ressalta a implantação/implementação de alguma ação de humanização?

SIM NÃO

Em caso afirmativo, qual(is)?

Apoio para assegurar ampliação de acesso, cuidado Integral e resolutivo:	<input type="checkbox"/> Acolhimento com avaliação e classificação de risco (ACCR) <input type="checkbox"/> Apoio matricial <input type="checkbox"/> Mecanismos de desospitalização, com cuidado domiciliar.
Apoio para implementar a Gestão democrática e participativa:	<input type="checkbox"/> Colegiado gestor <input type="checkbox"/> Grupo de Trabalho de Humanização (GTH); <input type="checkbox"/> Conselho de gestão hospitalar; <input type="checkbox"/> Contratos internos de gestão.
Apoio para propiciar participação e valorização dos Trabalhadores no processo e gestão do Trabalho:	<input type="checkbox"/> Colegiados de gestão; <input type="checkbox"/> gerência de porta aberta, ouvidorias e pesquisas de Satisfação; <input type="checkbox"/> Plano de educação permanente para trabalhadores com base nos princípios da humanização; <input type="checkbox"/> Projetos de valorização e cuidado ao trabalhador de saúde; <input type="checkbox"/> Programa de Formação em Saúde e Trabalho Projetos de Articulação de Talentos nos Serviços (arte/cultura e técnico científico); <input type="checkbox"/> Projeto para adequação de ambiente (Ambiência).
Apoio para assegurar direitos dos usuários, controle social e ações de promoção à Saúde no âmbito hospitalar.	<input type="checkbox"/> Acompanhante; <input type="checkbox"/> gerência de porta aberta (Fácil acesso à gestão); <input type="checkbox"/> ouvidorias e pesquisas de satisfação; <input type="checkbox"/> Carta de direitos do usuário (divulgação entre trabalhadores e usuários, assim como, implementação); <input type="checkbox"/> Conselhos de gestão; <input type="checkbox"/> Projeto para adequação de ambiente da emergência.
Outros:	

4. Descrever período de implantação/implementação dessa ação, atores envolvidos, com respectivos papeis, no caso de haver descrição.

AÇÃO	ATORES ENVOLVIDOS	PAPEIS

5. Se refere à participação da gestão e da gerência com utilização de alguma estratégia para implementação da Política Nacional de Humanização? Qual (is)?

6. Outros aspectos relevantes identificados no documento referente ao desenvolvimento das ações de humanização.

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**Título da pesquisa:**

“Caminhos adotados pela gestão para implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH): o estudo de caso da emergência de uma unidade hospitalar pública”

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo(a) a participar da pesquisa **“Caminhos adotados pela gestão para implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH): o estudo de caso da emergência de uma unidade hospitalar pública”**. O objetivo da pesquisa é “analisar o processo de implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização, proposto pelos três níveis de gestão (Gestão Federal, Estadual e Local (unidade hospitalar estudada)), na emergência de uma unidade hospitalar pública, no período de 2012 a agosto de 2013.” A sua participação é muito importante e ela se dará por meio dessa entrevista, da gravação do áudio e de registro fotográfico (caso seja necessário). Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. A gravação do áudio da entrevista será para facilitar a sistematização dos dados e em seguida, os mesmos serão destruídos e os registros fotográficos ilustraram o relatório final da pesquisa.

Os benefícios esperados são a construção de indicadores para a implementação da Política Nacional de Humanização em unidades de emergência da rede própria da SESAB, assim como, apresentar um modelo de gestão que contribua para a implementação das diretrizes da PNH. Informamos que o(a) senhor(a) não pagará, nem será remunerado por sua participação e que a qualquer momento poderá desistir de participar da pesquisa.

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode contatar a pesquisadora responsável, **Silvia Conceição Bomfim Bittencourt Leão, telefone: 9114-0693 / 8793-8142** ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Secretaria de Saúde do Estado Bahia (SESAB). Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Salvador, ___ de _____ de 2013.

Pesquisador Responsável

RG: 06.692.991-11

Professora orientadora da Pesquisa

Profa. Dra. Elizabeth Matos Ribeiro

_____ tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

Data: _____

APÊNDICE C - Termo de Autorização para Gravação de Voz

Eu, _____, depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada “**Caminhos adotados pela gestão para implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH): o estudo de caso da emergência de uma unidade hospitalar pública**” poderá trazer e, entender especialmente os métodos que serão usados para a coleta de dados, assim como, estar ciente da necessidade da gravação de minha entrevista, **AUTORIZO**, por meio deste termo, a pesquisadora **Silvia Conceição Bomfim Bittencourt Leão** a realizar a gravação da entrevista sem custos financeiros a nenhuma parte.

Esta **AUTORIZAÇÃO** foi concedida mediante o compromisso da pesquisadora acima citados em garantir-me os seguintes direitos:

1. poderei ler a transcrição de minha gravação;
2. os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, congressos e jornais;
3. minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;
4. qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização;
5. os dados coletados serão guardados por 5 anos, sob a responsabilidade do(a) pesquisador(a) coordenador(a) da pesquisa, **Silvia Conceição Bomfim Bittencourt Leão** e após esse período, serão destruídos e,
6. serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição de minha entrevista.

Salvador, ___ de _____ de 2013.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura e carimbo do pesquisador responsável
Silvia Conceição Bomfim Bittencourt Leão

APÊNDICE D - Projeto de Extensão

Responsáveis: Pesquisadora – **Silvia Conceição Bomfim Bittencourt Leão**
Orientadora – **Elizabeth Matos**

JUSTIFICATIVA

O presente projeto de extensão encontra-se vinculado ao Projeto de Pesquisa Caminhos Adotados pela Gestão para a implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH): O estudo de caso da emergência de uma Unidade Hospitalar Pública. Como este, pretende analisar a dimensão empírica da Administração Política da Saúde, com ênfase na gestão e gerência da PNH, propõe-se integrar ao estudo o desenvolvimento de um Projeto de Extensão envolvendo estudantes do Curso de Gestão Pública e Gestão Social, da Escola de Administração da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

A proposta em questão tem como objetivo a articulação entre pesquisa, ensino e extensão e pretende contribuir para o alcance da função social da Universidade, a fim, pois, de oportunizar aos estudantes a oportunidade de uma vivência concreta do processo de implementação de uma política pública.

Nesse sentido, os conhecimentos adquiridos durante o processo de graduação serão articulados com o cotidiano da prática, assim como, o desenvolvimento da metodologia de um projeto de pesquisa.

INTERLOCUTORES (Público Alvo)

As escolas envolvidas selecionarão até 03 estudantes de cada curso, a partir do 2º semestre que terão a oportunidade de complementar a formação universitária mediante a prática de pesquisa e de imersão profissional.

METODOLOGIA

Os estudantes selecionados participarão de um processo de qualificação de 12 horas, envolvendo as seguintes temáticas: Saúde Pública e Sistema Único de Saúde (SUS); Política Nacional de Humanização; Administração Política: discutindo a Gestão e a Gerência e, por fim, a proposta de pesquisa será apresentada com seus respectivos instrumentos de pesquisa. Os responsáveis pelo desenvolvimento dessa qualificação é a pesquisadora e sua orientadora.

Como período para desenvolvimento dessa proposta de qualificação, sugere-se a primeira semana no mês de junho/2013 (03, 04, 06,07), com uma carga horária de 3horas para cada dia, no turno vespertino, sediado na Escola de Administração da UFBA.

Para fundamentar a reflexão crítica dos estudantes serão disponibilizados textos, links e sites que discutem as temáticas envolvidas para que os mesmos possam ter uma concepção ampliada da discussão proposta e assim contribuir com o desenvolvimento da pesquisa, ao tempo em que vivência o processo de aprendizagem da Política Pública de Saúde adotada no país e sobre as novas concepções sobre Administração Política.

Ao término do desenvolvimento da pesquisa os estudantes apresentarão um seminário como atividade do grupo do projeto de extensão, no qual apresentarão a vivência proporcionada pelo estudo de forma interdisciplinar, pois está envolverá todos os estudantes do projeto.

Além disso, a estudante do mestrado profissional responsável pela pesquisa, juntamente com a sua orientadora assumem a responsabilidade de sistematizar a experiência em artigos para publicização na comunidade acadêmica dos resultados adquiridos pelos projeto de extensão.

CRONOGRAMA

Atividade	MÊS						
	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Qualificação dos estudantes	X						
Início da Pesquisa	X						
Término da Pesquisa		X					
Sistematização dos Dados			X	X			
Análise dos Dados				X	X		
Apresentação da Dissertação						X	
Seminário							X

**APÊNDICE E –
MATRIZ DE ANÁLISE PROPOSITIVA DE INDICADORES DE ANÁLISE DA
GESTÃO PARA IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO**

DIMENSÕES	VARIÁVEIS	INDICADORES
CAPACIDADE DE GESTÃO	Desenvolvimento Institucional	Concepção do modelo de gestão definido na PNH
		Nível de articulação e integração da PNH com outras políticas de saúde
		Capacidade de financiamento do modelo de gestão com vistas a garantir o alcance das diretrizes, objetivos e metas da PNH nas unidades federativas
		Existência de diretrizes e/ou dispositivos da PNH para promover a qualificação do cuidado
		Existência de diretrizes para a institucionalização dos processos administrativos (gestão e gerencia)
		Definição de instrumentos de planejamento e gestão estratégica para implantação do modelo de gestão do PNH
		Existência de estratégias para a institucionalização de parcerias inter e intragovernamentais para garantir a qualidade da implantação do modelo de gestão e gerencia da PNH
		Definição de políticas de desenvolvimento institucional, organizacional e administrativo compatíveis com a sustentabilidade da Política - com ênfase nas políticas de pessoal, tecnologia da informação e comunicação, disponibilização de infraestrutura e logística, etc.
		Estratégias e compromissos estabelecidas pelo governo do estado no Plano Operativo Anual para a implementação da PNH na emergência da unidade hospitalar estudada
	Definição de mecanismos institucionais para garantir a continuidade da política	
	Dinâmica Organizacional (Macroprocessos)	A forma como a relação entre o MS/SESAB e Gestão são estabelecidas para implementar estratégias que qualificam o cuidado na emergência
		Grau de respeito da Gestão Federal, a legitimidade Estadual e local, para implementação da PNH
		Método utilizado pela Gestão Federal para inserir os apoiadores na unidade hospitalar
		Estratégias utilizadas pela Gestão Federal para elaborar os compromissos inseridos no Plano de Metas do Programa SOS-Emergência
		Avaliação da Gestão local e Estadual do papel da Gestão Federal e Estadual na implementação da PNH

DIMENSÕES	VARIÁVEIS	INDICADORES
		<p>Existência de respeito as especificidades locorregionais pelo MS</p> <p>Estratégias utilizadas para elaborar a pactuação entre o MS e SESAB para acompanhamento dos indicadores de qualificação do cuidado numa unidade Hospitalar Pública</p> <p>Estratégias utilizadas pela unidade para a implementação e/ou consolidação de um novo modelo de atenção a saúde</p> <p>Institucionalização da PNH na unidade (localização na estrutura organizacional e estratégias utilizadas para a sua implementação)</p> <p>Qualificação da gestão para a implantação da PNH</p> <p>Compromissos pactuados no POA para estimular a qualificação do cuidado na emergência de uma unidade hospitalar pública</p> <p>Existência de instrumentos de acompanhamento e monitoramento dos compromissos pactuados no POA</p> <p>Nível de contribuição desses compromissos e instrumentos para a implementação da PNH, na emergência do HGRS.</p> <p>Processo de elaboração e pactuação dos compromissos inseridos no Plano de Metas do Programa SOS Emergência que contribuem para a implantação/implementação da PNH</p> <p>Existência de instrumentos de acompanhamento e monitoramento dos compromissos pactuados no Programa SOS Emergência</p>
CAPACIDADE DE GERÊNCIA	ESTRUTURA	<p>Nível de institucionalização da PNH na emergência do Hospital</p> <p>Existência de diretrizes e/ou dispositivos da PNH implementados na emergência do Hospital para promover qualificação do cuidado</p> <p>Quantidade e qualidade dos equipamentos essenciais para o atendimento da PNH na emergência do Hospital, compatíveis com a demanda dos usuários</p> <p>Existência de instrumentos de acompanhamento e monitoramento dos compromissos pactuados no Programa SOS Emergência</p> <p>Criação de estratégias para alcançar os compromissos definidos no POA na emergência do Hospital</p> <p>Criação de estratégias de divulgação para os trabalhadores dos compromissos assumidos para implantação/implementação na emergência</p> <p>Existência de política de Educação Permanente para qualificação dos profissionais</p> <p>Processo de elaboração e pactuação dos compromissos inseridos no Plano de Metas do Programa SOS Emergência que contribuem para a implantação/implementação da PNH</p>

DIMENSÕES	VARIÁVEIS	INDICADORES
		Percepção dos gestores e gerentes do papel da PNH no estímulo as modificações no SUS
	Dinâmica Organizacional (Microprocessos)	Avaliação dos gerentes sobre a participação do MS e SESAB para o desenvolvimento de ações de humanização na emergência
		Nível de capacidade técnica (gerencial) para implantação com qualidade da PNH
		Grau de conhecimento dos gerentes do Plano Operativo Anual
		Grau de conhecimento dos compromissos definidos pela SESAB no Plano Operativo Anual referente as ações de humanização para a emergência do Hospital
		Nível de articulação e integração entre a gestão da PNH pela SESAB e a gerencia da emergência do Hospital
	Resultado	Grau de desempenho da capacidade de gestão e gerência da unidade para a implantação das diretrizes de humanização
		Nível de modificações nas práticas de gestão e de gerência a partir da implementação/implantação dessas ações
		Nível de dificuldade e facilidades encontradas para operacionalização das diretrizes e/ou dispositivos da PNH
		Nível de dificuldades ou facilidades encontradas pela gestão e gerencia da PNH do Hospital ... para promover a qualificação do SUS