



Universidade Federal de Juiz de Fora
Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva
Mestrado Acadêmico

ANNA CLÁUDIA RODRIGUES ALVES

**GESTÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO
HU/CAS/UFJF:
UMA DISCUSSÃO SOBRE O MODO TECNOLÓGICO DE
INTERVENÇÃO**

**JUIZ DE FORA
FEVEREIRO DE 2009**

**GESTÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO
HU/CAS/UFJF:
UMA DISCUSSÃO SOBRE O MODO TECNOLÓGICO DE
INTERVENÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

ORIENTANDA: ANNA CLÁUDIA RODRIGUES ALVES

ORIENTADORA: PROF.(A) DR.(A) AUTA ISELINA STEPHAN SOUZA

**JUIZ DE FORA
FEVEREIRO DE 2009**

Alves, Anna Cláudia Rodrigues

Gestão da assistência à saúde no HU/CAS/UFJF: uma discussão sobre o modo tecnológico de intervenção / Anna Cláudia Rodrigues Alves. -- 2009.
169 f.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)-Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2009.

1. Assistência à saúde. 2. Gestão em saúde. I. Título

CDU 616-082

TERMO DE APROVAÇÃO

ANNA CLÁUDIA RODRIGUES ALVES

**GESTÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO
HU/CAS/UFJF:
UMA DISCUSSÃO SOBRE O MODO TECNOLÓGICO DE
INTERVENÇÃO**

Dissertação aprovada na defesa no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva –
Mestrado Acadêmico, pela seguinte banca examinadora:

Prof.a Auta Iselina Stephan Souza, Doutora em Saúde Pública
Escola Nacional de Saúde Pública - FIOCRUZ/RJ
Departamento de Políticas de Ação do Serviço Social – FSS/UFJF

Prof. Ruben Araujo de Mattos, Doutor em Saúde Coletiva
Universidade do Estado do Rio de Janeiro / UERJ
Departamento de Planejamento e Administração em Saúde IMS/UERJ

Prof. Edna Aparecida Barbosa de Castro, Doutora em Saúde Coletiva
Universidade do Estado do Rio de Janeiro – IMS/UERJ
Departamento de Enfermagem Aplicada – Faculdade de Enfermagem / UFJF

Juiz de Fora, 16 de fevereiro de 2009.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por mais esta conquista, e a Nossa Senhora da Cabeça, a quem entrego sempre minhas atividades profissionais e projetos acadêmicos.

Aos meus pais, Toninho e Vera, por acreditarem em mim e me apoiarem incondicionalmente em todas as escolhas, decisões e projetos da minha vida.

À minha tia Vilma, pela presença marcante, mais uma vez, por sua disponibilidade, sensibilidade e valiosa contribuição, sobretudo nos momentos de “desespero” e de dúvidas ao redigir.

Ao meu *porto seguro*, Haroldo, que mesmo sobrecarregado com as atividades e exigências do mestrado, dedicou boa parte do seu tempo para me ouvir, me ajudar e motivar! Obrigada por seu amor, carinho, generosidade, atenção integral, otimismo e, sobretudo pela paciência, sempre! Sem dúvida, você é parte desta conquista! Te amo!

À minha irmã Anna Paula, pelas orações e pela torcida!

À professora Auta, por mais esta parceria! Agradeço a amizade, o carinho, o respeito, a cumplicidade, o incentivo, as oportunidades e a confiança em mim depositada! Obrigada por tudo, de coração!

À minha amiga e chefe, Danielle, pela compreensão e flexibilidade no trabalho, determinantes para que eu pudesse me dedicar com afinco no mestrado.

À Ana Lúcia, pela amizade, pelos esclarecimentos importantes e mediações decisivas, principalmente, durante os preparativos para a qualificação.

Aos colegas de turma, “sobreviventes” e companheiros de jornada! Obrigada pela convivência prazerosa e descontraída em meio às dificuldades e desgastes inevitáveis nesse processo de profundo aprendizado e amadurecimento. Adoro todos vocês!

À coordenadora Teíta e demais professores e professoras deste Programa, pelo empenho e interesse dedicados a nossa formação, com especial agradecimento à professora Isabel, pela atenção em sala de aula e disponibilidade nos encaminhamentos administrativos e burocráticos do mestrado.

À equipe do Nates: Elisângela, Luciana, Lenir, Anderson, Gabriel, Ricardo e Vânia, pelo apoio logístico e “moral” ao longo desta caminhada!

E a todos os amigos e amigas que acompanharam minhas angústias e ansiedades. Agora é o momento de celebrarmos a euforia e felicidade proporcionadas pelo desfecho bem sucedido de mais esta etapa de minha vida!

RESUMO

O presente estudo tem por objeto a análise *do modo tecnológico de gestão da assistência à saúde no hospital de ensino: HU/CAS/UJFJ*, a partir da inter-relação da macro e micropolítica. Por macropolítica entende-se a relação entre o HU/CAS e a rede SUS e micropolítica, a relação institucional entre profissionais e gestores. A pesquisa foi iniciada com a revisão de literatura sobre os fundamentos da gestão do SUS e do conceito de assistência, com base no cuidado em saúde. O instrumento utilizado foi a pesquisa qualitativa com aporte na abordagem dialética, com o sentido de avaliar a concepção dos gestores e profissionais acerca dos processos de gestão e de assistência, considerando as atuais diretrizes organizacionais e políticas do HU/CAS/UJFJ. Ao final, a análise dos dados contribuiu para a apresentação de um ensaio sobre o conceito de *gestão da assistência*, por acreditar no seu potencial de reorientar a operacionalidade das diretrizes do SUS no interior do espaço do hospital de ensino, tendo em vista uma administração qualificada e centrada nas necessidades e demandas da população-usuária.

Palavras-chave: gestão da assistência; macropolítica e micropolítica; modos tecnológicos de intervenção em saúde.

ABSTRACT

The aim of this study was to analyze the *technological way of health care' management in the university hospital: HU/CAS/UFJF*, from the inter-relationship of *macro and micro-policies*. It's defined by macro-policies the relation between the HU/CAS and the SUS, and by micro-policies, the institutional relation between the professionals and the managers. The research started with a review of the literature, based in the health care, about the fundamentals of management of SUS and about the concepts of the health care. The qualitative research, with input in the dialectic approach, was used with the aim of evaluate the conception of managers and the professionals about the management and health care's process, taking account the current organizational guidelines and policies of the HU/CAS/UFJF. At the end, the analysis of the results contributed for the presentation of a test about the *health care' management* concept, that has a great potential at redirect the operability of the SUS' organizational guidelines in the university hospital, in a view of an administration qualified and focused on the necessities and demands of the population.

Key words: health care' management; macro and micro-policies; technological ways of health intervention.

LISTA DE SIGLAS

ABRAHUE	Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino
AIS	Ações Integradas de Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CONASP	Conselho Nacional de Saúde Pública
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
ERS	Equipe de Referência Secundária
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FHC	Fernando Henrique Cardoso
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
LAPA/UNICAMP	Laboratório de Planejamento e Gestão da Universidade Estadual de Campinas
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOBs	Normas Operacionais Básicas
NOB 01/93	Norma Operacional Básica de 1993
NOB 01/96	Norma Operacional Básica de 1996
MARE	Ministério da Administração e Reforma do Estado
MEC	Ministério da Educação
MPOG	Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OS	Organizações Sociais
OSCIPs	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
PDI	Plano Diretor de Investimentos
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PLP	Projeto de Lei Complementar
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar
PPI	Programação Pactuada e Integrada

PROADES	Processo de Avaliação de Desempenho da Universidade Federal de Juiz de Fora
PRÓ-HOSP	Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG
PSF	Programa de Saúde Família
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SSSDA/JF	Secretaria de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental de Juiz de Fora
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
RH	Recursos Humanos
UPS	Unidade de Produção de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
CAPÍTULO 1 – GESTÃO E ASSISTÊNCIA NO HOSPITAL DE ENSINO	16
1.1 O QUE É GESTÃO?	16
1.2 SUS: QUALIFICATIVO DA GESTÃO PÚBLICA EM SAÚDE NO BRASIL.....	21
1.3 ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO SUS	36
1.4 O CUIDADO COMO DIMENSÃO DA INTEGRALIDADE E QUALIFICATIVO DA ASSISTÊNCIA EM NÍVEL MICRO.....	44
1.5 O HOSPITAL E SEUS DESAFIOS MACRO E MICROPOLÍTICOS	49
1.6 O HU/CAS/UFJF E SUAS ATUAIS DIRETRIZES INSTITUCIONAIS.....	55
CAPÍTULO 2 – PERCURSO METODOLÓGICO	65
CAPÍTULO 3 – GESTÃO E ASSISTÊNCIA: AS CONTRADIÇÕES EXPRESSAS NA CONSTRUÇÃO DE UM CONCEITO	72
3.1 ATRIBUTOS OU HABILIDADES NECESSÁRIOS PARA UMA ADEQUADA GESTÃO EM SAÚDE	72
3.2 GESTÃO E CONHECIMENTO	74
3.3 CRITÉRIOS PARA SUBSIDIAR O PROCESSO DE TOMADA DE DECISÕES ...	76
3.4 INTERFACE ENTRE O APARATO JURÍDICO-LEGAL DO SUS E A GESTÃO EM NÍVEL MICRO	78
3.5 CONHECIMENTO DO PACTO PELA SAÚDE	80
3.6 ASSISTÊNCIA À SAÚDE	84
3.7 AVANÇOS E DIFICULDADES À REALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA NO HU/CAS/UFJF	89
3.8 TRABALHO EM EQUIPE	95
3.9 CRIATIVIDADE E RESPONSABILIZAÇÃO NO PROCESSO DE TRABALHO ..	100
3.10 RESOLUTIVIDADE DAS TECNOLOGIAS NO HU/CAS/UFJF	103
3.11 DESENVOLVIMENTO DO GRUPO GESTOR NA INSTITUIÇÃO.....	107
3.12 GESTÃO COMPARTILHADA.....	110
3.13 FLUXO DOS USUÁRIOS NO HU/CAS/UFJF	116
3.14 RELAÇÃO ENTRE HU/CAS/UFJF E SMS/JF	123
3.15 AUTONOMIA FINANCEIRA	130
CAPÍTULO 4 – UM ENSAIO SOBRE A GESTÃO DA ASSISTÊNCIA	147

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	151
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	156
ANEXOS	164

INTRODUÇÃO

O presente trabalho traz como objeto de estudo o processo *de gestão da assistência à saúde*, que tem implicações com a macro e a micropolítica em um hospital de ensino: o Hospital Universitário de Juiz de Fora/Centro de Atenção à Saúde (HU/CAS/UFJF). Por *macropolítica* entende-se a política governamental do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a política federal, estadual e municipal no tocante às relações institucionais praticadas no HU. Por *micropolítica*, a política institucional, ou seja, referente à esfera dos serviços, ao acesso e às relações de trabalho, ambas inerentes ao campo da gestão pública (SCRHAIBER et al., 1999). Nesse sentido, o presente trabalho busca precisar como estas políticas se inter-relacionam na gestão da assistência à saúde no espaço hospitalar.

A *gestão da assistência à saúde* é, atualmente, um conceito pouco definido. O estudo de Paim (2003) sobre *modo tecnológico de intervenção* será utilizado como base para abrigar uma definição de gestão em saúde, subsidiada pelos achados da investigação realizada. O autor, ao pretender substituir o termo “modelo”, o fez em prol do desenvolvimento de uma tecnologia institucional de intervenção. Nesse estudo, busca-se aproximar o “modo de gerir” e o “modo de cuidar”, propondo a construção de uma tecnologia de intervenção voltada para articular as dimensões macro e micropolítica da gestão no hospital de ensino.

A assistência à saúde deve voltar-se para reduzir não só a letalidade ou a incidência de complicações no processo saúde-doença, como também contribuir para minimizar a experiência de sofrimento dos indivíduos (MATTOS, 2003), tendo como base o cuidado: modo como o profissional compreende, responde e atua sobre estas necessidades do indivíduo para desenvolver um processo terapêutico humano, respeitoso, baseado na escuta, na corresponsabilização, na valorização da autonomia do usuário e no entendimento da saúde como direito.

A gestão em saúde é vista como espaço de poder que se destina não só a administrar recursos humanos, materiais e financeiros, mas a coordenar e dar direcionalidade às ações e projetos de uma organização, qualificando o conceito de administração (TESTA, 1995 apud OLIVEIRA, 2001).

Em relação aos processos de gestão e de assistência em hospitais públicos, Rollo (1997) aponta como elementos centrais à sua qualificação, por parte dos profissionais e gestores: a responsabilização e o vínculo, a abordagem do doente como sujeito do seu processo de recuperação, a resolutividade nos diferentes níveis de complexidade do sistema e

a integração do hospital com o sistema loco-regional de saúde. Partindo desta concepção, o estudo busca conhecer as estratégias e dispositivos adotados pela atual gestão do HU/CAS/UFJF, no que se refere à gestão junto ao SUS e sistema loco-regional de saúde e à gestão e organização do trabalho e da prestação da assistência aos usuários do SUS na média e alta complexidade, a partir da análise dos discursos de seus gestores e profissionais.

A motivação para o referido estudo se deu pela necessidade de aprofundar algumas reflexões desenvolvidas na monografia apresentada ao Curso de Especialização em Política e Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora, no final de 2004, acerca do cotidiano das profissões que compõem a dinâmica assistencial do HU/CAS/UFJF, na qual a pesquisadora e autora deste trabalho se encontra inserida como assistente social efetiva do quadro de profissionais desde 2003.

A partir desta primeira aproximação, foi possível identificar algumas possibilidades e limites à efetivação do trabalho coletivo e, conseqüentemente, à qualificação da assistência, que estão diretamente ligados ao modo tecnológico de intervenção (PAIM, 2003), ou seja, à busca da efetivação de novas competências tecnológicas que ultrapassem os limites do modelo biomédico no HU/CAS/UFJF. A inserção no hospital de ensino como profissional de saúde permitiu a observação cotidiana do trabalho hospitalar, e esta observação acompanhou todo o estudo visando alargar a compreensão acerca deste hospital, atualmente em processo de reatualização física e conceitual.

Historicamente, o modelo biomédico norteou não só a gestão em saúde como a formação de seus profissionais, influenciando-as até os dias atuais, caminhando de modo paralelo à assimilação dos novos modos tecnológicos que buscam inverter o paradigma dominante. Este se constituiu apoiado em paradigmas científicos conservadores que defendiam uma abordagem altamente tecnicista e especializada das questões de saúde, conferindo ao hospital a centralidade na formação dos profissionais das áreas biomédicas e no processo terapêutico, e que, hoje, estão sendo reconsiderados nos novos programas do SUS, na contribuição de aportes teóricos de vários autores que buscam entender o hospital em sua especificidade quanto ao ensino e assistência, além de introduzir importantes discussões sobre a integralidade e sua relação com a gestão, processo de trabalho e produção do cuidado, todos com possível interferência na *gestão da assistência*.

Ressalta-se a limitação do modelo biomédico em oferecer efetivas respostas às necessidades de saúde da população, quando novos estudos vêm apontando os sinais de esgotamento deste modelo, por abordar o processo de saúde e doença de um modo unilateral e

incompleto para atender às orientações preconizadas pelo atual conceito de saúde. Este conceito foi construído coletivamente consoante a integralidade e a intersetorialidade correlacionado ao conjunto das políticas econômicas, sociais e políticas.

O hospital, que, durante muito tempo, foi símbolo da cultura biologicista, configura-se, atualmente, na unidade que mais tem sentido e representado a crise do setor saúde, com claros reflexos sobre a realização da gestão e da assistência hospitalar. Entretanto, cabe ressaltar que tal herança não deve ser tomada como impedimento à construção de novas práticas assistenciais, mas, ao contrário, o hospital deve ser recolocado enquanto organização diferenciada e igualmente estratégica, no processo de construção de novos e mais eficientes modos tecnológicos de intervenção em saúde (BARBOSA, 2002), como foi concebida a proposta conceitual para ser operacionalizada no novo projeto arquitetônico do HU/CAS/UFJF, base que motivou o desenvolvimento deste estudo.

Segundo Liedke (1997), o caráter estratégico do hospital se deve à sua complexidade, por constituir-se em um espaço habitado por múltiplos atores, atravessado por múltiplas racionalidades, ideologias, interesses e controles de poderes-saberes, além de requerer um ambiente de negociação permanente, em que a construção do consenso ocorra em meio a acordos, competições e disputas.

O potencial para construção de novos modos de produzir saúde torna-se ainda maior quando se trata dos hospitais de ensino, devido à sua dupla dimensão: assistencial e formativa, definidoras da qualificação do cuidado, do ensino e da pesquisa. Contudo, a maior participação e integração do hospital universitário ao SUS ainda constitui um desafio, suscitando a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre as repercussões desta relação na assistência à saúde no cenário complexo do hospital de ensino, em conexão com o Sistema Único de Saúde.

Tomando como foco de análise a realidade do Hospital Universitário de Juiz de Fora, verifica-se que este representa um importante polo de assistência sanitária e de produção de conhecimentos, configurando-se, atualmente, no principal apoio público no atendimento à saúde da população em Juiz de Fora e cidades vizinhas, mas que ainda apresenta problemas ao equacionar sua relação com o sistema loco-regional, principalmente no tocante ao financiamento e sistema de referência e contrarreferência ao incluir-se na rede de serviços públicos.

O novo projeto arquitetônico deste hospital – Unidade Dom Bosco – inaugurado em 2006, dentro de uma perspectiva democrática, instigou a realização do presente trabalho, que

busca verificar em que medida estas novas instalações físicas contemplam, de fato, a missão da referida instituição: “formar Recursos Humanos, gerar conhecimento e prestar assistência de qualidade na área de saúde à comunidade da região” (ALVES, 2004, p. 52). Isso, pois, mais que um projeto arquitetônico, sua concepção apontou um grande investimento de gestão, a partir da revisão de seus princípios organizativos, de formação e práticas assistenciais.

A proposta arquitetônica do CAS valoriza, principalmente, o atendimento ambulatorial e a redução da internação e deverá estar voltada à humanização das relações entre usuários e equipes de saúde, como também do fortalecimento do vínculo e compromisso entre os membros da equipe e comunidade, garantindo maior adesão e integração às atividades propostas (COMISSÃO CAS/UFJF, 1999, p. 8).

Esta proposta conceitual, passados dois anos de sua inauguração e sob nova administração, ainda não se efetivou, o que pressupõe uma conjuntura político-institucional desfavorável, com a transição nos cargos de reitor e diretor geral do HU no momento de sua inauguração. A indicação do fortalecimento do vínculo e do compromisso entre equipes de trabalho e usuário precisava ser direcionada por uma gestão que defenderia a democracia e a autonomia para que a assistência realizasse, de fato, a necessidade dos usuários, processo ainda muito distante do que foi proposto, induzindo o desenvolvimento do estudo.

A ausência de estudos que avaliem os primeiros impactos desse processo justificam a realização da presente pesquisa – pioneira na investigação do objeto – *gestão da assistência* na realidade em questão – que traz como principal objetivo analisar os entraves e potencialidades que cercam a gestão hospitalar para efetivar a assistência à saúde, tendo em vista contribuir para a construção do novo modo tecnológico de intervenção em saúde no espaço do hospital de ensino.

Para tanto, esta pesquisa, constituindo-se num estudo de caso histórico-organizacional, estruturou-se em quatro capítulos, segundo a abordagem dialética com suas distintas categorias: totalidade, historicidade e contradição.

No primeiro capítulo, correspondendo à categoria historicidade, será apresentada a evolução dos conceitos de *administração* para *gestão* e de *assistência à saúde* para *cuidado em saúde*, bem como as peculiaridades do espaço hospitalar e diretrizes institucionais do HU/CAS/UFJF, de modo a situar os principais determinantes macro e micropolíticos à sua organização assistencial, com base em importantes teóricos afeitos ao ideário reformista.

O segundo capítulo tratará do percurso metodológico adotado pela presente pesquisa, cuja investigação foi feita através de entrevista semiestruturada junto aos gestores e profissionais do HU/CAS/UFJF, pertencentes às três áreas com maior representatividade numérica na Unidade Dom Bosco: Enfermagem, Medicina e Serviço Social, nesta ordem, tendo em vista identificar elementos que favoreçam uma real aproximação entre o gerir e o cuidar no espaço do hospital de ensino, a partir de suas concepções.

Acredita-se que o enfoque dialético, ao constituir-se no método de conhecimento que opera na constituição e transformação da realidade, ao mesmo tempo que a interpreta, abordando a contradição na essência mesma das coisas (IANNI, 1988), permite problematizar criticamente as diferenças e similitudes presentes nos discursos destes sujeitos, bem como suas relações antagônicas e de poder, atualmente expressas na disputa entre os projetos da Reforma Sanitária e Privatista/Reformista no nível macropolítico (BRAVO e MENEZES, 2007), e entre os paradigmas: hegemônico e de gestão compartilhada, no nível micro (CAMPOS; AMARAL, 2007).

Essas problematizações serão desenvolvidas no terceiro capítulo, correspondente à categoria contradição, com a apresentação dos fragmentos das falas mais significativas à elaboração da análise teórica que, por sua vez, subsidiará a construção do novo conceito de *gestão da assistência*, a ser apresentado no capítulo 4 da presente dissertação.

Cabe ressaltar que a categoria totalidade, prevista no método dialético, é assumida pelo presente estudo como o seu próprio conteúdo, isto é, abrangendo todos os quatro capítulos supracitados, considerados como totalidades de menor complexidade, cujo movimento constitui o objeto *gestão da assistência*.

Partilha-se, aqui, da concepção de Rollo (1997), que afirma que não dá para reformar o hospital “olhando-o de fora”, sendo necessário penetrar dentro dele e questionar profundamente as formas de atendimento, até então hegemônicas. Este “olhar de dentro” motivou a realização deste estudo e fortalece também sua relevância.

Estamos apostando que é possível alterar esta situação dos hospitais públicos, tendo claro que os hospitais são importantes equipamentos na garantia da equidade, integralidade da assistência e de defesa da vida, e que os defensores da Reforma Sanitária devem ter propostas concretas que visem à superação do modelo assistencial hegemônico nos hospitais e a relação deste com o sistema de saúde (ROLLO, 1997, p. 321).

Dessa forma, prioriza-se a revisão das atuais relações político-institucionais no interior do HU/CAS/UFJF, de modo a verificar o possível processo de aplicação de novas e velhas tecnologias nesse espaço complexo referente à *gestão da assistência*.

CAPÍTULO 1 – GESTÃO E ASSISTÊNCIA NO HOSPITAL DE ENSINO

1.1 O QUE É GESTÃO?

Este capítulo trata da evolução dos conceitos de administração para gestão e de assistência à saúde para cuidado em saúde, à luz de importantes teóricos contemporâneos, tendo em vista a construção de um novo conceito – *gestão da assistência* – concebido como modo tecnológico de intervenção em saúde (PAIM, 2003). Ao expressar modo tecnológico de intervenção, entende-se o desenvolvimento de uma tecnologia institucional capaz de aproximar os modos de gerir e de cuidar no espaço do hospital de ensino, tendo o sentido de contribuir para sua qualificação do trabalho de modo a contemplar as necessidades dos usuários, respeitando seus direitos de cidadania.

Nesse sentido, as peculiaridades deste espaço também serão apresentadas – com ênfase à realidade do HU/CAS/UFJF – de modo a localizar os principais desafios macro e micropolíticos à sua organização assistencial na atualidade. Este capítulo inicia-se com a apresentação da discussão sobre: administração e gestão, gestão do SUS, assistência à saúde, as expressões do cuidado, complexidade do hospital, e, por último, as atuais diretrizes institucionais do HU/CAS.

Para Maximiano (apud BRAVO; MARIANO, 2006), administrar é o processo de tomar decisões, realizar e alcançar ações que utilizam recursos para alcançar objetivos. Concepção partilhada por Almeida (2006), que, por sua vez, acrescenta que esse processo engloba ainda outros quatro importantes processos, a saber: planejamento, organização, direção e controle.

Nesse sentido, administrar significa decisão, tendência, comando: funções que sempre estiveram presentes em nossas diferentes sociedades e culturas, sendo indispensáveis à condução de atividades.

Segundo Bravo e Mariano (2006), a Administração representa um conjunto de princípios, normas e funções que tem por fim ordenar os fatores de produção e controlar a sua produtividade e eficiência para se obter determinado resultado.

A principal razão para o estudo da administração é seu impacto sobre o desempenho das organizações. É a forma como são administradas que as tornam mais ou menos capazes de utilizar corretamente seus recursos para atingir os objetivos corretos. Nesse contexto, a administração pública deve manter um bom desempenho e eficiência gerencial, refletindo em serviços

cada vez melhores e mais baratos para o cidadão (BRAVO; MARIANO, 2006, p. 70).

No Brasil, o termo “administração” foi sendo substituído, ao longo das últimas décadas do século XX, pelo termo “gerência”, devido ao desgaste e às falhas na prática administrativa/executiva, buscando-se, com isso, um novo modo de decidir e dirigir.

Entretanto, no final da década de 80, o termo “gestão” passou a ser utilizado para definir o campo da administração e da gerência, novamente para compensar desgastes terminológicos e acrescentar algumas novidades sem, no entanto, representar uma mudança conceitual:

[...] no rigor vernacular, administração, gerência e gestão são sinônimas. O mesmo se pode dizer no sentido conceitual: nenhum conceito novo foi introduzido quando se procurou acentuar o uso de uma palavra em detrimento de outra, salvo, evidentemente, o de deixar o adquirido desgastado de uma para recuperar conceitos anteriores, através da nobreza de um novo termo (MOTTA, 1991 apud ALMEIDA, 2006, p. 13).

Desta forma, no Brasil, o termo gestão passou a ser adotado como qualificativo de formas participativas em administração: cogestão e autogestão, o que também ocorreu no âmbito da saúde, uma vez que, no mesmo período, seu conceito sofreu um redimensionamento, passando a exigir novas requisições político-administrativas.

Testa (1995 apud OLIVEIRA, 2001), ao analisar estas novas requisições, afirma, porém, que as mesmas imprimem sim uma distinção conceitual entre gestão e administração, principalmente no que se refere à natureza de seus objetos:

Os objetos de trabalho da administração são os recursos; suas funções são: conseguir que o conjunto de recursos necessários para realizar uma atividade se encontrem presentes no lugar e no momento em que ela vai se desenvolver e dispor do produto resultante disso, já a gestão é entendida aqui a partir da leitura de vários autores que vêm trabalhando este tema, como um espaço de poder que se destina a coordenar e dar direcionalidade às ações e projetos de uma organização, com o objetivo de obter um resultado que se aproxime da missão definida para ela (TESTA, 1995 apud OLIVEIRA, 2001, p. 61).

Dessa forma, embora a gestão implique administrar recursos materiais e financeiros, seu caráter diferencial diz respeito à problemática do poder, isto é, colocar o projeto

institucional em pauta e manejar os conflitos emergidos entre os diferentes atores envolvidos nesse processo.

O presente estudo, partilhando das idéias de Paim e Teixeira (2006), considera que essa polêmica conceitual se deve ao fato de a gestão constituir-se na área temática da Saúde Coletiva que mais expressa a dupla dimensão – saberes e práticas, conferindo-lhe implicações distintas, de origem tecnológica e ideológica.

Em outras palavras, o campo da gestão, ao produzir conhecimentos que visam responder aos problemas e desafios colocados pelos sujeitos em sua ação política em determinados contextos históricos, acaba por sofrer constantes resignificações, dada à complexidade e dinamicidade de seu objeto. Resignificações que, neste trabalho, se manifestam na busca por incorporar às já conhecidas formas de gerir (planejar, coordenar, monitorar, avaliar, etc.) as diferentes formas de cuidar (acolher, escutar, responsabilizar-se pelo outro, etc.), a partir de um modo de conceber a execução do poder (autoritário, democrático ou liberal), tendo em vista organizar as práticas em saúde.

Mehry (1999), em sua reflexão sobre o ato de governar estabelecimentos de saúde, afirma que historicamente, já no início do século XX, surgiam as primeiras preocupações do campo da economia e administração com a área da saúde, devido ao advento da saúde pública.

A construção da saúde pública, no século XX, foi marcada pela crescente presença da articulação entre saberes que se debruça sobre o “fenômeno coletivo” da saúde e da doença e aqueles que se orientam para o terreno da organização e administração das ações de saúde. Ganharam notoriedade, no começo do século, as “escolas clássicas” que foram adotadas como paradigmas para pensar a administração pública. O fayolismo¹ permitiu construir um discurso sobre a cientificidade da ação administrativa na organização dos serviços de saúde, enquanto o taylorismo² animou quem mais visava à construção das práticas sanitárias (MEHRY, 1999, p. 306).

Braga e Góes (apud MEHRY, 1999) acrescentam que a expansão da rede de serviços de saúde, com a incorporação da assistência individual e com o alargamento da ação estatal

¹ Henry Fayol foi o idealizador da Teoria Clássica da Administração, caracterizada pela ênfase na estrutura organizacional e pela busca da máxima eficiência. Para tanto, definiu as cinco funções administrativas indispensáveis ao bom funcionamento organizacional, a saber: planejar, organizar, comandar, coordenar e controlar.

² Frederick Taylor, por sua vez, foi o responsável pela Teoria da Administração Científica ou gerência científica, a qual previa a racionalização do processo de produção, por meio da parcialização do trabalho em tarefas, cabendo ao gerente planejá-las e ao operário executá-las.

do bem-estar social – vivenciada amplamente após a Segunda Guerra Mundial –, combinada ao crescente interesse do capital no setor prestador de serviços de saúde, ampliou a presença das intervenções no campo da administração. Desta forma, tanto as burocracias estatais quanto as do capital se viram diante da necessidade de construir competências nos terrenos da organização e administração das redes de serviços de saúde como um todo. O tema da saúde invadiu vários campos disciplinares, com ênfase na economia e administração.

A consolidação efetiva do setor saúde, como um dos principais campos de ação do Estado e do capital, foi criando novas necessidades para o desenvolvimento genérico e especializado das tecnologias de gestão em saúde. Administrar e/ou governar, tanto processos políticos implicados com a formulação e decisão sobre os caminhos a serem adotados, quanto processos de produção de atos de saúde, tornaram-se necessidades imperativas para ordenar as melhores “máquinas organizacionais”. Seja na ótica universalista e cidadã de um projeto social-democrata, seja na perspectiva mercantil e lucrativa do olhar do capital, a seus modos, todos exigiam mais e melhor competência neste novo território (MEHRY, 1999, p. 306).

No caso brasileiro, esta nova ordem de questões e rumos exigidos à operacionalidade da saúde iniciou-se na década de 70, com o movimento da Reforma Sanitária, caracterizado pela luta em favor do reconhecimento da saúde como direito de cidadania por parte do Estado. Movimento desenvolvido num contexto de grande efervescência política em prol da redemocratização do país e de afirmação da saúde coletiva, como campo de conhecimento estruturado a partir das disciplinas de epidemiologia, ciências sociais e planejamento/gestão, estas últimas, foco do presente estudo.

E, como resultado desse movimento, a Constituição de 1988 assume que a Saúde está vinculada à questão social, dando as bases para a construção do Sistema Único de Saúde, que será melhor detalhado no item seguinte deste capítulo.

Desse modo, o que merece ser destacado é a nova configuração do Estado perante a saúde, não mais como mero regulador, mas como Estado provedor, o que implica uma nova agenda administrativa.

Assim, à clássica exigência da figura de “representante do interesse público”, tal como emergiu nos anos 30-40, o agente do Estado e suas políticas, caracterizando o administrador público, somou-se à figura do profissional que, técnico em organizar a produção – o gerente, deve

otimizar a produtividade, manejar os problemas e os conflitos cotidianos, para a produção de serviços assistenciais oferecidos ao consumo individual e de mercado, envolvendo todas as questões da eficácia/eficiência empresarial, ainda que empreendimento (“empresa”) estatal (SCRAIBER et al., 1999, p. 224)

Com a complexificação das ações de saúde, surge a figura do gestor público, compreendendo o tradicional papel do administrador em saúde pública e a nova função de gerente da rede de unidades e serviços do setor público de produção de assistência em articulação com o setor privado. O que implicou certo deslocamento da gestão do plano macro – campo jurídico-legal do sistema – para o plano micropolítico, isto é, incorporando também o plano da prestação direta dos serviços assistenciais.

E isto será, de um lado, garantir a universalidade e a equidade na prestação de serviços; possibilitar a participação popular e profissional nos processos decisórios correlatos à organização da produção e também na execução dos cuidados em saúde; lidar com a integralidade das ações, criando espaços e formas de interação no trabalho cotidiano e gerenciando conflitos, tal como convém ao representante dessa esfera pública que se plasmou nas leis e normas da reforma. Mas será de outro lado, encontrar a melhor via de obter alta resolutividade e boa qualidade técnico-científica das ações que serão produzidas (SCHRAIBER et al., 1999, p. 225).

Dessa forma, para os autores, a esfera da gestão está, pois, em articular o político com o técnico-científico na produção dos cuidados assistenciais em saúde, o que requer abordagens mais processuais e interativas das organizações.

Sendo o gestor público o agente que deve articular em sua prática profissional: a racionalidade do ato médico e sanitário e os conflitos que aí se inscrevem relativos às demandas; as razões de Estado e os conflitos que aí se inscrevem quanto às necessidades sociais e à justiça social; e as conquistas de direitos em saúde – como as da Reforma Sanitária com seus princípios e diretrizes – e os conflitos que aí se inscrevem com os sistemas já existentes de saúde e suas modalidades de organização institucional (SCHRAIBER et al., 1999).

Portanto, se, no plano macro, a ampliação e complexificação da administração pública manifestou-se no redimensionamento do Estado, até então regulador, para Estado provedor de direitos sociais; no plano micro, esse redimensionamento fez do gestor de serviços não mais

mero executor da política institucional, mas também formulador e implementador das políticas de Estado. “Em razão disto, explicitar melhor toda essa passagem do político ao assistencial, e de que maneira isto implica articulações entre as diretrizes políticas, os preceitos éticos e a normatividade dos processos de trabalho passa a ser uma questão” (SCHRAIBER et al., 1999, p. 230).

Ressalta-se que a ampliação das atribuições dos gestores em nível micro também é assinalada por Lotufo e Miranda (2007), que afirmam que a direcionalidade das políticas de saúde, embora estabelecida em lei, não isenta seus gestores de suas responsabilidades na reformulação criativa das mesmas e em sua viabilização enquanto direito social de relevância pública, considerando que o propósito primordial da gestão em saúde é a produção de decisões que desencadeia o processo de intermediação e implementação de políticas.

Em outros termos, os gestores públicos de saúde não podem ser meros agentes administrativos providos somente de uma racionalidade instrumental ou normativa, cujos comportamentos seriam regrados para a condução dos sistemas de saúde e serviços. Os gestores de saúde – formuladores e produtores de políticas e estratégias institucionais, dirigentes, comandantes, condutores e difusores dos sistemas institucionalizados de ação, conformam e constituem um campo de poder governamental em que ocorrem tensionamentos e mediações políticas contínuas e permanentes. Um campo de gestão permeado pelo poder institucional (político, técnico e administrativo), que opera sob a delegação e a tutela dos detentores de mandato executivo (LOTUFO; MIRANDA, 2007, p.1146).

Para melhor compreender essas novas requisições e atribuições impostas à gestão pública em saúde, será apresentado, a seguir, o marco da transição político-administrativa em saúde no país: o processo de implantação do Sistema Único de Saúde, seus determinantes gerenciais e operacionais.

1.2 SUS: QUALIFICATIVO DA GESTÃO PÚBLICA EM SAÚDE NO BRASIL

O presente estudo pretende abordar, neste momento, alguns aspectos conceituais relativos ao ordenamento macropolítico da gestão pública em saúde no Brasil, introduzido com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), e que tem implicações diretas na organização assistencial dos serviços, onde se situa o HU/CAS/UFJF, foco da pesquisa.

Dentro desse novo ordenamento político, a gestão compreende um processo que vai da implementação dos princípios e diretrizes constitucionais, do planejamento e financiamento das ações e serviços de saúde à organização do processo de trabalho e do cuidado assistencial, assumindo um caráter cada vez mais ideológico, visando à legitimação da concepção ampliada de saúde.

Nesse sentido, os aspectos conceituais a serem apresentados incluem os principais mecanismos de gestão do sistema, a saber: a descentralização, a regionalização, a hierarquização, as NOBS (normas operacionais básicas) e o Pacto pela Saúde, cada um de modo diferente e complementar, buscando afirmar a qualificação da assistência.

A institucionalização do SUS tem sido avaliada como uma reforma de estado de caráter democrático que definiu direitos e responsabilidades estatais com a saúde promoveu a descentralização, criou mecanismos de integração governamental na gestão e espaços de participação social legitimados para o exercício do controle público sobre a gestão da política e do sistema de saúde (...) Afinal, transitou-se de um sistema centralizado e compartilhado, em que a União em parceria com os estados era responsável pela quase totalidade da oferta de serviços, para um sistema descentralizado e parcialmente integrado em que a quase totalidade dos municípios assumiu responsabilidades, parcial ou total, na gestão do sistema de saúde, num período de pouco mais de uma década (VASCONCELOS, 2005, p. 50).

Refletir a trajetória de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), definido por seu modelo de gestão, implica aprofundar os instrumentos utilizados à sua materialização, sendo a descentralização político-administrativa o marco histórico desse processo, que se iniciou com o movimento da Reforma Sanitária.

Segundo Feuerwerker (2005), o movimento pela Reforma Sanitária consagrou-se, no período final da ditadura militar e durante a Constituinte, como bandeira de luta específica e, ao mesmo tempo, parte de uma totalidade de mudanças, trazendo como principais ideias-força: o modelo de democracia, enquanto utopia igualitária (universalidade, equidade), garantindo a saúde como direito individual ao lado da construção do poder local fortalecido pela gestão social democrática; a reconceitualização da saúde, com o reconhecimento da determinação social do processo saúde-doença, trazendo uma perspectiva de atenção integral às necessidades de saúde da população; e a crítica às práticas hegemônicas de saúde,

propondo uma nova divisão do trabalho na área, incluindo um papel ativo do usuário na construção da saúde (FEUERWERKER, 2005).

Vale frisar que, nesse primeiro momento, a ideia-força referente à construção do modelo de gestão democrática será priorizada pelo presente estudo, por promover inovações na administração pública brasileira, partindo do processo de descentralização. Este, por sua vez, prevê a redistribuição do poder entre Estado e sociedade, mediante a participação e controle social no planejamento e ação governamental sem, no entanto, alterar as bases do federalismo brasileiro, isto é, as competências e atribuições de seus entes federados.

Historicamente, as primeiras iniciativas concretas na perspectiva da descentralização ocorreram entre 1980 e 1984, com a crise da Previdência Social e do regime militar, que, até então, organizava a política de saúde de forma segmentada, delegando ao Ministério da Saúde a responsabilidade pelas ações de saúde pública e ao INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social) o financiamento e gestão da assistência médica, bem como a seleção, contratação e pagamento dos provedores de serviços no nível nacional.

A centralização de recursos e de poder de contratação permitia ao Inamps definir de fato as prioridades da política de saúde no modelo do regime militar. Tal concentração de poder associada às relações de sua burocracia com os provedores privados de serviço tornou o Inamps uma instituição com poder de veto sobre as iniciativas de reforma que visaram, já em meados da década de 1980, a descentralizar e universalizar o acesso aos serviços de saúde, tais como as Ações Integradas de Saúde (AIS) e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) (ARRETCHE, 2005, p. 288).

As AIS, Ações Integradas de Saúde, fruto do Plano de Reorientação da Assistência à Saúde – Plano CONASP, de 1982, só começaram a ganhar expressão nacional a partir da Nova República, no esforço de implementação do programa social de transição democrática, no qual a universalização do acesso aos serviços de saúde, a integralidade das ações para superar a clássica dicotomia prevenção \times cura, e a unificação dos serviços eram suas estratégias principais.

Segundo Neto (1991), apesar de algumas distorções referentes à proposta, as AIS constituíram-se em eixo fundamental da política de saúde na primeira fase do governo de transição democrática, a partir de 1985, visto que permitiram melhoras no atendimento à população, inclusive a ampliação de cobertura assistencial. Isto se deve à criação de

infraestrutura para cuidados básicos de saúde, expandindo a capacidade instalada da rede pública, sobretudo ambulatorial; o que favoreceu o posterior desenvolvimento das políticas de universalização e descentralização.

No entanto, apesar de êxitos alcançados em alguns municípios, as AIS não foram capazes de combater o paralelismo de ações, a multiplicidade gerencial e a centralização do poder decisório no âmbito federal. Seu desenvolvimento enquanto instrumento para organização e gestão dos serviços de saúde esbarrou na diretriz da descentralização plena, já que a representação federal nos Estados (superintendências regionais do INAMPS) permaneceu exercendo amplos poderes, de maneira centralizada e com forte relação com o setor privado (NORONHA; LEVCOVITIZ, 1994).

Portanto, pode-se dizer que o impacto positivo das AIS ao processo de descentralização, com vistas ao processo de gestão da política de saúde no período, se deveu mais a iniciativas próprias dos níveis subnacionais de governo, os quais passaram a formular programas sociais e ações autônomas no nível local, impulsionados pela organização de comissões interinstitucionais de saúde.

Outra estratégia de operacionalização da gestão diz respeito ao Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), criado em 1987 através do estabelecimento de convênios com os governos estaduais, trazendo como principais diretrizes: a universalização e equidade no acesso aos serviços de saúde, a integralidade dos cuidados assistenciais, a regionalização e integração dos serviços, a descentralização das ações de saúde, a implementação de distritos sanitários, o desenvolvimento de instituições colegiadas gestoras e o desenvolvimento de uma política de recursos humanos. Essas diretrizes objetivaram sacramentar conceitos relativos à democratização do acesso, extinguindo definitivamente categorias diversificadas de cidadãos (cidadania regulada), e à organização da rede sob padrões técnicos apropriados.

Como estratégias de descentralização, o SUDS previa a reformulação do INAMPS a partir da transferência ao estado da gestão das unidades assistenciais, até então, exercida pelo referido órgão, e a municipalização. Esta, por sua vez, sofreu uma considerável heterogeneidade em sua implantação por parte dos sistemas regionais de saúde:

Apesar da referência explícita à necessidade de adesão dos municípios ao SUDS enquanto formalidade jurídica, estes são predominantemente tratados como prestadores/executores de serviços de saúde, com significativa limitação de seu papel gestor/regulador do sistema no seu âmbito de abrangência. Em verdade, observa-se uma ampla e significativa

heterogeneidade de padrões de relacionamento entre Estados e Municípios, que assumem desde modelos radicalmente descentralizantes até comportamentos de absoluto descaso da SES para o conjunto das Secretarias Municipais de Saúde (NORONHA; LEVICOVITZ, 1994).

Soma-se a essas dificuldades a correlação de forças desfavorável à estratégia do SUDS naquele momento, a qual sofreu resistências por parte das correntes clientelistas e conservadoras inamsistas.

Cabe assinalar que é durante o processo de implementação da proposta do SUDS que se travavam na Assembléia Nacional Constituinte os debates em torno da elaboração do capítulo da saúde na nova Constituição.

Apesar dos obstáculos, o SUDS sobreviveu até a aprovação da Lei Orgânica da Saúde (Leis nº 8.080 e nº 8.142), em 1990, quando o SUS passa a ser implementado. Essa continuidade só foi possível graças à atuação política do CONASS (Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde) e CONASEMS (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde) em defesa de sua condução como movimento descentralizante.

Desta forma, a proposição e a implementação do SUDS representaram um papel central na consolidação política da Reforma Sanitária no tocante à gestão, encontrando perfeita continuidade e a devida consolidação no reconhecimento constitucional da saúde como direito de todos e dever do Estado, em 1988 (FIORI, apud NORONHA; LEVICOVITZ, 1994).

A partir de então, o SUS foi criado como organismo de regulação, coordenação e execução do conjunto de ações e serviços, conformando os instrumentos de gestão na perspectiva democrática, tendo seus princípios e diretrizes regulamentados pelas Leis Federais Nº 8.080 e Nº 8.142, de 1990, já mencionadas. Os princípios do sistema compreendem a universalidade do acesso, a equidade e a integralidade das ações de saúde, enquanto que as diretrizes incluem a descentralização com comando único, a regionalização e hierarquização e a participação/control social.

As diretrizes conferem organização e operacionalidade ao sistema e têm na descentralização político-administrativa a “espinha dorsal” do mesmo, isto é, a peça-chave para o novo padrão de gestão e intervenção na saúde, devido ao seu caráter democratizante, responsável pela integração institucional do sistema. Integração indicada pela direção única em cada esfera de governo, fixando a repartição de competências entre as entidades estatais, o

que significou um avanço na medida em que a execução das ações e serviços, antes feita por força de convênio entre Estados e União, através das AIS e do SUDS, passou a constituir-se em dever de cada ente federado.

Desse modo, se inicialmente, o processo de descentralização caracterizou-se pela experiência gradativa de estadualização da gestão, nos anos seguintes (década de 90), o processo avançou enfatizando a municipalização, a qual coloca o responsável pela ação perto do fato.

A execução de ações e serviços de saúde, bem como de outros serviços de interesse social imediato, deve ser atribuída ao órgão ou à autoridade que esteja em contato direto com o administrado ou usuário. Além de ser mais racional, tal procedimento permite ao usuário identificar o responsável pela ação, aumentando, assim, o grau de consciência do cidadão e a sua participação no governo (CARVALHO; SANTOS, 1995, p. 84).

Assim, aquilo que o município pode fazer, o Estado ou a União não deve fazer. O mesmo princípio é válido para o Estado em relação à União. Segundo Carvalho e Santos (1995), a municipalização das ações e serviços de saúde é o grande avanço do SUS porque efetiva a descentralização política, base do federalismo. Além disso, enseja um novo modelo de gestão participativa que favorece o controle social das ações do Poder Público, abrindo caminho para um novo pacto federativo, influenciado pela solidariedade política e voltado para o êxito social.

Entretanto, Vasconcelos e Pache (2006) esclarecem que a descentralização não se esgota na municipalização, prevendo ainda o processo de regionalização enquanto diretriz racionalizadora da gestão. Segundo o autor, o objetivo da regionalização é distribuir de forma racionalizada e equânime os recursos assistenciais no território, com base na distribuição da população, promovendo a integração das ações e das redes assistenciais, de forma que garanta acesso oportuno, continuidade do cuidado e economia de escala³.

Carvalho e Santos (1995) acrescentam, por sua vez, que regionalizar não se reduz a distribuir espacialmente os serviços, mas, sobretudo, prevê organizá-los com o devido suporte técnico e de recursos humanos e com poder decisório definido, ampliando, assim, a responsabilidade da gestão pública. No SUS, a regionalização deve construir-se imbricada à

³ Economia de escala implica aquisição de recursos tecnológicos, de apoio diagnóstico e terapêutico e mão-de-obra especializada, não disponíveis em todos os municípios do país em curto e médio prazos.

hierarquização da rede pública, instrumentalizando o processo de planejamento das ações e serviços de saúde.

A hierarquização pressupõe a ordenação do sistema por níveis de atenção, estabelecendo fluxos assistenciais entre os serviços, de modo que regule o acesso aos mais especializados (“complexos”), considerando que os serviços básicos de saúde são os que ofertam maior contato com a população e são os de uso mais frequente. Para tanto, propôs-se uma estrutura piramidal, em que na sua base estariam localizados estes serviços básicos, constituindo a “porta de entrada” para os níveis de maior complexidade ou densidade tecnológica, a saber: nível ambulatorial, parte intermediária da pirâmide, e nível hospitalar, topo da pirâmide. Pretendia-se com esta estrutura, garantir a utilização do recurso tecnológico certo, no espaço certo, de acordo com as necessidades bem estabelecidas pelos usuários.

No entanto, as experiências têm revelado a necessidade de horizontalizar e flexibilizar esta estrutura, dada à dificuldade de acesso da população às ações e serviços de saúde, o que implica estipular várias portas de entrada no sistema, com fluxos reversos entre estes serviços. Com base nisso, Cecílio (1997) propõe a substituição da lógica piramidal pelo modelo baseado na figura de um círculo, de modo a garantir a continuidade na atenção:

O círculo se associa com a idéia de movimento, de múltiplas alternativas de entrada e saída. Ele não hierarquiza. Abre possibilidades. E assim deve ser o modelo assistencial que preside o SUS. Trabalhar com múltiplas possibilidades de entrada. O centro de saúde é uma boa entrada para o sistema, assim como também o são os pronto-socorros hospitalares, as unidades especializadas de pronto-atendimento e tantos outros serviços (CECÍLIO, 1997, p. 475).

Mattos (2007), assim como Cecílio (1997), também rejeita a ideia de que a atenção básica deva ser a única porta de entrada do sistema, entendendo que a proposta de rede regionalizada e hierarquizada só faz sentido na medida em que facilita o atendimento integral das necessidades de saúde da população, ou seja, quando não perde de vista a questão do acesso que justifica sua existência.

Segundo o autor, a expressão *porta de entrada do sistema* poderia ser entendida como o primeiro contato na vida do sujeito com o sistema de saúde e, nesse sentido, os profissionais são quem estabelecem esse primeiro contato, independentemente do ponto da rede em que atuam.

Aqui, a porta de entrada é tão somente o lugar de um encontro específico entre equipe de saúde e usuário que desencadeia a construção de um projeto terapêutico individualizado. Essa porta de entrada não se define no plano ideal, mas no plano da realidade concreta. Nesse sentido, gestores não estabelecem (e não devem estabelecer) portas de entrada. Portas de entrada são construídas socialmente, e em processos de grande complexidade. Elas refletem as histórias e os dramas de busca do acesso em condições concretas. Assim entendida, a tarefa da gestão do cuidado não seria a de criar normas para ordenar os fluxos de certos pacientes, mas sim contribuir para que os profissionais, vendo-se como portas de entrada, sejam capazes de propor um fluxo que responda às necessidades da pessoa (MATTOS, 2007, p. 381).

Trazendo para a realidade do HU/CAS/UFJF e considerando a pertinência de se diferenciar estes fluxos na dinâmica dos serviços, será analisado, no terceiro capítulo da presente pesquisa, como essa unidade tem assegurado uma trajetória resolutiva aos seus usuários, tanto internamente quanto na rede loco-regional.

Feitas estas considerações acerca dos componentes principais do processo de gestão descentralizada do SUS, passa-se agora à discussão de sua implementação, realizada por meio de mecanismos reguladores, instituídos pelo Poder Executivo, mais precisamente pelo Ministério da Saúde, denominados de Normas Operacionais Básicas, as NOBs.

As NOBs são parte de um processo de habilitação e certificação dos municípios para a assunção de responsabilidades de gestão das ações de saúde promovido por meio de indução financeira.

A principal característica das normas é a definição de regras para a descentralização a partir da utilização de mecanismos e incentivos financeiros para a indução de políticas nos estados e municípios, reforçando uma relação tutelar já institucionalizada na condução do Ministério da Saúde, permeando o processo decisório sobre a política de financiamento. Assim, apesar de se tratar de portarias de gestão, estas definem regras de financiamento e, mais uma vez, revelam uma determinada forma de condução da política pelo gestor federal (BAPTISTA, 2007, p. 618).

Assim, tanto a municipalização quanto a regionalização do sistema foram impulsionadas com o estímulo aos estados e municípios a assumirem responsabilidades de gestão, de modo gradual, mediante a adesão às condições de gestão previstas nas NOBs: inicialmente com a NOB 01/93, depois alterada com a NOB 01/96 e, em seguida, modificada pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), editada em 2002.

A NOB 93, segundo Trevisan e Junqueira (2007), marcou tanto os primeiros passos de uma descentralização administrativa do sistema de saúde, como estabeleceu formas rígidas de manutenção das estruturas de financiamento em instância federal, justificadas pela necessidade de agilizar o processo de municipalização. Essas estruturas de financiamento respondem pela convivência de dois instrumentos contrapostos de gestão no SUS, presente até os dias atuais: o primeiro deles é o que vincula o subsídio à demanda, através de um sistema de pré-pagamento *per capita*; e o segundo referente ao sistema de manutenção do subsídio à oferta por meio da remuneração por produção. O que, na prática, implicou uma dicotomia à integralidade das ações, visto que a atenção básica reteve o papel de subsistema de entrada e controle, adotando o sistema inovador de pré-pagamento, enquanto que o outro subsistema que inclui o atendimento ambulatorial e hospitalar manteve a tradicional remuneração por serviço prestado.

O subsistema por pré-pagamento, com a NOB 96, adquiriu posição estratégica no sistema, na medida em que passou a prever duas formas de gestão: a gestão plena da atenção básica e a plena do sistema de saúde, que substituíram todas as disposições anteriores.

A gestão plena do sistema pressupunha que o gestor assumisse a responsabilidade pela regulação do conjunto de serviços existentes em seu território, incluindo a organização dos fluxos assistenciais e a oferta de ações e serviços disponíveis, assegurando acesso aos usuários dos municípios que integram a região de saúde, mediante processo de pactuação e mediados por instrumentos de gestão como a Programação Pactuada Integrada (PPI).

A PPI é um dispositivo de gestão, ainda em vigor, que visa definir a programação das ações de saúde em cada território e nortear a alocação dos recursos financeiros para a saúde, a partir de critérios e parâmetros pactuados entre os gestores. Deve ainda explicitar os pactos de referência entre municípios, gerando a parcela de recursos destinados à própria população e à população referenciada (BRASIL, 2006).

Em relação à gestão da atenção básica, a NOB 96 atribuiu ao poder municipal a responsabilidade pela gerência de todos os serviços básicos de saúde e pela oferta das ações de vigilância e controle de doenças inerentes a esse nível de atenção. Destaque, aqui, para a repercussão e abrangência nacional do PSF (Programa de Saúde da Família), obtida em virtude dos incentivos financeiros oferecidos pelo governo federal à sua implantação em nível local e por seu caráter estratégico à construção de novas práticas assistenciais em saúde, contra-hegemônicas.

Além de garantir a oferta da atenção básica, os gestores municipais também deveriam se responsabilizar pela garantia de acesso de seus municípios aos outros níveis de atenção mediante integração do sistema municipal de saúde à rede regionalizada de atenção à saúde. Ao passo que os estados coordenariam o processo de regionalização, ofertando supletivamente os serviços que os municípios não dispunham e assumindo a regulação do acesso aos serviços especializados em articulação com municípios em gestão plena.

Dando seguimento a esse processo, o governo federal reeditou, em 2002, a Norma Operacional da Assistência à Saúde / NOAS 01/2002, com o intuito de promover uma distribuição mais justa, racionalizada e equânime dos recursos, de acordo com a base populacional de cada localidade, estimulando a interação das ações e das redes assistenciais, com acesso oportuno, continuidade do cuidado e economia de escala.

Para tanto, a NOAS 01/2002 propôs a organização de mecanismos de regulação do acesso com a utilização de sistemas informatizados e a definição de Planos Diretores de Regionalização (PDR) que explicitassem o desenho de regionalização assistencial, assentado em módulos assistenciais, microrregiões e macrorregiões, e do Plano Diretor de Investimentos (PDI) para assegurar os recursos necessários à reorganização da rede assistencial.

Segundo Vasconcelos e Pache (2006), alguns dos resultados positivos desse processo no tocante à gestão foram: a ampliação do acesso da população a um conjunto de serviços e ações de saúde sob a gerência dos governos municipais – com destaque para as ações básicas de saúde –, uma maior adequação, em nível local, das ações às necessidades de saúde da população; o aprendizado institucional no campo da gestão em saúde com a formação de um grande contingente de profissionais habilitados a manejar os instrumentos de gestão do SUS e a exercitar a negociação nas relações de gestão com os outros municípios e destes com o Estado.

Entretanto, o autor afirma que, mesmo com a NOAS 01/2002, persistiram conflitos e disputas pela gestão de recursos e pela gerência dos serviços entre Estados e municípios, herdadas do processo de municipalização, dificultadores da cooperação técnica necessária ao processo de descentralização e universalização do sistema. Impasses que explicam as atuais dificuldades da gestão municipal em assegurar uma atenção básica resolutiva e de qualidade e em viabilizar o acesso dos usuários que demandam atenção especializada.

Viana et al. (2002), ao analisarem a totalidade das normas organizacionais, afirmam que as mesmas formam um conjunto contínuo, na medida em que cada norma, ao apontar uma série de mudanças, carrega, paralelamente, uma série de contradições que passaram a ser

resolvidas pela norma subsequente, numa tentativa de adequar o processo de descentralização setorial à racionalidade sistêmica, aos modelos de atenção à saúde e ao financiamento. Contradições expressas, principalmente, no que se convencionou chamar de descentralização tutelada, ou seja, o comprometimento da autonomia de estados e municípios, no tocante à programação de suas ações, em virtude do mecanismo de indução financeira, citado anteriormente, presente em todas as NOBs e utilizado para garantir a adoção e implementação das políticas governistas.

Desta forma, se, por um lado, a concentração de recursos e de poder institucional no Ministério da Saúde lhe outorgou papel relevante na condução do processo de descentralização, garantindo certa uniformidade e regularidade à transição político-administrativa, por outro, esse controle burocrático feriu a autonomia de estados e municípios, produzindo distorções na gestão e organização dos serviços.

Entretanto, Viana et al. (2002) acreditam que as normas organizacionais (NOBs e NOAS) não representam apenas estratégias de indução ou de constrangimento à gestão descentralizada do sistema, mas, ao contrário, engendram outros espaços de pactuação de interesses na saúde, bem como a emergência e fortalecimento de novos atores, dada a incorporação de inúmeros centros de poder na arena decisória da política.

Esses espaços de pactuação seriam, segundo Trevisan e Junqueira (2007), a chave para superar os atuais entraves à plena descentralização da gestão em saúde, desde que associados à ideia de rede, responsável por conferir operacionalidade ao sistema. Concepção de rede entendida como padrão de interação e também como forma pela qual o serviço público é planejado, concebido, produzido e oferecido à população.

O processo que permite o passo além da simples interação entre as instâncias de poder, ou entre órgãos geograficamente dispersos, é o que entende o conceito de rede como uma linguagem de vínculos das relações sociais entre organizações. A questão é como convencer os diferentes atores das diferentes organizações a falarem a mesma “linguagem”, suficientemente eficaz para gerar vínculos (TREVISAN; JUNQUEIRA, 2007, p. 901).

A resposta a esta questão seria incorporar os diferentes atores ao processo decisório das políticas de saúde, por meio de um planejamento participativo em sua gestão, o qual

englobaria as três etapas do processo de planejamento em saúde, a saber: a normativa, a estratégica e a estratégica vinculada ao planejamento como proposto por Chorny⁴.

Segundo Paim (2006), o planejamento em saúde é uma prática social que, ao mesmo tempo que instrumentaliza a gestão, dispende sobre outras técnicas na organização do processo de trabalho, possibilita a tradução das políticas públicas em práticas assistenciais no âmbito local, podendo apresentar-se de modo estruturado (normativo), não estruturado (estratégico) ou com elementos de ambos (proposta por Chorny).

O planejamento normativo foi influenciado pelo predomínio do racionalismo dos anos 60, em que a decisão técnica bem fundamentada, independentemente do contexto social no qual era aplicada, era tida como suficiente para promover desenvolvimento, principalmente econômico, na área da saúde pública.

Em meados dos anos 70, além das normas, o planejamento passou a reconhecer também os conflitos inerentes ao contexto social, adquirindo uma perspectiva estratégica por incorporá-los ao conhecimento científico no processo de planificação e, conseqüentemente, um caráter político à condução da saúde pública.

Por fim, a partir dos anos 90, ocorreu a real vinculação entre o caráter estratégico e o planejamento em saúde, quando se distinguiu, no ato de planejar, a importância tanto de métodos e técnicas quanto dos limites da aplicação de determinadas decisões em contextos sociais específicos (TREVISAN; JUNQUEIRA, 2007). O que significa reconhecer a necessidade de aplicação de certa instrumentalidade técnica ao planejamento, de modo a evitar improvisações na condução das políticas em saúde, bem como considerar a correlação de forças existente nesse processo, isto é, o caráter dinâmico característico às esferas macro e micropolíticas da gestão em saúde, a fim de responder à sua imprevisibilidade cotidiana.

O *mix* do planejamento em saúde com as possibilidades políticas e com os limites da “vontade” da população-alvo, aceitando as diferenças na “visão de mundo” de cada um dos atores envolvidos, constitui processo de “planejamento participativo”. Esse salto de qualidade no processo de planejamento institucional o SUS ainda não obteve (TREVISAN; JUNQUEIRA, 2007, p. 901).

⁴ Segundo Onocko (2000), Chorny poderia ser considerado um planejador clássico, uma vez que participou do grupo de formuladores nesse campo na América Latina, porém, o que o diferencia dos demais planejadores tradicionais é a sua aguda capacidade crítica, que lhe permite ressaltar a centralidade do conjunto das finalidades para enfrentar os desafios da complexidade. Para Chorny, o primeiro objeto de reflexão dos planejadores deverá ser sempre a situação de saúde, o segundo, a dimensão metodológica, e o terceiro, a ação; sendo que, em relação à dimensão metodológica, defende o reconhecimento da inter-relação dialética entre métodos, sujeitos e objetos.

Mas o SUS pode obtê-lo por meio do pacto de gestão, ao subordinar a lógica da cooperação financeira às necessidades de saúde da população, com equidade: pacto significa negociação entre iguais, respeitada a autonomia, visando ao objetivo integrador de responsabilidade sanitária. A formulação do pacto facilita a identificação de situações essenciais tanto para o gestor do sistema como para os trabalhadores da saúde e usuários da rede, ou seja, sendo possível perceber, prever e administrar o risco à saúde individual e coletiva (TREVISAN; JUNQUEIRA, 2007).

Desta forma, a lógica de um pacto pressupõe tornar mais clara a responsabilidade sanitária compartilhada, que atenda à necessidade de saúde da população de forma plena e não fragmentada, como se deu pela gestão por instâncias de poder, ainda que integradas. O fato de o nível local ser a referência mais próxima ao usuário do SUS não deve impedir a visão do todo, do funcionamento da rede, ou seja:

Compartilhar responsabilidade exige [...] a compreensão plena da lógica de rede, respeitando, antes de mais nada, o fluxo dessa demanda, sem procurar beneficiar instâncias a partir da capacidade da oferta. A estabilidade do “pacto” vem do equilíbrio de financiamento entre os participantes da rede. Pactos regionais podem e devem romper fronteiras físicas das áreas de atendimento, avançando, quando for o caso, até as fronteiras estaduais (TREVISAN; JUNQUEIRA, 2007, p. 900).

Com essa preocupação, foi proposto pelo Ministério da Saúde, em 2006, o mais recente instrumento operacional do SUS, isto é, de orientação à descentralização: o Pacto pela Saúde, objetivando-se enfrentar os gargalos e produzir inovações na organização e, sobretudo, nos processos de gestão do sistema.

Segundo Vasconcelos e Pache (2006), a defesa de mudanças na dinâmica de gestão do SUS ocupou a agenda de discussão da CIT (Comissão Intergestores Tripartite) nos últimos anos. Nos debates travados, sobressaiu a necessidade de superação dos vícios burocratizantes da descentralização verticalizada e a defesa de radicalização do processo de descentralização, em meio ao conflito federativo e à consciência de esgotamento do padrão incremental que vigorou até o momento.

A implantação do Pacto, firmado entre as três esferas de governo, foi estruturada em três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão; trazendo como principais inovações: a substituição do atual processo de habilitação pela adesão solidária aos

Termos de Compromisso de Gestão; a Regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de descentralização; a integração das várias formas de repasse dos recursos federais; e a unificação dos vários pactos existentes. O documento, portanto, foi firmado a partir de uma unidade de princípios que, guardando coerência com a diversidade operativa,

[...] respeita as diferenças loco-regionais, agrega os pactos anteriormente existentes, reforça a organização das regiões sanitárias instituindo mecanismos de co-gestão e planejamento regional, fortalece os espaços e mecanismos de controle social, qualifica o acesso da população à atenção integral à saúde, redefine os instrumentos de regulação, programação e avaliação, valoriza a macro função de cooperação técnica entre os gestores e propõe um financiamento tripartite que estimula critérios de equidade nas transferências fundo a fundo (BRASIL, 2006, p. 7).

O Pacto pela Vida contempla o empenho dos gestores em assegurar os recursos necessários à busca de resultados sanitários em relação a um conjunto de prioridades, a saber: saúde do idoso; saúde da mulher; saúde da criança; controle de doenças emergentes e endemias; promoção da saúde; e fortalecimentos da atenção básica. Cabe ressaltar que o documento prevê revisões periódicas e, desde sua implantação, passou a incluir outras linhas de cuidado, a saber: saúde do trabalhador; saúde mental; fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência; atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência; e saúde do homem.

O Pacto em defesa do SUS propõe a repolitização da saúde, a mobilização da sociedade em defesa do direito à saúde e a efetivação do SUS como política de Estado com garantia do financiamento público suficiente. Para tanto, propõe o incremento dos recursos orçamentários para o setor, com a aprovação de um orçamento integrado do SUS e definição de responsabilidades das três esferas de governo. Dispõe ainda sobre a elaboração e divulgação da carta dos direitos dos usuários do SUS.

Por fim, o Pacto de Gestão, que subsidia o alcance dos objetivos deste estudo, introduz inovações nas relações intergovernamentais no SUS, produzindo uma reforma na institucionalidade vigente, tendo em vista superar os entraves que se acumularam no processo de descentralização. Nesse sentido, a regionalização é recuperada como eixo estruturante à organização do sistema e das redes de atenção:

A Região de Saúde deve organizar a rede de ações e serviços de saúde a fim de assegurar o cumprimento dos princípios constitucionais de universalidade do acesso, equidade e integralidade do cuidado [...]. Para a constituição de uma rede de atenção à saúde regionalizada, é necessária a pactuação, entre todos os gestores envolvidos, do conjunto de responsabilidades não compartilhadas e das ações complementares (BRASIL, 2006, p. 19).

O Pacto de Gestão prevê ainda: a revisão das responsabilidades sanitárias das três esferas de governo e a assunção de compromissos que levem à superação do atual processo de habilitação à gestão, por parte de estados e municípios; alterar a lógica de alocação de recursos e as modalidades de transferência, superando a intensa fragmentação existente; revigorar o processo de planejamento e de programação com a racionalização e integração dos instrumentos e dos processos, fortalecendo a capacidade de regulação da atenção à saúde; fortalecer a participação e o controle social com apoio às instâncias de participação e a democratização das informações; priorizar as iniciativas de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, tendo em vista aprimorar as relações de trabalho e valorização dos trabalhadores do SUS; e revisar o processo normativo com a descentralização das decisões para o âmbito dos espaços de cogestão nos estados (VASCONCELOS; PACHE, 2006). Ressalta-se que a repercussão desses elementos e diretrizes do Pacto pela Saúde na realidade organizacional do HU/CAS/UFJF será analisada no terceiro capítulo da presente dissertação, a partir das falas de seus gestores.

Ao resgatar, brevemente, a trajetória de implantação do SUS, considerando seus principais mecanismos de gestão, o estudo reconhece a interferência direta destes mecanismos na organização assistencial dos serviços, em especial nos de média e alta complexidade, uma vez que dependem da maior disponibilidade de profissionais especializados e de recursos (materiais) tecnológicos e financeiros ao seu funcionamento.

Nesse sentido, precisar a qualidade da assistência prestada por estes serviços, em especial pelos hospitais de ensino, implica necessariamente situá-los no processo de contratualização/pactuação, em que se negociam e se estabelecem os subsídios necessários à sua operacionalidade. No caso do HU/CAS/UFJF, essa compreensão será desenvolvida a partir das falas de seus gestores e profissionais, avaliando-se a relação entre HU e gestor local de saúde, seu suposto protagonismo no sistema combinado à lógica de complementaridade à rede.

1.3 ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO SUS

Após a apresentação das principais orientações relativas ao processo de gestão do SUS, o presente estudo se ocupará agora em abordar, especificamente, o modo tecnológico de intervenção (PAIM, 2003) sobre o qual estas orientações incidem com maior intensidade: a assistência à saúde, dando ênfase ao cuidado como tecnologia que aprimora sua produção em nível micro.

A assistência à saúde foi reconhecida legal e formalmente pela Constituição Federal de 1988 como um dos objetivos e atribuições fundamentais do Sistema Único de Saúde, o qual deve: “prestar assistência às pessoas por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, integrando as medidas assistenciais com as preventivas” (art 5º, inciso III). Essa integração, de acordo com o texto constitucional, deve se dar com ênfase às ações preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, o que significa ampliar as intervenções públicas em saúde, até então, desenvolvidas com enfoque predominantemente médico-curativista, para ações de abrangência social e coletiva.

Desta forma, o atendimento integral surge como novo enfoque às ações e serviços de saúde, visando romper com a herança negativa da política de priorização da assistência médico-hospitalar privada em detrimento das medidas de prevenção dos riscos e agravos à saúde individual e coletiva da população.

No antigo sistema de saúde, havia uma dicotomia entre as ações e os serviços de cunho preventivo e os curativos. De um lado, o Ministério da Saúde com a atribuição de desenvolver atividades preventivas; de outro lado, o Ministério da Previdência e Assistência Social com as ações e os serviços assistenciais, ambos executados pelo INAMPS (CARVALHO; SANTOS, 1995, p. 77).

Mattos (2003), ao analisar a articulação entre prevenção e assistência à luz da integralidade, apresenta as distinções de ambas as ações. Segundo ele, as práticas assistenciais devem estar voltadas para reduzir não só a letalidade ou a incidência de complicações no processo saúde-doença, mas também para aliviar e reduzir a experiência de sofrimento dos indivíduos. Enquanto que as ações preventivas se propõem a evitar esse sofrimento, quando provocado por doenças.

No plano das políticas de saúde, as ações preventivas e as assistenciais têm impactos distintos: as atividades assistenciais respondem a uma percepção das necessidades de saúde por parte dos usuários, enquanto que as ações preventivas se enquadram na perspectiva de modificar o quadro social de uma doença, podendo inclusive modificar a demanda futura por serviços assistenciais. Ambas, quando adequadas, constroem a legitimidade das políticas de saúde (MATTOS, 2003, p. 53).

No plano dos serviços, a Lei Orgânica da Saúde (Lei N° 8.080) especificou os princípios reorientadores das referidas ações de saúde, dentre os quais, destacam-se: universalidade do acesso aos serviços; igualdade no atendimento; direito à informação; preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; participação da comunidade; descentralização político-administrativa; integralidade e resolubilidade das ações de saúde.

Vale lembrar que a operacionalidade da assistência foi estruturada com base na descentralização, com ênfase na regionalização e hierarquização por níveis de complexidade, através das Normas Operacionais Básicas da Saúde, editadas pelo Ministério Saúde, abordadas anteriormente.

Sob esse aspecto, Baptista (2007) destaca que, embora teoricamente as NOBs se destinassem a regulamentar o sistema, na prática, o grande foco de sua regulação foi o processo de descentralização assistencial. Regulação que, atualmente, com o Pacto de Gestão do SUS (2006), sofreu um redimensionamento ao desmembrar-se em Regulação da Atenção à Saúde e Regulação Assistencial.

Conforme o documento, a Regulação da Atenção à Saúde tem como objeto a produção de todas as ações diretas e finais da atenção à saúde, dirigida aos prestadores de serviços públicos e privados, compreendendo ações de contratação, regulação do acesso à assistência, controle assistencial, avaliação da atenção à saúde, auditoria assistencial e as regulamentações da vigilância epidemiológica e sanitária. Sendo que a Regulação Assistencial ou Regulação do Acesso à Assistência implica um conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermediam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a estes, configurando-se numa das ações de Regulação da Atenção (BRASIL, 2006).

Desta forma, pode-se considerar que a Regulação da Atenção representa a dimensão macro do processo de gestão do SUS, visto que inclui ações mais abrangentes e voltadas ao cumprimento da política assistencial, enquanto que a Regulação Assistencial representa o caráter micro desse processo, isto é, a prestação direta da assistência em nível dos serviços,

visando responder às necessidades de saúde dos usuários. Prestação assistencial que se constitui no foco deste estudo e, portanto, será tomada para maiores reflexões nos conteúdos que se seguem.

Como já visto anteriormente, a assistência à saúde passou a ser incluída na agenda governamental com a Constituição de 88, porém, a discussão acerca de sua qualificação no nível dos serviços só começou a ganhar amplitude a partir de 1994, com a implantação do programa e, atualmente, Estratégia de Saúde da Família (ESF).

A ESF, reforçada recentemente no Pacto pela Vida (2006), é concebida como um processo de fortalecimento da atenção básica, com potencial para reorientar as práticas em saúde, na medida em que prioriza a promoção da mesma na organização do processo de trabalho, ampliando-se o campo de atuação dos profissionais de saúde.

Contudo, segundo Feuerwerker (2005), a maior articulação entre ESF e serviços especializados ainda é um desafio à efetiva integralidade das ações em saúde, dado o isolamento da atenção básica em relação aos demais serviços, subjugados às práticas clínicas tradicionais.

Com essa preocupação, em 2001, o Ministério da Saúde – sob o comando do então ministro, José Serra – regulamenta o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH), que teria por objetivo “aprimorar as relações entre profissional de saúde e usuário, dos profissionais entre si e do hospital com a comunidade” (MS, 2001, p. 7), tendo em vista promover uma nova cultura de atendimento à saúde no Brasil.

Para tanto, propôs a valorização da dimensão subjetiva, “presente em todo ato de assistência à saúde”, como condição indispensável à qualificação deste e a criação de espaços de comunicação para divulgar e desenvolver ações nesta perspectiva no nível dos serviços.

Entre estes espaços, destaque para a Rede Nacional de Humanização, concebida como instrumento fundamental para a consolidação do processo de humanização nos hospitais, uma vez que se dispunha a promover o intercâmbio de ideias, estratégias e informações referentes a este trabalho e a garantir o apoio e ressonância necessários às iniciativas desenvolvidas institucionalmente por meio dos Grupos de Multiplicadores de Humanização Hospitalar e dos Grupos de Trabalho de Humanização Hospitalar.

Os Grupos de Multiplicadores de Humanização Hospitalar, distribuídos nas cinco regiões do país, seriam responsáveis pela formação, treinamento e capacitação dos representantes dos hospitais participantes e pelo acompanhamento do trabalho realizado nestes serviços.

Os representantes dos hospitais, por sua vez, constituiriam os Grupos de Trabalho de Humanização Hospitalar que, segundo o PNHAH, teriam como principais atribuições: “difundir os benefícios da assistência humanizada; pesquisar e levantar os pontos críticos do funcionamento da instituição; propor uma agenda de mudanças que possa beneficiar os usuários e os profissionais de saúde; divulgar e fortalecer as iniciativas humanizadoras já existentes; melhorar a comunicação e a integração do hospital com a comunidade de usuários” (MS, 2001, p. 16).

Trazendo para a realidade do HU/CAS/UFJF, ressalta-se que, desde maio de 2004, esse Grupo de Humanização se encontra em atividade, sob a supervisão da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais.

No mesmo ano, com a mudança do Governo Federal, o referido Programa foi elevado à condição de Política, intitulada HumanizaSUS, operando transversalmente em toda a rede SUS e não mais exclusivamente ao ambiente hospitalar, tendo em vista rever a verticalidade com que os serviços de saúde ainda se encontram estruturados.

Política transversal no sentido de substituir indicadores e metas por um conjunto de princípios e diretrizes que se traduzam em “ações nas diversas práticas de saúde e esferas do sistema caracterizando uma construção coletiva. Trata-se, sobretudo, de investir na produção de sujeitos que constituem os sistemas de saúde e deles usufruem, acolhendo tais atores e fomentando seu protagonismo” (MS, 2003, p.3).

Cabe ressaltar que parte dos princípios e diretrizes previstos no HumanizaSUS para a reconfiguração da assistência em todos os níveis de atenção sustenta-se no paradigma de *gestão compartilhada* (CAMPOS; AMARAL, 2007), que será melhor aprofundado por este estudo em suas análises acerca das atuais diretrizes organizativas do HU/CAS/UFJF.

Reconhece-se que há uma polêmica conceitual que envolve o termo “humanização”, suscitando críticas e questionamentos quanto à sua aplicabilidade e abrangência. Essa polêmica se expressa principalmente no aspecto sutil da política de humanização de barrar a continuidade das práticas flexnerianas, de orientação positivista que apregoa o biologicismo, a neutralidade, o distanciamento profissional/usuário, o compromisso principal com a doença, sem visar primordialmente a qualidade da vida, pós intervenção profissional. Questiona-se a validade da política de humanização, considerando-se que, mais do que política, a humanização deveria ser o resgate da ética de compromisso direto com a integralidade no tocante à qualidade de vida e à garantia do direito dos usuários, a ser reforçada durante toda a trajetória da formação cidadã do profissional de saúde.

Deslandes (2004, p. 8), em sua análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar, apresenta uma noção geral do referido termo, concebendo-o como a forma de assistência que valoriza a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associada ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais. “Implica ainda a valorização do profissional e do diálogo intra e interequipes”; concepção partilhada pelo presente estudo, que, longe de esgotar a referida polêmica conceitual, busca apenas identificar as principais tentativas de qualificação assistencial do SUS nos últimos anos, sob o signo da integralidade.

Embora iniciativas como ESF e HumanizaSUS venham assumindo linhas de ação cada vez mais abrangentes no sentido de aplicar a integralidade no cotidiano dos serviços, verifica-se, segundo Pinheiro e Guizardi (2005, p. 23), uma dificuldade de traduzir esse conceito, de fato, em novas práticas, “o que acaba por reduzi-lo a uma soma ou justaposição das ações de cunho coletivo ou preventivo com as de cunho individual curativo”.

Para essas autoras, essa dificuldade sinaliza um aspecto fundamental na construção das políticas de saúde: “a compreensão de que a integralidade da atenção não poderá resultar unicamente de sua organização técnica, especialmente nos aspectos em que tal organização é equivalente à técnica baseada no saber médico” (PINHEIRO e GUIZARDI, 2005, p. 23).

Em outras palavras, apontam uma ênfase dada ao eixo técnico – definido por Ayres (2001 apud PINHEIRO; GUIZARDI, 2005) como a consecução de fins determinados, a partir de meios estabelecidos – na condução das políticas de saúde em detrimento do plano das relações, em que se vivenciam e materializam estas políticas; o que tem prejudicado a concretização de um sistema de saúde integral.

Dessa forma, defendem a construção permanente de práticas eficazes no interior dos serviços como condição primordial da qualificação assistencial em contraposição à aplicação exclusiva dos saberes disciplinares existentes, o que será considerado na análise do processo de implantação do novo projeto arquitetônico do HU/CAS/UFJF.

Segundo Pinheiro e Guizardi (2005, p. 24), a integralidade como construção e prática social ganha expressão no campo da saúde à medida que essa perspectiva busca superar a tradicional forma de fazer política por meio de modelos, “os quais requerem condições ideais e que, portanto, nunca se realizam completamente”:

Ou seja, um tipo de fazer política que subordina a prática à tecnocracia, com suas regras e disciplinas externas ao campo da saúde, e acaba por produzir

cisões e assimetrias nos processos de trabalho, muitas delas negativas, provocadas pelas relações de saber e poder no cotidiano dos serviços (PINHEIRO; GUIZARDI, 2005, p. 24).

Essa perspectiva, portanto, vai ao encontro do objetivo principal deste estudo, que é de construir um novo conceito: *gestão da assistência*, concebido como modo tecnológico de intervenção em saúde em substituição ao termo modelo; o que implica propor o desenvolvimento de uma tecnologia institucional capaz de aprimorar a assistência prestada no espaço do hospital de ensino.

Mattos (2001), ao abordar num de seus trabalhos alguns dos sentidos da integralidade, considera que a potência da integralidade em superar modelos assistenciais tradicionais se deve, em especial, à sua configuração como imagem-objetivo⁵, isto é, como enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas desejáveis por aqueles que partilham do ideário da Reforma Sanitária.

Dessa forma, mais que um princípio do SUS, a integralidade se constitui num conjunto de valores pelos quais vale a pena lutar, uma vez que se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e solidária, no tocante à assistência.

Segundo o autor, toda imagem-objetivo tenta indicar a direção que se quer imprimir à transformação da realidade através de enunciados gerais, o que lhe diferencia de projetos altamente específicos, os quais indicam “nuances que a configuração sonhada terá” (MATTOS, 2001, p. 41), como são os modelos assistenciais conhecidos.

Mais importante do que isso, uma imagem-objetivo não diz de uma vez por todas como a realidade deve ser. Ela traz consigo um grande número de possibilidades de realidades futuras, a serem criadas através de nossas lutas, que têm em comum a superação daqueles aspectos que se criticam na realidade atual que almejamos transformar (MATTOS, 2001, p. 42).

Acrescenta que a imagem-objetivo funciona como tal por ser polissêmica, ou seja, por abarcar várias leituras distintas, vários sentidos diversos que, no caso da integralidade, se expressam em três grandes conjuntos de sentidos: um relativo a atributos desejáveis das

⁵ A noção de imagem-objetivo tem sido usada na área do planejamento para designar certa configuração de um sistema ou de uma situação que alguns atores na arena política consideram desejável. Diferencia-se de uma utopia pelo fato de que os atores que a sustentam julgam que tal configuração pode se tornada real num horizonte temporal definido (MATTOS, 2001, p. 41).

políticas de saúde; outro relativo a atributos da organização dos serviços de saúde e o terceiro, referente à boa prática dos profissionais de saúde.

Com relação ao primeiro conjunto de sentidos, esse autor atenta para a necessidade de as políticas governamentais incorporarem ações preventivas e assistenciais junto aos diferentes grupos atingidos por problemas específicos de saúde.

O segundo conjunto diz respeito à perspectiva usuário-centrada (MEHRY, 2002), isto é, que coloca o usuário no centro das discussões e definição dos melhores arranjos dos serviços assistenciais.

E o terceiro conjunto referente ao encontro entre profissional de saúde e usuário, quando o profissional deve colocar-se no lugar do outro, tornando possível o delineamento de um plano de cuidados individualizado. Ressalta-se que esse conjunto, ao oferecer condições reais à reconfiguração da assistência no espaço do hospital de ensino, será tomado como eixo norteador às reflexões que se seguem sem, no entanto, desconsiderar sua articulação com os demais conjuntos de sentidos. Isto porque, trazem em comum a recusa ao reducionismo e à objetivação dos sujeitos, permitindo uma leitura ampliada de suas necessidades de saúde e, conseqüentemente, uma maior resolubilidade à assistência.

As necessidades de serviços assistenciais de uma população não se reduzem às necessidades de atendimento oportuno de seus sofrimentos. Como também não se reduzem às necessidades de informações e de intervenções potencialmente capazes de evitar um sofrimento futuro. As necessidades não se reduzem àquelas apreensíveis por uma única disciplina como a epidemiologia, ou a clínica [...], o princípio da integralidade implica superar reducionismos (MATTOS, 2005, p. 123).

Camargo Jr. (2003), buscando também analisar os diferentes significados da integralidade, acrescenta que esta é fruto da insatisfação com as práticas concretas de saúde em nível individual e coletivo, surgida de um vazio, de uma lacuna, enquanto atributo ao aprimoramento dessas práticas, e não à absolutização ou esgotamento das mesmas. Em outras palavras, a integralidade surge não para dar conta de todo sofrimento humano, mas para garantir cuidado a quem o busca, independentemente da possibilidade de cura.

Segundo Mehry (2002), o cuidado está presente em qualquer prática de saúde, não pertencendo a um recorte profissional específico, tendo por objetivo produzir processos de falas e escutas; relações intercessoras com o mundo subjetivo do usuário (como ele constrói

suas necessidades); relações de acolhimento e vínculo; posicionamento ético; e articulação de saberes para compor projetos terapêuticos.

Para o autor, essa dimensão cuidadora representa uma forma de tecnologia, a “tecnologia leve”, que, em articulação com as tecnologias materiais, “duras”, e as de conhecimento, “leve-duras”, constituiria o processo de produção assistencial, sobretudo, no espaço hospitalar. “Tecnologia e humanização combinadas, no desafio de adotar o lugar do paciente e suas necessidades singulares como ponto de partida para qualquer intervenção hospitalar” (CECÍLIO; MEHRY, 2003, p. 197). Essa combinação entre tecnologias, tendo em vista a resolutividade da assistência, também será analisada na realidade do HU/CAS/UFJF, no terceiro capítulo da presente dissertação.

Mehry (2002) enfatiza, porém, que a tecnologia leve/cuidadora é a que deveria se impor às demais na organização desse processo assistencial, uma vez que submete todos os procedimentos e protocolos clínicos à radical defesa da vida, em contraposição aos interesses econômicos (de mercado).

Dessa forma, ao compreender a natureza relacional do trabalho em saúde, o cuidado oportunizaria o diálogo necessário entre os diferentes saberes e práticas em saúde em favor da emancipação dos usuários, conferindo integralidade à assistência e qualificando sua produção.

O cuidado, entendido como uma dimensão da integralidade deve permear as práticas de saúde e não pode se restringir apenas às competências e tarefas técnicas, pois inclui o acolhimento, os vínculos de intersubjetividade e a escuta dos sujeitos (AYRES, 2001 apud LACERDA; VALLA, 2005, p. 96).

Embora não se encontre uma distinção clara sobre a evolução dos conceitos de assistência para o cuidado, o presente trabalho, partilhando das idéias de Mehry (2002), considera que o segundo possa aprimorar o primeiro, uma vez que pressupõe superar a objetivação das tecnologias de intervenção hegemônicas, que limita a construção de respostas efetivas às necessidades de saúde dos usuários ao reduzi-las estritamente ao domínio biológico.

Nesse sentido, conhecer a viabilidade do cuidado integral no HU/CAS/UFJF torna-se imperativo aos objetivos desta pesquisa, uma vez que o projeto conceitual de sua nova estrutura física, o apresenta como uma das principais orientações a serem desenvolvidas, internamente, no tocante à assistência.

Ressalta-se que os principais aspectos do cuidado como prática social que qualifica a assistência serão abordados no item a seguir.

1.4 O CUIDADO COMO DIMENSÃO DA INTEGRALIDADE E QUALIFICATIVO DA ASSISTÊNCIA EM NÍVEL MICRO

Lacerda e Valla (2005), ao realizarem uma releitura de Boff (2000), definem o cuidado como condição da existência humana, presente em todas as culturas, implicando uma atitude de respeito, desvelo, preocupação e responsabilização para com o próximo; sendo o cuidar uma atitude interativa que inclui o envolvimento e o relacionamento entre as partes, o acolhimento, a escuta do sujeito e o respeito pelo seu sofrimento e histórias de vida, ampliando o conceito de assistência.

Zoboli (2007), por sua vez, acrescenta a esse caráter interativo, uma atitude de sensibilidade para com a experiência humana e reconhecimento da realidade do outro como pessoa e como sujeito portador de direitos, com suas singularidades e diferenças, tendo em vista a promoção da vida boa para todos.

Cuidar é uma ação integral, com significados e sentidos que compreendem a saúde como “direito de ser”. É atender as pessoas em seu sofrimento com respeito e acolhida, sem perder de vista sua fragilidade, também social. Requer a aceitação do outro como sujeito e um mover-se no sentido da construção da saúde como projeto de cidadania (ZOBOLI, 2007, p. 63).

Desta forma, indica a alteridade como critério principal do processo cuidador, enquanto responsabilidade para e com o outro, apreendendo-o em sua dignidade.

Na área da saúde, as conotações atribuídas ao tema cuidado vêm abrangendo desde significados éticos até a contraposição do cuidado ao ato de curar. Longe de esgotar estes significados, o presente trabalho propõe identificar algumas teorizações mais recentes que, em conjunto, tratam o processo cuidador como sendo o espaço capaz de combinar diferentes tecnologias com as dimensões de cura, promoção e proteção à saúde, tendo em vista a melhor condução da assistência. Abordagens estas partilhadas por este estudo, uma vez que defendem o cuidado como valor-guia, isto é, como um ideal a ser perseguido, assim como a integralidade:

O cuidado [...] é uma proposta ética que não se resume à enunciação de regras; antes seu ideal consiste numa atividade de relacionamento, de perceber e responder às necessidades, de tomar conta do mundo por meio de ativação da teia de interconexões que o faz e mantém a vida de modo que ninguém seja deixado sozinho. Essa teia de relações sociais é complexa; flui historicamente com lógicas distintas, específicas e permeadas de contradições, incoerências, harmonias e desequilíbrios (ZOBOLI, 2007, p. 64).

Sob essa perspectiva ética, Pinheiro (2007) infere importantes contribuições, ao configurar o cuidado como cerne das práticas eficazes em saúde no tocante à assistência, dotado de um agir político e valor ético, capazes de promover a integralidade das ações de saúde. Como ação política, corporifica as diferenças na forma de respostas adequadas às demandas apresentadas e, como valor ético, exige responsabilidade coletiva, a qual consiste no desenvolvimento de uma capacidade de se deixar afetar por aquilo que é público, por aquilo que interessa aos outros.

Desse modo, mais do que dimensão, o cuidado representaria a maior expressão da integralidade enquanto atividade humana, subsidiando a construção de um saber específico – sabedoria prática – determinante à reintegração do agir e pensar no processo assistencial que, por sua vez, ainda se apresenta fragmentado e mecanizado, devido à herança do modo taylorista de produção e do modelo médico hegemônico.

O modelo médico hegemônico a orientar grande parte das práticas de saúde dos serviços públicos de saúde é pautado no diagnóstico e tratamento das doenças definidas pelo saber científico, priorizando-se as alterações e lesões corporais, em detrimento dos sujeitos e suas necessidades. Nesse modelo biomédico, existe pouco espaço para a escuta dos sujeitos e seus sofrimentos, para o acolhimento e para a atenção e cuidado integral à saúde (LACERDA; VALLA, 2005, p. 91).

A priorização de procedimentos técnicos em detrimento dos aspectos relacionais no processo terapêutico, segundo Ayres (2003-2004), é responsável pela atual crise de legitimidade das práticas em saúde no cotidiano dos serviços ou, dito de outra forma, pelo crescente afastamento das tecnologias assistenciais em relação aos projetos existenciais que lhes conferem sentido; como se a terapêutica estivesse perdendo o interesse pela vida.

E, para resgatar essa legitimidade da assistência, defende a sabedoria prática como momento privilegiado do cuidado em saúde, ao prever uma relação dialógica e de respeito mútuo entre os sujeitos, com profissionais habilitados à melhor tomada de decisões no plano terapêutico e usuários com maior consciência e autonomia no enfrentamento de suas questões

e necessidades. Saber que engloba, portanto, o conhecimento técnico e os saberes populares no processo assistencial – estes resultantes das experiências concretas acumuladas tanto por quem cuida quanto por quem é cuidado – com vistas à horizontalização das ações.

Esse tipo de saber tácito se distingue da técnica e da ciência, bem como do livre exercício da subjetividade criadora; aprende-se com a experiência e permeia de modo intencional as ações. No campo da saúde, esse saber que se faz presente na relação com o outro é muito importante, pois as decisões, em grande parte, são tomadas a partir da prática, no momento em que as ações estão se dando, e é nesse momento que é exigido do profissional um julgamento e atitude da situação. É um saber que muda de situação a situação, por isso não cria leis universais. Nesse momento, o profissional pode lançar mão de saberes técnicos, mas não somente, pois há também os saberes populares, as convicções e valores pessoais, a religião e a intuição (LACERDA et al., 2007, p. 253).

Bonet e Tavares (2007), à luz da perspectiva “entre-disciplinar” de Cecim (2004), interpreta essa convivência de diferentes conhecimentos no encontro terapêutico como um espaço entre-saberes, propício ao exercício da criatividade no processo assistencial, à medida que terapeuta e usuário põem suas certezas em questão.

Sendo assim, o cuidado é tido como um espaço entre os discursos, entre visões de mundo, entre os corpos, entre as representações e vivências destes corpos e, por conta disso, espaço das potencialidades, das possibilidades de negociações, da criatividade e da beleza da “terceira margem”.

O “entre” manifesta-se no momento em que começamos a aceitar que as fronteiras passam a ser difusas, no momento em que começamos a aceitar a possibilidade criativa embutida na certeza da falta da segurança disciplinar (BONET; TAVARES, 2007, p.267).

Desse modo, pode-se afirmar que a “terceira margem”, enquanto construção coletiva, só será alcançada quando os indivíduos passarem pela ansiedade que o “entre” traz ao colocar suas percepções em jogo, incentivados por um contexto institucional que o assume como condição determinante à efetivação de novos modos de se produzir saúde no nível micropolítico, eixo deste trabalho. Contexto, portanto, aberto à ação de diferentes saberes, em contraposição ao contexto biomédico institucionalizado (BONET; TAVARES, 2007); ficando aí a pergunta: que contexto assistencial o HU/CAS/UFJF tem representado para os que nele se inserem tanto para prestar quanto para receber cuidados em saúde?

Após esta breve aproximação junto aos principais aspectos do cuidado enquanto qualificativo da assistência no nível micro – aspectos técnicos, estéticos, éticos e, sobretudo, políticos –, recorre-se novamente a Pinheiro (2007) para reafirmar a complexidade deste processo que, numa perspectiva integral, expressa um “saber-fazer comum”, que precisa ter no usuário o centro das ações de saúde e na integralidade e interatividade os pressupostos para a resolubilidade destas ações.

Partimos da premissa que esse saber-fazer se torna comum quando ele é construído a partir do e com o usuário. Assim, as transformações das práticas exigem uma reconfiguração contínua do saber-fazer comum, que tem nos valores éticos sua força motriz, cujo espaço-cotidiano das instituições de saúde conforma um espaço público, constitutivo e constituinte de poder. Um “poder” exercido pelos sujeitos como uma potência que, ao mesmo tempo que é transformadora, se torna estruturante de novas práticas emancipatórias democráticas (PINHEIRO; LOPES; HENRIQUES, 2007, p. 34).

A partir desses autores, pode-se apreender a gestão e a assistência em saúde, a formação e os espaços dos serviços como potências, possibilidades de responsabilização e de valores que tenham compromisso ético-político com a vida.

Acredita-se que os serviços, especificamente, podem se constituir em cenários concretos do desenvolvimento do cuidado em saúde, em que são tornadas públicas as práticas e as relações entre os sujeitos presentes nesse processo (PINHEIRO; LOPES; HENRIQUES, 2007). Lugares de aquisição de conhecimentos, vivências e atitudes que produzem e reproduzem criticamente formas de atuar em saúde e de se relacionar com os usuários. Espaços de vivência e de reflexão crítica da realidade, de compromisso social em suas diversas dimensões, de disputas e conflitos, mas também do aprender a cuidar.

Sob esse prisma, entende-se que o profissional cuidadoso ou que se move pela ética do cuidado é aquele que vai ao encontro do outro com vistas a criar laços de confiança e vínculo para melhor acompanhamento do mesmo. E o faz prazerosamente, observando sua singularidade e identificando seus recursos internos e sociais em favor de sua expressão autônoma no processo saúde-doença.

E o hospital, que ainda ocupa uma centralidade na formação profissional e na prestação da assistência pode ser assumido como um espaço fundamental à efetividade do cuidado, à medida que representa uma “estação” no circuito que cada indivíduo percorre para obter a integralidade de que necessita (CECÍLIO; MEHRY, 2003).

A partir destas considerações, trazendo para realidade do HU/CAS/UFJF, será analisado no terceiro capítulo desta dissertação se os princípios que têm norteado os profissionais em suas práticas e os gestores em suas decisões aproximam-se, de fato, da ética do cuidado, uma vez que deveriam conferir integralidade à assistência no nível microestrutural.

Para Cecílio e Mehry (2003), o cuidado toma espaço especial na instituição hospitalar por ser, eminentemente, multiprofissional, sendo recebido e vivido pelo usuário como a soma de um grande número de pequenos cuidados parciais que vão se complementando, de maneira mais ou menos consciente e negociada, entre os vários cuidadores que circulam e produzem a vida do hospital. “Assim, uma complexa trama de atos, procedimentos, fluxos, rotinas e saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, compõem o que entendemos como cuidado em saúde” (CECÍLIO; MEHRY, 2003, p. 198).

Para os autores, um dos desafios mais importantes, senão o maior, para o processo gerencial do hospital contemporâneo é conseguir coordenar adequadamente esse conjunto diversificado, especializado e fragmentado de atos cuidadores individuais, um conjunto que resulte em uma dada coordenação do cuidado; o que implica rever a coordenação do trabalho em equipe. Esse trabalho, por sua vez, envolve arranjos institucionais, modos de operar a gestão do cotidiano sobre a micropolítica do trabalho que resultam numa atuação mais solidária e concertada de um grande número de trabalhadores envolvidos no cuidado, e será considerado nas análises micropolíticas do HU/CAS/UFJF, no terceiro capítulo da presente pesquisa.

Ressalta-se que, para abordar os conceitos de gestão e assistência até o momento, o presente estudo apoiou-se em aportes teóricos contemporâneos compreendidos no que se convencionou chamar “modelos de atenção à saúde” ou “modelos assistenciais” e “modelos de gestão”.

Segundo Paim (2003), os modelos assistenciais podem ser definidos genericamente como combinações de tecnologias (materiais e não materiais) utilizadas nas intervenções sobre problemas e necessidades sociais de saúde, correspondendo, portanto, a uma “lógica” ou racionalidade que orienta a ação.

Paralelamente, os modelos de gestão vêm sendo concebidos como modos de organizar o sistema e os serviços de saúde, tendo em vista sua integração em rede. No entanto, a partir das reflexões de Pinheiro e Guizardi (2005), viu-se que estes modelos jamais poderão realizar-se completamente, uma vez que exigem condições ideais à sua formulação; o que não contempla o caráter dinâmico e imprevisível da realidade em questão.

Com essa preocupação, Paim (2003) introduz o conceito *modo tecnológico de intervenção em saúde* em substituição ao termo modelo, tendo em vista aprimorar as combinações entre tecnologias existentes de modo a oferecer alternativas mais sensíveis à realidade dos serviços e respostas efetivas às necessidades de saúde da população, conforme os preceitos do SUS.

Nessa perspectiva, a utilização de um dado “modo tecnológico de intervenção” procura levar em consideração a necessidade de se tomar como ponto de partida a identificação e a análise dos problemas de saúde da população, as necessidades sociais, bem como seus determinantes. Nesse particular, caberia articular concepções, propostas e estratégias que já vem sendo desenvolvidas [...] ao tempo que resgate dimensões éticas e culturais essenciais ao cuidado à saúde das pessoas e dos grupos da população brasileira (PAIM, 2003, p. 166).

A possibilidade de aprimorar a combinação e utilização das tecnologias em saúde, prevista no conceito de *modo tecnológico de intervenção*, atende aos anseios da presente pesquisa de contribuir para o desenvolvimento de uma tecnologia institucional que aproxime os modos de gerir e de cuidar no interior do hospital de ensino, tendo em vista sua qualificação assistencial: “Pois não temos como reorganizar a atenção sem fazer escolhas, definir caminhos e prioridades, prover os recursos e buscar o compromisso dos profissionais. E isso demanda projeto e método para orientar a ação” (VASCONCELOS, 2005, p. 65).

1.5 O HOSPITAL E SEUS DESAFIOS MACRO E MICROPOLÍTICOS

Segundo Pires (1998), o hospital é um complexo assistencial que, essencialmente, desenvolve atividades que implicam a permanência do cliente na instituição (internação), bem como atividades ambulatoriais. Complexo assistencial no sentido da multiplicidade de suas demandas e ao caráter eminentemente coletivo e institucionalizado de seu processo de trabalho. Acrescenta que o espaço hospitalar pode ser único ou compreender múltiplas edificações, situadas ou não em uma mesma área geográfica, como é o caso do HU/CAS/UFJF que, atualmente, conta com duas unidades assistenciais: a unidade Santa Catarina, responsável pela internação e a unidade Dom Bosco, de nível ambulatorial.

Abrahão (2008), por sua vez, acrescenta que o hospital é um estabelecimento onde ocorre a concentração das principais práticas de saúde presentes neste campo, além de ser um espaço de corporificação da experiência humana de viver a doença.

Ampliando esses conceitos, Carapinheiro (1998) entende o hospital como uma organização moderna e complexa, local de ancoragem de processos sócio-históricos recentes, que incorpora, progressivamente, a noção moderna de serviço público e constitui-se como campo fundamental da produção do saber e da prática médica. Sob essa perspectiva, o caráter complexo do hospital justifica-se, sobretudo, pela relação intrínseca entre saberes e poderes presente no interior do mesmo, determinante à construção do novo modo tecnológico de gestão da assistência; visão partilhada pelo presente estudo.

Vale ressaltar que essa concepção do hospital como campo de produção de saberes e práticas em saúde também se manifesta no conceito da OMS, datado de 1957, que afirma que o hospital é parte integrante de uma organização médica e social, cuja missão consiste em proporcionar à população uma assistência médico-sanitária completa, tanto curativa como preventiva, e cujos serviços estendem-se ao âmbito familiar; constituindo-se também num centro de formação de pessoal médico-sanitário e de investigação biossocial (OMS, 1957 apud NETO; MALIK, 2007).

Tal diversidade de conceitos, segundo Machado e Kuchenbecker (2007), reflete a trajetória histórica do hospital, o qual, desde a Idade Média, vem assumindo múltiplas funções sociais que vão desde um caráter meramente asilar até uma posição de ponta no desenvolvimento de pesquisas avançadas em saúde, com a emergência do modo capitalista de produção e do paradigma científico flexneriano. Esse paradigma⁶, ao defender uma abordagem altamente tecnicista e especializada das questões de saúde, conferiu ao hospital a centralidade na formação dos profissionais de saúde e ao profissional médico uma autoridade considerável no processo terapêutico; o que tem sido revisto, atualmente, nos aportes teóricos de vários autores, dada sua limitação em responder efetivamente às necessidades de saúde da população, pelo modo unilateral com que trata o processo saúde-doença. Porém, essa extensão conceitual é ainda limitada face às resistências de profissionais de saúde restritos aos aportes

⁶ Historicamente, percebe-se que, a partir do século XX, o modelo que norteou as práticas em saúde provém das recomendações do Relatório Flexner, publicado em 1910, pela Fundação Carnegie. Nele, o biologicismo, o mecanicismo, o individualismo, a tecnificação, o curativismo e a especialização marcaram a formação do conjunto das profissões de saúde, prevendo uma metodologia baseada na fragmentação do real e do saber científico, consagrando a proposta das especializações, com reflexos até os dias atuais (MENDES, 1996).

do modelo flexneriano por conta de uma formação conservadora, pouco receptiva aos novos conceitos.

Soma-se a isso o acentuado formalismo engendrado por esta abordagem na relação interprofissional, prejudicando a integralidade das ações de saúde e, conseqüentemente, a qualidade da assistência prestada aos usuários.

[...] a evolução do hospital liga-se intimamente à participação crescente dos médicos no seu funcionamento, através da sua constituição histórica como lugar de aprendizagem e experimentação de novos saberes médicos e novos métodos clínicos. O hospital transforma-se, na medida das novas exigências científicas decorrentes do poder-saber médico e dos procedimentos clínicos que o acompanham, tornando-se o lugar adequado e a contrapartida institucional da disciplina médica (CARAPINHEIRO, 1998, p.68).

Segundo Liedke (1997), o hospital, além da referida cultura tecnicista e flexneriana, também caracteriza-se por atos que envolvem o conjunto de arranjos institucionais, que modelam e transformam as relações sociais nesses locais. Essas relações:

[...] ocorrem de forma assimétrica, como relações de dominação e de subordinação; é através dos arranjos institucionais que podem ser negociadas entre as partes ou impostos de uma parte sobre a outra e dos acordos informais, que são feitas as escolhas e tomadas de decisões acerca do labor a ser realizado. Estas decisões são tomadas com base nas relações de poder, que regulam e transformam o trabalho (LIEDKE, 1997, p. 206).

Para Cecílio (1999), a problemática do poder é inerente à realidade das organizações de saúde, em especial, ao ambiente hospitalar, na medida em que este apresenta uma tensão latente entre controle e autonomia em seu processo de gestão. Tensão proveniente da multiplicidade de atores inseridos nesse espaço, com suas distintas racionalidades, interesses, disputas e controles de poderes-saberes, e que precisa ser enfrentada de maneira negociada, tendo em vista a corresponsabilidade desses atores no processo de qualificação assistencial.

Para tanto, sugere o estabelecimento de um processo criativo, flexível e descentralizado de poder, capaz de reconhecer e articular esses diferentes projetos em disputa, à luz da missão assistencial da instituição. Esclarece, porém, que qualquer modo alternativo de gestão que se pretenda democrático deve ocupar-se não só do desmonte das linhas verticais de mando, institucionalmente formalizadas, mas também dos valores, relações e representações sociais implícitos neste processo.

Hoje, já sabemos que tais arranjos institucionais mais democráticos e horizontalizados, conquanto necessários, não têm sido suficientes para imprimir uma nova cultura de entendimento, de responsabilização e de explicitação de compromissos no interior da organização hospitalar. Diante da agudização da disputa que ocorre no interior do campo da saúde (...) novos arranjos e dinâmicas que funcionem como dispositivos facilitadores da negociação devem ser buscados, sob a pena de qualquer estratégia mudancista ser inviabilizada (CECÍLIO, 1997, p. 297).

Novos arranjos que, em Campos e Amaral (2007), se expressam nos conceitos de Clínica Ampliada, Projeto Terapêutico Singular, Unidades de Produção de Saúde, Equipes de Referência e Apoio Matricial, compreendendo aquilo que denominaram de *concepção Paideia*.

A *concepção Paideia*, segundo os autores, caracteriza-se pelo esforço para envolver trabalhadores e usuários no processo de reforma e reorganização micropolítica, “considerando que mudanças estruturais e organizacionais têm maior eficácia quando são acompanhadas por processos de mudança no modo de ser dos sujeitos envolvidos.” (CAMPOS; AMARAL, 2007, p. 850).

Ressalta-se que esses arranjos, ao se mostrarem presentes no projeto conceitual da nova estrutura física do HU/CAS/UFJF e em algumas iniciativas institucionais atuais, serão abordados especificamente no terceiro capítulo deste trabalho, subsidiando as discussões acerca das contradições entre os projetos afeitos ao ideário da Reforma Sanitária e os de orientação neoliberal na gestão hospitalar.

Para os autores, convive-se atualmente com uma heterogeneidade de projetos voltados à reforma do papel da gestão e do modo de funcionamento dos hospitais que, não necessariamente, refletem um real comprometimento com a reformulação e/ou reconstrução ampliada do modelo biomédico nesses espaços. Dentre esses projetos, destacam a vertente tecnocrática e gerencial, de orientação empresarial, que preconiza a preocupação com a satisfação do cliente (interno e externo), a avaliação de resultados, a gestão baseada em evidências, a acreditação, o modelo de qualidade total e os métodos de padronização de procedimentos, como condições indispensáveis à conquista da produtividade e eficiência hospitalar.

Outra vertente apontada pelos autores é a *managed care*, de origem norte-americana, a qual se destina a reduzir a autonomia dos profissionais de saúde, mediante a adoção de protocolos e de sistema de decisão sobre casos clínicos fora da relação profissional-usuário.

Ambas as vertentes – tecnocrática e *managed care* – visam, portanto, a ganhos em eficiência e produtividade no nível micro, sem a devida correspondência com a eficácia ou produção de saúde, que é o objetivo precípua do trabalho e dos serviços de saúde.

Resumindo, poder-se-ia dizer que toda essa variedade de sugestões objetiva controlar o trabalho em saúde, valendo-se de métodos disciplinares e normativos, apostando pouco ou quase nada na modificação de valores ou de posturas dos profissionais (CAMPOS; AMARAL, 2007, p. 850).

No nível macro, ressalta-se que essa tendência reducionista, pouco comprometida com os interesses dos usuários, tem se manifestado nos projetos de reforma administrativa dos hospitais com ênfase na autonomia, difundidos pelos últimos governos brasileiros. A justificativa para essa autonomia seria contornar a suposta rigidez burocrática da administração pública direta, apontada por vários especialistas como a grande responsável pelo fraco desempenho assistencial dos hospitais da rede SUS (CAMPOS; AMARAL, 2007).

O hospital é uma organização complexa. Há ampla bibliografia indicando que seu funcionamento adequado depende de modelos de gestão que lhes assegurem importante grau de autonomia. O hospital necessitaria de agilidade e presteza na compra de insumos, na administração de pessoal e na definição de programas para incorporação de tecnologia. Quando inserido em regime de mercado, o hospital poderia, em maior ou menor grau, também selecionar sua clientela, definindo quais problemas de saúde seriam ou não atendidos em função de seu equilíbrio orçamentário e interesse financeiro (CAMPOS; AMARAL, 2007, p. 855).

Para os autores (2007), o crescimento desses projetos remonta à última década do século passado, surgindo articulados à doutrina neoliberal que, em linhas gerais, recomenda maior respeito à dinâmica de mercado, privatização dos serviços públicos e constituição de organizações autônomas, submetidas a mecanismos de concorrência. “Esse receituário, em teoria, seria potente para estimular correções de rota, já que seriam eliminados os modelos de gestão tradicionais dos sistemas públicos, considerados ineficazes e ineficientes” (CAMPOS; e AMARAL, 2007, p. 856). Na prática, a experiência histórica de vários países revela o

aprofundamento da exploração e da desigualdade social como desdobramentos desse mesmo receituário que, em essência, só faz servir ao capital.

Dentre esses projetos de reforma administrativa, destaque para as Organizações Sociais (OSs) e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) – elaboradas no governo Fernando Henrique Cardoso, em 1995, pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), por meio do Plano Diretor de Reforma do Estado – e a proposta de Fundação Estatal de Direito Privado, recentemente encaminhada ao Congresso Nacional.

Segundo Rezende (2007), as OSs e OSCIPs foram concebidas pelo então ministro, Bresser Pereira, como instrumentos de viabilização e implementação daquilo que se convencionou chamar “administração gerenciada”, modelo no qual o Estado deixa de ser produtor direto dos serviços sociais, para se tornar, apenas, agente estimulador, coordenador e financiador das políticas, tendo em vista a recuperação de sua poupança pública.

Para tanto, indica-se transferir a prestação de serviços públicos para entes privados e/ou do terceiro setor, que podem dispor de poupança, bens, patrimônio, créditos e servidores públicos para administrar seus próprios interesses e, ainda assim, serem declarados como “entidades de interesse social e utilidade pública”, para todos os efeitos legais.

Para Rezende (2007), ao denominar estas entidades de organizações sociais, o governo pretendia garantir um meio para retirar órgãos e competências da administração pública direta (programas, ações e atividades) e indireta (autarquias, fundações, sociedades de economia mista e empresas públicas), bem como a transferência de seu ativo ao setor privado; instituindo-se as condições para se programar o estado mínimo no país.

Em junho de 2007, com o intuito de dar continuidade a esse processo, é apresentado ao Congresso Nacional, pelo Poder Executivo, o Projeto de Lei Complementar 92/2007, que prevê a adoção de um “novo” modelo jurídico-institucional para a rede pública de hospitais, expresso na criação das Fundações Estatais de direito privado.

Esse Projeto traz como principal objetivo regulamentar a Emenda Constitucional nº 19, de 04 de junho de 1998, que, em seu artigo 26, define a necessidade das entidades de administração indireta rever seus estatutos quanto à natureza jurídica em razão de sua finalidade e competência. A “necessidade” de regulamentação deste artigo, segundo Granemann (2007), oportunizou ao governo Lula dar sequência à contrarreforma do Estado, iniciada no governo FHC, agora, sob a forma de fundações estatais.

As fundações estatais são formas atualizadas das parcerias público-privadas, das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), das Organizações Sociais (OS), das Fundações de Apoio e de numerosas outras tentativas que sempre tentam repetir o mesmo – privatizar – sob emblema diverso para que a resistência dos trabalhadores seja vencida. O essencial é que as reduções do Estado para o trabalho em nome da eficácia e da eficiência do serviço ao público, pela mesma medida, significam o aumento do Estado para o capital e é por isto que as denominamos de privatização (GRANEMANN, 2007, p. 46).

No documento oficial do projeto, disponível no *site* do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (2008), as Fundações são apresentadas como “nova tecnologia organizacional” capaz de dotar a gestão pública de maior flexibilidade e agilidade no atendimento às demandas sociais do país. Flexibilidade prevista especialmente para as relações de trabalho, que passarão a ser regidas pelo regime jurídico da Consolidação das Leis de Trabalho (CLT), e para a organização dos serviços, em que se poderá dispor de instrumentos administrativos de natureza privada à sua condução; o que, na visão do presente estudo, implicará sérios riscos ao cumprimento dos preceitos constitucionais.

Cabe ressaltar que os principais objetivos e mudanças previstas para a administração pública hospitalar, a partir das Fundações Estatais, serão abordados com maior profundidade no terceiro capítulo deste estudo, quando discutir-se-ão as implicações deste projeto na realidade do hospital de ensino, a partir das falas dos gestores do HU/CAS/UFJF.

Cabe ressaltar ainda que, nesta linha de análise, será considerada a percepção dos gestores acerca da Portaria nº 04, de 29 de abril de 2008 – da Subsecretaria de Planejamento e Orçamento do Ministério da Educação, que determina que as instituições públicas de ensino superior passem a ter uma unidade gestora dentro do ambiente hospitalar.

1.6 O HU/CAS/UFJF E SUAS ATUAIS DIRETRIZES INSTITUCIONAIS

Os hospitais públicos de ensino, conforme artigo nº 45 da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), compõem a rede SUS como prestadores de serviços assistenciais de média e de alta complexidade. Por atendimentos de média e alta complexidade entende-se: as ações e serviços que visam atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cuja complexidade da prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, de apoio diagnóstico e terapêutico com algum grau de

economia de escala e, portanto, não disponíveis em todos os municípios do país em curto e médio prazo (STEPHAN-SOUZA et al., 2007, p. 3).

À dimensão assistencial soma-se o caráter formativo, também reconhecido formalmente, tendo em vista a satisfação das necessidades de saúde da população:

Considerando o hospital de ensino um local de atenção à saúde de referência para a alta complexidade, formação de profissionais de saúde e o desenvolvimento tecnológico numa perspectiva de inserção e integração em rede aos serviços de saúde, obedecendo a critérios de necessidade da população (MINISTÉRIOS DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO, 2004).

O Hospital Universitário de Juiz de Fora, segundo seu Plano Diretor (2005-2007), foi certificado como Hospital de Ensino (MEC/MS)⁷ em 03/01/2005, atendendo à média e alta complexidade por meio de duas unidades assistenciais: a Unidade Santa Catarina, destinada às internações, e a Unidade Dom Bosco, responsável pelo atendimento ambulatorial.

Historicamente, o HU iniciou suas atividades em oito de agosto de 1966, na Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora, funcionando junto aos serviços básicos daquela instituição filantrópica, com o nome de Hospital-Escola.

Em 1970, transferiu-se para a atual área física da unidade Santa Catarina, atendendo a doentes carentes e a pacientes do Funrural e do INAMPS, em nível ambulatorial e hospitalar.

Com a implantação do SUS, o HU incorporou-se ao sistema e passou a ser o Hospital Universitário de referência da Região, numa área de abrangência que engloba municípios da Zona da Mata Mineira e do estado do Rio de Janeiro. Levantamentos realizados em 2005 revelam o protagonismo que este hospital exerce na rede, visto que polariza um contingente populacional de 1.480.856 usuários, distribuídos nas oito cidades da micro e nas 94 cidades da macrorregião sudeste de Minas Gerais, da qual Juiz de Fora é município-polo (CASTRO; STEPHAN-SOUZA, 2007).

Em 24 de agosto de 2006, foi inaugurado o primeiro módulo de seu novo projeto arquitetônico, atual Unidade Dom Bosco, com início de suas atividades em 2007.

Cabe ressaltar que, em conformidade com o objeto de estudo, a pesquisa volta-se para a análise da realidade desta unidade, especificamente, por sua proposta inovadora em termos

⁷ Os critérios para certificação e reconhecimento dos hospitais de ensino foram estabelecidos pela Portaria 1.000, de 15 de abril de 2004, dos Ministérios da Saúde e da Educação. O HU/UFJF é o único na cidade com certificado de Hospital de Ensino.

de gestão e de assistência e a passagem a outro contexto político-institucional, dada à transição nos cargos de reitor e diretor geral do HU no momento de sua inauguração, sem conseguir atingir a proposta conceitual inicial.

A intenção da construção da referida unidade assistencial iniciou-se na década de 90 devido às limitações das instalações físicas do HU – datadas do início da década de 70 – em corresponder às necessidades de formação de recursos humanos em saúde e de atendimento ao fluxo dos usuários. Entretanto, mais que um projeto arquitetônico, sua concepção apontou um grande investimento em nível de gestão, a partir da revisão de seus princípios organizativos, de formação e práticas assistenciais; conferindo-lhe, inclusive, uma nova denominação “Centro de Atenção à Saúde” - CAS, mais tarde alterada para HU/CAS/UFJF, reforçando sua integração ao hospital universitário como um todo.

Com relação à infraestrutura física, o projeto previa a aquisição de equipamentos, até então, não disponibilizados pela rede SUS loco-regional, que os contratava do setor privado. Desta forma, esperava-se oferecer à rede um centro diagnóstico de referência, incluindo o diagnóstico por imagem, e um centro cirúrgico, equipado para as cirurgias ambulatoriais, oferecendo à população um hospital de ensino que comportasse as mais avançadas tecnologias duras e relacionais, dentro do disposto pela Reforma Sanitária de defesa incontestes dos direitos dos usuários, buscando torná-lo 100% SUS, isto é, atender exclusivamente o público de acordo com a portaria 1.000, que estabelece os critérios de certificação dos hospitais de ensino (MEC/MS, 2004).

O projeto arquitetônico do CAS foi pensado para abrigar uma estrutura física dinâmica e funcional, em atendimento aos padrões modernos e, ao mesmo tempo, visando garantir a sólida formação dos recursos humanos, via inversão do modelo de ensino e do processo de trabalho em saúde. (...) Estas formas de conduzir o processo de trabalho coletivo no interior do hospital precisam ser sucessivamente assimiladas pelo conjunto dos profissionais, em processo de formação continuada, visando à formação de equipes de trabalhadores e de gestores das diferentes esferas institucionais comprometidos com a defesa do atendimento público à população usuária (COMISSÃO CAS/UFJF, 1999, p. 8).

A perspectiva desta nova unidade assistencial previa mudanças na relação dos usuários com o hospital, buscando eliminar as filas e organizar o serviço ambulatorial, de modo a acolher a todos que o demandam, pondo em prática os princípios e diretrizes da universalidade, integralidade e da equidade. Ao garantir o acesso, caberia ao conjunto dos

profissionais assegurar a qualidade do atendimento, com equipes integradas por profissionais de formações distintas, resolvendo o máximo de problemas e assegurando os encaminhamentos, quando se fizessem necessários.

Nesse sentido, o projeto conceitual trouxe junto à sua concepção física a valorização da formação generalista e especialista, justificada em razão da complexidade das demandas em saúde e pela necessidade de garantir a integralidade dos diferentes níveis de atendimento.

O CAS/UFJF está sendo concebido para assimilar a importância do projeto interdisciplinar, que implica a abertura e a articulação de campos disciplinares/profissionais. Saber aprender e saber fazer lidando com a polaridade entre teoria e prática, de modo a superar o isolamento profissional e a fragmentação dos processos de trabalho corporativos e hegemônicos (COMISSÃO CAS/UFJF, 1999, p. 8).

O projeto conceitual, portanto, mostrava-se comprometido com o desenvolvimento regional, no sentido de agilizar e fortalecer a rede de serviços do SUS em todos os níveis de hierarquização, referência e contrarreferência e formação das equipes de trabalho; sendo que, em nível de pesquisa e extensão, previa captar as necessidades das unidades básicas e contribuir com soluções viáveis junto às diferentes esferas da organização da rede de serviços públicos.

A partir de 2002, os estudos acerca desse projeto, aos poucos, foram se consolidando voltados para qualificar a composição institucional da referida unidade, responsável por reorientar o processo de trabalho, bem como a organização de seus recursos humanos, materiais e financeiros, visualizando as questões relativas à estrutura tanto no nível macro como micro da política de um hospital de ensino.

O projeto conceitual propôs: aplicação do *Organograma Horizontalizado*; formação do *Colegiado Gestor* de modo autônomo e democrático; criação das *Unidades de Produção de Saúde*, organizando as práticas clínicas e o processo de trabalho voltado para qualificar a assistência; criação das *Equipes de Referência Secundária*, que acompanhariam o fluxo dos usuários no sistema, especialmente na média e alta complexidade, a partir das linhas progressivas de cuidado (CECÍLIO, 1997); e criação do *Acolhimento Integrado* composto por médicos, enfermeiros, assistentes sociais que dariam a orientação necessária ao usuário no sistema, sobre os determinantes do processo saúde-doença, dos recursos hospitalares,

acrescentando orientações sobre a Seguridade Social, educação em saúde e práticas de autocuidado.

No que se refere ao processo de gestão institucional, o projeto indicava a incorporação do *Organograma Horizontalizado* (CECÍLIO, 1997), como alternativa oposta à verticalização e concentração de poder decisório, apoiado numa construção democrática que pretendia envolver, gradativamente, o conjunto dos profissionais para que reforçassem o projeto HU/CAS como uma obra coletiva, forjada na transparência das decisões, no consentimento e na participação.

Para tanto, propunha-se a criação de um *Colegiado Gestor* que, ao ser composto pelas UPSs, definiria o caráter e a lógica da relação que caracterizaria o modo tecnológico de gestão, estabelecendo a teia de cuidados em torno do processo assistencial, como já visto anteriormente. “A busca da satisfação plena dos usuários deve orientar a prática gerencial de cada unidade de produção de saúde, incluindo como ela pensa seu processo de trabalho, problematiza seu cotidiano e estabelece suas prioridades de investimento” (STEPHAN-SOUZA, 2004-2005, p. 6).

Por fim, as ERS, responsáveis por articular os modos de gestão e de assistência, teriam como principal objeto de atenção o *acolhimento integrado*, que ofertaria à população usuária do SUS informações e esclarecimentos técnicos qualificados que lhe assegurassem uma trajetória resolutiva, tanto no interior do HU/CAS/UFJF quanto na rede loco-regional.

Acolher bem o usuário significa, entre outros, ter uma atitude que garanta a escuta qualificada das demandas com o objetivo de ofertar o máximo de tecnologias – saberes materiais e não materiais que procuram ler o mundo a partir de um determinado conceito de saúde e de doença e produzir procedimentos eficazes – para que se produza saúde individual e coletiva. O acolhimento deve traduzir-se na abertura da unidade e na plasticidade do projeto de atenção prestado a determinado indivíduo ou coletivo, procurando garantir a humanização da relação instituição / usuário (CARVALHO; CUNHA, 2006, p. 860).

Passados dois anos da inauguração da unidade Dom Bosco – concebida como CAS/UFJF – sem, no entanto, se efetivar nenhum de seus arranjos organizacionais, a atual direção, durante encontro realizado junto à comunidade deste hospital, em 15 de abril de 2008, apresentou como nova proposta de trabalho o modelo de Gestão Compartilhada e Modernização Gerencial, este último com direta influência da Reforma do Estado (1995) de cunho neoliberal, tendo como metas ampliar a democratização das relações de trabalho e

promover maior qualificação da atenção para os usuários, mescladas à defesa das claras teses reformistas de redução do gasto público e de incentivo à privatização, com reflexos evidentes na política hospitalar pública.

Nesse primeiro momento, a direção divulgou como principais diretrizes: a adoção de um organograma horizontalizado; ênfase no trabalho em equipe; criação de equipes de referência e apoio matricial; implantação de projetos terapêuticos, visita aberta, acolhimento com classificação de risco, contratos de gestão (CAMPOS; AMARAL, 2007); implantação de políticas de avaliação de desempenho; e ouvidoria composta por representantes dos gestores, trabalhadores e usuários.

Em reunião recente com os trabalhadores do HU/CAS/UFJF, a direção definiu como primeiro passo à implantação do modelo de Gestão Compartilhada efetivar o organograma horizontalizado, isto é, sua composição em Unidades de Produção de Saúde, Colegiado Gestor e Núcleo Executivo, uma vez que já se encontra previsto no regimento interno da instituição. A repercussão dessa proposta junto aos gestores e profissionais do HU constitui-se numa das questões analisadas no terceiro capítulo da presente dissertação.

Vale frisar que a proposta de Gestão Compartilhada também foi incorporada recentemente como diretriz estratégica ao Grupo Gestor: espaço interno de discussões proposto pela direção do HU/CAS/UFJF com o intuito de elaborar e proceder à atualização de suas diretrizes para os próximos dois anos, a partir da revisão da missão, valores e princípios previstos no Plano Diretor da instituição. O Plano Diretor é visto como uma ferramenta de gestão que se constitui numa das exigências do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG (Pró-Hosp), da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES), para o monitoramento das ações de saúde no espaço hospitalar, tendo em vista a resolubilidade das mesmas:

O Programa tem como propósito consolidar a oferta da atenção hospitalar nos pólos macro e microrregionais de Minas Gerais, por meio de um termo de compromisso de gestão celebrado entre a SES, os hospitais participantes e os gestores locais. Ao implementar ações destinadas à melhoria da qualidade do atendimento dos hospitais da rede SUS no estado de Minas Gerais, por intermédio do estabelecimento de metas, o Pró-Hosp contribui para o desenvolvimento de um parque hospitalar no estado, socialmente necessário e capaz de operar com eficiência, de prestar serviços de qualidade que atendam às necessidades e demandas da população e de preencher vazios assistenciais e inserir-se em redes integrais de atenção à saúde (MINAS GERAIS, 2007).

As Comissões Intergestores Bipartite (CIB) participam desse processo respondendo, entre outros aspectos, pela escolha dos hospitais participantes⁸, sendo o HU/CAS/UFJF incluído em 2003, ano de criação do Programa.

O Pró-Hosp, juntamente com os programas Viva Vida, Saúde em Casa e Farmácia de Minas, integra o Projeto Estruturador de Regionalização da Assistência, “iniciativas do governo estadual com o objetivo de aumentar a eficácia e a eficiência do sistema público de saúde em Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2007, p. 5). Ressalta-se que o HU/CAS/UFJF, recentemente, também foi incluído no Programa Viva Vida, que tem por objetivo garantir atenção à saúde sexual e reprodutiva de homens e mulheres e à saúde da criança, visando reduzir a mortalidade infantil e materna em Minas (MINAS GERAIS, 2007).

Retomando o Pró-Hosp, mais precisamente suas indicações sobre o Plano Diretor, verifica-se que este deve ser elaborado e implementado pela direção do hospital, contendo ações relacionadas ao desenvolvimento de políticas, ao planejamento estratégico⁹ e à organização da sistemática de governo da instituição.

Acrescenta que os incentivos financeiros previstos com o cumprimento deste e demais indicadores de desempenho devem ser aplicados em investimentos, modernização gerencial, custeio e qualificação de recursos humanos para atuarem no SUS.

Para elaboração do Plano Diretor do HU/CAS/UFJF referente ao período de 2004 a 2006, a direção anterior convidou profissionais de diversas áreas que atuam na instituição para formar a equipe responsável por este empreendimento, denominando-a de *Grupo Gestor*.

Para revisão do Plano referente a 2005-2007, a atual Direção do HU/CAS/UFJF manteve o Grupo abrindo-o, porém, à participação de toda comunidade do hospital, após apresentação de suas diretrizes, em encontro realizado no início de 2007. Na ocasião, o Grupo Gestor foi apresentado como um meio para assessorar a Direção deste hospital, com as

⁸ Um dos requisitos básicos para os hospitais habilitarem-se ao Pró-Hosp: ser público, universitário ou privado sem fins lucrativos ou filantrópicos; localizados nos municípios-polo das macro e/ou microrregiões do Estado.

⁹ O enfoque estratégico irá acentuar o caráter interativo, contextual e político da planificação, o que supõe necessariamente relações conflitivas no nível da formulação de imagens-objetivos e das estratégias. O resultado desta relação conflitiva é probabilístico ou incerto e depende da capacidade das forças em confronto de gerar dinamicamente viabilidade aos seus projetos básicos. Da análise da conformação do enfoque estratégico da planificação em saúde podem-se extrair três vertentes, sem, no entanto, esgotá-las: a do pensamento estratégico em saúde, de Mario Testa (sanitarista argentino), a de planificação situacional de Carlos Matus (economista chileno) e a vertente do enfoque estratégico da programação em saúde, adscrita à estratégia opasiana, que encontra na escola de Medellín a sua fonte de inspiração (Barrenechea, argentino e Trujillo, colombiano) (RIVERA, 1989, p. 41). A discussão destas vertentes foge aos objetivos deste estudo.

seguintes funções: apoio e desenvolvimento da gestão; envolvimento e sensibilização da comunidade hospitalar na solução de problemas hospitalares; reuniões de sensibilização e conceituação de qualidade; utilização dos indicadores e metas no cotidiano do HU/CAS/UFJF; e contribuir de forma atuante à ampliação de seu perfil assistencial.

Para tanto, propôs-se como diretrizes:

1) Promover equilíbrio financeiro

Para efetivação desta diretriz, foram propostas as seguintes estratégias, com suas respectivas ações:

- Captar recursos através de projetos e convênios: garantir o cumprimento das metas contratualizadas e com a negociação constante das potencialidades da estrutura do HU/CAS/UFJF; apresentar projetos a diversas fontes de financiamento (governamental e sociedade civil).
- Aumentar o faturamento do HU/CAS/UFJF: garantir uma estrutura ágil e dinâmica para melhorar a qualidade do faturamento.
- Combater os desperdícios: redução dos custos indiretos
- Otimizar o abastecimento do HU/CAS/UFJF: reestruturar a Comissão de Controle e Qualidade e Padronização de Material; estruturar o setor de suprimentos, agregando o setor de compras e o almoxarifado.

2) Garantir a competência organizacional

Esta diretriz aponta como estratégia: manter as comissões regulamentares em plena atividade e criar estruturas de apoio à tomada de decisões gerenciais.

Nesse sentido, prevê como ação: o comprometimento dos participantes das comissões, com condições infraestruturais de funcionamento e estrutura de apoio à direção técnica para elaborar, monitorar e readequar os procedimentos críticos.

3) Melhorar a satisfação e o clima organizacional

Compreende como estratégias, com suas respectivas ações:

- Implantar política de Humanização: implantar Plano de Ação do Grupo Gestor
- Institucionalizar o serviço de Gestão de Pessoas: implementar uma política local de RH; implementar políticas de avaliação de desempenho e produtividade individual

e dos serviços; estender o serviço de educação permanente a todas as áreas do HU/CAS/UFJF; articular o serviço de gerenciamento de RH com ações de educação continuada promovidas pelo Centro de Estudos;

- Implantar Gestão Compartilhada: nivelamento das informações; contratação de pessoas preparadas para implantação desta ação.

4) Desenvolver o conhecimento e aprimorar a informação

- Elaborar os protocolos clínicos e procedimentos médicos e de acesso: elaborar, implementar, acompanhar e avaliar os protocolos clínicos das diversas especialidades; elaborar e disponibilizar os protocolos de acesso SSSDA/JF, de acordo com a pactuação/contratualização;
- Dinamizar a informatização e a informação: adequar o sistema de informatização às necessidades atuais do HU/CAS/UFJF e dinamizar a informatização e informação; mensurar os custos por procedimento.
- Divulgar o trabalho do HU/CAS/UFJF; atualizar e implementar o Plano de Comunicação do referido hospital.

Tais estratégias visam contribuir para a regulação da assistência (acesso) e do ensino.

5) Melhorar a excelência do ensino e pesquisa

Aponta-se como estratégia a reestruturação do Centro de Estudos, integrando as atividades acadêmicas, educação permanente em serviço e a pesquisa. Desta forma, as ações prioritárias nesta perspectiva são: promover a interdisciplinaridade, mediante elaboração de seminários entre os profissionais das diversas áreas da saúde; elaborar um projeto de reestruturação do Centro de Estudos; manter a Semana Científica da Faculdade de Medicina e do HU/CAS/UFJF como um evento anual de porte; criar uma comissão de acompanhamento de estágio no HU/CAS/UFJF.

6) Adequar a quantidade e a qualidade da assistência

- Obter os certificados de qualificação hospitalar e montar e atualizar manuais de rotina e procedimentos: optar pelo tipo de programa de qualidade; promover a conformidade e a normatização; implementar gerência de qualidade.

- Inserir de maneira regulada o HU/CAS/UFJF na rede regionalizada e hierarquizada do SUS estadual: estruturar seminários e equipes; instalar atendimento ambulatorial do Programa Viva Vida.

7) Garantir a eficácia e o papel estratégico da infraestrutura dos processos críticos.

- Desenvolver o Plano Diretor Físico dentro da perspectiva do CAS/UFJF: reavaliar a capacidade instalada do HU/CAS/UFJF e dimensionar a capacidade prevista para a Unidade Dom Bosco; acompanhar a implementação dos espaços físicos, tendo em vista as diretrizes do Plano diretor e do CAS/UFJF.
- Fortalecer a manutenção, a partir da criação do serviço de engenharia clínica: criar o Serviço de Engenharia e Arquitetura Hospitalar.

8) Elevar a satisfação dos usuários

Por fim, esta última diretriz estabelece como estratégia: mensurar e avaliar a satisfação dos usuários. Para tanto, propõe as seguintes ações: criar instrumento de mensuração da satisfação dos usuários e avaliação dos mesmos; organizar instrumentos criados e existentes no formato de banco de dados, promover a avaliação dos resultados e propor ações corretivas.

Ressalta-se que, para a implementação dessas ações, adotou-se a metodologia “5W2H” – *What, Why, Who, When, Where, How e How much*; em português: o que, por quê, como, quando, quem e quanto, cujos procedimentos vem sendo acompanhados, atualmente, pelo Grupo Gestor.

Feitas estas considerações, é possível observar que, embora o Plano Diretor não se constitua numa iniciativa direta da administração do HU/CAS/UFJF, a sua condução prevê plena autonomia da mesma, que assinala não só as prioridades organizacionais como também a forma como serão trabalhadas, no caso, o Grupo Gestor.

Esse arranjo também será analisado no terceiro capítulo da presente pesquisa, visto que suas diretrizes influem diretamente na organização assistencial do HU/CAS/UFJF, evidenciando-se os contrastes entre a proposta inicial referenciada nos fundamentos da Reforma Sanitária dos anos 80 e nos acordos políticos com base na Reforma do Estado dos anos 90.

CAPÍTULO 2 – PERCURSO METODOLÓGICO

A presente pesquisa constitui-se num estudo de caso, com base na abordagem dialética, tendo por objeto a análise do processo de *gestão da assistência* no HU/CAS/UFJF, a partir da concepção de seus gestores e profissionais, tendo em vista sua reconfiguração organizacional e melhoria assistencial.

Na dialética em Marx, conhecer um objeto é apreender, através da razão, seu movimento real, revelando suas conexões internas e contradições, em prol de sua transformação. Esclarece, porém, que esse conhecimento será sempre aproximativo e nunca definitivo, pois a realidade é sempre mais complexa do que sua reprodução mental (MARX, apud SOUZA FILHO, 2003); o que requer um processo contínuo de investigação e revisão dos resultados obtidos.

Segundo Souza Filho (2003), esse processo de investigação deve iniciar-se com o contato do sujeito com o dado, o fato objetivamente e sensivelmente presente, em que a aparência do fenômeno apresenta-se como primeira instância sobre a qual o sujeito deve interrogar o objeto para que se atinja a sua essência, partindo-se do concreto para se atingir o concreto pensado.

Assim, parte-se do dado concreto, sensível. E, pela reflexão, apanham-se as determinações que constituem o dado. Pouco a pouco, a realidade em questão aparece viva, em movimento. O resultado é o concreto pensado, uma construção teórico-prática; ou lógico-histórica; a categoria dialética (IANNI, 1988, p. 145).

Sob a perspectiva dialética, o concreto é a realidade em si, formada por várias determinações que, segundo Kosik (1989), embora sejam imediatamente acessíveis ao homem, não lhe são imediatamente cognoscíveis, tornando-se necessário à sua compreensão a realização de um desvio (*détour*) em que a abstração se apresenta como um recurso da razão para apreender essas determinações e traduzi-las em categorias.

O progresso da abstratividade a concreticidade é, por conseguinte, em geral movimento da parte para o todo e do todo para a parte; do fenômeno para a essência e da essência para o fenômeno; da totalidade para a contradição e da contradição para a totalidade; do objeto para o sujeito e do sujeito para o objeto (KOSIK, 1989, p. 30).

Para este autor, as categorias na pesquisa dialética são: a totalidade, a historicidade, a contradição e a negação, esta última entendida como movimento crítico que aponta para mudanças numa dada realidade sócio-histórica (DEMO, 1995). Essas categorias contribuíram para a análise dos dados coletados nesta pesquisa, que poderão subsidiar, do ponto teórico e operacional, à implantação de um novo modo tecnológico de intervenção em saúde (PAIM, 2003) no HU/CAS/UFJF.

A totalidade, nesse viés metodológico, significa o caráter de abrangência, buscando a compreensão das mediações e correlações, constituindo a riqueza e a propriedade para expressar o real e compreender o processo histórico em seu dinamismo, provisoriedade e transformação. Nessa ótica, o estudo não se constitui em análise de uma totalidade com partes justapostas, estática, incompleta, aproximada, imprecisa; forma o todo uma dinâmica comum, mas que simultaneamente mostra as aberturas constantes, pelas quais pode entrar a mudança.

No caso do presente estudo, cabe destacar que a categoria totalidade foi assumida como o seu próprio conteúdo, isto é, abrangendo desde seu referencial teórico, enquanto resgate histórico do objeto em questão, até o processo de observação e análise das falas dos sujeitos da pesquisa, momento de percepção das contradições entre discurso (aparência) e dinâmica real (essência) do HU/CAS/UFJF.

Totalidade significa: realidade como um todo estruturado, dialético, no qual ou do qual um fato qualquer (classes de fatos, conjuntos de fatos) pode vir a ser racionalmente compreendido. Acumular todos os fatos não significa ainda conhecer a realidade; e todos os fatos (reunidos em conjunto) não constituem, ainda, a totalidade (KOSIK, 1989, p. 35).

Isso, pois, segundo Kosik (1989), a totalidade não significa soma das partes, mas conexão recíproca entre o todo e as partes, “visto que o todo se cria a si mesmo na interação das partes”; o que, no caso do objeto *gestão da assistência*, implica a interação de suas dimensões macro e micropolítica no interior do hospital de ensino.

Em relação à historicidade, Kosik (1989) a concebe como gênese e trajetória não linear dos fenômenos sociais, que, além de contextualizá-los, os explica em seus reais antagonismos e contradições. Na presente pesquisa, essa contextualização foi desenvolvida no primeiro capítulo – referencial teórico e histórico –, quando se recorreu a produções anteriores relativas ao objeto em questão, de modo a explicá-lo como concreto existente no contexto histórico.

Essa reflexão é sempre uma reflexão crítica, porque submete toda interpretação preexistente à análise [...]. Não se trata simplesmente de opor ou substituir interpretações. Trata-se de ir até ao fundo das relações, processos e estruturas, apanhando, inclusive e necessariamente, as representações ideológicas ou teóricas construídas sobre o objeto e impregnadas nele (IANNI, 1988, p. 15).

Dessa forma, reconheceu-se o caráter contínuo da história, que, ao compreender representações teóricas e ideológicas acumuladas acerca de um objeto, oferece, em contrapartida, as condições necessárias à sua recriação e/ou transformação sociopolítica.

Se a primeira premissa fundamental da história é que ela é criada pelo homem, a segunda premissa igualmente fundamental é a necessidade de que nesta criação exista uma continuidade. A história só é possível quando o homem não começa sempre de novo e do princípio, mas se liga ao trabalho e aos resultados obtidos pelas gerações precedentes. Se a humanidade começasse sempre do princípio e se toda ação fosse destituída de pressupostos, a humanidade não avançaria um passo e a sua existência se escoaria no círculo da periódica repetição de um início absoluto e de um fim absoluto (KOSIK, 1989, p. 218).

Trazendo para a realidade em questão, isso quer dizer que pensar a superação dos atuais modos de se produzir saúde no interior do hospital de ensino implicou necessariamente apropriar-se dos paradigmas hegemônicos que os sustentam, analisá-los, tendo em vista seu redimensionamento, em conformidade com as orientações preconizadas pelo conceito de saúde ampliado.

Nesse sentido, conhecer o presente requer conhecer o passado que operou o movimento contraditório de suas múltiplas relações, processos e estruturas. Movimento que, ao constituir o real, compõe a totalidade concreta e conduz à sua transformação na medida em que é apropriado por seus atores.

Segundo Ianni (1988), é na trama das relações sociais que se expressam as diversidades, as hierarquias, as desigualdades, as divisões, entre outras formas de relações de antagonismo e contradição que fundam o real e que, portanto, precisam ser desveladas. No caso do presente estudo, buscou-se desvelar as relações entre diferentes atores inseridos no HU/CAS/UFJF com as dimensões macro e micropolítica da *gestão da assistência*, uma vez que se configuram determinantes à qualificação desse processo na referida instituição.

A rigor, a dialética é o estudo da contradição na essência mesma das coisas. A condição de conhecimento dos processos histórico-sociais, em seu automovimento, em seu desenvolvimento espontâneo, em sua vida viva, é o seu conhecimento enquanto unidade de contrários. O resultado é um todo complexo, aberto, em movimento. Nesse sentido é que a totalidade alcançada no processo de reflexão constitui a essência do conhecimento dialético (LÊNIN apud IANNI, 1988, p. 131).

Conhecimento que se constrói, portanto, não em função de resultados, mas a partir da perspectiva dos sujeitos da investigação, sendo a observação e a entrevista importantes instrumentos à descrição aprofundada destas representações, uma vez que valorizam sua subjetividade e complexificação.

Para analisar a complexidade do HU/CAS/UFJF com base na pesquisa dialética, a escolha recaiu sobre o estudo de caso histórico-organizacional. Segundo Chizzotti (2000), este tipo de estudo é uma estratégia de pesquisa qualitativa que envolve a coleta sistemática de informações sobre um evento, atividade ou, ainda, um conjunto de relações ou processo social – no presente estudo, trata-se da nova unidade assistencial do HU/CAS/UFJF – a fim de conhecer suas determinações, bem como sua operacionalidade em um contexto real. Esse conhecimento tem por finalidade auxiliar tomadas de decisão, justificar intervenções ou esclarecer por que elas foram tomadas e implementadas e quais foram os resultados.

“É considerado também como marco de referência de complexas condições socioculturais que envolvem uma situação e tanto retrata uma realidade quanto revela a multiplicidade de aspectos globais, presentes em uma dada situação” (CHIZZOTTI, 2000, p. 102). Nesse sentido, vai ao encontro dos objetivos deste trabalho, na medida em que se busca desvelar a complexidade do objeto – *gestão da assistência* – na realidade do hospital de ensino que, por sua vez, compreende múltiplas relações sociais, econômicas e políticas que afetam as relações de poder nesta instituição.

O estudo de caso é uma caracterização abrangente para designar uma diversidade de pesquisas que coletam e registram dados de um caso particular ou de vários casos a fim de organizar um relatório ordenado e crítico de uma experiência, ou avaliá-la, analiticamente, objetivando tomar decisões a seu respeito ou propor uma ação transformadora (CHIZZOTTI, 2000, p. 1002).

Ressalta-se que essa perspectiva transformadora justificou a opção pelo enfoque dialético, uma vez que, segundo Ianni (1988), este constitui-se no método de conhecimento

que opera na constituição e transformação da realidade, ao mesmo tempo que a interpreta, concebendo-a como movimento, devir, história .

A partir da leitura de autores como Kosik (1989) e Brohm (1979), Stephan-Souza (2008) acrescenta que a abordagem dialética busca analisar a expressão da vida material, das condições de existência e da historicidade. Tem como critério da prática a atividade material, orientada a transformar as instituições e a vida social. Nesta abordagem, importa descobrir as condições que regem o fenômeno investigado, visando determinar as relações sociais, verificar os fatos que servem de base, de ponto de partida e de chegada da investigação.

A observação, complementando o estudo de caso, para Stephan-Souza (2008, p. 205), é um olhar sobre o encontro de vários elementos: “ao se observar um fato, depara-se com diferentes discursos verbais, gestuais e expressivos. São discursos que refletem e retratam a realidade da qual fazem parte.” Nesse sentido, o enfoque dialético ajudou a pesquisadora a ter essa dimensão da relação do singular com o todo, do individual com o coletivo, do micro com o macro, no momento em que interagiu com os sujeitos da pesquisa.

Durante a investigação, essa interação foi realizada por meio de entrevista semiestruturada, em que o pesquisador, ao organizar um conjunto de questões sobre o tema em estudo, baseado nas referências bibliográficas, permite que o entrevistado fale livremente sobre assuntos que vão surgindo como desdobramentos deste tema (PÁDUA, 2005).

Stephan-Souza et al. (2008) esclarecem, porém, que a entrevista, na perspectiva dialética, não deve se reduzir a uma troca de perguntas e respostas restrita às questões previamente preparadas, mas se constituir numa produção de linguagem, isto é, na composição de um diálogo capaz de suscitar reflexões para o entrevistador e o entrevistado e nesse sentido:

[...] as apreensões são frutos da interlocução e da situação vivenciada e das perspectivas espaciais situadas pelo pesquisador e pelo entrevistado. As respostas dependem da situação concreta em que se realizam e da relação que se estabelece entre os interlocutores. Na entrevista, é o sujeito quem se expressa, mas sua expressão carrega o seu contexto cultural, político e social, refletindo, assim, a realidade de um grupo (STEPHAN-SOUZA et al., 2008, p. 206).

Com relação aos sujeitos da pesquisa, foram entrevistados representantes dos atuais dirigentes, chefes de serviço e profissionais de nível superior do HU/CAS/UFJF, escolhidos intencionalmente entre as três áreas com maior representatividade numérica na unidade Dom

Bosco, a saber: Enfermagem, com 12 profissionais; Medicina, com nove profissionais, e Serviço Social, com cinco profissionais.

Atualmente, entre as 13 profissões reconhecidas oficialmente pelo Conselho Nacional de Saúde, o HU/CAS/UFJF possui, em seu quadro efetivo de profissionais, dez destas especialidades, a saber: Medicina, Enfermagem, Odontologia, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional, Farmácia e Bioquímica.

Entre os gestores, foram incluídos na pesquisa três dos seis diretores (as) em exercício na instituição, a saber: Diretor(a) Geral, Diretor(a) Clínico(a), Diretor(a) Técnico(a), Diretor(a) Administrativo(a), Diretor(a) de Enfermagem e Diretor(a) do Centro de Ensino, Pesquisa e Extensão; e quatro das 26 chefias com serviços e ambulatórios em funcionamento na Unidade Dom Bosco atualmente: Angiologia, Coordenação dos Residentes, Chefia de Ambulatório, Dermatologia, Doenças Infecções parasitárias, Endocrinologia, Endoscopia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Gastroenterologia, Geriatria e Gerontologia, Ginecologia, Nefrologia, Oncologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Ortopedia e Traumatologia, Plástica Reparadora, Pediatria, Psicologia Médica, Pneumologia, Proctologia, Reumatologia, Serviço Social, Torácico e Urologia.

Foi adotado o critério de amostragem por saturação, que, segundo Turato (2003), é definido quando novas entrevistas passam a apresentar repetições em seu conteúdo, com acréscimos pouco significativos aos objetivos do estudo. O mesmo critério foi adotado para a seleção dos profissionais, tendo sido entrevistados quatro dos 26 profissionais estatutários lotados, atualmente, na Unidade Dom Bosco. Cabe ressaltar que a opção pelos profissionais de nível superior justifica-se por sua formação disciplinar, relação direta com a prestação da assistência e possuir relativa autonomia profissional, possibilitando melhor contribuir com os objetivos deste estudo.

Cabe ressaltar ainda que todas as entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora entre os meses de julho e outubro de 2008, no cenário da Unidade Dom Bosco, partindo de contatos diretos com os sujeitos da pesquisa, que concordaram em participar da mesmas, após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 1).

O tratamento dado aos sujeitos da pesquisa de modo a preservar sua identidade, foi a adoção de uma única letra, escolhida intencionalmente de modo que não correspondesse às iniciais de seus nomes, como por exemplo: “gestor D” ou “profissional de enfermagem F”.

Destaca-se que parte das questões foi elaborada para ambos os públicos – profissionais e gestores – por corresponder à realidade de todos os sujeitos da pesquisa, e permitir a análise

das diferentes vivências e percepções acerca do objeto, em virtude de sua inserção diferenciada no espaço do HU/CAS/UFJF.

Tais questões buscaram abordar a percepção dos entrevistados acerca da gestão em saúde e da relação entre HU/CAS/UFJF e Secretaria Municipal de Saúde no que tange à organização da assistência; concepção acerca das atuais diretrizes institucionais; a forma como idealizam o fluxo dos usuários na Unidade Dom Bosco; concepção acerca da assistência à saúde e dos principais avanços e dificuldades à sua realização nesta unidade; o modo como avaliam as tecnologias atualmente disponíveis na mesma e o processo de autonomia financeira do HU/CAS/UFJF (anexos 2 e 3).

Para análise das entrevistas, buscou-se distinguir nas mensagens os seus conteúdos latentes e manifestos, ressaltando não só os pontos de encontro e similaridades, como também as diferenças e peculiaridades inerentes à realidade pesquisada, interpretando seus significados e articulando de forma hermenêutica o conteúdo da produção dos relatos.

Dessa forma, procurou-se identificar elementos que favorecessem uma real aproximação entre o gerir e o cuidar no interior do hospital de ensino, assim como os fatores macro e micropolíticos que dificultam o processo de implantação do projeto conceitual do “CAS/UFJF”, atual Unidade Dom Bosco. As falas dos sujeitos foram colocadas em blocos categorizados de modo a torná-las mais inteligíveis, como pode ser visto no capítulo seguinte.

A partir destes elementos, espera-se, portanto, contemplar o objetivo principal do estudo de caso que é “apresentar os múltiplos aspectos que envolvem um problema, mostrar sua relevância, situá-lo no contexto em que acontece e indicar as possibilidades de ação para modificá-lo” (CHIZZOTTI, 2000, p. 103).

As informações colhidas na entrevista ficarão sob responsabilidade da pesquisadora pelos próximos cinco anos, em arquivo sigiloso, disponível apenas para fins de publicações acadêmico-científicas. Ao final deste prazo, todo material gravado será apagado.

O capítulo subsequente, constituindo-se no momento privilegiado do método dialético, ao ocupar-se do movimento contraditório que constitui as múltiplas relações e determinações do objeto, será abordado, portanto, a partir da análise crítica e observação sistemática e assistemática dos achados do estudo de caso histórico-organizacional, tendo em vista a compreensão da Totalidade, Historicidade e Contradição que, por sua vez, implicam a construção do novo *modo tecnológico de gestão da assistência*, a ser apresentado sob a forma de ensaio.

CAPÍTULO 3 – GESTÃO E ASSISTÊNCIA: AS CONTRADIÇÕES EXPRESSAS NA CONSTRUÇÃO DE UM CONCEITO

Neste capítulo, será analisado o produto das entrevistas interligado à observação *in loco* e sustentada por análise teórica com base em diversos autores. A partir da categoria *contradição*, alicerce do método dialético, serão apresentados, nesse momento, as diferenças, similitudes e antagonismos presentes nas falas de gestores e profissionais do HU/CAS/UFJF acerca dos processos de gestão e de assistência, para ser construído, *a posteriori*, o modo tecnológico de *gestão da assistência* no espaço do hospital de ensino.

As questões das entrevistas foram construídas com base nos autores que subsidiaram a fundamentação teórica do capítulo 1. As contradições observadas pela pesquisadora em seu cotidiano profissional e nos achados da pesquisa serão discutidas a partir dos fragmentos das falas mais significativas à elaboração da análise teórica. Os fragmentos foram, assim, constituídos nas seguintes subcategorias:

3.1 ATRIBUTOS OU HABILIDADES NECESSÁRIOS PARA UMA ADEQUADA GESTÃO EM SAÚDE

Foi questionado aos entrevistados sobre quais os atributos ou habilidades que consideram necessários para uma adequada gestão em saúde. Os mais recorrentes foram: conhecimento teórico e prático do Sistema Único de Saúde, formação técnica em saúde pública e gestão hospitalar, saber médico, experiência na assistência, habilidade política, organização. Outras características fizeram referência a valores e posturas individuais: gosto pelo que faz, disponibilidade, dedicação, paciência, liderança, bom senso, discernimento, tranquilidade; como pode ser verificado nos fragmentos abaixo.

Falas dos entrevistados:

“Primeiro, é o conhecimento teórico, embasamento teórico. Depois, que ele tenha também uma prática, um conhecimento prático, uma experiência de trabalho também, porque eu acho que um separado do outro não funciona, tem que ser os dois juntos. Tem que usar de muito bom senso, não pode ser uma pessoa muito fechada, tem que ter uma visão ampla, uma visão multiprofissional também, não ter uma visão unilateral das coisas, acho que o principal, pra mim, é isso”. (GESTORA “Q”)

“... se for falar em atributo seria conhecer melhor e ter vivenciado o sistema de saúde. Acho que isso, talvez, seja o atributo principal para um gestor de saúde”. (GESTOR “R”)

“Eu acho que conjugar essas três coisas: ter um profundo conhecimento técnico da questão do SUS, conhecimento médico, importante, e a questão do caminho político pra tentar resolver as coisas, não só de política no sentido de liberação de verbas e conhecimento de políticos que possam ajudar nos entraves, como também no relacionamento político com os próprios médicos, porque, infelizmente, acontece mais no meio médico, muito boicote [...]. Eu acho que, pra fazer uma boa gestão, tem que conciliar isso tudo”. (GESTOR “D”)

“Acho que primeiro é conhecimento, ter um conhecimento, tem que ter firmeza nas decisões, tem que ter disponibilidade, porque qualquer cargo, ainda mais em gestão de saúde, você tem que ter disponibilidade, porque te toma muito do seu tempo, então, você tem que ter muita dedicação, muita paciência, tem que ser líder, tem que ter postura e tem que ter muito jogo de cintura, porque existem algumas situações embaraçosas, complicadas, que você tem que ter um discernimento, uma tranquilidade para não atropelar mesmo o processo.” (GESTORA “A”)

“Conhecimento de causa, organização, habilidade política”. (PROFISSIONAL DE SERVIÇO SOCIAL)

“Ela tem que ter capacitação, gostar realmente do que faz, ser conhecedora da gestão, do que é a gestão”. (GESTORA “E”)

“Acho que tem que ter uma formação técnica em saúde pública, na parte de gestão hospitalar e até política, uma formação técnica bem direcionada e bem específica, pra essa complexidade que é ensino, pesquisa, extensão e assistência”. (GESTOR “G”)

Análise Teórica

O presente estudo considera importante a maioria destes atributos, conferindo maior atenção ao compromisso ético-político com os preceitos do SUS, por se tratar de uma instituição pública federal, cujo objeto é um direito social fundamental. A experiência organizacional e na assistência também deve ser ressaltada, uma vez que indica uma aproximação entre o gerir e o assistir no espaço do hospital de ensino, foco desta pesquisa.

Contraditoriamente, questiona-se se o saber médico, de fato, é um atributo necessário para uma adequada gestão em saúde, embora se reconheça que a maioria dos cargos administrativos na área seja exercida por profissionais médicos, incluindo o HU/CAS/UFJF. Ou seja, será que um gestor de formação médica é realmente o mais indicado para romper com corporativismos e hierarquizações internas? Não estaria mais suscetível a privilegiar ou negociar em favor de seus pares até pelo histórico de hegemonia no espaço hospitalar?

Estas questões se mostram pertinentes, visto que uma das principais dificuldades apontadas pelos sujeitos da pesquisa em relação à organização da assistência na Unidade Dom

Bosco foi a forte presença do poder médico na realidade institucional, o que será melhor abordado nos conteúdos seguintes deste capítulo.

Por fim, a liderança como atributo à gestão em saúde também merece uma ressalva no sentido de seu exercício, embora não tenha sido abordado pelos entrevistados, na medida em que se defende uma liderança caracterizada não pelo autoritarismo, mas pela capacidade de promover a comunicação e participação interna de seus múltiplos atores.

Nesse sentido, partilha-se da concepção de Rollo (1997) e Cremadéz (apud Rivera, 2003) de que a direção deve assinalar as grandes orientações, isto é, os valores centrais do projeto organizacional, mas não definir a estratégia propriamente dita, a qual depende da articulação de todos os profissionais inseridos institucionalmente.

Na gestão desse processo, o importante não é controlar, pois já é sabido que os trabalhadores da saúde possuem um processo de trabalho com alto grau de autonomia, mas sim, direcionar o trabalho rumo à busca de uma nova forma de usar os saberes na construção de novos fazeres. (ROLLO, 1997, p. 351)

3.2 GESTÃO E CONHECIMENTO

Cabe ressaltar que o conhecimento, ao apresentar-se como atributo unânime considerado pelos entrevistados, mostrou a relevância da presente subcategoria, construída a partir da questão: você avalia que a gestão é um campo para especialistas?

Para alguns dos entrevistados, a especialização aparece como condição indispensável à gestão em saúde, uma vez que qualifica seus agentes sem, no entanto, comprometer sua visão generalista dos processos macro e micropolíticos. Para outros, a especialização é reconhecida como de grande contribuição à gestão, mas não como único caminho à aquisição de conhecimentos neste campo. Um entrevistado a considera como atributo que confere credibilidade à gestão em saúde, e outro, como um saber que deveria aprofundar-se mais em termos práticos do que técnico-científicos.

Falas dos entrevistados:

“Eu acho que a formação de origem independe, por exemplo, eu penso que pode ser um médico, que pode ser uma assistente social, que possa ser um administrador, mas eu acredito

que ter um 'know how' de conhecimento na causa da administração ou da gestão contribuiria". (PROFISSIONAL DE SERVIÇO SOCIAL)

"Acho que sim. Principalmente na gestão hospitalar, tanto é que esse ano, junto com a faculdade de Economia e Administração, a gente está criando uma residência em Economia da Saúde e Administração em Saúde, com foco diferente da administração hospitalar. O foco é justamente que esses profissionais trabalhem na parte dos contratos, na parte da pesquisa, não só na parte financeira, orçamentária, administração, mas também que eles entendam das políticas de saúde pública, do financiamento da saúde, das prioridades do Sistema Único de Saúde. Então, assim, a formação é um pouco mais complexa do que a de um gerente hospitalar. Acho que é pra especialista, nós não temos ainda essa cultura, mas acho que esse é um passo importante pra mudar daqui a cinco, dez anos já termos gerentes/administradores numa instituição que possa ter um foco diferente". (GESTOR "G")

"Acho que sim, eu acho que a gente não tem, às vezes, o costume de lidar com pessoas com especialização nessa área, normalmente são pessoas que tem, às vezes, uma maior vocação política em geral, alguma influência política que são nomeados para os cargos de gestão, e isso em qualquer segmento, seja em unidades privadas, seja em unidades públicas, até no próprio hospital universitário e até mesmo nas Secretarias, na Secretaria de Saúde, você vê que, na verdade, os cargos gerenciais não são exercidos por técnicos, não são pessoas qualificadas, e sim, por políticos ou pessoas ligadas a políticos". (PROFISSIONAL MÉDICO)

"Eu acho que, na verdade, o caminho tinha que ser um pouco inverso, a gente vê, hoje, mais pessoas especialistas em gestão e que nunca atenderam e, ao mesmo tempo, a gente vê também esse pensamento, o bom gestor é aquele que é especialista em gestão [...] fica uma pessoa que entende de gestão, mas que, na verdade, de atenção à saúde não entende nada, e aí a gestão fica um pouco artificial no nosso meio, é o que eu vejo mais. Então, eu acho que a especialização deveria seguir esse caminho, o profissional de saúde conhece bem a rede de saúde, conhece bem o sistema de saúde". (GESTOR "R")

Análise Teórica

Para análise desta subcategoria, ressalta-se que, antes de se posicionar sobre a importância ou não das especializações para o processo de gestão, deve-se conhecer os aportes teóricos que as sustentam, isto é, seu conteúdo político-ideológico, que poderá imprimir ou um formato normativo (conservador) à gestão; um caráter mais empresarial (liberal-privatista) ao processo decisório; ou um caráter democrático, afeito aos preceitos da Reforma Sanitária, em que a gestão é tida como um importante instrumento para a efetivação do Sistema Único de Saúde, e com o qual o estudo se identifica.

Segundo Mehry (2002), é fundamental que os gestores do cotidiano construam uma caixa de ferramentas que contenha a inteligência já produzida para administrar processos

estruturados e que se abra para a incorporação de qualquer saber que permita atuar em favor da radical defesa da vida individual e coletiva dentro de uma ótica de direitos sociais plenos.

[...] a composição da caixa de ferramentas necessárias para que os gestores dos serviços de saúde consigam atuar sobre este terreno tão singular, gerindo estabelecimentos e sistemas de saúde com ferramentas governamentais complexas para atuar nos terrenos político, organizacional e produtivo (MEHRY, 2002, p. 132).

Por caixa de ferramentas entende-se o conjunto de saberes de que se dispõe para a produção de atos de saúde (MEHRY, 2002). Sob esta perspectiva, portanto, o sentido de especializar-se ganha dimensões mais abrangentes, o que favoreceria a gestão.

Ressalta-se que esse movimento de especializar-se é considerado por todos os entrevistados como importante à gestão em saúde, porém, sob conotações contrárias: de um lado, associando-o exclusivamente a um conhecimento técnico-científico a ser adquirido formalmente, e de outro, vinculado mais à ideia de sabedoria prática (LACERDA et al., 2007), em que o conhecimento é adquirido, sobretudo, pela experiência na atenção à saúde, ao se combinar técnica e intuição no atendimento às singularidades e imprevisibilidade das demandas assistenciais no cotidiano gerencial; o que melhor subsidiaria a construção do novo *modo tecnológico de gestão da assistência*.

3.3 CRITÉRIOS PARA SUBSIDIAR O PROCESSO DE TOMADA DE DECISÕES

Questionou-se aos gestores sobre quais os critérios que estes adotam para subsidiar o processo de tomada de decisões. As respostas foram: satisfação dos usuários, atendimento das necessidades do sistema, planejamento, estabelecimento de prioridades, uso de indicadores quantitativos e qualitativos, opinião dos pares, normas institucionais e da categoria profissional.

Falas dos entrevistados:

“Um pouco disso tudo que falei, eu acho que hoje é muito difícil você ter um tempo pra pensar, pra planejar, pra refletir, a gente não tem e o ideal seria ter. Então, acho que isso

faz muita falta, porque você fica apagando incêndio o tempo todo, então, isso dificulta, é um dificultador”. (GESTORA “A”)

“Isso não é muito organizado na minha cabeça, no meu agir, mas, quando eu paro pra pensar, eu acho que o principal critério é a inserção daquela decisão no sistema de saúde, eu tento pensar sempre nesse sentido, inserir no sistema de saúde”. (GESTOR “R”)

“Bom, o meu critério primeiro é o paciente, é a satisfação do usuário, é ele ser atendido da melhor maneira possível. O usuário é quem a gente leva em consideração em primeiro lugar, o bem-estar dele, que ele não saia da sua frente sem receber uma resposta satisfatória pra aquilo que ele veio buscar na instituição. Agora, as normas, a gente vai observar de acordo com que ele saia bem atendido, porque a norma é feita pra todo mundo, e tem as exceções. Então eu não me baseio, de uma maneira geral, pelas normas, eu vou pelo que na hora aquele usuário está me pedindo, cada um é cada um, então eu vou é por aí”. (GESTORA “Q”)

“Dentro do meu cargo, por exemplo, a gente pega respaldo no Conselho [...], no Regime Jurídico da Instituição, através das normas da instituição, ver a rotina, normas de funcionamento do hospital. Enquanto instituição de ensino, você busca respaldo e subsídios nessas coisas”. (GESTORA “E”)

“Depende. No que tange à questão de decisões de compra de materiais ou de investimentos essas coisas todas, aí eu acho que passa pelo critério de prioridades: definição, discussão com todo o grupo. No que tange à questão do recurso humano, eu acho que a gente tem que priorizar competência, dedicação, capacidade de integração ao grupo, ver se é uma pessoa que vai agregar, vai fazer o ambiente ficar melhor e crescer mais”. (GESTOR “D”)

“Hoje, o que a gente tem feito aqui, o primeiro passo, trabalhar com os indicadores [...] seja de qualidade, seja até de quantidade que, hoje, a gente vem trabalhando com eles no hospital: taxa de ocupação, taxa de infecção, e alguns indicadores que indicam qualidade, por exemplo, qualidade da assistência que seria a taxa de mortalidade institucional e o índice de avaliação e satisfação do usuário que também são indicadores construídos pra você ver participação”. (GESTOR “G”)

“Eu converso com todo mundo, eu peço opinião, eu acho que é esse o critério que eu adoto”. (GESTORA “S”)

Análise Teórica

O estudo considera como critério maior, dentre os apontados pelos entrevistados, a satisfação dos usuários, a partir do qual todos os demais deveriam submeter-se, de modo a conferir integralidade às ações de saúde na referida instituição.

Acredita-se que planejar, priorizar, trocar opiniões, construir indicadores sejam ações que só se tornam resolutivas, quando comprometidas com a lógica usuário-centrada (MEHRY, 2002), que submete o caráter normativo aos interesses e necessidades dos usuários.

Ao se olhar para a dinâmica de um único serviço, isoladamente, pode-se dizer que ele deve – desde que inserido em um sistema regulado pela lógica da eficácia da assistência e centrado em um controle público pautado pelos interesses do usuário-cidadão – ordenar sua gestão em torno da busca de uma otimização entre recursos disponíveis e benefícios, cuja possibilidade operacional se encontra em um rico universo de técnicas de gestão organizacional (MEHRY, 2002, p. 175).

Entretanto, essa subordinação do caráter normativo às necessidades de saúde da população se contradiz no discurso de alguns dos entrevistados, na medida em que verbalizaram como critério maior à sua gestão as normas institucionais e ético-profissionais e as prioridades na alocação de recursos humanos e materiais, sem defender a devida interlocução com a realidade assistencial de seus usuários.

3.4 INTERFACE ENTRE O APARATO JURÍDICO-LEGAL DO SUS E A GESTÃO EM NÍVEL MICRO

Esta subcategoria foi estruturada com base na releitura de Abrahão (2004) acerca das indicações de Machado (apud ABRAHÃO, 2004), que considera o aparato jurídico-legal do SUS insuficiente para orientar a gestão em nível institucional, uma vez que não aborda a questão da gerência nem estabelece um dado padrão de inserção dos serviços. O que para Abrahão (2004) é irrelevante perante a potência subjetiva das micropolíticas, que possibilita recriar as práticas no cotidiano dos estabelecimentos de saúde e operar diferentes formas e entradas para o sistema.

Diante desta polêmica teórica, a pesquisa se interessou em verificar com os gestores do HU/CAS/UFJF se eles consideram suficientes as indicações no aparato jurídico-legal do SUS acerca da gestão no nível dos serviços. As falas apontam: a descontinuidade nas orientações políticas; a desarticulação entre o aparato legal e o jurídico, em especial, na questão dos mandados judiciais; o reconhecimento do avanço normativo e de adaptações necessárias no nível micro; o despreparo dos gestores e a restrição de recursos financeiros como entraves à aplicação das indicações do sistema; a necessidade de maiores discussões acerca destas indicações.

Falas dos entrevistados:

“Eu não sei se é bem isso, mas eu acho, assim, que é uma política maior dentro de um espaço menor, que ela é ampla, ela abrange tudo. Eu acho que ela é suficiente, mas precisa de algumas adaptações dentro de um espaço, de uma instituição menor”. (GESTORA “S”)

“Não, eu acho muito confuso [...] até pouco tempo atrás, o hospital universitário tinha uma forma, agora, parece que o governo tá revisando de novo essa questão, pra diferenciar o hospital universitário, quer dizer, isso é uma coisa que faz muito mal à sequência, ao andamento, ao desenvolvimento de qualquer instituição, porque você tem que ter um princípio, meio e fim”. (GESTOR “D”)

“Acho que muita coisa que associa à assistência à saúde em geral evoluiu muito e, talvez, a parte jurídica nem sempre acompanha esses avanços [...], a gente sofre muito aqui, com essa parte dos mandados judiciais, precisa a parte jurídica estar mais próxima da realidade que se tem, que faça aproximação com o Ministério Público, a parte do próprio SUS”. (GESTOR “G”)

“Até aonde eu tenho conhecimento, eu acho que teria, o problema é colocar aquilo em prática que é o que a gente sempre discute. A gente não consegue, aquilo é muito bonito ali no papel, mas é muito difícil colocar, por quê? Por causa do despreparo dos gestores, eles não estão preparados pra gerir aquilo com todas aquelas normas, às vezes, nem têm conhecimento daquilo, então eu acho que a gente passa por muitos entraves: questão financeira, essa questão da gestão. Acho que falta um melhor entendimento e um melhor apoio, mesmo, em algumas áreas”. (GESTORA “Q”)

“Eu acho um pouco incipiente ainda o que a gente tem de legislação, não sei se a gente conhece pouco ou se o que a gente conhece realmente fala pouco. Acho que como a gente desconhece bastante, a gente acaba não usufruindo do que tá escrito lá. Talvez, falte um pouco mais de discussão”. (GESTOR “R”)

Análise Teórica

Campos e Domitti (2007), analisando os obstáculos políticos à criação de espaços coletivos no interior dos serviços, afirmam que uma ampla reformulação da mentalidade e da legislação do sistema de saúde ainda se faz necessária para a abertura destes estabelecimentos à construção de novas práticas coletivas e assistenciais. Para ilustrar, destacam a diretriz do controle social, concebida para democratizar os espaços do sistema – conferências e conselhos em municípios, estados e união –, mas não necessariamente os espaços internos aos serviços e programas.

Esses autores acrescentam que as políticas de humanização têm igualmente tentado ampliar o poder dos usuários no cotidiano dos serviços de saúde, a partir do conhecimento acumulado, em especial, pelos pesquisadores do LAPA/UNICAMP (Laboratório de

Planejamento e Gestão da Universidade Estadual de Campinas), constituindo-se, porém, numa tendência ainda não consolidada. O que indica a dependência de certo grau de envolvimento e comprometimento dos gestores de serviços para com estas políticas, ficando a cargo dos mesmos cumpri-las ou não.

Diante da incorporação recente destas indicações micropolíticas no aparato legal do SUS, o estudo considera que a aproximação entre as esferas macro e micro da gestão ainda se constitui num desafio à qualificação assistencial no nível dos serviços, na medida em que não se tem investido amplamente em suas potencialidades organizativas.

As falas dos gestores são difusas, percebe-se o desconhecimento do que é a política de saúde no plano da macropolítica e as novas orientações para a gestão do hospital de ensino, mostrando contradições entre o que está posto como política e as transformações que estão sendo operadas na micropolítica, trazendo insatisfação e dubiedade na condução das diretrizes no interior da instituição.

3.5 CONHECIMENTO DO PACTO PELA SAÚDE

Questionou-se aos gestores sobre quais os elementos ou diretrizes do Pacto pela Saúde destacariam como sendo de grande contribuição à sua gestão. As respostas, aqui, incluem: o conhecimento do Pacto, mas sem sua utilização no cotidiano gerencial; a recente incorporação de algumas linhas de cuidado previstas no Pacto pela Vida; dificuldades em implementá-lo, devido à desinformação e desinteresse dos profissionais pelas indicações formais do sistema; o desconhecimento total em relação ao documento.

Vale destacar a justificativa de um dos entrevistados para seu desconhecimento em relação ao Pacto. Embora ocupe um cargo de chefia, alega identificar-se mais com as práticas médicas do que com as administrativas, o que o isentaria de conhecer as indicações legais do sistema.

Falas dos entrevistados:

“Não lembro, não lembro... Eu já li o Pacto há muito e num lembro, não utilizo nada do Pacto”. (GESTORA “S”)

“Olha, nós temos aí no Pacto a parte da saúde da mulher e da criança, acho que isso precisa ser fortalecido. Agora, na saúde materno-infantil, nós temos projetos, que ainda não começaram, que é o projeto Viva a Vida junto com o Estado. Nós estamos aqui abertos a essa incorporação do Ministério junto com os órgãos estaduais e municipais que é muito importante”. (GESTOR “G”)

“Não. Não saberia responder isso não aí não. Eu nunca fui um administrador, eu sou médico mesmo. Eu assumi a chefia mais até por questão de formação, de qualificação, dedicação, confiança na direção, do que qualquer outra coisa”. (GESTOR “D”)

“... É uma inovação do governo, que tá vindo agora, o Pacto pela Gestão, o Pacto pela Saúde e tudo, tá chegando ainda pra gente. Eu acho que o hospital tem que tá olhando pra frente, pra gente ver o quê que a gente vai poder tá trabalhando, melhorando em relação a essa nossa política do governo”. (GESTORA “E”)

“... Ninguém tem conhecimento, isso não é uma coisa divulgada pra todos os profissionais, então, fica difícil você ficar lutando contra a maré, porque você sabe que a gente trabalha com profissionais aqui que não sabem nem o quê que é o SUS, e quanto mais Pacto pela Vida”. (GESTORA “Q”)

Análise Teórica

Como visto no primeiro capítulo, o Pacto pela Saúde abrange três dimensões: Pacto pela Vida (que contempla as linhas de cuidado prioritárias do governo); Pacto em Defesa do SUS (que propõe a repolitização da saúde e a mobilização social em defesa do direito à saúde e do sistema); e o Pacto de Gestão (que aprofunda o processo de regionalização da rede); trazendo como principal inovação a substituição do atual processo de habilitação pela adesão solidária aos Termos de Compromisso de Gestão. Neles, União, estados e municípios devem formalizar suas responsabilidades e atribuições a respeito das metas e dos resultados estipulados pelo Pacto de Gestão e pela Vida. Também devem ser destacados nos referidos termos os indicadores de monitoramento e avaliação, devidamente regulamentados em cada esfera de governo, considerando as pactuações realizadas.

Entretanto, segundo Solla (2006), esta proposta, ao prever uma adesão voluntária, pode comprometer a incorporação de estados e municípios ao Pacto, caso os gestores optem por não aderir ao processo. E, para garantir a efetivação dos termos de compromisso, esse autor sugere a recuperação do projeto de “Lei de Responsabilidade Sanitária”, de 2004, o qual acabou não sendo concretizado devido a mudanças no governo federal, mais precisamente, devido à transição no cargo de Ministro da Saúde.

[...] cabe ainda registrar que todo o esforço para firmar divisão de responsabilidades claramente definidas e pactos de gestão estabelecidos em termos de compromisso intergestores perde muito da efetividade com o abortamento da proposta de criação de uma Lei de Responsabilidade Sanitária. Esta lei poderia dar base jurídico-legal e estabelecer penalidades para o não cumprimento, por parte de qualquer gestor, de questões indispensáveis ao funcionamento do sistema de saúde e imprescindíveis de ser viabilizadas pelos respectivos gestores do SUS em um dado território (SOLLA, 2006, p. 345).

Desta forma, com a Lei de Responsabilidade Sanitária, a responsabilidade efetiva deixaria de ser uma decisão do gestor local, com a concordância dos demais, e passaria a ser assumida de modo negociado, com a criação de capacidade progressiva de gestão, pela efetiva cooperação técnica e financeira e negociação de metas (assistenciais e gestoras) e compromissos entre as três esferas de governo sobre o SUS.

No que se refere ao financiamento, o Pacto de Gestão propôs a criação de cinco blocos para repasse de recursos federais ao setor: atenção básica; atenção média e alta complexidade; vigilância em saúde; assistência farmacêutica e gestão do SUS. A criação deste último bloco (gestão do SUS), segundo Solla (2006), foi extremamente importante e constitui-se na primeira iniciativa concreta aprovada, estabelecendo financiamento destinado ao custeio de ações relacionadas com a organização do sistema de saúde: regulação, controle, avaliação e auditoria; planejamento e orçamento; programação; regionalização; participação e controle social; gestão do trabalho; educação em saúde e implementação de políticas específicas. No entanto, cabe ressaltar que, embora tenha sido aprovada, os repasses para tal finalidade ainda não foram liberados/disponibilizados.

Sob esse aspecto, Trevisan e Junqueira (2007) consideram como ponto essencial à eficácia do Pacto a articulação, regulação e aporte de conhecimentos técnico-científicos nos locais mais necessários, priorizando-se investimentos às áreas de menor densidade tecnológica, a partir de critérios específicos de identificação de necessidades. O que poderá estreitar as relações interestaduais do ponto de vista da gestão da assistência de média e alta complexidade.

Criar melhor aproveitamento das oportunidades de promoção de saúde exige planejamento ascendente, do município para cima, e não o contrário. Quando esta trajetória de gestão é bem assimilada, do município para as demais instâncias, o levantamento dos custos correspondentes e a capacidade de gasto de cada ente participante fica muito melhor definida. É

esta cooperação para investir que corrige a desigualdade e faz o “pacto” ganhar sentido e eficácia (TREVISAN; JUNQUEIRA, 2007, p. 902).

Vasconcelos e Pache (2006) atentam, porém, que, mesmo com a efetivação bem-sucedida do Pacto, alguns problemas estruturais do SUS ainda precisarão ser enfrentados. Dentre eles, o amadurecimento dos processos de negociação e pactuação, especialmente no âmbito das CIB, nos estados e nas regiões de saúde, instituindo e fortalecendo processos de cooperação e solidariedade, essenciais à integração do sistema.

Outros desafios referem-se à gestão de pessoal no SUS, com a superação das condições vigentes de precarização, baixa remuneração, ausência de planos de carreira e programas de educação permanente que levam à desmotivação profissional; a inadequação da formação graduada e pós-graduada em saúde; a tradição burocrática de nossas organizações públicas e o baixo desempenho dos processos de gestão, condicionados pela herança clientelista e patrimonialista; o aumento do financiamento com adequada alocação dos recursos e a melhoria na eficiência do gasto; e a instituição de mecanismos permanentes de avaliação do sistema, em cada esfera de governo (VASCONCELOS; PACHE, 2006).

Contudo, o maior desafio apontado pelos autores continua sendo o de promover mudanças na organização dos serviços e nas práticas assistenciais para assegurar o acesso e melhorar a qualidade do cuidado em todos os níveis de atenção, que é o interesse primordial deste estudo e que será abordado na subcategoria a seguir.

Para o presente estudo, é dever de todos que atuam no Sistema Único de Saúde, sejam profissionais ou gestores, conhecer as orientações jurídico-legais do mesmo, tendo em vista a efetivação do direito à saúde. Entretanto, partilha da concepção de Bravo (2007) de que o Pacto pela Saúde (2006), embora tenha sido apresentado pelo atual governo com o objetivo de discutir a organização e o funcionamento do SUS e avançar na implementação de seus princípios, ainda não vem sendo debatido amplamente entre os cidadãos brasileiros; o que compromete sua legitimação.

O estudo analisa que o desconhecimento total ou parcial do Pacto por parte dos entrevistados contradiz suas percepções anteriores sobre o aparato jurídico-legal do SUS no nível micro, considerado pelos mesmos de difícil aplicabilidade no cotidiano institucional por seu conteúdo “confuso” e distante da realidade organizacional; pressupondo que os entrevistados possuem um amplo domínio deste conteúdo para tal avaliação o que, na prática, não ocorre.

3.6 ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Considerando a necessidade de se localizar uma distinção clara sobre a evolução dos conceitos de assistência à saúde para cuidado em saúde, foi investigado junto aos entrevistados o que entendem por assistência à saúde, sendo destacados abaixo os fragmentos mais significativos.

Falas dos entrevistados:

“Acho que assistência à saúde é uma assistência completa [...] que começa em casa, o processo começa na escola, educação, qualidade de vida, a educação para saúde, passando pelo ambiente onde ele vive e chegando aí nas escalas das Unidades Básicas, e o hospital tem que ser um local humanizado onde é o momento em que a pessoa se encontra numa dependência, frágil emocionalmente e fisicamente e a família também. Aqui, é uma assistência, é uma parte importante, mas, talvez, não a mais importante. Por isso, o atendimento multiprofissional, o autocuidado, os ambulatórios pós-alta com todos os profissionais, as oficinas, com Serviço Social, Enfermagem, Psicologia, quer dizer, é muito mais amplo [...], envolve muito mais do que o médico e o enfermeiro como se pensava, é muito mais amplo”. (GESTOR “G”)

“É um conceito muito complexo até de tentar explicar, na verdade, eu acho que ele passa por várias etapas. A assistência à saúde eu penso, primeiro, no ponto financeiro, eu acho que se a pessoa não tem dinheiro, ela não tem saúde, não adianta pensar. Então, assim, se ela não tem uma parte que ela consiga se manter, se não tiver dinheiro pra comprar remédio, não tiver dinheiro pra se deslocar, não tiver dinheiro pra comer principalmente, não adianta você ter psicólogo, você ter assistente social, você ter fonoaudiólogo, não vai resolver o problema dela. Então, assim, se você não conseguir garantir o mínimo pra subsistência, não adianta você partir pra algumas outras coisas mais elaboradas, não adianta a gente fazer, por exemplo, vamos discutir fazer grupos, grupo de adesão ao remédio igual a gente tem pra Aids, a gente tem um grupo de adesão que dá um café da manhã, excelente, toda vez que tem reunião. Os pacientes adoram o café da manhã, só que e aí? E depois? O que esse paciente tem na vida dele? O que precisa pra ele?” (PROFISSIONAL MÉDICO)

“Então, assistência pra mim é sinônimo de atenção, de cuidado. Cuidar da demanda trazida pelo usuário, no âmbito das questões que ele traz, eu acho que é essa coisa de dar uma resposta, eu acho que assistir é cuidar, é o que me vem”. (PROFISSIONAL DE SERVIÇO SOCIAL)

“Quando eu digo na parte da assistência à saúde, eu acho que você tem que pegar o ser humano como um todo. O quê que é pegar o ser humano como um todo? É você vir acompanhando ele desde a família até o nosso encontro, nosso convívio, você tem que tratar o ser humano como um todo, como corpo, como pessoa, como mente, na parte psíquica dele, como também, no campo espiritual e social [...] por isso, que, durante o tratamento, tem que haver um diálogo, essa interação entre o profissional e o paciente”. (PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM “M”)

“Assistência à saúde eu acho que é você preocupar com o ser humano que a gente recebe numa instituição de saúde, seja hospitalar ou não”. (GESTORA “E”)

“Assistência integral, né!? É trabalhar mais a prevenção, a orientação. Assistência integral, não só essa parte curativa”. (GESTORA “Q”)

“... acho que a boa assistência em saúde é aquela que é oferecida e não obrigada, que não é imposta a todas as pessoas, e eu acho que as pessoas só vão conseguir entender isso quando tiverem uma educação para a saúde mais institucionalizada”. (GESTOR “R”)

“... é você ter uma excelente equipe, você ter uma estrutura física compatível, de acordo com as normas da vigilância, é você ter insumos, não ter dificuldades de estar colocando nas mãos dos trabalhadores as ferramentas que eles necessitam para estar desenvolvendo e desempenhando suas atividades, então, na minha opinião, assistência é isso. E, se possível, tá sempre buscando a prevenção para que não chegue ao hospital, que ele seja cuidado antes, dentro da sua realidade, dentro do seu ambiente, pra não precisar de tá chegando a uma unidade hospitalar, porque aí a coisa fica muito mais complicada”. (GESTORA “A”)

Análise Teórica

Verificam-se concepções diversas entre os entrevistados acerca da assistência à saúde, o que demonstra a complexidade de compreensão sobre esse conceito. Algumas respostas trazem ora elementos do conceito de saúde: “qualidade de vida”, “garantir o mínimo para a subsistência”, “a parte social, econômica e financeira [...], educação, meio ambiente”; ora elementos da assistência em si: “atendimento multiprofissional, autocuidado”, “o que esse paciente tem na vida dele? O que precisa pra ele?”.

Outras se referem explícita ou implicitamente ao ato de cuidar: “assistir é cuidar”, “é você preocupar com o ser humano”, “tem que haver um diálogo, essa interação entre o profissional e o paciente”.

Uma das falas remete diretamente ao conceito de assistência previsto na Constituição de 88, que integra as dimensões preventiva e curativa. Há referências também aos recursos materiais e tecnológicos adequados: “estrutura física compatível [...], ter insumos, ferramentas”. Por fim, a concepção de assistência associada à ideia de educação em saúde: “a gente não tem uma assistência à saúde perfeita, se a gente não tiver educação em saúde”.

Sobre esta última concepção, Bonet (2005) traz, num de seus trabalhos, reflexões importantes, associando cuidados integrais e educação em saúde. Para o autor, a noção de cuidado, ao implicar os sujeitos em seu processo saúde-doença, requer práticas que promovam a autonomia e o autocuidado dos mesmos, sendo a educação em saúde uma delas.

Para tanto, esta prática educativa precisa orientar-se por uma ética da responsabilidade, que leva em conta a singularidade dos conhecimentos dos usuários e comunidades na implementação dos cuidados. Ao contrário da ética da convicção, em que o profissional de saúde teria o sentimento de que sabe mais do que o usuário ou comunidade, incorrendo numa postura paternalista.

Poderíamos dizer, então, que, se os profissionais de saúde tentam realizar os cuidados integrais e seu trabalho social de educadores imbuídos de uma ética da responsabilidade e utilizando conceitos de experiência próxima, conseguem perceber e lidar com a distância que os separa de seus pacientes de forma construtiva, gerando a possibilidade de que seus pacientes tomem suas próprias decisões. Quando, pelo contrário, cedem à facilidade dos conceitos de experiência distante, à facilidade de explicar numa aula o que é melhor para a população sob sua responsabilidade, quando cedem a uma ética da convicção, correm o risco de se converterem – e de converter a educação em saúde – em poderosos agentes de medicalização da sociedade (BONET, 2005, p. 290).

Medicalização que, segundo Mattos (2005), encontra-se presente num amplo conjunto de técnicas de intervenção sobre os corpos e sobre a sociedade, mas que deve ser desenvolvida de forma prudente, de modo a evitar uma prática assistencial normativa e higienista, distante da experiência de sofrimento dos indivíduos.

Na dimensão do cuidado às pessoas que sofrem, não podemos aceitar a utilização do enorme potencial de intervenção diagnóstica e terapêutica sem a apreciação cuidadosa das possíveis conseqüências negativas para os sujeitos que a elas serão submetidas. Tais conseqüências não se reduzem às dimensões técnicas (efeitos colaterais ou complicações, sempre esperadas em algum grau de probabilidade, supostamente pequeno). Elas só podem ser apreendidas no contexto do modo de andar a vida das pessoas e dos grupos a que pertencem (MATTOS, 2005, p. 131).

Campos e Onocko (2006) acrescentam que esta tendência à medicalização provém da clínica tradicional desenvolvida pela medicina a partir do século XIX que, em nome da racionalidade terapêutica, reduziu o paciente a um órgão doente, submetendo-o a um poder disciplinar e a um saber prescritivo.

Segundo esses autores, esta clínica, ainda hegemônica, é responsável pelo predomínio de práticas do tipo queixa-conduta nos serviços de saúde, limitadas em oferecer respostas efetivas às necessidades de saúde da população, por abordar unilateralmente o processo

saúde-doença, empobrecendo a assistência. E, para reorientar a clínica no sentido de atender às orientações preconizadas pelo atual conceito de saúde, propõem o conceito de *clínica ampliada* como novo artesanato assistencial, capaz de integrar autonomia e responsabilidade na relação entre profissionais e usuários.

A clínica, aquela prática mais próxima da arte que da técnica, poderia muito bem nos ajudar – a nós, pobres humanos – a lidar com as dimensões subjetivas e sociais, componentes inevitáveis de nossas vidas. Uma clínica que resgatasse a possibilidade de se pensar em cada caso sem descaso com o coletivo (CAMPOS; ONOCKO, 2006, p. 679).

Segundo os autores, a clínica ampliada considera fundamental redimensionar o objeto do trabalho em saúde – “clínica do sujeito” em substituição à “clínica da doença” – como também sua finalidade, buscando-se a produção de saúde não só pelos meios tradicionais – curativos, preventivos e de reabilitação – como também pelas tecnologias não materiais, favoráveis à ampliação do grau de autonomia dos sujeitos.

Essa autonomia pode ser avaliada pelo aumento da capacidade de os usuários compreenderem e atuarem sobre si mesmos e sobre o mundo e a vida. “O grau de autonomia se mede pela capacidade de autocuidado, de compreensão sobre o processo saúde/enfermidade, pela capacidade de usar o poder e de estabelecer compromisso e contrato com outros” (CAMPOS; AMARAL, 2007, p. 852).

Para realização desse processo de autonomia, os autores ressaltam a necessidade de valorizar a fala e a escuta no ato assistencial, isto é, aprimorar a comunicação entre os sujeitos, tendo em vista o cuidado integral em saúde. Atrelada a essa ideia, ressaltam também a necessidade de se estabelecer o vínculo, como recurso capaz de construir propostas terapêuticas favoráveis à responsabilização dos sujeitos pela própria vida, em outras palavras, colocando a dimensão técnica da clínica a serviço das estratégias de vida dos usuários.

A ideia do vínculo prende-se tanto à busca de maior eficácia (aumento do percentual de curas), como à noção que valoriza a constituição de espaços propícios à produção de sujeitos autônomos: profissionais e pacientes. Ou seja, para que haja vínculo entre dois sujeitos, exige-se a assunção do paciente à condição de sujeito, que fala, deseja e julga, sem o quê não se estabelecerão relações profissional/paciente adequadas (CAMPOS, 1997, p. 51)

Essa nova clínica requer, ainda, a criação de um ambiente de trabalho propício à sua abertura, onde cada serviço incorpore em seu cotidiano dispositivos de educação continuada, indutores da reconstrução de conhecimentos e posturas profissionais.

A hipótese central deste trabalho é a de que seria necessário reconstruir certo traço artesanal do trabalho clínico ainda quando realizado em organizações contemporâneas, em geral complexas; portanto, com importante grau de divisão do processo de trabalho e integrado em redes de serviço sem que exista uma hierarquia gerencial entre elas (CAMPOS; AMARAL, 2007, p. 851).

Dentre esses dispositivos, destaca-se a elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares, por parte das equipes multiprofissionais, para os casos de maior complexidade e vulnerabilidade biopsicossocial. Nesse sentido, devem orientar-se por uma visão prospectiva, que permite localizar os riscos e antecipar ações, agir sobre elas, e assim evitar prováveis danos.

Projeto Terapêutico é uma discussão de caso em equipe, um grupo que incorpore a noção interdisciplinar e que recolha a contribuição de várias especialidades e de distintas profissões. Entretanto, como indica o termo “projeto”, trata-se de uma discussão prospectiva e não retrospectiva, conforme acontecia com a tradição de discussão de casos em Medicina. A noção de projeto indica a intenção de lançar-se no presente em direção ao futuro, depois de uma reflexão sistematizada (CAMPOS; AMARAL, 2007, p. 853).

Campos e Onocko (2006) acrescentam que, para que a clínica ampliada possa ser praticada no espaço hospitalar, torna-se indispensável rever sua tradição organizacional, tendo em vista a *gestão compartilhada*, que garante a participação dos sujeitos na construção das estratégias institucionais. Cabe esclarecer que os arranjos organizacionais previstos no conceito de gestão compartilhada serão analisados em subcategoria homônima, apresentada nos conteúdos seguintes deste capítulo.

Após identificar os principais elementos do conceito de clínica ampliada – produzir processos de falas e escutas; relações intercessoras com o mundo subjetivo do usuário; relações de acolhimento e vínculo; e articulação de saberes para compor projetos terapêuticos (MEHRY, 2002) –, pode-se verificar que os mesmos se encontram presentes na concepção de cuidado apresentado no primeiro capítulo da presente dissertação, apoiado em aportes teóricos

que primam pela radical defesa da vida. Nesse sentido, caberia, então, afirmar que a evolução conceitual da assistência para o cuidado se explica pela evolução da clínica tradicional à clínica ampliada.

3.7 AVANÇOS E DIFICULDADES À REALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA NO HU/CAS/UFJF

Considerando o desafio de qualificar a assistência no espaço do hospital de ensino, foi perguntado aos entrevistados acerca de quais seriam, atualmente, os principais avanços e dificuldades à realização da assistência na nova estrutura física do HU/CAS/UFJF. Dentre os avanços, foram apontados: área física adequada, favorecendo a aproximação dos setores e profissionais na organização assistencial, e os equipamentos existentes; sendo que dois dos entrevistados não identificaram nenhum avanço em relação à assistência.

Como dificuldades destacaram: carência de recursos humanos e orçamentários; dicotomia entre ensino e assistência; dicotomia entre as unidades Dom Bosco e Santa Catarina; falta de comprometimento dos profissionais; descontinuidade nas ações; dependência do hospital em relação aos residentes na organização do processo de trabalho; apatia dos gestores; atendimento pouco resolutivo; poder médico; questão política; e desarticulação com a rede, que será abordada na subcategoria “Fluxo dos usuários no HU/CAS/UFJF”.

Cabe ressaltar que o trabalho em equipe e as tecnologias em geral foram apontados pelos sujeitos da pesquisa tanto como avanço quanto como dificuldade e constituem-se em subcategorias independentes, a serem analisadas nos conteúdos que se seguem, por sua implicação direta na qualificação do cuidado em saúde.

Falas dos entrevistados:

“Já foi um avanço abrir, que a gente sabe que no país tem vários hospitais construídos, equipados e que não foram inaugurados, porque realmente é um complicador, mas a gente entrou no desafio, vamos dizer”. (GESTORA “A”)

“Aqui no CAS, a gente tem uma série de avaliações positivas, por quê? Porque o paciente chega aqui, ele tem uma área externa adequada, ele tem atendimento bom, área física é muito boa, aparelhagem é nova [...], a surpresa deles [usuários], eles ficam até tímidos, como se fosse, assim, um presente, como se não merecessem”. (GESTOR “D”)

“É sempre mais fácil falar de dificuldades, né!? Mas eu acho que o CAS trouxe alguns avanços, eu acho que a estrutura física favorece o avanço, assim, a coisa da organização dos serviços, a proximidade dos ambulatórios, das várias salas de atendimento, eu acho que favorece um pouco a assistência [...], lá em baixo (unidade Santa Catarina), a coisa era mais truncada, era mais complicada, eu acho que o CAS promoveu pro Serviço Social abertura, abertura pra instituição”. (PROFISSIONAL DE SERVIÇO SOCIAL)

“Não. Não enxerguei nenhum avanço em relação à assistência [...], acho que a criação de alguns serviços, principalmente os serviços de imagem vai ser um avanço pra assistência, só que vai depender de como que vão funcionar”. (PROFISSIONAL MÉDICO)

“... eu acho que, se a gente conseguisse orçamento para o CAS e recursos humanos, aí a gente estaria em condição de caminhar com mais facilidade”. (GESTORA “A”)

“Eu vejo que a principal dificuldade é a desinserção no Sistema Único de Saúde, isso é histórico, não é agora com o CAS. Eu não consigo ver uma assistência terciária, uma assistência de ponta sem conexão com os outros níveis de atenção, e eu acho que essa conexão não existe institucionalmente”. (GESTOR “S”)

“Primeiro, essa dicotomia entre faculdade e hospital, os professores não reconhecem o hospital como sendo um órgão assistencial, eles pensam mais no hospital como órgão de ensino e isso dá um grande problema, porque se não tem aluno, às vezes, não tem ambulatório, aí as coisas param, o professor quer ter direito a duas férias anuais e isso cria um problema grande pra assistência. Acho que o principal problema é em relação aos profissionais. Nós temos um número de profissionais muito elevado, pra qualidade da assistência que nós prestamos. A gente tem profissionais que vêm aqui uma vez por semana, que nem vêm aqui, tem profissionais que a gente nem sabe se tá lotado aqui [...]. Eu acho que a abertura das faculdades particulares desviou os nossos profissionais, porque lá ele só ganha se trabalhar, e aqui ele ganha independente se ele trabalhar ou não, então isso é o grande problema. A nossa contiguidade, a gente interrompe as nossas ações, aqui, abre-se alguns trabalhos, depois interrompe. A presença de professores substitutos é um grande problema, porque toda frente de trabalho que ele começa depois pode ser interrompida. A nossa dependência do residente [...], a gente percebe que, se os residentes fizerem greve, vai avisar a Secretaria de Saúde pra não mandar paciente, isso principalmente na área médica, onde os residentes são muito mais exigidos que os residentes de outras áreas”. (PROFISSIONAL MÉDICO)

“Acho que o que atrapalhou muito também foi a questão do momento político antes de vir, as coisas não foram juntas, não foram planejadas juntas a teoria com a prática, ficou um lado lá fazendo uma coisa e o outro fazendo outra, quando foi na hora de colocar em prática, lógico que não deu certo. É uma questão política desde a construção do CAS, uma questão política mesmo, porque aí ficou cada um pra um lado, cada um falando da mesma coisa só que com linguagens diferentes, e, quando ficou pronto, na hora de vir, é lógico que a realidade se sobrepôs ao que foi idealizado, ia se sobrepor, não tinha como, o que tinha que ser feito era um estudo em conjunto. A gente pensa sim que é o ideal, que é o modelo de gestão que existe em tal lugar, que tá dando certo, mas isso tinha que ter sido pensado junto. E o que a gente faz, hoje, é tentar ir adaptando aos poucos, a gente faz os programas pilotos, os projetos pilotos, eu acho que nada de cima pra baixo dá certo, é uma coisa cultural, não é uma coisa fácil que você vai mudar do dia pro outro”. (GESTORA “Q”)

“Avanço a gente já teve alguns, mas a questão das dificuldades aí tá sobressaindo. O atendimento nosso que eu achava que seria de primeira, a morosidade continua a mesma coisa, as filas continuam a mesma coisa”. (PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM “M”)

“Olha, a maior dificuldade que eu vejo, hoje, é a dissociação que existe entre o CAS e o hospital universitário lá em baixo (unidade Santa Catarina), porque, na verdade, você tem uma estrutura ambulatorial maravilhosa aqui em cima e, lá em baixo, a gente ainda tem vários e sérios problemas”. (GESTOR “D”)

“Dificuldades tem sim, porque hoje mesmo se discute, porque ele é muito grande, a capacidade dele é quase a mesma do hospital todo (unidade Santa Catarina). Hoje, a Vigilância fala que ele é outro hospital, essa dificuldade que eles têm até de avaliar”. (GESTORA “E”)

“Agora, de dificuldades, eu vejo ainda a hierarquização, e aí a soberania do poder e do conhecimento médico presente na instituição hospitalar, eu acho que isso não foi quebrado, aqui, a não ser com um ou outro bom relacionamento [...]. Eu acho que falta ânimo, eu não sei que palavra dar, mas me parece, assim, uma apatia nessa gestão [...], vejo as coisas com pouco movimento e acho que isso é uma grande dificuldade a tudo, a novos projetos, às coisas caminharem”. (PROFISSIONAL DE SERVIÇO SOCIAL)

“Eu acho que médico é difícil ele aceitar o trabalho de outro profissional, isso eu acho que é questão de formação, mas eu acho que isso até pode ser relevado, mas o problema é que o profissional médico é o que chega por último e o que sai primeiro [...]. Em relação ao profissional médico, é realmente a valorização da carreira, ele ganhar bem, porque, enquanto o mercado externo pagar mais pra ele do que paga aqui, ele vai querer ir pro mercado externo, e, enquanto o profissional médico ainda tiver mais valor lá fora do que aqui dentro, mesmo a direção tentando fazer com que ele cumpra, não vai conseguir, porque, se apertar, ele pede pra sair do cargo [...]. E, tendo o profissional médico presente, eu acho que isso facilita, porque o paciente vem aqui, infelizmente, pelo médico-centrismo, ele vem aqui procurar o médico, então, o médico-centrismo é um problema grave, então, tudo gira em torno do médico, o paciente é do médico, o paciente: ‘ah! sou paciente do Dr. tal...’ e o médico acaba falando: ‘são os meus pacientes’. Mas essa relação médico-cêntrica infelizmente é o que a gente tem e, dificilmente, isso vai acabar ou diminuir”. (PROFISSIONAL MÉDICO)

Análise Teórica

Sobre os relatos referentes à carência de recursos humanos e orçamentários para a organização da assistência no HU/CAS/UFJF, Vasconcelos (2005), ao abordar, num de seus trabalhos, a crise dos hospitais universitários no Brasil, afirma que esta carência de recursos se deve à indefinição histórica de financiamento para esses estabelecimentos, expressa em iniciativas governamentais sempre marcadas pela provisoriedade.

O aspecto financeiro da crise continua ocupando o primeiro plano da cena, sinalizando a crônica insuficiência de recursos para o custeio de suas ações e a incerta e escassa alocação de recursos para investimentos em infraestrutura. Essa leitura é partilhada de maneira quase unânime, pelo conjunto dos atores que vivem o cotidiano dos hospitais de ensino, sugerindo que o financiamento dos HUE's continua um problema ainda sem uma solução satisfatória (VASCONCELOS, 2005, p. 3).

A falta de comprometimento dos profissionais e a dependência do hospital em relação aos residentes na organização do processo de trabalho, apontadas pelos entrevistados, também foram observadas por Campos (1999, p. 189), em seu estudo sobre a educação médica nos HUs, segundo o qual boa parte dos professores de medicina teria dupla militância profissional, combinando atividades privadas com obrigações públicas. “Ultimamente, o público estaria sendo relegado a segundo plano, de tal maneira que a assistência nestes Hospitais passou a ser realizada predominantemente por residentes”. Dupla militância profissional, que, na realidade do HU/CAS/UFJF, se verifica não só entre docentes como também entre seus funcionários, promovendo um isolamento cada vez maior dos residentes, sobretudo, médicos, com conseqüente sobrecarga de atividades, sem a devida orientação acadêmico-profissional.

A questão política, por sua vez, confirma as relações antagônicas e de poder, características ao espaço hospitalar (CECÍLIO, 1999) e que, no processo conceitual e operativo do novo projeto arquitetônico do HU/CAS/UFJF, compreenderam dois grandes projetos em disputa, segundo os entrevistados: um acadêmico (ideológico) e outro administrativo (institucional). Ambos não estabelecendo entre si a experiência prática que constrói ativa e coletivamente realidades sociais, ou seja, da “perspectiva de aberturas lingüísticas, pluralidade de saberes válidos e normatividades de natureza não tecnicista”, que resulta em uma experimentação, e não num trabalho teórico para construir um sistema geral (AYRES, apud PINHEIRO; GUIZARDI, 2005, p. 25).

Por fim, sobre os relatos referentes ao poder médico, Cecílio e Mehry (2003) afirmam que pensar a gestão de um hospital é, antes de tudo, tentar estabelecer, da forma mais clara possível, quais os mecanismos de coordenação adotados para tocar o seu cotidiano. Pois convivem nos hospitais múltiplas formas de coordenação, apoiadas em lógicas diferentes, sendo uma delas a lógica das profissões. Essa lógica, segundo Carapinheiro (1998), é protagonizada pela categoria médica, devido à influência histórica de paradigmas científicos

conservadores que lhe atribuíram uma autoridade considerável no processo terapêutico e a centralidade ao hospital na formação destes profissionais.

Como Foucault bem demonstrou, a evolução do hospital liga-se intimamente à participação crescente dos médicos no seu funcionamento, através da sua constituição histórica como lugar de aprendizagem e experimentação de novos saberes médicos e novos métodos clínicos. O hospital transforma-se, na medida das novas exigências científicas decorrentes do poder-saber médico e dos procedimentos clínicos que o acompanham, tornando-se o lugar adequado e a contrapartida institucional da disciplina médica. (CARAPINHEIRO, 1998, p. 68)

A assistência médica constitui-se, em geral, no primeiro atendimento especializado ao usuário na unidade hospitalar, acabando por configurar uma realidade de trabalho em que o médico concentra em suas mãos o poder de encaminhar ou não os usuários a outros profissionais, condicionando parte da demanda às suas determinações, perdendo-se, nesse percurso, muitas oportunidades para desencadear ações de prevenção e promoção de saúde.

Essa maior autonomia do profissional médico se sustenta, segundo Carapinheiro (1998), pela dominação do seu saber e da sua competência técnica na organização da divisão do trabalho e, como consequência, dirige e avalia o trabalho dos demais profissionais sem, em contrapartida, ser objeto de direção e avaliação de ninguém. “Como profissão dominante, detém uma posição estrutural na divisão do trabalho diferente de qualquer outra categoria profissional, refletindo a existência de uma hierarquia de competência institucionalizada” (CARAPINHEIRO, 1998, p. 54).

Hierarquização ainda presente na realidade do HU/CAS/UFJF, segundo relato de alguns entrevistados, expressa numa relação desigual entre os profissionais que pode ser observada tanto na organização dos processos de trabalho e assistencial quanto nos processos de gestão, ocupação do espaço físico, etc. O que requer um ambiente de negociação permanente, tendo em vista a horizontalização destes processos.

Segundo Carapinheiro (1998), nesse ambiente de negociação, convivem dois grandes projetos em disputa: o das políticas médicas e os projetos administrativos. Salienta que, na prática, o corpo administrativo, ao ser predominantemente também composto por médicos, acaba por fazer sobressair seus interesses corporativos na condução da administração hospitalar, ficando os demais profissionais reféns de uma política regida por normas e regras informais (implícitas), visto que não fazem parte do regimento institucional.

Os médicos, nas suas atividades cotidianas, instauram constantemente regras implícitas e normas informais de funcionamento, estabelecendo-se, para os restantes profissionais, relações permanentemente inseguras e equivocadas com as regras e normas hospitalares, quando pressionados a cumprir simultaneamente umas e outras (CARAPINHEIRO, 1998, p. 185).

Dessa forma, o processo decisório é bastante heterogêneo pelas forças que permanentemente estabelecem disputas acirradas ou latentes que estão presentes no espaço hospitalar. Segundo CARAPINHEIRO (1998, p. 183):

[...] a referência dominante dos médicos hospitalares é a profissão e não o hospital e os seus interesses e objetivos conformam-se menos aos fins das atividades e políticas hospitalares e mais à possibilidade de ascender aos graus mais elevados da hierarquia médica hospitalar.

O que também foi identificado na realidade do HU/CAS/UFJF, a partir da fala do próprio representante da categoria, onde, muitas vezes, institucionalmente, os interesses desses profissionais acabam por se sobrepor aos de sua clientela, numa inversão de prioridades, quando na definição de condutas, horários, procedimentos, atendimentos, prescrições, etc.

Embora seja inegável a representatividade numérica e administrativa da categoria médica no espaço hospitalar, o presente estudo acredita que essa relação desigual de poder pode ser revista, gradativamente, pelas propostas de formação do trabalho coletivo – a serem aprofundadas na subcategoria a seguir – que têm em suas bases a construção interdisciplinar e o potencial de desenvolvimento das metodologias de educação em saúde que chamam para si o fortalecimento de arranjos organizacionais mais democráticos e horizontalizados. Cabe aos demais profissionais de saúde a afirmação de suas competências como já é possível identificar em muitos momentos do processo de trabalho, e muito contribuiu para isso a regulamentação do Conselho Nacional de Saúde, que reconheceu as 13 profissões que pertencem ao quadro da saúde.¹⁰

¹⁰Assistentes Sociais, Biólogos, Professores de Educação Física, Enfermeiros, Farmacêuticos, Bioquímicos, Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos, Médicos, Médicos Veterinários, Nutricionistas, Odontólogos, Psicólogos e Terapeutas Ocupacionais. (Resolução 218, de 6/3/97, do Conselho Nacional de Saúde).

Dentre as principais dificuldades apontadas pelos entrevistados relacionadas à realização da assistência na nova estrutura física do HU/CAS/UFJF, verifica-se que sua realidade organizacional não condiz com a concepção dos mesmos acerca da expressão “assistência à saúde”, associada às noções de integralidade e cuidado em saúde, bem como ao conceito de clínica ampliada, apresentado anteriormente.

A dicotomia entre ensino e assistência, a hierarquização e corporativismo presentes no processo de trabalho, a falta de comprometimento dos profissionais, a descontinuidade nas ações, o atendimento pouco resolutivo e a desarticulação com os demais níveis de atenção relatados pelos sujeitos da pesquisa denunciam, portanto, um contexto que reforça muito mais a fragmentação das ações, o olhar unilateral do processo saúde-doença e a lógica profissional-centrada – características ao “modelo” médico-hegemônico – do que a humanização e qualificação da assistência (DESLANDES, 2004), prevista em seu projeto conceitual.

Além disso, este contexto biomédico institucionalizado (BONET; TAVARES, 2007) se choca com a suposta aproximação entre os setores e profissionais desta unidade na organização da assistência, apontada como avanço a sua realização por alguns dos entrevistados, a partir de sua nova estrutura física que, para outros, vem sendo subutilizada na construção do trabalho em equipe, como pode ser visto na subcategoria a seguir.

3.8 TRABALHO EM EQUIPE

Esta subcategoria foi construída a partir das opiniões surgidas espontaneamente entre os gestores, durante a questão acerca dos avanços e dificuldades à realização da assistência no HU/CAS/UFJF, sendo que, entre os profissionais, estas opiniões foram obtidas através do seguinte questionamento: como avalia o trabalho em equipe na instituição?

Entre os que avaliam positivamente o trabalho em equipe na instituição, verifica-se que, para os gestores, os avanços abrangem tanto o nível multi quanto o interdisciplinar. Para os profissionais, o impacto positivo deste trabalho à assistência se deve em boa parte à sistematização do mesmo por meio de projetos (de pesquisa ou extensão) e ao perfil dos profissionais para desenvolvê-lo, isto é, à formação disciplinar e identificação pessoal com este tipo de trabalho.

Entre os que avaliam negativamente o trabalho em equipe na referida unidade, são apontados como dificultadores à sua implementação: a resistência ou desinteresse do

profissional médico em relação a esse tipo de trabalho; a subutilização do espaço físico; a fragmentação das ações de saúde; o início das atividades na Unidade Dom Bosco sem, antes, realizar a devida capacitação/preparação dos funcionários para essa perspectiva do trabalho coletivo; ausência de uma política de estruturação do trabalho em equipe na instituição.

Falas dos entrevistados:

“Eu acho que a principal vantagem do HU/CAS com relação à assistência em saúde é a interdisciplinaridade, eu acho que, enquanto a gente pisar bem fundo nessa questão, a gente vai mostrar a qualidade que a gente tem realmente”. (GESTOR “R”)

“... um trabalho multidisciplinar, multiprofissional a gente tem um avanço muito grande nisso, mas, assim, difícil é você trazer todos os profissionais pra esse trabalho”. (GESTORA “Q”)

“... quando a equipe trabalha em prol de um projeto [...], acho que aí a característica do trabalho em equipe, talvez, fique mais posta, mas não que as dificuldades não aconteçam, que os conflitos não aconteçam, que a gente não tenha que demarcar sempre esse lugar, a que viemos e tal, mas eu acho que, na assistência, ele flui via projeto; nem todos [...]. Eu acho que trabalhar em equipe tem a ver com a história de cada uma das profissões, com a formação que cada uma delas traz e, por isso, essa dificuldade com a Medicina e tal. E acho que ele também perpassa pela característica individual de cada um desses profissionais”. (PROFISSIONAL DE SERVIÇO SOCIAL)

“Qual trabalho em equipe? Na verdade, o que a gente tem é um trabalho multiprofissional, talvez, mas trabalho em equipe são poucos os locais que eu imagino que isso aconteça [...]. Na verdade, são muito pontuais as ações em equipe, porque, na verdade, nós temos grandes equipes de assistentes sociais, grandes equipes de médicos... agora, equipes multiprofissionais, o que nós temos na instituição são profissionais que chegam aqui já querendo ir embora. O trabalho multidisciplinar ele demanda mais tempo, ele gera mais discussão, então, todo atendimento multidisciplinar dependeria de um profissional que ficasse mais tempo na instituição, como isso vai de encontro ao interesse pessoal, eu acho que o atendimento multiprofissional fica muito prejudicado. Então, assim, enfermeiro só quer organizar gaveta, médico em atender e ir embora e o assistente social fica ali, cinco assistentes sociais, uma olhando pra cara do outra, porque não tem atividade [...], tem que criar demanda pra elas, então, só leva pro assistente social quando não conseguiu falar com o médico, que não conseguiu marcar consulta, aí vai pro assistente social, não! Agora, pra melhorar isso, não tem como você diminuir o valor que o médico tem, a gente tem que tentar fazer é aumentar o valor que os outros têm [...], enquanto você não mostrar que os outros profissionais têm alguma coisa a acrescentar, você não vai ter vantagem nenhuma. Óbvio que o que a gente precisa é fazer a diferença, você tem que passar a ser importante pra ele (usuário) [...]. Eu acho, assim, quem pensou, pensou muito utopicamente. Acho que, antes de ter feito o projeto estrutural, físico, tinha que ter feito um projeto de pessoal. Mas se criou uma estrutura e não se criou uma política de ocupação dessa estrutura, ela, então, vai ficar ociosa. Então, assim, vai virar armário, vai virar depósito, vai virar tudo, menos uma sala de atendimento multiprofissional. Eu acho que, infelizmente, foi se pensado uma estrutura, mas o trabalho em equipe não foi estruturado antes, já devia de ter estruturado, no entanto, você vê que não tem movimento nenhum pra estruturar, vê que não tem

nenhuma reunião, nenhuma política de criação de trabalho multiprofissional”.
(PROFISSIONAL MÉDICO)

Análise Teórica

As falas dos entrevistados se contrapõem quando, por um lado, enfatizam a expansão do trabalho inter e multiprofissional na realidade do HU/CAS/UFJF e, por outro, questionam a existência do próprio trabalho em equipe na instituição. Nesse sentido, observa-se que os que consideram o trabalho em equipe satisfatório no referido hospital vivem uma inserção mais bem-sucedida neste tipo de trabalho, enquanto que os que o avaliam negativamente apresentam experiências pouco efetivas no sentido interprofissional. Essa irregularidade no processo de trabalho pode significar, além do vigor da cultura flexneriana, uma deficiência organizacional a ser enfrentada, uma vez que, segundo Mourão e Stephan-Souza (2001-2002), a efetivação do trabalho em equipe depende diretamente de uma nova gestão institucional, capaz de criar espaços de articulação não só entre os profissionais, mas também destes com a população usuária dos serviços.

Atualmente, no HU/CAS/UFJF, embora não seja possível precisar o número de equipes multiprofissionais existentes em sua dinâmica assistencial, pode-se observar, a partir da inserção do Serviço Social e da presente pesquisadora em algumas delas, que a maioria dos trabalhos desenvolvidos nesta perspectiva atende a diferentes públicos, em especial, das especialidades clínicas, através de projetos de educação em saúde com proposta interdisciplinar. Sendo uma pequena parte destes projetos organizada com atendimentos individuais e encaminhamentos internos entre os membros da equipe; e a grande maioria, com assistência individual e coletiva, através de grupos de educação em saúde e atividades de salas de espera.

Observa-se ainda que, se, por um lado, a nova estrutura física do HU/CAS/UFJF, quando devidamente utilizada, favorece a comunicação interprofissional na prestação do cuidado individualizado, por outro, a carência de salas adequadas para a realização de grupos estabelece uma quebra na realização da assistência, visto que as atividades socioeducativas continuam sendo realizadas na unidade Santa Catarina, dada a impossibilidade de concentrá-las num mesmo espaço físico.

Segundo Mourão e Stephan-Souza (2001-2002), o caráter coletivo do processo de trabalho pode começar, na prática, pela garantia da formação de um trabalho em equipe, isto

é, de um trabalho conjunto desenvolvido pelos diversos profissionais direcionados a objetivos e metas comuns, aplicando as tecnologias de educação em saúde e voltado para a produção da saúde.

O conceito “trabalho em equipe” é uma preocupação antiga, na medida em que nenhum profissional consegue, isoladamente, alcançar a finalidade do trabalho em saúde. Mas é flagrante a ausência de sistematização, o que prejudica os trabalhos de melhor qualidade em saúde. Na formação acadêmica, em geral, os profissionais recebem apenas o conhecimento estrito dos conteúdos disciplinares, sem elo de mediação objetiva (MOURÃO; STEPHAN-SOUZA, 2001-2002, p.35).

A ausência de uma sistematização está relacionada à falta de informação e de formação para que os profissionais de saúde aprendam a trabalhar juntos, trocando conhecimentos e tecnologias, elaborando projetos de pesquisa e de intervenção desde o momento inicial da formação acadêmica, podendo, aos poucos, ir diluindo as posturas corporativas e hegemônicas que ainda perduram no espaço da saúde.

Nesse sentido, há necessidade de estes profissionais aproximarem-se para resolver demandas que requerem uma atuação mais articulada, pois "a mediação entre eles é feita quase sempre entre improvisos e aproximações circunstanciais, resultando em ambiente inadequado, onde são comuns cenas de conflito ou de conformidade" (MOURÃO; STEPHAN-SOUZA, 2001-2002, p. 35).

Alves (2004), em estudo analítico acerca do processo de trabalho em saúde no HU/CAS/UFJF, observou que, no imaginário dos trabalhadores de saúde, predomina a concepção equivocada do trabalho em equipe, enquanto simples reunião de profissionais em um mesmo espaço físico. Apesar de esta reunião ser um primeiro e importante momento, torna-se insuficiente até que os profissionais possam traçar proposições que sejam coletivas.

A mera agregação dessas categorias em torno de uma proposta de trabalho, sem a preocupação de promover um intercâmbio de experiências, vivências e conhecimentos, não promove o trabalho em equipe, pois este prevê uma sintonia, uma aproximação sistemática desde o momento da definição dos objetivos e metas até a efetivação da prática focalizada (ALVES, 2004, p. 36).

A necessidade do trabalho em equipe tende a expandir-se à medida que as questões ou problemas de saúde se complexificam, exigindo-se o aprofundamento dos conhecimentos,

resultando em novos campos de prática e, conseqüentemente, em especializações, o que faz emergir possibilidades inovadoras de trabalho em saúde (ALVES, 2004).

Entretanto, com a especialização, o que poderia contribuir para um maior entendimento sobre as questões do trabalho em equipe acabou por gerar maior fragmentação e alienação, devido ao não envolvimento dos profissionais na busca de aproximação da totalidade do conhecimento e da prática em saúde.

A possibilidade de reversão desse quadro seria a construção interdisciplinar na área do trabalho em saúde, caracterizada pelo movimento dos saberes, convergindo em torno de uma prática ou de um projeto, indo ao encontro ao saber fragmentado, contaminado por um número crescente de especialidades. O ideal seria a convergência dos diferentes olhares disciplinares para um projeto comum, traçado pelo conjunto dos profissionais de saúde. Como afirma PIRES (1998, p. 176): "A complexidade dos problemas exige, cada vez mais, um trabalho cooperativo multiprofissional, do tipo interdisciplinar, que rompa com a visão fragmentada da superespecialização, onde o convencimento se sobreponha à submissão ao poder hierárquico".

Segundo Alves (2004), a defesa da interdisciplinaridade, quase sempre como discurso não apropriado pelos profissionais, pode provocar distorções na construção do ato assistencial, visto que muitos destes ainda não concebem o "inter" como sendo "multi"; concepção decorrente da formação profissional, mas que, na realidade do HU/CAS/UFJF, começa a ser revista, timidamente, por iniciativa de alguns profissionais na condução do trabalho em equipe. "A interdisciplinaridade respeitaria a demarcação do limite do conhecimento e da prática, sem pretensão de ultrapassá-los, querendo somente agregar parcerias e alimentar a cumplicidade produtiva" (STEPHAN-SOUZA, 1999, p. 12).

Cecim (2005) argumenta, porém, que, para qualificar a assistência no eixo usuário-centrado, o trabalho em equipe deve construir uma "prática mestiça", capaz de escapar ao referido limite disciplinar das profissões, favorecendo a alteridade entre as mesmas e com os usuários:

[...] estou reivindicando que nenhum profissional estará efetivamente aberto à alteridade de sentidos sem experimentar uma terceira margem. A possibilidade terapêutica estaria na terceira margem ou lugar mestiço [...]. Não o desenho da interseção que constituiria uma terceira identidade, mas um lugar de efeitos, de defasagem de si, de sensibilidade, em que a prática terapêutica emergiria em clínica mestiça ou clínica nômade; em que todos os potenciais seguiriam se atualizando e o equilíbrio não seria outro que não a transformação permanente (CECIM, 2005, p. 265).

Para esse autor, a terceira margem é a da travessia, da transmutação de valores, em que se acabam os domínios e, diante do desconhecido, opera-se verdadeiramente a abertura ao outro. Sob a ética entre-disciplinar, caberia, portanto, ao desempenho das profissões de saúde o trânsito, que altera os sentidos em favor do devir, do “aprender a aprender”, da reinvenção de si e da equipe.

Em um movimento entre-disciplinar, a equipe multiprofissional de saúde teria, nos recursos e instrumentos terapêuticos de cada corpo de conhecimentos e atos de uma profissão, a oportunidade de compor e inventar a intervenção coletiva [...]. A equipe comporia o tempo todo um sistema de práticas em aberto, relacionado mais a cada situação concreta e relativa a cada equipe ou local selecionado que a um sistema burocrático de divisão técnica do trabalho em situação abstrata de competências e habilidades por título profissional (CECIM, 2005, p. 269).

Dessa forma, o conhecimento seria aproximativo, conduzindo à problematização incessante, sendo relativo a todo um conjunto de atividades coletivas, e não mais exclusivamente às questões científicas. “Não mais a subordinação a uma verdade dada, mas a constituição de um plano de sentidos entre os conhecimentos prévios e a singularidade de cada atendimento” (CECIM, 2005, p. 269).

Considerando a hierarquização e centralidade do poder médico na dinâmica assistencial do HU/CAS/UFJF, já discutidos anteriormente, o estudo entende que, embora o discurso da maioria dos entrevistados seja favorável à construção do trabalho em equipe institucionalmente, na prática, esta relação desigual entre os profissionais na organização de seu processo de trabalho inviabiliza o efetivo movimento de saberes na produção de novos fazeres no espaço em questão; o que pode ser revisto pelo novo *modo tecnológico de gestão da assistência*.

3.9 CRIATIVIDADE E RESPONSABILIZAÇÃO NO PROCESSO DE TRABALHO

Considerando a entre-disciplinaridade como perspectiva importante à reorganização do processo de trabalho e à construção de novas práticas em saúde, na medida em que pressupõe contextos menos institucionalizados e mais criativos, o estudo questionou junto aos

profissionais do HU/CAS/UFJF sobre em que medida estes têm exercitado a criatividade/inventividade em seu processo de trabalho. As repostas incluem: o usuário como estímulo à criação; ausência de estímulo institucional ao exercício da criatividade no processo de trabalho; criatividade estimulada no setor pelo método 5S (senso de utilização, senso de organização, senso de limpeza, senso de saúde e higiene, senso de autodisciplina).

Falas dos profissionais:

“Eu posso falar que é um serviço que tá ampliando, a gente passou pelo processo da implantação do 5S, existe uma valorização profissional, do usuário, de todo mundo, a gente teve que usar de muita criatividade, de muita ajuda também de toda a administração pra tá conseguindo o prêmio (prêmio nacional Top Bronze de qualidade do modelo 5S) foi até em tempo recorde e eu acho que todos os funcionários ficaram envolvidos, foi muito bom, muito satisfatório, e a gente tenta atender da melhor maneira possível”. (PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM “F”)

“Na maioria das vezes, no atendimento ao usuário. Na maioria das vezes, é o usuário que promove esse movimento. Eu não me sinto desafiada pela instituição em fazer diferente. Ela não me demanda essa inventividade ou esse fazer diferente, só na relação com o usuário, exatamente no ato do cuidar desse usuário é que isso me remete, assim, de fazer uma busca, de tentar um olhar, de buscar uma leitura até pra apertar um pouco mais nessa resposta, nessa demanda, mas é só aí, só nesse lugar”. (PROFISSIONAL DE SERVIÇO SOCIAL)

“Na verdade, depois de subir o hospital pra cá, muitas das coisas que eu tinha pensando em termos de assistência sumiram. Aqui, simplesmente eu chego, atendo e vou embora”. (PROFISSIONAL MÉDICO)

Análise Teórica

A partir das falas dos profissionais, pode-se verificar que, num dos setores da Unidade Dom Bosco, o processo de trabalho caracteriza-se por um contexto extremamente institucionalizado, devido à padronização e produtividade exigidas na prestação assistencial. Embora os relatos da entrevistada “F” explicitem o estímulo à criatividade nesse processo, o estudo considera pouco provável que, num ambiente com tamanha normatividade, se estabeleçam práticas mais intuitivas do que técnico-científicas ou relações mais subjetivas – sensíveis às singularidades de cada caso – do que protocolares.

Pode-se verificar, ainda, que essa abertura efetiva à alteridade que amplia a criatividade nos processos de trabalho e assistencial, quando ocorre, é pela postura do próprio profissional, que, seja pela formação (Serviço Social) e/ou perfil pessoal, se sente desafiado a

reinventar-se permanentemente, ainda que num contexto institucional adverso, supostamente biomédico.

A responsabilização dos profissionais do HU/CAS/UFJF com as necessidades de saúde dos usuários também foi analisada, quando questionados sobre quais demandas avaliam como não sendo de sua competência no cotidiano profissional.

Falas dos profissionais:

“Não, eu acho que tudo é da sua competência. Eu, particularmente, não fico gerando demandas do que eu tenho certeza do que estou falando”. (PROFISSIONAL MÉDICO)

“Então, praticamente eu me considero envolvido em tudo. Um dia desses teve um problema na portaria, foi um paciente que chegou aqui pra ser atendido e tal... e a pior coisa que tem é alguém chegar e falar assim com você: - ah! fulano eu não sei vou ver com o beltrano ali. Ah! vou ligar pra a fulana pra saber... E você tá ali na portaria, fica chato, não fica? Mas eu sei até onde eu vou, sei até onde eu posso ir pra não atrapalhar o esquema de trabalho do hospital”. (PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM “M”)

“Um monte de coisas que eu faço não é meu, acho que de nenhum Assistente Social, Eu acho que as demandas são muito aquém do que a gente teria a contribuir enquanto profissional. Eu tenho um grande incômodo com a grande maioria das ligações que o Serviço Social é solicitado a realizar, algumas até eu acho que são nossas sim [...], mas a maioria delas é pra saber a que horas o motorista chega, por quê que atrasou, ligar pra minha filha pra avisar que eu vou chegar mais tarde pro almoço. A questão da liberação de alguns serviços, de alguns acessos internos ao hospital, eu acho que elas não, necessariamente, deveriam ser do Assistente Social, eu acho que muitas das demandas são das chefias de ambulatórios”. (PROFISSIONAL DE SERVIÇO SOCIAL)

Análise Teórica

As falas dos profissionais médico e de enfermagem, num primeiro momento, apontam uma possível abertura dos mesmos a todas as demandas assistenciais que se lhes apresentam, tornando-os potenciais *portas de entrada* para o cuidado integral em saúde (MATTOS, 2007). Entretanto, a suposta centralização destas demandas indicada pelo profissional médico suscita maiores reflexões quanto à abrangência desse cuidado, isto é, à efetividade de suas respostas, visto que são feitas a partir de um único olhar terapêutico. Embora explicita disponibilidade em atender às múltiplas necessidades de diferentes sujeitos, o caráter unilateral desse atendimento compromete a construção coletiva de um plano de cuidados individualizado.

Quanto ao relato do profissional de Serviço Social, percebe-se o predomínio de demandas emergenciais e imediatistas em seu processo de trabalho, decorrentes da desorganização do sistema, mais precisamente, de seus fluxos assistenciais. As dificuldades de acesso recaem no cotidiano desses profissionais, concentrando boa parte de suas ações em questões de competência mais organizacional do que assistencial; o que prejudica o exercício de todas as suas potencialidades relacionais em resposta às necessidades de seus usuários.

Diante da criação inexpressiva observada no cotidiano profissional dos distintos sujeitos da pesquisa, combinada à sua responsabilização superficial na relação com os usuários, confirma-se a vigência do contexto biomédico institucionalizado (BONET; TAVARES, 2007) registrado anteriormente, em contraposição à suposta aproximação dos setores e profissionais do HU/CAS/UFJF na organização da assistência, presente no discurso de alguns dos entrevistados.

3.10 RESOLUTIVIDADE DAS TECNOLOGIAS NO HU/CAS/UFJF

Foi questionado aos sujeitos da pesquisa sobre como avaliam o impacto das tecnologias, atualmente disponíveis na nova estrutura física do HU/CAS/UFJF, nas condições de vida de seus usuários.

As respostas compreendem: dificuldades na manutenção dos equipamentos para aprimorar a assistência; necessidade de articular as tecnologias materiais e não materiais para melhor atender à rede; impacto inexpressivo tanto das tecnologias materiais quanto das não materiais nas condições de vida dos usuários; novas tecnologias instaladas afastaram o profissional do usuário; dificuldades na contratualização dos equipamentos de imagem; avaliação positiva das tecnologias materiais e defesa destas na qualificação da assistência.

Falas dos entrevistados:

“O impacto é esse, a gente tem um parque tecnológico moderno e isso pra você administrar é um complicador, porque são manutenções caras, mão-de-obra cara, porque você vai ter que ter profissionais especializados, preparados, treinados, e a gente não tem esse retorno. O governo construiu, equipou, mas, daí pra frente, você tem que caminhar sozinho e não pode fechar”. (GESTORA “A”)

“Eu tenho uma visão muito crítica com relação às tecnologias de saúde, eu acredito muito pouco nas tecnologias isoladas, é bom esclarecer isso [...] acredito que as tecnologias são

essenciais na saúde moderna, mas acredito muito pouco nas tecnologias sem o profissional. Eu acredito que o HU/CAS com esse parque tecnológico grande, ele tem muito a somar com o Sistema Único de Saúde da nossa região, mas desde que isso não seja uma característica isolada e esqueçam das pessoas que trabalham aqui também”. (GESTOR “R”)

“Eu acho que, assim, pensando na questão da tecnologia - equipamento, máquina -, eu acredito que a gente esteja muito bem servido, não com o uso adequado dessa tecnologia, porque a gente sabe que tem um monte de equipamentos parados, tem um monte de equipamentos subaproveitados, então, eu acho que a gente tá bem servido quanto à oferta desse equipamento, mas não quanto ao uso. Já as outras formas de tecnologia presentes na realidade hospitalar, eu acho que elas são falhas [...]. Eu não vejo isso como uma proposta de gestão, ou seja, colocar essa discussão, a questão do acolhimento é um exemplo disso. O acolhimento é um serviço que o Serviço Social assumiu e que também não faz, a gente faz uma boa recepção ao usuário. Eu acho que, no que se refere à questão dos vínculos, na questão da própria clínica, da consulta em si, essas coisas são muito ruins e acho que não tem uma proposta de gestão pra isso [...]. Tem alguns indícios aí: tem um Grupo Gestor que vai direcionar uma ação assim assado, tem o Núcleo de Humanização, mas eu não vejo que essas outras tecnologias, não materiais, seja uma política da instituição”. (PROFISSIONAL DE SERVIÇO SOCIAL)

“... Ele (o usuário) não consegue todos os procedimentos, todas as ações pra resolver o problema dele aqui no CAS, é raro o que consegue, dependendo do que precisa, às vezes, ele tem que sair daqui e ir ainda pro HU de baixo (unidade Santa Catarina), ele tem que ter vale-transporte, não tem dinheiro pra ir lá em baixo, até consulta aqui, mas tem que ir lá em baixo pra fazer algum exame. Eu acho que isso dificulta muito a assistência”. (GESTORA “S”)

“Você fala tecnologia de modo geral? Eu acho que uma parte da tecnologia é interessante e outra parte realmente não serve pra nada. O prontuário virtual não captou nada de melhor para o paciente, não melhorou em nada, o atendimento ficou mais demorado do que se fosse no prontuário de papel, e nós temos profissionais que não lidam bem com a informática, então, isso atrapalha o atendimento. O profissional, às vezes, tá mais preocupado em digitar do que conversar com o paciente, então, a gente perde um pouco com isso. Eu acho que a tecnologia serviu para distanciar um pouco o profissional do paciente [...]. Comprou-se um programa, que deve ser muito caro, de manutenção muita cara, e não se pensou em todas as possibilidades que o programa poderia atender. Na verdade, a gente tem vários programas setoriais e nenhum fala com o outro, isso é um problema grave”. (PROFISSIONAL MÉDICO)

“Na minha área, eu acho que a gente tem uma tecnologia muito boa, o que a gente tem aí é de primeiro mundo, é uma aparelhagem muito boa e o que a gente precisa fazer é buscar sustentabilidade nisso.” (GESTOR “D”)

“Eu acho que nós temos a tecnologia instalada como nunca se teve na instituição. Nós temos disponibilizado essa tecnologia para os pacientes do Sistema Único de Saúde, infelizmente, não tem recursos para se contratualizar todos [...]. Acho que, na parte da otorrino, na endoscopia, a gente continua sendo subutilizado, porque a gente está vindo de um contrato antigo de 2005, já propusemos dobrar, mas não há teto financeiro, então, acho que nós temos que sensibilizar o gestor municipal, o estadual pra chegar até o federal e utilizar isso aí, que não se demore muito, porque a tecnologia também envelhece. E agora, a previsão nossa é pra outubro, os equipamentos já estão sendo instalados e a gente começar a funcionar em 1º de outubro, independente de ajuda ou não”. (GESTOR “G”)

Análise Teórica

Com relação à previsão feita acima para o funcionamento dos serviços de imagem e métodos gráficos, cabe salientar que, na realidade, estes foram inaugurados no dia 5 de dezembro de 2008, juntamente com o Programa Viva Vida, na unidade Dom Bosco. Cabe salientar ainda, que, para instalação dos equipamentos, foram feitas obras estruturais de adequação, que incluem três salas com aparelhos de Raios-X, sendo uma com Raios-X contrastado, e ambientes de apoio, previstos nas normas da Vigilância Sanitária.

A resolutividade, segundo Rollo (1997, p. 333), implica que todo cidadão tenha à sua disposição o acesso a toda tecnologia que a humanidade acumulou em defesa da vida, ou seja:

[...] o hospital deve ter a capacidade de dar respostas efetivas aos agravos de saúde de seus usuários com resolutividade diagnóstica e terapêutica no tempo ótimo que o caso exija, eliminando ou diminuindo o sofrimento, os riscos, e promovendo a recuperação e cura [...]. A grande diretriz para a incorporação tecnológica é que o paciente deve ter o mais próximo possível de sua residência a resolução de seu problema de saúde, levando-se em conta o aspecto do custo-efetividade (ROLLO, 1997, p. 334).

O que não significa dizer que os hospitais devam dar conta de todos os casos que lhes apresentam por meio de um grande aparato tecnológico instalado, mas que se articulem em parceria e complementaridade com outras unidades de saúde, de modo a garantir a continuidade da assistência, compatibilizando a gravidade dos casos com os recursos tecnológicos disponíveis, definidos pela missão de cada hospital no sistema de saúde.

Nesse sentido, Cecílio (2001) acrescenta que a tecnologia ideal é aquela que melhor responde à demanda trazida pelo usuário, num determinado momento, em um determinado serviço. Em outras palavras, o valor de uso que assume cada tecnologia é sempre definido pela necessidade de cada pessoa, em cada momento que vive.

Entretanto, para Mehry (2002), uma assistência que se pretenda comprometida com as necessidades dos usuários deve orientar-se mais pelas tecnologias leves e leve-duras do que pela combinação entre tecnologias duras e leve-duras, predominantes atualmente nos serviços, em atendimento aos interesses financeiros e corporativos. Tecnologias leves enquanto tecnologias das relações que criam e se recriam no ato do trabalho em saúde – trabalho vivo em ato –, envolvendo uma instrumentalidade necessária, de ordem mais ideológica do que operacional. E tecnologias leve-duras:

É leve, ao ser um saber que as pessoas adquiriram e está inscrito na sua forma de pensar os casos de saúde e na maneira de organizar uma atuação sobre eles, mas é dura na medida em que é um saber-fazer bem estruturado, bem organizado, bem protocolado, normalizável e normalizado (MEHRY, 1999, p. 307).

Portanto, segundo Mehry (2002), a aplicação das técnicas e saberes acumulados na prestação da assistência só se torna resolutiva quando combinada aos atos cuidadores, considerando as dimensões de cura, promoção e proteção à saúde para a conquista de resultados.

Trazendo para a realidade do HU/CAS/UFJF, pode-se considerar, a partir das falas dos entrevistados, que a combinação tecnológica defendida por Mehry (2002) – tecnologias leves e leve-duras – como potência ao “modelo” assistencial usuário-centrado, ainda é um desafio à qualificação do cuidado na referida instituição. Isso porque, dos 11 entrevistados, sete, portanto a maioria, ainda associam o termo tecnologia, única e exclusivamente, à noção de equipamentos, aparelhos, máquinas, referente ao território das tecnologias duras (MEHRY, 2002). Tendo sido apenas um relato referente às tecnologias leve-duras:

“[...] Agora, também tem que ter o cuidado, o treinamento para os atores que estão à frente dessa tecnologia para assistência, para o ensino, e para a pesquisa porque, senão, a formação também sai deturpada pra, no final das contas, não fazer uma anamnese sucinta, exame físico precário, pra pedir a ressonância magnética e deixar, porque na vida ele (o aluno) não terá isso na realidade, é importante que ele conheça, mas ele tem que conhecer todos os passos”. (GESTOR “G”)

Cabe considerar, ainda, que estes relatos de caráter hegemônico partiram predominantemente de profissionais e gestores pertencentes às áreas biomédicas, o que pode revelar uma tendência ainda conservadora na formação dos mesmos, que precisa ser revista, em especial no espaço do hospital de ensino, onde a dimensão formativa deve ser conduzida de modo a atender às demandas ditadas pela dimensão assistencial.

Diante da baixa resolutividade tecnológica verificada na Unidade Dom Bosco, indicativa de uma assistência pouco eficaz às demandas de seus usuários, o estudo avalia como mais preocupante nesse processo a concentração de esforços e investimentos demonstrada pela atual gestão do HU/CAS/UFJF para aprimorar, exclusivamente, as tecnologias duras, sem a devida correspondência com sua dimensão relacional, reduzindo a produção do cuidado à mera realização de procedimentos; o que vai contra a sua proposta de

implantação do acolhimento integrado, mencionada nas subcategorias “Gestão Compartilhada” e “Fluxo dos usuários no HU/CAS/UFJF”.

3.11 DESENVOLVIMENTO DO GRUPO GESTOR NA INSTITUIÇÃO

Questionados sobre como avaliam o desenvolvimento do Grupo Gestor na instituição, os entrevistados revelaram: desconhecimento em relação ao Grupo; concepção do Grupo associada à figura do Diretor Geral do HU/CAS/UFJF; pouco interesse e participação da comunidade deste hospital no referido espaço de discussões, em especial dos docentes, residentes e acadêmicos; dificuldades financeiras para implementar as ações propostas pelo Grupo Gestor; descrença no Grupo, devido ao não-cumprimento de diretrizes anteriores e à desorganização do mesmo; desconfiança em relação às suas reais intenções.

Analisa-se de modo predominante entre os gestores certa decepção em relação ao Grupo Gestor, em virtude de seu “esvaziamento”, isto é, da baixa adesão de funcionários, dirigentes, docentes e acadêmicos do HU/CAS/UFJF ao mesmo. Entre os profissionais, predomina a desmotivação em participar na implementação de suas diretrizes, sobretudo, pelo questionamento da credibilidade do Grupo.

Falas dos entrevistados:

“[...] A minha decepção é o envolvimento mesmo porque o “H” (Diretor Geral do HU) chamou todo o hospital. Agora, a gente tem uma assessoria de comunicação falha, precisaria de ter uma equipe aqui (unidade Santa Catarina) de comunicação, então, eu acho que tinha que ter mais marketing em cima, um chamamento, uma coisa assim. Mas, na verdade, a realidade do hospital, não sei se por ser desgastante, as pessoas não se envolvem muito no dia-a-dia do hospital”. (GESTORA “A”)

“Ele vai aos trancos e barrancos. Muito do que você planeja e que tem que executar, você depende, é lógico, da parte financeira. Então, assim, o que emperra muito o desenvolvimento do Grupo Gestor, numa mão é isso, você ter condições de executar aquilo que você tá planejando, a questão financeira mesmo. E a outra, é a maior participação de todos os profissionais de todas as áreas do hospital, porque tem gente que não tem interesse em contribuir com o Grupo Gestor, são pouquíssimas as pessoas que têm esse interesse e que briga até o fim pra manter aquilo em frente”. (GESTORA “Q”)

“Conseguimos fazer reuniões mensais, eles têm participado mais, nós temos as nossas diretrizes estratégicas, algumas delas foram incorporadas por sugestão minha aos programas, as metas de avaliação, então, acho que, hoje, precisa ampliar, acho que o Grupo Gestor precisa ter maior participação, principalmente, dos professores. Tem muito

de funcionários, que é importante, mas também acho que o aluno, o residente e o professor precisam se integrar mais, mas a gente tem mantido, já tem atualizado e é um norte, só que precisa ser mais ampliado”. (GESTOR “G”)

“Tenho visto o Dr. “H” (Diretor Geral) participar das reuniões, envolvido com reitoria e etc., mas não vi ação do “H” conforme ele havia prometido, está mantendo praticamente quase a mesma coisa de antes com relação ao hospital. Está em obra lá embaixo, mudando isso, mudado aquilo, que lá embaixo está precisando, mas o CAS continua ainda esquecido pela gestão, o grupo gestor do hospital ainda está muito devagar com tudo que foi falado, tudo que foi prometido em campanha”. (PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM “M”)

“Eu comecei a participar do Grupo Gestor, mas parei, porque, na minha opinião, a proposta do Grupo Gestor já tá toda pronta [...] eu estava no grupo da humanização (diretriz) fazendo uma proposta que já existia, já existe o Núcleo de Humanização no hospital e que faz há anos a mesma coisa, fala a mesma coisa [...]. Não sei se é uma forma, talvez, da direção do hospital querer mostrar que é uma gestão democrática, que todos participam, todos propõem, mas, se a gente propor, eles vão fazer? Ou se o que a gente tá propondo já existe e há muito tempo não é feito? Não sei, eu estou muito desmotivada com o Grupo Gestor”. (GESTORA “S”)

“Eu não sei falar disso, só sei que ele existe. Já até li sobre as metas dele, sobre isso ou aquilo, mas não sei nada. Acho que é faz de conta”. (PROFISSIONAL DE SERVIÇO SOCIAL)

“Eu não sei te falar assim, eu não tive nenhuma interação com o Grupo Gestor. O que eu consegui perceber é que, talvez, é uma tentativa de diálogo, mas até onde eu enxerguei esse diálogo é muito interessante pra diretoria conseguir tirar ideias, mas não é um Grupo Gestor formalmente. Pra mim, o grupo se reúne, o grupo discute, o grupo cria ideias, aí o diretor escolhe o que ele quer seguir ou não. Isso não é um Grupo Gestor, isso é uma assessoria, uma assessoria gratuita. Agora, Grupo Gestor, pra mim, é o que o grupo decidir vai ser feito, o que, na verdade, não é isso que eu percebo”. (PROFISSIONAL MÉDICO)

Análise Teórica

A respeito destas últimas declarações que tratam o Grupo Gestor como “faz de conta” e “tentativa de diálogo” que termina em “assessoria gratuita”, Abrahão (2008, p. 101) traz importantes contribuições, ao analisar, num de seus trabalhos, a dinâmica do Colegiado Gestor na perspectiva da produção de subjetividades, observando os acordos, decisões e negociações estabelecidas neste espaço. Subjetividades no sentido de “construir novos modos de gestão distintos de uma prática calcada na administração científica”.

Segundo essa autora, os hospitais, histórica e culturalmente, foram organizados a partir da lógica da heterogestão, em que os sujeitos são sempre geridos por outrem, reproduzindo práticas de trabalho cristalizadas, as quais se manifestam até os dias atuais, inclusive, nos espaços onde já se discute a flexibilidade destas ações. Isso porque as organizações de saúde

não podem prescindir-se totalmente da presença do governo, implicando uma dinâmica peculiar em que autonomia e controle convivem dialeticamente nesse espaço (CECÍLIO, 1999). Esse caráter conflituoso e contraditório pode ser explorado tanto no sentido de se experimentar processos decisórios mais autônomos, como no de antecipar-se a essas experimentações:

[...] a formação de movimentos instituintes, como o do estímulo à discussão e a decisão coletiva, pode significar a criação de processos de falseamento do instituído. Por meio de falso discurso, se mantém, sem abalos, a missão e os objetivos do que estava dado antes. Eis um movimento de reinstitucionalização que se coloca no sentido de evitar o risco de dissolução do que foi construído antes da proposta de discussão coletiva inaugurada com colegiado (ABRAHÃO, 2008, p. 99).

Para Abrahão (2008), o instituinte pode ser aquilo que abala a verdade da instituição e o instituído, o espaço onde se encontra não só a ordem estabelecida, mas sim os valores, modos de representação e de organização considerados como normais, habituais.

As instituições presentes no interior da organização de saúde ou fabricam pequenas falsificações instituídas, desviando o foco de questão que, por vezes, estariam abalando a sobrevivência da instituição, ou buscam, em um movimento de reinstitucionalização e por meio de um falso discurso, manter, sem abalos, a verdade de sua fundação (ABRAHÃO, 2008, p. 101).

Diante da baixa legitimidade do Grupo Gestor do HU/CAS/UFJF perante sua comunidade, caberia, pois, refletir se este espaço apresentado, a princípio, como um fórum privilegiado para discussões coletivas, estaria, de fato, comprometido com a reforma do instituído, tendo em vista a autonomia de seus membros, ou se esse movimento instituinte estaria, apenas, no plano do discurso. A mesma reflexão cabe para atual proposta institucional de Gestão Compartilhada a ser apresentada na subcategoria seguinte deste capítulo.

Vale destacar que essa baixa legitimidade do Grupo, analisada a partir das falas dos entrevistados, se reflete, inclusive, na recente incorporação de algumas de suas diretrizes ao Processo de Avaliação de Desempenho da UFJF (PROADES), como metas a serem cumpridas institucionalmente mediante calendário avaliativo do referido processo.

O PROADES é um processo pedagógico sistemático de análise do desempenho dos servidores técnico-administrativos em educação, realizado “mediante critérios objetivos decorrentes das metas institucionais, pactuadas na equipe de trabalho e referenciado nas expectativas dos usuários, com a finalidade de subsidiar a política de desenvolvimento institucional e do servidor” (MANUAL PROADES/UFJF, 2007).

Pelo Manual (2007), o Dirigente da Unidade deve elaborar as metas e, juntamente com as equipes de trabalho, definir as atribuições de cada integrante destas na produção de resultados, condicionando, portanto, a Progressão por Mérito Profissional ao desempenho coletivo dos servidores nesse processo.

Dessa forma, induz uma adesão praticamente automática do conjunto dos profissionais às estratégias organizacionais, o que, hoje, constitui-se na principal deficiência do Grupo Gestor do HU/CAS/UFJF, dado o baixo número de servidores envolvidos no processo de implementação de suas ações. Possivelmente, seja esta uma das razões pelas quais a atual direção deste hospital incorporou parte das diretrizes do Grupo Gestor ao PROADES, a saber: garantir competência organizacional; melhorar o nível de satisfação e o clima organizacional; mensurar e avaliar a satisfação dos usuários.

Ressalta-se que parte das indicações previstas na diretriz “Gestão Compartilhada” também foi apresentada como meta: divulgar e analisar a proposta de implantação das Unidades de Produção de Saúde; implantar acolhimento integrado na Unidade Dom Bosco; e implantar visita ampliada na Unidade Santa Catarina. Estas e demais indicações referentes ao conceito de Gestão Compartilhada serão mais bem aprofundadas na subcategoria a seguir, tendo como aportes a *concepção Paideia* (CAMPOS; AMARAL, 2007) e o *roteiro prático de ação*, de CECÍLIO (1997).

3.12 GESTÃO COMPARTILHADA

Foi perguntado aos gestores e profissionais do HU/CAS/UFJF sobre qual sua expectativa em relação à atual proposta institucional de Gestão Compartilhada. Entre os gestores, prevalece uma expectativa otimista, embora reconheçam dificuldades em implantá-la, pela resistência de muitos profissionais a sua proposta inovadora em termos de gestão. Em menor número, dirigentes veem com reservas, e até com certa desconfiança, a viabilidade dessa proposta na realidade institucional, devido a não-socialização de informações e pouca

interatividade, na prática, exercida pela atual gestão do HU/CAS/UFJF. O que corresponderia ao movimento de reinstitucionalização indicado por Abrahão (2008), em que, por meio de um falso discurso, manteria a ordem hegemônica da instituição.

Entre os profissionais, as falas revelam desconhecimento e uma concepção distorcida da Gestão Compartilhada, associando-a mais a uma boa convivência pessoal entre equipes do que a um novo arranjo organizacional estruturado em colegiados.

Falas dos entrevistados:

“Nossa! Isso aí, é trabalhar com unidades funcionais que foi meu sonho de muitos anos atrás [...] na época, eu não tive apoio da direção do hospital para estar fazendo isso. Aí busquei apoio do sindicato, porque eu conheci algumas pessoas lá, nós fizemos algumas visitas em hospitais que funcionavam com unidades e isso foi em 2002, 2004, nem sei, já tem muitos anos. E aí nós começamos a sonhar, e nós montamos um grupo de trabalhadores aqui dentro, sem nenhuma interferência política, por idealismo mesmo, puro idealismo [...]. E agora, logo que o “H” (Diretor Geral) chegou, passei tudo pra ele, tudo o que eu tinha visto [...] então, é o nosso desejo. Agora, é fácil? Não é fácil de você implantar isso, é uma mudança de mentalidade, é dividir responsabilidades, então, assim, nós já tentamos por várias vezes discutir, já discutimos com os serviços separadamente, por exemplo, a endoscopia que é um serviço estruturado, já conversamos com o chefe, se a gente poderia implantar lá, começar como uma unidade piloto. Então assim, o “H” já fez estudos, já aprovou no Conselho Diretor do jeito que nós estudamos de estar dividindo em unidades funcionais, já foi aprovado, mas dar o primeiro passo é complicado porque as pessoas: -ah! gostei! Mas depois recuam. Então, é muito difícil. Agora, a gente está conseguindo uma pessoa que está pedindo cessão da UFRJ pra cá e é uma pessoa que tem uma experiência administrativa muito boa e uma experiência também em contratos de gestão, então, com ela, eu acho que a gente agora vai conseguir avançar, porque, tendo uma pessoa exclusivamente para pensar sobre isso, preparar, contratualizar com a direção e as unidades funcionais, eu acho que agora a gente consegue caminhar”. (GESTORA “A”)

“Eu propus, realmente, tenho proposto montar o Conselho Gestor e as Unidades com os coordenadores que terão assento nesse Conselho. Eu falo pra eles (funcionários do HU) planeja quem faz, que eles têm que ter isso na cabeça, eles (os funcionários) se assustam um pouco com isso na hora que eu falo [...] talvez, porque os funcionários estejam um pouco sós, não vêem a participação do professor das diversas áreas e o residente, eu acho que, talvez, seja o medo da sobrecarga do ônus. Mas, a gente tem que começar e acho que é a saída, eu tenho estimulado. Talvez, com esses seminários que vão ocorrer nos próximos três, quatro meses de esclarecimento a gente consiga montar algumas Unidades, depois que sair a primeira e a segunda as coisas vão melhorar. Não dá pra ficar tudo centrado. Se eu não estou, estou viajando ou se eu não dou ok, o negócio não sai [...] e eu não desisti de, no ano que vem, implantar algumas unidades, porque é só isso que vai mudar o modelo de gestão do CAS e o acolhimento também é uma meta a ser implantada no próximo ano, no CAS. Ao priorizar o acolhimento, as Unidades de Produção de Saúde, você vai mudando algumas coisas”. (GESTOR “G”)

“Na verdade, eu não estou participando muito. Mas, não sei. Vejo muito interesse pelo contexto, mas também por enquanto só na teoria, ainda não vi nenhuma medida prática pra

colocar isso pra funcionar. Pra mim tem se esquecido um pouco essa fala, tá mais abandonada”. (GESTORA “Q”)

“Eu acho que fazer gestão compartilhada, tem que ser feita, mas desde que o grupo seja bastante coeso e que exista uma equipe e que essa equipe esteja realmente fundamentada, esteja realmente envolvida no contexto do serviço, mas não naquela parte de você não ser simpático a mim eu não ser simpático a você.” (PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM “M”)

“Desconheço, sei que existe”. (PROFISSIONAL DE SERVIÇO SOCIAL)

“Não sei. Não faço nem ideia”. (PROFISSIONAL MÉDICO)

Análise Teórica

A *concepção Paideia* sugere a reorganização do processo de trabalho em saúde com base nos conceitos de clínica ampliada – já apresentada em categoria anterior do presente capítulo – e gestão compartilhada. Em vez de centrar o processo de trabalho em linhas de produção, é proposto um modo alternativo para organizar a assistência que combina autonomia profissional e clara definição de responsabilidades micro e macrossanitária.

Segundo Campos e Amaral (2007), os serviços e departamentos voltados para a assistência nos hospitais, em geral, organizam-se com base em especialidades médicas ou profissões; o que favorece a desarticulação das ações e o duplo comando manifesto numa “gestão administrativa e de trabalho de enfermagem, e uma outra que pouco coordena e regula o trabalho médico” (CAMPOS; AMARAL, 1998, p. 851).

Para reverter esse quadro dual e fragmentado, a *concepção Paideia* traz como novos arranjos organizacionais: as equipes de referência, unidades de produção de saúde, apoio matricial e co-gestão ou gestão em colegiados.

Com relação ao primeiro arranjo, sugere tomar-se a equipe interdisciplinar como unidade nuclear de poder gerencial, ou seja, equipes interprofissionais organizadas em função de grandes áreas voltadas para uma mesma finalidade e para um mesmo objeto (encargo):

A equipe de referência é um rearranjo organizacional que busca deslocar o poder das profissões e corporações de especialista, reforçando o poder de gestão da equipe interdisciplinar. Procura fazer coincidir a unidade de gestão que compõe as organizações de saúde com a unidade de produção interdisciplinar. No caso, a menor unidade organizacional passaria a ser a equipe de referência. A equipe de referência é composta por um conjunto de profissionais considerados essenciais para a condução de problemas de

saúde dentro de certo campo de conhecimento. Dentro dessa lógica, a equipe de referência é composta por distintos especialistas e profissionais encarregados de intervir sobre um mesmo objeto – problema de saúde –, buscando atingir objetivos comuns e sendo responsáveis pela realização de um conjunto de tarefas, ainda que operando com diversos modos de intervenção (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p. 400).

O funcionamento dialógico e integrado da equipe de referência pressupõe tomá-la como um espaço coletivo, que discute casos clínicos, sanitários ou de gestão, e participa da vida da organização. Nesse sentido, deve-se delegar o máximo de poder às equipes, sem desprezar o poder dos gestores e usuários, necessário para o cumprimento da função de coordenação, integração e avaliação do trabalho das distintas equipes de referência.

Em organizações maiores, Campos e Domitti (2007) apontam a necessidade de agregar as equipes em departamentos estruturados dentro de uma mesma lógica: as unidades de produção de saúde. Essas unidades, também apontadas por Cecílio (1997), recortam o hospital segundo uma nova racionalidade, centrada na integração do processo de trabalho. “Trata-se, pois, de quebrar a lógica de gestão vertical baseada nos corpos profissionais, ou seja, direção clínica, chefia de enfermagem e direção administrativa” (CECÍLIO, 1997, p. 308).

Para assegurar a gestão democrática das unidades de produção de saúde, os autores agregam a esse desenho uma proposta de criação de Colegiados Gestores, em que o gestor ou gerente da unidade se reúne periodicamente com as equipes de referência para avaliação, elaboração de projetos e decisões estratégicas. Além dos Colegiados em cada unidade, recomenda-se, ainda, a criação de um Colegiado de Gestão Central, composto pela superintendência e gerentes das unidades de produção. Os usuários, por sua vez, devem ingressar nesse sistema por meio do Conselho de Gestão do hospital ou da realização de assembleias e reuniões com objetivos e temas específicos.

A estruturação de colegiados de co-gestão visa à construção de espaço onde ocorra a contratação dos objetivos institucionais, elaboração dos planos operativos, acompanhamento e avaliação de processo de resultados, mediante o uso de indicadores (CAMPOS;e AMARAL, 2007, p. 854).

Com relação aos gerentes das unidades de produção de saúde, Cecílio (1997) acrescenta que os mesmos precisam ser inventados, uma vez que não correspondem nem às chefias médicas, nem às chefias de enfermagem tradicionais. Segundo o autor, o gerente

poderá ser qualquer profissional da equipe, preferencialmente de nível superior, que desempenhará o papel de “animador da equipe”:

Ser animador de equipe significa: integrar de fato os vários profissionais que atuam na unidade em outros arranjos capazes de quebrar a lógica segregadora das corporações; conseguir que os membros da equipe conversem de forma sistemática entre si, assumindo sempre compromissos centrados na qualificação do atendimento a ser prestado ao paciente; coordenar o processo de avaliação do desempenho da unidade na perspectiva de sua missão, com acompanhamento da qualidade das informações geradas; avaliar, regularmente, a satisfação dos “clientes”, sejam eles externos ou internos (CECÍLIO, 2007, p. 308).

Nesse sentido, indica a profissionalização destas gerências, a partir de três diretrizes: garantir remuneração que seja compensadora da função gerencial, qualificar o gerente e exigir disponibilidade de tempo para o exercício de suas funções.

Por fim, vale ressaltar que, na composição das referidas unidades, Campos e Domitti (2007) introduzem, ainda, a figura do apoiador matricial, especialista que tem um núcleo de conhecimento e um perfil distinto daquele dos profissionais de referência, mas que pode agregar recursos de saber e mesmo contribuir com intervenções que aumentem a capacidade de resolver problemas de saúde da equipe primariamente responsável pelo caso. Nesse sentido, um especialista de determinada unidade de produção pode apoiar equipe de referência de outra unidade, em casos de maior complexidade ou na elaboração de diretrizes clínicas, protocolos e projetos.

O apoio matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, a saber: mecanismos de referência e contra-referência, protocolos e centros de regulação. O apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. Depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial. Essas diretrizes devem prever critérios para acionar o apoio e definir o espectro de responsabilidade tanto dos diferentes integrantes da equipe de referência quanto dos apoiadores matriciais (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p. 400).

Segundo Campos e Domitti (2007), o termo apoio matricial é composto por dois conceitos operadores. O primeiro – apoio – sugere um modo para operar a pretensa relação

horizontal entre os atores, mediante a construção de linhas de transversalidade, ou seja, de uma metodologia para ordenar essa relação entre referência e especialista não mais com base na autoridade, mas com base em procedimentos dialógicos. Nesse caso, o apoiador procura construir de maneira compartilhada com os outros interlocutores projetos de intervenção, valendo-se tanto de ofertas originárias de seu núcleo de conhecimento, de sua experiência e visão de mundo, quanto incorporando demandas trazidas pelo outro também em função de seu conhecimento, interesses e visão de mundo.

Já o conceito matriz carrega vários sentidos: em sua origem latina, significa o lugar onde se geram e se criam coisas, sendo que, em outras indicações, pressupõe um conjunto de números que guardam relação entre si, quer os analisemos na vertical, na horizontal ou em linhas transversais. Nesse sentido, o termo matricial, previsto na *concepção Paideia*, indica justamente esse último sentido ou possibilidade, que é de sugerir que profissionais de referência e especialistas mantenham uma relação horizontal, e não apenas vertical como recomenda a tradição dos sistemas de saúde.

O apoio matricial e a equipe de referência são metodologias de trabalho, modo para se realizar a gestão da atenção em saúde, mas são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais que buscam diminuir a fragmentação imposta ao processo de trabalho decorrente da especialização crescente em quase todas as áreas de conhecimento (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p. 402).

Esses autores acrescentam que os principais arranjos organizacionais acima apresentados – gestão em colegiados, constituição de unidades de produção e o apoio matricial – ganham dinamismo quando se utiliza a metodologia dos Contratos de Gestão, em que ficam explicitadas as responsabilidades assistenciais de profissionais e gestores em nível macro e micropolítico.

É possível trabalhar-se com duas formas de contrato de gestão: uma entre o hospital e o gestor do SUS e outra interna, entre as unidades de produção e a direção. Nos dois casos, a abrangência da contratação deve se dar sobre o objeto e sua tradução em objetivos e metas, a eficácia e eficiência da clínica. Identificando-se mecanismos de aferição e avaliação de resultados (CAMPOS; AMARAL, 2007, p. 858).

Segundo os autores, o objeto do contrato de gestão entre hospital e gestores deve conter cláusulas relacionadas à ampliação do acesso e qualificação da atenção, valorização dos trabalhadores, implementação de gestão participativa, bem como sustentabilidade do projeto institucional, tendo em vista um novo modo de produzir saúde no interior dos hospitais públicos e de ensino.

Para que a mudança se efetive, é necessário que o contrato de gestão estimule a descentralização do poder, à medida que amplia a coresponsabilidade pelos resultados e pelo uso dos recursos, assim como a expressão e criatividade dos sujeitos acerca de sua prática profissional. A sua articulação com uma política de pessoal que remunere desempenho é fundamental, de modo a agregar mais valor perante o corpo de trabalhadores (CAMPOS; AMARAL, 2007, p. 858).

Para o presente estudo, as limitações dos atuais dirigentes do HU/CAS/UFJF em implementar o processo de gestão compartilhada na referida instituição, bem como de legitimar o Grupo Gestor perante sua comunidade, sugerem não só uma dificuldade característica a todo e qualquer processo de mudança organizacional, mas, sobretudo, uma possível incompatibilidade entre discurso democrático e real exercício da democracia junto aos seus usuários internos e externos nos processos de gestão e assistência.

Ressalta-se que os arranjos organizacionais apresentados, ao prever maior autonomia profissional e responsabilização para com as necessidades dos usuários, incidem diretamente no fluxo destes nos serviços de saúde, investindo mais nas relações entre sujeitos do que no poder das normas no processo assistencial. A configuração desse fluxo assistencial na realidade do HU/CAS/UFJF será analisada na subcategoria a seguir.

3.13 FLUXO DOS USUÁRIOS NO HU/CAS/UFJF

Foi questionado aos profissionais e gestores do HU/CAS/UFJF sobre como acham que deve ser o fluxo dos usuários em sua nova unidade assistencial (Unidade Dom Bosco). Os entrevistados, em sua maioria, solicitaram, inicialmente, esclarecimentos acerca do termo “fluxo”. Feito o esclarecimento de forma objetiva, as falas apontam: a preferência pelo fluxo previsto no projeto conceitual da referida unidade, embora se reconheça que o mesmo não ocorra atualmente em sua realidade organizacional; a necessidade de ordenar o fluxo interno

desta unidade e a dificuldade com a rede em virtude da questão política; a defesa da autonomia do HU/CAS/UFJF para gerir seu fluxo assistencial; fluxo institucional desrespeita hierarquização, embora se admita que esta norma deve ser revista de modo a garantir acesso aos usuários; HU/CAS/UFJF deveria aproximar-se da atenção básica; a não-realização do *acolhimento integrado* previsto em seu projeto conceitual como entrave à qualificação do acesso e da assistência; carência de consultórios na Unidade Dom Bosco, dificultando a ampliação do acesso.

Falas dos entrevistados:

“Fluxo interno eu acho que ele é precário, pela questão de comunicação e pela questão de sinalização interna. Otimização, eu acho que falta uma questão gerencial mesmo de ambulatórios, de otimizar esses ambulatórios, essa concentração na manhã, de atendimentos na manhã [...] então, eu acho que esse fluxo tem que ser revisto. E, pensando na questão do externo, eu acho que ele tá empacado pela questão política, em todos os lados, municipal, no do HU e no da Universidade”. (PROFISSIONAL DE SERVIÇO SOCIAL)

“O acesso tem que ser uma relação aí que nós não temos: a referência e contrarreferência com o plano de cuidados. Obviamente, o fluxo de pacientes do SUS tem que ser discutido com o gestor pleno, no caso, a Secretaria, o que a gente tem colocado pra eles é que se tem dificuldades nessa referência [...]. O que falta, na realidade, é estabelecer essa referência, que a equipe esteja ciente do que se tem que fazer, que é atender e ter um plano de cuidados e fazer todas as interconsultas, se necessárias [...]. No momento em que se pensou trabalhar no CAS com umas duas ou três unidades (básicas), acho que pode-se trabalhar com toda a rede, que amplia acesso, mas aí tem que tá a referência da unidade básica, a equipe do hospital no acolhimento, a equipe de atendimento pra elaboração de um plano de cuidados e o retorno, sempre que possível, para a rede”. (GESTOR “G”)

“O fluxo dele (do usuário), hoje, a agenda é passada pro SUS, então são eles que marcam lá. Então, eles (os usuários) chegam aqui, já com dia marcado e hora, entram na recepção, faz a ficha e é encaminhado pros consultórios, hoje em dia, o que acontece? Às vezes, a gente tem problemas relacionados à fila, porque, apesar do CAS ser muito grande, ele ainda deixou a desejar em relação ao número de consultórios. A gente tem muitos espaços lá, corredores, mas ainda faltou consultórios pras especialidades”. (GESTORA “E”)

“Se o nosso financiamento for o SUS, todos os nossos procedimentos teriam que passar pela Secretaria de Saúde. O que, para o usuário que está acostumado com o nosso tipo de atendimento, é horrível, só que o nosso usuário não pode ser privilegiado às vezes. Por que que o meu paciente pode sair daqui, faz o exame ali agora, e semana que vem já está com o exame pronto e não precisa de marcar o retorno, não precisa enfrentar a fila do posto de novo? Isso, para o sistema, é uma desgraça! Como o HU está vinculado ao SUS, infelizmente, a gente tem que aceitar as regras do SUS [...] como a gente depende do sistema, se a gente precisa do dinheiro do SUS, a gente tem que produzir e não tem como receber sem produzir, esse que eu acho que é o grande problema do fluxo. Acho que, para o paciente, o fluxo do HU é o ideal, só que o ideal devia ser em todos os locais, todos os locais deviam ser assim. Agora, é injusto com a pessoa que não tem acesso a ele, o paciente

do posto ele é muito pior atendido do que os pacientes daqui, só que a gente faz isso não porque a gente é bonzinho e não porque a gente é melhor, é porque pra gente é mais fácil [...]. Se o SUS começar a vincular o pagamento ao carimbo, a gente vai mandar o paciente descer e carimbar, porque a gente não é bonzinho, a gente é cômodo, é diferente”. (PROFISSIONAL MÉDICO)

“O que era antigamente: o paciente já sair com o pedido da marcação, vir aqui, ser agendado pelo nosso sistema [...]. Acho importante nós estarmos gerenciando e eles terem mais confiança no trabalho da gente, porque eu acho que isso partiu de uma não confiança, eles alegando que determinados atendimentos não eram realizados, chamamos de pacientes fantasmas que não apareciam, mas estava assinada a folha, não se sabe como, estava o nome dele ali, o prontuário. Então, isso trouxe algum tipo de suspeita com relação à não-fidelidade com a folha que estava descendo para recebimento”. (PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM “M”)

“Aqueles boxes de acolhimento... o acolhimento ele é, assim, inútil. Aqui, na verdade, tem uma grande recepção que as pessoas ficam totalmente isoladas naquela ilha, enquanto os pacientes são deixados numa área grande, comum, e que, na verdade, não existe nenhum trabalho até de interação entre eles. Na verdade, nós temos duas televisões, quando elas estão ligadas, as pessoas estão vendo televisão, quando elas são desligadas, todo mundo fica olhando pro chão [...]. Aqui eu só fico sabendo que alguém vai vir, às vezes, no dia que ela chega aqui, eu não consigo me preparar, porque, às vezes, eu não tenho acesso à agenda, às vezes, a agenda nem aparece [...]. A criação do CAS trouxe uma impessoalidade pra assistência”. (PROFISSIONAL MÉDICO)

“Eu acho que, enquanto a gente não tiver uma ligação forte na atenção básica, a gente não vai ter um fluxo legal, uma ligação que tem que ser institucional e também de formação de pessoal, de inserção dos profissionais do HU/CAS nas atenções básicas. Enquanto a gente não tiver um bom sistema de referência e contrarreferência [...], eu acredito muito pouco nessa chegada do usuário no Hospital Universitário”. (GESTOR “R”)

“Eu acho que o CAS ele tinha que ter autonomia de gerir isso aí. O ideal seria que o hospital gerisse e atendesse de acordo com a nossa proposta, que é esse atendimento multidisciplinar e tudo [...]. Isso, talvez, desafogaria o sistema até, porque ele, não necessariamente, precisa de médico, mas pra isso precisa mudar tudo, não pode chegar aqui e já direcionar pro médico tal, porque ele (o hospital) já é designado como atendimento secundário, ele não tem o atendimento primário, então já começa por aí teria que mudar toda essa forma”. (GESTORA “Q”)

Questionada sobre a situação dos retornos:

“... Pior ainda, pra eles (Secretaria de Saúde) consulta é aquilo que eles marcam. Aí a gente tem uma outra especificidade aqui que é você não ter só um médico que atende, às vezes, é o residente que atende [...]. Só que a gente tem que orientar: se o médico mandou marcar, mesmo que o SUS não quiser marcar, você volta, senão você vai perder sua consulta, vai perder a continuidade no tratamento, então isso tá funcionando? Não tá, porque tanto faz ele ir lá e marcar ou não, se ele (usuário) é esperto, ele nem perde tempo de ir lá, pra ele correr o risco de não ser atendido [...]. Então, assim, a gente quer autonomia disso aí, contratualizou tantos? Tantas consultas, pegou o relatório, o paciente assina, tá provado que ele veio, e foi atendido, computa as consultas atendidas e não as consultas marcadas, pra eles (Secretaria de Saúde) o que computa são as consultas marcadas, então essa é a mudança principal que tem que ter”. (GESTORA “Q”)

Análise Teórica

Segundo Mattos (2007, p. 373), um dos modos de apropriação do modelo de uma rede regionalizada e hierarquizada utiliza o que se pode denominar de procedimento normativo, que, no plano operacional, se expressa através de um conjunto de normas que refletem, criteriosamente, os papéis de cada unidade. “Normas que tentam organizar os fluxos das pessoas pelo sistema”, mas que, não necessariamente, implicam arranjos condizentes às suas necessidades e à ideia de universalidade e integralidade da assistência.

O que é importante para caracterizar o caráter normativo não é o recurso ao uso das normas, mas o fato de que as normas não derivam da compreensão das razões pelas quais um grande conjunto de pessoas não encaminhado pela atenção básica, ou não residente na área estabelecida, teima em buscar o atendimento nessa unidade (MATTOS, 2007, p. 373).

Compreensão presente no projeto conceitual “CAS/UFJF”, ao se buscar arranjos flexíveis institucionalmente, capazes de diferenciar os fluxos no contínuo da atenção. Segundo Castro e Stephan-Souza (2007), a proposta assistencial para a implantação do CAS, integrada à rede SUS, previa, através das Equipes de Referência Secundária (ERSs), reorganizar o segundo nível de assistência, com vistas à implantação efetiva de um sistema de referência e contrarreferência, integrando os três níveis.

As ERSs foram pensadas para ocupar um lugar entre os três níveis de atenção, no contexto da hierarquização adotado na macrorregião sudeste de Minas Gerais, posicionando-se num ambiente da média e alta complexidade ambulatorial, entre as equipes de saúde da família (ESFs) e os atendimentos hospitalares de alta complexidade (CASTRO; STEPHAN-SOUZA, 2007, p. 9).

A partir das ERSs, esperava-se estabelecer uma interlocução assistencial e de gestão no fluxo do usuário entre os níveis de atenção, tendo em vista desenvolver uma prática de cuidado integral, realizada a partir das necessidades de saúde dos indivíduos, famílias ou grupos sociais.

Consideramos a progressão de complexidade das necessidades das pessoas, as possibilidades de acesso aos serviços próprios e credenciados pela rede SUS, visando trajetórias ágeis e resolutivas com retorno ao nível básico, sem

estagnação no segundo nível, em que se encontram as especialidades (CASTRO; STEPHAN-SOUZA, 2007, p. 10).

Considerando que a implantação do CAS dar-se-ia de modo progressivo, pelas adesões de projetos acadêmicos e de serviços, pelo contexto da contratualização desta unidade com o SUS e os avanços daí decorridos, chegou-se à proposta de intervenção, envolvendo uma trajetória assistencial entre o hospital de ensino e as Unidades Básicas de Saúde, iniciando-se pelas três que, à época, comportavam a Residência Multiprofissional de Saúde da Família: UBS Santa Rita, UBS Progresso e UBS Parque Guarani.

Segundo as autoras, o ambiente de média complexidade ambulatorial receberia, mediante encaminhamentos, os casos que necessitariam de atendimentos pontuais ou de inclusão em alguma linha de cuidado especializado, organizada nas UPS. “As linhas de cuidados multiprofissionais estariam representadas por equipes especializadas e organizadas segundo problemas de saúde, cujo conhecimento e terapêuticas se encontrem em áreas temáticas que agregam serviços especializados” (CASTRO; STEPHAN-SOUZA, 2007, p. 10).

Dessa forma, na interface entre as linhas de cuidados multiprofissionais e as esferas de atenção – seja primária ou terciária –, as ERSs estariam inseridas por turnos de trabalho e área regional, segundo um grupo de ESF, com quem manteriam contatos contínuos, através do acúmulo de informações decorrentes do processo de cuidado integral. Seguindo os pressupostos teóricos que justificaram a conformação das ESFs no Brasil, as ERSs seriam compostas de profissionais médicos, enfermeiros e assistentes sociais.

Para que se tornem efetivas, precisam ser implantadas mediante oficinas de capacitação prévias que estimularão a identificação e consolidação do “objeto de trabalho”, com definição de competências e habilidades, conforme o modelo assistencial proposto, as necessidades e as demandas regionais e a cooperação entre os membros [...]. No interior do sistema, seriam linhas progressivas de cuidados e, no interior da instituição, acrescentaria o aspecto de gestão que as tornam uma unidade de produção de cuidados integrais (CASTRO; STEPHAN-SOUZA, 2007, p. 11).

Como referência aos usuários, as ERSs buscariam, portanto, ampliar a corresponsabilidade dos mesmos em seu plano terapêutico, tendo em vista a radical defesa da vida, e, como referência regional, contribuiriam na regulação do fluxo de atendimentos, orientando a distribuição de recursos financeiros destinados à média complexidade. Os

critérios de regulação deveriam ser construídos envolvendo o conjunto de atores imbuídos no processo interinstitucional no contexto da rede SUS.

Um critério, por exemplo, para a regulação da chegada do usuário no segundo nível poderá ser todas as altas hospitalares por tratamentos de grande complexidade, da região de abrangência local do HU/CAS. Entretanto, que fique sob a égide da Comissão Permanente de Acompanhamento ao Convênio a deliberação de tais critérios. O número de encaminhamentos a ser feito pelas ESFs, segundo as linhas de cuidados estabelecidas para funcionamento no CAS, pode passar por um momento de pré-pactuação em que as ESFs e Conselhos locais e regionais são ouvidos, a fim de se identificarem as necessidades (pode variar de uma para outra ESF) dos usuários da área de abrangência das ESFs (CASTRO; STEPHAN-SOUZA, 2007, p. 12).

Cecílio (1997, p. 302), em seu roteiro prático de ação para qualificar a assistência prestada pelos hospitais públicos, também indica, a respeito dessa regulação, a necessidade de se elaborar, com a participação das equipes das unidades básicas e dos hospitais, “bem como com a interveniência dos níveis adequados da secretaria municipal de saúde, os protocolos de patologias a serem contra-referenciadas e que terão consultas agendadas garantidas na rede ambulatorial”.

Esse autor indica, ainda, a criação de uma coordenação executiva com a participação da direção do hospital e das chefias das unidades de saúde da região, para acompanhamento e avaliação dos fluxos de clientela, para monitoramento da criação de vínculos entre os usuários e os serviços que lhe sejam mais adequados naquele momento, em função de suas necessidades (CECÍLIO, 1997).

Por fim, aponta a necessidade de reorganizar o atendimento ambulatorial do hospital com ênfase no acolhimento, tendo em vista o acesso resolutivo e a assistência integral aos usuários do SUS; o que também se encontra previsto no projeto conceitual “CAS/UFJF”, na medida em que o acolhimento se constituiria numa das atividades a serem desenvolvidas pelas ERSs, visando à integralidade do cuidado.

O significado do “acolher” pessoas que chegam com seus adoecimentos já com um grau de complexidade avançado está em contribuir para que se efetivem vínculos e adesão aos serviços e programas; relação de confiança; sensação de satisfação e de resolutividade de seus sofrimentos mais emergentes. Significa, dentro dos limites técnicos das profissões, observar as reações humanas, compreendê-las em um contexto de adoecimento e de

tratamento clínico; ouvir queixas e desenvolver conversas que esclareçam, orientem e eduquem (CASTRO; STEPHAN-SOUZA, 2007, p. 13).

De modo prático, o acolhimento integrado foi idealizado na interface das consultas, exames, atendimentos e procedimentos de saúde ofertados pela, então concebida, unidade assistencial “CAS/UFJF”. Inicialmente, seria um ambiente para livre-demanda, mas nem todos os usuários que chegassem à unidade teriam necessidades de buscar o acolhimento. O diagnóstico dos casos eleitos para esse atendimento ficaria a cargo da equipe multiprofissional no período de trabalho definido para o funcionamento desta.

Os boxes projetados para a prática do acolhimento e, atualmente, inutilizados - como bem demonstram as falas de alguns dos entrevistados – foram concebidos para atender os casos que demandassem privacidade ou especificidade no decurso do atendimento de acolhimento, preconizando a integração do conjunto de atores envolvidos no processo de recepção-orientação e encaminhamentos dos usuários tanto internamente quanto à rede loco-regional, garantindo um fluxo efetivo e satisfatório (CASTRO; STEPHAN-SOUZA, 2007).

Foram concebidos, ainda, como um ambiente privilegiado às pós-graduações na forma de Residências do HU/CAS/UFJF,

[...] tendo em vista que, para a resolutividade a que se propõe o acolhimento, depende de algum grau de autonomia profissional já desenvolvida os rumos e trajetórias de cuidados próprios a cada caso. Em algumas situações, será necessária uma avaliação de risco que comandará a agilidade do atendimento¹¹ (CASTRO; STEPHAN-SOUZA, 2007, p. 14).

Como visto anteriormente, o discurso oficial e as diretrizes formalizadas institucionalmente pelos atuais dirigentes do HU/CAS/UFJF indicam a implementação gradativa desses arranjos, concebidos conceitualmente para sua nova estrutura física, embora se questione o modo como serão incorporados e em que medida todas as suas atribuições serão mantidas, uma vez que seus idealizadores, no momento, encontram-se afastados desse processo operacional pela atual administração da UFJF.

A partir das falas dos entrevistados, pôde-se constatar que, na realidade do HU/CAS/UFJF, convivem dialeticamente dois fluxos assistenciais que, não necessariamente,

¹¹As residências oferecidas atualmente se agrupam em áreas médicas, de enfermagem, serviço social, psicologia, análises clínicas, odontologia hospitalar, além da residência multiprofissional em saúde da família. Recentemente, foram criadas as residências em Economia da Saúde e Administração em Saúde.

garantem maior integração com os demais níveis de atenção: um relativo às normas de hierarquização e regionalização do sistema, e outro, segundo as necessidades, sobretudo, do ensino e da pesquisa, portanto, da formação de recursos humanos em saúde. Para o presente estudo, esse fluxo diferenciado que atende à dimensão formativa, deve ser redimensionado no sentido de efetivar os arranjos previstos conceitualmente à sua organização assistencial, priorizando o usuário em suas necessidades, e buscando oferecer respostas resolutivas às mesmas, tendo em vista a integralidade do cuidado em saúde.

[...] a proposta de rede regionalizada e hierarquizada só é boa na medida em que facilite o atendimento integral das necessidades das pessoas. Exatamente por isso, não faz sentido dificultar o acesso das pessoas na tentativa de construir a rede regionalizada e hierarquizada. (MATTOS, 2007, p. 382).

Os arranjos organizacionais do sistema, ao adquirirem contornos ainda mais complexos na realidade do hospital de ensino, por sua dupla dimensão, assistencial e formativa, justificam a subcategoria a seguir, que busca abordar a relação entre o HU/CAS/UFJF e a gestão local do SUS.

3.14 RELAÇÃO ENTRE HU e SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Foi questionado aos entrevistados sobre como avaliam a relação política entre HU e Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora (SMS/JF), no que tange à organização da assistência, considerando que o HU/CAS/UFJF constitui-se numa instituição de referência para média e alta complexidade da macro e da microrregião sudeste, em termos assistenciais e de produção de conhecimento.

As respostas indicam: dificuldades em contratualizar com a SMS, devido a sua incompreensão acerca da missão do HU/CAS/UFJF; descrença neste hospital como referência loco-regional, em virtude de não assistir prioritariamente aos casos de maior complexidade, segundo os níveis de atenção; a incompatibilidade de interesses, sendo o da SMS a produtividade (eficiência), e o do HU/CAS/UFJF a qualidade na assistência (eficácia); a competição com o HU/CAS/UFJ, por parte da Secretaria, e o não-reconhecimento deste hospital como parte do sistema, pelos seus próprios profissionais; melhoria no relacionamento

com os atuais dirigentes da SMS, defendendo-se o ensino, a pesquisa e extensão como qualificativos da assistência e da saúde pública; relação encontra-se péssima, sendo responsável pela pouca representatividade do HU/CAS/UFJF na rede, atualmente.

Falas dos entrevistados:

“Eu que já estou no hospital participando da direção já há uma década, acompanhei muito, já passei por vários Secretários de Saúde, então assim, sinto que existe muita dificuldade de compreensão do que é um hospital universitário [...]. Nós, aqui, abrimos um novo espaço físico, que é maior um pouco que esse aqui (unidade Santa Catarina), em termos de estrutura física, equipamentos de última geração que demandam mais recursos humanos [...] e que você não teve nenhuma contratação do governo, o seu recurso de contratualização é o mesmo de 2005. Nós não somos autorizados pra alguns procedimentos de alta complexidade [...] então, nós fizemos um acordo de, mesmo não recebendo da Secretaria, nós vamos abrir um procedimento de alta complexidade para cada especialidade por causa do ensino, dos residentes, dos alunos que precisam de aprender, então, quer dizer, nós não vamos receber, mas vamos gastar, porque aí são cateteres, próteses que são caras, e que o SUS não vai repassar, porque nós não somos contratualizados e eles não têm interesse em contratualizar [...]. Então, assim, é ingrato, às vezes, porque você tem um custo elevado porque é hospital de ensino, você tem que fazer e, ao mesmo tempo, não tem como”. (GESTORA “A”)

“A gente adora falar isso que o HU é referência, mas o HU não resolve em nada o problema do serviço público [...]. E ele no serviço público, seria o melhor lugar pra se ter esse tipo de atendimento, os melhores profissionais estão aqui, de todas as áreas, só que, infelizmente, o HU não cumpre o que ele contratualiza, então, ele acorda que vai fazer tantas coisas e ele não faz, então, esse é o grande problema do HU. O HU, ele tem um potencial enorme, só que ele não produz nada, não resolve nada, e as coisas que funcionam são as coisas que já existem no sistema. Ao invés do HU se preparar para as coisas que são de um nível mais terciário, mais referenciado, ele acaba estruturando alguns serviços de nível primário, ele acaba fazendo coisas que qualquer lugar faz [...]. Eu acho que, assim, a gente teve essa grande ideia que o HU é um ‘must’, mas que, na prática, quem tá de fora não pensa que o HU é assim e não reconhece que o HU é isso, só quem acha isso é a gente que tá aqui dentro”. (PROFISSIONAL MÉDICO)

“Pela Secretaria, a gente fica praticamente impossibilitado de trabalhar, não chega num acordo de jeito nenhum, é muito difícil, não são abertos, essa questão ensino e assistência é muito complicado pra eles entenderem, porque o negócio deles é número, é diminuir a fila deles lá. É um conflito constante, vou dar um exemplo, mutirão, eles querem fazer o mutirão pra quê? Pra tirar a fila, faz o mutirão de cirurgia de catarata, aí tira a fila deles lá, aí a fila fica aqui de AIH esperando pra operar, resolveu o problema do paciente? Não, o problema dele é operar, então as coisas mudam de lugar, e aí o problema não é mais da gestão municipal o problema é da gestão do Hospital Universitário. E assim, é muito complicado, porque eles não têm esse entendimento, não entende que aqui é hospital de ensino e que as consultas são diferentes, as consultas são mais demoradas, os profissionais que atendem eles não recebem pra assistência eles recebem pra dar aula, então, eles querem dar aula. Lá enquanto eles atendem dez em uma hora, aqui, é um em uma hora”. (GESTORA “Q”)

“A maioria das vezes que eu tive a oportunidade de ter contato com a Secretaria Municipal de Saúde, eu percebi que existe, na verdade, uma competição e não uma percepção que o HU representa esse polo municipal e, até mesmo, regional. E, ao mesmo tempo, eu percebo também, em profissionais do Hospital Universitário, um desconhecimento dessa inserção do HU dentro do Sistema Único de Saúde, ainda existe forte dentro do Hospital Universitário uma percepção antiga de divisão entre Sistema Único de Saúde e hospitais universitários, e atrapalha muito”. (GESTOR “R”)

“A Prefeitura, durante esses quase dois anos que estou, ela está entendendo melhor qual é o papel do Hospital Universitário [...], eu acho que a gente tem que estar inserido, estivemos durante um tempo fora, meio de lado, e a ideia é integrar cada vez mais, ciente do nosso papel que não é só assistência, ela é importante, é fundamental, mas nós temos ainda ensino, pesquisa e extensão, que nenhum outro hospital, a não ser de ensino, faz. É o que eu falo, assistência tem ótimos hospitais para atender. Agora, ensino, pesquisa e extensão, hospital público na macrorregião só o nosso, com o compromisso grande não só com o aluno, mas com a sociedade, que daqui a algum tempo esse ensino, pesquisa e extensão, se ele é desativado ou fica muito precário, isso vai repercutir na saúde pública do próprio Sistema Único de Saúde”. (GESTOR “G”)

“Péssima. Nula. Eu acho que tanto na questão da organização quanto da assistência em si, atualmente é péssima, acho que o motivo da gente estar tão mal como estamos aí, tanto na questão dos vazios, do público, quanto nas dificuldades mesmo de encaminhamento, acho que é dificuldade política mesmo do momento”. (PROFISSIONAL DE SERVIÇO SOCIAL)

Quando questionados sobre o que falta para uma maior adequação entre os interesses do gestor local de saúde (SMS) e da gestão do HU/CAS/UFJF para qualificar a assistência, os entrevistados apontaram: trabalho integrado entre o referido hospital e a SMS/JF, isento de disputas de poder; Secretaria deixar de priorizar o privado em detrimento do público e compreender melhor a missão do HU/CAS/UJF; principais cargos administrativos referentes à SMS deveriam ser ocupados por pessoas que já estiveram inseridas no HU/CAS/UFJF e conhecem sua realidade organizacional, HUs deveriam ter maior autonomia para gerir sua organização assistencial.

Falas dos entrevistados:

“Acho que falta integração mesmo. É ouvir e a gente trabalhar integrado sem disputas, o poder de quem sabe mais, de quem tem experiência, pela integração e discussão que é a única forma. Eu vejo, hoje, que o hospital está muito mais aberto ao Sistema Único de Saúde do que o sistema ao hospital”. (GESTOR “G”)

“... então, eu acho que tem que ter essa negociação da Secretaria porque, muitas vezes, a Secretaria paga para o privado em detrimento da lei que tem que ter o público em primeiro lugar, mas, às vezes, ela paga ao privado. Então, assim, tem coisas que são injustas, é igual a tomografia e ressonância, nós estamos com um parque tecnológico de imagem de última geração, é o melhor tomógrafo do Estado, vai inaugurar o serviço, mas a prefeitura já recusou, não quer contratualizar o exame, e ela paga clínicas privadas para fazer esses

exames para os pacientes, entendeu!? Então, assim, é uma coisa que teria que ser melhor negociada, porque até a lei é bem clara: primeiro o público, primeiro o federal, e nós somos públicos e federais. A gente fica sem ação em prol de uma questão política de dar privilégio ao privado [...], então, essa lógica é que não é correta, teria que estar mudando”. (GESTORA “A”)

“A gente não sabe também até que ponto, quando eles sentam naquela cadeira lá, que a cabeça muda, mas no mínimo teria que ser uma pessoa que já passou por isso aqui, que conhece o funcionamento [...]. Não sei, acho que vai ser uma coisa perpétua, enquanto o hospital não tiver uma autonomia, e essa gestão cair na mão do município, eu acho muito difícil. Eu acho que cada um tinha que gerir o seu e isso ia direto pro Ministério da Saúde, uma coisa assim, porque cada um que entrar lá se ele for contra a política daqui, pronto, acabou! Não tem como ir pra frente”. (GESTORA “Q”)

Análise Teórica

As contradições inerentes à relação entre o HU/CAS/UFJF e a Secretaria Municipal de Saúde podem ser muito bem ilustradas pela inversão de prioridades estabelecida por esta última no processo de contratualização, ao privilegiar o privado em detrimento do público na organização da assistência loco-regional, e por abordar unilateralmente a missão do HU/CAS/UFJF nesse mesmo processo, desconsiderando o compromisso com a formação de recursos humanos e produção de conhecimentos, quando na contratação de seus serviços assistenciais.

Por outro lado, a persistência dessa dicotomia entre ensino e assistência também se manifesta no discurso de alguns gestores e profissionais do HU/CAS/UFJF, por exemplo, quando, ao criticar a lógica por procedimentos do SUS como prejudicial à sua qualificação assistencial, uma das entrevistadas se contradisse argumentando que os profissionais nele inseridos “não recebem para a assistência, mas para dar aula”, dissociando o saber e o fazer no processo cuidador. Em outro relato, se subestimam os procedimentos e serviços de nível primário desenvolvidos institucionalmente, ao considerá-los como “coisas que qualquer lugar faz”, concebendo o HU/CAS/UFJF ainda como um centro de referência exclusivamente especializado em termos assistenciais e de conhecimento; reduzindo sua missão institucional.

De acordo com a portaria 1.006, de 27/05/04 – Ministérios da Saúde e da Educação – a contratualização é o processo por meio do qual as partes, o representante legal do hospital de ensino e o gestor local do SUS estabelecem metas quantitativas e qualitativas do processo de atenção à saúde, de ensino e pesquisa e de gestão hospitalar que deverão ser acompanhadas e

atestadas pelo Conselho Gestor da Instituição ou pela Comissão Permanente de Acompanhamento de Contratos. Isso, tendo em vista:

[...] redefinir o papel do Hospital de Ensino no sistema municipal ou de referência, de acordo com a abrangência e o perfil dos serviços a serem oferecidos, em função das necessidades de saúde da população, determinando as metas a serem cumpridas; a qualificação da inserção do Hospital de Ensino na rede estadual/municipal de saúde, as definições dos mecanismos de referência e contra-referência com as demais unidades de saúde; as mudanças das estratégias de atenção; a humanização da atenção à saúde; a melhoria da qualidade dos serviços prestados à população; a qualificação da gestão hospitalar; e o desenvolvimento das atividades de educação permanente e de pesquisa de interesse do SUS (MINISTÉRIOS DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO, 2004).

Segundo Vasconcelos (2005, p. 5), esse processo tem sido incentivado desde o fim dos anos 80, durante a vigência do SUDS, porém, ainda está longe de uma integração pactuada e cooperativa, “em que as duas partes assumam compromissos mútuos e compartilhem responsabilidades na construção do SUS, na formação de pessoal para a saúde e na produção de conhecimento operacional, voltado para a qualificação da assistência oferecida no conjunto dos serviços”. Isso porque a relação entre HUs e SUS ainda configura-se como mera compra e venda de serviços, seguindo lógicas e interesses distintos:

A difícil integração com o SUS, apesar de estimulada por várias iniciativas institucionais nos últimos trinta anos, é reveladora das contradições entre a lógica do sistema e a lógica do hospital. O sistema de saúde busca integrar os HUs à rede assistencial, procurando regular sua oferta de serviços às demandas sanitárias não atendidas pelos demais serviços. O hospital de ensino, expressando suas contradições internas, pretende selecionar sua clientela e definir seu modelo assistencial segundo a lógica própria, dos serviços especializados, pretensão cada vez mais condicionada pela modalidade do financiamento vigente (VASCONCELOS, 2005, p.9).

Ressalta-se que essa lógica dual também se evidencia nas falas dos entrevistados, especialmente entre os gestores do HU/CAS/UFJF, como dificultadora à sua integração à rede, na medida em que a lógica da produtividade, prevista na organização do sistema, compromete sua missão assistencial, que prima pela qualidade dos serviços prestados. Isso porque os recursos de custeio dos HUs – excluindo-se os gastos com pessoal, mantidos pelas Universidades – são majoritariamente dependentes da oferta de serviços ao SUS, estando

condicionados a um sistema de pagamento por produção de atos médicos que apresenta “graves distorções e produz conseqüências indesejáveis sobre as formas de organizar as ações assistenciais. A ausência de uma política governamental para esses estabelecimentos torna incertos os recursos para investimentos” (VASCONCELOS, 2005, p. 3).

Por outro lado, segundo o autor, há uma percepção negativa dos gestores do SUS em relação aos HUs. Em muitas regiões, eles se mostram insatisfeitos com as respostas destes às demandas assistenciais e reclamam de sua precária interação com a rede, apesar de manterem uma atitude passiva na relação com esses estabelecimentos. “Os gestores do SUS não têm ido além de uma atitude de reclamação e de cobrança por mudanças no perfil assistencial desses estabelecimentos, não apresentando propostas de um novo patamar de relacionamento com as universidades” (VASCONCELOS, 2005, p. 6). Soma-se a isso o descumprimento dos preceitos constitucionais por parte destes atores, referente à contratação de serviços privados pelo SUS em caráter complementar; o que também foi denunciado pelos entrevistados.

Stephan-Souza et al. (2008), ao analisar, num de seus trabalhos, a relação dos gestores municipais com o HU/CAS/UFJF, no processo de regionalização, afirmam a necessidade de se tomar medidas para garantir o atendimento público oferecido por esta instituição, como enfrentamento à inversão de prioridades citada acima:

Se todos os serviços públicos: hospitais, ambulatórios pertencem ao SUS, o gestor municipal de saúde tem o compromisso real com a utilização de toda capacidade instalada de serviços hospitalares e ambulatoriais públicos ou não, como se constata, o direcionamento para os serviços privados, desrespeitando a lógica contida nas diretrizes do SUS. Do mesmo modo, o Hospital Universitário deve oferecer respostas efetivas às necessidades do gestor municipal e seguir à risca a contratualização efetiva com a Secretaria Municipal de Saúde, assumindo que o ensino deve acompanhar a assistência, sem preponderância do primeiro (STEPHAN-SOUZA, 2008, p. 263).

Nesse sentido, a ABRAHUE – Associação Brasileira dos Hospitais Universitários e de Ensino – tem expressado a defesa de um novo papel para os mesmos, com destaque para a avaliação e utilização de novas tecnologias em saúde e sua posterior aplicação na formação dos profissionais e na qualificação do atendimento na rede, apoiada em protocolos assistenciais fundamentados em pesquisas (ABRAHUE, 2002).

A ABRAHUE assume também a proposta de um novo padrão de relacionamento com o SUS e de modalidades de financiamento global, assentada em contratos de gestão em que se

pactuem metas que sirvam de base para a avaliação dos contratos, superando assim a atual modalidade de pagamento por procedimentos que tem enviesado a oferta de serviços pelos hospitais. “Essa iniciativa deverá rebater no plano da gestão e das práticas, pela necessidade de se redefinir o padrão de gastos associado a um modelo assistencial fundado em procedimentos, cada vez mais complexos e custosos, sem uma criteriosa avaliação de seus resultados assistenciais” (VASCONCELOS, 2005, p.13).

Modelo, segundo Vasconcelos (2005), responsável pela frustração de expectativas dos vários agentes que a vivenciam: os usuários, pelas dificuldades de acesso e de resolução de seus problemas em tempo oportuno; os estudantes, por entenderem que a sobrecarga assistencial desqualifica o ensino; os dirigentes hospitalares pelas dificuldades em operar uma relação com os gestores do SUS que supere a vertente mercantil de compra e venda de serviços; e estes últimos, por não verem atendidas as demandas assistenciais e de capacitação do sistema (VASCONCELOS, 2005).

Entendemos que essa integração não pode ficar restrita à articulação do hospital com a rede, na condição de prestador de serviços complexos referenciados, mas deve ser pensada como uma relação em que se estabeleçam compromissos assistenciais, de ensino e pesquisa, voltados para fortalecer a formação de pessoal para o Sistema de Saúde, a educação continuada e a produção de conhecimentos. A contribuição da Universidade para a qualificação da assistência na rede de saúde e para o fortalecimento do SUS deve ser parte integrante de um novo padrão de relacionamento da universidade com o sistema de saúde (VASCONCELOS, 2005, p. 14).

Para Campos (1999, p. 192), esse novo padrão de relacionamento deve se estabelecer por meio dos programas de cogestão, já discutidos anteriormente, que conferem estabilidade ao processo de negociação, diminuindo os efeitos negativos da descontinuidade administrativa dos serviços públicos. “[...] talvez fosse conveniente maior grau de integração e articulação com o SUS, criando-se instâncias em que usuários e autoridades sanitárias regionais pudessem opinar”.

Dessa forma, caberia discutir a viabilidade política, técnica e financeira desta modalidade gerencial inovadora, tendo em vista efetivar os compromissos públicos contratualizados tanto em nível assistencial quanto formativo, com autonomia e responsabilidade entre os atores envolvidos.

Diante das dificuldades de contratualização relatadas por gestores e profissionais do HU/CAS/UFJF, essa autonomia vem sendo defendida como condição primordial à sua

sustentabilidade organizacional, na medida em que possibilita experimentar arranjos mais flexíveis e condizentes às suas necessidades e complexidade estrutural. Entretanto, as interpretações correntes sobre o tema “autonomia” mostram diferenças substanciais em seu conteúdo político-ideológico, constituindo-se pauta de discussões polêmicas entre os principais órgãos e representantes da área da saúde, na atualidade, e de projetos governamentais ao setor; o que será analisado na subcategoria a seguir:

3.15 AUTONOMIA FINANCEIRA

Questionou-se aos gestores do HU/CAS/UFJF sobre quais têm sido os mecanismos utilizados para se atingir a autonomia financeira do mesmo. Os mecanismos mencionados incluem: buscar novas parcerias com o Estado, especialmente, através do Programa Viva Vida; estimular a pesquisa como fonte de financiamentos; ampliar contratualização com a Secretaria Municipal de Saúde; buscar convênios e parcerias através de projetos e emendas parlamentares, por intermédio do Reitor da UFJF.

Falas dos gestores:

“[...] hoje, as buscas são: estimular a pesquisa [...] buscar Estado, buscar contratualização com o que tem no CAS, ampliar essa contratualização, uma das coisas foi o Viva Vida que vai nos ajudar, e temos o Pró-Hosp que nos ajuda um pouco, mas aumentar em nível local, porque nós estamos inseridos aqui, nós temos que trabalhar micro e macrorregião e tentar buscar esse recurso”. (GESTOR “G”)

“A gente tem a parte fixa da contratualização, tem uma parte de variáveis que são a alta complexidade, então, a gente tem feito assim, senta todo mês, discute, nós estamos agora envolvendo Reitoria, o Reitor, os Pró-reitores, porque o hospital está na dificuldade de caminhar mesmo, a gente tem um déficit que vem aumentando e, com o aumento da demanda, aumenta os recursos humanos, então, a gente tem consciência que, só com o SUS com o que é contratualizado, a gente não tem condição de continuar. Fechar serviços não é bom nem para nós, porque o que se fecha dificilmente se abre novamente, além de que cai num descrédito: eles abriram e não tiveram pernas pra continuar. Então, tem que pensar muito, mas a gente tem tentado buscar convênios, parcerias, o “R” (reitor) é muito bom pra isso também e tem corrido atrás de emendas parlamentares, a gente sente que pra saúde é mais fácil você conseguir projetos, você, apresentando um bom projeto, você consegue aprovação. A gente sabe que todo hospital é complexo, trabalhar só com o SUS é difícil, alguns falam que é impossível, mas a gente tem que fazer nosso dever de casa, temos tentado trabalhar pra equilibrar esse orçamento/financeiro de alguma forma”. (GESTORA “A”)

Com relação à Portaria nº 04, de 29 de abril de 2008 – da Subsecretaria de Planejamento e Orçamento do Ministério da Educação, que determina que as instituições públicas de ensino superior passem a ter uma unidade gestora dentro do ambiente hospitalar –, questionou-se também aos gestores sobre no que a referida portaria poderia contribuir, em termos gerenciais, para o HU/CAS e a UFJF. As contribuições para o referido hospital, segundo os entrevistados, seriam: conhecer e controlar seu faturamento (orçamentário-financeiro); levantar necessidades quanto aos recursos humanos para realização de concurso público; agilizar os processos de compra, pagamento e contratos; maior transparência em termos operacionais. A contribuição para a universidade seria: desconcentração das demandas destinadas ao setor de suprimentos, embora, por outro lado, se demonstre insatisfação com a restrição ao domínio de suas atribuições (poder de controle).

Falas dos gestores:

“Eu acho que essa separação ela tinha que acontecer, porque, quando você está junto, no bolo grande da universidade com todo orçamento, você não tem noção. Eu até hoje, apesar de todas as reuniões que a gente tem tido com as pró-reitorias, com o Reitor, eu não tenho noção, hoje, do que eu tenho em caixa e eu já consegui abrir muito mais essa planilha do que antes, porque antes eu não tinha noção nenhuma [...]. E as compras não eram feitas aqui, então, quer dizer, quando você encaminhava uma solicitação, nem era pedido de compra, era uma solicitação pra Reitoria comprar, aí aquilo era engavetado lá [...]. Eu acho que isso foi um ganho para os hospitais, eu vi com muita alegria, pra te falar a verdade, porque eu estava num sufoco aqui, sem ter visão de nada. Eu acho que foi positivo, apesar de que existe uma relação de amor e ódio. A Reitoria, o setor de suprimentos, de compras deles, no meu entendimento, eles odeiam o HU, por quê? Porque o HU compra demais, o HU demanda mais, o HU gasta demais, eu não paro de trabalhar por conta do HU... Eu acho que foi muito positivo, apesar de que eles odeiam o HU, mas eles não querem largar o HU, eles não querem! Eu estou com uma equipe treinando lá há dois meses e a equipe não aprendeu nada, nada! Então, assim, eles não querem cortar o cordão umbilical, eles não querem que a gente saia de lá, e, com essa portaria, vai ter que sair, mas não querem, é aquela filha que tem que estar sempre ali do lado da mãe e não pode separar. Acho que essa autonomia que foi dada aos Hospitais Universitários ela é necessária sim, pela nossa complexidade e pela necessidade que a gente tem, pela urgência que a gente tem em compras, pelos processos, porque a Universidade trabalha com um número muito limitado de compras e de processos e o hospital é maior, da Universidade toda, os nossos processos lá são 75% só do Hospital Universitário, tanto de contratos, como de compras, como de pagamentos, então, precisa de ter uma estrutura separada”.
(GESTORA “A”)

“A única coisa que essa portaria traz, na realidade, é que, a partir do momento que você diferencia a unidade gestora, o hospital tem conhecimento claro do que ele recebe e do que ele gasta, então, dá uma clareza no quê que é, porque hoje ainda é muito mesclado com a universidade [...], então, melhora em termos operacionais diários, você tem um controle do faturamento, do que é contratualizado, do que você tem de orçamento e do que você tem de

financeiro, isso é fundamental, era uma dificuldade. Agora, em termos de recursos humanos e patrimônio, o que me interessa na realidade é justamente essa parte: se verificar os recursos humanos do hospital é uma forma de levantar as necessidades para realização de concurso público, ótimo! E o patrimônio, o hospital é da universidade, então, é da comunidade. A dupla é um preparo para instalar a Fundação? Pode ser. Mas, na prática, o que a gente quer é dar clareza, até porque a gente é da universidade”. (GESTOR “G”)

Em relação ao Projeto de Lei Complementar n° 92/07, de 13/07/2007 – do Ministério da Saúde e Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, que trata da instituição pelo Poder Público da Fundação Estatal de direito privado –, foi perguntado aos gestores, a partir das discussões que estes têm acompanhado em Brasília, se há críticas ao referido projeto.

Segundo os entrevistados, as críticas partem predominantemente dos funcionários dos HUs. Entre os dirigentes, embora alguns venham se posicionando a favor da PLP n° 92/2007, a grande maioria tem feito críticas, as quais incluem: o desrespeito ao processo eleitoral destes dirigentes, conduzido, até o momento, de forma democrática pela comunidade dos HUs; incerteza quanto à desvinculação dos HUs do Ministério da Educação; preocupação com o financiamento do ensino e da pesquisa.

Chama atenção o fato de essa preocupação ter sido demonstrada desvinculada da assistência, como se a ameaça aos investimentos em pesquisas deficitárias não repercutisse diretamente na qualidade da assistência prestada aos usuários do SUS.

Falas dos gestores:

“Tem tido críticas. Os dirigentes dos hospitais universitários veem isso com muito temor, principalmente porque, pelo projeto, a indicação do diretor é feita pelo Ministro, então, isso aí preocupa muito, porque existe um processo eleitoral dentro dos hospitais universitários, então, existe muito temor dos dirigentes e da comunidade dos hospitais em relação a isso, porque você imagina, hoje, cai aqui numa pessoa que vem de não sei onde, uma pessoa politicamente indicada, vai cair aqui de paraquedas. E as outras coisas, essas dúvidas, se transformar em Fundação Estatal de direito privado, vai ficar ligado ao Ministério da Saúde? Vai ficar ligado ao Ministério da Educação? Ou igual falaram comigo no Rio, que eu me surpreendi, já é Ministério do Planejamento. Então, existe toda essa dúvida. Mas, não sei se emplaca, o que eu sinto é o seguinte, é um projeto do Ministério da Saúde, e o Ministério da Educação como o hospital, às vezes, pra ele é um problema não importa também, se for preciso passar a bola, passa, entendeu!? Na verdade, quem tem se empenhado muito é o Temporão (José Gomes Temporão – Ministro da Saúde) pra que isso saia. Então, não sei, pode sair e pode não sair”. (GESTORA “A”)

“Os funcionários criticam, alguns diretores de hospitais são favoráveis e eu estou muito preocupado. Se eu for pensar só no equilíbrio financeiro e na assistência, eu vou na Fundação, até porque abre outras possibilidades, outros mercados, mas a minha preocupação é como vai ficar o financiamento do ensino e da pesquisa. Será que vai ter o

foco realmente na saúde pública? Eu tenho minhas dúvidas, porque eu acho que ensino e educação é função do Estado, como a política em relação à Aids, eu acho que nenhum grupo privado complementar ele vai dar resolução em relação à Aids igual o governo no Brasil [...]. A pesquisa, até pode ter aquela que interessa aos grupos financiadores, e aquela que não interessa? E se você quer fazer uma pesquisa que não interessa às multinacionais, então, quem vai financiar isso? Ninguém, porque ela é deficitária, mas estas pesquisas também são importantes, esse é meu medo. E o ensino? A formação se ela não interessar ao viés de quem está na fundação estatal, como vai ficar o ensino?” (GESTOR “G”)

Considerando que o governo tem divulgado a fundação estatal de direito privado como uma nova tecnologia organizacional capaz de dotar a gestão pública de agilidade e efetividade no atendimento às demandas sociais do país; perguntou-se aos gestores sobre qual sua perspectiva política e operacional em relação a este projeto:

“Eu tenho apoiado os funcionários, tenho levantado os questionamentos. Agora, se ela é viável na realidade, na realidade, eu saio porque o dirigente é indicado, não é eleito. Mas, eu não sou contra por causa disso. Obviamente, se vier e se eu pudesse ser, eu não ficaria, porque se eu tenho essas dúvidas, eu não ficaria simplesmente. Mas acho que isso ainda demora um período [...], tá muito na discussão, os funcionários estão fazendo suas discussões internas. Mas eu vejo que, se vier por decreto, você não vai ter muito que escolher, quem não concorda sai e quem concorda fica, que é mais uma coisa preocupante. É o que eu falei com eles (funcionários do HU) não adianta desanimar, acho que nós temos que estruturar e implantar os modelos, ir mudando a gestão, até pra quem chegar saber que aqui existe estrutura, existem barreiras que precisam ser, pelo menos, convencidas a mudar. Porque, se ele chega e não tem estrutura nenhuma, é muito mais fácil se implantar o modelo (da Fundação), a gente não concorda com o modelo, mas qual a chance que você tem? Nenhuma. Então, pra quem chegar o terreno está preparado, é uma estrutura desorganizada, não tem nenhuma proposta... é muito mais fácil, do que você chegar, por exemplo, em um hospital que já tem Unidades de Produção, já bem organizado... e pode ser que seja um modelo que não é definitivo, de repente, ele pode vir e nem funcionar, então, a gente tem que estar preparado pra isso também. A gente tem que estar preparado porque, se chegar e a gente tiver aqui perdido, aí que ele vai ser implantado e aí que ele vai durar mais tempo”. (GESTOR “G”)

Quanto à repercussão esperada para ambas as medidas (PLC 92/07 e Portaria nº 4, de 29/04/08) no ensino, na Gestão de Pessoas e na organização e qualificação da assistência; destaca-se:

“Com relação à portaria, acho que tudo dentro de uma mesma infraestrutura vai facilitar muito, não só para nós dirigentes como para os chefes de serviço, para o médico, porque o médico tá lá com o paciente e tá precisando daquele remédio, hoje, ele pode bater no setor de compras e falar assim: ‘aqui, já foi encaminhado? Como é que tá? Que dia que chega?’ Outra coisa muito legal que eu acho, que a gente não tinha nenhuma noção é você poder participar do pregão, na hora que o pregão tá na tela e você poder tá chamando a equipe pra assistir o pregão [...]. E os pareceres, agora vai ser muito mais ágil, está tudo aqui dentro [...], então, tudo isso veio facilitar. Agora, a Fundação Estatal de direito privado

não sei, aí eu não sei, existe muito mito, existe muito questionamento, o Conselho Nacional de Saúde não aprovou, não aprova, então, existe muita discussão. Eu acho que ainda tem muito desconhecimento e acho que a gente tem que dar mais oportunidade às pessoas para estar discutindo e essa era a nossa intenção, mas eu tenho medo de trazer pessoas para falar e depois não ter plateia, as pessoas não se envolverem, então tem tudo isso. Eu acho que está obscuro, já li muito material sobre isso e existem muitas dúvidas”. (GESTORA “A”)

A concepção dos gestores do HU/CAS/UFJF acerca da realização de convênios com outras entidades, inclusive privadas, como alternativa para captar mais recursos à qualificação assistencial dos hospitais universitários também foi investigada.

As falas indicam uma tendência favorável à realização de convênios com entidades privadas como alternativa capaz de conferir sustentabilidade e complementação orçamentária ao HU/CAS/UFJF, dadas as dificuldades de contratualização com a rede; o que garantiria assistência aos usuários do SUS e qualificaria os serviços prestados.

Falas dos gestores:

“[...] se isso for colocado, acho que deveria que ter a participação do Ministério Público pra entender que realmente é um recurso que vem pra ser aplicado no Sistema Único de Saúde, pra melhorar a qualidade da pesquisa, ensino e da assistência, a comunidade tem que saber das regras, claramente, pra ver se vai participar do processo”. (GESTOR “G”)

“Ideal que o médico trabalhasse, exclusivamente, por parte do hospital universitário, e pudesse atender à população de baixa renda e pudesse atender os convênios particulares também, uma operação “Robin Hood”, você tira daqui e traz pra cá: sustentabilidade, você tira de quem tem pra poder bancar aquilo que não tem. Então, é muito importante realmente essa autonomia financeira no sentido de você ter a tua previsão de gastos, de você manter a sustentabilidade, de você conseguir propor essa política Robin Hood [...]. Vem com essa ideia: tá deixando de atender doentes do SUS. Não tá. Ele tá buscando autonomia financeira pra poder não parar e não deixar de atender os pacientes do SUS. Ele não pode, obviamente, virar um hospital de convênio particular, não é isso, de forma alguma. Mas, ele tem que buscar uma fatia, onde ele possa buscar esse dinheiro pra dar sustentabilidade, onde ele possa manobrar e trabalhar, pra que ela possa alocar recursos rapidamente num determinado momento, porque senão fica muito engessado”. (GESTOR “D”)

“Nosso hospital é 100% SUS, eu acredito que deveria ser 100% SUS, mas, hoje, a gente vê com grande dificuldade, a gente aumentou muito o nosso atendimento e não tem retorno [...]. Hoje, eu já acredito que tenha que ter uma complementação, e já que a gente tem ido à Brasília e não tem nada assinado de que eles vão tá ajudando tanto no orçamentário como nos recursos humanos, a gente tem que buscar alternativas. Então, eu acredito que ele poderia ser 100% SUS, ele teria condição de atender a uma demanda reprimida e que tá na rede perdida, mas também, se não contratualizarem e não passarem recurso, a gente não tem condição, porque vai acabar a gente endividando tanto, tanto... que vai ter que fechar,

vai chegar uma hora que vai ter que ser igual o Fundão que fechou uma parte, a UFMG fechou uma parte, porque não tem condição”. (GESTORA “A”)

Por fim, perguntou-se a todos os entrevistados – profissionais e gestores – como avaliam esse processo de autonomia financeira do HU/CAS/UFJF. As falas revelam: dúvidas quanto à competência gerencial desta instituição para administrar sua autonomia; posição favorável em relação à portaria nº 4, preocupando-se, porém, com a possibilidade de esta constituir-se no primeiro passo à instituição da fundação estatal; autonomia ao ampliar responsabilidades financeiras pode contribuir para um maior comprometimento dos gestores do HU/CAS/UFJF com a instituição; preocupação com possível desvinculação do Ministério da Saúde com o projeto da fundação estatal, o que comprometeria o desenvolvimento do ensino e pesquisa; defesa da autonomia como garantia à sustentabilidade do HU/CAS/UFJF; defesa da desvinculação deste hospital em relação à universidade.

Falas dos entrevistados:

“Na minha opinião, eu tenho certeza que a gente vai ganhar com isso [...]. E eu posso afirmar pra você que, a partir do momento que você sentir que está mexendo no seu bolso, a sua responsabilidade vai ser muito maior”. (PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM “M”)

“... Se a gente conversa com as pessoas que fazem a defesa dessa autonomia financeira, isso já aconteceu comigo, eles dizem que ninguém conhece as peculiaridades, as particularidades de uma gestão hospitalar, a questão da urgência, a diversidade de demandas que tem, o tempo dessas demandas. Então, ter autonomia desse processo seria o grande pulo do gato pro hospital. Eu acho que nem todo pulo do gato é legal, acho que tem pulo do gato que é desastroso e eu acho que esse também pode ser. Eu me pergunto se a gente tem competências, habilidades pra gerenciar essa questão da autonomia financeira. Se tivermos, talvez, realmente possa ter um ganho. Eu fico com medo do que vem junto dela, porque, aí, eu acho que a autonomia financeira vai trazer esse desgarramento da instituição pública, pode trazer uma presença mais marcante das fundações, dessas que existem e de outras, aí, conseqüentemente, privatização, a falta de controle público. Mas eu não sou uma administradora financeira, então, eu não sei, as pessoas que fazem a defesa, até falam com certa propriedade disso, mas eu acho, inicialmente, preocupante”. (PROFISSIONAL DE SERVIÇO SOCIAL)

“[...] A gente sabe que, hoje, o hospital vai receber o dinheiro direto, não vai passar pela universidade, então o que ele quiser comprar ele mesmo vai comprar, a universidade não tem que repassar o dinheiro pro hospital universitário, eu não sei se isso vai ser bom. Se for só isso, eu acho que pode ser que melhore sim, mas a gente nunca sabe se é só isso ou se já vai ser o primeiro passo pra fundação de direito privado [...]. Se virar Ministério da Saúde, é só assistência, não tem ensino, então, dizem que não há interesse das universidades que isso aconteça, vamos ver”. (GESTORA “S”)

“Eu acho isso fundamental. A gente tem que buscar essa autonomia financeira, até porque não tem mais condição de você ir sucateando, sucateando... e para, aí vem greve, porque o salário não tá bom, aí greve, porque não tem material, ninguém aguenta isso. A busca da

autonomia financeira é um grande sonho pra que a gente pare realmente de depender de mesadas do governo federal”. (GESTOR “D”)

“Eu acho que isso é indispensável. Eu particularmente não concordo com a vinculação do HU à Universidade, eu acho que tinha que ser coisas independentes, assim, a universidade é uma coisa e os órgãos assistenciais são outros [...] na verdade, por ele (o HU) ser um órgão também federal, ele ser usado pela universidade como campo de estágio e só. Agora, em relação à assistência, isso seria acordado com os professores, teria que se doar uma parte da carga horária para o hospital, isso como é feito em unidades privadas, como é feito no próprio HPS, porque, hoje, a vinculação da maneira que é feita não tem como. Não tem como o diretor do HU não poder cobrar a carga horária de um professor, então, eu acho que tinha que separar, porque senão qualquer coisa a ser feita o professor ameaça sair do hospital, simplesmente, o professor para de vir ao hospital e aumenta uma aula prática dele, cria uma reunião, cria-se um grupo de estudo, uma liga feita fora do hospital e esse profissional simplesmente para de fazer assistência. Então, assim, a gente tem um problema muito grande nessa mistura de faculdade com hospital”. (PROFISSIONAL MÉDICO)

Análise Teórica

Unidade Gestora

Segundo Vasconcelos (2005), o aspecto organizacional dos HUs, como componente de sua “crise”, se expressa na inadequação do modelo burocrático e hierárquico para articular a multiplicidade de serviços e lidar de forma racional com a complexidade da organização. “Sua vinculação e dependência normativa à Universidade, que lhe subtrai autonomia decisória e capacidade de governo, é um elemento adicional a reforçar o coro de seus dirigentes contra o ‘engessamento’ burocrático da organização” (VASCONCELOS, 2005, p. 3).

Para esse autor, a convivência com esse modelo tem se dado de maneira conflituosa, mediante a utilização de organismos paralelos para flexibilizar o gerenciamento dos recursos, através da criação ou adoção das Fundações de Apoio, como ocorre na realidade do HU/UFJF. Indica, como outra linha de fuga desse modelo, a autonomização dos serviços em institutos que passam a ter vida organizativa própria; ambas as medidas, adiando a busca por uma solução mais efetiva para os problemas desses estabelecimentos:

As iniciativas dos dirigentes estão voltadas para administrar o cotidiano da crise, procurando minorar seus aspectos mais críticos. Nesse campo tem se implementado desde programas de modernização gerencial, na variante da qualidade total, com vistas a melhorar a eficiência e eficácia dos serviços, até iniciativas voltadas para aumentar a captação de recursos, como a venda de serviços a convênios e planos assistenciais. A flexibilização na gestão dos recursos tem sido perseguida com a utilização cada vez mais intensa das

Fundações de apoio que têm facilitado a captação de recursos e viabilizado a contratação de pessoal (VASCONCELOS, 2005, p. 7).

Contratação que, no caso de pessoal terceirizado, é feita, muitas vezes, com recursos de custeio, mostrando as contradições vivenciadas pelos gestores que, ao priorizar a reposição de pessoal, o fazem desviando recursos de sua finalidade; o que também pode ser observado na realidade do HU/CAS/UFJF, sobretudo, na Unidade Dom Bosco, visto que seu funcionamento depende maciçamente da força de trabalho terceirizada e dos funcionários contratados, recentemente, pela Fundação HU.

Vasconcelos (2005) acrescenta que a luta por recursos para investimento tem se realizado em moldes tradicionais, baseada na influência de grupos de pressão sobre parlamentares ou dirigentes de executivo, na barganha de recursos orçamentários ou na disputa de projetos junto às instâncias gestoras do SUS, que definem a distribuição dos escassos recursos para investimento.

Nesse campo, segundo a ABRAHUE, muitas oportunidades de investimento têm surgido de iniciativas nacionais ou de recursos federais na forma de emendas parlamentares; como confirma o relato de uma das entrevistadas. “Em regra, não estão associados à necessária previsão de pessoal e fontes de custeio que assegurem a manutenção (frequentemente muito cara) e atividade dos equipamentos” (ABRAHUE, 2002, p. 3).

A ABRAHUE (2002) também aponta, como uma das alternativas buscadas pelos HUs ao enfrentamento de sua crise financeira, o atendimento a pacientes privados e de convênios, que, segundo a referida associação, lhe oferece fonte de recursos e oportunidades de ganho adicional para seu corpo docente médico. Essa parceria com o privado – a qual não ocorre na realidade do HU/CAS/UFJF, mas que não foi descartada por seus gestores – segundo Neto e Malik (2007, p. 831), levou à criação de uma *segunda porta*, com distorções no acesso, sobre as quais o Ministério Público tem se posicionado com cautela. “Esta prática também tem sido utilizada para melhorar a capacidade de estes hospitais reterem seu corpo clínico, aumentando a quantidade de variáveis a considerar na análise da questão e no encaminhamento de possíveis soluções.”

Diante desse paradoxo entre ganho de autonomia e inserção do hospital na rede SUS, Campos e Amaral (2007) afirmam ser necessário delimitar o âmbito dessa autonomia. Admitem que os mecanismos de gestão dos recursos financeiros e materiais demandam a incorporação de novas tecnologias e maior flexibilidade administrativa. Admitem também que

os instrumentos hoje instituídos para a gestão de pessoas não têm sido capazes de viabilizar mudanças significativas no modo de produzir saúde. Portanto, nesses campos, defendem a ampliação da autonomia, assim como Cecílio (1997) em suas indicações para intervenção no espaço hospitalar, onde a questão da autonomia aparece tanto na gestão dos recursos financeiros e materiais quanto na administração de recursos humanos.

Segundo Cecílio (1997), para aumentar a autonomia financeira dos hospitais, faz-se necessário, inicialmente, transformá-los em unidades orçamentárias, cumpridos os requisitos legais, de forma a lhes permitir preparar o planejamento orçamentário e financeiro, assim como sua execução. Nesse sentido, defende assegurar ao hospital a competência de efetuar todos os pagamentos relativos às compras e contratação de serviços.

Com relação à autonomia na administração de recursos humanos, esse autor enfatiza a importância de se delegar aos hospitais a prática de todos os atos administrativos relativos ao seu quadro de pessoal, tais como: concessão de licenças, desde que cumpridas as formalidades legais específicas; programação e concessão de férias; processamento de exonerações e demissões; liberação de servidores para participação em treinamentos externos; avaliação de desempenho de acordo com critérios estabelecidos no próprio hospital; planejamento e execução de treinamentos específicos para os servidores; anotações de carteira de trabalho, quando for o caso; administração de cargos e carreiras; manutenção da ficha funcional dos funcionários; aplicação de penalidades, resguardadas as limitações legais; execução da folha de pagamento em todas as suas etapas mediante o que ficar definido nos acordos específicos de modo a garantir o completo controle da aplicação de recursos por parte do governo em suas diversas instâncias; e um conjunto de outros atos que poderão ser delegados em função do estágio de capacitação do hospital.

Por fim, Cecílio (1997) apresenta os pontos necessários para se aumentar a autonomia dos hospitais na administração de seus recursos materiais: assegurar aos hospitais públicos competências para adquirir materiais, bens, equipamentos, medicamentos, contratação de serviços e outras atividades similares sob qualquer modalidade de licitação; garantir ao hospital a plena autonomia para controlar o seu patrimônio, inclusive contratação para manutenção de equipamentos; possibilitar ao hospital a preparação e aplicação de licitação, contratação e acompanhamento de execução de obras; permitir ao hospital a manutenção de Comissão Permanente de Licitação, tendo presidente com mandato temporário, de acordo com as normas baixadas pelo governo.

Vale frisar que as indicações referentes ao controle patrimonial e à autonomia na gestão de pessoas foram assumidas recentemente pelo atual governo por meio da Portaria nº 4, de 29 de abril de 2008 – da Subsecretaria de Planejamento e Orçamento do Ministério da Educação –, que determina que as instituições públicas de ensino superior passem a ter uma unidade gestora dentro do ambiente hospitalar, “considerando a necessidade de dar maior transparência para a execução orçamentária, financeira e patrimonial dos Hospitais Universitários Federais de Ensino” (BRASIL, 2008). Transparência apontada pela maioria dos entrevistados como um dos principais ganhos a ser obtidos com a Unidade Gestora própria, em vigor desde junho de 2008.

O presente trabalho reconhece a pertinência destas indicações, sobretudo na realidade dos hospitais de ensino, uma vez que as necessidades e particularidades de sua dinâmica institucional nem sempre recebem a devida atenção e/ou priorização por parte das instâncias superiores de suas distintas Instituições Federais de Ensino, incidindo diretamente na efetividade de sua prestação assistencial.

Entretanto, para que essa autonomia se traduza em resolutividade e ampla responsabilização pelas demandas de saúde dos usuários, defende-se aqui o estabelecimento de mecanismos rígidos de fiscalização e prestação de contas nesse processo, tendo em vista garantir a sustentabilidade do SUS, respeitando seu aparato jurídico-legal, evitando possíveis distorções político-administrativas, como as já observadas no processo de contraforma estatal.

Em relação ao ordenamento jurídico, deve-se buscar assegurar uma modalidade que garanta autonomia gerencial e financeira aos estabelecimentos e incorpore os princípios de transparência, democratização dos controles e prestação de contas às instâncias universitárias, e o controle dos resultados por parte do Sistema de Saúde, dos Usuários e da própria Universidade, seguindo as diretrizes da co-gestão institucional (VASCONCELOS, 2005, p. 13).

Resta saber se, aplicada, a referida portaria tornará possível esses avanços organizacionais, ou se abrirá precedentes para a implantação da Fundação Estatal de direito privado, caso seja aprovada.

Fundação Estatal

Segundo Granemann (2007), em março de 2007, a página eletrônica brasileira do Banco Mundial divulgou um documento inédito com avaliações e propostas para aumentar a qualidade da gestão e racionalizar o gasto público do Sistema Único de Saúde. “Coincidentemente”, enfatiza a autora, em maio do mesmo ano, no sítio do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão¹², encontrava-se disponível para acesso público um conjunto de documentos sobre Fundações Estatais que espelhavam conclusões similares às elaboradas pelo Banco Mundial.

Essas conclusões foram feitas por um grupo de pesquisadores ligados ao governo Lula, a partir de discussões acerca da gestão nos hospitais federais, mais precisamente, acerca da crise dos hospitais do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro; o que acabou por justificar a criação do projeto de Fundação Estatal de direito privado.

Essa autora polemiza, porém, que, se a crise dos hospitais federais do Rio de Janeiro fosse mesmo a preocupação central que move o governo, dever-se-ia indagar pela razão de a proposta de fundações estatais ter a abrangência indicada por seus formuladores:

O Poder Público poderá instituir fundações estatais com personalidade jurídica de direito privado para o desenvolvimento de atividades que não tenham fins lucrativos, não sejam exclusivas do Estado e não exijam o exercício do poder de autoridade, em áreas como a educação, assistência social, saúde, ciência e tecnologia, meio ambiente, cultura, desporto, turismo, comunicação e previdência complementar do serviço público, para os efeitos do art. 40 da Constituição (MPOG, 2007, p. 9).

Verifica-se que a proposta encaminhada ao Congresso Nacional não é exclusiva para hospitais ou para a área de saúde, mas estende-se a toda e qualquer função pública em que não seja necessário o uso de poder de polícia. Lembrando que as atividades estatais mencionadas como não exclusivas do Estado também são herança do Plano Diretor do Aparelho Estatal – Plano Bresser – de 1995, que estabelecia os serviços passíveis de transferência à iniciativa privada.

Para Rezende (2007), tomar a saúde como área não exclusiva do Estado é no mínimo questionável, uma vez que a Constituição Federal, embora admita a prestação de serviços privados de saúde de forma complementar ao SUS, não indica sua substituição, principalmente onde os serviços já são públicos, como os Hospitais Universitários, os

¹²O principal documento sobre o tema em apreciação encontra-se disponível na página eletrônica do Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão, com o título Projeto Fundação Estatal – Proposta para debate.

Hospitais Federais, Estaduais e Municipais e quaisquer serviços existentes ou a serem instituídos com recursos públicos.

Segundo Granemann (2007), a noção de que as políticas sociais podem ser desenvolvidas nos moldes análogos aos serviços privados, tem levado os atuais formuladores do projeto de contrarreforma estatal a justificarem a constituição de fundações estatais em:

Setores em que cumpre ao Estado atuar de forma concorrente com a livre iniciativa, exercendo atividades que, embora consideradas de relevância para o interesse público, não lhe sejam exclusivas, necessitando para isso, de maior flexibilidade de gestão que favoreçam a eficácia e a eficiência da ação governamental (MPOG, 2007, p. 10).

Além da eficácia e eficiência governamental, o documento apresenta, ainda, como propósitos oferecer melhores condições para que os objetivos do SUS sejam implementados com mais profissionalismo gerencial, sobretudo, com instrumentos administrativos mais ágeis. Profissionalismo gerencial a ser alcançado sob a forma de contratação celetista, isto é, sob o regime jurídico da Consolidação das Leis de Trabalho, em que a seleção deverá ser por concurso público precedida de edital publicado no Diário Oficial.

Sob esse aspecto, essa autora discorre:

O argumento do Concurso Público faz parecer que as regras de contratação continuarão a ser diferenciadas e mais difíceis que as vigentes no mercado. Assim, parece-nos que as tão louvadas “regras de mercado” aplicam-se às obrigações para a força de trabalho, mas não aos seus direitos; isto é, os trabalhadores serão submetidos a concurso sem que tenham a estabilidade no trabalho. Pela CLT poder de contratar é poder de demitir (GRANEMANN, 2007, p. 46).

O projeto prevê, ainda, que cada fundação estatal terá seu próprio quadro de pessoal e, por consequência seu plano de carreira, emprego e salários; o que atinge de modo contundente a organização da força de trabalho, fragmentando-a e tornando-a frágil para lutar por melhores condições de vida e defender as políticas sociais nas quais se encontra inserida como prestadora de serviços.

Conforme o projeto, as fundações estatais ganham pela forma jurídica o direito, inclusive, de não contribuir com a formação do fundo público estatal:

[...] as fundações estatais que atuarem nas áreas sociais [...] gozarão de imunidade tributária sobre o patrimônio, renda ou serviços relacionados com suas finalidades essenciais e serão isentas da contribuição da seguridade social. A imunidade não abrange os rendimentos e ganhos de capital auferidos em aplicações financeiras de renda fixa ou variável (MPOG, 2007, p. 17).

O recolhimento de impostos e de contribuições para a Seguridade Social objetiva a formação de fundo público, ou seja, de orçamento que financiará as políticas sociais que, por sua vez, viabilizam os direitos e a proteção social da força de trabalho ocupada e excedente.

Com o Projeto de Lei Complementar 92/2007, porém, as fundações estatais, de uma parte, reivindicarão do Estado recursos para realizar a prestação de serviços e de outra não contribuirão para a formação do fundo público que sustenta a própria “política social” executada pela fundação, porque esta, ao prestar serviços sociais, gozará de imunidade tributária. “A conclusão possível deste arranjo privatista é o da transferência de fundos públicos aos capitais particulares pela forma de contratação de serviços e pela liberação da obrigação em contribuir com a formação do fundo público” (GRANEMANN, 2007, p.47).

Por fim, vale registrar o desrespeito ao Controle Social – componente legalmente instituído para a gestão do SUS – quando, no texto da PLP 92/2007, propõe-se um processo decisório definido a partir da atuação de conselhos moldados nas grandes empresas capitalistas, apropriando-se dos instrumentos de gestão típicos da iniciativa privada: “o sistema de governança da fundação estatal é colegiado e composto dos seguintes órgãos de direção superior e administração: (a) Conselho Curador; (b) Diretoria-Executiva, (c) Conselho Fiscal e (d) Conselho Consultivo Social” (MPOG, 2007, p. 25).

Pela proposta, o Conselho Consultivo Social subordina-se ao Conselho Curador ou Administrativo, não sendo explicitada sua composição numérica nem tampouco seu caráter deliberativo, como a própria denominação do Conselho suscita.

Com relação ao órgão mais importante do Projeto Fundação Estatal, o Conselho Curador, observa-se que ele será majoritariamente composto por representantes do governo, e não do Estado; o que, segundo Granemann (2007), poderá reproduzir e ampliar a prejudicial figura de participantes de Conselhos - principalmente se a hipótese de remuneração dos conselheiros for aprovada - que são cargos comissionados, em geral, da base aliada de governos e sem qualquer vínculo formal, muito adequada aos mecanismos de apadrinhamento por interesses implementados por governos, quando no controle do Estado.

O espaço para a participação da força de trabalho – tanto a empregada nas fundações como a de usuários da política social – é muito restrita e – diga-se, de modo muito coerente com toda a proposta de fundações estatais – a ênfase no processo decisório das ações da fundação estatal revela o primado da “técnica”, como ação neutra, sobre a política (GRANEMANN, 2007, p. 48).

Bravo e Menezes (2007, p. 14), ao analisarem a política de saúde no governo Lula, afirmam que, no início do mesmo, o Ministério da Saúde sinalizou, como um de seus desafios, a incorporação da agenda ético-política da Reforma Sanitária, explicitando o compromisso de garantir acesso universal, equânime e integral às ações e serviços de saúde. Entretanto, segundo as autoras, a condução desta política tem revelado a manutenção da disputa entre os dois projetos: o da Reforma Sanitária e o da Reforma Privatista, sendo que, “em alguns aspectos, o governo procura fortalecer o primeiro projeto e, em outros, o segundo”.

Nesse sentido, apresentam como aspectos inovadores da política de saúde que poderiam fortalecer o primeiro projeto: o retorno da concepção de Reforma Sanitária que, nos anos 90, foi abandonada; a escolha de profissionais comprometidos com a luta pela Reforma Sanitária para ocupar o segundo escalão do Ministério; as alterações na estrutura organizativa do Ministério da Saúde; a convocação extraordinária da 12^a Conferência Nacional de Saúde e a sua realização em dezembro de 2003 e a escolha do representante da Central Única dos Trabalhadores (CUT) para assumir a secretaria executiva do Conselho Nacional de Saúde (BRAVO; MENEZES, 2007).

Paim et al. (2005 apud BRAVO; MENEZES, 2007), ao realizarem um estudo sobre o primeiro mandato do referido governo, também avaliando a política de saúde, acrescentam que, para a atenção hospitalar e de alta complexidade, houve o fortalecimento dos vínculos dos HUs com o SUS, através das seguintes medidas: recomposição dos quadros de servidores desses hospitais; nova forma de financiamento dos HUs; estruturação do serviço de emergência, com o lançamento do Programa Nacional de Atenção Integral às Urgências e a criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); o estímulo e apoio à criação de Centrais de Regulação Regionais das Urgências. Com relação aos Programas Especiais, destaque para a manutenção dos de combate ao tabagismo e de Aids.

Para o presente estudo, em relação à atenção hospitalar, caberia destacar, ainda, como medidas afeitas ao projeto de Reforma Sanitária, as portarias 1.000, de 15/04/04, e 1.006, de 27/05/04, que afirmam o caráter público dos HUs, ao certificá-los como 100% SUS.

Em relação ao Controle Social, Paim et al. (2005 apud BRAVO; MENEZES, 2007) explicitam como principal avanço a criação da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa que tem como competência fortalecer a participação social e a realização de diversas conferências em articulação com o Conselho Nacional de Saúde. No final do primeiro mandato, destaque para a apresentação do Pacto pela Saúde (2006), embora Bravo e Menezes (2007) considerem que, até o momento, o mesmo não tem sido debatido amplamente na nossa sociedade.

Na outra ponta, como continuidade da política de saúde dos anos 90, as autoras destacam: a ênfase na focalização, na precarização, na terceirização dos recursos humanos, no desfinanciamento e a falta de vontade política para viabilizar a concepção de Seguridade Social. Como exemplo de focalização, indicam a centralidade do PSF, sem alterá-lo significativamente para que o mesmo se transforme em estratégia de reorganização da atenção básica “em vez de ser um programa de extensão de cobertura para as populações carentes” (BRAVO; MENEZES, 2007, p. 15).

A partir destas constatações, as autoras afirmam que a política de saúde vem sofrendo os impactos da política macroeconômica. Questões centrais como a universalização das ações; o financiamento efetivo; a Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde e a Política Nacional de Medicamentos ainda não estão sendo enfrentadas.

No segundo governo Lula, é escolhido para ministro da saúde um ator que participou da formulação do Projeto de Reforma Sanitária nos anos 80:

Em seu discurso de posse, o ministro José Gomes Temporão afirma que há uma tensão permanente entre o ideário reformista e o projeto real em construção, assim como aspectos culturais e ideológicos em disputa como as propostas de redução do Estado, de individualização do risco, de focalização, de negação da solidariedade e banalização da violência. Um dos possíveis caminhos para superação desse conflito certamente passa pelo reconhecimento da sociedade de pensar a saúde como um bem e um projeto social. É necessário, portanto, retomar os conceitos da Reforma Sanitária Brasileira que não se limitam à construção do SUS, mas ao aumento da nossa capacidade de interferir crescentemente na determinação social da doença. E os sujeitos deste processo são os usuários e os profissionais de saúde. Sem eles o projeto está derrotado (BRAVO; MENEZES, 2007, p. 18).

Entretanto, segundo as autoras, o atual ministro, no exercício de suas atividades, tem apresentado proposições contrárias ao projeto reformista, como a criação das Fundações Estatais de direito privado para a rede pública de hospitais, mas que pretende atingir todas as demais áreas não exclusivas do Estado, como visto anteriormente.

A análise feita por elas, após o primeiro governo Lula e os encaminhamentos do segundo mandato, é de que a disputa entre os dois projetos na saúde – existentes nos anos 90 – continua. “Algumas propostas procuram enfatizar a Reforma Sanitária, mas não tem havido vontade política e financiamento para viabilizá-las. O que se percebe é a continuidade das políticas focais, a universalização excludente, a não viabilização da Seguridade Social e a articulação com o mercado” (BRAVO; MENEZES, 2007, p. 19).

Identificam, ainda, mudança no discurso dos protagonistas do Projeto de Reforma Sanitária, principalmente a partir de 2007, com a escolha do ministro da saúde:

Há uma flexibilização de suas proposições pautada nas possibilidades de ação no atual contexto brasileiro. Diversos sujeitos sociais do Movimento Sanitário não têm enfrentado a questão central do governo que é a subordinação da Política Social à política macroeconômica. A grande bandeira do movimento, nos anos 80, era a perspectiva de Reforma relacionada à mudança de projeto societário [...]. Esta questão, aparece, na atualidade, de forma tênue. Não se percebe a busca de articulação com outros movimentos sociais, como ocorreu nos anos 80 (BRAVO; MENEZES, 2007, p. 19).

Dessa forma, acreditam que os desafios colocados para os defensores do ideário reformista – que estiveram durante a década de 90 em posição defensiva, resistindo aos ataques ao SUS – referem-se diretamente à democratização da saúde. Sendo necessária ao enfrentamento destes desafios a socialização das informações, a defesa das propostas oriundas do movimento sanitário brasileiro e a mobilização e luta dos movimentos sociais; visão partilhada pelo presente estudo.

Traduzindo para a realidade dos hospitais de ensino, cabe acrescentar que a convivência de medidas antagônicas para o SUS no nível macropolítico também lhes exige uma reflexão crítica e organização política frente às mesmas, posto que seus antagonismos incidem diretamente na gestão em nível micro, através da difícil convivência entre: demanda reprimida e deficiência no quadro de recursos humanos (terceirizações); carência de recursos financeiros e parcerias com o privado para captar estes recursos (convênios); metas a

contratualizar e dificuldades de se integrar à rede; e, mais recentemente, autonomia financeira comprometida com o bem público *versus* autonomia financeira direcionada aos interesses privados; entre outras questões que vêm comprometendo a organização da assistência nesses estabelecimentos: alvo dos principais retrocessos.

CAPÍTULO 4 – UM ENSAIO SOBRE A GESTÃO DA ASSISTÊNCIA

O sentido de aprimorar a combinação entre tecnologias existentes e oferecer alternativas mais sensíveis à realidade dos serviços de saúde permitiu à presente pesquisa propor um ensaio sobre o novo *modo tecnológico de gestão da assistência* no espaço do hospital de ensino – HU/CAS/UFJF, com potencial para favorecer mudanças nos princípios organizativos e, qualificar a assistência junto aos usuários.

Para tanto, desenvolveu-se uma reflexão crítica sobre os processos de gestão e de assistência, partindo de produções teóricas anteriores e dos discursos dos entrevistados como concreto existente, para captar suas múltiplas determinações, expressas nas subcategorias apresentadas, e, assim, construir o novo conceito de *gestão da assistência*, como concreto pensado.

O concreto é concreto porque é a síntese de numerosas determinações, ou seja, unidade da diversidade. É a razão pela qual o concreto aparece no pensamento como processo de síntese, como resultado, e não como ponto de partida, embora seja o verdadeiro ponto de partida e, por conseguinte, também o ponto de partida da intuição e da representação [...] a totalidade concreta, como totalidade pensada, concreto pensado é, de fato, um produto do pensamento, do ato de conceber; não é, de modo algum, o produto do conceito que se engendraria a si mesmo, que pensaria fora e acima da percepção e da representação, mas um produto da elaboração das percepções e das representações em conceitos (MARX, apud MISOCZKY, 2006, p. 77).

A partir deste movimento do abstrato ao concreto, o conceito de *gestão da assistência* tem como centralidade a perspectiva do direito dos usuários, orientadora deste processo nos níveis macro e micropolíticos, ou seja, colocando o usuário no centro das ações e decisões organizacionais na conquista de resultados mais qualificados.

No plano operacional, isso significa: formar recursos humanos e produzir conhecimentos e práticas em saúde, segundo o conceito de *clínica ampliada* (CAMPOS; AMARAL, 2007) que, ao abordar integralmente o processo saúde-doença, atende às orientações preconizadas pelo atual conceito de saúde; reorganizar o processo de trabalho com ênfase no trabalho em equipe inter (STEPHAN-SOUZA, 1999) e entredisciplinar (CECIM, 2005), através da adoção dos arranjos flexíveis e plurais previstos no conceito de *gestão compartilhada* (CAMPOS; AMARAL, 2007); priorizar a combinação entre tecnologias leves e leve-duras na produção do cuidado em saúde (MEHRY, 2002); organizar

o fluxo dos usuários pelos serviços, segundo suas necessidades assistenciais e de acesso, independentemente das normas operacionais vigentes, com acolhimento dos mesmos por parte dos profissionais (MATTOS, 2007); desenvolver referência e contrarreferência entre os níveis de complexidade do sistema; conduzir o processo de autonomia financeira com responsabilidade e compromisso com o bem público (CAMPOS; AMARAL, 2007); integrar os níveis macro e micropolíticos da gestão, cabendo ao primeiro garantir sustentabilidade legal e orçamentária para o adequado funcionamento dos serviços, que, por sua vez, devem atender às necessidades do sistema, segundo os preceitos da Reforma Sanitária.

Nesse sentido, pode-se considerar que a *gestão da assistência à saúde* é um processo que envolve a definição e implementação de mecanismos voltados à organização do trabalho e qualificação da produção do cuidado em saúde, com dependência de acordos firmados nas esferas macro e micropolítica da gestão.

Ao expressar que *cuidado em saúde* pretende aprofundar o conceito de *assistência à saúde* no sentido de produzir respostas mais efetivas às necessidades dos usuários e que a *gestão* pretende qualificar o conceito de *administração*, ampliando seu objeto de modo a atender ao novo ordenamento político-ideológico do SUS, este *novo modo tecnológico de intervenção em saúde* implica, sobretudo, a redefinição dos espaços de relações entre os vários atores envolvidos na gestão dos processos produtivos de saúde, alterando a missão do estabelecimento – no caso, do hospital de ensino – com base na democracia e desenvolvimento do trabalho coletivo, para tornar eficazes seus distintos núcleos de ação e formação.

Portanto, a missão do hospital precisa ser desenhada considerando o sistema de saúde como um todo, tendo em conta que é necessário construir, de forma flexível e criativa, múltiplos circuitos dentro dele e modelados sempre pelo critério das necessidades reais das pessoas (CECÍLIO, 1997, p. 303).

Desta forma, pode-se considerar que a principal inovação prevista no processo de *gestão da assistência* no nível micro, está na preparação dos profissionais para o trabalho conjunto com vistas à construção coletiva de práticas solidárias, sensíveis aos modos de andar a vida dos usuários (MATTOS, 2005), e no aprimoramento dos gestores para criar espaços de negociação favoráveis à autonomia e responsabilidade de seus múltiplos atores, desenvolvendo trocas efetivas, capazes de estabelecer laços entre planejamento, execução e avaliação das práticas institucionais.

Sendo que, no nível macro, este processo implica a cooperação político-administrativa entre as diferentes esferas institucionais em defesa do atendimento público à população usuária, conferindo maior participação e integração do hospital de ensino à rede loco-regional.

Nesse momento, apresenta-se uma *síntese* na forma de ensaio do conceito de *gestão da assistência* referenciado nos autores estudados e enriquecido pelos achados da investigação, tendo em vista a Totalidade, a Historicidade e a Contradição, que sustentaram o desenrolar do estudo.

Gestão da Assistência é um processo dinâmico para ser desenvolvido na instituição de saúde de média e alta complexidade, com dependência de acordos firmados entre as esferas macro e micropolíticas, pautado nos fundamentos do SUS e alicerçado no conhecimento e práticas organizacionais, que primam pela defesa radical dos interesses e necessidades dos usuários, com destaque para os principais elementos:

- resgate dos preceitos da Reforma Sanitária de modo a assumir a saúde como investimento e não como campo de medidas organizacionais que prestigiam a redução dos gastos públicos e, conseqüentemente, do acesso integral à assistência/cuidado nos serviços de saúde.
- aproximação dos aportes jurídico-legais do SUS com a realidade institucional, de modo que a atualização das orientações políticas do sistema sejam assimiladas pelos gestores e profissionais dos serviços e, em contrapartida, as demandas e experiências cotidianas destes atores sejam reconhecidas pelos órgãos que definem as políticas de saúde.
- revisão das prioridades acertadas no processo de contratualização, aproximando as dimensões formativa e assistencial, características ao hospital de ensino, por meio da efetiva cooperação entre os gestores do HU e SMS/JF, tendo em vista seu caráter público, base da qualificação do cuidado.
- reorganização do fluxo assistencial, a partir da criação efetiva das equipes de referência secundária, com acolhimento sobre as necessidades dos usuários de modo a garantir o acesso entre os três níveis de complexidade do sistema, a continuidade no tratamento e a efetivação dos projetos terapêuticos construídos coletivamente pelas equipes de trabalho.
- necessidade de ampliar o conhecimento dos gestores e profissionais de saúde acerca da política de saúde e, especialmente, do conceito de assistência, tendo

em vista a definição clara de suas responsabilidades clínicas na construção coletiva do processo terapêutico.

- fortalecimento dos espaços coletivos de deliberação no nível institucional, a partir do real comprometimento de seus participantes/membros com a reforma legítima do instituído.
- criação de condições para a definição de projetos terapêuticos que incorporem o conhecimento acumulado pelas profissões envolvidas, com um caráter ampliado que dê conta do conjunto de determinantes socioeconômicos e culturais aliados aos determinantes biológicos.
- efetivação dos arranjos organizacionais previstos na proposta de Gestão Compartilhada – organograma horizontalizado; equipes de referência; unidades de produção de saúde, com estabelecimento dos contratos de gestão; apoio matricial e gestão em colegiados –, a partir de um processo de mudança estrutural e cultural entre os sujeitos envolvidos, com base na democracia e na autonomia.
- reconhecimento da experiência prática como condição indispensável à efetivação de propostas inovadoras em termos de gestão da assistência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Construir o novo conceito de *gestão da assistência*, concebendo-o como tecnologia institucional de intervenção capaz de promover uma administração qualificada e centrada nas necessidades dos usuários no interior do hospital de ensino, permitiu à presente pesquisadora entrar em contato com uma realidade, até então, conhecida superficial e indiretamente: o processo de negociações e tomada de decisões macro e micropolíticas inerentes ao campo da gestão pública hospitalar.

A partir das contradições observadas em sua dinâmica profissional e nos achados da pesquisa acerca deste processo no espaço do HU/CAS/UFJF, foi possível reconhecer uma tensão e instabilidade permanente no cotidiano gerencial dos gestores da referida unidade, sobretudo pela indefinição histórica de financiamento para estes estabelecimentos e pelas iniciativas pouco efetivas ao seu enfrentamento, afeitas ao ideário liberal-privatista em detrimento do projeto da Reforma Sanitária.

Essa instabilidade político-administrativa observada pela pesquisa prejudica o cumprimento de sua missão institucional – “formar Recursos Humanos, gerar conhecimento e prestar assistência de qualidade na área de saúde à comunidade da região” – que, com o novo projeto arquitetônico do HU/CAS/UFJF, pouco se beneficiou em relação a sua antiga estrutura física, em virtude da não-efetivação de seu projeto conceitual.

À dimensão formativa prevista na referida missão, pôde-se perceber que, embora se realize institucionalmente, ainda orienta-se por protocolos clínicos tradicionais, sobretudo nas áreas biomédicas, com reflexos na assistência e na organização do processo de trabalho coletivo, na medida em que este se apresenta hierarquizado e centrado no poder médico, segundo os relatos de seus distintos profissionais.

A assistência, por sua vez, apresenta-se subjugada aos interesses do ensino, e pouco definida conceitualmente, sobretudo entre os gestores, cuja acepção ainda se encontra distante do real sentido do cuidado, previsto no novo *modo tecnológico de gestão da assistência* como qualificativo deste processo, ao privilegiar a subjetividade, a escuta, o posicionamento ético, o respeito e a articulação de saberes na construção do projeto terapêutico.

A evolução dos conceitos de administração para gestão, também prevista neste novo modo tecnológico de intervenção, se, por um lado, mostrou-se presente nos discursos da maioria dos gestores do HU/CAS/UFJF, ao defenderem um processo organizacional descentralizado e democrático, por outro, as diretrizes estratégicas adotadas pelos mesmos na

atualização do Plano Diretor deste hospital revelam uma recorrência à normatividade técnica (característica à administração clássica), pouco eficaz à construção de sujeitos coletivos e autônomos, comprometidos com o modo tecnológico de defesa da vida, com base no vínculo, acolhimento e produção do cuidado; os limites em relação a estes aspectos explicam a baixa adesão da comunidade deste hospital às atuais propostas institucionais.

Tendo em mente a *gestão da assistência* como o processo que envolve a definição e implementação de mecanismos voltados à organização do trabalho e qualificação da produção do cuidado em saúde, com dependência de acordos firmados nas esferas macro e micropolítica da gestão, o estudo indica alguns pontos como principais entraves à sua implantação no HU/CAS/UFJF, segundo a análise dialética dos discursos dos sujeitos da pesquisa. São eles: a defesa do saber médico como atributo necessário para uma adequada gestão em saúde; a recorrência aos critérios estritamente administrativos e normativos para subsidiar o processo de tomada de decisões; a gestão concebida como campo para técnicos e não para profissionais do cuidado; parco conhecimento dos dirigentes e chefes de serviço acerca das orientações jurídico-legais do SUS; fluxo assistencial dependente das normas organizacionais do sistema; baixa resolutividade tecnológica em virtude do predomínio das tecnologias materiais em detrimento das não materiais no processo terapêutico; cultura e experiência democrática incipientes para um efetivo processo de gestão compartilhada e desenvolvimento satisfatório do Grupo Gestor; persistência de um contexto biomédico institucionalizado na organização do processo de trabalho; dificuldades em contratualizar com o gestor local de saúde; pouca integração com os demais níveis de atenção; ameaça à dupla dimensão – assistencial e formativa – dos HUs em virtude do projeto Fundação Estatal de direito privado.

Como potencialidades à real aproximação dos modos de gerir e de cuidar nesta instituição, destacam-se: a concepção da gestão como campo de saberes e práticas que, na saúde, deve desenvolver-se diretamente atrelado à assistência; programa de residência em Economia da Saúde e Administração em Saúde do HU/CAS/UFJF, sinalizando a evolução conceitual e operativa da gestão pública em saúde no Brasil, introduzida com o SUS; a satisfação dos usuários como critério maior para subsidiar o processo de tomada de decisões; trabalho em equipe com potencial para ampliar-se e sistematizar-se na perspectiva interdisciplinar; flexibilização do fluxo normativo do sistema em determinados casos; discurso institucional favorável à democratização e horizontalização das relações profissionais e de poder; maior transparência na execução orçamentária, financeira e patrimonial do

HU/CAS/UFJF, com a implantação de sua unidade gestora, a partir da Portaria nº 4, de 29 de abril de 2008 (BRASIL, 2008).

A resposta qualificada a estes entraves e à efetivação destas potencialidades estaria nas suas próprias determinações, isto é, nas relações e conexões internas à realidade pesquisada que, articuladas de forma hermenêutica, constituem a síntese do novo conceito de *gestão da assistência*. Ao primar pela defesa radical dos preceitos do SUS e dos direitos dos usuários, acredita-se que o mesmo possa subsidiar a implantação do projeto conceitual da nova unidade assistencial do HU/CAS/UFJF (Unidade Dom Bosco), bem como reconfigurar as atuais diretrizes e estratégias institucionais, limitadas em oferecer respostas efetivas às demandas da população usuária.

Sob este aspecto, promover o equilíbrio financeiro como diretriz, à luz da *gestão da assistência*, implica buscar novas modalidades de captação de recursos, respeitando o compromisso de atender 100% SUS, com a devida transparência e criteriosa avaliação de resultados.

Implantar institucionalmente a política de humanização como ação estratégica deve implicar o resgate da ética de compromisso direto com a integralidade no tocante à qualidade de vida e à garantia do direito dos usuários, reconhecendo sua subjetividade, valorizando o profissional e o diálogo intra e interequipes.

Nesse sentido, requer uma interação com a política interna de Recursos Humanos, prevista na estratégia referente à institucionalização do serviço de Gestão de Pessoas do HU/CAS/UFJF, de modo a garantir condições dignas de trabalho e oferecer respostas eficazes aos desejos e necessidades de seus trabalhadores, com base numa abordagem integral, dialógica e acolhedora dos mesmos.

O processo de educação permanente, também previsto nesta estratégia, não deve reduzir-se à mera padronização de condutas, mas à orientação cidadã e atualização dos profissionais perante as novas orientações jurídico-legais do SUS.

A reconfiguração da proposta de Gestão Compartilhada, como diretriz mais recente apresentada pela atual direção do HU/CAS/UFJF, exige um processo de mudança estrutural e cultural entre os sujeitos envolvidos, com base na democracia e na autonomia, de modo a efetivar os novos arranjos organizacionais previstos nesta perspectiva: organograma horizontalizado; equipes de referência; unidades de produção de saúde, com estabelecimento dos contratos de gestão; apoio matricial e gestão em colegiados.

Espera-se que a flexibilidade característica a estes novos arranjos se estenda à elaboração dos protocolos clínicos e de acesso, prevista na diretriz “desenvolver conhecimento e aprimorar a informação”, de modo a atender à imprevisibilidade e singularidade das demandas assistenciais, diferenciando os fluxos no contínuo da atenção.

A partir do conceito de *gestão da assistência*, acredita-se que promover a interdisciplinaridade no interior do HU/CAS/UFJF, indicada como ação estratégica para melhorar a excelência do ensino e da pesquisa, não depende somente da realização de seminários entre os profissionais com a referida temática, conforme divulgado institucionalmente, mas de sólida formação dos recursos humanos, via reorientação do modelo de ensino e do processo de trabalho em saúde: clínica ampliada em substituição à clínica tradicional.

Acredita-se também que a proposta institucional de ampliar o perfil assistencial do referido hospital não deve passar pela “adequação” da quantidade e qualidade de suas práticas, expressa na implantação de programas de qualidade, na criação de manuais de rotina e de procedimentos, e na “conformidade” e “normatização” do processo de trabalho; mas pelo redimensionamento do caráter técnico ao cuidador, voltado para o aprimoramento das tecnologias de intervenção, a partir de uma leitura ampliada das necessidades dos usuários, o que favoreceria, em contrapartida, o encaminhamento da diretriz: “satisfação dos usuários”.

Voltando ao ponto de vista do usuário, podemos dizer que, em geral, este reclama não da falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento, mas sim de falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno de si e do seu problema. Os usuários, como regra, sentem-se inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, desrespeitados, desprezados (MEHRY, 2002, p. 121).

Diante destas inovações consideradas para reorientar a operacionalidade das atuais diretrizes do HU/CAS/UFJF, visando à melhoria de sua produção assistencial, cabe registrar que o novo conceito de *gestão da assistência* deverá ser encaminhado como proposta aos dirigentes deste hospital, membros de seu Conselho Diretor e do Grupo Gestor, responsáveis diretos pela formulação e implementação das referidas diretrizes e políticas institucionais.

Ao implicar o fortalecimento do vínculo e do compromisso entre equipes de trabalho e usuário, espera-se que a implantação gradativa deste modo tecnológico de intervenção no interior do HU/CAS/UFJF possa ampliar e reforçar a tendência usuário-centrada, ainda

embrionária no discurso de seus gestores e profissionais, bem como viabilizar o projeto conceitual previsto para sua nova unidade assistencial, cujos princípios organizativos primam pela integralidade e resolutividade da assistência.

Espera-se também que, ao exigir um processo transparente e democrático para a tomada de decisões, possa contribuir para a maior participação e integração do HU/CAS/UFJF à rede loco-regional, como referência da assistência de média e alta complexidade.

Aprofundar o conhecimento acerca da realidade institucional na qual a pesquisadora se encontra inserida profissionalmente, à luz dialética, lhe oportunizou refletir criticamente sua própria relação com os usuários no processo assistencial, ao questionar-se como efetiva porta de entrada para o sistema (MATTOS, 2007).

Sob esta perspectiva, pôde reconhecer-se parte de um processo, até então, distante de sua disponibilidade e relativa autonomia profissional: a organização do fluxo assistencial, em que o acolhimento e a responsabilização adquirem contornos mais representativos na garantia do direito ao acesso. O que, para a pesquisadora, implica sua maior aproximação junto aos modos de ver e levar a vida de seus usuários, tendo em vista o cuidado prudente (MATTOS, 2007), cujo significado na experiência concreta destes indivíduos seja de alívio ao seu sofrimento e de direito de escolha e decisão em seu processo saúde-doença.

A partir desta primeira aproximação com um objeto ainda pouco explorado científica e academicamente, espera-se, por fim, contribuir para o avanço das discussões acerca deste novo conceito, visto que seu aprimoramento é condição-chave para redefinir o gerar (criar) e o gerir (coordenar) no espaço do hospital de ensino, no sentido de atender integralmente às demandas macro e microsanitárias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAHÃO, A. L. Colegiado gestor: uma análise das possibilidades de autogestão em um hospital público. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p.95-102, jan./fev. 2008.

_____. **Produção de Subjetividade e gestão em saúde: cartografias da gerência**. 2004. 214f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004. Disponível em: <<http://libdigi.unicamp.br/document/?code=vtls000374570>>. Acesso em: 22/03/08.

ABRAHUE - Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino. **Hospitais Universitários e de Ensino no Brasil: desafios e soluções**. 2002. Disponível em: <http://www.abrahue.org.br/pdf/hues_no_brasil.pdf>. Acesso em: 15/10/08.

ALMEIDA, E. J. **O reforço das competências de gestão nas instituições públicas: Governança e Gestão no Poder Legislativo Municipal - Estudo de Caso na Câmara Municipal de Niterói**. 2006. f.187. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) – Escola Brasileira de Administração Pública e Empresas. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: http://www.ebape.fgv.br/academico/asp/dsp_dissertacoes.asp?cd_cur=2&cl_status=D Acesso em: 25/04/08.

ALVES, A. C. R. **Reflexões sobre o processo de trabalho na área da saúde: o cotidiano das profissões na realidade do HU/UFJF**. 2004. 75f. Monografia (Especialização em Política e Pesquisa em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2004.

ARRETCHE, M. A Política da Política de Saúde no Brasil. In: LIMA, N. T.; GERSHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. (orgs.) **Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 285-306.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 74-92, set. 2003/fev. 2004.

BAPTISTA, T. W. F. Análise das portarias ministeriais da saúde e reflexão sobre a condução nacional da política de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p.615-626, mar. 2007.

BARBOSA, P. R. Gestão em saúde: o desafio dos hospitais como referência para inovações em todo o sistema de saúde. In: FLEURY, S. (org.) **Saúde e Democracia: A luta do CEBES**. São Paulo: Hucitec, 2002, p.143-161.

BONET, O. Educação em saúde, cuidado e integralidade. De fatos sociais totais e éticas. In: MATTOS, R. A.; PINHEIRO, R. (orgs.). **Cuidado – as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2005, p. 279-292.

BONET, O.; TAVARES, F. R. G. O cuidado com metáfora nas redes da prática terapêutica. In: MATTOS, R. A.; PINHEIRO, R.(orgs.). **Razões públicas para a integralidade em**

saúde: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: CEPESC - IMS/UERJ - ABRASCO, 2007, p. 263-277.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil:** promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 26 ed. São Paulo: Saraiva, 2000. 168 p. (Série Legislação Brasileira).

_____. Lei Orgânica da Saúde nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 de set. 1990. Seção II, p. 24.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **HumanizaSUS – Política Nacional de Humanização.** Brasília, DF, 2003. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 24/07/08.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Pactos pela Vida, em defesa do SUS e de Gestão.** Diretrizes Operacionais, Brasília, DF, 2006. Disponível em <http://www.conasems.org.br/doc_diversos/livroopas.pdf>. Acesso em: 30/10/2006.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.** Brasília, DF, 2001. Disponível em <<http://www.saude.gov.br>>. Acessado em: 13/06/08.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Coordenação de Sistemas de Informação SUS / Legislação Federal. Resolução nº 218, de 6 de março de 1996. **DO 83**, de 5/5/97. Brasília, DF, 1997.

_____. MINISTÉRIOS DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO. Portaria Interministerial nº 1000, de 15 de abril de 2004. Dispõe sobre os critérios para certificação e reconhecimento dos hospitais de ensino. **Diário Oficial da União, Brasília, DF**, nº 73, Seção 1, p. 13-14. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=LegislacaoBusca¬a=138>. Acesso em: 23/06/08.

_____. MINISTÉRIOS DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO. **Portaria Interministerial nº 1006** de 27 de maio de 2004. Dispõe sobre a contratualização entre hospitais universitários ligados ao Ministério da Educação e Cultura de modo a se integrarem à rede de Serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1006.htm>> Acesso em: 25/06/08.

_____. MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO (MPOG). **Projeto Fundação Estatal: proposta para debate.** Secretaria de Gestão, Brasília, DF, 2008. Disponível em: <<http://www.planejamento.gov.br/>>. Acesso em: 20/09/08.

_____. SUBSECRETARIA DE PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO DO MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Portaria nº 4, de 29 de abril de 2008. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, nº 83, 02 de maio de 2008. Seção 1, p. 12.

BRAVO, A. L.; MARIANO, S. R. H. O papel dos sistemas de informação na modernização da Gestão Pública. **Gestão.org – Revista Eletrônica de Gestão Organizacional**, Recife, v.4, n.1, p.70-77, jan./abr. 2006. Disponível em: <http://www.gestaoorg.dca.ufpe.br/edicoes/N1_V4/GESTORG_2006_N1_V4_ARTIGO_05.pdf>. Acesso em: 05/08/08.

BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. Política de saúde no governo Lula. In: BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, D. S.; MENEZES, J. S. B.; OLIVEIRA, M. M. N. (orgs.). **Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/Rede Sirius, 2007, p. 13-20.

BROHM, J. M. **O que é dialética?** 41. ed. Lisboa: Antídoto, 1979. 152p.

CAMARGO Jr., K. R. Um ensaio sobre a (In)Definição de Integralidade. In: MATTOS, R. A.; PINHEIRO, R.(orgs.). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ.ABRASCO, 2003, p. 35-44.

_____. Educação médica, hospitais universitários e o Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n. 1, p. 187-193, jan./mar. 1999.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 849-859, 2007.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

CAMPOS, G. W. S.; ONOCKO, R. T. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, N.; JÚNIOR, N. D.; CARVALHO, Y. (orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006, p. 670-688.

CARAPINHEIRO, G. **Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares**. 3. ed. Porto: Edições Afrontamento, 1998. 285p.

CARVALHO, G. I.; SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde: Comentários à Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90 e Lei 8142/90)**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1995. 394p.

CARVALHO, S. R.; CUNHA, G. T. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, N.; JÚNIOR, N. D.; CARVALHO, Y. (orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006, p. 837-868.

CECÍLIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, jul./set. 1997.

_____. O desafio de qualificar o atendimento prestado pelos hospitais públicos. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997, p. 293-320.

_____. Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 315-329, 1999.

_____. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: MATTOS, R. A.; PINHEIRO, R. (orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-ABRASCO, 2001, p. 113-126.

CECÍLIO, L. C. O.; MEHRY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). **A construção da integralidade: cotidiano, saberes e prática**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-ABRASCO, 2003, p. 197-210.

CECIM, R. B. Equipe de Saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção de atos terapêuticos. In: MATTOS, R. A.; PINHEIRO, R. (orgs.). **Cuidado – as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-ABRASCO, 2005, p. 259-278.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2000. 164p.

COMISSÃO CAS/UFJF. CAS/UFJF: em defesa da formação dos Recursos Humanos e do fortalecimento do SUS. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 25, n. 1, p. 7-8, jan./abr. 1999.

DEMO, P. **Metodologia Científica em Ciências Sociais**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1995. 293p.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.

FEUERWERKER, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para consolidação do SUS. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 18, p. 489-506, set./dez. 2005.

GRANEMANN, S. Fundações Estatais: Projeto de Estado do Capital. In: BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, D. S.; MENEZES, J. S. B.; OLIVEIRA, M. M. N. (orgs.) **Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/Rede Sirius, 2007, p. 43-52.

IANNI, O. **Dialética e Capitalismo**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1988. 150p.

KOSIK, K. **Dialética do Concreto**. 5. ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra, 1989. 230p.

LACERDA, A.; VALLA, V. V. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: MATTOS, R. A.; PINHEIRO, R. (orgs.). **Cuidado – as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-ABRASCO, 2005, p. 91-102.

LACERDA, A.; GUIMARÃES, M. B.; LIMA, C. M.; VALLA, V. V. Cuidado integral e emoções: bens simbólicos que circulam nas redes de apoio social. In: MATTOS, R. A.; PINHEIRO, R. (orgs.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - ABRASCO, 2007, p. 249-262.

LIEDKE, E.R. Relações de trabalho. In: CATTANI, A. D. (org.) **Trabalho e Tecnologia - Dicionário crítico**. 1. ed. Petrópolis: Vozes; Porto Alegre: Editora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1997, p. 205-207.

LOTUFO, M.; MIRANDA, A. S. Sistemas de direção e práticas de gestão governamental em secretarias estaduais de saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 6, p. 1143-1163, nov./dez. 2007.

MACHADO, S. P.; KUCHENBECKER, R. Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 871-877, 2007.

MATTOS, R. A. Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: MATTOS, R. A.; PINHEIRO, R. (orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-ABRASCO, 2001, p. 39-64.

_____. Integralidade e a Formulação de Políticas Específicas de Saúde. In: MATTOS, R. A.; PINHEIRO, R.(orgs.). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ.ABRASCO, 2003, p. 45-59.

MATTOS, R. A. Cuidado prudente para uma vida decente. In: MATTOS, R. A.; PINHEIRO, R. (org.). **Cuidado – as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-ABRASCO, 2005, p. 119-132.

_____. Repensando a organização da rede de serviços de saúde a partir do princípio da integralidade. In: MATTOS, R. A.; PINHEIRO, R. (orgs.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - ABRASCO, 2007, p. 369-383.

MEHRY, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n.2, p.305-314, 1999.

_____. **Saúde: Cartografia do trabalho vivo**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2002. 189p.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1996. 304p.

MINAS GERAIS. **Manual do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS / MG (PRO-HOSP)**. Secretaria de Estado de Saúde e Fundação João Pinheiro. Belo Horizonte, março de 2007.

MISOCZKY, M. C. Leituras enamoradas de Marx, Bourdieu e Deleuze: indicações para o primado das relações nos estudos organizacionais. In: VIEIRA, M. M. F.; ZOUAIN, D. M.

(orgs.). **Pesquisa Qualitativa em Administração**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006, p. 71-96.

NETO, G. V.; MALIK, A. M. Tendências na assistência hospitalar. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 825-839, 2007.

NETO, J. S. M. Políticas de Saúde no Brasil: a descentralização e seus atores. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 31, p. 55-66, 2001.

NORONHA, J. C.; LEVCOVITZ, E. AIS – SUDS – SUS: Os caminhos do direito à saúde. In: GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. **Saúde e Sociedade no Brasil nos anos 80**. Rio de Janeiro: Relume/Dumará, IMS/UERJ - ABRASCO, 1994, p. 73-110.

OLIVEIRA, R. C. **A Gestão do Trabalho em Equipe no Modelo Assistencial em Defesa da Vida**: a experiência do Hospital Público Regional de Betim. 2001. 225f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2001. Disponível em: <<http://libdigi.unicamp.br/document/?code=vtls000374570>>. Acesso em: 07/05/08.

ONOCKO, R. Planejamento e razão instrumental: uma análise da produção teórica sobre planejamento estratégico em saúde, nos anos 90, no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 223-231, jul./set. 2000.

PÁDUA, E. M. M. **Metodologia da pesquisa**: abordagem teórico-prática. 10. ed. Campinas: Papirus, 2005. 125p.

PAIM, J. S. Vigilância da Saúde: tendências de reorientação de modelos assistenciais para a promoção da Saúde. In: CZERESINA D.; FREITAS M. C. (orgs.) **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, p. 161-174.

_____. Planejamento em saúde para não especialistas. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, N.; JÚNIOR, N. D.; CARVALHO, Y. (orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006, p. 531-562.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. especial, p.74-78, 2006.

PINHEIRO, R. Cuidado como um valor: um ensaio sobre o (re)pensar e a ação na construção de práticas eficazes de integralidade em saúde. In: MATTOS, R. A.; PINHEIRO, R. (orgs.) **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - ABRASCO, 2007, p. 15-28.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: MATTOS, R. A.; PINHEIRO, R. (orgs.). **Cuidado – as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - ABRASCO, 2005, p. 21-36.

PINHEIRO, R.; LOPES, T. C.; HENRIQUES, R. L. M. Trabalho em equipe e responsabilidade coletiva: a potência do espaço público. In: MATTOS, R. A.; PINHEIRO, R.

(orgs.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ - ABRASCO, 2007, p. 29-40.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil.** 1. ed. São Paulo: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social - CUT, Annablume, 1998. 254p.

REZENDE, C. A. P. Modelo de gestão do SUS e as ameaças do projeto neoliberal. In: BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, D. S.; MENEZES, J. S. B.; OLIVEIRA, M. M. N. (orgs.). **Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde.** Rio de Janeiro: UERJ/Rede Sirius, 2007, p. 26-42.

RIVERA, F. J. U. (org), TESTA, M.; MATUS, C. **Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico.** vol. 2. São Paulo: Cortez, 1989. 222p.

RIVERA, F. J. U. **Análise Estratégica em Saúde e Gestão pela Escuta.** 20. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - ABRASCO, 2005. 309p.

ROLLO, A. A. É possível construir novas práticas assistenciais no hospital público? In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (orgs.). **Agir em saúde – um desafio para o público.** São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997, p. 321-352.

SCHRAIBER, L. B.; PEDUZZI, M.; SALA, A.; NEMES, M. I. B.; CASTANHERA, E. R. L.; KON, R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 221-241, 1999.

SOLLA, J. J. S. P. Avanços e limites da descentralização no SUS e o “Pacto de Gestão”. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 30, n. 2, p.332-345, jul./dez. 2006.

SOUZA FILHO, R. Apontamentos sobre o materialismo dialético. **Libertas**, Juiz de Fora, v. 2, n. 2, p. 115-130, jul./dez. 2002.

STEPHAN-SOUZA, A. I. A interdisciplinaridade e o trabalho coletivo em saúde. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, v.2, n. 2, p. 10-14, mai./jun. 1999.

_____. A construção de um modelo de gestão para o CAS/HU/UFJF: as rotas de sua operacionalidade. **Libertas**. Juiz de Fora: v. 4/5, n. especial, p.9-24, jan./dez. 2004 e jan./dez. 2005.

STEPHAN-SOUZA, A. I.; MOURÃO, A. M. A. A construção do trabalho em equipe: uma tarefa do coletivo dos profissionais de saúde. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, v. 4, n. 9, p.35-37, 2002.

STEPHAN-SOUZA, A. I.; CASTRO, E. A. B. **A interface dos modos tecnológicos de intervenção – Assistência e Gestão para o hospital universitário da UFJF.** Trabalho apresentado no Congresso Calas, 2007. Disponível em CD.

STEPHAN-SOUZA, A. I.; CASTRO, E. A. B.; JACOMETTI, E. J. M.; CHEBLI, I. C. F.; ALVES, M. J. M.; TEIXEIRA, M. T. B.; SILVA, N. M.; FERREIRA, C. C. M.; PAIVA, M.

G.; BONET, O. A. R.; CHEBLI, J. M. F.; RAQUEL, R. F.; SOUZA, V. L. L.; LIMA, F. L.; BENITEZ, C. G. **Estudo do modelo de organização e regionalização e da assistência de média e alta complexidade na Macrorregião Sudeste de Minas Gerais**. Trabalho apresentado no Congresso Calas, 2007. Disponível em CD.

STEPHAN-SOUZA, A. I. (Coord.); CASTRO, E. A. B.; JACOMETTI, E. J. M.; CHEBLI, I. C. F.; ALVES, M. J. M.; TEIXEIRA, M. T. B.; SILVA, N. M.; FERREIRA, C. C. M.; PAIVA, M. G.; BONET, O. A. R.; CHEBLI, J. M. F.; RAQUEL, R. F.; SOUZA, V. L. L.; LIMA, F. L.; BENITEZ, C. G. **Estudo da regionalização e organização da assistência de média e alta complexidade na macrorregião sudeste de Minas Gerais**. 2008. Disponível em: <http://ednacaastro.blogspot.com/2008/04/etnografia-da-busca-de-cuidados-em-juiz.html>. Acesso em: 17/10/09.

TREVISAN, L. N.; JUNQUEIRA, L. A. P. Construindo o “Pacto de gestão no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro v. 12, n. 4, p. 893-902, 2007.

TURATO, E. R. Decidindo quais indivíduos pesquisar: In: TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. Petrópolis: Vozes, 2003, p. 351-368.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA. **Manual Avaliação de Desempenho dos Servidores Técnico-Administrativos em Educação**. Pró-reitoria de Recursos Humanos, Diretoria de Comunicação, Juiz de Fora, 2007.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA. Hospital Universitário. **Plano Diretor do HU/UFJF**. Juiz de Fora, MG, 2005-2007.

VASCONCELOS, C. M. **Paradoxos da mudança no SUS**. 2005. 259f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005. Disponível em: <http://libdigi.unicamp.br/document/?code=vtls000351668>. Acesso em: 26/05//08.

_____. **Notas sobre a crise dos hospitais universitários no Brasil**. 2005, p. 1-15. Disponível em www.denem.org.br/2005/arquivos. Acesso em: 30/10/08.

VASCONCELOS, C. M.; PACHE, D. F. Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, N.; JÚNIOR, N. D.; CARVALHO, Y. (orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006, p. 531-562.

VIANNA, A. L.; HEIMANN, L. S.; LIMA, L. D.; OLIVEIRA, R. G.; RODRIGUES, S. H. Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, suplemento, p. 139-151, 2002.

ZOBOLI, E. Cuidado: práxis responsável de uma cidadania moral. In: MATTOS, R. A.; PINHEIRO, R. (orgs.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - ABRASCO, 2007, p. 63-78.

ANEXOS

ANEXO 1

Hospital Universitário de Juiz de Fora/Centro de Atenção à Saúde

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: ANNA CLÁUDIA RODRIGUES ALVES

ENDEREÇO: EUGÊNIO DO NASCIMENTO, S/N – BAIRRO DOM ORIONE

CEP: 36038-330 – JUIZ DE FORA – MG

FONE: (32) 4009-5345 /4009-5364

E-MAIL: ANNACLAUDIA22@YAHOO.COM.BR

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “Gestão da Assistência à Saúde no HU/CAS/UFJF: uma discussão sobre o modo tecnológico de intervenção”. Neste estudo pretendemos aprofundar o conhecimento sobre o modo tecnológico de gestão da assistência, abordando as principais diretrizes da atual gestão do Hospital Universitário de Juiz de Fora/Centro de Atenção à Saúde: HU/CAS/UFJF.

O motivo que nos leva a estudar o referido tema é a análise dos entraves e das potencialidades que cercam a gestão hospitalar para efetivar a assistência à saúde, considerando os aspectos políticos e organizacionais.

Para este estudo será adotada a pesquisa qualitativa, por acreditar que sua metodologia possibilitará uma melhor compreensão da realidade a ser estudada. Nesse sentido, serão entrevistados representantes dos atuais dirigentes, chefias de serviço e profissionais de nível superior do HU/CAS/UFJF, escolhidos intencionalmente entre as três áreas com maior representatividade numérica nesta unidade, a saber: Medicina, Enfermagem e Serviço Social, respectivamente. Ressalta-se que os sujeitos da pesquisa serão definidos pelo critério de amostragem por saturação. A observação será utilizada em complementação à entrevista, por meio de notas expandidas.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador.

O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O (A) Sr (a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, no Centro LOCAL DO ESTUDO e a outra será fornecida a você.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo “Gestão da Assistência à Saúde no HU/CAS/UFJF: uma discussão sobre o modo tecnológico de intervenção”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2008.

Nome	Assinatura participante	Data
------	-------------------------	------

Nome	Assinatura pesquisador	Data
------	------------------------	------

Nome	Assinatura testemunha	Data
------	-----------------------	------

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o

CEP- COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/UFJF

CAMPUS UNIVERSITÁRIO DA UFJF

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA

CEP 36036.900

FONE:32 3229 3788

ANEXO 2

Roteiro para entrevista

Sujeitos da pesquisa: gestores do HU/CAS/UFJF

Questões:

- Quais os atributos ou habilidades que você considera necessários para uma adequada gestão em saúde? Avalia que gestão é um campo para especialistas?
- Quais os critérios que você adota para subsidiar o processo de tomada de decisões?
- Você considera suficientes as indicações no aparato jurídico-legal do SUS acerca da gestão em nível institucional? Por quê?
- O HU/CAS/UFJF representa um importante pólo da macro e micro região sudeste, em termos assistenciais e de produção de conhecimentos. Nesse sentido, como você avalia a relação política entre HU/CAS e Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora, no que tange à organização da assistência? Na sua opinião o que falta para uma maior adequação entre os interesses do gestor local de saúde (SMS) e da gestão do HU/CAS para qualificar a assistência?
- Quais os elementos ou diretrizes do Pacto pela Saúde que você destacaria como sendo de grande contribuição à sua gestão?
- Como você avalia o impacto das tecnologias disponíveis atualmente no “CAS” (Unidade Dom Bosco) nas condições de vida/saúde de seus usuários?
- Para você, o que significa assistência à saúde? Na sua opinião, atualmente, quais seriam os principais avanços e dificuldades à realização da assistência no “CAS” (Unidade Dom Bosco) ?
- Como você acha que deve ser o fluxo dos usuários no “CAS” (Unidade Dom Bosco)?
- Como avalia o desenvolvimento do Grupo Gestor nesta instituição? E qual sua expectativa em relação à atual proposta institucional de Gestão Compartilhada?
- Quais têm sido os mecanismos utilizados para se atingir a autonomia financeira do HU/CAS/UFJF? Como você avalia esse processo?
- Com relação à Portaria nº 04 de 29 de abril de 2008 – da Subsecretaria de Planejamento e Orçamento do Ministério da Educação, que determina que as instituições públicas de ensino superior passem a ter uma unidade gestora dentro do ambiente hospitalar; na sua opinião, o que a referida portaria contribuiria, em termos gerenciais, para a UFJF e o HU/CAS/UFJF?

- Com relação ao Projeto de Lei Complementar, nº 92/07, de 13/07/2007, do Ministério da Saúde e Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão – gostaria de saber, pelas discussões que você tem acompanhado em Brasília, se há críticas a esta portaria?
- O governo tem divulgado a fundação estatal de direito privado como uma nova tecnologia organizacional capaz de dotar a gestão pública de agilidade e efetividade no atendimento às demandas sociais do país. Nesse sentido, qual sua perspectiva política e operacional em relação a este projeto?
- Qual a repercussão esperada de ambas as medidas (PLC 92/07 e Portaria nº4, de 29/04/08): no ensino (relação dos docentes com a assistência); na Gestão de Pessoas (satisfação dos trabalhadores); e na organização e qualificação da assistência?
- Como avalia a realização de convênios com outras entidades, inclusive, privadas, como alternativa para captar mais recursos à qualificação assistencial dos hospitais universitários?

ANEXO 3

Roteiro para entrevista

Sujeitos da pesquisa: profissionais do HU/CAS/UFJF

Questões:

- Quais os atributos ou habilidades que você considera necessários para uma adequada gestão em saúde? Avalia que gestão é um campo para especialistas?
- O HU/CAS/UFJF representa um importante pólo da macro e micro região sudeste, em termos assistenciais e de produção de conhecimentos. Nesse sentido, como você avalia a relação política entre HU/CAS e Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora, no que tange à organização da assistência?
- Como você avalia o impacto das tecnologias disponíveis atualmente no “CAS” (Unidade Dom Bosco) nas condições de vida/saúde de seus usuários?
- Para você, o que significa assistência à saúde? Na sua opinião, atualmente, quais seriam os principais avanços e dificuldades à realização da assistência no “CAS” (Unidade Dom Bosco)?
- Como avalia o desenvolvimento do Grupo Gestor nesta instituição? E qual sua expectativa em relação à atual proposta institucional de Gestão Compartilhada?
- Em que medida você tem exercitado a criatividade/inventividade em seu processo de trabalho?
- Quais as demandas que você avalia como não sendo de sua competência em seu cotidiano profissional no HU/CAS/UFJF?
- Como avalia o trabalho em equipe na instituição?
- Como você acha que deve ser o fluxo dos usuários no “CAS” (Unidade Dom Bosco)?
- Como você avalia o processo de autonomia financeira do HU/CAS/UFJF?