UNIVERSIDADE ESTADUAL DO NORTE FLUMINENSE DARCY RIBEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DO HOMEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA POLÍTICA

DESAFIOS À HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO E GESTÃO NA SAÚDE: ESTUDO DE CASO EM PRONTO-SOCORRO EM CAMPOS DOS GOYTACAZES – RJ

Doutoranda: Lara Luna da Silveira

Orientador: Sérgio de Azevedo

CAMPOS DOS GOYTACAZES – RJ
JUNHO DE 2014

Lara Luna da Silveira

DESAFIOS À HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO E GESTÃO NA SAÚDE: ESTUDO DE CASO EM PRONTO-SOCORRO EM CAMPOS DOS GOYTACAZES – RJ

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Sociologia Política.

Orientador: Prof. Dr. Sérgio de Azevedo

CAMPOS DOS GOYTACAZES – RJ
JUNHO DE 2014

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca do **CCH / UENF** 034/2014

S587 Silveira, Lara Luna da.

Desafios à humanização da atenção e gestão na saúde : estudo de caso em pronto-socorro em Campos dos Goytacazes - RJ / Lara Luna da Silveira - Campos dos Goytacazes, RJ, 2014.

226 f. : il

Orientador: Sérgio de Azevedo.

Tese (Doutorado em Sociologia Política) – Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Centro de Ciências do Homem, 2014.

Bibliografia: f. 208 - 217

1. Política de Humanização do SUS. 2. Pronto-Socorro – Campos dos Goytacazes (RJ). 3. Saúde Pública – Gestão. 4. Hospital Ferreira Machado. I. Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro. Centro de Ciências do Homem. II. Título.

CDD – 362.10981

Lara Luna da Silveira

DESAFIOS À HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO E GESTÃO NA SAÚDE: ESTUDO DE CASO EM PRONTO-SOCORRO EM CAMPOS DOS GOYTACAZES – RJ

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Sociologia Política.

Data de Aprovação: 18/06/2014.

Banca Examinadora:

_____

Prof. Dr. Sérgio de Azevedo (Orientador). Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro – UENF

_____

Prof. Dra. Vera Lúcia Marques da Silva. Faculdade de Medicina de Campos – FMC

_____

Prof. Dr. Juan Vicente Bachiller Cabria. Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ.

_____

Prof. Dra. Denise Cunha Tavares Terra**.** Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro – UENF

_____

Prof. Dr. Mauro Macedo Campos. Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro – UENF

CAMPOS DOS GOYTACAZES – RJ
JUNHO DE 2014

Em memória da prima Gerlane, que mesmo no sofrimento, jamais perdeu as virtuosidades que dignificam o “humano”.

AGRADECIMENTO

Primeiramente, agradeço a Deus por ter me sustentado e colocado verdadeiros “anjos” na forma de amigos, quando parecia não ser possível desenvolver e concluir esse trabalho. Tais “anjos” também estavam na família que me concedeu, nos pais, avós, tios e tias, madrinhas, irmão, cunhada, sobrinhos e primos, que não só me amparam emocionalmente, mas aos quais eu devo mesmo desculpas pelas ausências e falta de paciência, em meio ao estresse que foi o último semestre. Especialmente à minha mãe e avó, que tanto se devotaram por esta causa, agradeço por não descuidarem de mim.

Ao meu amor Igor Beloni, tendo hoje maior consciência que nossa distância, no tempo e espaço, foi importante para finalizar este trabalho. Agradeço por acreditar em mim e não desistir da gente, me ajudando a acreditar que eu conseguiria.

Devo um agradecimento muito especial ao meu chefe na Caixa, Paulo Pamplona. O que fez por mim extrapola uma relação comum de trabalho, mesmo quando se tem o chefe mais “humanista” de todos. Foi e tem sido um verdadeiro amigo, conselheiro e “orientador” de vida. Não tenho como agradecer tanto incentivo, compreensão e tolerância. Anseio que a vida lhe retorne todo o bem que proporciona aos seus subordinados. Agradeço também a minha terapeuta Simone, cuja dedicação e incentivo vão além de uma relação profissional, tornando-se mesmo afetiva. Sem o apoio desses “anjos”, não teria conseguido.

Houve ainda “anjos da guarda”, presenças constantes, com os quais pude trocar ideias e experiências, mas acima de tudo, foram companhias que ajudaram a me disciplinar, a retomar o ânimo no meio do cansaço e da desesperança. A Bonnie, não tenho palavras diante da simples atitude de entrar no skype apenas para me fazer companhia e “vigiar”, além de inúmeras horas em bibliotecas e em sua casa, desfrutando ainda da comida da dona Ana. Lidiane, companheira de diferentes fases da minha vida de estudante, viabilizando entrevistas, doando um pouco da sua muita força e incentivo, amiga de toda uma vida. Estreitar o vínculo com vocês foi um dos maiores presentes deste trabalho e da fase delicada que passei. Sem vocês, também não teria conseguido.

Sou grata aos amigos que fizeram a distância insignificante, tamanhas eram a força e energia positiva que me dedicaram. Lorena, a quem tanto recorri e de quem recebi paz e aprendizados de fé. Fred, que mesmo com um Atlântico no meio, fez-se tão presente; assim como Priscila, distante até no tempo em que não nos encontramos. Vocês são provas de que a distância é relativa quando se há tanto bem querer e amor. Agradeço também o apoio da amiga Sana, presente no momento derradeiro, e sempre com palavras de estímulo. Ao amigo

Edinho, pelas correções e sugestões após a leitura, que muito me ensinam também em nosso trabalho diário. Assim como o apoio e incentivo das amigas Vanessa Sena e Francisca Caroline.

Não poderia esquecer as pessoas que me ajudaram bastante nos processos burocráticos, a quem devo muitos agradecimentos. Ao querido Chico, da UFJF, por sempre me socorrer quando precisava; a Thaísa, do Laboratório de Gestão de Políticas Públicas – LGPP e a Neila, da Secretaria de Pós-Graduação em Sociologia Política, às quais recorri diversas vezes e obtive orientação e presteza.

Destaco ainda o apoio das colegas do Doutorado, que compartilharam momentos de tensão e desafios, Desiane e Manuela; e as sugestões e correções dos professores Sérgio de Azevedo, Mauro Campos, Denise Terra, Juan Bachiller e da querida e sempre solícita Vera Marques.

Percebo que ter me cercado de pessoas, pelas quais nutro um profundo sentimento de gratidão, torna a satisfação do dever cumprido ainda mais especial.

Doenças

Muitas doenças que as pessoas têm são poemas presos
abscessos tumores nódulos pedras são palavras
calcificadas
poemas sem vazão
mesmo cravos pretos espinhas cabelo encravado
prisão de ventre poderia um dia ter sido poema
pessoas às vezes adoecem de gostar de palavra presa
palavra boa é palavra líquida
escorrendo em estado de lágrima
lágrima é dor derretida
dor endurecida é tumor
lágrima é alegria derretida
alegria endurecida é tumor
lágrima é raiva derretida
raiva endurecida é tumor
lágrima é pessoa derretida
pessoa endurecida é tumor
tempo endurecido é tumor
tempo derretido é poema
palavra suor é melhor do que palavra cravo
que é melhor do que palavra catarro
que é melhor do que palavra bílis
que é melhor do que palavra ferida
que é melhor do que palavra nódulo
que nem chega perto da palavra tumores internos
palavra lágrima é melhor
palavra é melhor
é melhor poema

Viviane Mosé

RESUMO

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) representou um avanço em termos de direitos sociais no Brasil, uma vez que universalizou o acesso da população à saúde. Não obstante, diversas medidas têm sido necessárias a fim de torná-lo condizente com os seus princípios e diretrizes organizacionais, consagrados na Constituição de 1988. É o caso da Política Nacional de Humanização (PNH), que destacamos neste trabalho, tendo em vista ser uma política pública que reforça noções como equidade e gestão participativa. Na pesquisa apresentada, tomamos a PNH como parâmetro para analisar os desafios à humanização da atenção e gestão na realidade de um Pronto-Socorro (PS) de um hospital municipal de referência em emergência e urgência. Entrevistamos vinte profissionais de distintas categorias que dão suporte ao PS e quatro pessoas que estiveram envolvidas com uma iniciativa de humanização hospitalar, em 2003. Por meio dessas entrevistas, pudemos tomar ciência de aspectos não só desafiantes para a humanização no âmbito hospitalar, como também refletir sobre dificuldades na institucionalização de práticas humanizadas, algo que se reflete na formulação da PNH, em razão de seu caráter generalista e de difícil operacionalidade.

Palavras-chave: SUS. Humanização. Pronto-Socorro. Saúde Pública.

ABSTRACT

The creation of the Brazilian National Health System (SUS) has represented a breakthrough in terms of social rights in Brazil, since it universalized the population's access to public health services. Nevertheless, several measures have been necessary in order to make it consistent with its principles and organizational guidelines established in the 1988 Federal Constitution. It’s the case of the National Humanization Policy (PNH), which we highlight in this work, considering that it is a public policy that reinforces concepts like equity and participatory management. In this research, we take the PNH as a parameter to analyze the challenges for humanization of care and management in the reality of a First Aid Station (PS) on a reference hospital in emergency and urgent. We interviewed twenty professionals from different categories that support the PS and four people who were involved with an initiative aiming hospital humanization in 2003. Through these interviews, we become aware of not only challenging aspects to humanize the hospital ambience, but we reckon the difficulties in institutionalizing humanized practices, that is also reflected in the formulation of the PNH, because of its generalist character and difficult operation.

KEY-WORDS: SUS. Humanization. First Aid Station. Public Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES E TABELAS

Figura 1: Estado do Rio de Janeiro – Regiões de Saúde 129
Figura 2: Região de Saúde Norte – Estado do Rio de Janeiro 130
Tabela 1: Exemplos de indicadores potenciais para avaliação da PNH na Atenção Hospitalar..... 75
Tabela 2: Adesão ao Pacto pela Saúde na Região de saúde Norte – RJ. 130
Tabela 3: Formas de Gestão da saúde nos municípios do Estado do Rio de Janeiro..... 131
Tabela 4: Formas de Gestão na Região de Saúde Norte do Estado do Rio de Janeiro..... 131
Tabela5: Ocorrências do HFM 144
Tabela 6: Municípios de Residência de usuários do HFM 147

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 12

Capítulo I – OS DIREITOS HUMANOS E OS DIREITOS SOCIAIS NO BRASIL 20
1.1 A concepção dos direitos humanos 20
1.2 Os direitos sociais e as políticas de saúde no Brasil 31

Capítulo II – A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: CONQUITAS E DESAFIOS À IMPLEMENTAÇÃO DO SUS 49
2.1 Princípios e diretrizes do SUS 49
2.2 Desafios à implantação do SUS: a descentralização da gestão 54
2.3 A Política de Humanização do SUS 66

Capítulo III – BASES CONCEITUAIS DA HUMANIZAÇÃO E OS DILEMAS PRÁTICOS PARA SUA CONQUISTA 80
3.1 Humanização em tese 80
3.2 As micro-relações de poder em ambiente hospitalar 99
3.3 Desafios à distribuição de poder no interior da organização hospitalar 113

Capítulo IV – A HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO E GESTÃO: O HOSPITAL FERREIRA MACHADO 128
4.1 O Município de Campos dos Goytacazes e o HFM 128
4.2 O centro nervoso do HFM: O Pronto-Socorro (PS) 133
4.3 Iniciativas em prol da humanização hospitalar no HFM 174

CONCLUSÃO 200

REFERÊNCIAS 208
ANEXO I 218
ANEXO II 222
ANEXO III 225
ANEXO IV 226

INTRODUÇÃO

Ao analisar a trajetória da assistência à saúde no Brasil, a partir da “Revolução de 30”, até fins da década de 80 do século passado, constatamos que ela foi segmentada entre uma assistência médica individualizada, que se destinava aos inseridos formalmente no mercado de trabalho, e outra, de cunho coletivista, estava direcionada ao conjunto da população. A subordinação da segunda à primeira e o quadro pincelado de desigualdades da atenção à saúde a partir disso fomentaram críticas a este modelo de atenção à saúde e, em escopo maior, se associaram a outras reivindicações sociais que colaboraram para o desmantelamento do governo militar, dando suporte ao projeto de Reforma Sanitária que almejava democratizar o acesso aos cuidados em saúde, o que desembocou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em fins da década de 1980.

Ainda que com características próprias de um contexto histórico e cultural específico, a valorização de princípios democráticos – permeados pelas conquistas dos direitos civis, políticos e sociais – ganha novo corpo na Constituição Federal de 1988 (CF88), imprimindo mudanças substantivas na ação do Estado brasileiro. E é nesse contexto que se dá a implantação do SUS. Implantação essa conformada por meio de um “processo”, uma vez que o modelo de política social anterior não deixa de incutir influências sobre o novo, impondo-lhe constrangimentos.

Assim, a literatura especializada sobre o tema tem apontado que este sistema, tal qual ele foi idealizado, ainda não é exequível. Entre os principais fatores de inibição ao seu desenvolvimento costuma a ser apontado o problema de transferências de recursos para os diferentes entes e órgãos da federação consubstanciado em questões relativas à divisão das competências entre os gestores do sistema.

Contudo, diversas ações têm sido empreendidas pelo governo federal, desde a década de 1990, em prol do fortalecimento do SUS a partir da concretização de seus princípios e diretrizes, dos quais destacaremos neste trabalho o princípio da equidade e a diretriz organizativa da descentralização. Podemos citar iniciativas, nesse contexto, como os direitos e deveres dos usuários dispostos na Portaria 1.820 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009a), que constituem a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. No artigo 4, apreendemos que “toda pessoa tem direito ao atendimento humanizado e acolhedor, realizado por profissionais qualificados, em ambiente limpo, confortável e acessível a todos”. E em seu parágrafo único:

> É direito da pessoa, na rede de serviços de saúde, ter atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou deficiência [...].

Em relação à descentralização, podemos citar as Normas Operacionais Básicas de Saúde criadas ao longo da década de 1990 e o Pacto pela Saúde criado em 2006, em que a descentralização foi trabalhada no âmbito da municipalização e da regionalização, respectivamente. Contudo, a descentralização não se limita à conformação do sistema e organização da rede de serviços de saúde operacionalizada pelos gestores municipais, estaduais e federal, conforme o pacto federativo pelo o qual as políticas sociais vêm sendo orientadas desde a CF88. No microcosmo social das práticas cotidianas do cuidado da saúde, ou seja, no âmbito da atenção direta aos usuários e cidadãos, políticas e programas também têm sido criados objetivando efetivar a descentralização. Nesse caso, busca-se a democratização da gestão, ampliando o grau de transversalidade entre os sujeitos envolvidos na trama do cuidado em saúde (BRASIL, 2009b). Pelo menos esse é um dos objetivos fundamentais da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde (PNH) ou HumanizaSUS, criada em 2003.

A PNH é concebida a partir da sistematização de experiências do chamado “SUS que dá certo”, referente a algumas práticas aplicadas em municípios e serviços de saúde em prol da humanização nas ações de atenção e gestão da saúde. A política visa exatamente multiplicar tais ações em toda rede do SUS. Busca, na realidade, efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, por meio da valorização dos diferentes sujeitos implicados na produção da saúde, e, assim, “a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a participação coletiva no processo de gestão e a indissociabilidade entre atenção e gestão” (BRASIL, 2010b, p. 3). Trata-se de uma resposta aos múltiplos desafios que o sistema de saúde enfrenta quanto à verticalização dos processos de trabalho, que fragiliza as relações entre os trabalhadores da área e os usuários, assim como à frágil interação entre as equipes de trabalho e à pouca ênfase no aspecto subjetivo do trabalho, que repercutem no pequeno empenho nas práticas de cogestão na produção da saúde.

Partindo dessas noções, a pesquisa aqui proposta intenta analisar a dimensão da humanização no tratamento dispensado e na gestão exercida no Pronto Socorro de um hospital

de emergência no município de Campos dos Goytacazes[1], tendo como referência a PNH. A partir disso, acreditamos poder nos aproximar de um quadro acerca da saúde pública de emergência nesse município, além de buscar fatores que possibilitem a compreensão dos sucessos e insucessos na tentativa de aplicação de práticas humanizadas.

Nesse contexto, destacaremos o princípio da equidade e a diretriz da descentralização, já salientados, como elementos norteadores da investigação. O primeiro será enfatizado principalmente em termos de demandas e qualidade do "acesso aos serviços de saúde", e por outro, a "infraestrutura e ambiência" das unidades de saúde. O último, embora usualmente abordado a partir da ênfase na municipalização e/ou regionalização da gestão e oferta de serviços de saúde, será aqui trabalhado por meio da cogestão na unidade de saúde, ou seja, da participação de outros atores (usuários e trabalhadores afora os gestores) no exercício de controle sobre as ações de saúde. Dessa forma, buscaremos analisar fatores relacionados com a dimensão do cuidado, quanto aos movimentos de participação e desenvolvimento/crescimento profissional e pessoal dos trabalhadores/equipes, que definem a dimensão da gestão (BRASIL, 2006, p. 8).

A unidade de saúde objeto de análise é o Hospital Ferreira Machado – HFM, uma das unidades da Fundação Municipal de Saúde – FMS, sendo um hospital público de referência no atendimento de emergência em Campos e nas regiões de saúde Norte e Noroeste Fluminense. Trata-se de um estudo de caso, cuja relevância pode ser dimensionada pelos seguintes fatores: a tentativa mal sucedida de implementação da Política de Humanização Hospitalar (PNHAH, anterior ao PNH) em 2003, cujos esforços se esgotaram em três anos; o fato de o município ser incluído pelo Plano Diretor de Regionalização (PDR) da Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro dentro da região de saúde Norte, sendo polo da microrregião II desta região, e atender também a demandas que extrapolam essa organização hierárquica e regionalizada. Isso porque atende a municípios também da região de saúde Noroeste e microrregião I da região Norte, que tem nos municípios de Itaperuna e Macaé, respectivamente, seus centros de referência em emergência e urgência.

A partir dos fatores indicados, a investigação acerca das práticas humanizadas suscitou, a princípio, algumas hipóteses a serem comprovadas: identificando as possíveis causas de insucesso da implementação da política, poderemos ter acesso a fatores-obstáculos àquelas práticas na realidade local e assim traçar um quadro da qualidade do acesso aos serviços de emergência e urgência no município e, logo, em sua microrregião e nos municípios das adjacências. Por outro lado, a própria configuração da descentralização por

[1] Adotaremos simplesmente o nome "Campos", na maior parte do trabalho.

meio da organização dos serviços em rede hierarquizada e regionalizada – que cria setores e unidades como polos de referência, sendo um ideal de racionalidade ao acesso aos serviços de saúde – pode ser, paradoxalmente, um dos fatores inibidores às práticas humanizadas, uma vez que aumenta a demanda sobre a sua capacidade de atendimento. Enquanto os municípios vizinhos são referenciados em Campos, este, por seu turno, se sobrecarrega, comprometendo a qualidade dos serviços prestados a sua população.

Os serviços de urgência nos interessam aqui porque embora todas as práticas de atenção e gestão requeiram zelo no acolhimento aos usuários, esses espaços apresentam sérios desafios aos seus gestores: superlotação, processo de trabalho fragmentado, conflitos e assimetrias de poder, exclusão dos usuários na porta de entrada, desrespeito aos direitos desses usuários, pouca articulação com o restante dos serviços (BRASIL, 2009c). Neste ínterim, focaremos o Pronto-Socorro, que é a "porta de entrada", lugar onde ocorre a recepção da demanda, logo, onde é realizada a triagem de classificação de risco e de onde emanam as decisões para internação ou liberação dos usuários, sendo, portanto, cenário decisivo dentro da estrutura hospitalar.

A despeito da relevância de temas como saúde pública e cidadania, analisar a aplicação de ações na área da saúde pública, tendo como referência a PNH, torna-se importante instrumento para o entendimento da concretização do SUS. Isso porque "a Política Nacional de Humanização coincide com os próprios princípios do SUS e enfatiza a necessidade de assegurar acesso e atenção integral à população, e estratégias de ampliar a condição de direitos e de cidadania das pessoas" (BRASIL, 2006, p. 8). É como se a PNH fosse uma iniciativa para consolidar – a partir da reprodução de experiências bem sucedidas de uma atenção e gestão da saúde humanizada – a aplicação dos princípios e diretrizes organizacionais do SUS, entre eles a equidade, a integralidade, a participação comunitária e a descentralização. Dessa forma, avaliar os serviços de saúde prestados sob o viés da humanização aproxima-se da ideia de avaliação da própria concretização dos princípios do SUS:

> O processo de reforma sanitária brasileira é um projeto civilizatório, ou seja, pretende produzir mudanças dos valores prevalentes na sociedade brasileira, tendo a saúde como eixo de transformação e a solidariedade como valor estruturante. O projeto do SUS é uma política de construção da esfera pública, a inclusão social e a redução das desigualdades. Todas as propostas devem ter como principal objetivo a melhoria das condições de saúde da população brasileira, a garantia dos direitos do cidadão, o respeito aos pacientes e a humanização da prestação de serviços. (Carta de Brasília, 2005, p. 12-13).

Cabe-nos sublinhar que o próprio Ministério da Saúde evidencia a necessidade de realização de pesquisas relacionadas às necessidades do SUS na perspectiva da humanização (BRASIL, 2004, p. 11). Uma pesquisa efetuada nesse sentido pode ajudar a pensar os dilemas à aplicação dos princípios do SUS na prática cotidiana dos serviços prestados ao público, e mesmo nas dificuldades locais, no âmbito da gestão municipal, em sua operacionalização. Ademais, a avaliação de programas e políticas públicas costuma a ser tomada como ponto de partida para elaboração de novos programas e a reformulação ou conclusão dos realizados (FAGUNDES; MOURA, 2009, p. 102), o que torna a pesquisa proposta relevante para conhecimento e debate das fragilidades que o SUS encara para sua concretização, além de poder suscitar novos caminhos para seu fortalecimento.

Ressaltamos ainda que, embora seja possível identificar que os hospitais brasileiros costumem ser subjugados a uma estrutura organizativa e tradição gerencial centralizadoras (PASCHE, 2011), os constrangimentos baseados em condições históricas e culturais específicos do local em análise podem subsidiar o entendimento de conflitos em outros municípios ou regiões, que porventura estejam submetidos a condições estruturais semelhantes.

A PNH funcionará assim como uma referência para balizamento daquilo que deve ser implementado nas ações de atenção e gestão dos serviços de saúde. Dessa forma, funcionará como construção teórica, uma espécie de "porto de abrigo" para orientação em meio a um "mar imenso dos fatos empíricos" (WEBER, 1982, p. 120). Equivale a dizer que não se reportarão a explicar a totalidade de elementos e fenômenos aqui tratados como "humanização", "princípios do SUS", nem mesmo a realidade da saúde municipal de forma total, mas farão parte de uma tentativa de compreensão de aspectos importantes da mesma, tomando os princípios do HumanizaSUS como parâmetro de análise da unidade de saúde estudada. A ideia é nos valermos da PNH como um modelo para medir a demanda e a qualidade do serviço à disposição dos usuários do SUS (equidade), e a valorização da cogestão levando em conta os instrumentos disponíveis de avaliação da participação dos pacientes, e, especialmente, o relacionamento entre gestores e funcionários (descentralização), na valorização do trabalhador da saúde.

Assim, partindo de uma metodologia qualitativa, entrevistamos 20 funcionários do hospital, em maio de 2012, abril e maio de 2013 e maio de 2014[2], que trabalham no Pronto-

[2] Os distintos períodos se deram em relação à disponibilidade de tempo da pesquisadora. Contudo, ao longo de todos esses anos foram realizadas visitas à unidade, até mesmo na condição de acompanhante e de visitante a usuário internado.

Socorro ou em atividades direcionados a ele (Anexo II), buscando verificar suas apreensões sobre práticas humanizadas, assim como obter elementos que, em confronto com a realidade observada, subsidiem reflexões acerca dessas práticas no hospital. Primeiramente, o delineamento do perfil social dos funcionários, por meio do levantamento de informações gerais. As questões abordam, entre outros fatores: a rotina de trabalho, facilidades e dificuldades da realização do trabalho; opinião acerca da infraestrutura e ambiência da unidade; relacionamento com os gestores e colegas de trabalho; facilidade de acesso à administração; satisfação com salários e benefícios; ciência acerca de casos de discriminação contra pacientes; compreensão sobre trabalho humanizado; incentivo à continuação dos estudos etc.

Foram entrevistados cinco médicos (dentre estes duas mulheres), dois enfermeiros (um trainee e uma enfermeira), duas psicólogas, uma assistente social, um porteiro, um administrador, duas farmacêuticas, duas técnicas e duas auxiliares de enfermagem e dois técnicos de farmácia, a partir do mesmo roteiro de entrevista semiestruturada (anexo II). Também foram entrevistadas quatro mulheres, dentre elas duas psicólogas, uma assistente social e uma senhora ex-integrante do Grupo de Apoio à Terceira Idade (GATI), utilizando um roteiro diferente (anexo III), direcionado para o projeto de humanização hospitalar uma vez implantando no hospital.

É importante destacar que esta doutoranda trabalhou como auxiliar administrativo no hospital de 2002 a 2006, cuja memória e contatos sociais interferiram no acesso às pessoas abordadas e impressões acerca das mudanças sofridas pelo hospital daquele período até o momento atual. Logo, a escolha das pessoas entrevistadas se deu em razão da facilidade de acesso às mesmas a partir da rede de contatos outrora estabelecida, pela qual puderam ser realizadas indicações de pessoas para entrevista. Entrevistas com duas auxiliares de enfermagem e uma assistente social realizadas em 2007, em uma pesquisa anterior, também poderão subsidiar as análises.

Como se trata de Pronto-Socorro, que é a porta de entrada dos usuários nas unidades de emergência, encontramos dificuldades no processo de aproximação aos mesmos, para aos quais estavam cogitados a princípio a aplicação de questionários. Muitos pacientes se encontravam seriamente debilitados, o que prejudicou a comunicação com os mesmos, além da interferência no espaço de atuação de diversos profissionais, da qual se percebeu desconforto. Contudo, as observações *in loco* e mesmo algumas conversas informais serviram de pano de fundo para o encadeamento das análises das entrevistas com os profissionais.

Ressaltamos que a dimensão do cuidado, na perspectiva da equidade do atendimento, pôde ser explorada na fala dos trabalhadores.

A observação também foi importante para detectar a dinâmica e rotina de trabalho no Pronto-Socorro, alcançando maior dimensão do volume de atendimento, das manifestações de violência e (in)satisfação dos sujeitos envolvidos, e mesmo a dimensão da ambiência da PNH. Tudo isto aliado à pesquisa bibliográfica acerca dos direitos sociais no país, especialmente as políticas de saúde, e as instituições políticas envolvidas no caso brasileiro; documentos de base e as cartilhas elaboradas pelo Ministério da Saúde sobre a PNH; textos acadêmicos voltados ao conceito de humanização; e arcabouço teórico-conceitual para fundamentação das relações de poder em âmbito hospitalar, que impactam a humanização tanto na dimensão da gestão quanto na do cuidado.

Assim sendo, no primeiro capítulo apresentaremos a trajetória da política de saúde no Brasil, situando-a, todavia, em um quadro maior de reivindicação e afirmação dos direitos sociais. Para tal, foi necessário recuperar a discussão sobre os direitos dos homens no cenário mundial, uma vez que a entronização desses direitos na cultura moderna ocidental influenciou e ainda influencia os debates de negociação na feitura das políticas sociais no Brasil.

No segundo capítulo, abordaremos a implantação do SUS, que perpassa grandes desafios, dentre esses a construção do novo pacto federativo pós-Constituição Federal de 1988, que manteve a importância do executivo nacional na formulação e regulação de políticas públicas. Assim, serão abordadas as ações que têm sido empreendidas em prol da concretude dos princípios e diretrizes do SUS, em destaque à descentralização da gestão dos serviços entre as três esferas de governo. E ao final, a Política de Humanização do SUS será apresentada como tentativa de fortalecer o sistema no âmbito do cuidado e gestão, que equivalerá à radicalização dos valores democráticos de inclusão e participação dos sujeitos na atenção e gestão da saúde.

O terceiro capítulo já se baseará na conceituação de humanização, lançando uso de bibliografia analítica da mesma. Questões como sua confusão com princípios do SUS, sendo apreendida de forma geral e abstrata, ilustrando as dificuldades em sua definição conceitual e objetivos, serão abordadas. Também nesse capítulo, faremos uso de arcabouço teórico-conceitual que fundamente o entendimento sobre arranjos de poder em âmbito hospitalar, legitimados pelo modelo hegemônico que transversaliza as práticas de saúde, calcado na centralidade do corpo e na ideia de cura. A partir dessa abordagem, assumimos a tentativa de escapar da crítica de “não-explicitação da trajetória teórica” atribuída a análises de conteúdo – como técnica de pesquisa científica, que se pretenderia neutra no plano do significado do

texto, buscando alcançar o que estaria por trás do mesmo. Assumirmos, ao contrário, uma perspectiva discursiva, que reconhece o pesquisador como "agente participante de uma determinada ordem, contribuindo para a construção de uma articulação entre linguagem e sociedade" (ROCHA; DEUSDARÁ, 2005, p.321). Nesses termos, a linha teórica desenhada nesse capítulo, subsidiará a análise empreendida no capítulo seguinte acerca da pesquisa realizada.

Por fim, o último capítulo apresentará a pesquisa realizada no HFM, a partir da análise das entrevistas com 24 pessoas, buscando levantar elementos para compreensão das condições favoráveis ou não às práticas humanizadas, tendo como referência as noções tratadas sobre humanização nos capítulos anteriores. Dessa análise, buscaremos lançar luz sobre fatores inibidores a iniciativas em prol da humanização hospitalar, tentando assim contribuir para discussão sobre a feitura desta como política.

CAPÍTULO I – OS DIREITOS HUMANOS E OS DIREITOS SOCIAIS NO BRASIL

Quando os direitos e mesmo benefícios sociais aparecem em discursos eruditos encenados em debates políticos ou mesmo na fala cotidiana da vida privada, como bens em si, indiscutíveis e naturais, suspende-se por um momento a relatividade dos mesmos, ou ao menos, a identificação de seu nascedouro em um tempo e um espaço. Até que novas questões inflamem a debilidade de velhos postulados e demandem novas percepções, exigindo reconhecimento e respeito.

Nesse capítulo, trataremos inicialmente da historicidade dos direitos humanos, do surgimento e consolidação de direitos que influenciaram o mundo ocidental. Em seguida, veremos o impacto dos direitos sobre a vida dos brasileiros, com características que lhe são próprias tendo em vista as especificidades na apropriação de valores morais modernos. Neste momento, daremos ênfase maior às articulações do direito com a saúde pública até a sua consagração como “direito de todos e um dever do Estado”.

1.1 A concepção dos direitos humanos

Há muito já se discutiam na Filosofia e nas Ciências Sociais os direitos naturais dos homens, compreendidos como direitos fundamentais, inalienáveis ou invioláveis. A fala sobre os direitos é comumente entoada nos movimentos sociais e muitos argumentos se erigiram na busca por sua fundamentação, no sentido de lhes conferir justificativa e um amplo reconhecimento. Assim, tornaram-se direitos as diversas reivindicações por liberdade (religiosa, civil, dentre outras), denominadas por Isaiah Berlin como liberdades negativas, que implicam a abstenção de determinados comportamentos por parte das pessoas e mesmo dos órgãos públicos, ao passo que tal liberdade não implicaria necessariamente em justiça, fraternidade, imparcialidade ou igualdade social (GUSMÃO, 2001, p. 56).

Thomas H. Marshall (1967a), ao se debruçar sobre a história inglesa, definiria esses direitos necessários à liberdade individual – como os de ir e vir, de imprensa, pensamento e fé, à propriedade, à justiça – como uma das partes constituintes da cidadania, designados como direitos civis. As outras partes surgiriam após estes. Assim, com base no exercício dos direitos civis e nas liberdades civis, surgiram as reivindicações à participação no exercício do poder político como um membro ou eleitor de membros de um organismo investido de

autoridade política, configurando assim os direitos políticos. Após estes, os direitos sociais, como ação positiva do Estado, que diferentemente dos primeiros que buscam impedir os malefícios dos poderes constituídos, buscam obter dos mesmos benefícios. A atividade do governo aqui tem como foco garantir “tudo que vai desde o direito ao mínimo de bem-estar econômico e segurança ao direito de participar, por completo na herança social e levar a vida de um ser civilizado de acordo com os padrões que prevalecem na sociedade” (1967a, p. 63-64).

Podemos dizer, portanto, que os direitos não surgiram concomitantemente. Na realidade, “nascem quando devem ou podem nascer”, segundo Noberto Bobbio (1992, p. 6). Esse autor defende a tese da historicidade dos direitos, localizando no início da era moderna e da concepção individualista da sociedade o nascedouro da “era dos direitos”, da doutrina dos direitos do homem. A partir desta perspectiva histórica, pôde contestar a legitimidade e eficácia prática da busca do fundamento absoluto dos Direitos do Homem, ou seja, a busca pela razão e argumentos irresistíveis pelos quais ninguém poderia recusar a própria adesão. Isto porque os termos avaliativos que julgam a necessidade de respeito ou não a alguma questão são interpretados de modo diverso conforme a ideologia assumida, sendo objetos de dissenso. Uma vez nascido sob certas circunstâncias, o que parece um direito fundamental em uma época histórica e em uma determinada civilização não é fundamental em outras épocas e culturas. Bobbio repreende, portanto, a atribuição de fundamento absoluto a direitos historicamente relativos.

A partir de uma perspectiva histórica, poderemos compreender como, por exemplo, o direito à propriedade era caracterizado como direito fundamental em uma sociedade em que somente os proprietários tinham cidadania ativa; também nas sociedades dos países da primeira revolução industrial, quando entraram em cena os movimentos operários, quando o direito ao trabalho foi elevado à qualificação de direito fundamental (tamanha a sua valorização, que passou a fazer parte de todas as Declarações de Direitos contemporâneas). Nasceram, assim, da natureza das relações de poder características das sociedades que haviam gerado tais reivindicações (BOBBIO, 1992, p. 77).

Dessa forma, com a modificação das condições históricas, o elenco dos direitos do homem também se modifica. Assim, a liberdade religiosa é um efeito das guerras de religião, as liberdades civis, da luta dos parlamentares contra os soberanos absolutos, a liberdade política e as liberdades sociais, do movimento dos trabalhadores assalariados etc. Portanto, “os direitos são fenômenos sociais, são resultado da história”, que sempre têm sua primeira expressão sob a forma de expectativas de direito, de demandas que são formuladas em dado

momento histórico por classes ou grupos sociais, para, posteriormente alcançar a promulgação de uma lei tornando-os direitos positivos (COUTINHO, 1999, 44-45).

Para Marshall, seguindo também uma perspectiva histórica, seria possível atribuir o período de formação da vida de cada um dos direitos que conceituou (civis, políticos e sociais) a um século diferente. Embora reconhecendo que esta delimitação fosse abrupta, devendo-se considerar uma elasticidade razoável entre os períodos, pôde inferir que a formação dos direitos civis se deu no século XVIII, os direitos políticos no XIX e os sociais no XX, tendo esses dois últimos um maior entrelaçamento.

Os três direitos assim conceituados já foram fundidos em um só, quando as instituições estavam amalgamadas. Tratava-se, segundo Marshall, dos “velhos tempos”, em que o Estado aparecia como única instituição contendo funções legislativas, governamentais e de justiça. Os direitos civis, políticos e sociais faziam parte do mesmo amálgama e eram originários do status que também determinava que tipo de justiça se podia esperar e obter, assim como a maneira pela qual se podia participar da administração dos negócios da comunidade a que pertencia (1967a, p. 64). Na sociedade feudal, o status seria a marca distintiva de classe e a medida da desigualdade, não havendo nenhum princípio sobre a igualdade dos cidadãos que pudesse contrastar com o princípio da desigualdade de classes.

Já a cidadania que Marshall tenta reconstruir historicamente seria por definição nacional, tendo passado por uma fusão geográfica e uma separação funcional, nos três elementos que lhe constitui. Esta cidadania moderna, a qual tenta destrinchar, é diferente, por exemplo, da cidadania compreendida na Grécia antiga dos séculos V-IV A.C., que não possuía uma dimensão universal, posto que excluía escravos, mulheres e estrangeiros, além de se restringir aos direitos políticos de participação no governo, sem abranger as liberdades dos direitos civis, como, por exemplo, o direito à liberdade de pensamento e expressão (COUTINHO, 1999).

A cidadania que tanto Bobbio quanto Marshall pretendem examinar nasce de um processo político e social de transformação da sociedade. De acordo com o primeiro, a afirmação dos direitos do homem, a partir de um plano histórico, derivou de uma “radical inversão de perspectiva” na relação Estado/cidadão ou soberano/súditos, característica da formação do Estado de direito, em que ocorre a passagem final do ponto de vista do príncipe para o ponto de vista dos cidadãos. A partir de então, o indivíduo e não mais a sociedade se torna o ponto de partida para construção de uma doutrina da moral.

Antes desta inflexão, o mundo moral se moldava pela imposição e aplicação de mandamentos, obrigações ou proibições; isto é, por deveres e não pelo direito. Aqui, a função

primária da lei era comprimir e não liberar. Nesta concepção de mundo, conhecida como "orgânica", a sociedade é percebida como um todo, estando o todo acima das partes[3]. O indivíduo singular é essencialmente um objeto de poder, no máximo um sujeito passivo em meio a um povo, percebido como totalidade. O direito cabia aos soberanos. E em uma época em que estes reinavam absolutos, Foucault ainda ilustraria diversos exemplos de suplícios àqueles que não cumpriam com o dever, como ostentação da força soberana do rei no estabelecimento da verdade e de seu direito de punir (2007a, p. 33).

No campo filosófico, o indivíduo ganhará preponderância por meio do modelo jusnaturalista em contraposição ao modelo aristotélico (em que a sociedade precede ao indivíduo, em uma concepção orgânica)[4]. Tal concepção se pautaria na configuração de um estado de natureza, defendida por filósofos como John Locke, Hobbes e Rousseau, em que os homens nasceriam livres e iguais, vivendo em um estágio pré-social e pré-político; ou seja, um mundo no qual a existência do indivíduo precederia a existência da sociedade e Estado (WEFFORT, 2003). Ali os direitos dos homens ainda eram poucos, porém essenciais: o direito à vida e à sobrevivência, que inclui também o direito à propriedade e à liberdade, que compreendiam algumas liberdades negativas. Os direitos de liberdade evoluem paralelamente ao princípio do tratamento igual. Assim, em relação aos direitos de liberdade, vale o princípio de que os homens são iguais porque iguais no gozo da liberdade, não podendo nenhum indivíduo ter mais liberdade que outro (BOBBIO, 1992, p. 70).

Embora possamos aludir à ideia de estado de natureza como algo meramente hipotético, uma ficção doutrinária que serviu para justificar direitos inerentes à natureza humana e exigir liberdades contra o dogmatismo das Igrejas e o autoritarismo dos Estados, a Declaração Universal dos Direitos do Homem pós Segunda Guerra ainda faria eco a tal noção: "Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade" (BOBBIO, 1992).

---

[3] Característica da sociologia objetiva e científica defendida por Émile Durkheim, que tem seu objeto de análise por excelência o *fato social*, entendido como fenômeno exterior ao indivíduo, suscetível de exercer-lhe coerção. "Para compreender a maneira como a Sociedade se representa a si própria e ao mundo que a rodeia, é a natureza da sociedade, e não a dos particulares, que devemos considerar" (2003, p. 21).

[4] Um golpe mortal contra essa visão de mundo pré-moderna aristotélica, que de forma modificada havia persistido durante a Idade Média, foi deferido por pensadores como Descartes, ao ancorar a ação e o conhecimento no sujeito pensante; Bacon por interpretar a relação entre sujeito e a natureza como um projeto de dompinio pela ciência; e Hobbes, ao contextuaziar a vida social e política como uma luta implacável entre egos que culminaria na instituição de um poder absoluto e soberano. Assim, o desenvolvimento da democracia moderna pode ser compreendido como mais que uma mera substituição de um tipo de governo por outro, da monarquia ou do absolutismo real pelo governo popular, estando inserido em um processo de transformação de visões de mundo. (DALLMAYR, 2001, p. 14).

Discorremos, a partir de então, sobre a entronização da política da dignidade igual ou do nascimento da "era da dignidade" (TAYLOR, 2000). Em contraste e sobreposição à noção de honra, que conferia status, que, por seu turno, fundamentava as hierarquias sociais e assim as desigualdades e privilégios do mundo feudal, a noção moderna de dignidade é invocada em um sentido universalista e igualitário, reportando-se à dignidade inerente aos humanos, ao cidadão, da qual todos partilham indistintamente.

Para Charles Taylor, tal concepção teve forte influência dos filósofos Rousseau e Kant. Do primeiro, pelas noções de liberdade como não domínio, a ausência de papéis diferenciados e o propósito comum dotado de firme coesão, embora este último aspecto suscite pouca margem de reconhecimento às diferenças, que viria a ser uma demanda por reconhecimento surgida em outro momento. Já do último, a noção de respeito ao status de agentes racionais, capazes de dirigir a própria vida por meio de princípios. O legado destas formulações, guardadas as alterações que sofreria no campo da filosofia, foi a noção de "potencial humano universal, uma capacidade de que partilham todos os seres humanos" (TAYLOR, 2000, p. 253). Seria este potencial, acima de qualquer coisa que uma pessoa pudesse fazer dele, que lhe asseguraria o merecimento ao respeito.

As declarações de direitos dos homens nascem dessas teorias filosóficas. Em uma primeira fase, concebeu-se a ideia de que "o homem enquanto tal tem direitos, por natureza, que ninguém (nem mesmo o Estado) lhe pode subtrair, e que ele mesmo não pode alienar [...]" (Bobbio, 1992, p. 28). Embora retrocedendo mais uma vez na história e atestando que o direito romano já reconhecesse o indivíduo como sujeito de direitos, pode-se inferir que tal reconhecimento limitava-se ao indivíduo como sujeito econômico, como titular de direitos sobre as coisas e como capaz de intercambiar bens com outros sujeitos econômicos. Daí a novidade desta perspectiva jusnaturalista ou da teoria dos direitos naturais, em que o indivíduo singular viria primeiro, tendo valor em si mesmo e só depois o Estado. Desta inversão da relação entre indivíduo e Estado, também se inverteria a relação tradicional entre direito e dever[5].

Dessa inversão nasce a democracia moderna, não entendida simplesmente como o "poder do povo", ou sustentada a partir da soberania do povo, mas como o poder dos

[5] Outra forma de encarar essa novidade histórica é perceber a diferença entre a liberdade dos antigos em face à dos modernos, conforme demonstrado por Benjamin Constant no século XIX. Os últimos reivindicariam um direito à privacidade, ao recolhimento pessoal, à indiferença, sobretudo frente àquilo que se passa no âmbito da vida social e política (liberdade negativa), enquanto nas repúblicas da Antiguidade, havia o entendimento da liberdade a partir da participação ativa e direta na condução dos assuntos públicos, com o poder de deliberar soberanamente (GUSMÃO, 2001, p. 44).

indivíduos tomados um a um, de todos os indivíduos que compõem uma sociedade regida por algumas regras essenciais, entre as quais uma fundamental, a qual atribui a cada um o direito de participar livremente na tomada de decisões coletivas, isto é, das decisões que obrigam toda a coletividade (BOBBIO, 1992, p. 119):

> "não há nenhuma Constituição democrática que não pressuponha a existência de direitos individuais, ou seja, que não parta da ideia de que primeiro vem a liberdade dos cidadãos singularmente considerados e só depois o poder do governo, que os cidadãos constituem e controlam através de suas liberdades" (BOBBIO, 1992, p. 120).

As Declarações de Direito dos Estados Norte-Americanos e da Revolução Francesa acolhem essa teoria, colocando-a na base de uma nova concepção de Estado, não mais absoluto e sim limitado. O artigo I da Declaração do estado da Virgínia, tornado público em 16 de junho de 1776, constitui o registro de nascimento dos direitos humanos na história, afirmando que "todos os seres humanos são, pela sua natureza, igualmente livres e independentes, dos quais, ao entrarem no estado de sociedade, não podem, por nenhum tipo de pacto, privar ou despojar sua posteridade [...]" (COMPARATO, 2010, p. 62). A declaração, que também menciona a "fruição da vida e da liberdade, com os meios de adquirir e possuir a propriedade de bens, bem como de procurar e obter a felicidade e a segurança", ressoaria na Declaração de Independência dos Estados Unidos, duas semanas depois, colocando a busca pela felicidade a razão de ser desses direitos inerentes a condição humana. (COMPARATO, 2010, p. 62).

Apesar da precedência da Revolução Norte-Americana, Bobbio chama a atenção para o grande impacto da Revolução Francesa na sociedade européia, posto que os princípios de 1789 constituíram a fonte ininterrupta de inspiração real para os povos que lutavam por liberdade (1992, p. 129). Esta é a segunda fase das Declarações, quando a afirmação dos direitos do homem ganha concretude, não sendo mais expressão de uma nobre exigência e sim o ponto de partida para a instituição de um autêntico sistema de direitos. Aqui os direitos são protegidos, sendo autênticos direitos positivos; ou seja, ganham legitimidade no corpo da lei. No entanto, valendo no âmbito do Estado que os reconhece, sendo direitos do homem como direitos do cidadão daquele Estado em particular.

Na terceira fase das declarações reconhecida por Bobbio, os direitos ganham universalidade, embora percam em concretude. Trata-se dos direitos elencados na Declaração Universal dos Direitos do Homem aprovada na Assembléia Geral das Nações Unidas em 1948. Os direitos se ampliam para todos os homens como cidadãos do mundo. Mas como a

Declaração é algo mais que um sistema doutrinário, contudo menos que um sistema de normas jurídicas, pode-se inferir que ela “contém em germe” o início de um longo processo, que ainda é um ideal a ser alcançado por todos os povos e nações.

O conteúdo da Declaração Universal e, assim, a quantidade e qualidade dos direitos ali proferidos, não pode ter a pretensão de ser definitivo, visto que não são os únicos e possíveis direitos dos homens: “são os direitos do homem histórico, tal como este se configurava na mente dos redatores da Declaração após a tragédia da Segunda Guerra Mundial, em uma época que tivera início com a Revolução Francesa e desembocara na Revolução Soviética (1992, p. 33)”. A comunidade internacional tem o desafio não só de fornecer garantias válidas a este conteúdo, como também aperfeiçoá-lo, atualizando-o.

Além de históricos e relativos, os direitos do homem constituem uma categoria heterogênea, contendo em seu conjunto direitos incompatíveis entre si, direitos cuja proteção não pode ser concedida sem a restrição ou a suspensão da proteção de outros. É o caso da distinção entre direitos que caracterizam “liberdades” dos direitos que definem “poderes”, conforme designação de Bobbio. Como vimos, os primeiros são garantidos quando o Estado não intervém, nascendo contra o superpoder deste, enquanto os últimos, os chamados direitos sociais, exigem a intervenção do mesmo para sua efetivação.

Os primeiros direitos vislumbrados, os direitos civis para Marshall ou os direitos de liberdade para Bobbio, estão intimamente associados aos tribunais de justiça, como instituições com papel decisivo na promoção e registro do avanço de sua proteção. A história desses direitos é caracterizada pela adição gradativa de novos direitos a um status de liberdade já existente e que pertencia a todos os membros adultos e homens da comunidade, na Inglaterra do século XVII, não sendo compatível com o status servil que passa a ser percebido como um anacronismo em tempos de trabalho livre. Marshall toma a Inglaterra como palco para encenação das principais transformações sociais que incutiram o aparecimento e fortalecimento dos direitos e principalmente os direitos sociais. No entanto, o processo ali averiguado não se restringia àquele país, sendo apreciado e citado por vários estudiosos nas discussões sobre o nascedouro da cidadania moderna. Assim compreendido, pôde-se indicar características inerentes à cidadania moderna, então averiguadas a partir da Inglaterra: a identificação do termo “liberdade” com “cidadania”; e quando a liberdade se tornou universal, a cidadania se transformou de uma instituição local em uma nacional (1967a, 69).

Até o século XIX, a cidadania na forma de direitos civis era universal, no entanto, não incluía ainda os direitos políticos. Estes últimos eram privilégio de uma classe econômica, sendo ampliados a cada lei de reforma sucessiva. Até esse momento, eram considerados um

produto dos direitos civis. Somente no século XX – daí o entrelaçamento que Marshall faz dos últimos dois períodos de formação dos direitos – que os direitos políticos passam a ser associados à cidadania como tal, pela adoção do sufrágio universal que transferiu a base dos direitos políticos do substrato econômico para o status pessoal e posteriormente permitiu a inclusão da mulher nos mesmos.

Por fim, mas não menos importante, surge o terceiro e decisivo nível dos direitos de cidadania tal como categorizado por Marshall, os direitos sociais, que seriam referentes a poderes, segundo Bobbio, permitindo ao cidadão a participação mínima na riqueza material e espiritual criada pela coletividade. Embora tenham sido reivindicados pelos trabalhadores ao longo de todo o século XIX, somente foram assimilados como momento do direito positivo no século XX (COUTINHO, 1999, p. 50).

Acerca desses direitos, Marshall (1967b) debruça mais uma vez sobre a Inglaterra, no legado da era vitoriana do último quartel do século XIX até os anos de 1950, buscando delinear o surgimento da Política Social. Falamos de uma época que assistiu ao desenvolvimento do sistema industrial caracterizado pela consolidação da atividade comercial em enormes unidades impessoais concomitante ao agrupamento de trabalhadores em sindicatos nacionais. Trata-se de um momento histórico de “descobertas”, diria Marshall. A descoberta da Inglaterra acerca das causas impessoais do desemprego, especificamente do desemprego de massa que afligiu a economia ocidental no último quartel do século XIX, impedindo a sua atribuição à “fraqueza moral” e às circunstâncias individuais das vítimas. Também os protestos que advinham de homens e mulheres que trabalhavam nas fábricas denunciavam as condições de extrema pobreza, trazendo à baila fatos acerca do padrão de vida dos trabalhadores não qualificados. Descoberta ainda do estado físico crítico da população durante a Guerra da África do Sul; descoberta do trabalho excessivo nas indústrias em troca de salários ínfimos.

O efeito combinado dessas descobertas alterou a atmosfera política e criou possibilidades de uma ação renovada e mais resoluta, exigindo uma reavaliação dos direitos do cidadão e das obrigações do Estado para com este (MARSHALL, 1967b, p. 29-32). Assim, podemos compreender que os direitos sociais surgem em favor de uma maior proteção de indivíduos e grupos, que os chamados direitos fundamentais à vida, à liberdade e à propriedade não eram capazes de satisfazer. Tais exigências se tornaram mais numerosas quanto mais rápidas e profundas foram as transformações da sociedade, que vislumbrou determinado nível de desenvolvimento econômico e tecnológico, denotando assim, mais uma vez, a historicidade dos direitos.

As políticas de reforma social que tomavam corpo na transição do século XIX para o XX se originavam da crença de que o Estado era responsável, dentro de certos limites, pelo bem-estar das massas, ao invés de apenas do amparo aos indigentes, investido da autoridade de interferir, até certo ponto, nas liberdades individuais e econômicas para promover este bem-estar. Havia conflitos políticos acerca do grau de responsabilidade e os meios pelos quais o Estado interferiria, mas era consensual a necessidade de sua intervenção (MARSHALL, 1967b, p. 36).

O processo evolutivo do fenômeno teria tomado impulso no começo do século XX por meio de um progressivo movimento de dissolução da Lei dos Pobres (Poor Law). Esta lei, em um quadro mais amplo da legislação elisabetana, se encontrava em uma posição ambígua, posto que era mais que um meio de aliviar a pobreza e suprimir a vadiagem, mas que não buscava criar uma nova ordem e sim preservar a existente com um mínimo de mudança essencial (MARSHALL 1967a, p 71). Oferecia assistência somente àqueles que, devido à idade ou doença, eram incapazes de se sustentar e "àqueles fracos que desistiam da luta admitiam a derrota e clamavam por misericórdia" (MARSHALL 1967a, p 72).

A Lei dos Pobres era um exemplo do divórcio entre direitos sociais e o status de cidadania, uma vez que tratava as reivindicações dos pobres como uma alternativa aos direitos dos cidadãos. Assim, se a pessoa fosse atendida pela Lei abria mão, na prática, do direito civil da liberdade pessoal devido ao internamento na casa de trabalho e era obrigada por lei a abrir mão de quaisquer direitos políticos que possuísse. Dessa forma, sobre a assistência aos indigentes pairava o estigma que os separava da comunidade de cidadãos.

Para Michel Foucault (2007b, p. 95), a medicina inglesa começa a se tornar social, comportando por meio da Lei dos Pobres um controle médico do pobre. Era assim ambígua, posto que ajudava tanto os pobres a satisfazer suas necessidades de saúde, quanto representava "um controle pelo qual as classes ricas ou seus representantes no governo asseguram a saúde das classes pobres e, por conseguinte, a proteção das classes ricas". A Lei dos Pobres estendia uma espécie de "cordão sanitário" separando ricos e pobres no interior das cidades, onde os primeiros garantiriam não serem vítimas de fenômenos epidêmicos originários dos últimos.

Contudo, progressivamente, começaram a surgir políticas de atenção à heterogeneidade da pobreza, criando-se, assim, um dispositivo de proteção que atendia de forma distinta as crianças, os velhos, desempregados etc. Foi criada a Comissão Real sobre a Lei dos Pobres e Auxílio aos Necessitados para discutir a adoção de tais medidas, que iam se efetivando antes mesmo da conclusão dos trabalhos dessa Comissão, apontando para a

dissolução da Lei dos Pobres em favor da extensão da responsabilidade governamental pelo bem-estar social.

Embora haja diferenças no trato das medidas, nos métodos empregados em diferentes países, Marshall nos fala sobre convergência internacional da Política Social, tamanha a força evolutiva em operação no sistema social (1967b, p. 80; ARRETCHE, 1995, p. 18). Difunde-se aí a noção de Política Social como a "política dos Governos relacionada à ação que exerça um impacto direto sobre o bem-estar dos cidadãos, ao proporcionar-lhes serviços ou renda" (1967b, p. 7). O núcleo central consistiria no seguro social, assistência pública ou nacional, serviços assistenciais médicos e sociais, política habitacional e educação[6]. Por sua vez, Bobbio diria que a proteção dos direitos sociais; isto é, a passagem da declaração puramente verbal a sua proteção efetiva, requer práticas para intervenções por parte do Estado, produzindo a organização dos serviços públicos, de onde nasceu uma nova forma de Estado, o Estado Social (BOBBIO, 1992, 72).

Nas medidas adotadas pela Inglaterra, analisadas por Marshall, como as leis de assistência aos indigentes, leis de proteção aos trabalhadores da indústria, as medidas contra a pobreza etc., estaria o embrião daquilo que, após a Segunda Guerra Mundial, ficou conhecido como Welfare State, o Estado de Bem-Estar Social:

> "Pois o que se observa aqui é a fase final do processo descrito [...] pelo o qual o desenvolvimento lógico e natural das ideias e instituições conduziram, em última analise a uma transformação do sistema. A transformação, ou revolução, consistiu na fusão das medidas de política social num todo o qual, pela primeira vez, adquiriu, em consequência, uma personalidade própria e um significado que, até então, tinha sido apenas vagamente vislumbrado. Adotamos a expressão 'Estado do Bem-Estar Social' para denotar essa nova entidade composta de elementos já conhecidos. A responsabilidade derradeira total do Estado pelo bem-estar de seu povo foi reconhecida mais explicitamente do que jamais o fora [...]. Os serviços sociais não deviam ser considerados como necessidades lamentáveis a serem mantidas somente até que o sistema capitalista fosse reformado ou socializado: era uma parte permanente e mesmo gloriosa do próprio sistema social" (MARSHALL, 1967b, p. 97-98).

A perspectiva adotada por Marshall compreende que o Welfare State é um desdobramento necessário das mudanças postas em marcha pela industrialização das

---

[6] A educação não é tratada em pormenores nesta obra, mas em MARSHALL, 1967a, p. 73, ele afirma que o direito à educação é um direito social de cidadania genuíno devido ao entendimento de que seu objetivo durante a infância seja moldar o adulto em perspectiva. Não era encarada, neste contexto, como o direito da criança frequentar a escola, mas como o direito do adulto de ter sido educado. Isto estaria de acordo com os direitos civis, considerando que se destinam a ser utilizados por pessoas inteligentes e de bom senso que aprenderam a ler e a escrever. Neste sentido, a educação seria um pré-requisito necessário da liberdade civil.

sociedades[7] (ARRETCHE, 1995). Para ele, sua origem e desenvolvimento fazem parte "da evolução lógica e natural da ordem social em si mesma" (1967b, p. 27). Tal processo seria em parte realizado pela ação política, na qual o autor identificaria distintas correntes de pensamento e suas propostas em cada período de evolução da Política Social. Contudo, mesmo havendo distintas correntes de pensamento e propostas de atuação da Política Social, a ação política estaria condicionada a um processo de autodesenvolvimento da Política Social, ao qual os atores sociais são submissos (ARRETCHE, 1995).

A formação e o desenvolvimento do Estado de Bem-Estar Social suscitaram visões destoantes para as diversas experiências vivenciadas. Para Carvalho (2002, p. 11), o ponto de chegada, o ideal de cidadania plena, pode ser semelhante, pelo menos na tradição ocidental sob a qual nos movemos, mas os caminhos para isto podem ser completamente distintos, havendo até mesmo desvios ou retrocessos. Seria este o caso do Brasil, que teria duas especificidades: a maior ênfase nos direitos sociais e a alteração na sequência em que os direitos foram adquiridos.

Haveria outras distinções do modelo preconizado por Marshall, uma vez que ali a cidadania se desenvolve dentro do fenômeno histórico de formação do Estado-nação, que se alinha com as mudanças trazidas pela Revolução Francesa. A luta pelos direitos se deu dentro das fronteiras geográficas e políticas do Estado-nação, sendo uma luta nacional e o cidadão que dali surgia também nacional. Como vimos em Bobbio, a internacionalização dos direitos surgiria em uma terceira fase da declaração dos direitos dos homens, mas estes não nasceram em âmbito transnacional. Deste modo, a construção da cidadania moderna condiz com a relação das pessoas com o Estado e com a nação, especificamente com a lealdade a um Estado e a identificação com a nação.

Em alguns países, o Estado teve mais importância que a nação, devido ao grau de participação na vida política ser mais forte do que a identidade nacional, que, por sua vez, devia-se a fatores que incutiriam a noção de unidade, como a religião, a língua, as lutas e guerras contra inimigos comuns. A maneira como se formam os Estados-nação condicionaria

---

[7] Perspectiva esta, de acordo com a análise de Marta Arretche (1995), também defendida por outros autores como Harold Wilensky e Richard Titmuss, que se diferem, no entanto, quanto às razões para sua expansão. A autora busca organizar o debate sobre os motivos de surgimento e expansão do Welfare State, categorizando correntes interpretativas a partir de condicionantes de ordem econômica ou política, nas quais insere grandes nomes das Ciências Sociais, que entende serem representativos dessas correntes. Para ela, a obra "Política Social" de Marshall enquanto aponta o Welfare State como resultado de transformações promovidas pela industrialização, deve ser enquadrada nos condicionantes de cunho econômico. Por outro lado, Arretche (1995) enquadra sua obra "Cidadania, classe social e status" na corrente de cunho política, dentro da sub-corrente que encara o Welfare como resultado de uma ampliação progressiva de direitos, dos civis aos políticos, dos políticos aos sociais.

a construção da cidadania, como veremos a seguir para a especificidade dos direitos em solo brasileiro, sobretudo a partir da análise empreendida por Carvalho (2002). Todavia, ali daremos maior ênfase às ações voltadas aos direitos sociais, especialmente à área da saúde pública, tendo em vista a motivação deste trabalho.

1.2 Os direitos sociais e as políticas de saúde no Brasil

Em 1822, com sua independência proclamada, o Brasil herda uma tradição cívica problemática. Embora houvesse unidade territorial, linguística, cultural e religiosa, havia uma população analfabeta, uma sociedade escravocrata, uma economia monocultora e latifundiária e um Estado absolutista (CARVALHO, 2002, p.18). Chegamos ao fim do período colonial com a maioria da população excluída dos direitos civis e políticos e sem a existência de um sentimento de nacionalidade, havendo no máximo alguns centros urbanos com uma população politicamente mais aguerrida e com sentimento de identidade regional. Apesar da independência não ter ocorrido à revelia do povo, também não foi fruto de uma luta popular. A tranquilidade da transição, mesmo com renúncia em 1831 do primeiro imperador, possibilitou a continuidade social, implantando um governo ao estilo das monarquias constitucionais e representativas européias, sem, entretanto, tocar na escravidão, apesar de a pressão inglesa neste sentido. Desse modo, a independência manteve a limitação dos direitos civis.

A constituição de 1824, que regeu o país até o fim da monarquia, regulou os direitos políticos, definindo quem poderia votar e ser votado; no caso, todos os homens a partir dos 25 anos de idade com a renda mínima de 100 mil-réis. Nem mulheres, nem escravos votavam, pois não eram considerados cidadãos. Ademais, os brasileiros tornados cidadãos pela Constituição eram em sua maioria analfabetos, como já exposto, além de viver sob o controle ou a influência dos grandes proprietários rurais. Em eleições, o que estava em jogo não era o direito político do cidadão, mas o domínio político local. Em meio à venda de votos e fraudes eleitorais, o votante não agia como parte de uma sociedade política, mas como dependente de um chefe local, sendo seu voto um ato de obediência forçada ou um ato de lealdade e de gratidão.

Em 1881, com a aprovação de lei que introduziu o voto direto e proibiu o voto dos analfabetos, assim como com a proclamação da República em 1889 e a Constituição Republicana em 1891, a representação política não obteve grandes modificações. A

República, por seu turno, foi recebida com surpresa pelo povo, que assistia “bestializado”; isto é, atônito aos acontecimentos, sem entender o que se passava. Não houve, assim, movimentação popular, nem a favor da República nem em defesa da monarquia. Dessa forma, o novo regime não foi fruto de uma conquista popular; logo, não foi um marco na criação de uma identidade nacional.

A primeira República (1881-1930) introduziu a federação de acordo com o modelo norte-americano, no qual os presidentes dos estados, então as antigas províncias, passavam a ser eleitos pela população. Apesar de a descentralização propiciar a aproximação do governo à população, via eleição, facilitou a formação de sólidas oligarquias estaduais, apoiadas em partidos únicos também estaduais, denotando o que ficou conhecido como “República dos coronéis”.

O coronelismo impactava negativamente a participação política, assim como negava os direitos civis, uma vez que nas fazendas imperava a “lei” do coronel, sendo seus trabalhadores seus súditos. O Estado se aproximava dentro do acordo coronelista, em que o coronel dava seu apoio político ao governador em troca da indicação de autoridades, como o delegado de polícia, o coletor de impostos etc., estando a justiça e a polícia a serviço do poder privado. Em São Paulo e Minas Gerais este sistema político atinge seu auge, contribuindo para o domínio que estes dois estados exerceram sobre a federação, em que os coronéis se articulavam com os governadores, que, por sua vez, se articulavam com o presidente da República, este último quase sempre oriundo dos dois estados.

Neste ínterim, a lei, que deveria ser a garantia da igualdade de todos acima do arbítrio do governo e do poder privado, era instrumento de castigo, arma contra inimigos a ser usada em benefício próprio. Mesmo diante do direito de votar, não havia condições para o exercício independente do direito político. Nem mesmo com a conquista de alguns direitos civis, a partir das reivindicações da classe operária, que surgira nos grandes centros urbanos, que em sua faceta socialista tinha pouco espaço de atuação devido à intervenção da política das oligarquias, enquanto que o segmento conhecido por “amarelos” possuía estreita cooperação com o Estado, em contraste com os anarquistas, com total rejeição àquele.

O coronel comandava um lote considerável de votos de cabresto, exercendo uma “ampla jurisdição e poderes de polícia sobre seus dependentes” (LEAL, 1976, p. 23). Tal relação foi viabilizada pelo fato da “plebe rural”, como já dizia Oliveira Vianna (1955), viver de uma condição social caracterizada pela marginalidade ante o sistema econômico, que se baseava na monocultura exportadora e mão de obra escrava durante o século XIX. Franco (1997) ao se debruçar sobre a vida dos homens brancos e livres – em sua maioria, tropeiros,

vendeiros, sitiantes e agregados – que viviam nas franjas da civilização do café do século XIX, nas áreas do Rio de Janeiro e São Paulo pertencentes à região do Vale do Paraíba, delineia uma análise importante sobre a circunstância da criação de tal vínculo. O latifúndio no país ao mesmo tempo em que se autossupria era voltado à produção mercantil especializada, visando ao mercado externo. Dessa forma, abria-se a possibilidade de que grande parte de terra ociosa das áreas incorporadas aos patrimônios privados fosse cedida para uso desses homens. Como consequência, formou-se a dependência pessoal em relação aos grandes fazendeiros, geralmente pela necessidade de sua assistência econômica, por meio da instituição do compadrio e sua cadeia de compromissos mútuos. Assim, o coronel passa a ser visto como benfeitor. “Em sua situação, seria ilusório pretender que esse novo pária tivesse consciência do seu direito a uma vida melhor e lutasse por ele com independência cívica” (LEAL, 1976, p.25).

No que tange aos direitos sociais, vemos que a assistência social estava quase que exclusivamente sob as mãos de associações particulares, como no caso das santas casas de misericórdia, instituições privadas voltadas ao atendimento dos pobres. A Constituição de 1891 retirou do Estado a obrigação de oferecer educação primária, que constava na de 1824, predominando um liberalismo ortodoxo, que proibia, por exemplo, o governo federal de interferir na regulamentação do trabalho, só sendo tal situação alterada em 1926 com a reforma da Constituição.

É no âmbito, entretanto, das políticas sociais que assistiremos, ainda na Primeira República, ao germe de um projeto civilizatório que defenderia a construção nacional e o forjamento das bases para a identidade coletiva remetida ao sentido de nação brasileira. Para esta última, foram introduzidas ações envoltas à manipulação de símbolos patrióticos para legitimação da República. O hino e a bandeira nacional alcançaram tal mérito ainda em decorrência da guerra contra o Paraguai. Carvalho (2001) relata que os idealizadores da República embatiam-se na arena ideológica pela versão oficial do mito de origem do novo regime, dividindo-se em linhagens políticas distintas pelas quais buscariam uma base para a construção da nação. Seria pela mobilização simbólica que se tentariam compensar a não participação dos setores populares na derrubada do regime anterior. Apenas por meio do forjamento desse sentimento de identidade, poderíamos conceber a fundação de uma comunidade política. Contudo, até 1930, não veríamos um povo organizado politicamente, nem sentimento nacional consolidado. Quando o povo agia politicamente, o fazia mais como reação ao que considerava arbítrio das autoridades.

Por outro lado, analisar a condição de saúde dos brasileiros foi um importante passo à construção da autoridade do Estado e também à formação de um ideal de nação, neste período (LIMA, 1999; LIMA; HOCHMAN, 1996). Cabe ressaltar que na época estavam em voga teses negativas sobre a inferioridade climática e racial do país. O grande tema dos movimentos intelectuais se baseava na construção da nacionalidade brasileira e a conformação de projetos nacionais para fortalecimento da presença do Estado em todo território. Sanitaristas e grandes nomes da intelectualidade no país reuniram-se em torno do projeto civilizatório que defendia a construção nacional do Brasil atrelada a políticas públicas em áreas como saúde e educação.

Destacaram-se, a partir disso, as intervenções sanitárias e urbanas iniciadas no Rio de Janeiro e centros urbanos do Sudeste. Carvalho (2002) afirma que tais medidas tiveram impacto decisivo na grande revolta urbana de 1904, na cidade do Rio de Janeiro. O Rio era conhecido pelas frequentes epidemias de febre amarela, varíola, peste bubônica, além um precário serviço de esgoto e abastecimento de água, ruas desordenadas e estreitas. Com a reforma urbanística e higiênica da cidade empreendida pela prefeitura em 1902, foram abertas avenidas, reformou-se o porto e centenas de casas foram derrubadas, deixando moradores sem teto. Além disso, com a atuação de Oswaldo Cruz, os mosquitos transmissores da febre amarela foram combatidos, o que promoveu a interdição de prédios e remoção de doentes. Foram visados principalmente os cortiços, muitos condenados à demolição, que eram um conjunto de habitações anti-higiênicas onde se aglomeravam boa parte da população pobre.

Em 1904, quando Oswaldo Cruz inicia o combate à varíola, cuja vacinação se tornara obrigatória, vários políticos se opuseram ao governo e iniciaram uma campanha de oposição à obrigatoriedade da vacina. A vacina ainda teve uma repercussão negativa, uma vez que se espalhou a ideia de que poderia causar outras doenças, além da noção de que o Estado não teria autoridade para forçar as pessoas a se vacinarem nem remover doentes de suas casas (ademais, ainda houve boatos de que médicos do governo visitariam famílias para aplicá-la nas coxas e nádegas das mulheres e filhas dos operários). A oposição se estendeu às camadas populares, que arregimentou 15 mil assinaturas em listas pedindo a suspensão da vacina. Diante da resposta austera do governo na regulamentação da vacina, eclodiu-se a revolta que ficou conhecida como “revolta da vacina”. O protesto popular se deu a partir de um acúmulo de insatisfações com o governo, que incluíam a reforma urbana, a destruição de casas, a expulsão da população pobre e as medidas sanitárias (que incluíam a proibição de mendigos e cães nas ruas, por exemplo), cujo ápice foi a obrigatoriedade da vacina (CARVALHO, 2002).

O saneamento, contudo, não se restringiu ao Rio de Janeiro e se estendeu às outras regiões, dando início ao saneamento rural. As viagens de cientistas pelo país contribuíram para formar um retrato das áreas do interior onde as doenças tornaram-se marco da própria nacionalidade[8]. A formulação de um discurso científico e uma tese higienista, a partir disto, serviu de base à elaboração de uma interpretação social sobre o atraso do interior do país, tanto por parte de nossos pensadores como em um imaginário social em sentido mais amplo (LIMA, 1999, p. 93).

Em fins da década de 1910, a concepção de inviabilidade do Brasil como nação, fundada na apreciação negativa sobre a mistura de raças ou no clima – conforme crença em voga nas teorias europeias da segunda metade do século XIX –, começou a sofrer críticas dos intelectuais que aderiram à campanha pelo saneamento dos sertões. A ancilostomose, a malária e a doença de Chagas, conhecidas como "doenças da preguiça", deixam de ser relacionadas à origem racial da população, ao passo que a doença generalizada e o abandono das populações do interior pelo poder público tornam-se temas de debate político e problemas sociais[9]. A imagem do brasileiro desprovido de condições mínimas de higiene, saneamento e, consequentemente, da saúde, era então disseminada no imaginário social.

A recorrência à "natureza" nos discursos dos sanitaristas visava ao poder da ciência a partir da higiene, da transformação das condições ambientais. O "atrasado" sertão deveria ser tratado, cabendo à ciência, especialmente a ideia-força do saneamento, a solução para sua integração à civilização "moderna" do litoral[10]. Assim, o movimento sanitarista da primeira República possibilitou a transformação da saúde em questão primordial ao ideal de modernização do Brasil (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005).

Por meio do trabalho desenvolvido pelo movimento sanitarista erigiram-se, portanto, mecanismos de regulação da vida, buscando otimizá-la por meio de medidas preventivas em

---

[8] O que possibilitou a associação do Brasil a imagens como de um "imenso hospital" – expressão do médico Miguel Pereira, citada por Lima (1999, p. 84).

[9] Tal deslocamento do foco explicativo acerca de nossas mazelas dos fatores biológicos para os fatores ambientais se insere ainda no contexto da sociologia de Gilberto Freyre, que destacará a "cultura" como a chave de compreensão da sociedade brasileira e de suas virtualidades específicas. Ver Souza, 2000.

[10] "Litoral" é uma das expressões concebidas na época para designar o polo moderno do Brasil. Sua oposição ao "sertão", o polo atrasado, é, portanto, tributária da idéia de "dois Brasis", um Brasil moderno em oposição a um Brasil pré-moderno. "Os sertões" de Euclides da Cunha (2005), que narra a grande revolta messiânica de Canudos, é um marco neste contexto. Vários de nossos intelectuais referem-se a esta obra como a precursora de todo um pensamento original acerca de nossa sociedade, de onde surgiria um conflito entre tradição e modernidade. Esta obra foi fruto das missões militares pioneiras e que por isto mesmo promoveram a "descoberta" do interior. Sobre esta divisão polarizada do país e sua repercussão no movimento sanitário, assim como nas ciências sociais, ver o já referido texto de Lima (1999). Este tema e as abordagens dessa autora foram tratados em LUNA, 2006 e LUNA, 2009a.

saúde e higiene da população. A implementação dessas ações, ao visar consolidar a construção de uma identidade nacional do país, por meio de um projeto político de modernização, desenvolvimento social e econômico, seguiu a mesma lógica dos modelos de saneamento empregados em outros países capitalistas. De acordo com Foucault (2005), mecanismos como esses passaram a operar de uma forma geral nos países modernos a partir do fim do século XVIII. Para ele (2007b), a medicina moderna, estando ligada à economia capitalista, define-se precisamente pela valorização da dimensão global da sociedade de forma a valorizar uma medicina coletiva (subordinando a medicina individualista). O capitalismo que se desenvolveu em fins do século XVIII e início do XIX teria socializado o corpo como força de trabalho, de forma que o controle da sociedade sobre os indivíduos começaria por meio dele. A medicina se tornaria uma estratégia bio-política de controle dos indivíduos. Os traços biológicos de uma população se tornariam, por conseguinte, elementos pertinentes a uma gestão econômica, sendo necessário organizar um dispositivo em volta deles que garantiria tanto sua sujeição quanto o aumento constante de sua utilidade (2007b, p. 198).

Nos anos de 1910 e 1920, a autoridade estatal abrangeu o território nacional, criando as bases para formação de uma burocracia em saúde pública e, assim, a criação de um sistema nacional de saúde, com concentração e verticalização das ações no governo central, que se efetivaria após 1930. A política social adotada pelo governo de Getúlio Vargas refletia este processo. No seu primeiro governo (1930-1945), foi combinada uma centralização normativa da saúde com uma descentralização executiva e, assim, por meio do comando único do Estado, a esfera estadual tornava-se foco de controle e irradiação das políticas públicas adotadas. Foram criados distritos sanitários a partir da instalação de postos de saúde em regiões do interior dos estados, de tal forma que o governo federal pudesse obter maior controle das instâncias locais. Com essas medidas, a base do sistema nacional de saúde pública era consolidada (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005).

O Estado Novo foi um grande divisor de águas na história do país, promovendo aceleradas mudanças no cenário político e na construção de um ideário nacional[11]. Surgiram movimentos de real participação popular, como no caso do próprio movimento de 1930 e das campanhas nacionalistas já na década de 1950, principalmente na defesa do monopólio estatal

[11] Em relação a este último aspecto, tivemos uma mobilização simbólica bem sucedida quando as idéias de "Casa Grande e Senzala" de Gilberto Freyre, publicado em 1933, sobre a singularidade da formação social brasileira, ganharam sustentação no governo interventor de Vargas. Ali estavam sistematizadas as idéias que dariam escopo à "brasilidade", uma idéia-força de "apagamento das diferenças" entre classes, raças, regiões e etnias a favor de uma cultura singular brasileira, fruto da miscigenação bem sucedida entre índios, portugueses e negros. Sobre o tema, ver Maciel (2007) e Souza (2000).

do petróleo. O nacionalismo incentivado pelo Estado Novo foi o principal instrumento de promoção de uma solidariedade nacional, acima das lealdades estaduais, como ocorria anteriormente no governo das oligarquias regionais (CARVALHO, 2002).

E foi o primeiro governo de Vargas o verdadeiro marco na configuração de políticas sociais no Brasil (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005, p. 38). Dele, destacaram-se medidas de centralização das ações estatais, no intuito de propiciar a integração da economia nacional e regulamentar os fatores de produção (MEDEIROS, 2001, p. 9). O nacionalismo econômico tinha como estandartes a siderurgia e o petróleo, o primeiro com a siderúrgica de Volta Redonda e o último com o estabelecimento da exploração e refino do petróleo já na década de 50, com o retorno de Vargas e a criação da Petrobrás (CARVALHO, 2002).

Verificou-se, no período, um avanço nos direitos sociais. A criação do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio – MTIC foi uma das primeiras medidas do governo revolucionário. Embora abrangesse a indústria e o comércio, muito de suas ações eram direcionadas à área do trabalho e à legislação social, agindo sobre relações trabalhistas, a previdência social e o sindicalismo. Assim, logo em seguida, tivemos a vasta legislação trabalhista e previdenciária, completada em 1943 com a Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT. Foram conquistas do período: o decreto da jornada de oito horas no comércio e na indústria, a regulamentação do trabalho feminino, a criação da carteira de trabalho, o direito a férias, a criação de um salário mínimo capaz de atender às necessidades da vida de um trabalhador chefe de família, a criação da Justiça do Trabalho etc. (CARVALHO, 2002).

Por outro lado, a evolução dos direitos políticos foi mais complexa tendo em vista o golpe de 1937, que inaugurou um período ditatorial, garantido pelas forças armadas, que duraria até 1945. Manifestações políticas eram proibidas. Entretanto, o voto secreto e a criação da justiça eleitoral, além da conquista do voto feminino, prefiguram conquistas democráticas da era Vargas. Os direitos civis tiveram lenta progressão também durante o período ditatorial assinalado, em que muitos direitos foram suspensos, sobretudo a liberdade de expressão do pensamento com o controle da imprensa pela censura e liberdade de organização. Embora houvesse organização sindical, esta se fazia dentro de um arcabouço corporativo com estreita vinculação com o Estado (CARVALHO, 2002).

Carvalho (2002) assinala ainda que as conquistas de benefícios sociais tornaram duvidosa a sua definição como uma conquista democrática, posto que eram promovidas com o comprometimento do desenvolvimento de uma cidadania ativa. Se por um lado o Estado protegia com a legislação trabalhista, por outro, ele constrangia com a legislação sindical. O sindicato não funcionava como um órgão de representação dos interesses de operários e

patrões, mas como órgão de cooperação das duas classes e o Estado. Com uma lei criada em 1931, o sindicato deixava de ser uma instituição de direito privado para ter personalidade jurídica pública. A possibilidade de existir mais de um sindicato por categoria profissional foi eliminada e instituída pela unicidade sindical. Além disto, o governo tinha delegados seus dentro dos sindicatos, que passavam a funcionar sob estrita vigilância (CARVALHO, 2002).

Ainda que a sindicalização não fosse obrigatória, os sindicatos reconhecidos pelo Ministério do Trabalho conseguiam certas vantagens para seus operários, introduzindo o dilema "liberdade sem proteção ou proteção sem liberdade" (CARVALHO, 2002). Um exemplo disso seria o fato de que apenas os sindicalizados poderiam beneficiar-se da legislação previdenciária. E é justamente a estruturação do sistema previdenciário que se tornaria a marca do sistema de proteção social instituído no Brasil, por meio do qual se desenvolveria a sustentação dos direitos sociais pelo Estado (MENICUCCI, 2007, p. 61).

Contemporaneamente à legislação trabalhista e sindical, foram criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), cada qual incorporando uma categoria profissional, na elaboração de uma rede própria de benefícios, entre eles os serviços da assistência médica hospitalar[12]. Diferentes categorias profissionais passavam a ser cobertas pelos institutos. No entanto, tal cobertura institucionalizaria a diferenciação da assistência conforme a categoria de trabalhadores, significando a reprodução na saúde de diferenciações nas características gerais de cada instituto[13] (MENICUCCI, 2007, p. 63).

A maior peculiaridade desta legislação seria a promoção da distinção de acesso aos benefícios sociais. No que tange à saúde, significou a assistência vinculada ao MTIC, que fornecia assistência médica individual, previdenciária, aos inseridos formalmente no mercado de trabalho (e sindicalizados, conforme as referências Carvalho, 2002). Esta ação teve impacto significativo na consolidação da política de bem-estar no Brasil. O Estado Novo ao patrocinar o fortalecimento de um sistema previdenciário, que fornecia assistência médica individual aos inseridos formalmente no mercado de trabalho, contribuía para consagrar a

[12] As primeiras instituições previdenciárias para trabalhadores do setor privado, por iniciativa estatal (já existiam iniciativas para os funcionários públicos) foram as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), criadas nas empresas a partir de 1923. A assistência se restringia às empresas com mais de 50 funcionários e a forma de provisão dos serviços médicos se fazia pela compra de serviços privados. Na década de 1930, elas serão sucedidas e absorvidas pelos IAPs (MENICUCCI, 2007, p. 62-63). Cabe ressaltar, todavia, que foi por meio das CAPs que o seguro social surgiu no Brasil (MERCADANTE et al., 2002, p. 237).

[13] A título de exemplo, os gastos com assistência médica, em 1964, do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários (IAPI), era cerca de 20,2% do total de despesas, enquanto que no Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Bancários (IAPB), esse número chegava a 63,4%, sendo este instituto considerado o mais pródigo dos IAPs em função da capacidade maior de mobilização e pressão dos bancários para consecução de benefícios (MENICUCCI, 2007, p. 65).

separação institucional e política entre saúde pública e assistência médica no Brasil (GERSCHMAN; SANTOS, 2006, p.180).

A saúde coletiva no Brasil, desde a criação do sistema nacional de saúde, se tornaria subordinada ao atendimento médico individualizado. A prioridade dada ao "individual" – por meio da atenção à saúde disponibilizada pelos organismos vinculados aos Ministérios da Previdência – seguia a lógica da "recuperação de dimensões ou 'partes' dos indivíduos, de modo a possibilitar-lhes continuarem desempenhando funções e assumindo papéis necessários para a manutenção e reprodução da ordem social" (AUGUSTO; COSTA, 1987, p. 60). Logo, a assistência à saúde se atrelava à possibilidade de tornar o trabalho mais eficiente e controlado.

O Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), substituído pelo Ministério da Educação e Saúde (MES), em 1937, ficava responsável pela promoção de outro tipo de acesso à saúde, visando atender àqueles que não foram abrangidos pela medicina previdenciária, como os desempregados, os trabalhadores domésticos (maioria trabalhadora) e os trabalhadores informais. Tratava-se de uma medicina de cunho coletivista, de caráter preventivo, não abrangendo o cuidado clínico individual[14]. Dessa forma, esta população estava excluída da ampliação de benefícios garantida aos segurados da previdência. O que, por seu turno, justifica-se devido ao fato de tais conquistas estarem articuladas ao projeto de industrialização em curso.

A relação capital/trabalho instituída implicou também a exclusão dos habitantes das zonas rurais dos benefícios, sendo estes considerados inelegíveis à condição de segurados (BAHIA, 2005, p. 419). A extensão da legislação social ao campo teve que esperar os governos militares para ser implantada. Assim, por não trabalharem em regime regular e não contribuírem com as organizações de seguro médico-social, os trabalhadores rurais recebiam assistência dispersa de algumas instituições de caridade ou de serviços oficiais.

A política social implementada nos anos 30 se inscreve em um movimento de construção da identidade nacional (*nation-building*) e de integração social (MELO, 1991). No

[14] A saúde pública, no entanto, vislumbrou políticas notáveis quando o governo federal criou em 1942 o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). Nascido de um acordo entre o Brasil e os EUA, o SESP representou um apoio médico-sanitário às regiões de produção de materiais estratégicos mediante a eclosão da Segunda Guerra Mundial. Assim, o espaço geográfico inicial da atuação limitava-se à Amazônia (produção de borracha), ao estado de Goiás e ao Vale do Rio Doce (minérios). Todavia, o SESP, que em 1960 se tornaria fundação do então Ministério da Saúde (MS), se destacou pela introdução de inovações na assistência médico-sanitária em áreas geográficas distantes e carentes, sendo pioneiro na atenção básica domiciliar e na implantação de redes hierarquizadas de atenção integrada à saúde, promovendo serviços preventivos e curativos. Contudo, as tentativas integracionistas conduzidas pelo Ministério da Saúde foram aviltadas pelo fortalecimento do complexo previdenciário nas décadas de 1960 e 1970 (MERCADANTE, 2002, p. 239-240).

entanto, o processo de integração ou de ampliação da participação se daria sob o jugo da segmentação e regulação, se constituindo a partir de um eixo estruturador de relações sociais, com clivagens de classe. Remetemos assim à análise, referenciada em boa parte da literatura sobre o tema, de Wanderley Guilherme dos Santos (1979) acerca da "cidadania regulada", sob a qual defende a ideia de um sistema de estratificação ocupacional, em que são reconhecidos como cidadãos os membros da comunidade que se encontram localizados em qualquer uma das ocupações reconhecidas e definidas legalmente: "a cidadania está embutida na profissão e os direitos do cidadão restringem-se aos direitos do lugar que ocupa no processo produtivo, tal como reconhecido por lei" (SANTOS, 1979, p. 68).

Assim, a carteira de trabalho, que veio a ser descrita por Santos como uma espécie de "certidão de nascimento cívico", expressou a legitimação de uma distinção entre as pessoas integradas à sociedade de classes, por meio do mercado de trabalho, e os segmentos da sociedade não integrados. Desse modo, o modelo brasileiro de sistema de proteção social, neste período inaugural, enquadra-se no modelo "meritocrático-corporativista"[15], pois a extensão de direitos e dos serviços sociais, dentre eles a saúde, se dava a partir da situação dos indivíduos no mercado de trabalho (COHN, 2007).

Para Draibe (1989), o período de 1930/1943 – sob o jugo de um regime autoritário, destacou a criação dos IAP e a formulação da legislação trabalhista consolidada em 1943 – caracteriza a fase de "Introdução" do Estado de Bem-Estar Social no Brasil. Draibe considera o Welfare State como um elemento estrutural das economias capitalistas contemporâneas, um modo particular de regulação social que se manifesta em dado momento do desenvolvimento capitalista, que apresentaria padrões diferenciados, tanto progressistas (generosos na cobertura e na diversificação dos benefícios), quanto conservadores (que podem ser extremamente seletivos), como seria o caso brasileiro[16] (1989, p. 15). O sistema brasileiro de política social

[15] Tal como o modelo alemão de seguro social implantado em 1883 por Bismarck, que tinha como caraterística central a cobertura de grupos ocupacionais por meio de uma relação contratual. Baseado na conjugação dos princípios de solidariedade com mérito, o benefício é vinculado à contribuição (de empregadores e empregados, como porcentagem da folha salarial) às quais se juntam à contribuião estatal (FLEURY; OUVERNEY, 2008, p. 34. Ver também LOBATO; GIOVANELLA, 2008).

[16] A concepção de distintos modelos de welfare states tem a forte contribuição da análise de Esping-Andersen (1991), que classificou três tipos de regimes a partir da natureza da mobilização de classe, particularmente a classe trabalhadora, das estruturas de coalizão política de classe e do legado histórico da institucionalização do regime. O modelo escandinavo, denominado "social-democrata", baseou-se na premissa de que os serviços e benefícios se elevassem a níveis compatíveis até mesmo com o gasto mais refinado das novas classes médias, garantindo a todos, incluindo os trabalhadores, plena participação na qualidade dos direitos desfrutados pelos mais abastados. Já o regime "liberal", desenvolvido nas nações anglo-saxões e concebido como modelo residual de welfare state, propiciou um dualismo político de classe, atendendo essencialmente a classe trabalhadora e aos pobres, cabendo às maiorias serviços diferenciados pelo mercado. Já o regime conservador e corporativista, que

se edificou sobre um padrão restritivo de direitos, uma vez que a concessão de benefícios ocorreu de acordo com a posição ocupacional e de renda adquirida no nível da estrutura produtiva.

Retornando à argumentação de Carvalho (2002), podemos inferir que a antecipação dos direitos sociais diante das outras formas de direitos, no período assinalado, fez com que os mesmos não fossem apreciados como tais, independentes da ação do governo, mas sim como uma espécie de benesse em troca da qual se deveriam gratidão e lealdade. A identificação da figura de Vargas como "pai dos pobres", principalmente no seu segundo governo, configurou um dos exemplos mais típicos de populismo no Brasil, resultando uma cidadania passiva e não reivindicadora. Promovia, dessa forma, uma posição de dependência perante os líderes, "aos quais votavam lealdade pessoal pelos benefícios que eles de fato ou supostamente lhes tinham distribuído" (CARVALHO, 2002, p. 126). Das ações adotadas, podemos delinear uma concepção de política social como privilégio e não direito.

Ainda de acordo com Carvalho (2002), a primeira experiência democrática no Brasil, de fato, se deu após a derrubada de Vargas, entre o período de 1945 a 1964. A Constituição de 1946 manteve as conquistas sociais anteriores e garantiu os tradicionais direitos políticos e civis. O voto foi expandido a todos os cidadãos, homens e mulheres com mais de 18 anos excetuando, entretanto, os analfabetos. Como o analfabetismo se concentrava na zona rural, os principais prejudicados foram os trabalhadores rurais. Duas outras decisões denotaram um retrocesso democrático, que foram a cassação do registro do Partido Comunista em 1947 e a decisão, em 1963, do Tribunal Superior Eleitoral de que suboficiais e sargentos não pudessem ser eleitos, sendo este o motivo de revolta alegado pelos sargentos naquele ano. Mesmo havendo tais retrocessos, o período foi marcado por uma participação do povo na política mais expressiva, tanto pelo lado das eleições quanto pela ação política organizada em partidos, sindicatos, ligas camponesas e outras formas de associações (CARVALHO, 2002).

Em relação aos direitos sociais, não tivemos evolução significativa. Os técnicos da previdência, desde o final do Estado Novo, buscavam unificar o sistema e expandi-lo para abranger toda a população trabalhadora, mas sem sucesso, devido às resistências dos institutos, que tinham leis e burocracias próprias. Em 1960, foi aprovada a Lei Orgânica da Previdência Social, que uniformizava as normas da previdência, sem unificar o sistema, tendo em vista a permanência dos institutos.

---

engloba a Europa Continental, se caracteriza pela concessão de direitos segundo a classe social e o *status*. Nesse caso, o Estado interfere quando a capacidade da família servir seus membros se exaure.

No que se refere à saúde, tivemos alguns avanços importantes, como a criação do Ministério da Saúde em 1953, o processo de deslocamento da discussão das arenas da burocracia pública para o legislativo e esfera política, e a politização da saúde nos congressos de higiene e nas conferências nacionais (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005). O grande marco neste período foi a ideia de que a saúde é um bem de valor econômico, pressupondo investimento em "capital humano" como forma de permitir o progresso do país. Nesse momento, houve vozes a favor da ampliação do papel dos municípios e um melhor aparelhamento dos serviços sanitários, o que implicariam uma crescente descentralização, horizontalidade e integração das ações de saúde. O golpe de 1964, porém, pôs abaixo esses ideais (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005).

O golpe de 1964 promoveu a restrição dos direitos civis e políticos à base de violência. Assim como em 1937, impôs um regime ditatorial com ênfase nos direitos sociais (agora incluindo os trabalhadores rurais), marcado por forte atuação do Estado na promoção do desenvolvimento econômico (CARVALHO, 2002). O período entre 1968 e 1974 compreendeu os anos mais sombrios da nossa história para os direitos civis e políticos, sendo a repressão dos governos militares mais extensa e violenta que a do Estado Novo (CARVALHO, 2002).

Ainda de acordo com Carvalho (2002), os "atos institucionais" editados pelos presidentes militares foram os instrumentos legais por excelência de repressão, por meio dos quais foram cassados os direitos políticos de grande número de líderes políticos, sindicais, intelectuais e mesmo militares. Além das cassações, também foram utilizadas outras medidas como a aposentadoria forçada de funcionários públicos civis e militares, a intervenção em muitos sindicatos, assim como o fechamento de órgãos de cúpula do movimento operário, a UNE e o ISEB. O Ato Institucional nº 2 de outubro de 1965 aboliu a eleição direta para presidente da República, dissolveu os partidos políticos existentes, estabelecendo um sistema de dois partidos, e concedeu autoridade ao presidente para dissolver o parlamento, intervir nos estados, decretar estado de sítio e demitir funcionários civis e militares.

Com todas essas medidas ainda haveria algo mais radical a ser criado: o AI nº 5. Carvalho (2002) salienta que com este ato houve maior supressão dos direitos políticos e civis. O Congresso foi fechado, o habeas corpus para crimes contra a segurança nacional foi suspenso e todos os atos foram apartados da apreciação judicial. Com o governo do general Médici as medidas repressivas atingem seu ápice, instaurando nova lei de segurança nacional, que incluiu a pena de morte por fuzilamento, além da censura aos meios de comunicação como jornais e livros que ousassem expor ideias de oposição e crítica ao governo. Estava

sendo assim repreendida a liberdade de opinião, da mesma forma que não havia liberdade de reunião. Os partidos então eram controlados pelo governo, havia proibição de greves, o direito de defesa era cerceado por prisões arbitrárias, e para adensar as ações contrárias aos direitos humanos, ainda inexistia o respeito à inviolabilidade do lar e de correspondências e à integridade física por meio de torturas nos cárceres do governo e mesmo desrespeito ao direito à vida (CARVALHO, 2002).

O governo Médici além de ser o mais repressor promoveu, paradoxalmente, grande crescimento na economia, o que ficou conhecido como “milagre econômico”. Mas esse crescimento teria beneficiado de maneira muito distinta a população, promovendo o crescimento das desigualdades sociais. Outra peculiaridade do regime militar, de forma mais abrangente, é que ao mesmo tempo em que cerceou diversos direitos civis e políticos, promoveu a expansão dos direitos sociais, conseguindo realizar, por exemplo, aquilo que nem Vargas nem Goulart conseguiram: a unificação e universalização da previdência (CARVALHO, 2002).

A unificação dos IAP em uma única estrutura institucional, por meio da criação em 1966 do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, abrangeu toda força de trabalho, excetuando os empregados domésticos e os trabalhadores autônomos. Em 1978, foi desdobrado também no Instituto de Administração da Previdência Social (IAPAS) e Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS (SOUZA, 2003). Este último atuaria como órgão do Ministério da Previdência e Assistência Social responsável pela coordenação e financiamento dos serviços de saúde à população segurada pela previdência social.

Para prestar assistência à saúde dos seus associados, foi necessária a construção de grandes unidades de atendimento ambulatorial e hospitalar, assim como a contratação de serviços privados nas regiões com maior desenvolvimento econômico e nos grandes centros urbanos (estados das regiões sul e sudeste), onde estava a maior parte dos beneficiários (SOUZA, 2003, p.18). Segundo Telma Menicucci (2007), essa medida foi crucial à consolidação do “mix público/privado” da saúde: a política previdenciária adotada a partir dos anos 60 delegou ao setor privado grande parte das atividades de prestação dos serviços de saúde que destinava aos segurados e este relacionamento impactaria o futuro da saúde pública no Brasil, mesmo após o desmonte institucional do complexo previdenciário.

Dessa forma, houve um baixo desenvolvimento da capacidade estatal para produção de serviços hospitalares, o que fez com que o Poder Público dependesse do setor privado para expansão da assistência. A opção pela compra de serviços privados faz parte de um modelo

mais geral de relacionamento entre Estado e sociedade que marcará o contexto político da era militar, marcado pela centralização e privilégio à iniciativa privada no processo produtivo, em detrimento do setor público (MENICUCCI, 2007, p. 122). A interferência estatal contribuiu para o fortalecimento do setor privado, uma vez que teria sido muito mais difícil deste se impor, de forma independente, diante dos baixos salários da população e o aumento dos custos da assistência médica. Ainda houve construção ou reforma de inúmeras clínicas e hospitais privados com recursos financeiros da Previdência Social, associada ao enfoque na medicina curativa, além de financiamento a fundo perdido a empresas privadas que desejassem construir seus hospitais (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005, p. 62)[17].

De acordo com Menicucci, a medicina previdenciária expressou a tendência internacional de incremento nas transformações científicas e tecnológicas, delineando um caráter "hospitalocêntrico" e curativo (2007, p. 68). O hospital tornou-se a grande "porta de entrada" do sistema de assistência à saúde[18], sendo que os serviços hospitalares comprados de terceiros serão quase que a totalidade dos gastos com assistência médica previdenciária (cerca de 90% da despesa geral do INPS entre 1969 a 1975). As forças institucionais liberais e privatistas da corporação médica tornavam-se dominantes, privilegiando a prática assistencial curativa sob a forma de convênios entre a iniciativa privada e o Estado (MENICUCCI, 2007, p. 73).

Enquanto isso, as medidas de saúde voltadas para o atendimento de necessidades coletivas e de teor preventivo ficaram relegadas a um segundo plano devido ao orçamento

---

[17] O complexo previdenciário delineou três subsistemas como formas de prestação de serviços: o próprio, o contratado e o conveniado. O primeiro era constituído pelos postos de assistência médica e hospitalar do INPS, e depois do Inamps. O segundo, pela rede de serviços privados por meio de estabelecimentos credenciados ao INPS, na justificativa de que a rede própria seria insuficiente para atender a demanda crescente de segurados. Estes serviços eram remunerados na base de Unidades de Serviço (US), uma tabela de preços por ato médico, cujos valores dependiam da complexidade e densidade tecnológica, sendo o pagamento realizado pelo número de serviços. Teve sérias consequências ao sistema de financiamento da Previdência por ser fonte incontrolável de corrupção. O último, muito comum a partir de 1968, estabelecia convênios tripartides entre INPS, empresas empregadoras e empresas especializadas em prestação de serviços de saúde (conhecidas como "medicina de grupo", "empresa médica" ou "grupos médicos"). Mediante subsídio, as empresas passavam a arcar com a responsabilidade pela atenção médica de seus empregados, desobrigando o INPS da prestação direta dos serviços. Os convênios favoreceram a expansão da medicina de grupo nos locais de concentração de grandes empresas empregadoras, como os grandes centros no sudeste. A prática médica pôde se voltar prioritariamente à produtividade por meio deste arranjo. (MENICUCCI, 2007).

[18] Contrariando a lógica técnica e financeira pensada para os sistemas de saúde, que pressupõe a organização do sistema de forma hierarquizada e piramidal, tendo na base os procedimentos de menor complexidade tecnológica, para uma cobertura mais ampla. Conforme fosse aumentando a complexidade nos níveis seguintes, menor seria a cobertura, uma vez que diminuiria a necessidade de realização de procedimentos previstos nos níveis superiores. Portanto, a base do sistema deveria ser a "atenção primária", de menor custo, para todos, e com alta capacidade de resolução para maior parte das necessidades de atenção à saúde (MENICUCCI, 2007, p. 82).

precário e declinante do Ministério da Saúde (MS), como órgão responsável por essas ações. A saúde pública restringia-se a campanhas de baixa eficácia (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005, p. 61). Os serviços estatais de saúde pública eram caracterizados por um modelo de higienização da sociedade: em termos de educação sanitária e no controle de epidemias que pudessem acarretar prejuízos à economia do país. O atendimento hospitalar para os não associados à previdência ficava restrito ao apoio de segmentos filantrópicos da saúde, das organizações de ajuda mútua e a parcos hospitais estatais (COHN, 2005). Dessa forma, a distinção institucional na provisão dos serviços de saúde, iniciada nas décadas precedentes, se consolidava no período entre 1966-1976, na duplicidade de responsabilidades federais entre o MS e o Ministério da Previdência Social e Assistência Social (MPAS) (MERCADANTE, 2002, p. 240).

Contudo, esse arranjo demonstrava sua fragilidade. Conforme demonstrado por Menicucci (2007), a Previdência começou a ter sérios problemas com a expansão indiscriminada da contratação de serviços privados tanto pelos altos custos do regime de pagamento, quanto pela dificuldade de controle sobre as unidades contratadas. Diante de uma situação de crise de financiamento, algumas ações foram realizadas, como por exemplo, o estabelecimento de convênios com sindicatos, universidades, prefeituras e governos estaduais como forma de aumentar a cobertura com custos mais reduzidos e frear a expansão do credenciamento da rede privada[19].

Assim, a crise gerada pelo esgotamento da capacidade de financiamento do modelo de assistência, que prevalecia com altos custos e baixa eficiência, evidenciava os problemas do modelo assistencial. Era crescente a insatisfação de usuários, prestadores de serviço e trabalhadores de saúde. O período de 1975 a 1984, que caracterizou a liberação gradual do autoritarismo, teve como pano de fundo o fracasso do modelo econômico do governo militar, a impossibilidade de contenção das demandas por participação e a crise dos órgãos vinculados à Seguridade Social, evidenciado pela falência dos mecanismos de financiamento e as

[19] Uma ação de destaque foi a criação em 1974, do PPA – Plano de Pronta Ação, um conjunto de medidas visando organizar o funcionamento dos diferentes setores do complexo previdenciário. Dentre elas se destacou a decisão de facultar ao segurado a opção por instalações especiais nos hospitais particulares contratados pela previdência, mediante uma complementação de valores paga pelo cliente ou pelo sistema de assistência medica próprio da empresa. Muitos hospitais passaram a reservar leitos para as “instalações especiais”, comumente faltando enfermarias para segurados que não arcassem com os custos adicionais. Os compradores de serviço passaram a se organizar para negociar de forma coletiva com os prestadores de serviço, a fim de baixarem seus preços, gerando conflitos de interesse entre entidades médicas e operadoras de plano de saúde (MENICUCCI, 2007).

consequências indesejáveis da política de privatização dos setores sociais (FLEURY, 1994, p. 219).

Nesse período, abriu-se espaço para discussão do modelo de políticas e administração social, ampliando a participação da oposição tanto no debate quanto na condução das instituições sociais. Novos atores sociais emergem nesse cenário, envolvidos com as demandas reprimidas no campo das políticas e necessidades sociais: movimentos de profissionais, aposentados, movimentos populares e de usuários de serviços sociais etc. A relação entre a questão social e democracia permeava a formação de novas identidades coletivas, novas alianças e práticas sociais (FLEURY, 1994).

Dentre esses movimentos, surge no interior da Academia, concentrada nos Departamentos de Medicina Preventiva e Social, a proposta de reforma institucional do setor da saúde, por meio da articulação de um movimento político-ideológico por uma Reforma Sanitária, tida como um projeto mais amplo de democratização no Brasil. Questionavam a concepção de saúde restrita à dimensão biológica e individual, além de apontar diversas relações entre a organização dos serviços de saúde e a estrutura social (PAIM, 1997, p. 11). A institucionalização do movimento sanitário por meio da criação do CEBES – Centro Brasileiro de Saúde Coletiva foi capaz de organizar as diferentes visões críticas do sistema de saúde, definindo um projeto comum e estratégias de ação coletiva. Sua plataforma programática consolidada em documento apresentado no I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde na Câmara Federal, em 1979, alcançou adesão de parlamentares e sindicalistas, iniciando uma trajetória que culminaria com a inscrição destas propostas na Constituição Federal de 1988 (FLEURY, 1997, p. 28). É o caso da recomendação: “o reconhecimento do direito universal e inalienável, comum a todos os homens, à promoção ativa e permanente de condições que viabilizem a preservação de sua saúde” (CEBES apud FLEURY, 1997, p. 28).

De acordo com Escorel, Nascimento e Edler (2005), na medida em que o governo militar sofria críticas e um crescente afrouxamento político a partir de 1974, no governo Geisel, lideranças do movimento sanitário conseguiram se inserir nas brechas que existiam na alta burocracia estatal. Graças a isso puderam ser implementados ainda no regime militar programas que serviriam de inspiração a alguns princípios do futuro SUS[20] (ESCOREL;

[20] Tal como as AIS, Ações Integradas de Saúde, que viabilizaram o fortalecimento da rede básica ambulatorial, contratação de recursos humanos, articulação com serviços municipais de saúde e, não raro, a participação populacional na gestão de serviços. Também antes do SUS, é criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds) em 1987, que tinha entre seus princípios a universalização, a equidade, a hierarquização e participação comunitária, como também a pretensão de controlar as despesas com o setor privado. Porém, foi projeto fracassado (Escorel; Nascimento; Edler, 2005).

NASCIMENTO; EDLER, 2005). No entanto, somente com a saída dos militares do governo, o movimento sanitário pôde efetivamente ocupar posições chaves nas instituições que gerenciavam a política de saúde no país. A convocação da 8ª Conferência Nacional de Saúde[21], em 1986, que enervou discussões em torno de temas como saúde como direito de cidadania, reformulação do sistema nacional de saúde e do financiamento do setor, é considerada o marco histórico mais importante no processo de constituição de uma plataforma e estratégias a favor da democratização da saúde. Ali foram lançados os princípios da Reforma Sanitária e a aprovação da criação de um sistema único de saúde, que configurasse um novo arcabouço institucional, com a separação total da saúde em relação à previdência social, assunto que retornaremos no próximo capítulo.

Carvalho (2002) ressalta que a constituinte de 1988 redigiu e aprovou a constituição mais liberal e democrática da história do Brasil, ficando conhecida como a "Constituição Cidadã". A partir dela, obtivemos grandes avanços aos direitos dos homens. Os direitos políticos adquiriam amplitude nunca antes atingida, tornando facultativo o voto de analfabetos, assim como a aquisição ao direito do voto abaixou de 18 para 16 anos. As restrições à organização e funcionamento de partidos políticos da era militar também se desfizeram, situação precipitada já no período final do regime com o surgimento, por exemplo, de partidos de oposição, como o Partido dos Trabalhadores – PT. Os direitos civis foram recuperados após 1985, em destaque à liberdade de expressão, imprensa e de organização. Houve algumas inovações na Constituição, citando como exemplos o direito de habeas data, pelo qual qualquer pessoa pode exigir do governo acesso às informações existentes sobre ela nos registros públicos, e a criação da Lei de Defesa do Consumidor como desdobramento das ordenações constitucionais do Estado proteger o consumidor (CARVALHO, 2002).

Do ponto de vista dos direitos sociais, também tivemos inúmeras conquistas, como a fixação em um salário mínimo o limite inferior para as aposentadorias e pensões, o pagamento de pensão de um salário mínimo a todos deficientes físicos, a introdução da licença-paternidade, dentre outros. (CARVALHO, 2002). No próximo capítulo, nos deteremos nas conquistas e desafios dos direitos sociais substanciados nas políticas de saúde, onde o SUS se

[21] Tais conferências foram instituídas pela lei n. 378 de 13 de janeiro de 1937, tendo como principal objetivo propiciar a articulação do governo federal com os governos estaduais, dotando-o de informações para formulações de políticas, concessão de auxílios e subvenções financeiras. Todas as conferências, com maior ou menor grau, interferiram nas políticas de saúde. A referida 8ª CNS reuniu cerca de quatro mil pessoas e contou pela primeira vez com ampla participação das organizações da sociedade civil de todo o país como delegados eleitos, incluindo entre elas as representações sindicais, associações de profissionais de saúde, de movimentos populares em saúde, do Cebes, da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Abrasco (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008, p. 436).

destaca como política com potencial inovador, uma vez que nascido na “contramão” de reformas setoriais das décadas de 1980 e 1990, como diagnosticam Gerschman e Santos (2006, p. 182).

CAPÍTULO II – A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: CONQUISTAS E DESAFIOS À IMPLEMENTAÇÃO DO SUS

A partir do marco legal da Constituição Cidadã, assumimos neste trabalho o entendimento de que as políticas de saúde tratadas no Brasil são políticas sociais do Estado, compreendendo, com isso, que a saúde é um direito social, inerente, pois, à condição de cidadania e que a plena participação dos indivíduos na sociedade política se realiza a partir de sua inserção como cidadãos (FLEURY; OUVERNEY, 2008, p. 23). Tal entendimento é preconizado na máxima "a saúde é um direito de todos e um dever do Estado".

Nesse capítulo, traçaremos então um panorama geral sobre princípios e diretrizes do SUS como política de Estado que imprime as virtuosidades dos ideais democráticos presentes naquele momento político. E não apenas isso. Imprime os esforços de fortalecer uma política de caráter nacional em um cenário federativo, expresso na configuração institucional do sistema e na regulação da descentralização (VIANA; MACHADO, 2009, p. 808). Em seguida, conscientes de que grandes desafios do novo sistema não poderiam ser esgotados em um trabalho de pesquisa, direcionaremos o olhar para a Política de Humanização do SUS, proposta nos anos 2000 como resposta a parte desses desafios.

2.1 Princípios e diretrizes do SUS

A saúde é incluída, desde a Constituição Federal de 1988 (CF88), como parte da seguridade social, modelo de proteção social que tem como referência histórica o Plano Beveridge, de 1942, na Inglaterra. Esse modelo estabelecia que os cidadãos tivessem seus direitos sociais assegurados pelo Estado, de forma universalizada, implicando na garantia de um padrão mínimo de benefícios, independente da existência de contribuições anteriores (MARSHALL, 1967b; FLEURY; OUVERNEY, 2008, p. 35). Juntamente com o Sistema de Previdência Social e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), a saúde comporá o tripé da Seguridade Social e assim o sistema brasileiro de proteção social. Dessa forma, é introduzida a noção de direitos sociais universais como parte da condição da cidadania, não estando mais atrelada à condição de benefício via previdência.

O Sistema Único de Saúde – SUS, ali normatizado, conforma o modelo público de ações e serviços de saúde no Brasil. Sua implantação se inicia após a promulgação da Lei

Orgânica de Saúde 8.080 de 19 de setembro de 1990, complementada pela LOS 8.142, de 28 de dezembro de 1990, redigidas pelo Ministério da Saúde[22]. O SUS foi definido como o conjunto de ações e serviços de saúde – tanto promocionais, de prevenção, como de cura e reabilitação – prestados por órgãos e instituições públicas no âmbito dos três governos (federal, estadual e municipal), assim como de Administração direta e indireta, e pelas fundações mantidas pelo Poder Público (VASCONCELOS; PASCHE, 2007). Reproduz nessa configuração a estrutura federativa consagrada na CF88[23], compondo o arcabouço do federalismo sanitário brasileiro ao legitimar a autonomia dos três níveis de governo na gestão de ações e serviços de saúde em seus territórios (DOURADO; ELIAS, 2011, p. 205).

O SUS, entretanto, não é composto unicamente por serviços públicos, uma vez que uma ampla rede de serviços privados, principalmente hospitais e unidades de diagnose e terapia, que são remunerados com recursos públicos destinados à saúde, poderão ser recorridos. Essa participação complementar dos serviços privados é realizada mediante estabelecimento de contratos e convênios, sendo observados os princípios éticos, as normas de direito público e a regulamentação expedida pelos órgãos de direção do SUS quanto às condições para seu funcionamento, controle e fiscalização (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008, p. 438).

O SUS, que tem cobertura em todo território nacional, parte de uma concepção ampla de direito à saúde; saúde esta não mais entendida a partir do sentido de doença, mas por fatores econômicos, sociais, culturais e bioecológicos, ao passo que a produção de condições de vida saudável lhe é tomada como um desafio. É norteado por um conjunto de princípios e diretrizes, que aqui será esboçado, seguindo as análises empreendidas por Vasconcelos e Pasche (2007) assim como por Noronha, Lima e Machado (2008):

Entre os princípios, destacam-se:

---

[22] A Lei n.8.080 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Diário Oficial da União. 20 set 1990; Seção 1:018055). Já a Lei n.8.142 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências (Diário Oficial União. 31 de dezembro de 1990; Seção 1:025694).

[23] As origens da política de pactuação na saúde – que envolvem o compartilhamento de responsabilidades no desenvolvimento de ações e serviços de saúde, de forma solidária, entre essas esferas de governo – encontram-se no movimento mais amplo de reestruturação do Estado brasileiro, marcada pela consolidação da democracia e reconstrução do federalismo e reforma do Estado (GUERREIRO; BRANCO, 2011, p. 1690). Conforme Daniel Elazar, o termo "federal" advém do latim fœdus, que significa pacto. Um arranjo federal "é uma parceria estabelecida e regulada por um pacto, cujas conexões internas refletem um tipo especial de divisão de poder entre os parceiros, baseada no reconhecimento mútuo da integridade de cada um e no esforço de favorecer uma unidade especial entre eles" (ELAZAR apud ABRUCIO, 2005, p. 43).

- Universalidade de acesso em todos os níveis de assistência.

Princípio que expressa que todos têm o mesmo direito de obter as ações e serviços que necessitam, não importando a complexidade, custo e natureza dos serviços envolvidos. Os riscos de adoecimento e o financiamento passam a ser repartidos de forma solidária por toda sociedade.

- Integralidade da Assistência

Entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços visando à promoção, prevenção, cura e reabilitação de indivíduos e coletividades, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. A ideia é que ações voltadas à promoção da saúde e prevenção de agravos não sejam dissociadas da assistência ambulatorial e hospitalar voltadas ao diagnóstico, tratamento e reabilitação. Cabe aos profissionais e gestores do SUS empenharem-se em organizar as práticas dos serviços para permitir essa integração.

- Igualdade na assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.

Não é admissível qualquer discriminação ou privilégio no acesso a determinados serviços por motivos relacionados à renda, cor, gênero ou religião. Somente razões relacionadas às necessidades diferenciadas de saúde devem orientar o acesso ao SUS e a escolha de técnicas a serem empregadas no cuidado.

- Direito à informação

Ao usuário é assegurada a ciência sobre sua saúde, os riscos e os condicionantes que afetam a saúde coletiva. Os profissionais de saúde e gestores devem assegurar esse direito.

Ainda seguindo as atribuições conceituais apresentadas em Vasconcelos e Pasche (2007) e Noronha, Lima e Machado (2008) – embora a divisão entre princípios e diretrizes da forma aqui exposta esteja mais condizente com o primeiro texto, ao passo que as definições propriamente ditas estejam mais fiéis ao segundo – podemos apontar entre as diretrizes organizacionais do SUS:

- Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, possuindo duas facetas:

- Ênfase na *municipalização* da gestão dos serviços e ações de saúde:

A maioria dos serviços passa a ser de atribuição direta do município, cabendo aos estados e à União funções diferenciadas. Em cada espaço político-institucional, temos uma direção única – o secretário de saúde, o secretário estadual e o ministro da saúde, respectivamente ao município, ao estado e à União. Portanto, trata-se de um processo de descentralização político-administrativo, envolvendo a transferência da gestão de serviços públicos assim como o poder decisório (da responsabilidade sobre o conjunto de prestadores do SUS e de recursos financeiros), anteriormente concentrado no governo federal, para estados e, especialmente, para os municípios (VASCONCELOS e PASCHE, 2007; NORONHA, LIMA e MACHADO, 2008).

Os próprios cidadãos devem exercer um maior controle sobre as ações de saúde, participando efetivamente na direção e implantação de seus serviços. A ideia é que a descentralização produza um maior equilíbrio entre regiões da Federação, diminuindo as desigualdades regionais em saúde ao facilitar o acesso no nível local.

- *Hierarquização* dos serviços por níveis de atenção e *Regionalização*.

A hierarquização pressupõe o ordenamento do sistema por níveis de atenção, de forma que os serviços tenham fluxos assistenciais, para que se regule o acesso aos mais especializados. Já a regionalização pressupõe a distribuição mais racionalizada dos recursos assistenciais no território, baseando-se na distribuição populacional. A ideia é promover uma coerência das ações e das redes assistenciais, para oferecer acesso, continuidade do cuidado e economia de escala (VASCONCELOS e PASCHE, 2007; NORONHA, LIMA e MACHADO, 2008).

A fim de esclarecer ambos os conceitos, podemos visualizar um nível mais básico, em que estariam os serviços dotados de tecnologias e profissionais para realizar os procedimentos mais frequentemente necessários, como, por exemplo, vacinas, parto normal, consultas de clínica médica e pediátrica (NORONHA, LIMA e MACHADO, 2008).

Tais serviços deverão ser distribuídos de forma ampla pelo território nacional. Por outro lado, em um nível especializado ou complexo, teríamos hospitais, ambulatórios e

unidades de diagnose e terapia que realizariam procedimentos menos frequentes, para os quais não é aceitável ociosidade devido às implicações nos custos crescentes sobre o sistema (exemplo: cirurgia cardíaca, transplantes etc.). De acordo com as referidas diretrizes, os usuários deverão ser encaminhados às unidades mais complexas conforme a necessidade, de forma que possam retornar à sua unidade de origem, de nível mais básico, para acompanhamento. Para isso, é necessário haver a articulação entre os diferentes gestores e um fluxo de informações entre as unidades que compõem o sistema – hospitais, postos de saúde, unidades públicas ou privadas credenciadas ao SUS, situadas em diferentes municípios ou estados – de forma a promover a integração da rede de serviços.

- Participação comunitária

Refere-se à garantia de que a população, a partir de suas entidades representativas, participe do processo de formulação de diretrizes e prioridades às políticas de saúde, assim como da fiscalização do cumprimento dos dispositivos legais e normativos do SUS e do controle e avaliação de ações e serviços executados nos diferentes níveis de governo. Logo, trata-se da necessidade de concretização do controle da sociedade sobre o Poder Público e as políticas de saúde, expressando o ideal de democracia participativa e de um esforço de construção de uma gestão participativa. Assim, também se viabiliza a ideia de um círculo virtuoso entre a sociedade organizada e as instituições públicas na saúde, que rompa com os padrões tradicionais de comportamento político de nossa sociedade, como o clientelismo, paternalismo e personalismo (VASCONCELOS e PASCHE, 2007; NORONHA, LIMA e MACHADO, 2008).

As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde, no âmbito das três esferas de governo, são exemplos de formas asseguradas constitucionalmente à participação popular em discussões sobre execução da política de saúde. As primeiras têm por finalidade a definição de diretrizes gerais para a política de saúde, com representação dos usuários paritária a dos demais segmentos (representantes do Poder Público, profissionais da saúde e prestadores de serviços). São realizadas nacionalmente a cada quatro anos. No entanto, existem as municipais e estaduais, muitas vezes havendo regionais, distritais e locais nos casos que envolvem municípios maiores.

Já os Conselhos – municipais, estaduais e também em âmbito nacional – são colegiados de caráter permanente e deliberativo, formados em cada esfera por representantes do governo, profissionais da saúde e prestadores de serviço, sendo que pelo menos metade

deles é formado por usuários do sistema. Atuam nas formulações das políticas de forma propositiva, interagindo com o gestor do SUS naquela esfera, possuindo assento dentro do conselho, e com o poder legislativo. Também atua no controle da execução das políticas, acompanhando as ações implementadas e sua coerência com os princípios do SUS e necessidades da população.

Ainda compete ao Poder Público outras ações, como: a vigilância em saúde (incluindo a ambiental, sanitária, epidemiológica e nutricional); a atenção especializada ambulatorial e hospitalar; a assistência terapêutica integral e farmacêutica; a organização e o cumprimento da política de sangue e seus derivados, assim como a organização das redes de hemocentros; apoio diagnóstico e de terapia na assistência à saúde; a ordenação de recursos humanos para a saúde e a participação na produção de insumos à saúde e em outras políticas relevantes, como saneamento básico, fiscalização de produtos e proteção ao meio ambiente etc. Logo, podemos apreciar uma ampla variedade de serviços que está assegurada legalmente a todos, independente de quem sejam e do trabalho que exercem (VASCONCELOS e PASCHE, 2007).

2.2 Desafios à implantação do SUS: a descentralização da gestão

A implantação do SUS foi gradual e exigiu mecanismos de regulação que permitissem, em cada estágio, redefinir estratégias, identificando e estimulando avanços e corrigindo problemas (OLIVEIRA, 2003, p. 61). Para construir um modelo federativo na saúde, considerando a história do país marcada por longos períodos de centralismo e autoritarismo, foi necessária a criação de estruturas e mecanismos institucionais específicos de relacionamento entre os gestores do SUS e destes com a sociedade (SOUZA, J. R., 2003, p. 22). Assim, a atuação desses gestores tem um caráter político, no que tange ao relacionamento constante dos mesmos com os demais órgãos de representação, em diferentes espaços de decisão e negociação existentes. Para isso, foram criadas diversas instâncias de negociação e decisão, como os conselhos de representação dos gestores dos secretários de saúde: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Conass; Conselho Nacional dos

Secretários Municipais de Saúde – Conasems; Conselho dos Secretários Municipais de Saúde dos Estados – Cosems[24] (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

Seguindo ainda a análise de Noronha, Lima e Machado (2008), concebemos que a atuação dos gestores também possui um caráter técnico, que tem relação com o próprio exercício das funções gestoras, definidas como um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão necessários à implementação de políticas, segundo os princípios do sistema público de saúde e da gestão pública. Entre essas funções estariam: a formulação de políticas e planejamento, que envolve diagnosticar necessidades de saúde, identificar prioridades e programar ações em todos os níveis de atenção; o financiamento, que requer a alocação de tributos, elaboração e execução de orçamentos, a constituição de fundos específicos para recebimento e utilização de receitas, além da prestação de contas quanto ao montante empenhado e destino dos recursos; a regulação, que inclui a proposição de normas técnicas e padrões, a coordenação, controle e avaliação de serviços e sistemas de saúde, gestão de informações, além da fiscalização de serviços e produtos; a prestação direta de ações e serviços de saúde, envolvendo todos os procedimentos à execução das ações promocionais da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento e reabilitação, em cada esfera de governo.

Como existem muitas atribuições que competem às três esferas de governo, torna-se necessária a divisão de responsabilidades entre os mesmos, de forma a se admitir arranjos adequados às realidades dos municípios e dos estados brasileiros, nos diversos campos de atenção à saúde (NORONHA, LIMA e MACHADO, 2008). Além da Lei Orgânica da Saúde, Normas Operacionais Básicas de Saúde, que orientam a operacionalidade do sistema e outros instrumentos de regulamentação federal e estadual como portarias, decretos e resoluções foram criados para delinear a repartição das competências entre os gestores da saúde nas três esferas de governo.

Assim, foram publicadas quatro Normas Operacionais Básicas (NOB-SUS), desde a implantação do SUS, em 1991, 1992, 1993 e 1996. Em 2001 e 2002, foram publicadas Normas Operacionais da Assistência à Saúde, a NOAS-SUS 01/01 e a NOAS-SUS 01/02 em

[24] Além destes, ainda foram criadas comissões intergestores, no intuito de propiciar o debate e a negociação entre os três níveis de governo durante a formulação e implementação da política de saúde, devendo, todavia, se submeterem ao poder fiscalizador e deliberativo dos Conselhos de Saúde: Comissão Intergestores Tripartide – CIT, com representantes dos Secretários Estaduais de Saúde indicados pelo CONASS e de Secretários Municipais de Saúde indicados pelo CONASEMS. Também as Comissões Intergestores Bipartites – CIBs, atuando como espaços de formulação da política estadual e do planejamento de ações, com representantes do governo estadual indicados pelo Secretário Estadual de Saúde e representantes dos Secretários Municipais de Saúde indicados pelo COSEMS de cada estado (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

complemento à primeira. Em 2006, são firmadas portarias relativas ao Pacto pela Saúde. Esses documentos lograram, ao longo das últimas duas décadas, formular instrumentos para compatibilizar o processo de descentralização com a integração de ações e serviços de diferentes níveis de complexidade, situados em distintos espaços geográficos e territórios político-administrativos, assim como questões de financiamento, divisão de funções e formalização de compromissos entre as esferas de governo. De caráter transitório, essas normas foram sendo complementadas e sucessivamente substituídas, embora com elementos de continuidade entre si, sendo marcadas por debates envolvendo as três esferas de governo e o Conselho Nacional de Saúde (LIMA, 2012, p. 1904).

Neste ínterim, é recorrente na literatura sobre o SUS, o apontamento da sua implantação como "processo". A alusão aqui é para a existência de um SUS "real" que em muito se distanciaria do SUS "constitucional" (BAHIA, 2006). Um dos motivos para isso seria o fato de o SUS possuir objetivos bastante abrangentes, sem a correspondente cisão com a lógica da medicina previdenciária, uma vez que "a descentralização do novo sistema foi ocorrendo concomitantemente às práticas institucionais oriundas de outra instituição, em outra época e com outro objetivo" (OLIVEIRA, 2003, p. 63).

De acordo com J. R. Souza (2003), o início da implantação do SUS foi marcado pela "preservação" de arranjos institucionais do modelo de saúde anterior, quando o MS incorporou o INAMP, extinto somente em julho de 1993, e com isso absorveu a sua lógica de financiamento e alocação de recursos. O Ministério da Previdência continuava a participar do financiamento do INAMPS, que tinha um orçamento 3,5 vezes maior que o orçamento do MS, tornando este fortemente dependente do INAMPS. Ressalta-se que os recursos do INAMPS utilizados pelo MS eram produto de recolhimento das folhas salariais, criando enorme defasagem entre a nova responsabilidade constitucional e a disponibilidade orçamentária. Assim, a decisão política adotada expressou como estratégia para a implantação do SUS "a universalização do INAMPS" (2003, p. 25). A primeira alocação de recursos auferida pelo MS se baseou nos gastos do INAMPS, o que acarretou imensa desigualdade na divisão dos recursos entre os estados, uma vez que, cabe enfatizar, seguia a lógica de pagamento de previdenciários e não da população inteira, como agora passava a ser requerido.

Não obstante, era indispensável que o SUS elevasse seus gastos de forma a tornar-se compatível com as desigualdades setoriais e regionais que caracterizam o acesso e utilização de serviços produzidos pelo sistema (DAIN, 2007, p. 1852). Para Piola et al. (2012), esse é um problema no financiamento do SUS: o gasto público com saúde é muito baixo para viabilizar um sistema de cobertura universal e atendimento integral. Comparado a outros

países com experiência em sistemas públicos universais (como Reino Unido, Suécia, Espanha, Itália, Alemanha e França), o Brasil está longe de dedicar a mesma atenção à saúde pública, como sugere pesquisa da Organização Mundial de Saúde (OMS) para o ano de 2008, em que os primeiros utilizaram em média 6,7 % de seus PIB, enquanto o SUS, 3,24% (MARQUES; MENDES, 2012).

O SUS foi criado em um momento em que a dívida externa e inflação eram um constrangimento maior e, no plano mundial, o ideário neoliberal e a dominância da valorização financeira começavam a dominar as relações econômicas e sociais. As reformas institucionais iniciadas no governo Collor estavam em sintonia com este receituário internacional, que pressionava pela redução da participação do Estado em políticas sociais, resultando a tentativa de diminuição de seus orçamentos – por isso a expressão de que o SUS nasceu na "contramão" das reformas setoriais em voga.

Dificulta este quadro o fato de o SUS ter de disputar recursos com os outros ramos da Seguridade Social, posto que a CF88 não havia vinculado receitas às ações de algum ramo específico da mesma, como se a Previdência, Assistência Social e Saúde fossem integrantes indivisíveis da mesma proteção social – sendo que parte desse recurso seria alocada para uso do governo federal, inclusive para pagamento dos juros da dívida, com a criação do Fundo Social de Emergência e, depois em 2000, Desvinculação das Receitas da União (DRU) (MARQUES; MENDES, 2012). Além disso, o financiamento público se estende, direta ou indiretamente, para outros segmentos de serviços de saúde (planos e seguros privados, assistência a servidores públicos e privados autônomos) por meio de subsídios públicos e renúncias fiscais, que incluem isenções tributárias concedidas às instituições sem fins lucrativos, deduções de imposto de renda a pessoas físicas e jurídicas devido a gastos médicos etc. Ademais, apesar de a CF88 estabelecer a aplicação de recursos por parte de estados e municípios (embora sem definir um percentual mínimo), estima-se que nos anos iniciais do SUS, a maior parte dos recursos públicos advinha do nível federal (PIOLA et al., 2012).

Assim, a falta de mecanismos estáveis e efetivos de financiamento à saúde, diante da necessidade de aumento da cobertura e de suas atribuições, permitiu seu menor alcance e efetividade, não apenas em relação ao volume de recursos, como na forma de repasse do governo federal para estados e municípios. Para Menicucci (2007), este fato propiciou a "inviabilização sistêmica" do SUS, pois ainda que no discurso dominante seus princípios não sejam negados, a atenção à saúde universal e igualitária não possuiria condições objetivas de

se concretizar. Assim, a ideia de "subfinanciamento" [25] do SUS, recorrente na literatura sobre o tema, torna-se uma das principais justificativas à degradação da qualidade dos serviços de saúde, bastante acentuada nos primeiros anos de implantação do SUS.

Menicucci (2007) também defende a tese de que a reforma da saúde que levou à criação de um sistema público universal, mesmo tendo permitido a formulação de propostas alternativas à saúde, carregou em seu âmago características do modelo institucional anterior[26]. Para ela, o crescimento da rede privada a partir dos anos 60 causaria impactos profundos à implantação do SUS, como no caso, por exemplo, de veto de emendas constitucionais que favoreciam o SUS, beneficiando, por outro lado, o setor privado da saúde. Assim, a despeito da universalização do sistema público e a afirmação da saúde como direito, a inequívoca

---

[25] Diante da irregularidade do financiamento à saúde, o MS – que já havia recorrido a empréstimos emergenciais do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) – liderou a luta pela criação de uma fonte prioritariamente destinada ao setor, o que deu origem a Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF), em fins de 1996, vigorando até dezembro de 2007. Durante esse período, a CPMF respondeu por 1/3 do total dos recursos do MS. Porém, seu caráter provisório era preocupante. Várias propostas para vinculação de recursos à saúde tramitaram no Congresso Nacional, algumas anteriores à própria CPMF, até que em 2000, redundaram na aprovação da Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 29. A partir desta, definia-se um aporte anual mínimo de recursos das três esferas de governo. No caso da União, os recursos aplicados em 2000 seriam o montante empenhado no exercício de 1999 acrescidos de, no mínimo, 5%. A partir disso, o valor mínimo seria apurado no ano anterior e corrigido pela variação nominal do PIB. Os estados e o Distrito Federal deveriam aplicar ao menos 12% da receita vinculada; os municípios, 15% (em 2000, o percentual mínimo era de 7% para esses entes, contudo, devendo crescer anualmente até 2004). Entre 2000 e 2010, o aumento da participação de estados e municípios incrementou 114% de recursos públicos à saúde. Todavia, surgiram conflitos envolvendo discussões sobre o valor atribuído ao governo federal e, além disso, estudos do Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS) demonstraram que em determinados anos houve déficit de aplicação da União e parte de estados e municípios. Somam-se a isso, os "vazamentos" de recursos identificados, em muitos municípios e estados, com despesas alheias à saúde, tais como merenda escolar, alimentação de presidiários, hospitais de servidores estaduais (clientela fechada e não universal), etc. A regulamentação da EC 29 só ocorreu por meio da Lei Complementar 141, de janeiro de 2012. A partir dela, se vislumbrou um cenário "inercial", em que se definiram as ações e serviços públicos de saúde (ASPS), para evitar o gasto com despesas fora da saúde, mas sem mudança na regra de vinculação da União. "Assim, os recursos públicos para o SUS, apesar de apresentarem crescimento não tão discretos, continuam não sendo suficientes para melhorar substantivamente a qualidade dos serviços prestados pelo sistema público" (PIOLA et al., 2012, p. 27).

[26] Menicucci defende que podemos tomar entendimento acerca do padrão institucional de assistência à saúde atual se identificarmos sua dependência a arranjos estáveis e rotinizados que estruturaram o comportamento político e assim estabeleceram limites dentro dos quais as decisões políticas são tomadas. Tais noções advêm da corrente que ficou conhecida como neo-institucionalismo, mais especificamente o neo-institucionalismo histórico. Das diversas vertentes de neo-institucionalismo desenvolvidos, podemos encontrar uma similaridade: a de que as instituições são as variáveis independentes nos estudos sobre processos políticos (FERNANDES, 2002). Um conceito importante para a vertente histórica é o "path dependence", segundo o qual as instituições eficientes evoluiriam, positivamente ou negativamente, para o mercado, adquirindo estabilidade, o que as faz conservar sua estrutura normativa, tornando qualquer caminho e rota de mudança dependente desta estrutura preestabelecida. Em cada passo da trajetória foram feitas escolhas políticas e econômicas que puderam reforçar ou não seu curso. Por isso o termo "dependência de trajetória", não em uma idéia simplista de que o passado interfere no futuro ou de que o passado é relevante, mas no sentido de que estabelecidas certas trajetórias, torna-se muito oneroso modificá-las. Assim, as sucessivas decisões dos atores acumuladas ao longo do tempo seriam capazes de criar instituições que deixam legados políticos e econômicos quase irreversíveis (NORTH, 1990). Ellen M. Immergut, professora de Ciência Política no Instituto de Massachusetts, foi pioneira no uso dessa abordagem nas políticas de saúde quando produziu um estudo em 1992 sobre os processos políticos de aprovação do seguro social de saúde na França, Suíça e Suécia (ver VIANA; BAPTISTA, 2008).

estratificação do acesso aos cuidados e serviços de saúde possibilitaria que esta pudesse tomar dimensões de consumo, dentro da lógica do mercado privado de seguros e planos de saúde.

Nesse contexto, a NOB/SUS 91 foi instituída, assinada pelo presidente do INAMPS. Quando reeditada, é assinada pelo Secretário Nacional de Assistência à Saúde, que acumulava a presidência do INAMPS, o mesmo ocorrendo com a NOB/SUS 92. Esse importante papel assumido por velhas estruturas pode ter ocorrido por falta de um projeto operacional para o novo sistema, o que leva a supor um esgotamento da mobilização política na elaboração da Constituição e da Lei nº 8.080 (SOUZA, J. R., 2003).

De acordo ainda com Menicucci (2007), no momento mesmo de implantação do SUS, se desnudou o fraco suporte social ao ideário da saúde pública e universal. Muitos atores e instituições teriam aderido ao movimento de reforma apenas como meio de contestação ao regime militar, em favor da expansão dos direitos sociais. Com a redemocratização, as diferentes clivagens se expuseram, não se conseguindo ter uma homogeneidade de propostas. Assim, mesmo com um apoio formal de alguns setores ao SUS, não havia grandes incentivos para um apoio a uma reforma levada às últimas consequências. Era o caso de pessoas vinculadas a planos de saúde empresariais. A falta de identificação dos trabalhadores organizados com uma assistência pública e igualitária e a falta de incentivos para apoiar uma reforma que, pelo menos a curto prazo, tenderia a lhes trazer perdas objetivas, contribuíram para o enfraquecimento da proposta da reforma sanitária e para o fortalecimento a segmentação de clientelas, reforçando a perspectiva de que ao SUS caberia a cobertura da população mais pobre e em condições desfavoráveis de inserção no mercado de trabalho (2007, p. 295).

Por outro lado, os usuários à margem dos convênios empresariais, pela falta de recursos ou devido à inserção precária no mercado de trabalho, não demonstraram capacidade de mobilização para dar suporte à reforma. Mesmo os movimentos populares em saúde (Mops), com atuação marcante na década de 80, demonstraram fraca mobilização política, com grandes cisões internas. O fato dos benefícios da reforma se vislumbrarem de forma dispersa e a longo prazo explicaria a sua não articulação efetiva em prol do SUS.

Outro efeito dos arranjos das políticas prévias seria os limites à expansão de uma rede pública diversificada de serviços de saúde. O veto à expansão da rede pública de prestação de serviço ao longo da trajetória da política de saúde, e a escolha pela compra de serviços privados, levaria a uma dependência da rede privada para a garantia da assistência pública. A tendência da política atual repete a prática de compra de serviços, em que a ampliação da rede pública não chega nem mesmo a entrar em debate, algo que Menicucci (2007) defende que

seria essencial ao acesso universal, uma vez que o SUS disporia de uma rede de atendimento ampla e própria.

A dificuldade em abandonar a estrutura e lógica do INAMPS como base à implantação do novo sistema foi expressa nas próprias NOB-SUS. Ao impor critérios para efetivação de convênios para repasse de recursos aos municípios, explicitaram contradição aos direitos e deveres dos mesmos, garantidos pela CF88. Esse tipo de medida ainda teve a justificativa na NOB-SUS 93, de que "a transformação do sistema de saúde não comporta rupturas bruscas que desorganizem as práticas atuais antes que se instaurem novas, impondo, por isso, um período de transição (...)" (BRASIL apud SOUZA, J. R., 2003, p. 30). Nesse ínterim, motivados pela necessidade de obter garantias de financiamento, estados e municípios mantiveram uma relação de compra e venda de serviços com o MS, agindo como prestadores de serviços, como ocorria na época do SUDS (2003, p. 32).

Em contrapartida, a NOB-SUS 96 e algumas portarias editadas para lhe complementar estabeleceram mudanças na lógica de alocação dos recursos federais, buscando romper com o modelo anterior e dar um passo significativo na implantação do SUS. Os municípios puderam optar pela habilitação em duas condições: Gestão Plena da Atenção Básica (GPAB) e Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM)[27]. Com isso, não ocorreria mais o pagamento federal direto aos prestadores de serviços. No primeiro caso, o município se habilita a receber um montante (PAB – Piso da Atenção Básica) definido em base *per capita* para o financiamento das ações de atenção básica. No segundo caso, o município recebe o total de recursos federais programados para o custeio da assistência em seu território e assim torna-se responsável pela gestão de todos os prestadores localizados ali (comando único). As transferências dos recursos ocorriam de forma automática de fundo a fundo, ou seja, do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde. Aqueles que não aderiram ao processo de habilitação – considerando o caráter não-compulsório e progressivo desse processo – permaneciam em condição de prestadores de serviços, cabendo ao estado a gestão do SUS naquele território municipal, na condição de não habilitado (SOUZA, J. R., 2003). Para apoiar a habilitação, o MS adotou, em muitos momentos, políticas de incentivos mediante o repasse de recursos na medida da habilitação de estados e municípios, o que em alguns casos induzia habilitações

[27] Em 1997, apenas 144 dos 5.507 municípios brasileiros eram habilitados na GPSM, aumentando no ano seguinte para 449. Em 2005, o número é de 661, correspondendo a uma elevação inferior a 1% em relação ao ano de 2000 (523 municípios). Porém, na GPAB, temos em 2000 cerca de 4927 municípios habilitados (PELLEGRINI, 2007).

apenas cartoriais, sem consequências reais à organização do sistema (OLIVEIRA, 2003, p. 64).

Todavia, em decorrência da dificuldade de se chegar a um consenso com as representações dos secretários estaduais e municipais de saúde, foi atribuído, excepcionalmente, às Comissões Intergestores Bipartites (CIBs) a definição de outra divisão de responsabilidades (pactos) entre os gestores. Esta abertura na NOB-SUS 96 permitiu que a exceção virasse regra. Em alguns casos, a situação nem chegou a ser deliberada pela CIB, posto que o próprio estado decidiu quais serviços seriam transferidos e quais ficariam sob sua gestão, lutando para manter o comando sobre determinados serviços ou funções. Os argumentos mais utilizados nesses casos são de que o município assumiria ações de menor complexidade, impossibilidade de transferir a gestão de serviços estaduais ou universitários, questão de serviços de referência intermunicipal etc.[28]. Esses pactos diferenciados foram considerados "desorganizativos", uma vez que ocasionaram conflitos entre os gestores estaduais e municipais, levando ao rompimento do princípio do comando único sobre o sistema em cada nível de governo, ao passo que comprometem o controle, a regulação e a avaliação do sistema. Em geral, a divisão de comando nas capitais e em municípios de maior porte é ainda mais conflituosa do que em municípios do interior e menor porte (OLIVEIRA, 2003).

Assim, a divisão de responsabilidades – principalmente no comando dos prestadores dentro do mesmo território de um município e a coordenação das relações intermunicipais – foi identificada como importante desafio aos gestores do SUS (OLIVEIRA, 2003). A despeito das dificuldades à autonomia gestora de muitos municípios, se identificou que as ações até então criadas priorizavam a dimensão municipalista da descentralização (DOURADO; ELIAS, 2011, p. 207; VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010). As NOAS estabeleceram, em compensação, a regionalização como macroestratégia da política nacional de saúde para o aprimoramento do processo de descentralização. Coube à esfera estadual a elaboração do

[28] Buscando identificar o posicionamento ideológico da NOB-SUS 96, por meio de análise de discurso, Pellegrini (2007) verificou indícios de uma postura oblíqua à descentralização política e administrativa da gestão do SUS, mais especificamente à municipalização do SUS. A avaliação, mediadas pelas CIBs e CIT, sobre a possibilidade da habilitação municipal, que pode ser negada no caso de não cumprimento dos requisitos exigidos "sedimenta o argumento da incapacidade dos municípios para assumir a gestão do SUS em seus territórios, incapacidade referida amiúde na redação da NOB 96" (2007, p. 330). Para a autora, as normas operacionais transformaram a municipalização em um "processo", limitando a autonomia plena municipal e atrasando a sua consumação. Destaca ainda que, sem desmerecer a importância de integração e negociação entre gestores, o fato dos acordos passarem a ser registrados em uma Programação Pactuada e Integrada (PPI) por essas instâncias intergestoras (CIBs e CIT), omitindo, por sua vez, a sugestão legal para que os municípios recorressem a consórcios intermunicipais para estabelecer acordos com outros municípios, evidenciaria o enfraquecimento dos Conselhos.

Plano Diretor de Regionalização (PDR) – com divisão do território em microrregiões/regiões de saúde e estas em módulos assistenciais, geograficamente e demograficamente definidos –, instrumento que traduziria o planejamento regional de acordo com as particularidades de cada estado (e do Distrito Federal), em consonância com os recursos disponíveis. Estes, por sua vez, seriam alocados conforme a Programação Pactuada e Integrada (PPI), e com previsões de necessidades de novos recursos expressas no Plano Diretor de Investimento (DOURADO; ELIAS, 2011).

No entanto, a governança regional não foi tratada satisfatoriamente, sendo uma questão de enorme complexidade e com diferentes configurações no território por fatores de ordem histórica, social e político-institucional: em muitas regiões, a governança é função da atuação de alguns poucos municípios com papel diferenciado na rede de prestação de serviços; em outras, as Secretarias de Estado de Saúde (SES) assumem um papel de destaque na implantação e/ou reconfiguração de suas estruturas regionais; e, na maioria das situações, arranjos e instrumentos de gestão compartilhada são conformados (comissões intergestores regionais, consórcios de saúde), visando ampliar a coordenação federativa do processo de regionalização. Todavia, o grau de formalização e institucionalidade desses espaços de negociação, envolvendo as secretarias municipais e estaduais, mostravam-se ainda incipientes. Em geral, não havia mecanismos e incentivos para garantir investimentos, alocação e gestão de recursos financeiros, para permitir a formalização dos acordos e parcerias intergovernamentais e a regulação das relações público-privadas a favor dos interesses da saúde da população no espaço regional (VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010, p. 2320).

Já o Pacto pela Saúde em 2006 nasceu de debates desencadeados pela entrada de novos dirigentes no MS em 2003, que, por sua vez, criticavam o modelo de condução federal da descentralização no SUS do período anterior (1998-2002). Repreendiam a intensa normatização atrelada aos incentivos financeiros, e com isso a burocratização das relações intergovernamentais e a fragmentação acentuada dos mecanismos de transferência de recursos federais. Consolidado por meio de duas portarias ministeriais, incluiu três dimensões: o Pacto pela Vida referente à definição de objetivos e metas de melhoria das condições de saúde da população, a serem acordadas pelas três esferas de governo; o Pacto em Defesa do SUS, que indica a necessidade de um movimento político mais amplo, buscando transcender os limites setoriais e aumentar a base de apoio à política de saúde nos governos e na sociedade; e o Pacto de Gestão, que estabelece diretrizes para o aprimoramento da gestão do SUS (em oito aspectos: descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, PPI, regulação,

participação e controle social, gestão do trabalho e educação na saúde) (LIMA et al, 2012, p. 1905).

Retoma o foco na regionalização, no entanto, amplia sua visão para além da assistência à saúde. O PDR, por exemplo, adquire caráter mais sistêmico, permitindo a combinação de diferentes variáveis (econômicas, sociais e culturais), passando a definir instâncias de cogestão dos espaços regionais, conhecidos como Colegiados de Gestão Regional (CGR)[29]. Estes são formados por representação do estado (do nível central ou das estruturas de representação regional das SES) e do conjunto de municípios das regiões. Os CGR constituem canais permanentes de negociação e decisão intergovernamental, com regras definidas e funcionamento estável, que visam fortalecer a governança regional do SUS (LIMA et al, 2012; VIANA, et al, 2010). Também consolida outros instrumentos de planejamento como o Plano Diretor de Investimento (PDI) e a Programação Pactuada Integrada (PPI) (BRASIL, 2011, p. 63).

A adesão ao Pacto é feita mediante assinatura do Termo de Compromisso de Gestão (TCG) pelos gestores, que contém as atribuições e responsabilidades sanitárias, objetivos e metas de melhoria relacionados a indicadores para monitoramento e avaliação do Pacto de Gestão e pela Vida. Deve ser homologado nas respectivas Comissões Intergestoras em âmbito estadual e nacional, substituindo os antigos processos de habilitação a Normas Operacionais do SUS (LIMA et al, 2012; VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010).

Foram estabelecidas que as ações e serviços de atenção primária e ações básicas de vigilância em saúde são responsabilidades de todos os municípios. As demais ações e serviços de saúde serão atribuídos conforme o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal. Já a gestão dos prestadores de serviço deixa de ser uma atribuição do gestor municipal ou estadual, como era na condição de habilitados no processo anterior. Estados e municípios são considerados gestores de saúde, sendo que o que diferencia o gestor é a pactuação de responsabilidades definidas na respectiva CIB. Dessa forma, há situações em que o estado detém a gestão dos prestadores de alta complexidade e de parte da média complexidade, se assim for a compreensão dos gestores. Contudo, não há um modelo a ser seguido, tampouco existem prerrogativas para que estados ou municípios assumam a gestão de parte ou de todos os prestadores em determinada região do estado (BRASIL, 2011, p. 78).

[29] No ano de 2011, com o Decreto Presidencial nº 7.508/11, os CGR passaram a ser denominadas Comissões Intergestores Regionais (CIR).

Ainda houve mudanças nos mecanismos de financiamento, criando grandes blocos de transferência de recursos federais vinculados ao SUS: atenção básica; atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar; vigilância em saúde; assistência farmacêutica; gestão do SUS; investimentos (criado posteriormente). Cada bloco é constituído por componentes que agregam antigos e novos incentivos financeiros federais, em que os repasses permanecem sendo efetivados mediante certificação ao referido programa e a implementação das ações a que se destinam, mantendo o caráter indutório das transferências federais do SUS e o poder regulatório do Ministério no contexto do Pacto pela Saúde (LIMA et al., 2012, p. 1906).

Em cada estado, no entanto, a implementação do Pacto pela Saúde se deu de uma forma, evidenciando a multiplicidade de experiências quanto à descentralização e regionalização. Diversos fatores influenciaram o ritmo e grau de adesão. Entre os fatores de natureza histórico-estrutural, temos a história de conformação dos estados, as dinâmicas socioeconômicas e as características dos sistemas de saúde (complexidade, perfil e distribuição da oferta de serviços). Também se identificaram fatores de ordem político-institucional: o legado de implantação de políticas prévias que enfatizam a descentralização e a regionalização; o aprendizado institucional acumulado pelas instâncias colegiadas do SUS (entre elas a CIB, Conasems e Cosems) e pelos governos estaduais e municipais nos diversos campos e funções gestoras da saúde (principalmente nas funções de planejamento e regulação); a existência de uma cultura de negociação intergovernamental; a qualificação técnica e política da burocracia governamental; e os modos democráticos de operação e condução das políticas de saúde nos estados. Da mesma forma, fatores conjunturais relacionados à ação política, como o perfil e a trajetória dos atores políticos, a dinâmica das relações intergovernamentais e a prioridade do Pacto na agenda governamental (LIMA et al, 2012, p. 1910-1911).

Assim, também a constituição dos CGR tem sido gradual e diferenciada nas diversas regiões do país, refletindo as distinções entre os estados. De acordo com estudo de Viana et al. (2010), podemos visualizar “dois Brasis”, em uma divisão geográfica Norte-Sul, no que concerne a tipologia de CGR. No Norte, com 24% da população brasileira, teríamos uma situação socioeconômica menos desenvolvida e um sistema de saúde menos complexo (relacionado à oferta e densidade tecnológica dos serviços prestados), e no Sul, com 54% da população, temos uma situação contrária nas duas variáveis. Contudo, no Sul existem bolsões de baixo dinamismo econômico, porém com indicadores sociais altos e médios, e sistemas de

saúde mais e menos complexos[30]. O prestador de serviços de saúde pública se alinha com os dois extremos, embora no Sul também tenha predominância do tipo intermediário. O Norte é caracterizado por baixa cobertura de planos e seguros de saúde, expressiva cobertura do Programa de Saúde da Família (PSF), baixa relação médico por mil habitantes, no entanto, maior percentual de médicos SUS no total de médicos e maior percentual de leitos do SUS. No Sul, por outro lado, os planos cobrem pouco mais de 30% da população, assim como o PSF, há quatro vezes mais médicos por mil habitantes, em relação ao outro, e presença expressiva de faculdades de medicina[31].

Dessa forma, os grandes obstáculos estruturais à concretização dos princípios do SUS se expressam

> nas profundas desigualdades socioeconômicas e culturais – inter-regionais, interestaduais, intermunicipais –, nas características do próprio federalismo brasileiro, na proteção social fragmentada e no modelo médico-assistencial privatista sobre o qual o sistema foi construído (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008, p. 465)

No entanto, as desigualdades profundas em saúde não devem ser tratadas única e exclusivamente no âmbito da organização do sistema e dos serviços. Neste, conforme visto, existem instâncias para participação social no sentido de democratizar a gestão da saúde (e buscar soluções para os desafios) como os Conselhos e as Conferências Nacionais, assim como os espaços de negociação e definição de pactos acerca da gestão do sistema, como a CIT, as CIBs, que permitem a corresponsabilidade de gestores nos encargos sanitários.

---

[30] No que tange ao desenvolvimento econômico dos municípios pertencentes aos CGR, foram relevados indicadores de urbanização, industrialização, densidade populacional e dinâmica econômica. No desenvolvimento humano, componentes do Índice de Desenvolvimento Humano, relevam fatores como níveis de renda, escolaridade e longevidade (VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010). A pesquisa considerou 397 CGR, revelando cinco agrupamentos distintos, sintetizados na distinção Norte-Sul. Grupo 1, com 183 CGR e cerca de 24% da população brasileira estudada, com seus componentes localizando-se basicamente nas regiões Nordeste, Centro-Oeste e Norte (84%). Apresenta menor desenvolvimento econômico e humano e sistema de saúde com baixa complexidade, quando comparado com os demais grupos; Grupo 2 com 78 CGR e 11,6% da população brasileira, regiões Sudeste e Sul (95%). Baixo desenvolvimento econômico, mas alto desenvolvimento humano. O sistema de saúde se situa entre os de maior complexidade, assim como a capacidade instalada; Grupo 3 com 62 CGR, cerca de 11% da população, regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste (94%), perfil socioeconômico similar ao Grupo 2, porém com um sistema de saúde menos complexo; Grupo 4 com 27 CGR, 36,6% da população, cerca de 73% dos componentes nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste. Esses CGR agregam os municípios mais desenvolvidos economicamente do Brasil e sistemas de saúde complexos; Grupo 5 com 47 CGR e 17% da população, 100% localizados nas regiões Sudeste e Sul. Alto desenvolvimento humano, médio desenvolvimento econômico e sistemas de saúde complexos.

[31] A despeito dessas constatações, o diagnóstico empreendido por Viana, Lima e Ferreira é positivo, posto que creditam as razões para as desigualdades regionais mais às questões sociais e econômicas e menos às políticas de saúde, defendendo que políticas distributivas na área da saúde, como o PAB, o PSF e a própria estratégia da descentralização diminuíram as distâncias.

Contudo, o âmbito do cuidado em saúde, que envolve o cotidiano das práticas de saúde, as relações, os encontros entre usuários do sistema, sua família e a rede social de trabalhadores e equipes de saúde também tem merecido atenção das políticas públicas (BRASIL, 2009b).

Durante a última década, o MS vem realçando alguns aspectos problemáticos em relação à gestão do SUS, que envolvem diretamente o cuidado em saúde, de forma mais ampla: a fragmentação e a verticalização dos processos de trabalho, que acabam por esgarçar as relações entre os diferentes profissionais da saúde e entre estes e os usuários; a precária interação nas equipes e despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção; o baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe; e os poucos dispositivos de fomento à cogestão e à valorização e inclusão dos gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde (BRASIL, 2004, p. 5).

Portanto, a busca por uma gestão mais compartilhada e democrática não se limita aos relacionamentos governamentais e às organizações políticas envolvidas no processo de descentralização, conforme visualizados até aqui. A diretriz organizativa da "descentralização" e os demais princípios do SUS também têm sido enfatizados por meio de políticas direcionadas às práticas de cuidado em saúde, como é o caso da Política de Humanização do SUS, tratada a seguir.

2.3 A Política de Humanização do SUS

Buscando tratar os desafios acima elencados, o MS a partir de 1998 publica Portarias Ministeriais e Interministeriais, que orientam ações e programas a serem implantados pelos serviços de saúde pautados na noção de humanização, visando à qualidade na atenção aos usuários[32]. De acordo com o levantamento da consultora Olga Vânia Matoso de Oliveira para a rede HumanizaSUS[33], esse processo se inicia com a instituição do Prêmio Nacional Professor Galba de Araújo, por meio da Portaria GM/MS nº 2.883 de 14 de junho de 1998,

[32] A palavra humanização não aparece em todos os Programas e ações, que muitas vezes têm focos diversos, no entanto, tornam possível delinear uma relação entre humanização-qualidade e atenção-satisfação do usuário: instauração do procedimento de Carta ao Usuário (1999), Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH; Programa de Acreditação Hospitalar (2000); Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento instituído pela Portaria GM/MS nº 569 de 01.06.2000; Programa de Modernização Gerencial dos Grandes Estabelecimentos de Saúde (1999), dentre outros. (BENEVIDES; PASSOS, 2005a).

[33] Fonte: http://www.redehumanizasus.net/9234-a-humanizacao-em-atos-normativos-portarias. Acesso em 10 de dezembro 2013.

destinado ao reconhecimento do estabelecimento de saúde integrante da rede SUS, com destaque no atendimento obstétrico e neonatal.

Ao se identificar um número significativo de queixas dos usuários acerca de maus tratos nos hospitais, o MS convidou alguns profissionais da área de saúde mental para elaborar uma proposta de trabalho voltada à humanização dos serviços hospitalares públicos. Assim, foi formado um Comitê Técnico que elaborou Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar – PNHAH (BRASIL, 2001, p. 9).

A primeira etapa do programa foi marcada pelo desenvolvimento de um Projeto Piloto para ser implementado por dez hospitais públicos brasileiros, distribuídos em várias regiões do Brasil, com diferentes realidades sócio-culturais e que possuíam diferentes portes, perfis de serviços e modelos de gestão. O trabalho era desenvolvido em cada hospital por dois profissionais de reconhecida capacidade técnica, acompanhados de uma equipe de supervisores e coordenada pelo Comitê de Humanização. Eram objetivos do Projeto-Piloto:

> a) deflagrar um processo de humanização dos serviços de forma vigorosa e profunda, processo esse destinado a provocar mudanças progressivas, sólidas e permanentes na cultura de atendimento à saúde, em benefício tanto dos usuários-clientes quanto dos profissionais; b) produzir um conhecimento específico acerca destas instituições, sob a ótica da humanização do atendimento, de forma a colher subsídios que favoreçam a disseminação da experiência para os demais hospitais que integram o serviço de saúde pública no Brasil (BRASIL, 2001, p. 9).

Após cinco meses de trabalho do Projeto-Piloto, foi possível produzir conhecimentos que serviram de base para a elaboração do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Nesse sentido, em 2001, o MS publica as seguintes portarias: Portaria GM/MS nº 881 de 19.06.2001, que institui o PNHAH, propriamente dito; Portaria SAS/MS nº 202 de 19.06.2001, que estabelece diretrizes para a implantação, desenvolvimento, sustentação e avaliação de iniciativas de humanização nos hospitais do SUS e; Portaria SAS/MS nº 210, de 20.06.2001, que institui o Comitê Técnico Assessor para o desenvolvimento do PNHAH, de que trata a Portaria GM/MS nº 881.

A Coordenação Nacional do Programa esteve a cargo do MS e sua realização se deu por meio de convênio firmado com o Instituto de Desenvolvimento e Pesquisa da Saúde Mental e Psicossocial (CASA), com a condução técnica do Comitê Técnico de Humanização/MS. A primeira fase do PNHAH se deu no período de janeiro de 2001 a março de 2002 e a segunda, entre abril de 2002 a junho de 2003.

Para Benevides e Passos (2005a, p. 389), tais iniciativas encontravam um cenário ambíguo em que a humanização era reivindicada pelos usuários e alguns trabalhadores, sendo por vezes menosprezada pela maioria dos gestores e dos profissionais. No entanto, o discurso que se fazia presente era o esgotamento ou falência do modelo SUS. E os críticos às propostas humanizantes no campo da saúde denunciam que as iniciativas existentes não chegavam a colocar em questão os modelos de atenção e de gestão instituídos.

Assim, em 2003, durante o XX Seminário Nacional dos Secretários Municipais de Saúde e o 1º Congresso Brasileiro de Saúde e Cultura de Paz e Não Violência, realizado em Natal – RN, entre 17 a 20 de março de 2003, é lançada a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS (PNH/HumanizaSUS). Com isso, era produzida uma alteração na Política de Humanização vigente na época, que tinha suas ações voltadas exclusivamente para hospitais. “A PNH assumiu a humanização das práticas de saúde, buscando dar maior abrangência e capilaridade em todos os espaços da atenção e gestão do SUS” (GUEDES; ROZA; BARROS, 2012, p. 96). Foi criada no intuito de tornar a humanização uma política ampla e não setorizada, sendo apresentada como política construída a partir de possibilidades e experiências concretas, as quais se pretendiam aprimorar e multiplicar.

A PNH foi divulgada dentro do MS na Oficina Nacional “HumanizaSUS: Construindo a Política Nacional de Humanização”, na Semana de Humanização, entre 19 e 20 de novembro de 2003. Também foi divulgada na 12ª Conferência Nacional de Saúde “Sérgio Arouca”, realizada em Brasília/DF, no período de 07 a 11 de novembro de 2003 e foi pactuada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em 18 de março de 2004. No Conselho Nacional de Saúde, foi apresentada em sua centésima quadragésima primeira reunião ordinária (141ª), realizada nos dias 14 e 15 de abril de 2004. Naquela época, a PNH localizava-se na Secretaria Executiva (SE) do MS e, posteriormente, foi transferida para a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), vinculada diretamente ao Secretário de Atenção à Saúde, onde permanece até o presente momento.

Dessa forma, 2003 é considerado um marco na história da humanização no MS, que ainda editou duas portarias com o mesmo intuito de premiação conforme visualizado em 1998: a Portaria GM/MS nº 728, de 14.06.2003, que instituiu o Prêmio Nacional Professor Fernando Figueira, destinado ao reconhecimento dos estabelecimentos hospitalares de saúde integrantes da rede SUS, com destaque ao atendimento pediátrico; e a Portaria GM/MS nº 2406, 19.12.2003, que estabelece o Prêmio Nacional David Capistrano – HumanizaSUS, que concedeu um prêmio no valor de R$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) aos dezesseis vencedores

– a serem repassados tendo em vista o trabalho voltado a oito novas experiências e a oito práticas já consolidadas, que signifiquem a melhoria da gestão e da atenção à saúde no âmbito do SUS. Durante dois meses, houve mais de 671 inscrições de experiências criativas e inovadoras no campo da saúde pública (BENEVIDES; PASSOS; 2005c).

De acordo com Benevides e Passos (2005c), este prêmio foi a oportunidade para a publicização de iniciativas com significativa participação de usuários, trabalhadores e gestores, que apontavam para a construção de um SUS humanizado. O prêmio deu relevo a um panorama do SUS, que já vinha sendo acompanhado por consultores e técnicos da PNH que garantiam uma efetiva capilarização na ponta do Sistema: "É neste sentido que a PNH invertia a tendência à interiorização própria da máquina do Estado apontando para estas linhas que vêm de fora do Estado nele inoculando a força do coletivo" (2005b, p. 570).

Os autores salientam que em 2003 foram construídas as bases da política, enquanto que em 2004 foi possível ampliar de forma significativa seu raio de ação desenvolvendo um intenso processo de discussões e pactuações no âmbito dos estados, municípios e serviços. Por meio de dispositivos como os Grupos de Trabalho de Humanização, as Oficinas e atividades de apoio institucional, dentre outros, a PNH se capilarizava resistindo às habituais determinações verticais e normalizadoras do MS. Tais ações eram acompanhadas da elaboração de conceitos e criação de subsídios práticos que davam suporte às intervenções (2005b, p. 570).

Há dois documentos de base formulados pelo MS que subsidiam a política (BRASIL, 2008; 2004). Diversas Portarias foram editadas fazendo referência à humanização e/ou PNH, conforme o Anexo I. Algumas cartilhas foram elaboradas para auxiliar as unidades e serviços de saúde, disponibilizadas no endereço eletrônico da Rede HumanizaSUS: Carta dos direitos dos Usuários da saúde; Cartilha saúde e trabalho; Visita aberta e direito a acompanhante; Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência; Clínica Ampliada e compartilhada; Gestão participativa e cogestão; O HumanizaSUS na atenção básica; Redes de produção de saúde; Trabalho e redes de saúde; Ambiência; Acolhimento nas práticas de produção de saúde; Grupo de trabalho humanização; Gestão e formação nos processos de trabalho.

A intenção das diversas "cartilhas da PNH" produzidas é exatamente disseminar algumas tecnologias de humanização da atenção e da gestão no campo da Saúde (BRASIL, 2010b.). Neste sentido, o termo "humanização" empregado e mesmo seu revés "desumanização" afastam-se do significado ético geralmente expresso na percepção comum da população quanto ao enfrentamento de alguns problemas como as filas; a insensibilidade

dos trabalhadores frente ao sofrimento das pessoas; os tratamentos desrespeitosos; o isolamento das pessoas de suas redes sócio-familiares nos procedimentos, internações e consultas; as práticas de gestão autoritária; as deficiências nas condições concretas de trabalho, incluindo a degradação nos ambientes e das relações de trabalho etc. (BRASIL, 2010a, p. 6). Segundo a PNH, tais dificuldades não devem ser encaradas como falhas éticas individuais, cuja origem se encontraria no fato em si, mas sim como produto de condições precárias de organização de processos de trabalho em saúde.

Com o termo "humanização", busca-se valorizar os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde e, assim, erguer questões para orientar a construção das políticas em saúde, tendo como diretriz o atendimento de qualidade por meio da articulação entre os avanços tecnológicos com acolhimento, a melhoria dos ambientes de cuidado e as condições de trabalho dos profissionais. Nesse sentido,

> para a construção de uma Política de Qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS), a Humanização deve ser vista como uma das dimensões fundamentais, não podendo ser entendida como apenas um "programa" a mais a ser aplicado aos diversos serviços de saúde, mas como uma política que opere transversalmente em toda a rede SUS. (BRASIL, 2004, p. 6).

O problema de tomar a humanização como mais um "programa" a ser aplicado em diversos serviços de saúde seria pelo risco de aprofundar o que ela rejeita: as relações verticais a partir das quais são estabelecidas normativas que devem "ser aplicadas" significando muitas vezes a efetuação burocratizada, descontextualizada e dispersiva por meio de ações pautadas em índices e metas a serem cumpridos independentes de sua efetividade e qualidade (BRASIL, 2004, p. 6).

Sobre tal perspectiva, resgatemos Regina Benevides, que esteve então à frente da Coordenação da PNH em seu nascedouro até 2005[34], por meio de sua carta em comemoração aos 10 anos da PNH, publicada no endereço eletrônico da Rede HumanizaSUS, da qual selecionamos um trecho, que representa essa postura dos formuladores da política de humanização:

> Ali onde era uma palavra remetendo a um sentido idealizado, alinhavamos múltipos sentidos. Humanização era: atenção e gestão; transversalidade; formação; pactuação de princípios; diretrizes de implementação; dispositivos e, porque não, indicadores e avaliação. Mas, queríamos mais. Não mais como um programa, a política de humanização deveria ser transversal a

[34] http://www.redehumanizasus.net/67594-mensagem-de-regina-benevides-para-os-10-anos-da-pnh. Acesso em 17 de dezembro de 2013.

> todas as práticas de saúde, a todos os programas, a todos os níveis de intervenção, a todos os atores constituintes do processo saúde-doença. Transversalidade e inseparabilidade entre gestão e atenção tornaram-se princípios condutores da política que almejava sobretudo fortalecer seu caráter público. A Humanização queria-se uma política para todos e para qualquer um, uma política que garantisse mais seu caráter experiencial do que se viabilizasse por prescrições e procedimentos. Logo dissemos: **não queremos portaria que garanta a institucionalidade da política. Seu garante dar-se-ia pelas alianças, pelas tensas negociações de interesses, desejos, projetos, necessidades. Seu garante dar-se-ia num inevitável e permanente processo de construção. Não nos iludimos que esta escolha ético-política seria mais difícil. Topamos o risco.** O que veio a seguir foram escolhas estratégicas dos conceitos que nortearam a PNH. Conceitos eram, de fato, ferramentas, algo que nos servia para operar o complexo campo da saúde púbica e o não menos complexo SUS. Para afirmar o caráter público da política, discutíamos como poderíamos escapar dos burocráticos arranjos da máquina do Estado. Procurávamos criar comitês co-gestores, instâncias participativas ampliadas, zonas de intercessão onde os diferentes atores de construção da saúde estavam presentes, redes virtuais, porém reais em sua capacidade de mobilização, em sua vocalidade de contestação e de aglutinação. A realização da política deveria se dirigir para seu entrosamento com outras políticas e programas de tal ordem que humanização seria prática pertencente a um plano comum das políticas e não uma específica política-programática. Este movimento de transversalização, entretanto, embora não visasse uma institucionalização deveria procurar construir uma institucionalidade, entendida como capacidade para operar através das instituições/práticas de saúde. [Destaque nosso].

Assim sendo, a política de humanização do SUS busca operar transversalmente, imbuída da ideia de "contágio" em todo o sistema, em toda a rede de saúde, de uma atitude e ações humanizadoras, em que todas as demais políticas passem a ser articuladas por meio deste eixo, destacando assim os aspectos subjetivos e sociais presentes em qualquer prática de saúde (BRASIL, 2004, p. 8). Implica com isso traduzir os princípios do SUS em modos de operar dos diferentes equipamentos e sujeitos da rede de saúde, envolvendo aumento do grau de comunicação intra e intergrupos.

Nas cartilhas produzidas pelo MS acerca do "HumanizaSUS", encontramos a aspiração de que a humanização constitua-se como vertente orgânica do SUS, devendo ser traduzida em princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais, as diversas unidades e serviços de saúde e entre as instâncias que constituem o sistema. Todo tipo de planejamento, mecanismos de decisão, estratégias de implementação e avaliação e mesmo o modo como tais processos operam, deve tudo confluir para a construção de trocas solidárias e comprometidas com duas tarefas: com a produção da saúde e com a produção de sujeitos. Esta última está implicada com a própria definição da Humanização, que alude ao aumento do grau de corresponsabilidade dos

diferentes atores que constituem a rede SUS, sejam eles gestores, trabalhadores da saúde, usuários e mesmo todos os cidadãos: “Assim, tomamos a Humanização como estratégia de interferência no processo de produção de saúde, levando-se em conta que sujeitos sociais, quando mobilizados, são capazes de transformar realidades transformando-se a si próprios nesse mesmo processo” (BRASIL, 2004, p. 8).

Do mesmo modo, a PNH visa ao ideal de fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional, em que seja estimulada a troca de informações/saberes, a educação permanente e a utilização dos espaços de gestão para construção da autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos. A gestão participativa, que inclui trabalhadores da saúde e usuários, buscando a corresponsabilidade entre os diferentes atores, é uma das prioridades da PNH, devendo ser garantida pelas unidades de saúde. Estas ainda devem oferecer informações aos usuários e permitir o acompanhamento de pessoas de sua rede social, além de garantir os direitos do código de usuários do SUS, tais como ter ciência de quem são os profissionais que cuidam de sua saúde.

A fim de sintetizarmos a estrutura básica dessa política, indicamos que em seu marco teórico-político (BRASIL, 2008), são apresentados princípios, métodos, diretrizes e dispositivos. Os princípios, descritos como o que causa ou dispara um determinado movimento ou ação no plano das políticas públicas, são três: a transversalidade, conforme acima indicada; a indissociabilidade entre atenção e gestão, que implica na não separação entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de sujeitos, ao mesmo tempo integralidade do cuidado e integração dos sujeitos e coletivos, ou seja, “uma relação inseparável entre modos de cuidar e modos de gerir e se apropriar do trabalho” (SANTOS FILHO; FIGUEIREDO, 2009, p. 616); e por fim, o protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos.

O método, como “modo de caminhar” para se alcançar a meta de inclusão dos diferentes agentes implicados nos processos de produção de saúde, pode ser chamado de “método de tríplice inclusão”: inclusão dos diferentes sujeitos (gestores, trabalhadores e usuários); inclusão do coletivo, (como trabalhadores de saúde em organização grupal ou outro movimento social organizado); inclusão de analisadores sociais ou os fenômenos que desestabilizam os modelos tradicionais de atenção e gestão, acolhendo e potencializando processos de mudança.

As diretrizes são definidas como orientações gerais da política, que, nesse caso, expressam o método da inclusão no sentido da: clínica ampliada[35]; cogestão; acolhimento; valorização do trabalhado e do trabalhador; defesa dos direitos do usuário; fomento das grupalidades, coletivos e redes; construção da memória do SUS que dá certo.

Já os dispositivos são a atualização das diretrizes de uma dada política em arranjos de processos de trabalho. No caso da PNH, vários dispositivos são postos para funcionar nas práticas de produção da saúde, envolvendo coletivos no intuito de promover mudanças nos modelos de gestão e atenção, tais como: Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) e Câmara Técnica de Humanização (CTH); Colegiado Gestor; Contrato de Gestão; sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores de saúde, como gerência de "porta aberta", ouvidorias, grupos focais e pesquisas de satisfação etc.; visita aberta e direito à acompanhante; Programa de Formação em Saúde do Trabalhador (PFST) e Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP); equipe transdisciplinar de referência e de apoio matricial; projetos cogeridos de ambiência; acolhimento com classificação de riscos; projeto terapêutico singular e projeto de saúde coletiva; projeto memória do SUS que dá certo.

A implementação da PNH pressupõe vários eixos de ação (BRASIL, 2008). No eixo das instituições do SUS, é proposta que a mesma faça parte dos planos estaduais e municipais de governos, como já faz o Plano Nacional de Saúde e dos Termos de Compromisso do Pacto pela Saúde. No eixo de gestão do trabalho, é proposta a promoção de ações para assegurar a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão. No eixo de financiamento, propõe-se, mediante compromisso dos gestores com a PNH, a integração de recursos vinculados a programas específicos de humanização e outros recursos de subsídio à atenção, unificando-os e repassando-os, fundo a fundo. No eixo da atenção, a proposta é de uma política incentivadora de ações integrais, promocionais e intersetoriais de saúde. No eixo de educação permanente, indica-se que a PNH seja incluída como conteúdo e/ou componente curricular de cursos vinculados às instituições de formação, mas também nos próprios serviços de saúde. No eixo de informação/comunicação, é indicada para entrada nos debates

[35] Proposta que busca se constituir em uma ferramenta de articulação e inclusão dos diferentes enfoques e disciplinas para o trabalho em saúde – o biomédico, o social e o psicológico. Em um dado momento, pode haver predominância ou a emergência de um enfoque ou tema, sem haver com isso a negação dos outros e possibiliades de ação. Também existe a necessidade de compartilhamento com os usuários dos diagnosticos e condutas em saúde, tanto individual quando coletivamente. Quanto mais longo for o tratamento e maior a necessidade de participação e adesão do usuário em seu projeto terapeutico, maior será o desafio de lidar com ele como sujeito, buscando sua participação e autonomia no projeto. No plano hospitalar, a fragilidade causada pela doença e afastamento do ambiente familiar exige uma atenção ainda maior da equipe a ele. O funcionamento das Equipes de Referência possibilita essa atenção com a responsabilização direta dos profissionais na atenção e construção conjunta de um Projeto Terapêutico Singular (BRASIL, 2009d).

da saúde, além da ação da mídia e discurso social. No eixo da gestão da PNH, são propostas práticas de planejamento, monitoramento e avaliação, baseadas em seus princípios, diretrizes e dispositivos, dimensionando seus resultados e gerando conhecimento específico na perspectiva da Humanização do SUS (BRASIL, 2008, p. 36).

Em relação ao último eixo, foi elaborado pelo MS um manual para monitoramento e avaliação da PNH[36] com indicadores de referência, em duas matrizes de atuação: atenção básica e na atenção hospitalar (BRASIL, 2006). Nesse material, são indicados objetivos (e dispositivos associados), a dimensão de planejamento e avaliação e alguns indicadores para verificar a estrutura da unidade e processo de implementação das ações, de forma que possam ser utilizados como variáveis de pesquisa. A título de exemplo, demonstramos:

Tabela 1: Exemplos de indicadores potenciais para avaliação da PNH na Atenção Hospitalar.

[36] O Ministério da Saúde incentiva a realização de pesquisas e avaliações que possam mostrar caminhos e resoluções para o sucesso da política de humanização. Atualmente a literatura especializada tem enfatizado a distinção entre três conceitos, apontando para diferentes perspectivas de avaliação. Algumas delas poderiam nortear avaliações de PNH. O conceito de "efetividade" se reporta ao estudo do impacto da ação sobre àquilo pelo o qual a política foi formulada, compreendendo assim uma comparação entre o antes e o depois da intervenção (FAGUNDES e MOURA, 2009, p. 100-101). Algo complicado de se averiguar, visto a exigência de se apontar a causalidade entre os resultados apontados aos produtos oferecidos por determinada política (ARRETCHE, 1998, p. 32). Não obstante, é a "eficácia" que pretende averiguar a correspondência entre as metas propostas e as alcançadas, buscando com isto verificar a produção dos efeitos desejados (MARINHO e FAÇANHA, 2001, p. 7), ou entre os instrumentos previstos para sua implementação e aqueles efetivamente empregados (ARRETCHE, 1998, p. 34). Pressupõe assim relevar os efeitos diretos, resultantes da intervenção, como também os indiretos, podendo estes últimos ser perversos quando contraditórios em relação ao intento da ação (FAGUNDES e MOURA, 2009, p.99). "Na verdade, o avaliador estabelece uma equação entre metas anunciadas por um programa e, com base nas informações disponíveis, as relaciona às metas alcançadas e, deste modo, conclui pelo sucesso ou fracasso da política" (ARRETCHE, 1998, p. 34). Outro enfoque utilizado em avaliações de programas e políticas sociais refere-se à "eficiência", que diz respeito aos esforços empreendidos (custos) para determinação de efeitos esperados (benefícios), levando em conta o montante de recursos envolvidos, otimizados ou desperdiçados (ver FAGUNDES e MOURA, 2009 e ARRETCHE, 1998).

Matriz I – Atenção Hospitalar		
Objetivos (e dispositivos associados)	Dimensões de Planejamento e Avaliação	Indicadores Potenciais (estrutura e processo)
Propiciar participação e valorização dos trabalhadores no processo e gestão do trabalho. <u>Alguns dispositivos associados:</u> Sistemas de escuta resolutivos: gerência de porta aberta, ouvidorias e pesquisas de satisfação. Plano de educação permanente para trabalhadores com base nos princípios da humanização.	Participação dos trabalhadores na organização e gestão do trabalho, e projetos de incentivos por desempenho profissional.	1-Mesa de negociação permanente instituída para negociação entre trabalhadores e gestores; 2- % de reuniões de colegiado de unidade com presença do gerente;
	Incentivos de qualificação no trabalho.	3- % de solicitações atendidas para participação em eventos; 4- % de trabalhadores de nível elementar e médio inscritos em programas de complementação de instrução e/ou cursos de qualificação profissional, oferecidos através da Instituição.

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2006, p.19.

Em Brasil (2004), apresentam-se diretrizes por níveis de atenção. Para urgência e emergência, pronto-socorros, pronto-atendimentos, assistência pré-hospitalar, dentre outros, são apontados:

> 1. Acolher a demanda por meio de critérios de avaliação de risco, garantindo o acesso referenciado aos demais níveis de assistência. 2. Comprometer-se com a referência e a contra-referência, aumentando a resolução da urgência e emergência, provendo o acesso à estrutura hospitalar e a transferência segura, conforme a necessidade dos usuários. 3. Definir protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando as diferenças e as necessidades do sujeito (BRASIL, 2004, p. 14).

Alguns parâmetros para orientação à implantação das ações também foram delineadas nas áreas da atenção básica; pronto-socorro, pronto-atendimento, assistência pré-hospitalar, urgência e emergência; atenção especializada; atenção hospitalar. No que tange ao segundo (emergência e pronto socorro), foram listadas (BRASIL, 2008, p. 42-43):

- “demanda acolhida e atendida conforme a avaliação de risco, garantido o acesso referenciado aos demais níveis de assistência”;

- “garantia de resolução da urgência e emergência, provido o acesso ao atendimento hospitalar e à transferência segura de acordo com a necessidade dos usuários”;
- “promoção de ações que garantam a integração com o restante da rede de serviços e a continuidade do cuidado após o atendimento de urgência ou de emergência”;
- “definição de protocolos clínicos, visando à eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando a singularidade do sujeito”;
- “Participação dos trabalhadores em atividades de educação permanente em saúde”;
- “Promoção de atividades de valorização e de cuidados aos trabalhadores da saúde, considerando atividades voltadas à promoção da saúde e à qualidade de vida no trabalho”;
- “Organização do trabalho a partir de metas discutidas coletivamente e com definição de eixos avaliativos, avançando na implementação de contratos internos de gestão”.

O acesso à rede pública de saúde apresenta diversos aspectos problemáticos que a PNH busca combater. Maria C. Fekete (1997) destaca os obstáculos que os usuários encontram na organização e gestão do sistema, na entrada e no interior das unidades de saúde, entre eles a demora para conseguir uma consulta, a espera pelo atendimento, para fazer exames e até para receber seus resultados. Uma das prioridades da PNH é exatamente reduzir as filas e o tempo de espera com ampliação de acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de riscos (BRASIL, 2004, p. 10).

Outro tipo de dificuldade destacada pela autora refere-se ao nível “sociocultural”: as crenças e hábitos quanto aos cuidados em saúde; a resistência a intervenções médicas, por motivo de medo ou vergonha; o nível de conhecimento sobre a oferta de serviços; a fraca participação dos usuários na organização dos serviços de saúde. Aqui também as instituições e os funcionários prefiguram este tipo de dificuldade de acesso quando não estão devidamente preparados para receber distintos perfis socioculturais de pacientes, e quando a formação dos profissionais está desvinculada da realidade das condições de vida e saúde daqueles. Nestes termos, a diferenciação sociocultural entre usuários e profissionais de saúde é passível de propiciar um processo mal sucedido de comunicação e entendimento entre ambos (BOLTANSKI, 1989). Pesquisas apontam que a maior parte de queixas dos pacientes em relação a médicos está exatamente direcionada a problemas de comunicação, muito mais que os de ordem de competência clínica, sendo tais queixas efeitos da má relação entre ambos (CHAPARA e RODRIGUES, 2004, p. 143).

Um dos significados associados à humanização diz respeito exatamente à contraposição à violência, seja ela física, psicológica, ou simbólica, sendo esta última expressa pelo não reconhecimento das necessidades emocionais e culturais dos usuários, o que muitas vezes se codifica na imposição de comportamentos e valores morais. Há pesquisas que apontam ainda que a forma do atendimento e a capacidade demonstrada pelos profissionais de saúde para ouvir e compreender a demanda dos usuários são mais valorizadas por estes que a própria disponibilidade de médicos, a preocupação com espaço nos hospitais e com a falta de medicamentos (DESLANDES, 2004, p. 9). Logo, a comunicação torna-se dimensão fundamental na satisfação do usuário.

Por conseguinte, a relação interpessoal entre profissionais de saúde e usuários torna-se importante arena de atuação à política de humanização, principalmente quando surgem conflitos a partir das relações de poder sedimentadas na oposição especialista *versus* leigo. Tais conflitos poderiam ser expressos nos padrões de violência simbólica desenvolvidos pelas classes dominantes sobre as classes inferiores, como forma de distinção e afastamento destas[37] (BOURDIEU, 2007a). Isto porque, segundo a análise de Boltanski acerca particularmente da relação entre médicos e pacientes, "a relação doente-médico é também sempre uma relação de classe, modificando-se a atitude do médico em função principalmente da classe social do doente" (1989, p. 48-49). Entretanto, a própria configuração hierárquica da relação impõe uma troca desigual entre estes atores, posto que o médico é quem goza da prerrogativa de conduzir o relato do paciente, de interferir ou mesmo interromper a sua fala (DESLANDES, 2004, p. 12).

Ademais, é sabido que nos cursos tradicionais para formação tanto de médicos quanto de enfermeiros, os estudantes adquirem uma série de conteúdos e capacidades técnicas voltadas ao saber biomédico, aos aspectos físicos dos pacientes, excluindo os culturais e socioeconômicos. Ou seja, a formação é toda voltada à doença e ao corpo doente e não para o paciente em si como subjetividade, menos ainda para o significado que este atribui à doença e ao processo de adoecer. Neste contexto, as novas e cada vez mais sofisticadas tecnologias

[37] Diferentemente de uma noção marxista de classes sociais, o termo aqui ganha não apenas uma dimensão econômica, geralmente decodificada por meio da renda, mas cultural, relacionada com estilos de vida condizentes com a trajetória escolar e origem social familiar. A classe de pessoas, de agentes ou grupo de agentes, passa a ser definida segundo as posições relativas que tais pessoas ocupam no espaço social, ou seja, no mundo social construído na base de princípios de diferenciação ou de distribuição constituídos pelo conjunto de propriedades que atuam no universo social considerado. Tais propriedades ou sistema de propriedades (capitais) são o que definem a fruição de poder em um certo campo deste universo social, garantindo aos seus detentores uma probabilidade de ganhos dentro dele. Podem ser de várias ordens: econômica, social, cultural, escolar, etc. (ver BOURDIEU, 2007a; 2007b, p. 133-161).

assumem gradativamente um papel importante no diagnóstico em detrimento da relação pessoal entre médicos e pacientes (CAPRARA e RODRIGUES, 2004).

Assim, após a identificação de que o modelo de formação dos profissionais de saúde mantém-se distante do debate e da formulação das políticas públicas de saúde, uma das estratégias sugeridas pelo MS à implementação da PNH no que tange à educação permanente dos profissionais da saúde, é a de que a própria PNH integre o conteúdo profissionalizante na graduação, pós-graduação e extensão em saúde, conforme assinalado mais acima nos eixos de implantação da política. Os documentos oficiais realçam a importância da formação ainda na graduação para ampliar uma das maiores referências da política de humanização, o processo comunicacional entre profissionais e usuários e entre profissionais e gestores, em prol de uma nova "cultura de atendimento" (DESLANDES, 2004, p. 10).

A estratégia mesma defendida acerca da cogestão do trabalho, almejando a promoção de ações para assegurar a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, busca fortalecer o compromisso destes com o processo de produção da saúde e com isso seu próprio crescimento profissional. A melhoria das condições de trabalho destes profissionais é imprescindível para este fim. Para tal torna-se imperiosa outra dimensão da humanização, a ambiência, que se refere ao tratamento dispensado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, humana e resolutiva (BRASIL, 2010b, p. 5). Tal espaço deve buscar um ambiente confortável tanto para os pacientes quanto para os trabalhadores, primando pela privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos. Para isso podem ser usados divisórias, cortinas ou elementos móveis que permitam integração e privacidade, além de facilitar o trabalho, aumentando a interação da equipe e atendimento personalizado. A arquitetura tem também importância ao propiciar respeito à individualidade quando propõe, por exemplo, espaços para guardar pertences dos pacientes, para acolher sua rede social, dentre outros cuidados que lhe permitam preservar sua identidade (BRASIL, 2010b.). Ou seja, disponibilizar áreas de acolhimento aos acompanhantes dos pacientes e aos trabalhadores, para momentos de relaxamento e pausa no trabalho destes últimos e informações e sinalizações acessíveis a todos, independente das necessidades especiais das pessoas.

Nesses termos, a ambiência se refere à "humanização dos 'territórios' de encontros do SUS" (BRASIL, 2010b.). Elementos que podem interferir no bem-estar das pessoas são aqui considerados como: morfologia (formas, dimensões e volumes nos espaços, de forma que podem ser mais ou menos agradáveis ou adequados às pessoas); cor (para estímulo dos sentidos ou relaxamento); cheiro (odores que podem interferir ou não no bem-estar das

pessoas); luz (pela incidência, quantidade e qualidade, pode ser trabalhada para tornar ambiente aconchegante e mesmo para dar noção de tempo, como dia e noite, quando natural); som (músicas ambientes ou mesmo a consideração de proteção acústica para garantia de privacidade, controle de ruídos); arte (meio de expressão das sensações humanas).

Todas estas noções são formuladas no intuito de multiplicar, no sistema de saúde, atitudes e formas de gerenciamento condizentes com os princípios do SUS. Assim, como já mencionado, a humanização não deve ser tomada apenas como mais um “programa” a ser aplicado em diversos serviços de saúde, mas como uma política que esteja conectada com toda a rede do SUS, visto que sendo tomada como um programa qualquer se corre o risco de aprofundar o que ela rejeita: as relações verticais, a partir das quais são estabelecidas normativas que devem “ser aplicadas” significando muitas vezes a efetuação burocratizada, descontextualizada e dispersiva por meio de ações pautadas em índices e metas a serem cumpridos independentes de sua efetividade e qualidade (BRASIL, 2004, p. 6).

No entanto, a Política de Humanização, desde seu nascedouro, encontra grandes desafios a sua implantação, assim como o SUS em dimensão mais ampla de organização dos serviços. O objetivo do próximo capítulo é exatamente buscar explorar o conceito de humanização e os possíveis constrangimentos para sua aplicação nas relações interpessoais, que incidem sobre as dimensões do cuidado e da gestão.

CAPÍTULO III – BASES CONCEITUAIS DA HUMANIZAÇÃO E OS DILEMAS PRÁTICOS PARA SUA CONQUISTA

Na primeira parte deste capítulo, buscaremos as bases históricas e conceituais por trás da noção de humanização, que permeia a construção da mesma como uma política social. Na segunda parte, buscaremos um arcabouço teórico que auxilie no trabalho de desvendar a lógica de poder que atravessa as relações cotidianas nos serviços de saúde, e em particular, no hospital. Lógica esta sedimentada em tecnologias de cuidado em saúde e no próprio modelo de assistência biomédico consagrado. Acreditamos que seja necessária a visualização desse quadro uma vez que a proposta de humanização se direciona à atenção e à gestão, encontrando grandes desafios pela frente, incluindo nesses, estruturas bem sedimentadas de poder, conforme tratado na última seção, pois como diria Cecílio (1999, p. 317), “mexer em modelo de gestão é mexer com esquemas de poder”.

3.1 Humanização em tese

De acordo com Minayo (2008, p. 26), o termo humanização, que adentrou as pautas de prioridade de políticas, propostas, debates e temas de pesquisa, deriva da noção de Humanismo e, no setor da saúde, significa um movimento instituinte do cuidado e da valorização da intersubjetividade nas relações.

O conceito de Humanismo, por sua vez, já passou por diversas apropriações. Sua origem é atribuída a Sócrates, quando colocou em dúvida a existência dos deuses oficiais, direcionando suas reflexões aos problemas humanos. Acusado de corromper a juventude, fazia a filosofia “descer do céu à terra”. Também os estoicos deram sua contribuição. Eram cosmopolitas e ocupavam-se com o bem comum, tendo sido os primeiros grupos a criar instituições de caridade para pobres e doentes. Tanto no primeiro quanto nos últimos, as ideias eram revolucionárias, uma vez que colocavam os seres humanos como responsáveis pela vida social e não os deuses, ao mesmo tempo em que enalteciam a cumplicidade e compaixão entre as pessoas e entronizavam a razão como base das percepções.

Tempos depois, o desenvolvimento do humanismo sofreria retrocesso, considerando os princípios religiosos católicos que dominaram a Idade Média, retomando fôlego apenas com o Renascimento, enfatizando a importância de se viver a vida com prazer, de se admirar

o belo e de usufruir das coisas boas. Neste ínterim, a arte e o conhecimento enaltecem a sensibilidade para as coisas humanas, destacando ainda a beleza dos seus corpos. Leonardo Da Vinci é um ícone desse movimento. Todavia, ainda que os renascentistas se inspirassem no humanismo da Antiguidade para fundamentarem suas ideias, reimprimiram no mesmo uma nova roupagem. Era grande a vitalidade intelectual e a ciência, por meio do método científico, retirava da religião o controle do conhecimento. O Iluminismo, já no século XVIII, acabaria por consagrar e aprofundar a visão de mundo a partir da razão. Pensadores como Voltaire defendiam que o esclarecimento e a razão venceriam os obscurantismos da sociedade, daí sua defesa no investimento na educação dos jovens para suprimir a miséria e a opressão, que seriam causadas pela ignorância e superstição.

Assim, as transformações sofridas pela sociedade europeia, tratadas no primeiro capítulo, em que assistimos à consagração dos direitos dos indivíduos como cidadãos, têm origem no Iluminismo e na valorização do homem, tendo a Declaração Universal dos Direitos Humanos um de seus principais legados. São traços fundamentais da cultura da Modernidade característica do capitalismo industrial, que valorizaria o primado da razão, a valorização da educação das massas, o progresso cultural e tecnológico, o banimento da associação entre Igreja e Estado, a inviolabilidade dos indivíduos por meio das liberdades negativas.

A filosofia moderna aí desenvolvida impunha uma valorização da individualidade que encontra em si mesma sua fundação, sem demandar um fundamento transcendente, como Deus, o soberano ou qualquer outra figura com esse papel (BENEVIDES; PASSOS, 2005c, p. 566). Assim, exalta-se a dignificação do humano, de seu mundo e de seu pensamento, não sendo necessário um “para além” que dê sentido àquilo que a arte humana realiza.

Descartes também é nome que se destaca nesse contexto, definindo o homem a partir da separação entre corpo e alma, que se articularia com a separação entre estado natural e estado civil, paixão e razão. Além de separar esses termos, a operação moderna submete os primeiros aos segundos de cada oposição, submetendo-os assim aos imperativos da racionalidade, do contrato social, de forma que os direitos se assentam menos na experiência do homem e mais no contrato que assegura o controle social (BENEVIDES; PASSOS, 2005c, p. 568).

Contudo, essa forma dualista de encarar os homens cria o Homem como metro padrão ou idealidade a partir da qual se baseia a existência humana, que, todavia, se desloca da realidade dos homens, pairando como uma realidade separada, na qualidade de uma figura transcendental. O Homem assim idealizado é figura reguladora dos *socius,* “é a garantia de normalização, da classificação e da definição de práticas modeladoras e corretivas de tudo que

se desvia dessa figura identificatória ideal" (BENEVIDES; PASSOS, 2005c, p. 569). Este Homem é pauta para criação dos direitos, fundando especificamente uma doutrina dos direitos civis, que pode se harmonizar com um Estado administrativo-policial, mas não estando condizente com os direitos humanos em si, uma vez que não concilia com o que é de fato a experiência de um homem qualquer.

Nesse ínterim, o direito voltado ao Homem, como ente abstrato e universal, também é um direito formatado por uma realidade calcada em um padrão nunca efetivado, mas que se impõe como promessa ou ideal a ser alcançado. Logo, o "direito é menos uma efetividade do que um porvir ou uma finalidade" (BENEVIDES; PASSOS, 2005c, p. 569). Assim, os direitos humanos supõem uma teoria do homem diferente.

O desenvolvimento do capitalismo na etapa pós-industrial, todavia, traz novas questões para a cultura moderna e para o sentido histórico do conceito de humanismo. Em uma autocrítica da modernidade, pensadores contemporâneos questionam o antropocentrismo resultante das transformações nos modos de vida e de pensamento propiciadas pela velocidade das mudanças nas áreas de conhecimento e de desenvolvimento tecnológico, assim como a entronização da razão, por meio do absolutismo da ciência e da técnica, que sufocaram a subjetividade e as emoções (MINAYO, 2008).

O humanismo postulado nos dias atuais reivindica a restituição do ser humano ao seu lugar solidário com a natureza, ressaltando a importância da harmonia entre razão e sentimentos. "É preciso humanizar e responsabilizar o poder cada vez maior da ciência e da técnica" (MINAYO, 2008, p. 26). E é no espírito desse lema, que o Humanismo aparece na área da saúde, especialmente nas atividades da medicina. A humanização da saúde requer um novo humanismo, visto que a eleição do Homem como figura do fundamento transcendental do humano, ironicamente, permitiu que o homem fosse sujeitado. Logo, libertar o humano requer "desidealizar o Homem" e reposicionar os sujeitos na experiência concreta de produção da realidade, que tem a ver com "a experiência singular de qualquer homem – um homem em processo contínuo de humanização" (BENEVIDES; PASSOS, 2005c, p. 569; 2005a, p. 391).

Assim posto, podemos começar a dimensionar a noção de humanismo por trás do termo "humanização" presente em políticas de saúde, naquilo que tende a fugir da idealização e abstração da idéia de Homem. A idéia de humanização começa a aparecer em estudos realizados no campo da saúde na década de 1950, a partir de debates, esforço conceitual e lutas por novas possibilidades de organização dos cuidados em saúde (DESLANDES, 2008, p. 33). Naquela ocasião, todavia, tratava-se de estudos com a descrição de práticas, lógicas e

interações reconhecidas como fatores de desumanização sem que, no entanto, configurassem um objeto de estudo sistemático. Afinal, o que consistiria humanizar os cuidados ou desumanizá-lo?

Deslandes (2008) destaca a tradição interacionista dos anos 60, como a pioneira na construção de quadros teóricos para o debate da humanização da assistência. Ressalta, neste contexto, a obra de Goffman acerca dos processos de despersonalização ocorridos nos hospitais psiquiátricos, permitindo indagar mais tarde em que medida tais mecanismos não estariam presentes nos demais hospitais. A partir de seus estudos, foi possível vislumbrar a construção de novas identidades no percurso terapêutico e o papel dos agentes de saúde nessa modelagem. Diversos estudos foram produzidos acerca do comportamento do doente diante da doença, dos familiares, do sistema de saúde e seus agentes, tendo destaque os estudos voltados para o "comportamento na doença".

Para a década seguinte, enfatiza a contribuição da tradição materialista, em destaque aos estudos do médico e professor de medicina preventivista H. Jack Geiger, que criou um modelo explicativo para a desumanização no sistema médico. Tal modelo, embora genérico e sem conceituar a desumanização, ganhou destaque por tratar como elementos causais desde a ordem social – considerada desigual, racista e exploratória, cujas lógicas segregacionistas influenciariam o sistema médico –, à racionalidade científica e tecnológica ocidental (com tendências à visão fragmentada e hermética sobre o paciente) e à subcultura médica e organização da profissão médica (com suas formas de autorregulação e proteção contra crítica e supervisão externa). Geiger atentava para as relações face a face, as relações médico-pacientes, alertando para a porosidade entre as lógicas culturais e ideológicas dominantes e as práticas cotidianas nos sistemas de saúde.

A sociologia médica norte-americana na década de 1970, todavia, pôde dar um passo adiante, buscando elaborar modelos explicativos que agregassem fatores de ordem estrutural – tais como a lógica da formação profissional na área biomédica, a organização dos serviços, as estruturas de hierarquia social e da provisão dos cuidados – aos fatores de ordem interacional, identificados nas relações de conflito, cooperação e subordinação entre profissionais e pacientes (DESLANDES, 2008).

Deslandes (2008) tomará como marco o simpósio americano Humanizing Health Care (Humanizando o Cuidado em Saúde), realizado em 1972, em São Francisco. Dali surgiria uma publicação de mesmo nome, com a contribuição de grandes destaques da sociologia médica norte-americana buscando conceituar a humanização ou desumanização. Nesta publicação, organizada pela socióloga Jan Howard, encontramos um esforço maior para

produção de modelos explicativos que buscavam solucionar o problema do uso flexível e pouco rigoroso dos termos “humanização” e “desumanização”.

Em seus textos, Howard chamava atenção para a necessidade de definições conceituais para operacionalização de variáveis de pesquisa. O modelo de Howard identifica onze práticas produtoras de desumanização e oito consideradas humanizadoras, integrando estudos realizados anteriormente por outros pesquisadores. Na realidade, seu modelo pode ser considerado uma espécie de guia para identificar empiricamente situações em que a desumanização se manifesta, não alcançando satisfatoriamente sua ambição pela produção de conceitos. Contudo, seus estudos tornaram-se referência dentro da literatura sobre o tema, embora atualmente outros elementos e cenários tenham surgidos dentro do debate. Destacaremos os significados da desumanização de seu modelo, que apresenta um amplo quadro descritivo mais que um exercício de conceituação, conforme exposição de Deslandes (2008):

- ✓ Tratar pessoas como coisas: a pessoa doente aqui não é reconhecida como sujeito e pessoa, mas como objeto de intervenção clínica. Consequentemente, a pessoa é destituída de poder, além de não ter seus sentimentos reconhecidos, o que leva a uma ausência de reciprocidade;
- ✓ Desumanização pela tecnologia: para situações em que o cuidado é predominantemente mediado por máquinas e procedimentos, de forma que a interação entre cuidador e doente fosse eventual ou mesmo ausente;
- ✓ Desumanização pela experimentação: para as formas antiéticas de pesquisa experimental com seres humanos;
- ✓ Pessoas como problemas: por meio da prática de reduzir a pessoa doente a sua patologia. Neste caso, as necessidades subjetivas e os conflitos da pessoa doente seriam desconsiderados por não ser considerados úteis para elucidar o diagnóstico;
- ✓ Tratar pessoas como “pessoas de menor valor”: neste caso há referência ao conceito de estigmatização de Goffman por se tratar de casos em que determinados indivíduos e grupos são vistos como “não-pessoas” ou como pessoas cujo valor seria considerado inferior aos demais. Incluem aqui leituras raciais/étnicas, de classes sociais, de gênero e eugênica, entre outros critérios classificadores que poderão ser ativados conforme a conjuntura;
- ✓ Pessoas isoladas: refere-se à solidão, ao isolamento do paciente dos sistemas de relações cotidianas, reclusão e despersonalização e não reciprocidade entre pessoas doentes e seus cuidadores no sistema de saúde, como nos casos em envolvem internações prolongadas;

- ✓ Tornar as “pessoas como recipientes de cuidados subpadronizados”: nos casos em que se dispensa à pessoa ou grupo um cuidado inferior, de menor qualidade no que se refere a conhecimento ou tecnologia disponível para cuidar de determinado agravo de saúde. Geralmente são motivados por indiferença, discriminação ou negligência;
- ✓ Considerar “pessoas sem escolha”: tem a ver com a autonomia e graus de liberdade tanto de pacientes quanto dos profissionais em um dado modelo de assistência;
- ✓ Pessoas interagindo com icebergs: a pretensa neutralidade e objetividade biomédica que serviriam para aprimorar o discernimento na tomada de decisões, poderiam gerar interações frias e distanciadas com o paciente;
- ✓ Situações em que se colocam pessoas em ambientes estáticos e estéreis: aqui é enfatizada a preocupação com o ambiente, ressaltando a importância de um equilíbrio entre as necessidades funcionais do trabalho médico e o bem-estar que o ambiente poderia gerar caso fosse permitida uma maior proximidade com o mundo real e as demandas dos pacientes, como espaços de socialização, salas de estar ou ambientes de privacidade;
- ✓ Negar o direito da preservação da vida: se remete à responsabilidade dos profissionais na preservação da vida, incluindo aqui as polêmicas sobre aborto, eutanásia e desligamento de tecnologias de suporte à vida. Neste caso, é trazida à discussão a opinião de autores que consideram desumanizador manter a vida sob determinadas circunstâncias.

Muitos desses fatores foram posteriormente agrupados pela literatura sobre o tema em uma mesma ordem de fenômenos, como é o caso de “tratar as pessoas como coisas” e “vê-las como problema” serem consequências da racionalidade científica específica, da forma pela qual a medicina constrói seu objeto e sua identidade como prática social. As leituras marxistas e feministas ainda apontaram que tratar pessoas como de menor valor e prover cuidados abaixo do padrão são consideradas facetas do mesmo processo de hierarquização e discriminação social. Tal processo estaria presente nos sistemas de saúde, que, por seu turno, evidencia o paradoxo de um *ethos* relacionado à missão de salvar e valorizar a vida humana e as forma de seleção, discriminação e exclusão em uma ordem de cuidados (DESLANDES, 2008, p. 39).

Deslandes (2008) assinala que a partir do trabalho de Howard foi possível aprofundar algumas questões consideradas decisivas às críticas do sistema médico: a negação do estatuto de pessoas e/ou processos de despersonalização; as tecnologias como substitutas ou mediadoras das relações; as experimentações clínicas, que levarão à composição do escopo de uma disciplina específica, a bioética; as lógicas e relações de poder instituídas, reproduzidas e

atualizadas no sistema de saúde, com destaque para as contribuições dos estudos de Michel Foucault e Freidson.

No que se refere às tratativas relacionadas à humanização, Howard salientaria as necessidades fisiológicas e psicológicas dos seres humanos, sendo considerado humanizado o cuidado que se preocupa em provê-las. Entretanto, não poderíamos vislumbrar um tipo humano universal, sendo necessário considerar as diversas culturas que permeariam a formação daquelas necessidades. Assim, Howard defenderia um modelo mais relativista que humanista fundacionista e o contexto da análise deveria visar ao campo interacional de cuidados, dentre estes: a relação face a face entre paciente e cuidador; relações entre um paciente e vários cuidadores; relações de grupos populacionais como alvo de ações de grupos de profissionais.

As oito condições para a humanização, para Howard, estariam vinculadas a três dimensões: ideológica; estrutura das interações paciente-cuidador; e psicológica. A primeira teria como referência: o intrínseco valor da vida humana, independente de qualquer distinção hierárquica e/ou status, trazendo à baila questões como equidade e saúde como direito e não privilégio; a noção de que cada ser humano é insubstituível, possuindo uma identidade única, levantando críticas contra tratamentos impessoais e padronizados (não necessariamente desumano); e as pessoas consideradas em sua integralidade, concebendo assim um caráter holístico na visão sobre o paciente (DESLANDES, 2008).

Já a estrutura das interações entre cuidadores e pacientes refere-se: à liberdade de ação, que para os profissionais pode ser limitada devido a custos, compromissos, exigências administrativas e pressão dos pares, enquanto que para os pacientes, a liberdade é cerceada pela própria doença, falta de conhecimentos e protocolos institucionais; ao status de igualdade, mesmo diante da assimetria entre o conhecimento específico que o profissional detém em relação ao paciente, pressupõe tratar o outro como igual; e ao compartilhamento na tomada de decisões, por meio do acesso à informação sobre o diagnóstico, tratamento e suas consequências. Neste caso, a “passividade” e “fragilidade” do paciente são sobrepostas ao reconhecimento de um paciente-consumidor, sujeito e portador de direitos, dentre eles o da informação e arbítrio (DESLANDES, 2008).

E, por fim, a dimensão psicológica, que envolverá a empatia, tendo como limite a hiperidentificação do profissional com os problemas dos pacientes, demandando a criação de barreiras de proteção e o afeto, que dirá respeito ao envolvimento emocional aos vínculos positivos entre pessoas doentes e seus cuidadores (DESLANDES, 2008).

Em relação à literatura brasileira sobre humanização, encontramos propostas de articulação do bom uso de tecnologias na forma de equipamentos, procedimentos e saberes com uma proposta de escuta, diálogo, administração e potencialização de afetos, em um processo de comprometimento com a felicidade. Também existe forte recorrência aos textos de Michel Foucault, como no texto de referência sobre a PNH de Benevides e Passos, já mencionado aqui (2005c), que reflete sobre a humanização como dimensão de política pública e sobre sua relação com o Estado e as possíveis formas de atualização de seu poder/discursos.

José Ricardo Ayres é um dos autores brasileiros de referência no assunto. Busca, em uma perspectiva filosófica, definir o conceito de Cuidado, estando este em afinidade com o de humanização (2005; 2008). Como faz uma abordagem com elementos que ao fim explicitam demandas de modificações às práticas cotidianas dos serviços de saúde, torna-se interessante explicitar sua tese.

Para Ayres (2005, p. 550), o ideal de humanização é genericamente definido "como um compromisso das tecnociências da saúde, em seus meios e fins, com a realização de valores contrafaticamente relacionados à felicidade humana e democraticamente validados como Bem comum". A reflexão do autor gira em torno da noção de que, ainda que relevantes, os critérios bastante definidos e validados envolvidos nos conteúdos estritamente tecnocientíficos não são suficientes para transformar as práticas de saúde. Entende-se a importância da formalização e objetivação sobre o que se deve fazer, quais formas, funções e riscos se devem preservar, favorecer ou controlar no manejo biomédido dos organismos. Contudo, o debate sobre a humanização remonta a um diálogo do núcleo mais instrumental das práticas da saúde com seus conteúdos "relacionais e formativos" (2008, p. 50).

Nestes termos, o planejamento, desenvolvimento e avaliação das ações de saúde, no que se referem à noção de humanização, devem fugir tanto de um tecnicismo automatizado, que se esquece das finalidades práticas das ações de saúde, quanto de um humanismo que se descola dos potenciais abertos tecnicamente às respostas práticas desejadas por esses indivíduos e comunidades. Para isso, é necessário que em cada momento assistencial, "o aspecto técnico seja ativa e consequentemente posto em contato com o não-técnico" (AYRES, 2008, p. 55).

Dessa forma, a humanização aspira a horizontes normativos que escapem da restrição conceitual de saúde no que tange a problemas estritos a riscos, disfunções e dismorfias, da mesma forma que pretende fugir de uma ampliação excessivamente abstrata deste horizonte, como no caso da Declaração de Alma-Ata, onde encontramos a clássica definição de saúde como "estado de completo bem-estar físico, mental e social", difundida pela Organização

Mundial da Saúde (AYRES, 2008, p. 50). Explicita Ayres que tal visão essencialista da saúde obstaculiza a identificação clara e pragmática de horizontes normativos dessas práticas. Todavia, considerando que horizontes normativos são um devir e não um estado, percebe que a saúde nunca será um estado completo, uma vez que as normas socialmente associadas à saúde, ao se deslocarem seus horizontes, precisarão ser reconstruídas.

Partindo dessas noções, Ayres proporá a noção de "projeto de felicidade" de indivíduos e comunidades como horizonte normativo para práticas humanizadas. Tal noção remete-se a dois entendimentos. Um deles se refere às experiências vividas, valoradas positivamente, condições ou situações que se almeja alcançar ou manter e que, entendidas como saúde, não dependem de um "estado de completo" bem-estar ou de perfeita normalidade morfofuncional. O outro entendimento é de que o "êxito técnico" ligado a prevenir, reverter ou minimizar danos morfofuncionais só faz sentido às pessoas como um "sucesso prático", ou seja, como ganho ou conquista de condições ou situações valorizadas como fonte de realização, de "felicidade". Assim sendo, o êxito técnico só se confunde parcialmente com o sucesso prático, na perspectiva dos técnicos e gestores, mas não dos usuários e comunidades. Contudo, é necessário que haja uma construção simultânea de projetos de êxito técnico e sucesso prático e assim enfatizar a ideia de que para além do manuseio das regularidades de relações meio-fins, próprio às ciências e às técnicas, haja um autêntico encontro entre sujeitos, em todas as ações de saúde, sejam elas individuais ou coletivas.

A noção de "projeto de felicidade" é remetida a uma construção contrafática, na medida em que é concebida por meio de uma ideia ética e moralmente norteadora construída com base na percepção do valor de certas concepções ou práticas, a partir do momento e na medida em que estas são sugeridas porque foram negadas em alguma experiência concreta, historicamente dada (AYRES, 2008, p. 52). As aspirações por felicidade são assim percebidas porque foram vividas como possibilidade negada e com isso despontam como necessárias e desejadas. O autor pondera, entretanto, que devemos evitar qualquer definição a priori dos conteúdos acerca da felicidade, evitando assim imputar-lhe definições objetivas e universais, descoladas das experiências concretas. Por outro lado, também não devemos concebê-la como uma utopia, já que a experiência da felicidade, ou de sua falta, é concreta. Ela é índice de si mesma, fazendo-se notar em sua falta.

A discussão da felicidade no que tange a um projeto político de humanização, envolvendo instituições do Estado (sem estar restrita a eles), se referirá à validação democrática de valores que possam ser publicamente aceitos como propiciadores dessa

experiência, que em essência é admitida como singular e pessoal. Assim, o autor se aproxima de abordagens filosóficas que associam ideias de felicidade, racionalidade e vida em sociedade em pensadores diversos como Kant e Espinosa, no que se referem ao posicionamento da felicidade como índice racionalmente inteligível de orientação prática a formas de vida que nos satisfazem de uma perspectiva pessoal e social simultaneamente e indissociavelmente (AYRES, 2008, p. 53; 2005). Sustenta o autor que a vida em sociedade é o que oferece para nós, como seres racionais, as referências objetivas pelas quais orientamos nossos projetos de felicidade. Daí as implicações institucionais:

> A problemática de que trata a humanização não se restringe ao plano das relações pessoais entre terapeutas e pacientes, embora chegue até ele. Não se detém em rearranjos técnicos ou gerenciais das instituições embora dependa deles. Trata-se de um projeto existencial de caráter político, trata-se de uma proposta para a 'pólis' (AYRES, 2008, p. 54).

Com base nessas noções, Ayres buscará no conceito de "Cuidado" a articulação entre êxito técnico e sucesso prático. Cuidado é apreendido aqui tanto para designar uma compreensão filosófica quanto uma atitude prática diante do sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se as reclama. Nesse sentido, o Cuidado é uma sabedoria prática que quer fazer das ações de saúde a busca de êxitos técnicos imediatamente entendidos como sucesso prático, fazendo com que o desenvolvimento de ações instrumentais subordinem-se a escolhas compartilhadas de modo de vida julgados desejáveis, adequados e corretos. Para tal, é necessário buscar junto das finalidades técnicas das práticas de saúde, a antecipação, escolha e negociação de uma vida boa, do melhor possível a fazer perante o projeto de felicidade que se coloca em questão no momento (AYRES, 2008, p. 57).

A questão que o próprio Ayres levanta, a partir daí, é a de como levar essa atitude filosófica mais geral aos planos mais específicos da organização e efetivação da atenção à saúde. Assim, para tratar do cuidado e as perspectivas de humanização nas práticas de saúde, Ayres apreende como pano de fundo a tese de persistência do caráter individual-universalista do cuidado em saúde. Para isso, faz referência à análise foucaultiana da medicina social, em que a medicina será caracterizada no capitalismo – disciplina dos corpos, sua regulação e potencialização como força produtiva – para indicar a esfera da individualidade orgânica como plano de intervenção médica. Neste ínterim, Ayres ressalta que mesmo a higiene pública e social cederam lugar, a partir da segunda metade do século XIX, a uma higiene apoiada na tradução cientificista e individualmente centrada das tecnologias de cuidado em saúde (AYRES, 2008, p. 63). Ao longo do século XX, a racionalidade estritamente científica

é intensificada, orientando-se progressivamente para uma gestão individual dos riscos à integridade e ao desempenho funcional do corpo.

No que se referem às tecnologias de assistência à saúde, que dizem respeito ao encontro terapêutico propriamente dito, as transformações da medicina contemporânea, em direção à progressiva cientificidade e sofisticação tecnológica, repercutiram em importantes avanços. Dentre esses, Ayres cita a aceleração e ampliação do poder de diagnose e, logo, o fato de haver maior precocidade da intervenção terapêutica, que, por sua vez, adquire maior precisão e segurança. Também houve melhora do prognóstico e da qualidade de vida dos pacientes em uma série de agravos. Porém, existem contrapartidas:

> a autonomização e tirania dos exames complementares; a excessiva segmentação do paciente em órgãos e funções; o intervencionismo exagerado; o encarecimento dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos; a desatenção com aspectos psicossociais do adoecimento e a iatrogenia (AYRES, 2008, p. 64).

Em decorrência desses últimos aspectos, passou a ser divulgada a noção de crise da medicina, também atrelada a termos como “crise de confiança” e mesmo “crise de legitimidade”. Essa crise se vale da constatação de haver uma progressiva incapacidade das ações de assistência à saúde de se provarem racionais, de se mostrarem sensíveis às necessidades das pessoas e se tornarem cientes de seus próprios limites. A falta de confiança nos seus alcances técnicos e éticos decorre de um progressivo afastamento da arte tecnocientífica da medicina em relação aos projetos existenciais que lhe cobram participação e lhe conferem sentido. É como se a terapêutica estivesse perdendo a conexão dos procedimentos técnicos com os contextos e finalidades práticas que lhe deram origem e justificativa: “Narcísica, a tecnociência encantou-se consigo mesma” (AYRES, 2008, p. 66).

Ayres está preocupado com a limitação da arte de cuidar aos aspectos tecnológicos, com a criação e manipulação de objetos. Ele se dirige aos profissionais da saúde, incluindo-se nesse coletivo, alertando para o fato de não serem simples aplicadores de conhecimentos. Ressalta que por trás das intervenções, existem as perguntas que lhes são dirigidas a todo o tempo, tais como “O que é bom pra mim?”. Assim, a tecnologia não é simplesmente a aplicação da ciência, um modo de fazer, mas uma decisão sobre quais coisas podem e devem ser feitas sobre aqueles que estão sendo assistidos. Logo, os profissionais da saúde estão construindo mediações, estão escolhendo dentro de certas possibilidades o que devem querer, ser e fazer tais pessoas. Ayres ressalta que nem tudo que é importante para o bem-estar pode ser imediatamente traduzido e operado como conhecimento técnico, da mesma forma que

ninguém pode subtrair ao indivíduo ou comunidade a palavra última acerca de suas necessidades. Assim sendo, torna-se imperioso que “o Cuidado em saúde considere e participe da construção de projetos humanos”, de forma que quando cuidamos, saibamos “qual é o projeto de felicidade, isto é, que concepção de vida bem-sucedida orienta os projetos existenciais dos sujeitos a quem prestamos assistência” (AYRES, 2008, p. 68).

Conceber essa felicidade em termos de saúde leva à reconstrução da noção de Cuidado. E assim sendo, leva-nos a visualizar o encontro intersubjetivo, o encontro terapêutico de outra qualidade, apoiado na tecnologia, mas sem estar limitado a ela. Nesse sentido, humanizar significa também transformar as ações assistenciais. Quando o norte é a humanização, a estrutura própria do fazer em saúde também se reconstrói.

Ayres nos aponta então ações que seguem nessa direção. O privilegiamento da dimensão dialógica no encontro entre usuários e profissionais é uma delas. Aqui ganha destaque, a noção de “acolhimento”, que não se confunde com a mera recepção ou mesmo o pronto-atendimento, mas refere-se a toda oportunidade em que exista a possibilidade de escuta do outro. Assim, o acolhimento surge como recurso fundamental para que o outro do cuidador surja positivamente no espaço da atenção a indivíduos e coletividades. E não se trata de uma escuta somente, mas o tipo de escuta, a natureza da escuta. Se o horizonte normativo que orienta a interação terapêutica for do tipo morfofuncional, a escuta se orienta para obtenção de subsídios objetivos para monitorar o corpo e os aspectos existenciais ali presentes poderão ser meros ruídos ou elementos subsidiários para aquele objetivo. Em um horizonte normativo pautado na dimensão existencial, abre-se ao diálogo, introduzindo referências que podem redimensionar o que se é pra fazer, de forma que novos objetivos possam surgir. No primeiro caso, por exemplo, o paciente pode ser interpretado como “não compreensão de uma orientação preventiva”, “não adesão a um tratamento” ou “descuido com a própria saúde”, por exemplo. No segundo, os mesmo elementos podem aparecer como “conflito de valores na adoção de uma recomendação”, “obstáculos práticos à observância da prescrição”, “desinteresse no convite ao autocuidado oferecido pelo profissional” ou “desencontro entre o que se está procurando e o que está sendo oferecido” (AYRES, 2008, p.72).

Seguir a perspectiva do segundo caso requer a atitude de “decidir” dialogar com o outro, de forma a agir “em-função-de”. Para tal, assume-se a responsabilidade, um diante do outro, no sentido de responder moralmente por algo. Assumir as responsabilidades de um cuidador permite ir além do “estar fazendo corretamente a (conhecida e segura) parte técnica do trabalho” (AYRES, 2008, p. 73). A responsabilidade tem relevância para o Cuidado em

saúde na interação profissional-paciente, na construção de vínculos serviço-usuário e na garantia do controle social das políticas públicas.

> É preciso que cada profissional da saúde, ou equipe de saúde, gestor ou formulador de política se interrogue acerca de por que, como e quanto se responsabilizam em relação aos projetos de felicidade daqueles de cuja saúde cuidam, preocupando-se ao mesmo tempo, acerca do quanto esses sujeitos são conhecedores e partícipes desses compromissos (AYRES, 2008, p. 73).

Ayres defende que a busca ativa de projetos de felicidade daqueles de quem se cuida traz um processo de (re)construção identitária tanto aos profissionais quanto aos usuários. O autor toma de Heidegger a noção de que no cotidiano das interações cada um vai se re-apropriando do seu próprio ser, que é sempre "ser com", de forma que nos encontros estabelecidos ao longo da vida, essas referências identitárias vão se transformando, reconstruindo continuamente a percepção de si e do outro (AYRES, 2008, p. 74). A relação terapêutica não começaria no momento do primeiro encontro, uma vez que o profissional que surge diante de um usuário ou de uma comunidade é carregado de significados, de uma alteridade determinada, vinculado ao modo como estes se identificam na forma de paciente ou população. Assim, a interação é retomada e não iniciada.

Nesse sentido, fazer da interação um diálogo para além do terreno da tecnicalidade revestirá maior significado e interesse na desconstrução das identidades-alteridades. Trata-se de abrir espaço para uma discursividade mais livre, em que se evite a tendência monológica em que a fala dos pacientes ou membros da comunidade surja como quase exclusivamente uma complementação do discurso do profissional, para preencher os elementos que lhe faltam. Ayres se refere à singularização da abordagem diagnóstica e terapêutica, muito difundida na máxima "cada caso é um caso". Porém, alerta que tem havido uma indistinção entre 'caso' como situação particular – em referência a certo aspecto universalmente verificável, definindo sua 'condição clínica' particular – e 'caso' no sentido singular do paciente, em que o adoecimento assume 'contornos singulares em uma biografia ou história. Possibilidades menos ortodoxas de intervenções orientadas pelo Cuidado em saúde, tanto no que se refere a indivíduos quanto a populações, como um investimento em equipes interdisciplinares nos serviços de saúde são citadas por Ayres como formas de melhor manejar a singularidade do adoecimento daqueles que são cuidados[38].

[38] Por fim, o autor chama atenção à importância da construção do Cuidado não só no plano individual, mas no social e coletivo. A inseparabilidade desses dois planos se dá pela noção tratada de compromisso com valores

Embora todo o esforço de conceituação sobre o tema, como esse percorrido por Ayres, alguns autores, muitos desses formuladores da PNH, identificam a dificuldade prática de articulação do conceito de humanização. Tomamos a liberdade ainda de identificar nos "projetos de felicidade" de Ayres uma abstração que demandaria esforço para sua operacionalização.

Autores como Benevides e Passos, por exemplo, chamam atenção para o fato do termo "humanização" ter seus sentidos ligados ao voluntarismo, ao assistencialismo, ao paternalismo ou mesmo ao tecnicismo de um gerenciamento sustentado na racionalidade administrativa e na qualidade total. Assim, a humanização enfrentaria dois desafios: conceitual e metodológico (BENEVIDES E PASSOS, 2005a).

No desafio conceitual, ressaltam que no início dos anos 2000, houve uma espécie de modismo no sentido de concentração temática em torno da humanização, de forma que a mesma ganhou um aspecto de conceito-sintoma. Referem-se com isso a uma noção que paralisa e reproduz um sentido já dado. Assim, o tema da humanização se reproduziu em seus sentidos mais estabilizados ou instituídos, como marca ou imagem vazia, slogan que perdeu a força do seu movimento instituinte pela mudança das práticas de saúde do qual esta noção adveio, movimento que se confunde com o próprio processo de criação do SUS nos anos 1970 e 1980 (2005a, p. 390).

Dessa forma, aparece como um conceito-sintoma em práticas de atenção: ora segmentadas por áreas (saúde da mulher, saúde da criança e saúde do idoso) e por níveis de atenção (assistência hospitalar), ora identificadas ao exercício de certas profissões (como assistente social e psicólogo) e a características de gênero (mulher), ou ainda orientadas por exigências de mercado que devem "focar o cliente" e "garantir qualidade total nos serviços".

Os autores assumem a redefinição do conceito a partir da perspectiva aqui já retratada de libertação do mesmo da idéia de homem normal ou homem-figura-ideal, metro-padrão que não coincide com nenhuma existência concreta, tendo como direção o necessário

---

contrafaticamente validados como bem comum. O próprio horizonte ético aí envolvido só faz sentido no convívio com o outro, da mesma forma que a construção de identidades individuais pelas as quais plasmam os projetos de felicidade, que se fazem na interação com o outro. Por outro lado, horizontes normativos que orientam os conceitos de saúde e doença são construídos socialmente, assim como os obstáculos à felicidade que estes horizontes permitem identificar, de forma que só coletivamente se consegue efetivamente construir respostas para superá-los (AYRES, 2008, p. 78). A partir disso, julga-se vital na produção do Cuidado, a articulação entre iniciativas teóricas e práticas que vinculem os cuidados individuais a aproximações de corte sociossanitário. Nesse sentido, a garantia de condições de intersetorialidade e interdisciplinaridade surge como importante forma para desenvolvimento de ações na saúde (como também na educação, cultura, bem–estar social, etc.) e na interação entre horizontes normativos diversos, como os importantes avanços nos diálogos realizados entre saúde e direitos humanos (AYRES, 2008, p. 77).

reposicionamento dos sujeitos implicados nas práticas de saúde. Assim sendo, a humanização é tomada como estratégia de interferência nestas práticas considerando que os sujeitos sociais, atores concretos e engajados em práticas locais, quando são mobilizados, “são capazes de, coletivamente, transformar realidades transformando-se a si próprios neste mesmo processo” (BENEVIDES E PASSOS, 2005a, p. 391).

No entanto, os autores reconhecem que este esforço conceitual não servirá de nada se não resultar em alteração nas práticas concretas dos serviços de saúde. “Neste sentido, a Política de Humanização só se efetiva uma vez que consiga sintonizar ‘o que fazer’ com o ‘como fazer’” (BENEVIDES E PASSOS, 2005a, p. 391). Logo, surge o desafio metodológico de processo de construção de uma política pública. Os autores defendem que tal processo, na máquina do Estado, não pode se manter apenas como propostas, Programas e Portarias Ministeriais, posto que exige todo um trabalho de conexão com as forças do coletivo, com os movimentos sociais e com as práticas concretas no cotidiano dos serviços de saúde.

Partem assim de uma postura de assumir a necessidade de transformar as práticas de construção de políticas públicas com que estamos envolvidos, impondo o enfretamento de um *modus operandi* fragmentado e fragmentador, marcado pela lógica do especialismo e do que se supõe como especificidade da humanização em determinadas áreas. Um dos problemas desse processo, contudo, é o risco de defesa de um sentido de humanização tão amplo e abstrato, que acabaria se confundindo com um princípio do SUS, como o princípio da integralidade. No entanto, uma política, apesar de se orientar por princípios, está comprometida também com modos de fazer, com processos efetivos de transformação e criação de realidade. Por outro lado, não bastaria defender o caráter específico e concreto das práticas de humanização, tendo em vista que tomá-las em sua especificidade pode incorrer no risco de repetir a tendência de compartimentar e isolar ações como, por exemplo, a separação entre a humanização do parto e a humanização das emergências.

Daí surge a difícil questão: Como fugir de um sentido amplo e genérico alheio às singularidades da experiência, assim como da compartimentalização, para garantir a implantação da política? Os autores a respondem a partir da aposta na valorização dos processos de mudança dos sujeitos na produção de saúde (BENEVIDES E PASSOS, 2005a, p. 392):

> Realizar mudanças dos processos de produção de saúde exige também mudanças nos processos de subjetivação, isto é, os princípios do SUS só se encarnam na experiência concreta a partir de sujeitos concretos que se

> transformam em sintonia com a transformação das próprias práticas de saúde.

Como realizar, porém, processos de mudança subjetiva? Tomando como ponto de partida a noção de inseparabilidade entre atenção e gestão e da transversalidade, o "como fazer" aqui proposto se concretiza em "tecnologias relacionais", assumindo que por meio dos modos de os sujeitos entrarem em relação, formando coletivos, as práticas de saúde poderão efetivamente ser alteradas (2005a, p. 392):

> Cuidar e gerir os processos de trabalho em saúde compõem, na verdade, uma só realidade, de tal forma que não há como mudar os modos de atender a população num serviço de saúde sem que se alterem também a organização dos processos de trabalho, a dinâmica de interação da equipe, os mecanismos de planejamento, de decisão, de avaliação e de participação.

Para isso, defendem que são necessários arranjos e dispositivos que interfiram nas formas de relacionamento nos serviços e nas outras esferas do sistema, de forma a garantir práticas de corresponsabilização e de cogestão. Para isso, é necessário aquecer as redes e fortalecimento dos coletivos. Logo, deve-se aumentar o grau de comunicação, conectividade e intercessão intra e intergrupos nos serviços e nas outras esferas do sistema, ou seja, valorizar o que se chama de "transversalidade", produzindo uma comunicação multivetorializada construída na intercessão dos eixos verticais (que costuma hierarquizar gestores, trabalhadores e usuários) e horizontais (que cria comunicações por estames).

Em resposta a Benevides e Passos (2005a), Denise Gestaldo (2005) suscita alguns questionamentos. Chama atenção à defesa que os autores fazem à ideia de que as pessoas se transformam ao participarem de estratégias de mudança social, de modo a experimentarem formas de se relacionar em cogestão com o sistema, em que a produção de saúde também seja produtora de subjetividades. Ressalta que não há nessa ideia uma descrição explícita dos valores e tipos de subjetividades desejados pela política de humanização. Da mesma forma que as menções a cogestão e trocas solidárias comprometidas seriam "valores de processo mais do que efeitos desejados" (2005, p. 395).

Ademais, Gestaldo salienta que os formuladores da política, quando defendem a ideia de humanizar o sistema de saúde, o tomam a partir de críticas quanto a sua desumanidade, inadequação e ineficiência. Logo, a produção de subjetividades não poderia pressupor subjetividades em geral, mas alguns tipos de subjetividade, de forma que o processo de humanizar-se implicaria uma prescrição, mesmo quando se explicita a diversidade como valor

que deve orientar esse processo. Todavia, a autora pondera que há de se perceber que a criação ou mesmo recriação de subjetividades que ocorre nas práticas cotidianas do SUS também pode gerar grande parte da resistência ao que se propõe como humanização. Seria o caso da subjetividade da "vítima do sistema ou da situação" quando alguns profissionais que trabalham no SUS sustentam que o sistema público é "assim mesmo" e que nas condições de trabalho e os limites educacionais e financeiros da população, "a gente faz o que pode" (2005, 396). Também haveria a subjetivação de privilégios, em que alguns médicos se percebem menos responsáveis por cumprir horário que outros profissionais, pois precisam ter um salário maior.

A indefinição levantada por Gestaldo se alinha à percepção de Onocko Campos (2004) de que tudo aquilo que é remetido à "desumanização" ser, na realidade, uma construção humana. Há uma tendência de se qualificar como desumanas as relações sociais em que há um grande desequilíbrio de poder, de forma que o lado poderoso aufira vantagens, desconsiderando os interesses e os desejos do outro, e ainda submetendo-o a manipulações em função dos seus interesses e desejos (CAMPOS, 2005). Todavia, dizer que um hospital deve ser humanizado parece algo óbvio, se pensarmos que ele existe para atender pessoas, sendo criado por pessoas. Em geral, há uma associação de humano a um valor positivo em si. Assim, para pensar o lugar do conceito "humanizado" para o hospital seria necessário desestabilizar essa noção positiva sustentada no senso comum.

O termo "humanização" suscitaria resistência porque pode significar admitir que "nós humanos perdemos nossa humanidade" (BOARETTO, 2004, p. 20). Sá (2005), por exemplo, não se agrada do termo, mas por percebê-lo como gerador de opacidade, no sentido de desconhecimento e ilusão. Isso porque ele contrapõe os processos de discriminação, indiferença, desprezo, apatia pelo sofrimento do outro e demais formas de violência (física e simbólica) que existem na sociedade e nos serviços de saúde, de forma que "subtrai do humano o mal que também lhe é inerente" (SÁ, 2005, p. 67). Tal perspectiva se aproxima de crenças veiculadas pelo Humanismo Cristão ou Personalismo Cristão, para o qual o ser humano é essencialmente bom.

Para Gastão Wagner Campos (2005, p. 398), também em resposta a Benevides e Passos (2005a), a insurgência de um diagnóstico genérico de serviços desumanizados – evidenciados pelo processo de burocratização e, em muitos casos, um embrutecimento das relações interpessoais no SUS, seja entre profissionais, seja destes com os usuários – permite o surgimento de "receitas" simplistas como a "catequese" ou sensibilização dos trabalhadores da saúde para adotarem posturas de "cuidadores", que seria mais um neologismo nesse

contexto. Ou nas palavras de Sá (2005, p. 68), se o conceito de humanização é inadequado para designar o que pretende, igualmente as propostas de intervenção baseadas nessas concepções o são, quando tomam o homem como sendo bom, bastando "sensibilizá-lo" para o exercício da bondade.

Nesse sentido, a desumanização nos serviços de saúde é um produto humano, mesmo que resulte de uma combinação de problemas estruturais com posturas alienadas e burocratizadas dos operadores (CAMPOS, 2005, p. 399). Suely Deslandes (2005, p. 402) em resposta também a Benevides e Passos (2005a), indica que a PNH não demarca um conceito, apenas um "entendimento" do seu coletivo de formuladores: valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção da saúde; fomento de sua autonomia e protagonismo; aumento do grau de corresponsabilidade; mudanças nos modelos de atenção e gestão com foco nas necessidades dos cidadãos; compromisso com a ambiência; melhoria de condições de trabalho e atendimento. Diz que a opção semiótica e política evita o fechamento de uma definição programática, não possibilita a vinculação a uma "imagem-objetivo" clara além de permitir a identificação destas assertivas com princípios e orientações já disseminados pelo modelo e práticas que o SUS busca construir. Assim, "a primeira vista, parece faltar nesta definição uma identidade do que busca designar (...). Se a definição do conceito ganha a forma de uma proposição 'principalista' o que isso pode nos indicar?" (2005, p 402).

Deslandes, entretanto, aponta para os processos de subjetivação transformadores tratados por Benevides e Passos (2005a), como estratégica posição da proposta de humanização na forma de Política, uma vez que aglutina um poder mobilizador de debate e ações que não haveria se fosse tomada como mais uma diretriz de ações de saúde (DESLANDES, 2005, p. 402).

Assim, nas diferentes abordagens e mesmo questionamentos, podemos inferir que o tema da humanização focaliza a potencialidade dos encontros e interações dialógicas dos trabalhadores com trabalhadores e trabalhadores com usuários, na centralidade no contato com a alteridade, na possibilidade de transformação de subjetividades aí decorrente. Muito dessas leituras está fundamentado filosoficamente por autores como Habermas, Herbert Mead, Heidegger, Hans-Georg Gadamer e Paul Ricouer, na ideia de construção da identidade e a comunicação como dois lados da mesma moeda (AYRES, 2004, p. 16).

Para Ceccim e Merphy (2009, p. 533), em consonância com Ayres, o cotidiano do atender passa a ser visto como um campo 'singular' da produção de saúde (criação) e não 'particular' da prestação da assistência (requalificação). O desafio da ressingularização das

práticas opõe-se à noção de instalação de boas práticas, uma vez que nessa "cada encontro é um momento particular de uma estratégia geral que já está dada a priori, para ser realizada no momento em que o encontro acontece" (CECCIM; MERPHY, 2009, p. 534). Não se distinguiria da forma como o modelo hegemônico de se produzir saúde é realizado, para o qual já se tem tudo preparado. Logo, enfatizam-se as interferências em interação: "toda arma que o trabalhador tiver para operar encontros tem de estar a serviço dos 'movimentos em ato' de que um encontro é portador, não o contrário" (CECCIM; MERPHY, 2009, p. 535).

Um encontro seria, nesses termos, de ordem da micropolítica, no sentido de ser força instituinte, luta contra-hegemômica e anti-hegemômica. Opõe-se à "política das vigências disciplinares, das racionalidades hegemônicas, é a política do minoritário, das forças minoritárias, resistência aos instituídos, resistência ao saber-poder-desejo hegemômico, disputa por outros modos de ser-existir-agir, inventivos, criativos, em ato" (CECCIM; MERPHY, 2009, p. 533).

Trata-se da produção da atenção na capilaridade das relações cotidianas, na capacidade de acolhimento do outro (encontro), que seja capaz de aplacar sofrimentos tidos como problemas de saúde. As interações surgem assim como estratégias de resistência e criação às práticas inculcadoras/homogenizadoras e disciplinadoras que legitimam condutas do tipo diagnóstico-prescrição, focado na cura de corpos e não na produção de saúde de humanos. Os encontros nessa micropolítica de resistência seriam intensamente pedagógicos, "construindo um universo de processos educativos em ato, em um fluxo contínuo e intenso de convocações, desterritorializações e invenções" (CECCIM; MERPHY, 2009, p. 536). Os autores referem-se aos casos, por exemplo, de profissionais que ainda que pertencentes à mesma categoria profissional, atuariam de modo distinto, no interior da mesma situação de atenção à saúde.

A seção seguinte buscará um arcabouço teórico que fundamente a configuração dessa macropolítica mencionada por Ceccim e Merphy, que a humanização busca contrapor, e que opera com uma lógica de fragmentação do cuidado, se atualizando, porém, em micro-relações de poder e também nas capilaridades das relações cotidianas, se pudermos assim dizer. Buscaremos assim delinear lógicas culturais que antecedem e atuam sobre as interações entre profissionais e entre esses e os usuários. Até porque para discorrer sobre (im)possibilidades comunicacionais entre sujeitos na organização hospitalar "é preciso pensar a própria cultura organizacional" (DESLANDES, 2004, p. 12).

3.2 As micro-relações de poder em ambiente hospitalar

Pelo âmbito da pesquisa aqui proposta, faz-se necessária a utilização de um arcabouço teórico-conceitual que consiga entrecruzar uma análise macro-social, que evidencia questões institucionais mais globais, a uma apreciação de realidade micro, buscando ao menos iluminar algumas questões importantes à saúde a partir de uma pesquisa local. Nesse sentido, algumas ponderações acerca do conceito de "poder" e da "medicalização" do hospital em Michel Foucault, da constituição de relações de dominação de classes sociais em Pierre Bourdieu, e da conferência de estima e reconhecimento social em Axel Honneth, podem ser relevantes para entendimento de práticas propícias ou não à humanização dos cuidados e gestão. O entrelaçamento de conceitos desenvolvidos nesses autores pode iluminar o entendimento sobre conflitos interpessoais no contexto dessa pesquisa, pelo menos delimitar certo campo problemático.

Assim sendo, visualizemos a noção de poder tal como desenvolvida por Michel Foucault nos seminários proferidos na década de 70, no Collège de France, transcritos e reunidos em sua obra "Em defesa da Sociedade" (2005). Ali, Foucault dialoga e contrapõe as principais idéias de grandes pensadores europeus que sedimentaram a teoria jurídica clássica do poder, como um direito, um bem que poderia ser transferido ou alienado, total ou parcialmente, conforme um ato jurídico ou um ato fundador de direito, a partir da ordem da troca contratual (FOUCAULT, 2005, p. 20). Ou seja, ele contrapõe a noção de poder assemelhada a bens e riquezas, que por sua vez, é uma ideia constitutiva da soberania, podendo torna-se opressor em momentos em que ultrapassa os limites do contrato. Foucault também critica o que chamou de "funcionalidade econômica" do poder, que defende a função do poder na manutenção das relações de produção e assim na recondução de uma dominação de classe, tendo o poder político, neste caso, encontrado na economia sua razão de ser histórica.

Para Foucault, o poder é uma relação de forças e mesmo que esteja intricado nas e com as relações econômicas, ele não é primeiramente a manutenção e recondução destas relações. O "poder não se dá, nem se troca, nem se retoma, mas que ele se exerce e só existe em ato" (2005, p. 21). Dessa forma, seria mais apropriado nos referirmos ao "como do poder", mais do que dizer o que ele é de fato, ou seja, como o poder se exerce, a partir de quais mecanismos.

A partir disso, o autor concebe que em toda sociedade, múltiplas relações de poder perpassam, caracterizam e constituem o corpo social, de tal forma que não podem dissociar-

se, nem funcionar sem uma produção do discurso verdadeiro, ou seja, sem certa economia dos discursos de verdade que funcionam neste poder, a partir e através dele (2005, p. 28). O poder institucionaliza a busca da verdade, a profissionaliza e a recompensa, nos coagindo a confessá-la ou a buscá-la. A verdade é, nesses termos, norma que decide, veicula, propulsando efeitos de poder.

A relação que daí nasce e caracteriza particularmente a nossa sociedade é aquela que integra as regras do direito, os mecanismos de poder e os efeitos de verdade. Foucault explica que o direito no Ocidente sempre esteve relacionado ao rei, ora na Idade Média (em que se reativa o direito romano), em fins de consolidar o poder monárquico, autoritário e absoluto, ora em momentos de contestação deste poder, buscando limitá-lo sob regras de direito. Neste sentido, o direito buscava fixar a legitimidade do poder, organizando-se em torno do problema da soberania. De fato, enquanto durou a sociedade de tipo feudal, a teoria da soberania dava conta de explicar as relações de poder, visto que a relação de soberania cobria a totalidade do corpo social, desde os níveis mais elevados aos mais baixos (2005, p. 42).

Com isto, no entanto, o direito desvia a atenção sobre a questão da dominação para ressaltar a questão da soberania. O que Foucault propôs realizar foi exatamente o oposto disto, demonstrando como o direito é instrumento de dominação, e que, na realidade, as leis e o conjunto de aparelhos e instituições que aplicam o direito veiculam relações que não são relações de soberania, mas sim de dominação. Esta inversão proposta deve-se ao fato de Foucault identificar nos séculos XVII e XVIII o aparecimento de uma nova mecânica de poder, com procedimentos particulares, incompatíveis com as relações de soberania – algo que seria melhor explicado a partir das relações de dominação.

A dominação tem por peculiaridade não se reportar a “uma” dominação global de um sobre os outros, algo que estaria próximo da idéia de soberania, ou de um grupo sobre os outros, mas sim a uma multiplicidade de formas de dominação que podem se exercer dentro de uma sociedade; portanto, não se prioriza sob este aspecto a soberania como edifício único, mas as múltiplas sujeições que se realizam no interior do corpo social. A ênfase de Foucault na análise do poder recai, assim, sobre o problema da dominação e da sujeição, e o direito passa a não ser analisado mais sob a perspectiva da legitimidade a ser fixada e sim sob os procedimentos de sujeição que põe em prática.

Partindo dessas concepções, elabora algumas “precauções de métodos”, para os estudos sobre o poder e à análise jurídica. A começar pela idéia de que devemos compreender o poder a partir das extremidades em que ele se aplica:

> Não se trata de analisar as formas regulamentadas e legítimas do poder em seu centro, no que podem ser seus mecanismos gerais ou seus efeitos de conjunto. Trata-se de apreender, ao contrário, o poder em suas extremidades, em seus últimos lineamentos, onde ele se torna capilar; ou seja: tomar o poder em suas formas e em suas instituições mais regionais, mais locais, sobretudo no ponto em que esse poder, indo além das regras de direito que o organizam e o delimitam, se prolonga, em consequência, mais além dessas regras, investe-se em instituições, consolida-se nas técnicas e fornece instrumentos de intervenção materiais, eventualmente até violentos (FOUCAULT, 2005, p. 32).

Já a segunda instrução metodológica visa a não buscar a intencionalidade do poder por meio da questão "quem tem o poder afinal?" (2005 p. 33). Aqui Foucault realça que devemos estudar o poder em sua "face externa", no momento em que ele está em relação direta e imediata com o seu campo de aplicação, no ponto em que ele se implanta e produz seus efeitos. Apreender assim a instância material da sujeição como constituição dos súditos: "Como as coisas acontecem no momento mesmo, no nível, na altura do procedimento de sujeição, ou nesses processos contínuos e ininterruptos que sujeitam os corpos, dirigem os gestos, regem os comportamentos" (2005, p. 33). Ou seja, estudar os corpos periféricos e múltiplos, constituídos como súditos pelos efeitos do poder. Assim, o poder não é tomado como um fenômeno de dominação maciço e homogêneo, de um indivíduo sobre os outros, nem mesmo de uma classe sobre a outra.

Como terceira precaução, Foucault adverte que o poder deve ser analisado como coisa que circula, que só funciona em cadeia, jamais estando localizado aqui ou ali e, repetindo, jamais estando nas mãos de alguns ou sendo apossado como uma riqueza ou bem (2005, p. 35). Em suas palavras:

> O poder funciona. O poder se exerce em rede e, nessa rede, não só os indivíduos circulam, mas estão sempre em posição de ser submetidos a esse poder e também de exercê-lo. Jamais eles são o alvo inerte ou consentidor do poder, são sempre seus intermediários. Em outras palavras, o poder transita pelos indivíduos, não se aplica a eles. (FOUCAULT, 2005, p. 35)

A noção foucaultiana de indivíduo se constrói na concepção de produto, como efeito do poder. O indivíduo não seria uma espécie de "átomo primitivo", na qual viria o poder aplicar-se. Na realidade, em seu entender, é efeito do poder que um corpo, gestos, discursos e desejos sejam identificados e constituídos como indivíduos. Da mesma forma, o poder transita pelos indivíduos que os constituiu. Mais ainda, transita por meio de seus corpos.

Daí a quarta precaução de Foucault: fazer uma análise ascendente do poder. Isto quer dizer que devemos perceber como os mecanismos infinitesimais de poder, com história,

solidez, técnicas e trajetórias próprias, foram e são investidos, colonizados, transformados e anexados por mecanismos mais gerais e por formas de dominação mais global. Para exemplificação, Foucault oferece o caso das deduções fáceis que fazemos acerca da burguesia. Poderíamos concluir que a partir da dominação da classe burguesa, o louco começou a ser descartado pela sociedade, visto ser inútil à produção industrial. Da mesma forma, a sexualidade infantil poderia vir a ser controlada por se considerar que o dispêndio de energia aí empregado iria de encontro às forças produtivas desejadas. Ao contrário disto, é por existirem tais mecanismos de controle e vigilância sobre loucos e crianças, sobre os corpos, por haver tais mecanismos nos níveis mais inferiores da sociedade, no âmbito da família, por exemplo, que em dado momento, em certa conjuntura, e dadas algumas transformações, tais mecanismos tornaram-se lucrativos e politicamente úteis. Foucault chama a atenção para os agentes reais, operadores dessas técnicas, que não se encontram no âmbito da burguesia em geral, mas na família, podendo ser os pais, os médicos ou o escalão mais baixo da polícia, por exemplo. O que interessaria à burguesia, neste ínterim, seria exatamente a técnica e o procedimento de exclusão, ou seja, a "micromecânica do poder". Tais mecanismos assim colonizados por mecanismos globais vêm finalmente a ser colonizados pelo sistema do Estado inteiro (2005, p. 38-39).

Desse modo, não faz muito sentido relacionar a tais técnicas uma produção ideológica, comum a todas as grandes máquinas de poder. Em se tratando da base, nos pontos em que terminam as redes de poder, o que são produzidos são os saberes, métodos de observação, técnicas de registro, procedimentos de investigação e pesquisa, além de aparelhos de verificação.

Estas precauções metodológicas devem-se ao fato, já mencionado, de estarmos diante de uma nova dinâmica do poder, que se afasta da lógica medieval das relações de soberania. Devemos buscar nas extremidades, na base da sociedade, mais exatamente nos corpos e sobre os que eles fazem este modelo novo. Trata-se do "poder disciplinar", tema recorrente da obra de Foucault, que vem dizer a respeito a uma espécie de poder mais eficaz do que aquele tratado pela teoria da soberania, posto que tende a ganhar campos cada vez mais vastos, cobrindo por inteiro o corpo social. Enquanto o poder soberano extrai principalmente bens e riqueza, este outro tipo de poder extrai dos corpos tempo e trabalho e, se comparando ao primeiro, faz isso com pouco dispêndio e com mais eficácia.

Não é que não tenha havido em outras épocas e em outras sociedades, a disponibilização do corpo como objeto de investimentos do poder, de sua utilização diante de sua utilidade. O que há de novo em se tratando da "docilização dos corpos" por meio das

disciplinas, ou seja, em sua submissão, utilização, transformação e aperfeiçoamento, foi exatamente a escala de controle com que isso passou a ser feito. O corpo começa agora a ser trabalhado detalhadamente por meio de uma coerção sem folga, mantendo-o ao nível mesmo da mecânica por meio de seus gestos, atitude, rapidez (FOUCAULT, 2007a, p. 118). Trata-se, portanto, de extrair uma maior eficácia dos corpos, levando a uma maior importância os exercícios, dirigindo assim o comportamento para um estado de maior qualificação e a aplicação de uma codificação que esquadrinha ao máximo o tempo, o espaço e os movimentos.

A especificidade deste processo é que mesmo encontrando disciplinas anteriormente em lugares como, por exemplo, conventos, exércitos e oficinas, a partir dos séculos XVII e XVIII, elas se tornam fórmulas gerais de dominação. Desta maneira, se diferem de outros tipos de aplicação do poder como a escravidão, a domesticidade, a vassalagem, o ascetismo e as "disciplinas" de tipo monástico. Isto porque não se referem a uma relação de apropriação de corpos, nem mesmo a uma relação de dominação global, não analítica que visa satisfazer os "caprichos" do patrão, visando aos produtos do trabalho, ou no último caso, a realização de renúncias mais que ao aumento da utilidade (FOUCAULT, 2007a, p. 119). A principal finalidade das disciplinas é o aumento do domínio de cada um sobre seu próprio corpo. O momento histórico destas disciplinas é o momento em que nasce uma arte do corpo humano, que o torna tão obediente quanto for útil: "O corpo humano entra numa maquinaria de poder que o esquadrinha, o desarticula e o recompõe" (2007a, p. 119). Trata-se do nascimento de uma "anatomia política" ou "mecânica do poder", que define como se ter domínio sobre o corpo dos outros, mais no sentido de controle sobre como ele opera, de acordo com a eficiência e rapidez pretendida. Faz isso ainda dissociando o poder do corpo, e no lugar sobressaindo a idéia de "aptidão" e "capacidade", que ela procura aumentar. A potência ou energia daí resultante é inserida em uma relação de sujeição estrita, ao passo que aumentando a aptidão aumenta-se também a dominação.

Este processo de nascimento de uma nova modalidade de poder deve ser compreendido a partir de uma multiplicidade de processos, de origens diferentes, com localizações dispersas, mas que pouco a pouco vieram a esboçar a fachada de um método geral de gestão dos homens. O espaço hospitalar, neste ínterim, é sempre citado por Foucault ao passo que por meio dele é possível destrinchar alguns procedimentos das disciplinas que serviram à medicina. É que podemos depreender dali a codificação de espaços, isto é, a determinação e separação dos espaços no intuito não só de vigiar, como também de criar um espaço útil do ponto de vista médico. Assim, temos a vigilância médica sobre as doenças e

controle sobre os contágios, além de outros controles possíveis que surgem daí como, por exemplo, sobre o uso das medicações, controle administrativo sobre as curas, mortes etc. Com isto, pouco a pouco temos a identificação dos doentes, as unidades de onde procedem, a regulamentação de suas idas e vindas, a obrigação de mantê-los em suas salas, de que cada leito tenha o registro de quem está nele, o isolamento dos contagiosos, os leitos separados. E assim a articulação do espaço administrativo e político com o espaço terapêutico: a individualização dos corpos, das doenças, dos sintomas, vidas e mortes, constituindo um quadro real de singularidades justapostas e cuidadosamente distintas (2007a, p. 124).

Estes espaços complexos criados pelas disciplinas são tanto arquiteturais, quanto funcionais e hierárquicos, posto que realizam a fixação e a circulação de pessoas e coisas, recortam segmentos individuais e estabelecem ligações operatórias, marcam lugares e indicam valores, garantindo a obediência dos indivíduos e uma melhor economia do tempo e gestos. Ao impor tal ordenamento, tais medidas permitem a distribuição e análise, o controle e a inteligibilidade, constituindo verdadeiros “quadros vivos” que transformam a multiplicidades de espaços mistos em multiplicidades organizadas, tornando-se, portanto, uma técnica de poder e um processo de saber: “Trata-se de organizar o múltiplo, de se obter um instrumento para percorrê-lo e dominá-lo; trata-se de lhe impor uma ‘ordem’” (2007a, p.127).

Outras características das disciplinas são trabalhadas por Foucault principalmente em locais como escola, o quartel e a fábrica, demonstrando suas similitudes quanto aos recursos para o bom adestramento do corpo. O sucesso do poder disciplinar advém do uso de alguns instrumentos simples como o dispositivo da vigilância hierárquica, de onde surgem verdadeiros “observatórios” da multiplicidade humana; temos aqui verdadeiras arquiteturas projetadas não para serem observadas, mas para permitir a observação, o controle interior, articulado e detalhado sobre aqueles que nelas se encontram. E também o dispositivo da sanção normalizadora, que funciona como pequeno mecanismo penal contra tudo aquilo que se afaste das regras, como as ausências, interrupções de tarefa, desatenção, desobediência, insolência, gestos não conformes, agindo em prol de reduzir tais desvios de conduta. Da sanção depreende-se a classificação entre “bons” e “maus” indivíduos mais do que a diferenciação dos atos, ou seja, uma qualificação do seu valor: recompensar os “bons” e rebaixar e degradar os “maus”, dessa forma, a sanção hierarquiza, diferencia, exclui, posto que ela “normaliza”, ou seja, dita o que é “normal”.

No espaço hospitalar, estes dispositivos se combinam por meio do “exame” médico. Ele os combina por se tratar de um controle normalizante, uma vigilância que permite qualificar, classificar e punir: ele “manifesta a sujeição dos que são percebidos como objetos e

a objetivação dos que se sujeitam" (FOUCAULT, 2007a, p. 154). No exame temos todo o comprometimento de um campo de saber, de todo um tipo de poder. A organização do hospital foi importantíssima para a liberação epistemológica da medicina exatamente pelo papel desempenhado pelo aparelho de "examinar", evidenciado pelo ritual das visitas médicas aos pacientes. Este processo acompanha a transformação que o hospital sofre de lugar de assistência aos pobres a lugar com fins de formação e aperfeiçoamento científico, em fins do século XVIII, na Europa, quando o hospital se "medicaliza", e a medicina se "hospitaliza" (FOUCAULT, 2007b, p. 103)[39].

As motivações econômicas, o preço atribuído ao indivíduo e a necessidade de evitar a propagação das epidemias são o que possibilitam a medicalização deste espaço, ou em outras palavras, o que possibilitam o hospital se disciplinar. Isto também se dá em virtude de uma transformação no saber e na prática médicas. As consequências disto são a localização do hospital segundo um esquadrinhamento sanitário da cidade, uma distribuição também calculada de seu interior e sua arquitetura sendo planejada como instrumento de cura. Neste momento, o médico passa ser o principal responsável pela organização hospitalar e não mais o pessoal religioso que cuidava dos pobres. Isto quer dizer que seu funcionamento econômico também passa a lhe ser conferido, já que toda a arquitetura e logística do hospital vão ao encontro da idéia de cura.

O hospital não só é lugar de cura como local de formação de médicos, nascendo assim a Clínica, ou seja, o lugar por excelência de formação e transmissão de saber. A disciplina que permite organizar os espaços, no intuito da cura, também permite registrar, formar e acumular saber médico. A tecnologia hospitalar permite observar, conhecer e curar o indivíduo, ao passo que os registros obtidos cotidianamente, confrontados por outros hospitais e outras regiões possibilitam o saber não apenas sobre o indivíduo, mas também sobre a população (FOUCAULT, 2007b, p. 111).

Dessa forma, a organização hospitalar segrega os espaços, torna-o disciplinado e um dos lugares em que a tecnologia do novo poder é aplicado. Nesses termos, podemos inferir que o usuário submetido a tratamento em unidade hospitalar é sujeitado e objetivado, posto que sobre ele há vigilância, há a ação médica e há sua individualização como sujeito a ocupar

[39] As indicações históricas apontadas relevam que essa transformação se deu a partir da necessidade de purificação do hospital dos efeitos nocivos e desordem acarretada principalmente pelas doenças que podia ajudar a espalhar. Teve também um princípio econômico importante, algo bem visualizado nos hospitais marítimos, que serviam como receptáculo de tráfico de mercadorias, exigindo-se inspeção; e os hospitais militares diante do fato dos soldados especificamente, e o indivíduo de forma mais geral, terem ganhado um valor a mais, em que a vida era melhor perdida em batalha que por motivo de doença ou deserção (Ver Foucault, 2007b, 99-111).

um leito classificado, uma ala médica classificada, segundo seu perfil terapêutico também classificado. Por outro lado, a noção de trabalho "quanto mais obediente mais útil", ou seja, o trabalho disciplinado, neste ambiente, parece, a nosso ver, recair sobre os trabalhadores da saúde. E neste sentido, recai sobre os operadores do poder, sobre aqueles que observam e acumulam saber sobre os usuários como corpos a curar. São disciplinados e detentores de saber, o que lhes permitem organizar o espaço, agir sobre ele e serem intermediários do poder (não seus detentores), por meio dos quais o poder circula.

Se em Foucault não é possível tomar o poder como um fenômeno de dominação de um indivíduo sobre outros ou de uma classe sobre outra, por meio da análise de Pierre Bourdieu podemos vislumbrar, todavia, o cenário que permite ao poder circular sobre determinados agentes e não em outros, conforme as relações constituídas em determinado espaço social. Dessa forma, à multiplicidade de formas possíveis de dominação dentro de uma sociedade, vislumbrada em Foucault, temos a restrição dos "endereços" pelos quais o poder circula, posicionando quem lhe opera como privilegiado. Ao relevarmos a aplicação do poder nas extremidades das instituições, podemos assim visualizar seus aplicadores, os "agentes reais" que no cotidiano, nas minúcias de um trabalho disciplinado, têm seus corpos "docilizados", ao mesmo tempo em que servindo de canais por onde circula o poder.

É para visualizar tal cenário que recorremos aos conceitos de "gosto" e "habitus", de Bourdieu e como estes se aplicam em relações sociais de dominação. Com isto podemos compreender melhor a dinâmica da dominação entre os agentes sociais pelos quais o poder circula e opera.

O trabalho desenvolvido por Bourdieu procura demonstrar como as escolhas, os gostos, julgamentos e formas de agir das pessoas são resultado do lugar que elas ocupam no espaço social. Dessa forma, o "gosto", por exemplo, que conduz os agentes à execução de determinadas práticas sociais ao passo que também os leva a julgarem e hierarquizarem estas práticas, desde aquelas remetidas à escolha de um esporte e um prato de comida, à alta costura e à apreciação da arte, não pode estar desconectado da posição que os agentes ocupam no espaço social. Portanto, para cada posição ocupada, uma forma específica e redutível de apreciação dos objetos e julgamento das práticas sociais (BOURDIEU, 2007a). Para cada julgamento, a correspondência de um habitus de classe, que vem a ser exatamente toda essa forma de percepção sobre as coisas do mundo e a forma de agir nele.

Assim sendo, o habitus corresponde, sendo remetido a uma posição que o agente ocupa no espaço social, a um "corpo estruturado, um corpo que incorporou as estruturas imanentes de um mundo ou de um setor particular desse mundo, de um campo, e que estrutura

tanto a percepção desse mundo como a ação nesse mundo" (BOURDIEU, 1996, p. 144). Trata-se de esquemas de conduta e comportamento que passam a gerar práticas individuais e coletivas. Tais esquemas são "inscritos e naturalizados no corpo", de forma a não se confundir com a necessidade, nem com a liberdade reflexiva dos sujeitos. Portanto, não se trata de uma "internalização de valores", como se as pessoas tivessem consciência e reflexão precisa sobre essas ações, escolhas e disposições. É, na realidade, por meio do habitus que podemos conceber toda uma unidade de sentido sendo compartilhada entre indivíduos e grupos específicos, já que são disposições pré-reflexivas, espontâneas à medida que foram sendo solidificadas desde os primeiros anos de vida.

Em outras palavras, trata-se de um princípio unificador e gerador de práticas objetivamente classificáveis e, ao mesmo tempo, sistema de classificação de tais práticas (BOURDIEU, 2007a, p. 162). Daí a referência de Bourdieu ao *habitus* como "estrutura estruturada estruturante", compreendendo com isto que o princípio de divisão das classes lógicas que organiza a percepção do mundo social é, por sua vez, o produto da incorporação da divisão em classes sociais (BOURDIEU, 2007a, p. 164). Ou seja, o *habitus* estrutura toda uma visão de mundo, a partir da qual os agentes julgam e classificam este mundo, da mesma forma que é estruturado, resultando em práticas sociais condizentes com a posição dos agentes neste mundo, estando estes também propícios a serem classificados.

A utilização do conceito de *habitus*, conceito este não criado por Bourdieu, porém, revitalizado no intuito de pôr em evidência as capacidades criadoras, inventivas dos agentes, deveu-se a uma tentativa de afastamento da filosofia da consciência, buscando realçar o "lado ativo" do conhecimento prático ou o "primado da razão prática": "o *habitus*, como indica a palavra, é um conhecimento adquirido e também um *haver*, um capital (...) a *hexis*, indica a disposição incorporada, quase postural" (BOURDIEU, 2007b, p. 61). Assim, Bourdieu se reporta a uma concepção de conduta humana que se afasta da noção de intenção estratégica e cálculo racional ao mesmo tempo em que afirma que os agentes sociais não realizam atos fortuitos. Com isto, o autor quer dizer que há motivações para os agentes agirem da forma como agem, transformando uma série de condutas aparentemente incoerentes em uma série de condutas coerentes, a qual podemos compreender a partir de um princípio único ou de um conjunto coerente de princípios, que por sua vez conforma o *habitus*. Para isto não é necessário que as pessoas ajam guiadas e orientadas por princípios racionais ou pela razão, tampouco suas ações perdem sentido levando-as a agirem de forma disparatada (BOURDIEU, 1996, p. 138).

O que Bourdieu argumenta é que, diferentemente de uma abordagem utilitarista, os agentes não agem de forma a obter o máximo de eficácia com o menor custo, cuja motivação giraria em torno do interesse econômico e o lucro material buscado a partir do cálculo racional. Contra tal abordagem, Bourdieu propõe uma relação de cumplicidade ontológica entre o *habitus* e o campo (BOURDIEU, 1996, p. 143). Desta resultaria um acordo entre as estruturas incorporadas, por meio do *habitus*, e as estruturas objetivas encontradas no espaço social ou em determinado campo social. Este último, sendo ele o campo artístico, o burocrático, científico ou político etc., tem definido o que lhe é importante, quais propriedades lhe são valiosas, ao passo que os agentes que aí entram, vivenciam uma relação de *illusio* em relação a ele. A *illusio* seria exatamente o resultado desta conexão entre as estruturas mentais e as estruturas objetivas do espaço social, resultando na credibilidade conferida a tudo aquilo que está em jogo no espaço social ou em dado campo. Os agentes envolvidos no jogo são aqueles que lhe investem, tanto no sentido econômico quanto em um sentido psicanalítico de lhe conferir atenção e dispêndio de energia, por considerarem tal jogo como algo que se vale a pena jogar, atribuindo igualmente valor ao que está posto em jogo. Na realidade, os agentes estando de tal forma em acordo com as estruturas do mundo no qual estão jogando, sequer põem em questão a validade do jogo. Este é o poder da *illusio*, propiciando aos agentes vivenciarem uma experiência dóxica, isto é, a crerem no jogo de tal forma que não lhes apareça como crença; tudo parece evidente e "natural", posto que naturalizado, *des-historicizado*. Em outras palavras, não há um questionamento daquilo que é posto em jogo, porque nem mesmo a crença no jogo é visto como uma crença; como se aquela realidade fosse dada desde sempre daquela forma ou como se não houvesse um contexto histórico evidenciando que as coisas poderiam ser diferentes.

Dessa forma, as "estratégias" usadas pelos agentes não alcançam a conotação de "intenção estratégica", quando encaramos suas condutas dentro de um jogo: "A prática tem uma lógica que não é a da lógica e, consequentemente, aplicar às lógicas práticas a lógica lógica, é arriscar destruir, através dos instrumentos que utilizamos para descrevê-la, a lógica que queremos descrever" (BOURDIEU, 1996, p. 145). Assim, os agentes sociais que têm o sentido do jogo e que estão envolvidos em seus afazeres conseguem, na realidade, perceber no estado prático o futuro do jogo. Não no sentido de um futuro na forme de projeto e planejamento, do que poderá acontecer ou não, mas no sentido de uma experiência temporal em que o futuro se inscreve no presente, naquilo que é imediatamente e espontaneamente respondido, sem que haja um cálculo ou planejamento anterior. As ações acontecem espontaneamente. Portanto, o *habitus* tanto apresenta uma dimensão temporal em relação ao

passado, posto que afirmado por Bourdieu como passado tornado corpo, *in-corporação* de disposições desde a tenra infância, quanto uma relação com o porvir, de um futuro inscrito no presente, em coerência com as disposições que apresenta.

Este entendimento pré-reflexivo que antecipa, em uma linguagem de jogos, o próximo passo do adversário perpassa a conduta de quem tem o jogo no corpo. Pressupõe que o agente em questão tenha *in-corporado* um capital simbólico ou todo um sistema de propriedades que define um poder em um certo campo, garantindo assim uma probabilidade de ganhos dentro dele. Tal capital, seja ele de ordem econômica, cultural, escolar ou social, é percebido conforme as categorias de percepção, os sistemas de classificação, os esquemas cognitivos, que são em parte, por sua vez, produto da incorporação das estruturas objetivas do campo considerado (BOURDIEU, 1996, p.149; 2007b, p.145). A relação que se estabelece, deste modo, entre campo, *habitus* e capital é a de que cada campo possui uma lógica de jogo, se assim pudermos dizer, em que determinadas propriedades são valorizadas em detrimento de outras, garantindo o sucesso daqueles que incorporaram o capital então valorizado. E entre estes últimos, terão maior probabilidade de ganhos os que possuírem maior volume de capital, seja no estado incorporado, a exemplo do ensino escolar (capital cultural), seja no estado objetivado, em forma de propriedades materiais (capital econômico).

Para nos aproximarmos da concepção de lutas sociais travadas entre classes e frações de classes tal como Bourdieu aborda é necessário nos reportamos, todavia, à dimensão simbólica não abordada em estudos clássicos como a versão marxista de luta de classes. Para Bourdieu, os campos fazem parte de um espaço multidimensionado de posições, chamado de espaço social, que dentro de si vislumbram agentes ocupando posições mais vantajosas, sendo então os dominantes, e outros em posições dominadas, que a todo tempo estão envolvidos em lutas de diversas formas. Estas lutas tanto abarcam alvos materiais, típicos das lutas fruto das relações de produção econômica, como Marx já havia explicitado, quanto às lutas negligenciadas por este, típicas, por exemplo, das relações de produção cultural. Assim, os agentes, repetindo, não se restringiriam a uma busca de maximização do lucro monetário. O que o trabalho de Bourdieu (2007a) demonstra é que principalmente em relação às frações de classe dentro da classe dominante, o campo de produção de bens culturais é o campo por excelência da luta simbólica por distinção social[40].

[40] A arena dos conflitos sociais pela busca da distinção social se configura pela oposição entre duas formas distintas e distanciadas de percepção do mundo e, portanto, de incorporação de capitais e conformação de *habitus*: entre a legitimação do "gosto de liberdade", que engrandece, por exemplo, a forma de uma obra de arte em detrimento de sua função, contra aquele remetido às necessidades mais prementes do "gosto vulgar", que justamente pela sua necessidade torna virtude a busca pela função de cada obra de arte, por exemplo, atrelando-

Em todos os espaços em que podem ser expressas as preferências que remetem à relação com o próprio corpo, sejam elas em relação à alimentação, ao vestuário, à cosmética, à escolha e mesmo a forma de prática de certo esporte, podemos encontrar uma dada organização segundo o volume e a estrutura do capital. Nestes termos, o corpo nada mais é que o portador de signos, um índice da conduta moral posto que pode aparentar desde a displicência ao zelo em relação ao próprio corpo, conforme o capital incorporado. A maneira de alimentá-lo, de sustentá-lo, de tratá-lo revela as disposições mais profundas do *habitus*, quais capitais e mesmo volume de capitais aí presentes: "Cultura tornada natureza, ou seja, incorporada, classe feita corpo, o gosto contribui para fazer o corpo de classe (...) Segue-se que o corpo é a objetivação mais irrecusável do gosto de classe, manifestado sob várias maneiras" (BOURDIEU, 2007a, p. 179).

O consumo, principalmente o consumo de bens culturais, exprime de forma única as diferenças sociais entre as classes e frações de classe porque aí se inscrevem, em cada ato de consumo, os instrumentos econômicos e culturais de apropriação de bens que cada classe e fração de classe possuem e, portanto, a posição diferencial que ocupam no campo de produção cultural, de forma particular, e no espaço social, de forma geral. Da mesma maneira, na luta pela imposição da visão legítima do mundo social o poder é proporcional ao capital adquirido, portanto, quanto às regras definidoras do jogo em cada campo social, possuem maior poder de modificação das regras aqueles que geralmente mais se beneficiam delas.

As idéias desenvolvidas por Bourdieu possibilitam um amplo diálogo com outros autores importantes da teoria social contemporânea. É o que podemos antever, por exemplo, com o alinhamento da noção de "luta por reconhecimento" do alemão Axel Honneth com a "luta por distinção" de Bourdieu.

Para Honneth, em "A luta por reconhecimento" (2003), a base da interação social é o conflito, e sua gramática, a luta por reconhecimento da identidade pessoal ou coletiva. A experiência do desrespeito a essa identidade e da falta de reconhecimento pessoal, quando

---

se assim à utilidade e à substância dos objetos ao invés de sua contemplação sem justificativas. O gosto longe de ser, tal como postula a estética kantiana, algo natural, é análogo à posição de cada agente no espaço social, portanto, uma construção social. O gosto "puro", de luxo, que valoriza a forma é compatível com aqueles que ocupam altas posições no espaço social, como a classe burguesa, cujo volume de capital cultural e econômico, principalmente do primeiro, é maior do que o das classes populares com volume global de capital mais reduzido. Estas últimas tornam-se, portanto, condizentes com o "gosto de necessidade", exprimindo as necessidades de que são produto (BOURDIEU, 2007a, p. 169). Na configuração de ambos os gostos encontramos a conformação de estilos de vida diferenciados e distanciados. Assim, o espaço social e as diferenças nele delineadas tendem a funcionar simbolicamente como "espaços dos estilos de vida" (BOURDIEU, 2007b, p. 144). E o gosto nada mais é que um operador prático que faz com que as diferenças inscritas na ordem física dos corpos tenham acesso à ordem simbólica das distinções significantes, tornando-se assim uma expressão simbólica da posição de classe dos agentes (BOURDIEU, 2007a, p. 166).

articuladas cognitivamente, podem mobilizar resistências políticas por meio de movimentos sociais. Assim, Honneth resgata de Hegel, em estudos que ficaram de lado na época de sua juventude, as bases para sua tese sobre o reconhecimento, imprimindo-lhe, todavia, uma base de sustentação empírica por meio dos estudos do psicólogo social George Herbert Mead.

De Hegel, Honneth resgata a concepção de que a formação da identidade pessoal, do eu prático, depende do reconhecimento recíproco entre dois sujeitos. Além disto, este reconhecimento recíproco se daria de três formas diferentes, cada uma delas imprimindo uma forma de auto-realização prática específica. Na forma do amor, a primeira e mais essencial de todas as formas de reconhecimento, o sujeito desenvolveria a auto-relação prática da autoconfiança. Dar-se-ia basicamente a partir das relações primárias, seja na relação pais e filho, seja nas relações de amizade e nas relações eróticas. A segunda forma de reconhecimento se dá pelo direito, quando o sujeito é reconhecido pela comunidade que faz parte como um ator moralmente imputável, ou seja, como sujeito capaz de decidir racionalmente e autonomamente sobre questões morais. Pressupõe aqui que o sujeito inclua em suas ações, com efeito de controle, a vontade da comunidade incorporada por meio de normas reconhecidas intersubjetivamente em uma sociedade. Quando é assim respeitado, o sujeito desenvolve o auto-respeito, pois vivencia a possibilidade de conceber sua ação como uma manifestação da própria autonomia, respeitada por todos os outros por meio da experiência do reconhecimento jurídico.

Enquanto esta segunda forma de reconhecimento social pressupõe o respeito ao indivíduo por propriedades universais que apresenta em decorrência da universalização dos direitos civis, uma terceira forma de reconhecimento pressupõe justamente que o sujeito seja reconhecido por propriedades particulares, pela sua singularidade em relação a todos os outros membros da comunidade. Trata-se da estima social, que em uma ordem pré-moderna, destinava-se a sujeitos privilegiados que gozavam de status e “honra” por pertencerem a um estamento, mas que agora na modernidade pôde se associar a indivíduos em suas biografias particulares, posto que a ordem hierárquica da sociedade tradicional sofreu mudanças estruturais, em que a honra cede para a “reputação” e o “prestígio” social o papel de conferir estima social. A nova ordem burguesa trouxe a inovação de que se antes o sujeito era estimado por suas propriedades coletivas advindas do pertencimento a um grupo privilegiado, agora as capacidades biograficamente desenvolvidas do sujeito é que começam a orientar a estima social (HONNETH, 2003, p. 205).

Na medida em que os sujeitos passam a se estimar sem a mediação de um grupo privilegiado, começa a haver um novo tipo de solidariedade, pós-tradicional, pressupondo

relações simétricas de estima social entre sujeitos autônomos e individualizados. A relação é simétrica no sentido dos sujeitos se considerarem reciprocamente à luz de valores que fazem as capacidades e propriedades do respectivo outro aparecerem como significativas (HONNETH, 2003, p. 210). Tal solidariedade pode surgir em momentos de reivindicação de novos grupos políticos em prol de uma demanda em comum, de um reconhecimento em comum, como no caso dos movimentos feministas ou contra a homofobia, se caracterizando não apenas pela reivindicação de tolerância à diferença, mas pelo interesse afetivo por essa particularidade. Em tal contexto, a solidariedade pode despertar a auto-realização prática da "autovalorização" ou da "auto-estima", e nos demais o sentimento positivo de admiração.

Honneth afirma, entretanto, que em uma sociedade moderna em que a estima social se dissocia da "honra" tradicional, as relações de estima social tornam-se "sujeitas a uma luta permanente na qual os diversos grupos procuram elevar, com os meios da força simbólica e em referência às finalidades gerais, o valor das capacidades associadas à sua forma de vida" (HONNETH, 2003, p. 207). Ou seja, entram em disputa valores para a definição de quem é que merece a estima social. Para isto, é relevado tanto o poder de dispor de meios da força simbólica, específico de determinados grupos, quanto o poder de mobilização da atenção da esfera pública por parte de alguns movimentos sociais para a importância negligenciada das propriedades e das capacidades representadas por eles de modo coletivo.

É neste ponto que encontramos uma deixa para Bourdieu. Quando trata da percepção do mundo social e da luta política, o autor afirma que a própria coincidência entre as estruturas objetivas e as estruturas incorporadas, que faz com que se legitime tudo aquilo que é posto em jogo, resultando ainda em uma apreensão do mundo como algo natural e evidente, é o que garante a permanência da relação de forças tal qual ela se apresenta:

> Na luta pela imposição da visão legítima do mundo social, em que a própria ciência está inevitavelmente envolvida, os agentes detêm um poder à proporção do seu capital, quer dizer, em proporção ao reconhecimento que recebem de um grupo. A autoridade que fundamenta a eficácia performativa do discurso sobre o mundo social, a força simbólica das visões e das previsões que têm em vista impor princípios de visão e de divisão desse mundo, é *percipi*, um ser reconhecido e reconhecido (*nobilis*), que permite impor um *percipere*. Os mais *visíveis* do ponto de vista das categorias de percepção em vigor são os que estão mais bem colocados para mudar a visão mudando as categorias de percepção. Mas, salvo exceção, são também os menos inclinados a fazê-lo. (BOURDIEU, 2007b, p. 145).

Com estas palavras compreende-se que para Bourdieu o poder dos agentes de imposição de uma visão legítima de mundo, e assim auferir reconhecimento social, está

necessariamente vinculado ao poder que obtêm em decorrência do capital agregado. Vimos que Foucault propõe estudarmos o poder sem questionarmos quem o "possui", visto que o poder para ele funciona jamais estando localizado ali ou aqui, jamais apossado como riqueza ou um bem, apenas sendo exercido por alguns indivíduos, da mesma forma que podendo os submeter a qualquer momento (FOUCAULT, 2005, p. 33-35). Diferentemente, como já ressaltado, Bourdieu ao situar os agentes em posições dentro do espaço social, pode conceber a possibilidade de vislumbrar quais agentes ou classe de agentes podem, com efetividade, a vir a exercer o poder[41], um poder este que se traduz, entre outros ganhos, em reconhecimento e estima social. Este poder, mesmo que podendo submeter quem o exerce, não é atribuído a agentes de forma aleatória. Ao contrário, a partir apenas de um ponto de vista relacional, um agente, segundo a concepção bourdesiana, poderá em determinado campo operacionalizar maior poder, devido a uma maior probabilidade de ganhos exatamente por seu capital ser valorizado ali. Em outros campos sociais, já seria possível que aquele mesmo capital não fosse tão valorizado, imprimindo ao agente uma relação diferente, posto que agora não usufrua do mesmo poder, podendo inclusive, ser submetido a ele, como já diria Foucault.

O que se pretende realçar neste momento é que os agentes melhores posicionados no espaço social, ou em determinado campo, que mais ganhos auferem em decorrência de um *habitus*, de um corpo que mais volume de capital simbólico agregou, são justamente aqueles que mais ganham com o não questionamento da dóxa, ou seja, com a crença que fundamenta e legitima os jogos sociais, jogos dos quais saem como vencedores e mesmo reconhecidos e estimados socialmente. É com esse encadeamento conceitual que visualizamos os arranjos de poder estabelecidos e legitimados no âmbito hospitalar, conforme a seção a seguir.

3.3 Desafios à distribuição de poder no interior da organização hospitalar

Baseado nos entendimentos desencadeados a partir de textos de Foucault, Bourdieu e Honneth, consideramos poder desdobrar na análise de que, no ambiente da saúde, aqui nesse trabalho tratado por meio do ambiente hospitalar, como um tipo de campo social, a posição ocupada pelo médico – pela vocação de cura e assim a "lógica de jogo" que o hospital adquiriu e pela associação desse agente àquela função – lhe permite usufruir maior estima

[41] Esta relação entre poder de Michel Foucault e espaço social em Bourdieu foi feita por Emerson Rocha, mestre em Ciências Sociais pela UFJF. Não posso citá-lo diretamente por conta de não ter conhecimento sobre a publicação dessa idéia, mas não poderia deixar de mencionar sua abordagem criativa que aqui tento esboçar em parte.

social, quando comparado às demais categorias profissionais, ocupando o topo da hierarquia das categorias profissionais.

Aqui, partimos do pressuposto de que a conformação do campo da saúde nas sociedades mais ocidentalizadas vive o fenômeno da medicalização e suas consequências, quais sejam: “um perfil de prestação das práticas da atenção, de educação dos profissionais da área e de gestão dos sistemas de saúde para a oferta ampliada destas práticas em forma de diagnóstico, prescrição e condutas coletivas” (CECCIM; MERPHY, 2009, p. 535). O tradicional ciclo básico da formação dos profissionais da saúde, o ensino da anatomia e fisiologia humanas, a dissecção do corpo em seus órgãos são percursos necessários à apropriação da clínica. Já no ciclo profissional, o corpo dissecado surge como território de evolução das doenças. Na clínica, este tem sido o corpo pouco humano, restrito a órgãos e doenças. As práticas de atenção estão, assim, orientadas pela clínica de um corpo “sede dos órgãos” ou por uma clínica do “corpo de órgãos”, maneira com que cada uma das profissões de saúde buscam distinguir-se e organizar o padrão de intervenções para provocar a cura, “o que pode ocorrer em detrimento do promover a terapêutica (o sentir-se cuidado) (CECCIM; MERPHY, 2009, p. 536)”.

Logo, inferimos que o reconhecimento e a estima social seriam proporcionados pelas propriedades médicas valorizadas, pelo saber-poder adquirido sobre corpo e doenças, corpo e cura, que compõem seu capital cultural, cultivado em sua formação profissional. A estima social que lhe é pertinente deriva, portanto, do volume de capital e seu posicionamento no campo da saúde, o que pode lhe proporcionar a possibilidade de operacionalizar o poder, quando em relacionamento com outros agentes cujos capitais lhes conferem posições inferiores. Acreditamos também poder inferir que tal estima e reconhecimento social estão calcados na lógica de jogo centrada na oposição entre doença e cura, no que tange à finalidade hospitalar, focada em “corpos de órgãos”.

Portanto, a natureza do poder operacionalizado pelo médico, o poder médico, digamos assim, é um poder-saber. De acordo com Cecílio (1999), o saber médico é caracterizado pela indeterminação, que o protege da rotinização e desqualificação, assim como o separa dos saberes periféricos e dos saberes profanos, da mesma forma que assegura a não ingerência de quaisquer formas de regulação externa à profissão.

> o poder médico no hospital se localiza no serviço, e este se constitui no domínio específico do desenvolvimento das relações de poder no hospital, cujo instrumento é a disciplina médica, entendida como saber e como controle social (...) São as formas de funcionamento e circulação do saber

> médico que constituem o saber dos profissionais de enfermagem como um saber periférico, e o saber do doente como um saber profano, restringindo e delimitando de forma precisa o poder dos enfermeiros como um sub-poder, ou seja, um poder cujo alcance, condições de exercício e estratégias são definidos pelo poder médico, e não concedendo ao doente qualquer forma de poder oficialmente reconhecida (...) o pessoal de enfermagem pode ser considerado uma plataforma de mediação privilegiada entre os doentes e o poder médico (CECÍLIO, 1999, p. 322).

Ainda de acordo com Cecílio (1999, p. 321), é possível dizer que na organização cotidiana do hospital,

> emerge uma linha de autoridade, com origem no poder carismático que os médicos detêm pelo fato de possuírem o saber capaz de curar doenças e de salvar vidas e na competência técnica que lhes permite opor e sobrepor às exigências da administração, as exigências decorrentes do trabalho clínico e a defesa dos privilégios profissionais no interior do hospital.

Todavia, essa linha de poder não seria a única a operar no ambiente hospitalar. Cecílio, a partir de abordagens teóricas alinhadas à teorização sobre a burocracia na sua racionalidade-instrumental trabalhada em Max Weber, demarca também uma linha de autoridade que desce da administração ao pessoal hospitalar colocado na base da pirâmide hierárquica. São fixadas a autoridade e responsabilidade atribuídas a cada nível de hierarquia e os respectivos de sistemas de comunicação (1999, p. 321). Esses dois princípios de autoridade seriam a base para permanentes disputas de poder, entre a adoção de regras de natureza burocrática, de um lado, e a de natureza mais profissional, de outro. A administração em sua necessidade de controle no intuito de imprimir uma racionalidade ao funcionamento do hospital objetivando eficiência e eficácia; e os médicos zelosos da auto-regulação profissional e de sua autonomia individual (CECÍLIO, 1999, p. 321).

Para além dessa oposição, Cecílio (1999) identifica o hospital como “campo minado de poder”, chamando atenção para o fato de que qualquer mudança na atual forma de gestão deverá considerar a questão do poder na vida organizacional, buscando compreender a configuração que assumem as relações de poder em cada situação particular. “É bom que se esclareça, também, que esses vetores de poder ou esses campos organizacionais de exercício do poder ou essas relações de poder são múltiplos, não obedecem a um único padrão e envolvem, de forma muito variada, os diferentes trabalhadores” (CECÍLIO, 1999, p. 317).

A despeito das singularidades de cada situação, algumas regularidades estão presentes, como o forte poder médico traduzido em autonomia e capacidade de impor disciplinas no hospital; a linha de mando da enfermagem intensamente hierarquizada; e estratégias de

resistências dos subalternos, como “linhas de fuga” do poder instituído (CECÍLIO, 1999, p. 318). Na enfermagem, as linhas de poder são mais marcantes na linha vertical de comando da enfermeira até a auxiliar de enfermagem, porém menos nítidas quando se olha a relação entre as enfermeiras e destas com os médicos e com a direção do hospital (CECÍLIO, 1999, p. 318).

A partir de pesquisas realizadas em expressivo número de hospitais, visualizando questões de poder no interior das organizações, Cecílio (1997; 1999, p. 316) pôde chegar a algumas constatações frente a iniciativas de implementação de modelos de gestão dos serviços de saúde (em particular, do hospital), com recorte democrático, descentralizado, com ênfase na autonomia, direção colegiada em todos os níveis da organização. A principal delas é a de que, paradoxalmente, tais iniciativas eram vistas como controlistas pelos mesmos trabalhadores para quem se supunha estar garantindo uma maior participação da gestão.

Assim, uma dificuldade que se revelou foi a resistência passiva, uma não adesão, ou aparente desinteresse e baixa participação, em uma espécie de silencioso boicote contra mudanças pretendidas pelos dirigentes. Essas atitudes seriam expressivas entre os médicos, em que no modo tradicional de se fazer gestão em hospitais, gozam de alto grau de autonomia, de forma que mexer com modelo de gestão seria mexer com esquemas de poder, sendo a mudança vista como ameaçadora e introduzindo um alto nível de instabilidade na organização (CECÍLIO, 1999). Em alusão a Bourdieu, poderíamos dizer que por serem os agentes melhores posicionados no espaço social, e mais ganhos auferirem, ganham mais com o não questionamento da dóxa.

> O grau de resistência e/ou oposição é diretamente proporcional à "estrutura" previamente existente. Quanto mais estruturados os corpos funcionais em organogramas formais, maior a dificuldade de mudanças. Em um hospital no qual o corpo de enfermagem é encabeçado por uma diretoria de enfermagem, no mesmo nível da direção médica, de maneira que a corporação tem seus espaços de representação e poder bem delimitados. A resistência será maior que naqueles que, na estrutura anterior, a enfermagem está, pelo menos formalmente, subordinada ao diretor clínico. A existência de múltiplas chefias médicas, por especialidades, além do diretor médico ou clínico, também pode ser considerado como um dificultador (CECÍLIO, 1997, p. 40).

Por outro lado, às enfermeiras[42], tais instrumentos poderiam significar uma possibilidade de alguma forma de controle institucional sobre os médicos, que justificariam sua adesão. Contudo, a experiência também demonstra estratégias de oposição, uma vez que a

[42] Percebemos uma ênfase de gênero na pesquisa, que pode se devido à amostra do pesquisador, a qual não foi explicitada, todavia, não cria estranhamento tendo em vista a predominância de mulheres na categoria

horizontalização das relações com o restante da equipe de enfermagem, os subalternos, poderia abrir muito o jogo, explicitando esquemas e acertos entre enfermeiros, incluindo questionamentos da autoridade por parte dos subalternos (CECÍLIO, 1999, p. 325). O pessoal da enfermagem, que não as enfermeiras ("os subalternos"), por sua vez, a princípio seria o que mais ganharia com a democratização da vida organizacional, contudo, as estratégias dos dominados, as contra-reações, no sentido foucaultiano, são criativas, do absenteísmo à recusa de substituição de colega. Já os demais profissionais apontados, incluindo psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas etc., seriam numericamente inexpressivos, não chegando a pesar como estamento, aderindo em geral às estratégias hegemônicas, aliando-se a um ora a outro grupo (CECÍLIO, 1999, p. 325).

A pesquisa realizada permite vislumbrar que equipes e trabalhadores de saúde constituem-se, na realidade, "em múltiplos estamentos profissionais, portadores de poderes/saberes muito assimétricos e que configuram arranjos institucionais muito complexos, instituídos nos seus interesses, arranjos, ocultamentos e esquemas de todos os tipos" (CECÍLIO, 1999, p. 324).

Diante dessa realidade demarcada por múltiplas e complexas configurações de poder, a humanização surge como proposta de "mudança na cultura do atendimento". Mudança então da ordem estabelecida, considerada como ação padronizada ou qualquer regularidade exibida no comportamento das pessoas, que nesse caso, relaciona-se com a objetividade positivista do modelo de medicina científica, que objetifica o doente em prol da ênfase na doença (DESLANDES, 2004).

A noção de humanização tratada aqui anteriormente vai, nesses termos, de encontro a esse modelo de atenção centrado no "corpo de órgãos", buscando imprimir uma nova lógica de jogo, uma mudança de cultura de atendimento em que novas propriedades são valorizadas, quais sejam a promoção da saúde e da vida, a integração e abordagem do homem em seus diversos aspectos, não restritos ao corpo, mas às suas demandas sociais e subjetivas. Ou ainda promover o que Ceccim e Merthy (2009, p. 540) propõem como "corpo sem órgãos", no sentido de que "cada indivíduo se sabe e seus cuidadores se sabem e o sabem em redes de fluxos, em redes intercessoras, em efeitos de encontro".

Para tal, um projeto de humanização tem que relevar o tema da "democratização das relações interpessoais e, em decorrência, da democracia em instituições" (CAMPOS, 2005, 399). Para isso, Campos (2005) assinala ser necessário o aperfeiçoamento do sistema de gestão compartilhada entendendo-se para cada distrito, serviço e relações cotidianas. Envolve também estratégias objetivando aumentar o poder do doente ou da população em geral diante

do poder e autoridade do saber e das práticas sanitárias. Campos sugere, por exemplo, o fomento de ações para valorizar a presença de acompanhantes nos processos de tratamento; modificar as regras de funcionamento de hospitais e outros serviços em função dos direitos dos usuários; mecanismos preventivos e que dificultem o abuso de poder. Por fim, destaca que a humanização da clínica e da saúde pública depende de uma reforma da tradição médica e epidemiológica:

> Uma reforma que consiga combinar a objetivação científica do processo saúde/doença/intervenção com novos modos de operar decorrentes da incorporação do sujeito e de sua história desde o momento do diagnóstico até o da intervenção. O trabalho em saúde se humaniza quando busca combinar a defesa de uma vida mais longa com a construção de novos padrões de qualidade da vida para sujeitos concretos. Não há como realizar esta síntese sem o concurso ativo dos usuários, não há saber técnico que realize por si só este tipo de integração (CAMPOS, 2005, p. 399-400).

A humanização requer, assim, a mudança das estruturas, da forma de trabalhar e das pessoas. No que tange a essa última, deve-se enfatizar valores ligados à defesa da vida, na ampliação do grau de desalienação e na transformação do trabalho em processo criativo e prazeroso. Seriam instrumentos poderosos para mudança a reforma da atenção, no que se refere a facilitar a construção de vínculos entre equipes e usuários e explicitar a responsabilidade sanitária. Para construir um novo modo de convivência, pode ser considerada ainda a construção de organizações que estimulem os operadores a considerarem que lidam com outras pessoas, com desejos e interesses, assim como os seus (CAMPOS, 2005, p. 400).

Benevides e Passos (2005b, p. 405) explicitam ainda a necessidade de um trabalho de "criar condições para a emergência de efeitos-subjetividades compatíveis com as mudanças das práticas de saúde preconizadas pelo SUS". Concebem a existência de conflitos e tensões que caracterizam o plano das forças de produção da realidade, incluindo das práticas de saúde. Para alteração das práticas de saúde e dos sujeitos aí implicados, em um processo de mudança que continue o movimento instituinte do SUS, é necessária uma atitude de resistência tanto de oposição ao modo como o socius está organizado (de forma a reproduzir valores, práticas e instituições competitivas e violentas), quanto no sentido positivo de criação, com afirmação da solidariedade e da potência da criação do coletivo (BENEVIDES; PASSOS, 2005b, p. 406). A criação de subjetividades de resistência alinha-se ao potencial da micropolítica apresentado por Ceccim e Merphy (2009).

No intuito de responder a tais desafios, apresentemos a proposta imbuída na concepção de Paidéia de Gastão Wagner Campos, buscando mecanismos tanto para recompor a relação singular profissional/usuário quanto para sugerir uma reforma do paradigma da Medicina que vem sustentando a clínica contemporânea, que inclui a reforma do modelo de gestão e de atenção hospitalar (CAMPOS; AMARAL, 2007, p. 850).

Conforme Campos e Amaral (2007, p. 850), na concepção de Paidéia estão incluídas a clínica ampliada, a democratização da gestão e a integração do hospital como um dos pontos de conexão de um sistema público de saúde. Trata-se de uma noção em prol da reforma da estrutura e de mudanças culturais, que combina padronização de condutas diagnóstica e terapêuticas com a necessidade de adequá-las às variações presentes em cada caso (singularidade já tratada aqui). Vai de encontro ainda a modelos de reforma que tomam o hospital como uma espécie de empresa, bastante influenciado pela ideia de qualidade total, preocupado com avaliação de resultados e gestão com base em evidências, assim como a modelos de "gestão gerenciada" (managed care) que buscam reduzir a autonomia dos profissionais, especialmente a dos médicos.

Os modelos de padronização propostos (com metodologias como protocolos, fluxograma, cadeias de cuidado e acreditação) acabam por transportar para os serviços a lógica da linha de produção, centrando sua atenção em equipamentos, fluxos e procedimentos, não instituindo alternativa para a gestão do caso clínico. Já os modelos de gestão gerenciada investem na gestão da clínica a partir de normas e protocolos genéricos, retirando o poder de decisão dos clínicos, não dando conta da variedade do processo saúde/doença. Assim, tais modelos de gestão priorizam o controle do trabalho, podendo auferir eficiência e produtividade, mas perdem em eficácia, no que tange a alcançar o objetivo primário de produção de saúde (CAMPOS; AMARAL, 2007, p. 851).

Os autores ressaltam que a singularização do atendimento clínico só é possível com esforço de cada profissional em cada caso. Para que isso seja estimulado, é necessária a existência de certo grau de autonomia do profissional durante o trabalho clínico e que seja criado um padrão de gestão em que a maioria se sinta motivada para dedicar-se à produção de saúde. A clínica ampliada e compartilhada não descarta a utilização das referidas metodologias, mas busca reconstruir o trabalho clínico. Para isso, alguns desafios são elencados pelos autores como, por exemplo, o excesso de demanda nos sistemas públicos, ao passo que médicos e enfermeiros no Brasil costumam acumular empregos, com predomínio de contratos na forma de plantões, gerando a redução desses profissionais com inserção longitudinal (os chamados diaristas) em enfermarias e ambulatórios. Tal característica vale

para a realidade do Pronto-Socorro, “em que uma mesma equipe não se responsabiliza pela atenção ao mesmo paciente durante todo o processo terapêutico” (CAMPOS; AMARAL, 2007, p. 852). Logo, aumenta-se o número de trabalhadores interferindo no caso e configura-se a fragmentação do processo terapêutico.

A principal ampliação sugerida em relação à clínica tradicional é a de se contemplar uma “Clínica do sujeito”, ampliando a capacidade do usuário lidar com sua própria rede de dependências, ampliando seu grau de autonomia e autocuidado, que implica aumentar a capacidade de compreender e atuar sobre si mesmo e sobre o mundo da vida. Algo que pode ser percebido pela capacidade de usar o poder e estabelecer compromisso e contrato com os outros (CAMPOS; AMARAL, 2007, p. 852). Aqui são retomados diversos princípios da humanização, como a necessidade de ir além da doença, agregando a história de vida da pessoa, de forma que se identifiquem fatores de risco e proteção, e com isso a valorização da escuta e da palavra.

Assim, os autores assinalam que a prática clínica necessita de uma noção nova de terapêutica, que requer uma nova semiologia e que para isso é necessário ainda uma reforma cultural, “da criação de um ambiente de trabalho propício à abertura das estruturas disciplinares em que especialistas e profissionais vêm se encerrando” (CAMPOS; AMARAL, 2007, p. 853). Para isso, destacam a importância da educação continuada no cotidiano de cada hospital. Recomendam que os departamentos ou serviços do hospital elaborem Projetos Terapêuticos Singulares para casos complexos, que são discussões de casos em equipe, em que um grupo incorpora a noção interdisciplinar, recolhendo contribuições de várias especialidades e distintas profissões. Tais projetos almejam uma revisão do diagnóstico, nova avaliação de riscos e uma redefinição das tarefas dos profissionais.

Outro recurso sugerido, que seria simples e que favoreceria o intercâmbio de conhecimentos e abertura profissional, é a prática de visitas interdisciplinares a pacientes internados. O profissional responsável pelos casos promoveria uma corrida de leitos (uma ou duas vezes por semana) com outros profissionais de sua equipe e especialistas de outros departamentos para qualificar a atenção. Nessa corrida, teríamos a presença do médico, enfermeiro e técnicos que acompanham o caso, na companhia, por exemplo, de anestesista, um clínico geral, fisioterapeuta e psicólogo.

Também sugerem em prol da democracia institucional a adoção de metodologia de cogestão, gestão participativa, adotando o costume de construir protocolos e diretrizes clínicas a partir de uma construção dialógica. Inicia-se com uma proposta elaborada por especialistas ou encarregados pelo problema, e depois as equipes e pessoas afetadas pela nova diretriz são

incluídas em um processo de análise e reelaboração do documento. O mesmo ocorreria na elaboração de planos, projetos ou programas, assim como em avaliações ou acreditações. “Esses mecanismos servem não apenas para ampliar o “efeito Paidéia” – efeito pedagógico e terapêutico sobre as equipes – mas também dão maior legitimidade e eficácia às deliberações, planos e protocolos” (CAMPOS; AMARAL, 2007, p. 853).

A concepção Paidéia, nesses termos, demanda a reorganização estrutural do hospital assim como a instituição de novos padrões de microgestão do trabalho clínico. Para isso uma série de dispositivos é sugerida. No que tange à ampliação da possibilidade do usuário e de seus familiares participarem do processo de gestão e dos projetos terapêuticos, os autores mencionam a ampliação do horário de visita e citam iniciativas em algumas cidades brasileiras acerca da construção de Conselhos de Gestão tripartite, com a participação de representantes da direção, usuários e profissionais, e mesmo assembleias com usuários para discussão de problemas de serviço, elaboração de projetos e avaliação do trabalho (CAMPOS; AMARAL, 2007, p. 854). Complementariam tais medidas a presença de ouvidorias e espaços de diálogos.

Nessa concepção, a equipe interdisciplinar, também conhecida como Equipe de Referência, surge como unidade nuclear de poder gerencial. A ideia é que haja um conjunto de equipes de referência (interprofissões e interespecialidades) em função de grandes áreas voltadas para uma mesma finalidade e objeto (encargo), constituindo um novo “departamento” desse hospital reformulado, chamado Unidade de Produção. Esta, por sua vez, é recortada conforme objetivo e o encargo/objeto de trabalho de um conjunto de trabalhadores, independente de sua especialidade. Aqui o hospital é pautado pela integração do processo de trabalho, que pauta a conformação dessas unidades. A clínica médica, a pediatria, a terapia intensiva etc. são exemplos de departamentos criados em alguns hospitais, que aglutinam profissionais variados sobre um mesmo comando, ou seja, um gestor com apoiadores especializados em enfermagem, clínica, planejamento e avaliação (CAMPOS; AMARAL, 2007, p. 854).

Colegiados de Gestão também foram propostos como forma de assegurar a gestão democrática das unidades de produção. Neles, o gestor da unidade se reúne com as equipes de referência periodicamente para elaboração de projetos, decisões estratégicas e avaliações. Também se recomenda formação de um sistema de cogestão, cuja base seria a unidade gerencial básica do hospital, a equipe de referência, colegiados em cada unidade de produção e um colegiado de gestão central, formado pelos gestores das unidades de produção e pela superintendência. Por meio do Conselho de Gestão do hospital ou assembleias e reuniões, os

usuários também ingressariam nesse sistema (CAMPOS; AMARAL, 2007, p. 854). Em aspectos gerais, digamos que a tese defendida por Campos e Amaral (2007) assume a posição de redistribuição de poder entre os profissionais, de forma a torná-los corresponsáveis sobre os serviços produzidos:

> Assim como para as demais categorias profissionais, reconhecemos que o sentimento de co-autoria das melhorias produzidas, o sentido de obra, é um poderoso instrumento para vincular o profissional a uma dada organização e um dado projeto. Os sujeitos que compõem uma equipe podem ser apoiados para identificar e para construir objetos de investimento, isto é, a depositar afetos positivos em aspecto do trabalho clínico que se conectem ao seu próprio interesse e desejo, o que amplia a capacidade de contrato ou de assumir compromissos das equipes. Assim, ao exercer a prática clínica, os profissionais de saúde não necessariamente serão motivados apenas por interesses financeiros ou de carreira, mas também pelo desejo de realizar-se profissionalmente e de serem aceitos como legítimos pela comunidade. Essa ambigüidade é uma evidência contra as concepções que delegam toda a responsabilidade pela qualidade ao gerente ou aos mecanismos de controle. Os médicos, enfermeiros, técnicos, a equipe tende, de modo complementar, a assumir algum padrão de co-responsabilidade com a eficácia e eficiência do seu trabalho. Essa é a base observacional sobre a qual se assentam as propostas de clínica ampliada e de co-gestão (CAMPOS; AMARAL, 2007, p. 854-855).

Assim, a cultura das instituições e subjetividade das equipes de trabalhadores são influenciadas pela estrutura e funcionamento organizacional e a ordenação específicas dos processos de trabalho (CAMPOS, 1999, p. 395). E nesse sentido,

> um sistema de poder altamente verticalizado, com tomada centralizada de decisões, tende a estimular descompromisso e alienação entre a maioria dos trabalhadores. Um processo de trabalho centrado em procedimentos e não na produção de saúde tende a diluir o envolvimento das equipes de saúde com os usuários (...). Parte-se da suposição de que uma reordenação do trabalho em saúde segundo a diretriz do vínculo terapêutico entre equipe e usuários estimularia a produção progressiva de um novo padrão de responsabilidade pela co-produção de saúde. Isto articulado, as diretrizes de gestão colegiada (...) e de transdisciplinaridade das práticas e dos saberes, possibilitariam uma superação de aspectos fundamentais do modelo médico hegemônico... (CAMPOS, 1999, p. 395).

Em contraposição ao instituído, entendido como “concretização sob a forma de estruturas de normas e valores dominantes”, são sugeridos novos arranjos para os serviços de saúde (CAMPOS, 1999, p. 395). Assim, por exemplo, apoio de especialistas de dada unidade à equipe de referência de outra, em casos de maior complexidade ou mesmo para elaborar diretrizes clínicas, protocolos e projetos, também como oferecer suporte especializado é uma

estratégia que facilita a comunicação horizontal, chamada de “apoio matricial”. Em sentido mais geral, todas as medidas relacionadas com a noção de clínica ampliada buscam se opor à ideia de contato esporádico e vertical dos profissionais sem um coordenador para cada caso, uma vez que causam transtornos à eficácia e eficiência dos processos terapêuticos. Nesse ínterim, ganha destaque a figura do profissional de referência, que tem o encargo de acompanhar as pessoas ao longo de todo seu tratamento, providenciando inclusive a intervenção de outros profissionais, assim como buscando assegurar a alta e continuidade de tratamento em outra instância do sistema de saúde (CAMPOS; AMARAL, 2007, p. 855). O sistema matricial permitiria assim valorizar todas as profissões de saúde, conservando a identidade de cada uma, “quanto empurrando-as para superar uma postura muito burocratizada, típica do modo tradicional de organizar os serviços de saúde” (CAMPOS, 1999, p. 398). Nesses termos, a concepção Paidéia pressupõe a reorganização estrutural do hospital assim como novos padrões de microgestão do trabalho clínico (CAMPOS; AMARAL, 2007, p. 855).

Por fim, Campos e Amaral (2007) reconhecem um paradoxo à inserção hospitalar no sistema de saúde. Isso devido a sua complexidade, uma vez que existem indicações para necessidade de modelos de gestão que lhe assegurem importante grau de autonomia frente ao fato de fazer parte de uma rede de atenção à saúde, devendo funcionar em articulação com outras organizações. A autonomia seria necessária para promover agilidade e presteza na compra de insumos, administração de pessoal e na definição de programas para incorporação de tecnologias. Haveria estudos ainda que indicam problemas de eficácia e eficiência na gestão hospitalar no âmbito do SUS, devido à rigidez e à burocratização da administração. Por outro lado, integrar o hospital à rede diminui sua liberdade. Nessas abordagens existem fundamentações contrárias, uma articulada à noção de maior respeito à dinâmica do mercado, e a outra mais próxima de visões socialistas, social-democratas e trabalhistas. Mas, segundo os autores, nenhuma das propostas advinda das distintas abordagens logrou buscar novos desenhos para políticas públicas de modo mais indutivo, e com isso buscar nas experiências positivas e negativas acumuladas, elementos para configurar novos arranjos organizacionais. Deveriam, pois, ter uma base menos ideológica, ainda que com valores fundamentais para direcionar as ações, tais como “o direito à saúde, o funcionamento em rede hierarquizada e regionalizada, a integridade da atenção e a gestão participativa” (CAMPOS; AMARAL, 2007, p. 856).

Nesse sentido, Campos e Amaral (2007, p. 857) afirmam que a autonomia deverá ser aumentada em relação aos instrumentos instituídos para a gestão das pessoas no intuito de

viabilizar mudanças substantivas no modo de produzir saúde. Por outro lado, defendem que ela deve diminuir no que tange à definição dos objetivos assistenciais do hospital, submetendo o hospital à lógica de contratação e cogestão dentro do sistema de saúde. Antes de mais nada, os autores tratam da necessidade de se avançar na redefinição do papel do hospital, visando mudanças na dimensão do usuário e melhoria de suas condições de saúde, da realização profissional dos trabalhadores e da reprodução social da instituição (CAMPOS; AMARAL, 2007, p. 857). Alertam que muitas mudanças administrativas em hospitais brasileiros acabam por conservar características anteriores, mantendo linhas de mando "baseadas nas profissões, a centralização das decisões e o baixo compartilhamento pelos resultados" (CAMPOS; AMARAL, 2007, p. 857).

Nesse contexto, arranjos organizacionais como a gestão compartilhada em colegiados, a constituição de unidades de produção e o apoio matricial tornam-se necessários para viabilizar o trabalho em equipe interdisciplinar. Diante disso, os autores apontam para os contratos de gestão internos ao hospital, no microcosmo das unidades de produção, para garantir dinamismos àqueles arranjos, que teriam ainda o potencial para operacionalizar o paradoxo entre autonomia relativa e necessidade de integração e coordenação de cada parte com o todo (CAMPOS; AMARAL, 2007, p. 858). Contratos de gestão poderiam ser desde entre o hospital e o gestor do SUS quanto entre unidades de produção e a direção. Tais contratos definem objetos de atuação traduzidos em objetivos e metas em prol da eficácia e eficiência da clínica, identificando-se ainda mecanismos de aferição e avaliação de resultados.

Santos-Filho e Figueiredo (2009), em análise sobre a implementação de Contratos Internos de Gestão (CIG) no hospital geral e de Pronto-Socorro Hospital Odilon Behrens (HOB), em Belo Horizonte – MG, demonstram resultados positivos em prol da humanização. Referem-se a contratos como

> negociação e acordo entre partes; como dispositivos de diálogo e contratação de compromissos e responsabilidades (no viés da corresponsabilização), em torno de objetivos e metas afinadas com as necessidades das partes que negociam/pactuam. Considera-se especialmente o que se refere ao seu potencial de propiciar interações, de colocar sujeitos/equipes em interlocução para construir mudanças, gerando novos padrões de relação e comunicação no âmbito das organizações/serviços de saúde (SANTOS-FILHO; FIGUEIREDO, 2009, p. 616).

No início desse trabalho, houve um curso de desenvolvimento Gerencial durante um ano e meio, permeado por discussão de um modelo participativo de gestão. Em seguida um conjunto de dispositivos da PNH como "acolhimento com classificação de risco", "visita

aberta" e investimentos no âmbito da ambiência foram implantados. Ademais, houve investimentos na organização de colegiados gestores imprimindo a marca da cogestão como diretriz institucional. Propostas construídas nesses espaços foram ainda apresentadas ao Conselho Local de Saúde, definindo-se prioridades para o Plano Diretor do Hospital (anos de 2005 a 2008). Foram elaborados quarenta e quatro contratos internos de gestão, assinados formalmente como termos de compromisso entre a direção do hospital e as unidades/equipes, "como meio de pactuação de diretrizes materializadas em objetivos, metas e indicadores (vinculados ao modelo de atenção e gestão), e, para isso, seria operacionalizado de forma descentralizada e com participação de todos, aproveitando os colegiados existentes" (SANTOS-FILHO; FIGUEIREDO, 2009, p. 619). Foram marcados pelo envolvimento das unidades na definição de metas quantitativas e qualitativas, indicadores de processos e resultados e desenhos de planos de ação baseados nas metas. Houve uma agenda político-operacional de trabalho, incluindo várias reuniões (preparatórias, de sensibilização e diagnósticos situacionais locais).

Foi instituído o Grupo Estratégico de Apoio para Acompanhamento dos Contratos de Gestão/GEACG, formado por assessoras da diretoria, representante da Coordenação de Ensino e Pesquisa e da Coordenação do Serviço de Arquivo Médico e Estatística para elaborar metodologia e instrumentos para efetivação do trabalho (SANTOS-FILHO; FIGUEIREDO, 2009, p. 620). Nos passos iniciais, houve a formulação de instrumentos/matrizes junto com a direção passíveis de serem ajustados e com validação coletiva conforme os trabalhos iam sendo desenvolvidos no contrato. Metas e indicadores do contrato global do hospital, firmado entre Secretaria Municipal de Saúde e Ministério da Saúde passaram a ser integrados nos contratos internos.

Como exemplos de ações implementadas especificamente na Diretoria de Urgência e Emergência (dentre 5 diretorias), citam o enfoque em mudanças na sala vermelha/sala de politraumatizado, em que se investiu para monitorar a assistência aos diferentes tipos de casos, e onde houve garantia de visita a pacientes. Na sala de observação, houve corridas de leito de pacientes por equipe multiprofissional e passagem sistematizada de plantões noturnos, uma vez que a horizontalização seria assegurada no período do dia (SANTOS-FILHO; FIGUEIREDO, 2009, p. 622).

Uma metodologia de aferição foi utilizada, buscando ir além da mera verificação de cumprimento de metas, trazendo consigo um teor pedagógico, em uma lógica de "acompanhamento avaliativo-formativo" (SANTOS-FILHO; FIGUEIREDO, 2009, p. 621). Nela, apesar das categorias clássicas avaliativas como "metas" e "indicadores", a perspectiva

formativa é enfatizada como momentos de aprendizagem, redirecionamentos, correções de rumo no processo:

> Uma lógica em que os coletivos, ao invés de se sentirem fiscalizados e punidos (como em uma auditoria externa), sintam-se incluídos para discutir os problemas no entorno das metas e de seus alcances, e, sobretudo, repactuar o que for considerado pertinente e acordado entre as partes – todo esse processo sendo, ele mesmo, um processo de aprender-fazendo, fazer-aprendendo. Aqui chama-se a atenção não somente para a 'implementação dos contratos', mas para a necessidade de simultaneamente 'colocá-los em análise', exercitando-se a avaliação do e no processo, dimensão que é muito cara no campo do acompanhamento avaliativo na PNH e que se teve a oportunidade de, também, experimentar no apoio a esse processo no HOB (SANTOS-FILHO; FIGUEIREDO, 2009, p. 621).

Cerca de 84% das metas foram cumpridas, havendo a cada contrato cumprido incentivos de premiação, conforme o cumprimento. Os autores afirmam que foi detectado que o processo de contratualização gerou movimentos dentro do hospital, havendo ampliação da inclusão de pessoas para participar das pactuações, aprimoramento da comunicação e integração dos sujeitos às unidades de produção. Foi visualizada a emergência de lacunas e potencialidades do processo, que serviram de alerta para estratégias de se evitar a desmobilização e promover ajustes de rumos. Pôde-se verificar também a satisfação das pessoas em relação às conquistas e ânimo na engrenagem do próximo contrato. Neste ínterim, destaca-se que a "motivação dos trabalhadores não se dá nem se pode 'exigir' de uma forma abstrata, mas sim que a motivação é algo que emerge com o trabalho, por dentro de um modo (especial, singular, coletivo) de realizar/existenciar o trabalho" (SANTOS-FILHO; FIGUEIREDO, 2009, p. 621).

Assim sendo, modelos de cogestão operacionalizados por meio de dispositivos como os contratos internos de gestão surgem como novas formas de avançar na efetivação de propostas à "organização da atenção hospitalar e do processo de trabalho produtor de saúde e subjetividade" (SANTOS-FILHO; FIGUEIREDO, 2009, p. 625). E no caso bem sucedido aqui referido, apontam para a importância da pactuação entre gestores e trabalhadores acerca da delimitação de objetivos com metas e indicadores, além da constante avaliação de processos para se aventar um maior compartilhamento de poder dos diferentes membros e assim maior democratização dos processos de trabalho.

Tendo por base esse arcabouço conceitual, no capítulo a seguir buscaremos analisar a realidade do Hospital Ferreira Machado em Campos dos Goytacazes-RJ, no intuito de

levantar elementos para uma análise exploratória acerca de desafios à humanização, que incidem sobre as dimensões da atenção e gestão que lhe são devidas.

CAPÍTULO IV – A HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO E GESTÃO: O HOSPITAL FERREIRA MACHADO

Este capítulo esboça a pesquisa realizada no Pronto-Socorro do Hospital Ferreira Machado – HFM durante o ano de 2012, 2013 e primeiro semestre de 2014, por meio de entrevistas semiestruturadas com funcionários, cujas análises são subsidiadas por uma percepção influenciada por conversas informais com funcionários, assim como conversas informais com pacientes, além das observações realizadas em visitas às dependências do hospital[43]. Buscamos nelas contrastar a dimensão da humanização no tratamento dispensado aos usuários e na gestão descentralizada com o modelo preconizado pela "Política Nacional de Humanização do SUS" ou PNH.

Antes de iniciarmos as descrições e análises propriamente ditas, levantaremos um diagnóstico a respeito de aspectos sociais e econômicos relacionados com as condições de saúde e gestão do SUS no município de Campos dos Goytacazes, que sedia o hospital.

4.1 O Município de Campos dos Goytacazes e o HFM

A cidade de Campos foi elevada a essa condição em 1835 e teve a partir do século XVIII, no desenvolvimento da atividade açucareira a propulsora do desenvolvimento econômico na região, com destaque mais tarde para expansão de engenhos e usinas. Com a descoberta em 1974 de lençol petrolífero na plataforma continental na Bacia de Campos, passa a ter nos *royalties* importante fonte de sua receita.

De acordo com dados do IBGE, sua população no ano de 2013 foi estimada em 477.208, ao passo que apresentou uma taxa de urbanização de 90 % no ano 2010 e uma taxa de crescimento da população em 13,85 % no período de 2000 a 2010, enquanto que no Brasil o crescimento populacional no mesmo período foi de 12,33%, ou seja, o crescimento populacional do município foi superior à média de crescimento nacional.

[43] A princípio, aplicamos um questionário a alguns usuários e acompanhantes. Todavia, percebemos que o mesmo estava extenso, uma vez que nem todos os usuários tinham acompanhantes e muitos usuários estavam debilitados e cansados para responder. Além disso, a minha presença, aplicando questionários, suscitava desconforto e desconfiança ("olhares" e "questionamos") dos profissionais. Dessa forma, optamos pela observação *in loco*, atentando para elementos relacionados às condições de ambiência a que estavam submetidos, e conversas informais, que ajudaram a criar a percepção do tratamento global dispensando no PS. Acreditamos que essa ausência não prejudicou a pesquisa uma vez que questões relacionadas à equidade do tratamento apareceram nas entrevistas com os próprios profissionais, que poderiam eventualmente querer evitar transmitir aspectos negativos do atendimento realizado pela instituição a qual trabalham.

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) de Campos dos Goytacazes em 2010 era de 0,716, situado na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799)[44]. Apesar disso, ocupa a 1.427ª posição em 2010, em relação aos 5.565 municípios do Brasil e em relação aos 92 municípios do estado do Rio de Janeiro, ocupa a 37ª posição, sendo que trinta e seis municípios estão em situação melhor e cinquenta e cinco, em situação pior ou igual.

Em relação às políticas de saúde, destacamos que desde 2001, o município foi incluído na região de saúde Norte do estado do Rio de Janeiro, em seu Plano Diretor Regional. O PDR passou por reformulações com a adesão do estado ao Pacto pela Saúde em 2007, contudo, a disponibilização de seus noventa e dois municípios em nove regiões de saúde não foi alterada.

Figura 1: Estado do Rio de Janeiro – Regiões de Saúde



Fonte: Secretaria de Saúde e Defesa Civil do Estado do Rio de Janeiro (SESDEC – RJ)

A região de saúde Norte localiza-se entre o estado do Espírito Santo e as regiões Noroeste Fluminense, Serrana e Baixada Litorânea, correspondendo a 21% da área total do estado. É formada por oito municípios, distribuídos em duas microrregiões: na microrregião I, temos os municípios de Macaé, Conceição de Macabu, Carapebus e Quissamã; na microrregião II, temos os municípios de Campos dos Goytacazes, São Fidélis, São João da

[44] Segundo o Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil, entre 1991 e 2010, o município teve um incremento no seu IDHM de 41,78%, abaixo da média de crescimento nacional (47,46%) e acima da média de crescimento estadual (32,81%). Contudo, a distância entre o IDHM do município e o limite máximo do índice, que é 1, foi reduzida em 42,63% durante essas duas décadas.

Barra e São Francisco do Itabapoana (RIO DE JANEIRO, 2009). O município de Campos equivale cerca de 44% da região e juntamente com Macaé e Quissamã são os únicos da região que assinaram o Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde.

Figura 2: Região de Saúde Norte – Estado do Rio de Janeiro



Fonte: SESDEC- RJ

Tabela 2: Adesão ao Pacto pela Saúde na Região de saúde Norte – RJ.

Secretaria de Estado de Saúde - SES Subsecretaria Geral - SG Assessoria de Gestão do Pacto pela Saúde - AGP Adesão ao Pacto pela Saúde NORTE		
Municípios	**Adesão ao pacto pela saúde**	
CAMPOS DOS GOYTACAZES	DELIBERAÇÃO Nº 464 DE 17/04/08	PORTARIA Nº 408 DE 02/03/09
MACAÉ	DELIBERAÇÃO Nº 1126 DE 11/11/10	PORTARIA Nº 4165 DE 17/12/2010
QUISSAMÃ	DELIBERAÇÃO Nº 1051 DE 16/09/10	PORTARIA Nº 3.444 DE 11/11/10

Fonte: Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro.

Segundo informações disponibilizadas no endereço eletrônico da Secretaria de Saúde do Governo do Estado do Rio de Janeiro, cinquenta e quatro municípios aderiram ao Pacto pela Saúde. E seus municípios são geridos, conforme a tabela a seguir:

Tabela 3: Formas de Gestão da saúde nos municípios do Estado do Rio de Janeiro.

Pacto - Adesão ao Pacto pela Saúde/ GPSM - Gestão Plena do Sistema Municipal / GPAB - Gestão da Atenção Básica IBGE -Estimativas populacionais para o TCU Situação Atual da Gestão no Estado do Rio de Janeiro em número absoluto				
Regiões	**Total de Municípios**	**Adesão ao Pacto pela Saúde**	**Gestão Plena do Sistema Municipal**	**Gestão Plena da Atenção Básica**
Baia de Ilha Grande	3	2	0	1
Baixada Litorânea	9	0	1	8
Centro Sul	11	11	0	0
Médio Paraíba	12	12	0	0
Metropolitana I	12	10	1	1
Metropolitana II	7	6	0	1
Norte	8	3	0	5
Noroeste	14	1	1	12
Serrana	16	9	4	3
Total Estado	92	54	7	31

Fonte: Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro.

Tabela 4: Formas de Gestão na Região de Saúde Norte do Estado do Rio de Janeiro.

Secretaria de Estado de Saúde - SES Subsecretaria Geral - SG Assessoria de Gestão do Pacto pela Saúde - AGP Gestão dos Municípios no Estado do Rio de Janeiro					
Municípios	**Gestão Anterior**	**Adesão ao Pacto**	**População Censo 2010**	**População Estimada 2012**	**População Estimada 2013**
NORTE			**836.915**	**859.677**	**872.773**
CAMPOS DOS GOYTACAZES	GPAB	PACTO	463.731	472.300	477.208
CARAPEBUS	GPAB		13.359	14.024	14.408
CONCEIÇÃO DE MACABU	GPAB		21.211	21.613	21.844
MACAÉ	GPAB	PACTO	206.728	217.951	224.442
QUISSAMÃ	GPAB	PACTO	20.242	21.234	21.806
SÃO FIDÉLIS	GPAB		37.543	37.657	37.717
S. FCO DE ITABAPOANA	GPAB		41.354	41.386	41.397
SÃO JOÃO DA BARRA	GPAB		32.747	33.512	33.951

Fonte: Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro.

Com esses dados podemos pincelar uma breve contextualização do município de Campos dos Goytacazes dentro da região de saúde Norte, de forma a propiciar uma visão comparativa com os municípios vizinhos. É nesse quadro, que se insere o hospital objeto de pesquisa, referência não apenas municipal, mas regional em atendimentos de emergência.

Dessa forma, visualizemo-lo. De acordo com dados fornecidos pela Assessoria de Imprensa do Hospital Ferreira Machado, muitos deles também disponibilizados no endereço eletrônico da Fundação Municipal de Saúde, o HFM foi fundado em 11 de junho de 1952, sendo hoje a grande unidade de referência em emergência hospitalar do município de Campos dos Goytacazes – RJ. Inicialmente chamava-se Sanatório Ferreira Machado, destinado a tratar exclusivamente pacientes portadores de tuberculose. A criação do hospital só foi possível com os esforços do médico Lourival Beda, que com o projeto em mãos, conseguiu com o coronel Ferreira Machado a doação do terreno, onde está localizado o mesmo. O Dr. Beda homenageou o coronel dando seu nome ao sanatório, que permanece até hoje.

O sanatório, que também chegou a abrigar uma maternidade, foi desativado em 1975. Em 1987, começou a construção do Pronto Socorro "Adão Pereira Nunes", edifício anexo ao hospital, para que em 06 de janeiro de 1991 começasse a atuar no atendimento a emergência, tornando-se ao longo dos anos referência de atendimento em todo norte fluminense, parte da região noroeste e Lagos. O Hospital Geral Ferreira Machado e o Pronto Socorro foram inaugurados pelo então prefeito da época Anthony Garotinho Matheus, na sua primeira gestão no município.

Além de ser referência no atendimento de emergência na sua cidade, o HFM também atende pacientes oriundos dos municípios da região norte/noroeste do estado e também recebe pessoas trazidas de cidades do sul do Espírito Santo, além de pacientes graves de outros estados e municípios, vítimas de acidentes nas rodovias que cortam a região. Classificado pelo Ministério da Saúde como hospital de nível 3 em complexidade, é usualmente caracterizado pelos seus funcionários como um hospital de "emergência vermelha" porque é especialista nos casos de emergência em que há risco iminente de morte, como nos casos de acidentes de trânsito, atropelamentos, esfaqueamentos, tiros, agressões físicas, afogamentos, mordidas de animais, picadas de insetos, queimaduras, traumatismos crânio-encefálicos, acidentes de trabalho, intoxicações etc.

O HFM possui duzentos e quarenta e três leitos. O Pronto-Socorro é composto por Repouso masculino, com trinta e cinco leitos; Repouso feminino, vinte; Pediatria, nove, Sala Laranja (Unidade Semi-Intensiva), doze. Já os setores de internação, do 2º ao 5º andares, são compreendidos em Clínica Geral, vinte e nove leitos; Clínica Médica, catorze; Ortopedia, vinte e oito; Neurocirurgia, quinze; Clínica Pediátrica, vinte e quatro; DIP (Departamento de Doenças Infecto-Parasitárias), dez; Tisiologia, sete; CTI (Centro de Tratamento Intensivo), trinta; UTIP (Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico), dez. O HFM ainda possui um Centro Cirúrgico, um Laboratório de Análises Clínicas além de comportar o Hemocentro Regional, que atende a toda rede de hospitais públicos e particulares de quinze municípios das regiões Norte e Noroeste Fluminense.

O quadro de funcionários contabiliza mais de 1500 pessoas[45], dentre eles médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, técnicos em enfermagem, assistentes sociais,

[45]Segundo informações cedidas pelo setor de Recursos Humanos, em janeiro de 2014, o PS era composto pelos seguintes trabalhadores (atuantes): 7 Administradores hospitalar; 5 assistentes sociais; 203 médicos (distribuídos nas distintas especialidades, com destaque para 46 clínicos e 32 cirurgiões gerais); 135 auxiliares de enfermagem; 26 técnicos de enfermagem; 35 enfermeiros; 12 cirurgiões dentistas. Não havia informações dos psicólogos, por exemplo, mas nas entrevistas pudemos identificar que era 1 por plantão, logo, 7. Por sua vez, a contagem no início de 2014 de número de assistentes sociais não condiz com a informação de 01 plantonista por dia, que pode se dar em razão de licenças médicas. Também não havia quantitativo para técnicos de Raio-X.

cirurgiões dentistas buco-maxilo-facial, psicólogos, farmacêuticos, técnicos de farmácia, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, bioquímicos, nutricionistas, biólogos, terapeutas ocupacionais, técnicos em Radiologia, técnicos em Laboratório, técnicos em Tomografia, além do pessoal administrativo e de apoio (assistente administrativo de nível de 2º grau e Agente Operacional de Saúde – AOS, de 1º), que trabalha nos setores da Direção (Administrativa, Financeira e Geral), Nutrição, Lavanderia, Transportes, Zeladoria, Contas Médicas, Patrimônio, Recursos Humanos, Departamento de Pessoal etc.

O corpo médico se divide nas seguintes especialidades: Clínica Médica, Pediatria, Anestesia, Cirurgia Geral, Traumato-ortopedia, Cirurgia Vascular, Anestesiologia, Cirurgia Pediátrica, Cardiologia, Endoscopia, Radiologia, Gastroenterologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Pediatria e Clínica Médica Urologia, Cirurgia Plástica e Neurocirurgia.

O HFM fazia parte até então da Fundação Dr. João Barcelos Martins (FJBM), mas que a partir da Lei nº 8.219, de 13 de abril de 2011, tem a sua denominação alterada para Fundação Municipal de Saúde – FMS[46], passando a incorporar a Fundação Dr. Geraldo da Silva Venâncio – FGSV, extinta a partir de então, e com esta o Hospital Geral de Guarus – HGG. Nessa época, foi realizada a unificação do regime jurídico, passando os funcionários de regime CLT para estatutários.

4.2 O centro nervoso do HFM: O Pronto-Socorro (PS)

Em uma pesquisa anterior (LUNA, 2009a), duas auxiliares de enfermagem que trabalhavam no HFM foram entrevistadas. Na época, questionávamos sobre as condições de trabalho, tentando buscar elementos que pudessem delinear o contexto que vivenciavam naquele ambiente e principalmente seu relacionamento com outros profissionais e com os usuários. O foco da pesquisa era o conflito entre classes sociais, como que este impactava o trabalho delas. Buscávamos também identificar em suas falas se havia ou não um tratamento diferenciado para distintos perfis de pacientes, mesmo que deflagrado por outros agentes. Nesse sentido, também entrevistamos uma estagiária de serviço social[47], que revelou diversos

[46]Além desses dois hospitais, compõem a FMS: Unidade Pré-Hospital (UPH) Guarus, UPH Saldanha Marinho, UPH São José, UPH de Ururaí, UPH de Travessão e UPH de Santo Eduardo.

[47] O acesso a essas pessoas teve um facilitador: Trabalhava em regime CLT no cargo de auxiliar administrativo durante a graduação em Ciências Sociais (2002-2006). Muitas percepções na referida pesquisa foram calcadas também por essa experiência, em situações vivenciadas trabalhando no setor de Farmácia, em plantões noturnos com escala 12x60. O acesso às pessoas entrevistadas foi viabilizado por meio de contatos com antigos colegas de

conflitos entre médicos e pacientes, além de conflitos dentro da equipe de enfermagem e a desvalorização do trabalho do assistente social perante os outros profissionais.

Na ocasião, o médico foi figura presente nos relatos, muitas vezes surgindo em falas ressentidas pelo reconhecimento social que este gozava perante os usuários e por outros profissionais da saúde. Outras vezes pelo próprio tratamento do médico em alguns casos ser marcado por atitudes hostis, demarcando a falta de reconhecimento social pelo colega de trabalho (LUNA, 2009a; 2009b). A verdade é que para um trabalho que se pretende valer dos relacionamentos interpessoais em unidades de saúde pública ouvir os médicos torna-se tarefa primordial. Até porque no trabalho desenvolvido ele apareceu muitas vezes como algoz, delineando uma hierarquia de trabalho opressora àqueles que estão na base ou em posições intermediárias da pirâmide social das categorias profissionais. Pelo próprio tom e enfoque desses dados, na parcialidade que lhes são cabíveis no ponto de vista focado em categorias menos privilegiadas, tornou-se cogente que a nova análise do contexto hospitalar apresentasse a voz daquele agente.

Além disso, tendo o estudo de agora um objetivo distinto, não apenas auxiliares de enfermagem e médicos, mas outros profissionais são abarcados, de forma a ampliar nosso escopo de análise e compreensão dos problemas e potencialidades da unidade de saúde em realizar as práticas humanizadas preconizadas nos princípios e diretrizes do SUS, por sua vez reforçadas pela PNH. E nesse quesito, a questão “classe social” poderá ser vislumbrada como mais um dos componentes que interferem nas relações entre usuários dos serviços de saúde e funcionários do hospital e dos funcionários entre si, vide os conflitos existentes entre as categorias profissionais, outrora identificados.

Outra percepção que se evidenciou na pesquisa anterior foi a do ambiente de trabalho favorecendo o stress dos trabalhadores e deflagração de conflitos entre estes e entre estes e os usuários, motivos que nos incentivaram a escolher, por agora, o Pronto-Socorro (PS) como foco principal da pesquisa, uma vez que se apresenta como palco privilegiado para visualização desses problemas:

> os profissionais que atuam em unidades de atendimento de emergência devem ser capazes de tomar decisões rápidas e precisas e capazes de distinguir as prioridades, avaliando o paciente como um ser indivisível,

---

trabalho. Na fase atual, a frequência às dependências do hospital e o reencontro com colegas e pessoas conhecidas daquela época permitiram uma nova percepção, agora reforçando os contrastes frentes às modificações pelas quais o hospital passou, seja por conta de obras no prédio para ampliação de leitos do CTI, por exemplo, seja pelas alterações no quadro de gestores.

> integrado e inter relacionado em todas as suas funções. Além disto, uma das características mais marcantes do pronto socorro é a dinâmica intensa de atendimento, assim, agilidade e a objetividade se tornam requisitos indispensáveis aos profissionais, pois o paciente grave não suporta demora na tomada de decisões ou mesmo falhas de conduta. Estas exigências tornam-se também fontes de stress para os profissionais destas unidades (MENZANI; BIANCHI, 2009, p. 328).

Sá (2005), em pesquisa desenvolvida na porta de entrada de hospital geral com emergência no município do Rio de Janeiro, assinala que propostas de humanização voltadas para hospitais gerais, e especialmente para o atendimento de emergência e urgência, são muito embrionárias. E ela acredita que

> É justamente nos hospitais de emergência que se concentram, a meu ver, os maiores desafios para a implementação de propostas "humanizadoras" da assistência, tanto pela natureza dos problemas que ali chegam – atravessados pela violência da miséria e da criminalidade em sua origem e manifestação – como pelas condições adversas de trabalho e a sobrecarga de uma demanda infinitamente maior do que as possibilidades de atendimento, especialmente nos grandes centros urbanos. Nesses serviços, a ética da "comunicação" e do "reconhecimento do outro", já naturalmente frágil, no meu entender, tem muito mais chances de fracassar (SÁ, 2005, p. 64-65).

Dessa forma, para desenvolvimento da nova pesquisa, entrevistamos vinte profissionais que trabalham no Pronto-Socorro (localizado no térreo), a partir de um roteiro que busca captar dimensões gerais ligadas ao seu trabalho (Anexo II)[48]: cinco médicos (três homens e duas mulheres, nas especialidades de cirurgia geral, cirurgia vascular, endocrinologia, oftalmologia e radiologia), dois enfermeiros (um treinee), duas técnicas de enfermagem, duas auxiliares de enfermagem, um porteiro, um administrador, uma assistente social, duas psicólogas, assim como profissionais que embora não estejam alocados no PS, realizam trabalhos para supri-lo, como no caso das duas farmacêuticas, dois técnicos de farmácia.

Também entrevistamos quatro pessoas envolvidas no passado em projeto de humanização no hospital, por meio de outro roteiro (Anexo III): duas psicólogas, uma assistente social e uma senhora que participava do GATI (Grupo de Apoio à Terceira Idade). A seleção de todas as pessoas se deu pela facilidade de acesso às mesmas a partir de contatos com antigos colegas de trabalho, seguindo, portanto, uma seleção aleatória dentre o corpo de

[48] Esse roteiro baseou-se em pesquisas empíricas anteriores sobre o tema, especialmente a realizada pelo Grupo de pesquisa Educação e Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará em parceria com a Universidade Federal do Ceará – UFC, Estação CETREDE e Observatório de Recursos Humanos em Saúde (Observatório de Recursos Humanos em Saúde/ Estação CETREDE/ UFC/ UECE. Fortaleza, 2007).

funcionários do hospital e em especial do Pronto-Socorro. Os entrevistados aceitaram conceder a entrevista, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Profissionais de Saúde (Anexo IV). Também obtivemos autorização para execução da pesquisa pelo hospital, transitando pelo mesmo por meio do programa de Estágios da FMS, por meio da assinatura de Termo de Compromisso entre a unidade, o pesquisador (a) e orientador (a).

A fim de preservação da identidade dos entrevistados, optamos por usar o código "E" de entrevistado (a) seguido de numeração, que por sua vez não tem relação com a ordem em que as entrevistas foram realizadas. A introdução das falas ao longo do texto será priorizada conforme a importância dos assuntos, como categorias de análises, considerando a recorrência dos mesmos nas entrevistas e o seu impacto na humanização da atenção e da gestão.

Assim sendo, situemos o Pronto-Socorro do HFM, que é a porta de entrada do hospital, tanto dos usuários que foram removidos e chegam por meio de ambulâncias, quanto daqueles que chegam espontaneamente buscando socorro. É composto por setores, salas (como por exemplo, a administração do PS, a sala do Serviço Social e Psicologia, traumatologia, setor de imagem – Raio-X, ultrassom e tomografia, endoscopia) e enfermarias (Repouso Masculino e Feminino, Setor Laranja e Pediatria).

Desde 2011, o hospital vem passando por uma série de obras para ampliação. O CTI do terceiro e quinto andar foram fechados, havendo agora um novo com cerca de trinta leitos, como resultado dessas obras. O novo CTI, inaugurado em maio de 2013, fica no segundo andar, sendo formado por três "ilhas" de oito leitos mais seis leitos de Unidade Intermediária, para os pacientes que saem da situação mais crítica. Já no Pronto-Socorro, ao longo desses últimos anos, houve reforma na Pediatria, a criação de uma recepção para a mesma, a inauguração do setor laranja, o fechamento da Unidade de Pacientes Graves (UPG) em decorrência da inauguração do novo CTI, pintura dos corredores.

Assim sendo, em todas as visitas ao hospital nos anos de 2012, 2013 e 2014 havia o transtorno das obras (cheiro de tinta, barulho), sendo que alguns lugares revelavam o aspecto de "embolado". No entanto, como conhecia o hospital desde 2002, minhas impressões quanto à comodidade e instalações físicas do Pronto-Socorro, no que tangem ao tumulto de pessoas circulando pelos corredores, desde funcionários a pacientes e seus acompanhantes, eram similares à visão do porteiro E1, por meio de entrevista concedida em abril de 2013:

> É difícil, você vê que em alguns casos aqui você vê muita coisa, por exemplo, é gesso com goteira, com infiltração. Tudo isso aí ta visível para

> todo mundo ver. O hospital ta passando por reforma, mas ele não suporta todas as macas, você também vê porque você entra no corredor, quando você adentra o hospital, você já vê os pacientes no corredor. Então é nítido que ele não tem condições de acomodar todo mundo de uma maneira pelo menos digna, entendeu?

A dificuldade de disponibilização de espaço para alocar tantos pacientes é tal que propiciou a improvisação dos funcionários para atendimento de sua demanda ao passo que promoveu situações impróprias de cuidado. Podemos visualizar esse cenário a partir do relato da médica E2, concedido em entrevista também em abril de 2013:

> Tanto é que aqui nós temos uma enfermaria que chama "puxadinho", que antigamente era uma outra coisa, que hoje foram colocando macas ali pelo corredor não ter espaço, aí foi colocando, colocando, que virou uma enfermaria improvisada, que apelidou-se no hospital de "puxadinho" (...). No puxadinho, é misturado homem e mulher. Esses dias tinha um colega, uma pessoa falando, né, foi até o... Foi o médico que passou e viu o paciente sem roupa... (...) Porque tinha um funcionário, acho que tava trocando esse senhor e do lado tinha uma senhora, né, e a acompanhante tava protegendo pra ela poder não ver porque ele tava ali ocupado, trocando, mas não se preocupou em pegar um biombo. E também ninguém que estava próximo também se preocupou. Então o médico passou e chamou a enfermeira pra ver se ela tomava alguma... ou técnico, não sei, alguma providencia e ela não se tocou daquilo também, entendeu, não reparou o que estava acontecendo.

No que se refere à acessibilidade dentro dos setores/salas, a médica E3 relata que na sala de ultrassonografia não entram determinadas macas e camas devido à largura da porta, tendo que alguns exames serem realizados no corredor: "O aparelho vai até a porta e a gente bota a maca na porta com o paciente e faz o ultrassom ali. (...) Esses dias foi ultrassom de bolsa escrotal, aí nós fizemos um biombo com o lençol do paciente". Na sala de oftalmologia, de acordo com a médica E2, também não tem como entrar cadeiras de rodas devido ao mesmo problema. Ela ainda cita as situações de constrangimento nos casos de procedimentos de eletrocardiograma em senhoras, quando realizados no corredor: "que tem que despir, botar o peito e botar os eletrodos no meio das pessoas. Ali passa gente e elas desnudas assim, peladonas no corredor. Se tem biombo ninguém pega, ninguém se preocupa com isso".

Assim, embora muitos entrevistados elogiem o hospital, acreditando que ele funcione, salve vidas, seu acolhimento teria muito que melhorar conforme visualizado na fala do técnico de farmácia E19:

> Primeiro queria destacar o seguinte: Eu acho nosso serviço de saúde excelente porque tem tudo. Eu já trabalhei em hospital particular que não

> tem medicamento padronizado que a gente tem aqui. Tem plano de saúde que não paga fralda, tem que levar fralda de casa. Então eu acho que tipo assim exame, você tem acesso a tudo. (...) Acho que o que ta faltando pra dar uma cara melhor pra saúde é a questão do espaço, que paciente no corredor é injustificável. Por mais que esteja lotado, que esteja com obra. Tem paciente no corredor desde o dia que entrei aqui, entendeu? Desde março de 2008[49] que eu vejo paciente no corredor no Ferreira Machado (...). É constrangedor. Principalmente do sexo feminino, você vai trocar uma fralda, trocar fralda da sua mãe no corredor, todo mundo passando? (...) Biombo não resolve. Não é a mesma coisa de você estar numa enfermaria adequada. Então isso daí pra mim (...). Não tem privacidade, não tem conforto, não tem qualidade... (...) Que o ambiente influencia na recuperação do paciente, isso aí é comprovado cientificamente.

A enfermeira E8, em entrevista em abril de 2013, desabafa acerca das maiores dificuldades no seu trabalho, relacionadas com as condições pouco dignas que muitos de seus usuários estão submetidos exatamente pela precariedade das instalações físicas:

> O que a gente faz aqui é improvisar todo o tempo. A gente não tem o conforto que a gente poderia dar. E eu estou falando de coisas básicas. Acabei de chegar, uma paciente ta fazendo xixi no corredor. Uma senhora idosa com dificuldade e ta sendo colocada uma comadre debaixo de uma coberta no meio do corredor. Eles não têm privacidade e nós não temos condição de dar essa privacidade ou um tratamento digno para eles por falta de espaço físico mesmo. A equipe é excelente, a gente faz o que pode, entendeu, até mais do que pode, a gente se suplanta dentro dessa dificuldade, mas a falta de espaço físico é terrível!

Além de o espaço ser insuficiente, alguns entrevistados apontam para a necessidade de remodelação quanto a sinalização dos setores, como a psicóloga E18: “Qualquer hora que você passa no corredor, não existe um momento que eu passe nesse corredor que não me pare duas ou três pessoas perguntando onde que é tal coisa”. De fato, há os nomes de cada setor sobre a porta dos mesmos, por isso a auxiliar de enfermagem E12 já acha que é bem sinalizado, mas que “tem gente que tem preguiça de ler ou não sabe”. A assistente social E4 já acredita que “no Pronto-Socorro ta tudo meio detonado por causa da reforma”, que impactaria nessa questão.

Em maio de 2014, tivemos a oportunidade de andar pelas enfermarias do Pronto-Socorro, guiada pelo administrador E20, após as pinturas dos corredores terem sido finalizadas. Com o visível asseio em relação à limpeza do chão e paredes, a visão de superlotação no corredor se desanuvia. Ainda há pessoas no corredor, mas em quantidade menor devido a algumas mudanças ocorridas em decorrência das reformas. Com o

[49] Entrevista realizada em maio de 2012.

fechamento do setor de Unidade de Paciente Graves (UPG), foi possível ampliar o espaço para maior capacidade de atendimento da enfermaria masculina. Dessa forma, muitos pacientes que outrora ficariam no corredor, conseguem ser alojados nessa enfermaria.

Embora o aspecto dos corredores tenha melhorado em relação ao que se via em meses anteriores, quando entramos nas enfermarias, a boa impressão é rompida. E20 mostra as instalações, como o aspecto de paredes, portas e do ambiente como um todo se desgastou com o tempo. Logo, apesar da série de reformas pela qual o antigo edifício do hospital vem passando, muitas alas e setores ainda não sofreram intervenção nesse sentido, demandando também reparos. Não houve modificações das portas das salas onde são realizados os citados exames, de forma que os problemas relatados pelas médicas quanto à acessibilidade permanecem. Por outro lado, quando ultrapassamos as portas das enfermarias masculina e feminina, visualizamos um salão abarrotado de leitos e macas, pacientes com diferentes enfermidades próximos, onde se improvisam algumas cadeiras para os acompanhantes terem onde sentar, comprimidos entre um leito e outro. As paredes demandam pinturas; as portas, reparos. O visual transmite-nos a sensação de estarmos em um ambiente insalubre, embora fosse necessária uma apuração técnica para avaliar o grau de exposição dos usuários às patologias ali presentes.

Podemos aferir que um dos maiores problemas enfrentados pelo hospital, na opinião de todos os entrevistados[50], é a sua superlotação mediante o porte de suas instalações, que seria impulsionada pelo fato do hospital ser bastante procurado pela população para atendimento de demandas, as quais não é vocacionado. Como o hospital é de emergência, segundo os critérios de classificação de risco, ele deverá atender prioritariamente situações de emergência e urgência, que impliquem risco iminente de morte ou agravamentos nessa direção. Por esse motivo, os serviços de saúde demandam em suas "portas de entrada" a necessidade de um grupo de profissionais de saúde preparado para promover o primeiro contato com o usuário, identificando sua demanda, avaliando a gravidade ou o potencial de agravamento do caso, assim como o grau de sofrimento. Também deve orientá-lo quanto aos fluxos internos e funcionamento da rede de saúde local (BRASIL, 2009c).

[50] Sendo que alguns ainda chamam atenção para a qualidade de tais instalações. Durante o período de pesquisa, as obras também foram um transtorno apontado. Para a psicóloga E18: "Acho um absurdo essa reforma não ter uma prioridade emergencial, acho que é muito lenta. Tem mais de ano que ela ta assim. A qualidade das coisas é muito complicada. Mas isso faz parte às vezes dos serviços públicos, né, então...". A entrevista foi realizada em abril de 2013 e ainda em maio de 2014, segundo a auxiliar de enfermagem E12, "tem coisas ainda que ficaram inacabadas". Houve também infiltrações na Farmácia durante o período de obras.

A assistente social E4 chama atenção às falhas na rede básica de saúde e mesmo à ausência da Estratégia da Saúde da Família no município como fatores que motivam a ida de pessoas ao hospital sem o perfil para atendimento no mesmo[51]. É para evitar a ocupação de leitos com casos que podem ser tratados na rede básica de saúde que o serviço de triagem existe e no caso do HFM é realizado por um (a) enfermeiro (a). De acordo com os parâmetros definidos pelo Ministério da Saúde, a classificação de risco é realizada por profissional de enfermagem de nível superior, que se baseia em consensos estabelecidos conjuntamente com a equipe médica para avaliar o caso (BRASIL, 2009c). Porém, segundo relatos dos entrevistados, o hospital continua atendendo casos de não-urgência.

O médico E5 quando questionado sobre ter conhecimento de possíveis casos de discriminações a usuários no hospital, afirma que o único tipo de discriminação que ocorre é em relação aos casos considerados como "besteira":

> A besteira vai ficar esperando. Porque o cara que vem pra cá com aquela dor que está há mil anos, ele vai ficar esperando. O cara que chega grave, ele vai ser atendido primeiro e isso vai continuar sempre. Sempre assim. E eu faço assim. E tem que discriminar mesmo. Esse hospital não é para atender bobagem. Bobagem é para posto de saúde e muita gente vem pra cá para atender bobagem. [...] Bobagem vai ser discriminado. Aí é discriminado mesmo. E tem que ser porque o hospital aqui não é para isso.

A assertividade de E5 reflete o critério de priorização do atendimento que ocorre após a entrada dos usuários no estabelecimento, e que segue um princípio de racionalidade na avaliação dos casos. Com isso, a realidade a qual está submetido pode não favorecer ao serviço mais humanizado, que ele entende ser aquele do melhor atendimento possível, de fazer ao outro o que deseja que façam com você:

[51] A Estratégia Saúde da Família teve funcionamento no município de fevereiro de 1999 até 2008, quando foi suspenso devido a irregularidades da gestão municipal, as quais relatavam diversas improbidades administrativas. Havia até então 33 equipes cadastradas no Ministério da Saúde, sendo 52.304 famílias inscritas e 196.970 cidadãos assistidos (LYRA, 2001, p. 14). Pesquisa realizada em 3 unidades hospitalares do município (HGG, Hospital Plantadores de Cana de Açúcar e Hospital Pró Clínicas), demonstra um aumento da demanda por atendimentos de Fisioterapia, Ginecologia, Geriatria e de Traumato-Ortopedia nesses hospitais, conveniados com a Prefeitura Municipal de Campos dos Goytacazes, nos anos subsequentes à extinção da ESF no município: "Sem a oferta de serviços pela ESF, a população ficou apenas com a prestação de serviços da rede fixa de saúde. Além disso, a população teve o acesso restringido à promoção da saúde, a prevenção de doenças e aos atendimentos do nível de atenção básica" (LYRA, 2011, p.55). Embora o HFM não tenha participado da pesquisa, uma vez que não atende casos eletivos, isto é, casos não urgentes com marcação de consulta, podemos levantar a hipótese de que o enfraquecimento da rede básica também possa impactar no aumento de sua demanda, uma vez que diminui as chances de uma correta entrada no sistema pela atenção básica. Segundo site da PMCG, a ESF foi reativada em 11 locais, priorizando inicialmente as áreas rurais, agora em 2014. ver: http://www.campos.rj.gov.br/exibirNoticia.php?id_noticia=25727 Acesso em 04/06/2014.

> Aqui, todo lugar que atende politraumatizado, serviço de emergência, é difícil você ter aquele serviço mais humanizado possível porque a emergência ela é muito aguda, tem que ser muito rápido, então às vezes você não pode ficar dando uma atenção de 3 horas para um doente porque lá embaixo (Pronto-Socorro) está pegando fogo. Então não tem condição de você ficar assim. Mas humanizado é o jeito de cada médico. Jeito da enfermeira. Isso aí vai variar muito de cada um. Agora é um tipo de hospital que não tem esse perfil. Não é para isso assim não. Porque você não pode levar 3 horas conversando com a mãe de um politrauma porque daqui a 5 minutos vai chegar outro. É diferente.

O médico E6 também destaca este tipo de discriminação necessária, salientando a importância do trabalho da triagem para classificação de risco: “Se for grave ele será atendido. Se não for grave, pode ser que nem seja atendido”. Contudo, a restrição ao atendimento pode suscitar uma visão negativa sobre o serviço oferecido pelo hospital, algo que podemos contatar na fala da farmacêutica E7, quando questionada sobre o que pensa que deveria ser modificado na rotina de trabalho do Pronto-Socorro:

> Vou citar um exemplo de uma coisa que eu fiquei sabendo essa semana que eu fiquei... não sei se eu fiquei estarrecida ou se eu já estou até anestesiada. Fiquei sabendo que os otorrinos daqui se juntaram... Campos tem consultórios, né, de otorrino aí que atendem convênio, particular e tal. Mas se você precisar de emergência de otorrino, na madrugada, à noite, depois que os consultórios se fecham, você tem que correr. Só tem um lugar que tem otorrino: Ferreira Machado. (...) Oftalmologista também. Os otorrinos combinaram que eles não vão atender ninguém se não for trauma, ou seja, se entrar um besouro no ouvido, se a criancinha jogar um caroço de feijão no ouvido, eles atendem. Mas se você por qualquer carga d´água amanhã acordar na madrugada com uma dor lancinante, sem saber por que, com vontade de bater com a cabeça na parede e vir aqui, eles não atendem, te dão um encaminhamento. Vamos supor que seja sexta-feira à noite, pra você segunda-feira procurar um ambulatório, que não conseguirá marcar um otorrino, num ambulatório, você levará um mês pra marcar. Como você não vai ter dinheiro pra pagar uma consulta, você vai bater com a sua cabeça na parede...

Diante do relato, questionamos se o médico poderia negar o atendimento, o qual ela respondeu:

> Nega. Pode. Aí que você se engana. Antigamente você não podia negar nada. O paciente que chegasse dentro de uma emergência, você não podia negar atendimento. (...) Eles falaram que não vão atender, acabou. (...) É porque eles acham que tem muitas pessoas que poderiam procurar os ambulatórios e não procuram, por exemplo, eu to com dor há um mês, uma dorzinha chata no ouvido. Aí chega um sábado à noite, eu venho aqui e resolvo meu problema. Uma coisa que eu poderia em qualquer ambulatório há um mês atrás. Mas isso tem casos e casos. Você não pode fazer isso uma regra, entendeu? Então, a gente sabe que a população às vezes mente muito,

> entendeu? Mas você negar atendimento pra uma pessoa que não tem pra onde ir, não tem dinheiro, vai morrer de dor?

Tivemos a oportunidade de questionar esse caso à enfermeira E8, uma vez que os enfermeiros trabalham na triagem. A sua opinião é exatamente o oposto da de E7, em relação à negação desse tipo de atendimento:

> (...) não é uma coisa simpática. Legalmente pode (negar atendimento) porque ele ta aqui para atender emergência. Emergência é risco de morte iminente. E ninguém morre de dor de ouvido. Agora criança, por exemplo, é atendida porque é atendida pelo pediatra, ta, agora o adulto ele pode em qualquer posto de saúde receber medicação pra aquela dor de ouvido. Não precisa ser necessariamente otorrino. (...) Tem que atender e atende: bicho no ouvido, espinha de peixe, osso de galinha na garganta, esse tipo de coisa, que aí configura (emergência). Essa situação "só tem aqui" (tipo de especialidade) é uma situação da cidade, né. Só tem aqui, mas não é pra atender a população inteira com dor de ouvido, só tem aqui porque é pra emergências, pra situações urgentes, né, e a dor de ouvido não é. Você pode tranquilamente esperar até o dia seguinte de manhã se for num domingo porque tem ambulatório de otorrino. O que acontece é que vem gente com olho ardendo aqui porque não quer enfrentar uma fila e aí um problema social, não quer enfrentar uma fila do SUS para consultar um oftalmo de uma maneira normal pelo SUS, que as filas são quilométricas, eu entendo. Agora se eu ocupar o meu oftalmo com um olho irritado, ele pode não ter tempo de atender um descolamento de retina ou um olho furado e aí?(...) Então você tem que ver para quê que o profissional ta aqui. Parece uma coisa fria, até omissão de socorro, né, mas a omissão de socorro é quando caracteriza risco e dor de ouvido não é risco. Agora, um ouvido pingando pus a gente põe pra dentro a força porque isso pode virar meningite. Dor de ouvido não. Uma infecção de ouvido já com secreção purulenta é arriscado. (...) Quando você está de sobreaviso para emergência, atender uma coisa tranquilinha enquanto eu não to fazendo nada não cabe. Você tem que estar a postos para a emergência. O que falta é um serviço ambulatorial ou um serviço de menor porte que uma emergência pra esses casos, ou seja, um otorrino, um oftalmo da mesma maneira que agora tem dentista, não tem no PU? Tem dentista num posto de urgência, por que que não tem um oftalmo e um otorrino também pra atendimento de caso leve? (...) Quando tem surto de conjuntivite, aí atende, né, porque aí já é uma situação de epidemia.

O que fica evidente nessas falas é a necessidade de maior conscientização da população de que o HFM é para um tipo de atendimento específico, algo que não sendo bem realizado pode conotar em omissão por parte da unidade e de seus profissionais, em negligência às pessoas que lhe procuram. E essa visão pode ser ainda de seus próprios profissionais e não apenas da população, como no caso de E7, demonstrando fraca sinergia entre as distintas categorias profissionais e entre os setores, o que pode ser um desdobramento

da falta ou falha de comunicação entre os mesmos, que nesse caso especifico, relaciona-se com a própria missão e razão de existência do hospital.

Dessa forma, a recorrência ao hospital muitas vezes seria incentivada por falhas na rede de atenção básica no suporte de suas demandas, algo salientado por vários entrevistados. Por outro, a responsabilidade da triagem é ainda maior quando não se acata a entrada do usuário, uma vez que um erro na classificação de risco pode ter proporções graves. Nesses termos, E8 conta sobre uma ocasião em que estava na triagem e recebeu um homem idoso, que foi ao hospital por insistência da mulher, mas que era contra estar ali porque estava sentindo "só dor nas costas". Mas era uma dor que não passava com nenhum relaxante. A princípio, ela pensou ser uma situação leve como uma distensão muscular, mas se lembrou de um caso que conhecia em que um homem morreu de um infarto atípico apresentando o mesmo sintoma, e resolveu chamar o clínico. Ela conta que o clínico até ficou "meio zangado" com ela porque achava que era uma "bobagem", mas ao ser submetido ao eletrocardiograma foi detectado que estava mesmo sofrendo um enfarte:

> É muito difícil pra qualquer um, pro enfermeiro, pro médico ou quem estiver fazendo triagem decidir o limite entre o grave perigoso e o leve. Isso na clínica médica. No acidente é mais fácil porque a injúria é óbvia, você tem uma história do acidente, você tem uma situação pela qual ele passou. Então a gente imagina as lesões com mais facilidade. A clínica é muito difícil de fazer.

Dessa forma, E8 explica que apesar das restrições ao acolhimento realizadas, que nunca se conseguiu direcionar o atendimento do hospital apenas para a emergência: "E apesar da gente tentar repassar pro Hospital de Guarus, a gente recebe pacientes clínicos também, não só os pacientes acidentados como era o objetivo principal do hospital. Nunca se conseguiu direcionar só pra emergência". Ela explica que o Hospital Geral de Guarus (HGG) só tem abrangência clínica, que as cirurgias que são realizadas lá são as que eles costumam chamar de "doença abdominal fechada". Explica que a ideia era de que recebessem clínica no HGG e acidentado e cirúrgico no HFM, mas enfatiza que isso não funciona, tanto pela parte da procura da população "quanto da parte dos próprios resgates, emergência em casa[52], que é

[52] E8 menciona que esse serviço de "emergência em casa", que socorre pessoas em suas residências e levam em suas ambulâncias ao hospital, tornou-se um "sistema de remoção" e que não fazem um "atendimento 100%". O médico E11 diz mais: "Essa emergência em casa, a gente tem muito problema com eles. Eles trazem o paciente, jogam o paciente, não vê o paciente, não examina o paciente, não muda a conduta, não faz nada. Eu chamo eles de 'taxi-casa'. Eu chamo um táxi, pra mim é melhor pagar a corrida de um taxista e trazer o paciente, porque 80% das vezes não existe uma intervenção no paciente e aí você ta perdendo tempo. Paciente grave a gente não pode perder tempo".

da Prefeitura, corpo de Bombeiros, todos trazem pra cá porque aqui tem o grupo de profissionais completo. É o único lugar". Assim, a seu ver, o HGG não conseguiria desafogar o HFM.

Ainda em relação ao costume da população em recorrer ao HFM, a assistente social E4 diz que as pessoas ficam meio dependentes do seu atendimento porque "quer queiramos ou não, ainda é o melhor atendimento". Dessa forma, há pessoas que falam que não querem ser atendidas em outro lugar, primeiro "porque já está ali, depois porque confia no atendimento e a gente tem notícias de que o atendimento aí fora está muito complicado e aqui, pelo menos, nesse plantão, eu sei que as pessoas atendem com boa vontade". Ela diz que ouve coisas ainda do tipo "ah eu sei que deveria ir no HGG, deveria ir na Santa Casa", ou qualquer outro lugar, "mas eu vim aqui porque é mais perto de casa, eu não tenho dinheiro". Segundo E4, se confirma, na verdade, que elas preferem ir para o HFM.

Logo abaixo, visualizamos as principais ocorrências que caracterizaram as entradas no hospital entre 2012 e maio de 2014. Não temos a definição para "outras causas", contudo estando separadas das outras ocorrências como as de acidente – que configuram em sua maioria a entrada via ambulância na unidade –, podemos inferir que incluem a procura espontânea da população (sem podermos julgar a procedência quanto a sua classificação de risco):

Tabela5: Ocorrências do HFM

Descrição da Ocorrência	**2012**	**2013**	**2014***
Outras Causas	51.420	51.220	20.412
Acidente Automobilístico	585	1545	556
Acidente Ciclístico	248	873	420
Acidente Motociclístico	1199	3448	1631
Agressão Física	290	1151	530
Atropelamento	317	883	373
Choque Elétrico	6	20	4
Pab - Perfuração Por Arma Branca	53	110	39
Paf - Perfuração Por Arma De Fogo	138	284	156
Queda (Laje, Escada etc.)	953	3627	1557
Queda Da Própria Altura	927	3954	1623

Fonte: Elaboração própria a partir de pesquisa no setor de Contas Médicas do HFM
* O ano de 2014 refere-se aos meses de janeiro a maio.

Contudo, tem havido ao longo dos anos uma tentativa de educação à população no sentido de não procurar o hospital para casos não pertinentes, como destacado pelo porteiro E1:

> Há 10 anos atrás, você via aquele atendimento da recepção ali onde se fazia a ficha qualquer coisa, qualquer coisa, hoje não. Hoje tem um filtro, uma triagem, um pré-atendimento. (...) Foi investido também nesse sentido. Inúmeras propagandas foram feitas (...) O próprio atendimento do PABX[53] já vem falando, na televisão também houve, rádio, no sentido de informar a população pra que procurasse os casos de menor gravidade outro lugar[54]. Então hoje muito da população, nem todos tem tido essa noção, entendeu? Agora... ainda tem aqueles que acham que tudo é Ferreira Machado, entendeu? E isso aqui não dá porque o hospital também recebe pacientes de outros municípios. Ainda tem essa questão... Ambulância de inúmeros municípios que o hospital atende.

Assim, além do atendimento de seus munícipes, há um incremento do atendimento causado por esse outro fator, também levantado pela assistente social E9: as demandas de outros municípios. "Vem tudo pra cá!" – frase utilizada por E5 e que também aparece com frequência nas falas dos outros entrevistados, que destaca a presença marcante de usuários oriundos de municípios como São João da Barra, São Fidélis, Cardoso Moreira, Quissamã e São Francisco do Itabapoana. O discurso de E8 é mais acalorado nesse sentido: "Bom Jesus vem pra cá e é do lado (de Itaperuna)". Segundo ela, o Hospital São José do Havaí[55], em Itaperuna, "impõe restrições e não recebe de braços abertos como a gente recebe". Ela diz que existe uma divisão geográfica sendo proposta,

---

[53] Quando ligamos para o hospital, ouvimos a mensagem de que o hospital é só para casos urgentes.

[54] Hoje é possível ver em uma das entradas do PS, onde ocorrem a triagem do atendimento, há banner com as seguintes informações: "Entendendo como se organiza o Atendimento neste Hospital de Emergência. 1 – Ao chegar, dirija-se à central de Acolhimento. 2 – Você será encaminhado para o consultório de Classificação de Risco. Neste local, após a avaliação do enfermeiro será determinada a prioridade de seu atendimento. Para isso é utilizada uma escala de cores: Vermelho – essa cor é indicada para os casos mais graves, que necessitam de atendimento médico imediato. Estes casos serão atendidos na sala vermelha; Amarelo – Indicada para usuários que necessitam de atendimento médico com prioridade em consultório, pois não correm riscos imediatos; Verde – Indicada para usuários sem gravidade. Estes serão redirecionados a uma unidade pré-hospitalar de referência para atendimento médico no mesmo dia. Azul – Essa cor é indicada a casos mais simples e que deveriam ser atendidos em outras unidades de saúde de menor complexidade. Não apresentam queixas que justifiquem atendimento médico no mesmo dia. Serão redirecionados a uma unidade básica de referência". Também há um informativo de que os atendimentos de clínica médica estão sendo feitos nas unidades de Pronto Atendimento, UPA´s e HGG, que naquela entrada seriam atendidos apenas pacientes de ortopedia, oftalmologia, otorrinolaringologia e pediatria.

[55] O HSJA é um hospital filantrópico que presta serviços ao SUS, além de convênios e atendimento particular. É referência em urgência e emergência do SUS para os 13 municípios que compõem o Noroeste Fluminense. Mas também é referência em serviços de diagnóstico e terapia, que inclui, por exemplo, tratamento cirúrgico de obsedidade e diabetes e quiomioterapia, com destaque ainda em procedimentos na área de neurocirurgia.

> mas não é acompanhada, que a gente só atenderia os municípios “santos”: São Francisco, São Fidélis e São João da Barra, além do nosso. Mas isso não é obedecido. A gente acabou de receber um paciente de Quissamã, vai receber um outro de Quissamã. E é vizinho de Macaé! Mas Macaé não abrange, não absorve, eles exigem um tratado financeiro pra absorver o pessoal de lá. Então todo do SUS vem pra cá. (...) Esse tipo de regra geográfica, por exemplo, se fosse levado a sério, se fosse obedecida, já diminuiria a demanda aqui. Se os municípios também... eu vou falar uma coisa meio chula, mas tomassem vergonha e organizassem o que a Constituição mandou, que é fornecer assistência do SUS pra todo mundo, igualdade, se São João da Barra tivesse vergonha e montasse um CTI pra si, se São Fidélis tivesse vergonha que nem um ortopedista eles têm, entendeu, se São Francisco atuasse(...), se eles tivessem sua própria situação, a gente teria condição de atender o cidadão de Campos, que é nossa obrigação!

A fala de E8 revela duas coisas. Ao mesmo tempo em que nota a divisão regional, que de fato foi estabelecida, em que Campos centraliza o atendimento de emergência na microrregião II da região Norte do estado, ela anseia que os citados “municípios santos” tivessem a mesma estrutura emergencial de atendimento, sendo que isso iria de encontro à organização do sistema prevista nas noções de regionalização e hierarquização. O porte desses municípios não exigiria, de acordo com tais regras, um tipo de atendimento mais complexo. Porém, sua fala revela também que Campos atende municípios de outras microrregiões, que deveriam ser tratados pelos municípios de Itaperuna e Macaé.

Conseguimos apurar a procedência dos usuários que deram entrada no hospital entre 2012 a maio de 2014. Ressaltamos, todavia, que esses dados limitam-se aos municípios de residência dos usuários. Não havia dados em relação ao local onde os mesmos estavam nos casos de remoção, por exemplo, o que poderia justificar o porquê de uma pessoa que reside no município de Macaé ou Itaperuna ser atendida em Campos.

Tabela 6: Municípios de Residência de usuários do HFM

Município de Residência	2012	%	2013	%	2014*	%	TOTAL	%
CAMPOS DOS GOYTACAZES	53.289	94,94	63.800	95,08	25.319	95,03	142.408	95,02
SÃO JOAO DA BARRA	787	1,40	868	1,29	346	1,30	2.001	1,34
SÃO FRANCISCO DE ITABAPOANA	682	1,21	830	1,24	318	1,19	1.830	1,22
SÃO FIDELIS	249	0,44	293	0,44	140	0,53	682	0,46
CARDOSO MOREIRA	233	0,42	317	0,47	131	0,49	681	0,45
RIO DE JANEIRO	72	0,13	130	0,19	44	0,17	246	0,16
QUISSAMA	95	0,17	104	0,15	32	0,12	231	0,15
MACAÉ	67	0,12	69	0,10	31	0,12	167	0,11
CONCEIÇÃO DE MACABU	76	0,14	59	0,09	24	0,09	159	0,11
CARAPEBUS	39	0,07	37	0,06	19	0,07	95	0,06
ITAPERUNA	22	0,04	41	0,06	12	0,05	75	0,05
ITALVA	19	0,03	35	0,05	13	0,05	67	0,04
RIO DAS OSTRAS	24	0,04	25	0,04	10	0,04	59	0,04
BOM JESUS DO ITABAPOANA	14	0,02	25	0,04	13	0,05	52	0,03
MIRACEMA	22	0,04	14	0,02	5	0,02	41	0,03
CAMBUCI	22	0,04	12	0,02	3	0,01	37	0,02
APERIBÉ	16	0,03	7	0,01	5	0,02	28	0,02
PORCIÚNCULA	3	0,01	9	0,01	4	0,02	16	0,01
SANTO ANTONIO DE PÁDUA	7	0,01	9	0,01	0	0,00	16	0,01
Outros**	394	0,70	416	0,62	173	0,65	983	0,66
Total	56.132	100,00	67.100	100,00	26.642	100,00	149.874	100,00

Fonte: Elaboração própria a partir de Pesquisa no Setor de Contas Médicas do HFM
* O ano de 2014 refere-se aos meses de janeiro a maio.
** Compostos por municípios não só do Rio de Janeiro, como, por exemplo, Duque de Caxias e São Gonçalo, como municípios de Minas Gerais (Muriaé, Belo Horizonte etc.), Espírito Santo (Marataízes, Mimoso do Sul etc.), São Paulo (São Paulo etc.) e Bahia (Salvador etc.), que podem ser resultado de acidentes em trânsito em rodovias.

Os números acima indicam que cerca de 95% do atendimento no período entre janeiro de 2012 a maio de 2014 se direcionaram às pessoas residentes no próprio município de Campos. Os municípios mais atendidos em seguida (em ordem descendente da tabela) são exatamente os "municípios santos", que compõem a microrregião II, seguidos por outros municípios de distintas microrregiões. Nesse sentido, outros municípios não teriam um quantitativo de atendimento expressivo quando comparado a Campos. Contudo, o crescimento da população campista acima da médica nacional pode ter implicado no aumento da demanda local.

A auxiliar de enfermagem E12 explicita a preocupação com o crescimento da cidade também propiciada pela implantação no município de São João da Barra do Porto do Açu, que vem atraindo trabalhadores de diversas localidades:

> Se acontece um acidente grande, que a gente nunca ta livre de um negócio assim, como já aconteceu um acidente um tempo atrás aí, acho que foi com um ônibus indo pro Porto do Açu ou vindo do Porto do Açu, um negócio desse... Não foi coisa tão grave não, mas foi parar muito paciente no hospital. Aí eu não sei, será que vai ter leito pra todo mundo, onde vai colocar esse povo todo?

A superlotação não se expressa apenas na falta de espaço nas enfermarias, que provoca o acúmulo de macas por todo o corredor do PS, visualizada ao longo dos anos de 2012 e 2013. Mas mesmo nas salas de atendimento do Serviço Social e da Psicologia, por exemplo, a falta de privacidade no atendimento ao usuário compromete tanto o sigilo, que lhe é de direito, quanto à qualidade e às boas condições para execução do trabalho do profissional. A situação se complica porque ambas as categorias profissionais dispõem do mesmo espaço físico para seus atendimentos, cada qual em uma mesa, quase lado a lado, em uma pequena sala, dispondo de um pequeno sofá.

Por mais que a assistente social E4 defenda que haja uma relação de respeito e companheirismo entre os profissionais em seu plantão, no sentido de que quando um vai atender um usuário, o outro deixa a sala, pude presenciar várias vezes diversas pessoas presentes na sala durante os atendimentos. Eu mesma não fui advertida de me retirar. Por vezes, profissionais de outras áreas entram na sala para usar o telefone ou para conversar com a assistente social e a psicóloga de plantão. E nesse ínterim, bate a porta um usuário solicitando alguma orientação e expondo seu problema na frente de outras pessoas.

E4 menciona que a Psicologia e a Assistência Social possuem modos diversos de conduta, contudo, pude presenciar E4 se intrometendo na atuação da colega psicóloga E10, no intuito de lhe dar feedbacks acerca de sua conduta com os usuários. Pude, em entrevista com E10, identificar seu descontentamento com a intromissão da colega, como se a assistente social tivesse qualificação profissional para julgar a atuação de um profissional de outra disciplina:

> Se você está numa sala com um outro profissional, com uma outra visão, querendo ou não, né, você fez uma faculdade [tom irônico], fica muito difícil! Uma coisa é você chamar um profissional de uma outra área pra atender junto com você, uma outra coisa é você ser obrigada a atender junto, né, porque você está na mesma sala dividindo... Não só com ela, como com as pessoas, com a secretária do Serviço Social. Quer dizer, ta todo mundo fazendo parte do atendimento. É muito difícil!

Durante a maior parte da entrevista com E10, E4 esteve presente, exatamente por dividirem a mesma sala. Pude presenciar uma paciente que havia tentado suicídio procurar o setor para informar que sairia do hospital, uma vez que não conseguia dormir no corredor devido aos gritos de um paciente. Sua demanda era da Psicologia, no entanto, E4 é quem faz o atendimento nesse momento, dando conselhos à paciente, inclusive de esfera religiosa, e

também a orientando a procurar o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), embora o encaminhamento tenha sido, de fato, já prescrito por E10.

Dessa forma, além da intromissão de outros colegas no atendimento, que acarreta o desconforto do profissional responsável pelo mesmo, o próprio direito à privacidade do usuário fica comprometido com a presença de outras pessoas, como ressalta E4: “Mas há momentos em que a sala está superlotada e entra o pessoal da limpeza, pessoal da enfermagem e vai entrando e o sigilo muitas vezes não é respeitado. Como que eu vou garantir o sigilo a uma pessoa se de repente entra outra na sala?”. E4 explica que tal situação seria remediada pelo fim das obras que o hospital vem passando, em que em tese haverá uma sala separada para o Serviço Social e para a Psicologia. A entrevista com ela foi em maio de 2012 e com E10 em abril de 2013, sendo que até maio de 2014 continuam ambos os setores dividindo a mesma sala, e tais ações relatas continuam ocorrendo.

A psicóloga E18 também expressa desconforto com a postura de colegas e a falta de um ambiente propício à privacidade dos usuários:

> Não tem privacidade. E até pra poder a gente atender, que a gente é psicólogo pra atender às vezes pra falar de situações muito íntimas e assim... Puxa, quantas vezes eu to atendendo e o cara ta falando uma coisa assim... a mulher ta contando uma situação de violência sexual e passa um colega, me encontra no corredor “e aí, tudo bom?” e me cumprimenta, não entende que eu to num atendimento.

Não foi a primeira vez que conflitos entre profissionais foram detectados, aqui no caso, entre categorias profissionais. Na pesquisa anterior (LUNA, 2009a) com auxiliares de enfermagem, pudemos perceber relações de trabalho conformadas sobre relações de poder interessante. Uma vez que não chegavam a ser enfermeiros, possuíam uma ambígua situação de reconhecimento frente aos outros funcionários, visto que não adquiriram um saber mais especializado e qualificado e, no entanto, fazem o tipo de serviço essencial em qualquer unidade médica: cuidam do paciente, medicando-o, higienizando-o e verificando-o.

Na pesquisa atual, novamente a equipe de enfermagem evidenciou situações conflituosas, indicando um elevado nível de stress, dentre todas as equipes de distintas categorias profissionais que tivemos contato não só por meio de entrevistas, mas também a partir de conversas informais durante as visitas ao estabelecimento.

Foi realizada uma roda de conversa gravada seguindo o mesmo roteiro de entrevista utilizado com os outros entrevistados, com duas técnicas, uma auxiliar e um enfermeiro em treinamento. Fugindo do roteiro, foram questionados sobre qual a diferença entre o trabalho

do auxiliar, do técnico e do enfermeiro. Todos disseram que na prática, o trabalho do auxiliar e do técnico é o mesmo, embora o primeiro corresponda a nível de 1º grau escolar e o último ao 2º grau. Em tese, eles dizem que o técnico deveria atender em um grau de complexidade maior. A auxiliar de enfermagem E13 ainda diz que há uma diferença salarial de "quase 1000 reais a mais" para o técnico, todavia, "a função é a mesma. A diferença do técnico pro auxiliar é só isso aqui, no serviço é a mesma coisa".

Já em relação ao trabalho realizado pelos auxiliares e técnicos para os enfermeiros, obtivemos as seguintes explicações. E13: "A diferença é que geralmente os técnicos trabalham mais. Eles (enfermeiros) ficam mais na supervisão". A técnica de enfermagem E14 explica o trabalho dos enfermeiros:

> A responsabilidade deles é chegar e verificar quem está no plantão, se todas as equipes estão montadas, remanejar, se for o caso, pra poder compor o plantão, quem tiver de atestado... Então o responsável, o supervisor (enfermeiro supervisor do plantão), qualquer intercorrência maior, ele que responde pela equipe de técnicos. Um procedimento mais invasivo é de capacidade e de responsabilidade dele realizar. (...) Por exemplo, uma sondagem vesical é de responsabilidade (dele), por quê? Porque é um procedimento considerado invasivo. Então existem procedimentos que é de classificação e de exigência que um enfermeiro, de nível superior, faça.

De acordo com E12, que não estava incluída nessa roda de conversa: "Enfermagem é o que? Nada mais, nada menos, que fazer procedimentos mais complicados e escrever. Já o auxiliar e o técnico têm que pegar mesmo no batente, no pesado". Assim, o técnico e o auxiliar de enfermagem tornam-se peça fundamental na instituição de saúde, porém executam um tipo de "trabalho sujo", o que literalmente lhe incute o contato maior com excrementos, vômitos, urinas e sangue de pacientes.

A partir dessa explicação, e considerando alguns conhecimentos obtidos na pesquisa anterior e também da época em que trabalhava no hospital, questionei a todos se havia momentos em que o técnico ou auxiliar executassem as funções mais complexas do enfermeiro. Todos disseram que sim, tanto técnicos quanto auxiliares executam procedimentos de maior complexidade, como explicado por E14:

> Acontece que todos nós aprendemos no nosso curso. Isso foi determinado que é de responsabilidade (do enfermeiro), mas, por exemplo, (...), às vezes não chega um paciente apenas pra você se dedicar a ele, às vezes chegam vários pacientes e precisa fazer vários procedimentos ao mesmo tempo, então ele (enfermeiro) é um só, então nós temos a capacidade, temos uma vez sendo supervisionados por eles, a gente pode agir plenamente. Então nós estamos fazendo aqui, a gente sabe as técnicas como fazer, a gente acaba

> atuando, fazendo também, mas é uma coisa que é de responsabilidade deles, porém nós estamos atuando pela supervisão deles.

O enfermeiro E15 explica que tanto o técnico e o auxiliar só podem fazer tais procedimentos quando delegados pelo enfermeiro: “No momento que o enfermeiro autorizou, ele tem respaldo pra fazer, tendo conhecimento técnico ele pode executar”. Acontece ainda que embora muitos sejam concursados pela função de técnico ou auxiliar, possuem formação acadêmica em enfermagem atuando como enfermeiros em unidades de saúde particular na cidade. Muitas vezes cursaram a faculdade em concomitância ao trabalho, de forma que em uma instituição trabalham como técnico/auxiliar e na outra como enfermeiros, como no caso de colega de E12, “que trabalha como auxiliar, é concursado como auxiliar no Ferreira, e é chefe de enfermagem” em outra instituição.

E12 tece duras críticas a sua “classe”, que inclui técnicos e auxiliares, como categoria distinta do enfermeiro graduado, no que tange ao tipo profissional que mais demonstra “frieza” com usuários: “Vou me trucidar, mas eu acho”. “Eu falo do técnico, falo da minha classe, médico não e enfermeiro também não”. E12 foi a única entrevistada que direcionou esse tipo de crítica à própria categoria, enquanto os outros falavam de forma genérica que vêem muito descaso no atendimento, ou em alguns casos apontando para outra categoria profissional. E12 disse que às vezes é até confundida com assistente social exatamente porque gosta de se aproximar e conversar com os usuários, de forma que ela mesma se distancia da crítica que faz aos colegas e enaltece àquela categoria: “Eu tenho uma caída por serviço social tão grande, um negócio assim tão bom que o pessoal fala que eu lá dentro do hospital eu sou uma assistente social, eu sou mais do que técnico de enfermagem, e mais do que auxiliar, eu sou uma assistente social!”. Maior amabilidade por parte do profissional é encarada com certo estranhamento para categoria da enfermagem, ao passo que seria pertinente para a outra possivelmente por ser uma disciplina da área de Humanas.

Mas E12 acredita que sua classe é pouco apreciada: “nós auxiliares, técnicos, somos muito valorizados não”. E ela acha que por eles mesmos:

> Porque todo mundo corre atrás de terceiro grau. Nós somos a nível de segundo grau[56]. Então tem assim... eu conheço colegas lá dentro que já

[56] O curso de auxiliar não existe mais, assim, geralmente os auxiliares são pessoas mais velhas, que fizeram o curso na época em que não existia o curso técnico. Mas de acordo com os entrevistados, o curso técnico veio a substituir o de auxiliar, de forma que todos com quem conversamos, auxiliar ou técnico, se tratam como pessoas de uma mesma “classe” (“a nossa classe” como categoria profissional), se referindo como “os técnicos”, mesmo aqueles que são auxiliares, como no caso de E12. Segundo ela: “O auxiliar é o antigo que não existe mais que é o que tinha só o primeiro grau completo. E o técnico de enfermagem já é a nível de segundo grau e técnico,

> fizeram a enfermagem, tão como auxiliar de enfermagem. Aí querem fazer alguma coisa, acham que não têm obrigação de fazer, entendeu? Porque ela tem enfermagem com essas faculdades aqui em Campos, muitos fizeram enfermagem mesmo. (...) Então esses que já fizeram enfermagem, eles não querem muito pegar no pesado. Então eles mesmos, no caso deles, porque eu não fiz enfermagem, enfermeiro mesmo, acho que eles mesmos desvalorizam eles mesmos. Então somos nós mesmos, eu penso assim.

Embora não haja realce quanto à diferença entre auxiliares e técnicos, E12 percebe, todavia, diferenças de comportamento de seus colegas técnicos/auxiliares que não se graduaram e os que sim, em relação àqueles que de fato exercem a função de enfermeiros:

> Mas eu acho também... dos técnicos e auxiliares de enfermagem serem muito abusados. Eles são meio abusados, entende? Você dá a mão, quer o pé, aquela coisa assim de às vezes querer ser até mais que o enfermeiro. E o enfermeiro já dá aquela travada, entendeu? Eu vejo muito isso lá dentro. (...) Mais os que não fizeram (faculdade) porque os que fizeram enfermagem, eles estão ali atrás querendo uma chance pra eles. Então eles não vão bater de frente, né, e vão ficar mal falado nos hospitais particular, por aí afora.

Nesses breves relatos de E12, inferimos que dentro da mesma equipe de trabalho, definida como a "equipe de enfermagem", composta por enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, e submetida no hospital a uma coordenação de enfermagem, existem distinções, algumas mais sutis que outras. A mais evidente é a de atribuição técnica, volume de capital cultural agregado que se desdobra em termos monetários, capital econômico. Enquanto que a diferença salarial dos enfermeiros para os outros dois não é questionada, pelo mérito atribuído àquele que "corre atrás de terceiro grau", por outro lado, os "quase 1000 reais" de diferença salarial entre duas funções, que na prática em nada se diferem, tem sido pauta de contestação dos auxiliares e promessa de resolução: Quando sair o plano de cargo salário, os auxiliares "entram" como técnicos, ganhando a equiparação salarial com àquele. Todos os entrevistados das distintas categorias, no entanto, se queixaram que até o momento não tiveram a implantação do mesmo no hospital[57].

A graduação em enfermagem, como bem cultural, revela-se como um "plus", propiciando a seus detentores, que executam o mesmo serviço pelo mesmo salário que os não graduados, a deflagração de um comportamento de distinção entre os colegas, que se desdobra em duas linhas: um posicionamento de superioridade em relação aos não graduados e um relacionamento mais respeitoso para com os enfermeiros de cargo. Esses últimos, por sua vez,

---

entendeu, essa é a diferença. Já foi extinto. (...) Técnico de enfermagem recebe um salário e o auxiliar outro. (...) Nós estamos correndo atrás disso aí (equiparar salários)".

[57] Situação que permanece em junho de 2014.

segundo E12, expressam uma autoridade maior: “Se a gente tiver alguma dúvida sobre medicação, a gente pode ir direto ao médico ou enfermeiro. Eu sei que o enfermeiro gosta que vá a ele. Eu sei disso: que o enfermeiro gosta que vá a ele. Porque eles já estão sendo considerados doutor”.

Havemos de ponderar, todavia, que nas entrevistas com as demais técnicas e auxiliar, o conflito profissional mais latente não se evidenciou entre a equipe de enfermagem, mas entre esta e os médicos. E um dos fatores propulsores de maior conflito com àquela categoria está relacionado com um dos maiores fatores estressores entre os enfermeiros em contexto de Pronto-Socorro: “atendimento aos familiares de pacientes críticos”. Pesquisa realizada com enfermeiros atuantes em unidades das 5 regiões brasileiras apontou que este fator é tão estressante quanto “realizar tarefas com tempo mínimo disponível” (MENZANI; BIANCHI, 2009, p. 330).

Os acompanhantes dos usuários também são mencionados por E12 que destaca que ao mesmo tempo em que os mesmos ajudam no cuidado, podem “atrapalhar”. Opinião, por sinal, compartilhada pelo médico E6:

> A gente costuma falar que o problema do paciente nem é o pior, às vezes é o acompanhante que é o pior no atendimento [risos]. Porque muitas vezes a gente quer ouvir o paciente, quer ouvir o que o paciente tem pra falar e o acompanhante fica falando, fica falando... Assim, é um direito que ele tem. É um direito que o paciente tem de ter o acompanhante, mas atrapalha.

A exposição da equipe de enfermagem no que tange à qualidade dos serviços prestados é enorme. Por sua vez, os serviços que prestam sofrem a influência de fatores como “stress do paciente e do familiar agravados pela alta demanda, impondo maior habilidade do profissional para controlar a situação; condições de trabalho inadequadas relacionadas ao ambiente, recursos materiais e tecnológicos” (MENZANI; BIANCHI, 2009, p. 328). Como ilustração, o desabafo da técnica E14:

> A gente fica com a cara na frente, né. Eu costumo dizer que a gente é comissão de frente que o primeiro a ver é sempre a enfermagem. Se falta roupa a enfermagem responde, se não tem remédio, a enfermagem responde. Se o médico ta demorando, a gente tenta arrumar uma desculpa pra poder o paciente não ficar tão agressivo com a gente porque a gente que ta com a cara na reta! Então a gente acaba sendo a comissão de frente pra todas as respostas.

A auxiliar E13 concorda com a colega:

> Só que aquilo que ela falou, né, hora eles (médicos) vêm, hora eles... Aí fica aquela situação difícil A gente vai em cima deles. “Já chamei”. “Ah então ta, a gente ta aguardando”. (...) É aquilo que ela falou: nós somos a comissão de frente. (...) Como é que vai dizer pro paciente que o médico não quis vir, não vai vir agora? “Aguarda um cadinho”. A gente até cria mentira, fantasia, “ta no centro cirúrgico”, pra evitar alvoroço aqui dentro.

Quando questionada sobre o que faria se fosse diretora do hospital, qual setor ou aspectos trabalharia, E14 é enfática:

> A meu ver, eu acho comprometimento dos médicos de plantão. Porque sabem que estão de plantão e quando a gente precisa buscá-los pra qualquer coisa, parece que a gente ta chamando, pedindo um favor. Não é tipo assim não é obrigação deles, eu acho assim, eu acho isso o cúmulo do absurdo! Sabe que ta de plantão aqui, chegou um paciente, ele é comunicado que precisa descer, que dependendo da especialidade que for, a gente não pode generalizar todos, porque existem outros que não... Mas dependendo da especialidade precisa que ser atendido, misericórdia! Porque a gente só vê, infelizmente, eu vou falar isso e é real, não to falando mentira, quando se trata de algum conhecido, algum da mesma classe, algum colega que seja da mesma classe médica, ou conhecido, ou seja lá o que for, parece que desce todos, aí não tem. Mas dependendo da situação a gente fica numa situação de cara com o problema, que é o paciente aqui, sem ter autonomia pra poder fazer nada e o profissional que tem autonomia, que tem capacidade pra fazer... e nada acontece.

E8 também ressalta situações de impotência diante de certas atitudes de médicos:

> Eu vejo também médicos que deixam paciente aqui internado sem necessidade. Tipo assim “vou castigar a direção com corredor cheio”, entendeu? E aí se o paciente não toma a atitude de ir embora, mas aí ele sai castigado porque ele não tem o atestado, ele não tem medicamento, ele não tem receita de nada e ele vai embora por conta própria e ele ta aqui inutilmente, não precisava estar, desperdiçando até o dinheiro público, né. Mas por pirraça... Vejo médicos, alguns que vão pra casa e você telefona e diz que o paciente está enlouquecido de dor. Ele diz que só vai aparecer aqui daqui a 5 a 6 horas, entendeu? Apesar de estar recebendo pra estar de plantão. Isso a gente encontra, já vi várias vezes e me dói na carne toda vez que eu vejo.

Tanto E13, E14 e E16 estão de acordo que se o médico fizer sua parte e atender na hora certa, atendendo bem o paciente, a família vai se sentir bem, “e não vai te agredir. Então vira um ciclo”. Essas falas revelam o sentimento de impotência diante da pressão da família em razão da espera pelo atendimento médico e, logo, sua dependência em relação a ele. Situação também presente no relato de E8.

No relacionamento assim estabelecido, o médico figura como aquele cujo *habitus* propicia a "circulação" do poder de tanto pacificar como incentivar o conflito entre profissionais e usuários. E nesses termos, ele exerce uma dominação tanto em relação ao usuário quanto em relação ao profissional da enfermagem. O saber-poder médico permite a análise e prescrição dos tratamentos a serem encadeados com o usuário, de forma que o trabalho da enfermagem demande suas determinações. Por sua vez, a impotência do usuário em sua espera, em tal conjuntura, coloca-o na posição de completa passividade e alienação, logo, de sujeição ao seu domínio.

Diante de circunstâncias como essas, também em outras categorias profissionais pode haver a percepção de falta de reconhecimento e estima social em contraste aos médicos. A psicóloga E18 comenta que alguns usuários se irritam pela espera do médico e descontam nos outros profissionais, mas quando se deparam com o mesmo, mudam de postura: "O cara chega: 'Estou mais de meia hora esperando...' [simula grito]. Aí chega o médico, 'oi, doutor, tudo bem?' [simula mansidão na fala]. A gente fica morta de raiva!". Mas as equipes de enfermagem, independente do nível técnico, por terem maior contato com os usuários, estão mais expostas a instabilidade emocional dos mesmos. A fala da enfermeira E8 é emblemática nesse sentido:

> Aqui a gente ta exposto a tudo: ao nosso erro, à agressão física, né, à agressão verbal toda hora... Dos pacientes, dos parentes, dos próprios profissionais que vêm de fora, entendeu? (...) A gente é para-raio! É quem mais escuta, é quem mais recebe crítica. E é quem mais ajuda. E é quem mais cuida. E é quem mais atende. (...) É uma coisa muito doida porque a gente merece mais carinho e recebe menos! (...) Mas já teve gente que foi agredido sim. Depende da satisfação da população e a satisfação da população, você ta vendo que não depende só da gente. A gente faz o que pode. Mas ele quando fica insatisfeito com o tratamento aqui seja qual for a origem do tratamento, ele se volta contra a equipe que ta mais perto. E qual a equipe que ta mais perto? A de enfermagem! Nós cuidamos 24 horas. E aí a gente acaba sofrendo as consequências das ações de todo mundo. É um efeito cascata. E a gente ta lá embaixo. Na base da pirâmide.

Nesses termos, se para os técnicos/auxiliares, o enfermeiro pode expressar a autoridade de um "doutor", quando em relação com os pacientes e com os médicos, a equipe de enfermagem torna-se um coletivo, o discurso proclama uma identidade de grupo, "a enfermagem", para além das suas distinções internas. E é esse grupo que passa 24 horas, entre escalas com diferentes profissionais e trocas de turnos, com os usuários. Daí a importância do seu trabalho na imagem e acolhimento que o hospital oferece como organização de saúde, uma vez que a categoria sofre "as consequências das ações de todo mundo". E é por terem

consciência da importância desse papel (“merece mais carinho”), que a frustração pela falta de reconhecimento de quem se percebe como “base da pirâmide” aparece (“e é quem mais recebe crítica”).

Outro aspecto relevante da fala de E14 acima exposta remete-nos aos privilégios no atendimento de determinado tipo de pessoa sobre outras, pessoa da “mesma classe médica” ou um “conhecido”. O caso em questão se alinha com a tese desenvolvida pelo antropólogo Roberto DaMatta (1997), muito disseminada no senso comum, acerca da função da dimensão hierarquizadora que permeia nossas relações diferenciais permitindo o estabelecimento de elos personalizados em atividades basicamente impessoais. Para o autor, as relações pessoais formam o núcleo daquilo que chamamos de "moralidade" ou "esfera moral", e tem um enorme peso no jogo vivo do sistema, sempre ocupando os espaços que as leis do Estado e da economia não penetram. Dessa forma, aqueles que recebem um tratamento diferencial não seriam iguais as outras pessoas, e nesse sentido vivenciam a condição de “pessoa” ou “supercidadão” em um contexto em que os demais são meros “indivíduos” igualados, indistintos. São assim os “VIPs” (very important persons), passando de um estado de anonimato que revela a igualdade e o individualismo a uma posição bem conhecida, que expressa a hierarquia, o poder e a pessoalidade. Na prática do atendimento, auferem uma atenção privilegiada na mobilização de pessoas que podem influir na resolução de suas demandas com mais efetividade.

Contrapondo a essa noção que entroniza valores personalísticos como estruturadores da sociedade brasileira, Jessé Souza (2001) defende que não é o capital de relações pessoais o principal critério de distinção entre “supercidadãos” e “subcidadãos”, ou “pessoas” e indivíduos”, tal como defendido por DaMatta. Com isso não pretende negar a noção de hierarquia e desigualdade nas relações sociais face a face. Os pressupostos para estas é que seriam outros. Para ele, o conjunto de propriedades ou sistema de propriedades (capitais), no sentido mesmo desenvolvido por Bourdieu, que definem a fruição de poder no capitalismo moderno, garantindo aos seus detentores uma probabilidade de ganhos seriam o capital econômico e cultural. Isso inclui o Brasil, que seria um país moderno, ainda que com a peculiaridade de uma “modernidade seletiva” e peculiar pela permanência de uma abissal desigualdade social (2000).

Jessé Souza desenvolve a tese de que no Brasil ocorre um novo padrão de dominação que se instaura por meio das instituições modernas aqui presentes (Estado e mercado), que hierarquizam as relações pessoais segundo princípios impessoais e intransparentes. Daí a superioridade dos capitais econômicos e culturais sobre os de relações pessoais (estes

predominantes em contextos de pré-modernidade) na diferenciação da estima e reconhecimento social, que diferenciaria “mais gente” de “menos gente” (2003). Seguindo essa perspectiva, poderíamos inferir que o médico, como aquele que ocupa um lugar privilegiado no campo, a “classe médica”, pelas propriedades agregadas em termos culturais e econômicos, dispõe de poder para influir no atendimento, que pode favorecer suas redes de contatos sociais e interferir no tempo e atenção dispensados no mesmo. Assim, as relações pessoais privilegiadas viriam a reboque de uma condição de distinção social anterior. A solidariedade daqueles que dividem a identidade de “classe médica” pode ainda ser um fator adicional no tratamento diferencial nos casos em que médicos estejam na condição de usuários, posto que usufruem de reconhecimento e estima dos seus colegas e também em âmbito mais amplo da sociedade.

Independente das distinções nas abordagens de DaMatta e Jessé Souza, ambas contribuem para visualização das hierarquias que permeiam as relações sociais no Brasil, de modo que para o contexto dessa pesquisa, revelam os pressupostos para a desigualdade de tratamento que fere o princípio de equidade do SUS. Aproximando da abordagem do último autor, que trabalha com conceitos desenvolvidos em Bourdieu, podemos ainda inferir que o volume distinto de capital cultural e econômico possibilita o tratamento desigual entre os próprios colegas de trabalho, nas diferentes categorias e mesmo dentro dessas, no sentido de favorecer o reconhecimento social de uns em detrimento de outros, de acordo com cada relação estabelecida. Em termos foucaultianos, não poderíamos falar em dominância maciça da classe médica sobre as outras, mas em dadas relações, ela é a detentora do *habitus* que possibilita a fruição do poder, que se desdobra em dominação e sujeição dos outros indivíduos.

Nesse ínterim, o Pronto-Socorro parece ambiente fecundo para insurgência de ressentimentos de classe. Outros entrevistados o expressaram também contra a categoria médica, como no caso do porteiro E1:

> (...) Se o público não tem uma qualidade do atendimento melhor não é por causa do funcionário, do auxiliar operacional, do auxiliar administrativo, não é por causa do auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem, ou enfermeiro. Mas é por causa do médico. Que ele pensa que no âmbito hospitalar, dentro do hospital ele pode fazer o que ele quiser e ele ta acima do bem e do mal, entendeu? (...) Não no Pronto-Socorro, não no Ferreira Machado, mas em qualquer hospital. Esse é o pensamento do médico, entendeu?

A fala de E1 posiciona o médico no papel de responsável único pela qualidade, no caso, negativa do atendimento. Quando questionada sobre se sentir injustiçada dentro do hospital, a farmacêutica E17 também se reporta ao médico, no relacionamento estabelecido com o mesmo. Diz que não foi "uma ou duas vezes não" que passou por tais situações de injustiça, assim como já presenciou colegas em tais situações: "simplesmente eles se acham superiores e eles tentam, eles passam por cima de você como se você fosse um nada. Isso acontece e muito, mesmo vendo que eles estão errados". E quando questionada sobre a possibilidade de médicos e farmacêuticos realizarem reuniões para discutir prescrições de medicamento, em vista do caso que cita de identificação de uma inadequação na prescrição de um antibiótico, ela acrescenta:

> Primeiro você tem que notificá-los que eles não são deuses. Assim que eles conseguirem beber um pouco do líquido e sentirem que não existe essa questão, essa assimilação de serem deuses, que isso é apenas utópico aí de repente quem sabe um dia eles conseguem enxergar um pouco mais.

Enquanto E1 estabelece uma oposição entre médicos e uma gama de funcionários do "auxiliar operacional, do auxiliar administrativo, do auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem", que são de níveis de 1º e 2º graus (com exceção do enfermeiro), a farmacêutica E7 já explicita uma oposição entre médicos e "não médicos", sendo estes últimos todos os outros profissionais da saúde graduados, como os farmacêuticos. A distinção entre eles se evidenciaria na discrepância salarial:

> Mas médico ele ganha no setor privado, ele ganha de 300 a 500% mais do que qualquer outro profissional de saúde. 300 pra cima, no mínimo de 300 a 500% acima de qualquer outro profissional. Então eles estão tendo que pagar muito mal a muitos profissionais de saúde não médicos pra poder pagar bem a um médico. (...) No setor público, já está acontecendo isso também. Não aqui em Campos, mas vai acontecer. No Rio já está. O médico ganha 7 mil, os outros ganham 3, 4 mil. Se for no setor privado, médico ganha 10 mil e o enfermeiro ganha 1800 pra cumprir uma carga horária selvagem. Eu acho que no geral, não só eu como qualquer pessoa que você pegar aqui com 15, 20, 25 anos, 30 anos de profissão. É triste, mas nós andamos, nós viemos pra idade da pedra! Nós estamos na idade da pedra e nós não sabemos onde isso vai parar.

Quando realizada a entrevista com E7 (abril de 2013), ela fez uma previsão que parece se cumprir agora em 2014. Isso porque na FMS, havia isonomia salarial entre todos os profissionais de nível superior. Assim, médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, farmacêuticos etc. ganhavam o mesmo salário. Porém, com a publicação das leis municipais

nº 8.542/2014, 8.543/2014 e 8.545/2014, em 3 de abril de 2014, algumas alterações foram aprovadas[58], o que incluiu a gratificação especial para médicos, logo, uma remuneração diferenciada.

A psicóloga E18 também percebe uma distinção: "Tem uma diferenciação. Os médicos, eles ainda têm essa questão, né, dessa diferenciação, às vezes eles acham que têm que ganhar mais que a gente". Pergunto a ela se o trabalho do serviço social e da psicologia é encarado como algo de menor importância. Ela confirma que sim, que existe essa percepção, mas que não concorda: "Porque todo mundo ta no mesmo lugar. Cada um executa um papel. Aqui (na psicologia) tem as responsabilidades também". Questiono então sua opinião sobre a importância maior que é dada ao corpo físico sobre os demais aspectos da vida, ao que ela responde, indagando: "E será que (a psicologia) não salva o físico?".

A questão levantada por E18 vai ao encontro exatamente da perspectiva humanizadora proposta pelo PNH e mesmo no texto formulador do SUS, em que a promoção da saúde sobrepõe-se à ideia reducionista de cura da doença: é preciso ver o homem para além de sua biologia e promover sua saúde requer a valorização de outros elementos. Essa visão pode ser enquadrada no âmbito de uma "micropolítica", como tratada por Ceccim e Merphy (2009), quando se apresenta questionadora da *dóxa*, da visão hegemônica de modelo da assistência à saúde. Mas o trabalho parece incutir a antiga lógica, como percebe desanimada a assistente social E4: "Na verdade, a gente fala muito de saúde, mas a gente só trabalha com doença. Sabe, eu nunca consegui trabalhar com saúde!". E quando ela fala de doença, não se restringe aos usuários, mas também ao trabalhador:

> e eu nunca tinha me atentado para o fato de que eu só mexo com doença, cada vez mais a sociedade ta doente, as pessoas estão doentes. No meu setor mesmo, por não poder se realizar profissionalmente, muitas colegas ficaram doentes. O corpo das pessoas, o nosso corpo está adoecido por não poder avançar. Na questão salarial também não há incentivo. (...) Tudo "vai sair",

[58] A Lei 8.542/2014 institui jornada de trabalho para servidores ocupantes do cargo de médico que atuam em regime de plantão em plantões de 12 horas, com interstício mínimo de 24 horas. A Lei 8.543/2014 dispõe sobre a instituição de gratificação especial para profissional médico emergencista dos Hospitais Ferreira Machado e Geral de Guarus. Entre os requisitos citamos possuir carga horária semanal de 24 e obter conceito bom em avaliação a ser realizada pela Direção, considerando critérios como assiduidade, pontualidade, produtividade, tratamento humanizado e outros critérios a serem considerados pelo gestor. Os valores são de R$ 625,00 por plantão de 12 horas de segunda a sexta-feira; e R$ 760,00 por plantões de 12 horas no sábado, domingo e feriado Já a Lei 8.545/2014 oportuniza aos servidores ocupantes do cargo de médico com carga horária de 20 horas semanais equipare à carga horária e salário base dos servidores municipais ocupantes do cargo de médico com carga horária de 24 horas semanais. Fonte: http://simec-simec.blogspot.com.br/2014/04/pmcg-rosinha-leis-n-8542-8543-e-8545-de.html Acesso em 20 de abril de 2014. De acordo com o site do Sindicato dos Médicos de Campos (SIMEC), medidas judiciais estão sendo preparadas contra as duas leis que tratam da carga horária dos profissionais, na divisão do plantão de 24 horas em 2 de 12 horas e a equiparação de 20 para 24 horas. Fonte: http://simec-simec.blogspot.com.br/ Acesso em 30 de maio de 2014.

> vai sair (plano de cargo e salário)(...) Só vai sair. Então é uma coisa assim que deixa você num grau de frustração que a gente já nem acredita mais que pode melhorar.

De acordo com Lacaz e Sato (2008, p. 126-127), na virada dos anos 1960 para 1970, se evidenciaram os limites do regime de acumulação baseado nos modelos taylorismo/fordismo, que difundiram ideias como tarefas e postos de trabalho. Uma nova forma de organização do trabalho emerge, buscando garantir competitividade e lucratividade, com destaque para as novas tecnologias de informática, que passa a definir níveis de produção a ser alcançados com sofisticação do disciplinamento da força de trabalho.

Nos setores de serviço, essa reestruturação produtiva, como ficou conhecida, pode ser visualizada na terceirização de atividades na busca de qualidade total, por exemplo. Contudo, essa nova forma de organização do trabalho incorporou exigências contraditórias em relação à saúde do trabalhador como a intensificação do ritmo e maior controle sobre o trabalho, criatividade e polivalência. Tais exigências também têm sido empregadas nos serviços de saúde. E no que se refere à saúde desses trabalhadores, vêm expressando um quadro de queixas no qual há um predomínio de um "mal-estar difuso", tais como "dores de cabeça e nas costas, dificuldade de dormir, cansaço que não melhora com o descanso, que tanto ocorre nas fábricas como nos serviços de saúde" (LACAZ; SATO, 2008, p. 127). Há de se ressaltar, entretanto, que nos serviços de saúde o desgaste é diferente do desgaste do operário, pela permanente exposição ao sofrimento e a morte. O mal-estar e sofrimento psíquico produzido pela vida institucional não são o mesmo, embora suas fronteiras se assemelhem mais a uma membrana que uma parede (ONOCHO CAMPOS, 2004).

Fala-se ainda em um novo perfil patológico com maior prevalência de agravos à saúde na população trabalhadora. Caracterizados pelas doenças crônicas, o nexo causal com o trabalho, todavia, não seria tão evidente quanto os casos de doenças e acidentes classificamente a ele relacionadas. Contudo, as doenças que ocorrem na população em geral passam a ocorrer em faixa etária mais precoce nos trabalhadores do setor da saúde (LACAZ; SATO, 2008, p. 128).

Em relações à saúde do trabalhador, além de grande parte acusar estresse no desenvolvimento de seus trabalhos, ainda houve relatos mais específicos. A auxiliar de enfermagem E16, por exemplo, conta que já desmaiou por conta de excesso de trabalho e estresse. Destaca ainda que na ausência de maqueiros, já precisou empurrar pesadas macas inúmeras vezes durante seu plantão: "To com 3 hérnias de disco por puxar essas macas". Já a auxiliar E13 destacou que "Nós estamos fazendo extra porque não tem funcionário. (...)Tem

gente que não ta aguentando mais fazer extra, estão sobrecarregados". A colega E14 acrescenta: "O que a gente faz é cuidar de vidas. Aí depois fala assim 'ah, porque a enfermagem botou dieta na veia, que fez vaselina, glicerina, sei lá, no soro...'". Apesar de muitos entrevistados evidenciarem que em relação à época em que começaram a trabalhar com a atual, ter sido incrementado o número de funcionários, incluindo da equipe de enfermagem, E13 destaca o número alto de substituições de funcionários com atestado ser responsável por essa sobrecarga: "A gente questiona com a chefia. 'Dona fulana, hoje faltou pessoa, ta de atestado, adoeceu, só tem tantas'. 'Nós vamos fazer o que, né?'. 'Se tem dois trabalha com dois, se tem um, você trabalha com um. Se tem 3, trabalha com 3'".

A saúde não é, todavia, a única queixa dos trabalhadores. O sentimento de frustração por se perceber desvalorizado aparece muitas vezes associado a um pessimismo em relação a melhorias no trabalho: "Eu acho que o porteiro em si dentro desse hospital ele já é tão massacrado, tão espezinhado, tão pouco apreciado, tão pouco levado em consideração, que eu acho que não tem nem mais o que mudar" (porteiro E1). As condições salariais, nesse contexto, se sobressaem: "Nosso salário ficou defasado, nossas condições de trabalho ficaram muito difíceis" (psicóloga E18). "Falta (gente para trabalhar) porque o salário não é mais atrativo... Não vale a pena. É muito sacrifício, muito trabalho pra ganhar muito pouco dinheiro. Há anos atrás nosso salário era milionário a ponto de vir gente do Rio pra substituir um plantão porque aqui se pagava muito bem" (enfermeira E8). E mais uma vez a farmacêutica E7 enfatiza a diferença que percebe em relação aos médicos:

> Não porque no Brasil, na área de saúde, valorizado eu acho que a gente não é porque a gente não ganha o que a gente acha que merece ganhar. Trabalhar com saúde, com doença, com tristeza nos lugares sombrios, insalubres, fechados... Feriado, dia santo, carnaval, final de semana, você passar fora de casa durante anos e anos e anos, noites mal dormidas, isso tudo vale muito dinheiro, muito mais do que a gente ganha. A gente merecia ganhar muito mais do que a gente ganha, mas então a gente não é valorizado. E menos valorizado ainda porque os não-médicos são menos valorizados ainda[59].

Os médicos, contudo, também fazem coro nessas queixas. Ressaltemos que quando entrevistados, em 2013, a divulgação de aumento salarial outrora mencionado não havia

[59] E7 faz uma comparação interessante dos médicos e não médicos com a oposição entre homens e mulheres. De acordo com ela, "os homens são sempre unidos. Dificilmente você vê um homem dedurar outro homem, ele ser indelicado com outro homem, só se for na situação de agressividade muito grande por causa de uma mulher. Entre eles não tem briga, não tem muita inveja. O homem, eles são muito mais amáveis e afáveis entre eles. As mulheres, nem a mãe é com a filha. Se a mãe não é com a filha, qual a mulher que vai ser amiga da outra? (...) A mulher tem um preconceito com a mulher". A união dos homens se afinaria, a seu ver, com o cooperativismo da categoria médica, tecendo crítica aos farmacêuticos, que assim como as mulheres, seriam desunidos.

saído. No entanto, durante as manifestações sociais ocorridas no país ano passado, principalmente no mês de junho, os médicos foram às ruas, fizeram sua representação na cidade, muitos deles falando em nome dos funcionários do HFM, reclamando sobre defasagem salarial. Os médicos entrevistados nessa pesquisa ressaltaram que as prefeituras dos municípios vizinhos estavam pagando muito melhor que Campos. Em relação à pergunta do que mudaria se fosse diretor do hospital, E5 responde:

> O salário nosso ta péssimo, então você tem todas as outras prefeituras pagando muito mais, não resolvem o problema e jogam os pacientes graves pra cá pra você resolver. Então o primeiro de tudo passa a estimular o profissional que ta aqui, querendo ou não passa por um aumento financeiro, pra você estimular o cara pra trabalhar. E depois que você tenha um aumento salarial considerável você parte do princípio que aquilo ali já vai tratar o cara de uma outra maneira. Então você tem como segurar o cara e cobrar porque não adianta você cobrar o cara com uma miséria, que... não é uma miséria, mas que com um salário bem inferior as outras prefeituras, que o cara não vai, o cara não vai é... trabalhar estimulado, vamos dizer assim. Então essa é uma questão. Outras questões é a parte de infraestrutura, o hospital ta mudando, que aqui, por exemplo, vão abrir 32 leitos de UTI (...) A necessidade de obra pro Ferreira Machado hoje é mais que urgente, não tem mais espaço, não tem mais espaço! Então como diretor, você tem que ver a parte salarial, você teria que ver a infraestrutura do hospital que ta muito deficitária e outras coisas é estimular o profissional de você estimular com cursos, estimular com outros conhecimentos da área da pessoa. Viabilizar melhor a parte de entrada de doente aqui, então você como diretor você pode limitar a entrada de alguns tipos de coisa que não é pra entrar mais aqui. Então assim não dá pra precisar agora o que eu faria porque na verdade é um conjunto inteiro, mas basicamente seria uma infraestrutura modificada, com aumento salarial, que aí você consegue trazer profissionais que hoje estão querendo fugir daqui, você traz o cara de volta até pela parte salarial e tal, mas dando condições a ele com uma infraestrutura melhor, que aí o cara não fica só pelo dinheiro, o cara fica também porque gosta de medicina que tem outros lugares que pagam tão bem, o cara pode querer ir para outros lugares. Então basicamente é atuar nessas duas áreas... Mas tem muita coisa para fazer, mas aí são pequenos detalhes, mas tem que pegar no grosso, no grosso seria isso.

Na fala acima, E5 sintetiza algumas questões aqui já indicadas: superlotação; demanda de municípios vizinhos; falta de espaço físico; classificação de risco e triagem. No entanto, expõe a reclamação, vigente ao menos na época das entrevistas, de defasagem salarial[60]. Essa questão seria a mudança mais necessária dentro do hospital, em sua opinião, uma vez que ela estimularia o profissional (estímulo que seria também incentivado por cursos). Mas nota-se que o profissional ali referido restringe-se ao médico. A insatisfação com o salário dos

[60] A gratificação foi anunciada em abril/2014. Em maio, reencontrei E2 e perguntei sobre o aumento. E2 reclamou que ainda não havia saído. E outro médico que estava presente respondeu que a previsão é que saísse no pagamento de junho/2014.

médicos apareceu até mesmo na entrevista com a enfermeira E8. Quando questionada sobre o que gostaria de mudar no PS ela diz "Eu gostaria que os profissionais tivessem mais prazer no trabalho. E é uma coisa que não depende da vontade da gente, né.". A partir disso, perguntamos se dependeria do salário melhorar, a que ela responde: "Pra parte médica 100%, né. Pros enfermeiros um pouco mais de conforto pra trabalhar, um pouco mais de espaço pra trabalhar, um pouco mais de apoio, de suporte pra trabalhar".

Mas a questão salarial não foi o único fator levantado pelos médicos quanto a insatisfações no trabalho. O sentimento de falta de reconhecimento e estima social também apareceu, não em relação aos colegas de trabalho da mesma ou de outra categoria profissional, mas em relação aos usuários, como exposto por E11[61]:

> O médico até um certo ponto ele era respeitado. "Não, doutor". Ele era até endeusado algumas vezes, que eu acho também errado. Mas agora não, agora tão batendo tanto, tão escancarando tanto, falando tão mal, e não tem elogio, só tem crítica, que essa relação está estremecida. Então o paciente já chega com você com uma pedra na mão, independente do que você tem a oferecer, ele já te joga no mesmo saco, acha que você não vai resolver, acha que você é um charlatão, acha que você é rico, que o que passam é que o médico é rico.

E11 acredita que a mídia tem ajudado a propagar uma imagem depreciadora do médico, que vem refletindo no estremecimento da relação médico-paciente:

> A mídia ta errada nisso, entendeu? O médico é um ser humano normal, o médico não é mais rico. Não vou dizer que o médico passa fome, claro que não, mas o médico não é mais aquele profissional que recebia o que recebia 20, 30 anos atrás. O médico é humano da mesma forma que a pessoa, ele também tem fome, ele também tem sono, ele também ta cansado, então tem outros problemas, entendeu? (...) Eu sou médico, eu lido com médico todo dia, vou dizer que pelo menos uns 80% dos profissionais estão empenhados em ajudar os pacientes, aí eles pegam os 20% que vão todo dia no Jornal Nacional, na Folha da Manhã, que são exemplos negativos, não sei se de uma forma correta ou não, e tentam generalizar. (...) E de uma certa forma sua relação com o paciente só vai piorando.

A médica E2 também explicita que o comportamento da população tem mudado:

---

[61] O desânimo dos médicos também vai em direção à falta de incentivos para prosseguimento dos estudos, queixa, aliás, compartilhada por outras categorias. O técnico de farmácia E19 ironiza quanto à postura da instituição a respeito do assunto: "morram burros!". O administrador E20 também diz que atualmente não há tal incentivo, mas que em gestão passada, faziam cursos e especializações mantidas pela municipalidade. A farmacêutica E17 é a única a fazer referência positiva quanto a esse assunto, dizendo que há descontos em faculdades e pós-graduações para os funcionários do hospital.

> A forma como a pessoa chega no hospital hoje é totalmente diferente do que chegava antigamente. Antes era “boa noite” ou “dá licença”, “doutor”, entendeu? Falava “doutor”... Hoje: “aqui, cadê o médico?”, “não tem médico aqui não?” [simula grito]. Sabe, favelado, assim... Não tem educação nenhuma!

A postura dos usuários evidenciada nessas falas ao mesmo tempo em que é reivindicadora de direitos é agressiva. Demonstra que o stress dos usuários não é direcionado apenas à equipe de enfermagem. Contudo, para a enfermeira E8 a maioria das reclamações dos usuários não tem fundamento. “Mas eu encontro mais pessoas cobrando profilaticamente, do que cobrando com direito de cobrar porque não foi dado. A maioria reclama antes de ser negado. Pra que não seja negado. Ou pra que não deixe de ser feito”. A médica E2, ao contrário, diz que muitas reclamações teriam fundamento, mas pondera que nem sempre é o caso e menciona as situações em que o usuário reclama de não estar sendo assistido, “largado nesse corredor”, quando “às vezes ele ta só em observação”. No entanto, E2 acrescenta: “Mas o médico não chegou e falou ‘olha, você vai ter que ficar em observação por causa disso, disso, disso...’”. Em relação a tais casos, a psicóloga E18 acrescenta que já orientou usuário que estava agitado por falta de orientação do médico: “Aí eu olho o prontuário dele, vejo alguma coisa e oriento ele tudo, que aí ele acalma”.

No caso acima, a psicóloga preencheu a lacuna deixada pelo cuidado do médico. Porém, nem sempre a integração do trabalho dos psicólogos e médicos tem o mesmo desfecho. E18 relata uma situação que ilustra bem essa questão:

> As coisas vão se construindo, os serviços vão se estruturando. (...) Mas, por exemplo, às vezes pode acontecer de um paciente ter uma tentativa de suicídio, entrar e sair e a gente não ver porque a gente não é avisado. Isso é uma questão que deveria ter um rigor maior, situações de violência, acho que a gente sempre deveria sempre ser comunicado, nem sempre a gente é. Então é uma coisa que às vezes a gente vai construindo “olha, é importante que a gente seja comunicado dessas situações pra gente poder tentar fazer algum tipo de intervenção”. Então são coisas que acontecem.

A integração das equipes de distintas categorias profissionais também é falha em outros lugares. A psicóloga E10 chama atenção para isso: “Ele funciona (o hospital), mas sem esse contato entre as especialidades, entendeu? É cada um fazendo por si. E fazendo como acha que deve ser feito”. Quando questionada sobre incentivos para prosseguimento de estudos, além de mostrar desconhecimento sobre a questão, também demonstra uma falta de diálogo e entendimento comum dos diferentes setores:

> Aqui a gente nunca sabe direito os direitos. A gente sempre fica com medo de faltar e aí tiram a gratificação, sei lá o que, nunca ninguém sabe direito. Olha, você vai no Departamento Pessoal, você vai no Sesmet (Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho), você no jurídico. Cada um fala uma coisa... aqui é... as pessoas não têm a mesma... de um departamento pro outro as pessoas já não têm a mesma fala. Você não sabe direito.

Muitas vezes, alguma demanda apresentada seja pelo usuário ou mesmo pelo trabalhador acaba sendo "jogada" de um setor para outro, revelando pouca efetividade na resolução. Em uma das visitas ao PS em 2014, E20 apontou-nos que o serviço no Pronto-Socorro é desorganizado, e é enfático ao dizer que um dos maiores problemas é a falta de rotina. Um simples problema como a queima de um disjuntor do chuveiro elétrico do banheiro da Pediatria identificado em um plantão continua sem solução no outro, uma semana depois. Os procedimentos burocráticos para pequenas compras, como as de um simples disjuntor, se revelam tão complicados, uma vez que é preciso acionar vários setores, um encaminhando a demanda para o outro, que fez com que uma recepcionista preferisse comprar um cadeado para o portão por conta própria, por exemplo.

Algo semelhante parece acontecer no trabalho das diversas categorias, segundo a médica E2, que se queixa que com a entrada de diversos plantonistas em distintas áreas "ao mesmo tempo que melhorou, piorou, por quê? Deixa pro outro o que você deveria fazer, o outro faz". Explica que

> Antes não tinha assistente social de plantão, não tinha psicóloga de plantão, não tinha administrador, então tudo se resolvia com o técnico. O enfermeiro também era muito pouco enfermeiro formado, a maioria era técnico, auxiliar de enfermagem e médico. Enfermeiro tinha um ou outro. Hoje tem um monte de enfermeiro, um monte de gente, então cabia ao técnico, cabia ao médico somente eles dois a fazer o papel de todo mundo. A gente tinha que ser assistente social, a gente tinha que ser psicólogo, a gente tinha que ser médico, a gente tinha que ser tudo então a gente tentava resolver tudo ali. Hoje como tem várias pessoas de plantão, "ah, isso daí é assistente social", "ah, vai no administrador", "ah, vai na enfermeira", "vai no técnico", entendeu? Começou a delegar funções (...) fica um jogando pro outro. E aí ninguém resolve nada, entendeu? Um joga pro outro e no fundo, no fundo cada um se livra daquele problema.

Se a entrada no PS de plantonistas de diversas áreas como Serviço Social, Psicologia e Administração, por exemplo, representa a possibilidade de um trabalho multidisciplinar no atendimento ao público, algo valorizado dentro da PNH, por outro lado, quando não bem entrosadas pode causar conflitos a respeito de incumbências e de debilidades no apoio que as

diversas disciplinas poderiam oferecer uma as outras. Segundo o administrador E20, “hoje vemos e assistimos total descaso dos gestores e falta de comunicabilidade entre chefias imediatas e péssima comunicação entre equipes multidisciplinares”. Dessa forma, a distinção entre equipes de distintas categorias profissionais ganha um realce muitas vezes negativo para o andamento dos trabalhos. A farmacêutica E7 já realça que certas pessoas fazem com que o plantão (certo dia da semana) seja visto como ruim: “São as pessoas que fazem aquela equipe ficar ruim, que uma maioria de pessoas naquela equipe é muito ruim e então a coisa não funciona. (...) Acho que são dias que pioram muito, são muito piores”. Ela ainda expõe uma situação crítica:

> Dificuldade é mais com a equipe, não a equipe daqui de dentro. Equipe da parte da porta da farmácia pra fora. As regras, os protocolos, são muito difíceis de outros profissionais aceitarem. Então são regras que você vai criando, que você tem que fazer um controle rígido sobre aquilo que você tem. Muitas vezes o que você tem pra trabalhar ta muito aquém do que você necessita ter. Você falar isso pra quem ta assistindo um paciente, precisa de 10 ampolas, e eu não poderia liberar 10. Tem que liberar 5 porque senão o outro paciente vai ficar sem nenhum, entendeu? Então da mesma forma que nós temos que fazer escolhas, eles também muitas vezes são obrigados a fazer e às vezes por culpa do setor que não é nossa culpa, nós não compramos, mas chegou pra gente apenas uma quantidade pequena que a gente tem que abastecer o hospital. Muitas vezes eles pedem indiscriminadamente algumas coisas. Aí começa os atritos. A farmácia deixa de ter pra servir um setor que precisa. E um setor ta super abastecido porque tem mania de se estocar e não tem controle nenhum. Daqui a pouco, questão de perdas. Existem as perdas que se pede mais. Pessoal fica com preguiça de ver o que tem pra poder pedir. Não, eles pedem de acordo com que sai todo dia. Então aquilo que ta lá estraga tudo. Então são várias coisas que atrapalham o trabalho da gente.

A colega farmacêutica E17 reitera a dificuldade quanto à aquisição de medicamentos e materiais e realça que a principal dificuldade “seria adequação da padronização, ou seja, fazer com que os médicos utilizem o que nós temos padronizado, que sempre é pedido extra. Pedido que não é relatado, o que não foi padronizado pela nossa comissão”. Além de terem que lidar com problemas de certa escassez desses materiais, ainda ocorrem problemas gerenciais quanto ao controle dos trabalhadores sobre o que é pedido dentro das clínicas. Nesses termos, o trabalho que é realizado em determinado setor impacta o trabalho que é realizado em outro, demonstrando a necessidade de diálogos entre setores e profissionais, além de padronização de “rotinas”, que evitem não apenas o desperdício e falta de insumos, quanto o desgaste dos profissionais envolvidos que se vêem na situação de ter que tomar decisões complicadas, que impactam na vida dos usuários.

Tais escolhas poderiam ser chamadas, em muitos contextos, de “improvisação”, como explica a enfermeira E8:

> A gente substitui com coisas que não são as mais adequadas. A gente usa plano B e plano C, às vezes até o D. Se está faltando um tipo de agulha, a gente improvisa com outro tipo de agulha. Se falta um tipo de equipo de soro, que é aquele circuito, né, que corre o soro, a gente pega um que seria pra outra coisa. Então o quê que isso gera? Você gastou inadequadamente, você adiante vai faltar aquele que você teve que usar para substituir esse. A reposição nunca, desde que instalaram o processo de pregão, nunca a reposição foi suficiente ou rápida suficiente pra nos suprir. (...) São vários processos e passos burocráticos que levam meses (para entrada de material no hospital)[62].

A técnica de enfermagem E14 também menciona essa dificuldade: “Dificuldade é exatamente às vezes a gente trabalha um pouquinho com improviso, porque exatamente não tem pra gente poder tentar oferecer, a gente improvisa”. Já a auxiliar de enfermagem E13 chama atenção para a escassez nas unidades da fundação: “Paciente interna aqui às vezes por causa de um captopril[63], que não encontra captopril na rede, pressão sobe... Interna por quê?”. A colega E16 complementa: “Atenção primária zera (medicação), conclusão vem aqui com AVC. Podia ter prevenido lá no posto de saúde com o captopril”. E14 ainda chama atenção para a manutenção dos equipamentos:

> Não adianta de nada a gente estudar, se capacitar, saber o que fazer e você não ter um instrumental pra poder você exercer aquilo que você aprendeu. (...) Então é fundamental para que o hospital funcione que ele esteja devidamente equipado para oferecer isso, né, infelizmente a gente sabe que aqui é um lugar rico, tem de tudo, porém a conservação dele, do patrimônio eu acho muito caótica. A cada tempo a gente chega aqui, a gente vê um monitor novo, nossa, olha, comprou aparelho de pressão nova, não faz muito tempo que comprou macas novas e você vai ver que as grades já... está sem grade, a cabeceira já não está levantando, monitor já não está funcionando, entendeu? A manutenção e pelo patrimônio do hospital, eu acredito que é caótica[64]. (...) Dá a sensação que de é público, ai, quero nem saber.

---

[62] Tanto os medicamentos quanto os materiais e instrumentais utilizados em procedimentos com os usuários, que abastecem a FMS, incluindo o HFM, advêm da Farmácia Central localizada em espaço anexo ao HGG, que é incumbida de fazer compra através de empenhos. Assim, a Farmácia Central fornece tais produtos à farmácia do HFM e às demais unidades da fundação.

[63] Medicação indicada para hipertensão.

[64] Outro problema que apareceu em algumas falas foi em relação à manutenção e funcionamento dos elevadores. E12 diz “estamos meio a pé de elevador, né”. Apesar de o hospital possuir três, geralmente apenas 1 deles que funciona. Segundo E7: “Aqui tem um problema que a maioria dos hospitais tem no Brasil: os elevadores não funcionam”. Em relação a ocasiões em que nenhum dos elevadores funcionam, o porteiro E1 diz: “Aí quem se vira é a administração. Porque o elevador tem que funcionar. Agora o paciente... nós já vimos de tudo. Tipo assim, colega da segurança ajudando a agarrar um paciente e levar do térreo ao quinto andar na mão, no braço.

A auxiliar de enfermagem E12 já percebe que os próprios funcionários desperdiçam muito material:

> Eu vejo muita coisa assim que não tem cabimento, não tem necessidade. (...) desperdício de material, desperdício de remédio (...) mas eu acho mais assim a parte de luvas, papel toalha, copo, remédio. (...) (Farmácia) controla, mas o hospital é tão grande, é tão tumultuado, que não tem condição. Eles perdem o controle. (...) Mas como dizem assim é do povo, deixa gastar. Eu não penso assim não, entendeu? Hoje pode ter 10 caixas de luva M, 10 caixas de luva G e 10 de P, mas amanhã a gente pode chegar no plantão e não ter tudo isso. No almoxarifado também não ter tudo isso. Então vamos economizar um pouquinho.

Nos casos acima, desde as farmacêuticas à equipe de enfermagem, visualizamos "várias coisas que atrapalham o trabalho". Por um lado, pode haver falhas no controle interno de materiais e medicamentos, de forma que o trabalho executado por um setor ou determinada equipe pode influir no trabalho de outros setores e equipes. Por outro, evidencia o impacto de deliberações de instâncias superiores e de arranjos institucionais, que quem está operando na ponta dos serviços, na "capilaridade das relações cotidianas", ali diretamente com o público de usuários, não dispõe de poder para intervir ou modificar a lógica de certas operações, como essa da distribuição de medicamentos e materiais. Por falta de controle sobre deliberações superiores e externas e por falta de controle sobre falhas internas, resta aos funcionários improvisar.

A história recente de lutas dos trabalhadores no Brasil, na virada da década de 1970 para 1980, levantou a bandeira das melhorias das condições de trabalho e da defesa da saúde como um direito, até mais do que a ideia em si de qualidade (de vida) n(d)o trabalho. E é por meio da categoria "processo de trabalho" que se constrói o potencial explicativo e de intervenção sobre as relações entre trabalho e saúde-doença introduzidos pelo campo de práticas e saberes, denominado Saúde do Trabalhador. E nesse ínterim, a ideia de humanização do cuidado, que passa pela melhoria das condições de trabalho de quem cuida, requer a tomada de controle dos trabalhadores sobre o processo de trabalho como uma característica central (LACAZ; SATO, 2008, p. 114-115).

Eu não faço porque eu não tenho essa obrigação. (...) com frequência, o elevador quebrado pode acontecer isso. (...) Segurança, alguns porteiros que são mais solidários. Eu não faço, eu não tenho que fazer isso, a menos que seja alguém da minha família, que eu já vou fazer indignado ou algum conhecido meu, que do contrário eu não tenho que fazer".

Lacaz e Sato (2008) demonstram que o controle seria um elemento explicativo fundamental ou mesmo determinante da qualidade do trabalho dos sujeitos. Ele diz respeito à autonomia e o poder que os trabalhadores têm sobre os processos de trabalho, incluindo questões relacionadas à saúde, segurança e suas relações com a organização do trabalho. Tem sido uma categoria utilizada na literatura sobre trabalho e saúde-doença, como relevante para compreensão da ocorrência do desgaste, sofrimento, doenças e acidentes de trabalho. Na perspectiva da teoria do estresse, focaliza as demandas da produção e a capacidade de os trabalhadores interferirem e terem controle sobre elas. Do ponto de vista da psicologia social, o controle pode ser entendido como a possibilidade de os trabalhadores conhecerem o que os incomoda, o que os faz sofrer, acidentar-se etc., e de interferir no domínio de tal realidade.

Em diversos momentos, percebemos nas falas dos entrevistados um sentimento de frustração no que tange à falta de reconhecimento social, o que revelou em alguns casos, sentimento de ressentimento em relação a outra categoria, que assumiria uma posição privilegia no meio hospitalar, o médico. E em outros casos, o mesmo sentimento em relação à falta de reconhecimento por parte dos usuários, que não saberiam ser agradecidos ou seriam injustos diante das inúmeras demandas que cabem ao profissional.

Todavia, também pudemos perceber uma fala de desânimo e descrença no que tange ao atendimento das premissas tratadas acima e entendidas como “controle dos processos de trabalho”. Muitos deles ainda revelam o sentimento de impotência para soluções de problemas de seu cotidiano ou mesmo de melhoria nos processos de trabalho, apontando para dois fatores, que algumas vezes aparecem entrelaçados em suas falas: a interferência da “política” e desconfiança do serviço público; e as decisões “de cima para baixo”, que revelam a distância dos trabalhadores em relação ao corpo gerencial, dificultando negociações e maior escuta sobre os problemas cotidianos.

O caso relatado mais acima sobre medicamentos e materiais é emblemático, uma vez que a falta de controle dos trabalhadores sobre os procedimentos burocráticos, que envolveriam os processos de compra, acaba por impactar na sua distribuição e no trabalho desses trabalhadores que lidam diariamente com a necessidade de fazer escolhas sobre a mesma, sendo-lhes forte fator estressor. Acerca da capacidade da administração de resolver problemas, a farmacêutica E17 diz:

> Vai depender do problema, se o problema é econômico, se o problema é político porque é uma coisa que bate muito aqui, é uma questão política. Alguns interesses políticos às vezes falam mais alto. (...) Em tudo porque a política hoje administra aqui na nossa cidade a parte econômica, a parte de

> aquisição de materiais, de medicamentos. (...) A vontade de fazer (mudanças) ela pode ser apenas sua, a realização ela pode ser comprometida ou não de acordo com esses interesses políticos que geram.

Em razão de o hospital ser municipal, muitos entrevistados identificam a influência das deliberações da prefeitura sobre o andamento do trabalho dentro do mesmo. E12 é uma das que chama atenção para essa relação: “É porque na verdade o diretor é subordinado ao secretário de saúde. O secretário é subordinado ao prefeito. Então você fica assim querendo fazer uma coisa e não tem carta branca...”. O médico E5 identifica a dependência do diretor em relação à prefeitura no que concerne à possibilidade de fazer mudanças no hospital: “Primeiro, se você for diretor, primeiro você tem que ter carta branca da prefeitura em relação a fazer mudanças. A prefeita tem que fechar junto com você como diretor”. No que tange a essa relação de subordinação e influência de conjunturas políticas, a farmacêutica E7 é mais descrente: “Que a gente sabe que serviço público foi feito pra não dar certo. Isso eu não tenho dúvida nenhuma. (...) Porque onde se mete política e técnico não vai dar certo nunca.(...) O político não deixa o técnico trabalhar”. A assistente social E4 acredita que seria melhor desvincular o hospital da Prefeitura: “porque enquanto a gente mexe com política não dá para mexer com a doença. (...) A política quer manter as pessoas ali. Eu não estou falando dessa ou daquela política, mas da política de modo geral. É a isso que ela se propõe, a manter as pessoas ligadas a ela”.

A enfermeira E8 ainda realça a influência da gestão municipal atual em relação às anteriores sobre o hospital – e mesmo quando comparando o hospital na época em que entrou, há onze anos –, uma vez que houve mudanças no quadro de gestores do hospital e algumas modificações no mesmo a partir disso:

> Ah, eu era mais feliz. A demanda era menos exigente, era mais grata. Os pacientes eram mais gratos. A gente tinha menos pessoal e o trabalho rendia muito mais porque a gente tinha a proteção da prefeitura em termos de situação de trabalho. A gente não vivia olhando em cima do ombro, a gente não vivia dependendo de movimentos políticos pra lá e pra cá, troca de chefias, troca de secretaria, essa política que impregna a cidade inteira isso deixa os funcionários em pânico, não pânico no sentido de perder emprego, pânico no sentido de não saber qual é o futuro e nem qual vai ser a próxima diretriz. É uma dança das cadeiras que tira o chão de todo mundo. E aí não dá pra você trabalhar, fazer uma linha, fazer uma rotina, fazer uma diretriz de trabalho se você não sabe o dia de amanhã, o quê que vai acontecer. Nos outros governos, a gente sabia. E nós estávamos apartados da política. Ninguém mexia aqui! Era tudo sempre o mesmo grupo de gentes e a gente trabalhando da mesma maneira. Essas oscilações políticas acabam com a infraestrutura.

A gestão elogiada na época em que “era mais feliz”, por sinal, elogiada por outros entrevistados – com exceção da farmacêutica E7, que diz que antes havia “um oceano entre os funcionários” e que hoje “seria mais tranquilo” – refere-se à época em que o Dr. José Manoel era diretor geral do HFM. A técnica diz, por exemplo, que “ele transformou a cara do Ferreira, né, em relação a cara assim de estrutura física”. Em junho de 2013, o mesmo assumiu a presidência da FMS, cuja sede localiza-se também no HFM no mesmo andar em que ficam a Direção do Hospital, a Direção Administrativa, a Direção Clínica e a Direção Financeira. Sobre o mesmo, destacamos a fala da auxiliar de enfermagem E12:

> quando ele saiu foi uma derrota pra gente ele sair dali. (...) Só que tem coisa que eu sinto que ele quer colocar no lugar, quer tentar ajeitar, mas tem alguma coisa que da parte da direção tira, não sei se tira, sei lá, alguma coisa... é política mesmo, né, todo lugar tem... É aquele negócio, você vai pra um lado, parece que puxa, tem alguma coisa que ta amarrando, entendeu? Tem uma coisa assim (...) é ligado... Negócio de política, eu penso assim, que às vezes te dá uma autonomia pra fazer uma coisa. Você tem um diretor, por exemplo, ou presidente, ele poderia modificar tudo, mas esbarra ali num diretor aí o diretor vai e esbarra no administrador, o administrador esbarra num diretor. E depois vem na enfermagem, na equipe de enfermagem, na equipe médica. É aquela coisa assim de... a gente vai, vai de encontro a alguma coisa, aí sempre tem aquela barreira.

A “barreira” que impede a execução de ações é vista pela entrevistada como o conflito de interesse entre o corpo de gestores, “negócio de política”, que implica diversos agentes “esbarrando” no trabalho um dos outros. Já o médico E11 acredita que a capacidade da administração do hospital para resolver conflitos seja pequena “por causa da limitação deles mesmo, por causa desse abismo mesmo com a Secretaria de Saúde”. E11 até entende “que eles querem, mas eles não conseguem intervir muito”. Logo, conflitos de poder ou “barreiras” entre agentes internos (diretores, distintas equipes profissionais) e “limitação” em relação à instância superior, à Secretaria Municipal de Saúde, teriam influência sobre as deliberações internas.

Essas queixas revelam o quão complexo é o hospital entre as organizações de saúde. Gilles Dussault (1992) ao tratar das peculiaridades concernentes às organizações públicas que produzem serviços de saúde, como no caso dos hospitais, busca em Mintzberg, uma forma de explicar suas características. Deste, apreende o entendimento das organizações em termos de configurações, de forma a vislumbrar sistemas típicos de relações entre atributos básicos, com características, modo de funcionamento e problemas específicos.

Nesse sentido, os hospitais (assim como universidades, firmas de serviços profissionais) seriam organizações do tipo “profissionais”, uma vez que para funcionarem dependem do trabalho de especialistas, que exigem qualificações de alto nível, produzindo serviços que requerem autonomia de prática para adaptar os serviços às necessidades específicas dos usuários. Ao passo que sendo também organizações de serviços de saúde, os serviços produzidos atendem a necessidades multidimensionais e são difíceis de avaliar. A produção dos serviços tem suas decisões pautadas também por uma dimensão ética e moral (discussões relacionadas à bioética, ao sigilo e direito de usuários à informação, garantia de continuidade de tratamento etc.). E, além disso, são organizações de serviços públicos, dependendo em maior grau do ambiente sociopolítico. Assim, podem ter autonomia na direção dos seus negócios, “mas, inicialmente, seu mandato vem do Governo, seus objetivos, pelo menos os gerais, são fixados por uma autoridade externa (...). Em outras palavras, as organizações de serviços públicos são mais vulneráveis à interferência política, no sentido geral do termo” (DUSSAULT, 1992, p. 13). Ademais, os serviços de saúde tendo a finalidade de elevar a saúde da população, possuem um objetivo tanto político quanto técnico. Assim sendo, é compreensível que haja interferência política nas organizações hospitalares.

Independente de apontar os agentes envolvidos que limitam a atuação da administração hospitalar, a maior parte dos entrevistados se queixou da distância em relação à mesma. E não só isso, mas o fato de haver diversos cargos de gestores evidencia certo desconhecimento da atribuição de uns e até mesmo das pessoas que os ocupam e que poderiam atender a certas demandas. A assistente social E4 quando falava sobre as pessoas que trabalham com a administração do hospital e da fundação: “para falar a verdade a coisa ta tão confusa que eu não sei dizer a você. (...) Eu não sei se é o mesmo administrador, (...), que é da fundação, que é o mesmo que administra o Hospital”. A psicóloga E18 também ilustra um distanciamento em relação à gestão: “Tem muito chefe aqui. Aqui é um lugar que tem muito chefe. Eu tenho uns 50 chefes, to brincando, 50 não. Mas assim, tenho minha chefe da Psicologia, tem o chefe do Pronto-Socorro. (...) Tem a direção do hospital, aí depois tem...”. E em relação a alguns pedidos pessoais que o funcionário precisa fazer ao hospital, o protocolo de solicitação passa por diversos setores: “Meu setor mandou... sei que foi parar nuns 500 chefes, entendeu? Rodou, rodou, hoje ta na presidência da fundação. (...) Então é muito confuso, muito burocrático, muito demorado, muito sem resposta”.

Ainda em relação à distância da gestão para com os trabalhadores, a fala do médico E6:

> Eu acho que a gente já passou por administrações que foram mais presentes a ponto de ta lá embaixo no Pronto-Socorro, no dia-a-dia querendo saber o que ta precisando, o quê que ta acontecendo. Hoje em dia a gente não vê isso. Então assim a gente não pode dizer que o diretor ta sabendo do que ta acontecendo. Ele ta lá embaixo junto com você, não ta. E mesmo a chefia mais direta, às vezes não ta presente na hora que você precisa. Às vezes tem algum problema maior que acontece que precisaria de um superior pra resolver aqui e muitas vezes não tem. É você mesmo que tem que acabar resolvendo.

Muitos entrevistados evidenciaram não só a vontade de que a gestão fosse mais presente em seu cotidiano, mas também a vontade de serem ouvidos. As farmacêuticas foram as únicas que disseram que o acesso à direção, à administração hospitalar é bom, embora tenham evidenciado uma visão negativa sobre a influência política da prefeitura sobre a mesma. Mas os demais, como a psicóloga E10, por exemplo, evidenciam falta de diálogo com a mesma: “Falta trabalho de qualidade mesmo, de ouvir as demandas dos profissionais. Mas as pessoas não têm tempo, né”. Já a psicóloga E18 explica que as decisões vêm de cima pra baixo:

> É assim acabou. (...) As decisões não passam por a gente, a gente não tem nenhum tipo de voz... não tem ninguém que escute, que pergunte “qual é sua sugestão pro funcionamento bom da Psicologia no Pronto-Socorro?”, ninguém veio me perguntar isso. Eles chegam e dizem assim, tem que fazer assim, assim assado. (...) Não tem muito diálogo não.

O porteiro E1 quando compara seus dez anos de trabalho no hospital, percebe melhorias, mas evidencia a mesma demanda:

> Eu acho que tem havido melhoras boas, entendeu? (...) Embora eu acho que se houvesse uma apreciação, um maior carinho, se a Direção chamasse os funcionários como um todo sentasse, sabe, peneirasse as ideias no sentido de como nós podemos melhorar, o quê que nós podemos fazer de sugestões e acatasse essas sugestões, muita coisa simples melhoraria ainda mais, entendeu? Não só com funcionário, mas com a população. Mas, mas...houve melhora? Houve. Reformas, tal... Mas ainda há muito a ser feito com certeza. (...) Eu acho que muita coisa pode melhorar. Quando eles descerem alguns degraus, vim cá no submundo, vamos dizer assim. (...) Aqui tem a direção administrativa do hospital, tem a Presidência da Fundação, tem várias direções. Não falta gente pra mandar aqui. Mas eu acho assim que a partir do momento que vão chamar a Portaria e a Recepção, não é pra dizer o que eles podem fazer, dizer o que eles podem fazer, o que eles têm que fazer. Não é uma reunião onde você já decide, o final é esse. Sabe aquela novela que o autor ele coloca ali 3 possibilidades, mas ele já colocou quais são as possibilidades? Então ele já te deu o fim. Você não tem direito de falar, você só tem o direito de escolher o que ele te deu pra escolher e ponto final. (...) Então na reunião, a reunião não é aberto pra receber. (...) Falta as

> pessoas que comandam descerem, calçarem a sandália da humildade e pensar assim: Poxa, talvez alguém que ta lá na emergência tem uma visão mais completa, possa somar, entendeu?

A gestão participativa e descentralizada, preconizada na ideia de humanização da gestão do PNH e também noção consagrada na criação do SUS, e que envolve a participação dos trabalhadores nos processos de decisão, é uma noção estranha no ambiente que vimos tratando. Ao contrário disso, existe uma distância grande entre aqueles que estão no topo de comando da unidade em relação àqueles, que por essa distância se sentem localizados no "submundo". Dessa forma, o organograma definido pelo corpo gerencial não define apenas cargos e funções, mas as hierarquias de comando, em que as decisões circulam de "cima para baixo" sem negociações.

Essas são as principais percepções dos entrevistados concernentes à dimensão da humanização da gestão, que está relacionada com os arranjos de poder que permitem a dominação de uns e sujeição de outros. Na seção seguinte, buscaremos focalizar iniciativas em prol da humanização, priorizando a dimensão da atenção com o usuário.

3.3 Iniciativas em prol da humanização hospitalar no HFM

Tendo em vista o objetivo de analisar o contexto e fatores pelos quais práticas humanizadas são ou não incentivadas no HFM, nada mais apropriado do que buscar narrativas relacionadas com propostas ou ações em prol de desenvolvê-las. Destacamos nesse sentido, a iniciativa do hospital em 2003 de implantar o então programa de humanização em voga na época, o PNHAH.

Na ocasião, a assistente social E9 ficou encarregada por encabeçar os trabalhos para implementação do projeto no hospital. De acordo com ela, a ideia de implementação do projeto adveio de uma proposta do Ministério da Saúde a diversos hospitais públicos das cidades do interior do país, depois da implantação de projetos pilotos em hospitais públicos das capitais. Na ocasião, o diretor do hospital, que também exercia a função de presidente da extinta FJBM, era o Dr. Evaldo Otal Batista. O mesmo participou de uma reunião do PNHAH na cidade do Rio de Janeiro e retornou entusiasmado com a ideia de replicar o projeto no HFM, delegando ao setor de Recursos Humanos a incumbência para dinamizar os trabalhos.

E9, na ocasião, era responsável pelo setor de RH e começou a participar de reuniões mensais na cidade do Rio de Janeiro juntamente com outros representantes de hospitais do

interior do estado. Nessas reuniões eram trabalhadas as bases filosóficas e administrativas do projeto, assim como eram apresentadas as práticas de humanização que vinham sendo implantadas nos projetos pilotos em hospitais maiores das capitais de referência e a forma como o programa vinha sendo estruturado.

O início dos trabalhos no HFM se deu a partir de uma grande reunião de lançamento do programa, em que foram convidados os representantes dos setores internos, tanto das áreas assistenciais quanto administrativas. E9 montou uma apresentação baseada no portal eletrônico do programa e no documento do então Ministro da Saúde José Serra, buscando sensibilizar as pessoas a sua adesão. As reuniões ocorriam inicialmente todas as semanas, passando depois para quinze em quinze dias com representantes dos setores do hospital, que formavam o Grupo de Trabalho de Humanização. Houve várias composições de membros durante os três anos em que o projeto vigorou no HFM.

Nestas reuniões, E9 trabalhava os alicerces da humanização baseando-se em livros, pesquisas e textos, que eram então discutidos pelo grupo. Uma mensagem semanal também costumava circular pelo hospital inteiro. As propostas que surgiam das reuniões no que diz respeito à melhoria da estrutura formal de trabalho, da estrutura física, organizacional e administrativa eram levadas à direção do hospital. Foram eleitas duas etapas/áreas de implementação do projeto no hospital: primeiro as clínicas de internação e em um segundo momento o Pronto-Socorro, principalmente a ala da Pediatria.

Em relação à atuação dos profissionais em prol do projeto, E9 afirma que a equipe de psicologia ajudou muito, a do serviço social pouco e “da enfermagem, zero”, o que ela justifica por uma questão cultural, uma vez que percebe que até hoje a enfermagem não costuma a participar de eventos como treinamentos e capacitação, por exemplo. Também ressalta que a adesão dos médicos era baixíssima, com exceção de dois médicos que costumavam ser atuantes. Na ocasião, havia um Grupo de Apoio à Terceira Idade (GATI), formado por senhoras que prestavam apoio às famílias e pacientes internados, que E9 aponta como um aspecto positivo à humanização do hospital, na época. Costumavam ser bem atuantes e se interessavam muito pelas reuniões.

O GATI foi formado ainda na gestão anterior, pelo então diretor e presidente da FJBM Dr. José Manoel. Havia um contrato de trabalho de seis horas. Pude conversar com uma das senhoras que participava desse grupo, que disse que “foi muito gratificante aquela época”. E21 conta que acolhiam as pacientes, os parentes, consolavam, animavam, visitavam os leitos, ajudavam a dar alimento na boca, orientadas pela enfermeira chefe ou pelas “meninas que trabalhavam ali”. Disse que quem não tinha acompanhante podia contar com elas. Cada uma

ficava em uma clínica, incluindo o Pronto-Socorro, sendo um total de sete senhoras. Ela conta que por motivos de administração, cada uma das senhoras foi saindo, ficando ela por último em 2010, quando saiu por motivos de saúde. Foram cerca de dez anos trabalhando no GATI, dos quais ela sente muita falta, pelo trabalho que executavam, pois viam que não podiam "sarar ninguém", mas que podiam consolar. Embora não fosse um trabalho religioso, ela diz que no seu íntimo era. Ela conta que eram todas cristãs, e acha que se assim não fossem, que não teriam garra pra suportar tanto sofrimento. Eram então momentos de alegria, porque as pessoas gostavam muito delas e elas conseguiam alegrar as pessoas, dar apoio. Ela destaca também a gestão de Dr. José Manoel, dizendo que "igual a ele não teve nenhum pra nós" e o trabalho do então diretor administrativo da época do grupo de humanização, Wandre Júnior.

Do projeto de humanização, ela se lembra dos natais, que eram alegres, em que faziam festinhas em cada setor para os pacientes, inclusive com a presença de alguém vestido de papai Noel, em que eram preparados pacotes (kits pessoais com sabonete, desodorantes etc.) para os pacientes. Conta que nas reuniões, E9 não impunha suas ideias, pedia opinião dos participantes: "até a mim, ela pedia. Até eu dava palpite". Ela acredita, contudo, que E9 teve pouco apoio.

Assim, do projeto de humanização, E9 constata: "e o que dependia dos profissionais em termos de mudança de cultura aí é que era o entrave". Ao final, quando já se estava decretando que não valia à pena a coisa ser continuada, só restavam as equipes do RH e do GATI: "E como em tudo, começa com uma adesão maciça, mas vai esvaziando".

O programa se sustentou por três anos apenas. E9 considera que nesse período aconteceram muitas coisas boas, que trouxeram um "alento" ao hospital. Cita a adoção do costume de identificar os pacientes nos leitos por meio de plaquinhas com os seus nomes, medida que se manteve ao longo dos anos. Anteriormente não havia o costume de se referir aos pacientes pelos seus nomes e sim pelo número do leito, "o paciente do leito tal". Essa ação é lembrada pela senhora E21 e também pelas psicólogas E22 e E23. E22 ainda lembra da disponibilização de cartilha sobre direitos e deveres dos pacientes em quadro exposto nas clínicas. Ela acredita que foi um momento importante para o hospital porque ele nunca tinha avistado algo assim até então. Conta ainda que as reuniões trabalhavam as ideias de humanização, na necessidade dos trabalhadores serem atingidos, "atravessados" por ela. E22 destaca que nessa época também começou a haver plantões de 24 horas de psicologia no Pronto-Socorro. Cabe-nos ressaltar que não só psicologia, mas no Pronto-Socorro começou a haver plantões de 24 horas dos assistentes sociais e administradores também. Embora não seja

algo implementado diretamente pelo projeto, foi vislumbrado na mesma gestão, que possibilitou vislumbrar trabalhos multidisciplinar no PS

E23 destaca que nas reuniões tentavam-se não só discutir a humanização do espaço físico, embora esse aspecto tenta sido valorizado, com pinturas de paredes em diversos setores. E23 e E22 contam que nas reuniões havia a participação do diretor administrativo, assim como psicólogas e assistente sociais, mas não lembravam da presença de médicos e enfermeiros, por exemplo. No entanto, E23 lembra que a enfermagem participou do processo da implantação das referidas plaquinhas.

E9 ainda relata que conseguiram equipar as varandas dos andares, onde ficam as clínicas de internação, colocando mesas e cadeiras para criar um espaço de convivência com jogos, revistas, jornais, assim como instalaram uma televisão em cada varanda. Havia um projeto de voluntariado[65], que não foi adiante, a partir do qual se planejavam revitalizar essas varandas com atividades lúdicas às crianças e com atividades com terapeutas ocupacionais, com voluntários que pudessem vir contar história, até mesmo ler o jornal na beira da cama. O Pronto-Socorro havia sido remodelado quanto à pintura, a pediatria havia ganhado desenhos de bichinhos nas paredes, quando foi contratado um decorador de festa infantil para montar a sua sala de espera.

No entanto, E9 conta que depois "tudo foi se perdendo". As insatisfações dos funcionários com o próprio gerenciamento e cultura do hospital vão "fazendo com que as pessoas não queiram dar o algo a mais e a humanização implica você fazer diferente, você ir além da técnica...". Se a pessoa não é bem tratada, ela não consegue fazer com que isso chegue ao usuário final, pondera E9. A questão seria passar por uma mudança de cultura bem lá pra trás.

Contudo, um dos principais motivos da proposta não ter vingado, segundo sua análise, se deveu ao fato das pessoas começarem a enxergar aquele espaço de discussão como um espaço de reivindicação de melhorias tanto a nível funcional quanto a nível de estrutura, sendo que o objetivo não seria esse – frisa. O objetivo seria levar para o paciente uma mudança na qualidade da relação. Porém, ficou muito focado na melhoria da estrutura. Ela não desmerece o fato de que para a humanização acontecer a estrutura tem que estar adequada, afirmando que seria hipocrisia falar de um atendimento humano quando está faltando um alimento, uma medicação, um lençol na cama, por exemplo. "A humanização é

[65] Ela ressalta que chegaram a montar um projeto de voluntariado, que ela iria coordenar. Para tal, chegou a ir ao "Rio voluntário" para se capacitar para ser a reprodutora das orientações. Houve impressão de folders para divulgação do projeto, mas quando iam implementar, entrou o período eleitoral, em que a nova direção do hospital teve receio do projeto ser visto com uma conotação política, mandando suspender o projeto.

muito mais que a estrutura, mas a estrutura também precisa funcionar". Destaca que existe a questão de que "no serviço público nem sempre as coisas podem funcionar na hora que se quer, como se quer", que nem sempre há o material adequado na hora certa, nem mesmo o conforto que se pode oferecer.

Os participantes também começaram a usar aquele espaço de discussão como um meio de reivindicações pessoais trabalhistas. E teve o espaço esvaziado dos profissionais que poderiam levar à frente essa mudança de cultura "porque na verdade a humanização é uma mudança de cultura". Ademais, houve mudança também da direção do hospital e a gestão que sucedeu não se interessou em enfatizar o programa, não lhe oferecendo suporte. Como já não havia empenho para a implementação do projeto, este acontecimento foi a derrocada final (incluindo o projeto de voluntariado). E21, E22 e E23 também acreditam que a mudança do quadro de gestores tenha feito com que o projeto não continuasse.

Nos 22 anos de trabalho no HFM, E9 percebe mudanças significativas no hospital. Em estrutura física e condição de trabalho, o hospital evoluiu principalmente na gestão do Dr. José Manoel Moreira, entre 1998 e 1999, que deu uma humanizada no aspecto físico do hospital. Até então eles não tinham água para beber, não havia água para usar, sem uma sala de recepção, sem uma cadeira para sentar, além de caracterizar o hospital como um lugar de muita sujeira e "sem dignidade".

Em termos funcionais, ela acredita que hoje os profissionais são bem remunerados, com direitos garantidos. Na época em que foi admitida no hospital, não existia isonomia salarial[66] para nível superior, o que passou a existir e propiciar condições para o funcionário trabalhar mais satisfeito. Por outro lado, ela aponta que a descontinuidade de gestão, nas diversas sucessões de diretores, que nem sempre estavam comprometidos com causas como o da humanização, por exemplo, propicia que as pessoas se sintam desmotivadas a dar continuidade a muitas ações. Hoje, ela entende que a estrutura física está mais adequada, bem organizada, com alguns elementos de humanização, como cadeira confortável para a mãe acompanhante, armário para guardar coisas ("que antes guardavam as coisas em sacolinhas"). Mas em termos de mudanças de cultura, de incorporar aspectos de humanização no atendimento, ela acredita que esteja cada vez pior.

E9 está convencida de que a humanização precisa de uma adesão pessoal, de uma consciência de fórum íntimo, de a pessoa se comprometer com a causa. Assim, nem se o programa fosse uma imposição do Ministério da Saúde funcionaria. Acredita que a imposição

[66] Conforme anteriormente mencionado, tal isonomia foi rompida em 2014 com a gratificação especial aos médicos. A entrevista com E9 foi em abril de 2013.

ajudaria a executar algumas ações, estimularia alguma participação, mas entende que a humanização não se trabalha com imposição e sim com sensibilização. Além da insatisfação em relação ao trabalho, E9 destaca que é um problema do tempo em que vivemos, em que as pessoas estão muito individualistas, havendo uma valorização do bem-estar próprio, em uma visão mais egoística de não olhar para o outro, assim como a busca cada vez maior para ter coisas e a correria do dia a dia para não ter tempo para olhar para o outro.

Assim, ela acredita que a institucionalização da humanização por meio do Ministério da Saúde foi um passo e tanto para promover questionamentos internos, tanto na instituição quanto nos profissionais, mas por si só não se sustenta. Pela experiência que vivenciou, ela está convicta disso, ainda que possa haver outras experiências em que tal imposição possa ter sido bem sucedida. Exemplifica que se chegasse um gestor e dissesse “a partir do mês que vem, o programa de humanização é esse, tem que cumprir, tem que fazer isso”, daí o profissional estaria no horário da visita para conversar com o familiar. No entanto, ele pode estar lá para conversar com a família do paciente e pode ser uma pessoa rude, desatenciosa, menosprezando as pessoas.

Todavia, E9 declara que para viabilizar a humanização no hospital seria necessária também uma decisão da presidência da fundação. Quando questionada se ela fosse a diretora do hospital, o que ela faria, ela diz que institucionalizaria a humanização e buscaria formas de sensibilizar as pessoas. Ela, como presidente, teria muito a fazer. Chamaria as equipes, delegaria alguém para tocar o projeto e dizer que isso seria uma prioridade. Em uma primeira instância, principalmente equipes de assistências diretas ao paciente e depois escalonaria para a parte administrativa.

No cenário atual do hospital, E9 defende que existem “ilhas de excelência”, onde podemos verificar práticas humanizadas, como seria o caso do setor da DIP (Departamento de Doenças Infecto-Parasitárias), onde existe um trabalho multiprofissional muito integrado, em que tais profissionais realizam um “round semanal”, onde sentam para discutir sobre cada paciente trabalhando os diversos aspectos: o aspecto psicológico, o social, o médico, o do âmbito da enfermagem etc. É uma equipe fechada e muito mais atenta, muito bem qualificada, bem entrosada e de muitos anos. Ela diz que o gestor de lá sempre conduziu os trabalhos assim, que lá existe uma cultura diferenciada.

Em contraposição à DIP, cita o caso do Pronto-Socorro, que é um lugar crítico pelo volume de atendimento, pela falta de espaço adequado, pela demanda ser maior do que a capacidade de atendimento, o que faz com que nunca haja leito suficiente, gerando, por sua vez, profissionais insatisfeitos, que se tivessem que normalmente atender dez pacientes,

acabam por ter que atender vinte: paciente no corredor, que não é digno para ninguém, nem para quem está ali deitado e nem para quem vai fazer o atendimento. Os municípios vizinhos como não têm um aparato de atendimento de trauma, de emergência vermelha, trazem suas demandas pra cá, sobrecarregando muito Campos – salienta E9. Ela defende que todos os municípios deveriam ter todos os níveis de serviços para atenderem suas populações ou fazerem colegiados para compartilharem a questão da emergência.

E9 lamenta que, diante de todos esses problemas, o setor de RH não seja atualmente considerado um parceiro estratégico da gestão. E acabam por identificar no setor um conceito limitado de que é só para atender funcionário, já que possui um serviço social voltado para o mesmo. Não reconhecem que poderia ser parceiro em todo processo de mudança de cultura, de novas propostas a serem institucionalizadas, podendo dinamizar muitas coisas para a presidência da fundação. Ela diz que o setor não é aproveitado nesse sentido. Sente falta da época em que o RH era uma superintendência dentro do organograma da FJBM. Contudo, vão trabalhando “de acordo como as presidências nos coloca”. Dessa forma, E9 percebe que hoje o RH está mais como um setor operacional do que estratégico, como poderia ser. Reconhece que tem se dedicado mais à função administradora do RH do que ao serviço social. E lamenta, uma vez que identifica no RH um parceiro estratégico da gestão nos processos de mudança de cultura, para viabilizar as novas propostas a serem institucionalizadas, ficando hoje muito limitado a um conceito de atender os funcionários.

Nestes termos, podemos destacar nas falas de E9 algumas questões importantes: a questão da adesão pessoal à humanização como caminho para mudança de cultura (suscitando o problema de “como fazer” a passagem dessa tomada subjetiva a práticas humanizadas objetivas); a posição da gestão do hospital como força motriz para sua implantação e a importância de setores estratégicos para esse estímulo; o aumento de demanda de atendimento que impacta diretamente na qualidade dos serviços, na medida em que evidencia problemas relacionados à estrutura física do hospital, ao passo que compromete o trabalho de seu funcionário ao lhe impor uma quota extra de serviços. Percebe-se também nessas falas que a insatisfação dos funcionários é um importante catalisador ao insucesso das práticas humanizadas, porém E9 não enfatiza os trabalhadores ou não os coloca no mesmo grau de prioridade da política de humanização dos usuários.

Este último aspecto é fundamental. A observação de condições precárias de trabalho na saúde pública da mesma forma que a expressão de passividade dos trabalhadores frente aos desafios de mudanças – incluindo ainda suas posturas queixosas, de incredibilidade em relação às mudanças das situações de trabalho, assim como a culpabilização dos gestores, dos

usuários e “maus profissionais” – não é uma novidade (GUEDES; ROZA; BARROS, 2012, p. 97).

Experiência relatada por Guedes, Roza e Barros (2012, p. 97), em município fluminense, demonstra a importância de se buscar na vivência cotidiana e concreta dos trabalhadores, meios possíveis de planejar e executar ações de produção de saúde, que são, ao mesmo tempo, modos subjetivos diferentes de viver o trabalho, reforçando ainda nos mesmos uma perspectiva de protagonismo. Com este olhar, firmou-se uma relação de apoio institucional por meio da parceria entre o coletivo da PNH, no Rio de Janeiro, e a Secretaria Municipal de Saúde por meio da Subsecretraria Municipal de Atenção Básica, no ano de 2008.

A ação inicial do apoio se deu a partir da realização de um curso de formação de multiplicadores da PNH no âmbito da atenção básica, voltado para trabalhadores e gestores da rede. Como desdobramento deste, foram construídos coletivamente Fóruns de Humanização, uma estratégia que visou envolver trabalhadores e gestores em encontros que exercitassem o modo de fazer do próprio curso, a partir de rodas de conversa para a análise do território, intervenção nos serviços e processos de trabalho críticos, busca e compartilhamento de experiências exitosas do SUS na rede, construção de espaços favoráveis e legitimados de cogestão dos processos de produção de saúde (GUEDES; ROZA; BARROS, 2012, p. 94).

Nesse ínterim, uma das primeiras ações no curso foi mapear os problemas encontrados pelos participantes nos processos de trabalho em seus serviços. Em seguida, os mesmos foram convocados a um processo de análise de suas implicações relativas aos vínculos afetivo-libidinais, políticos, profissionais e institucionais dos sujeitos em seu campo de atuação. Após este momento, foram estimulados a criar estratégias de intervenção para os desafios colocados nos serviços e rede de saúde. A idéia era de que “o grupo assumisse seu protagonismo e sua corresponsabilização em seus processos de trabalho” (GUEDES; ROZA; BARROS, 2012, p. 97).

Foram trabalhados nas atividades temas como “trabalho em equipe”, “acesso aos serviços” e “clínica ampliada”, possibilitando o debate do cotidiano de trabalho no SUS, os desafios vivenciados no dia a dia e a criação de estratégias coletivas para a superação dessas dificuldades. Com isso, materializava-se o método de inclusão da PNH, de buscar trabalhar com as práticas concretas dos trabalhadores, incluindo os conflitos e as relações de poder. Tal processo viabilizou a construção de redes internas, ou seja, entre trabalhadores em seus serviços e redes externas, entre trabalhadores de diferentes serviços. As redes se fortaleceram por meio de sistematização de reuniões de equipe. E como o curso foi compactado em três

meses, o processo de planejamento de intervenção nos serviços não seguiu um delineamento detalhado e sim linhas de ação, apresentadas no último dia do curso, possibilitando o vislumbre de uma aproximação aos princípios, diretrizes e dispositivos da PNH:

> Dentre as ações construídas pelos trabalhadores, destacamos a cogestão em forma de reuniões com os usuários para o compartilhamento de decisões relativas ao serviço e ao tratamento; de acolhimento, com implantação de intervenções que garantam o acesso qualificado do usuário ao serviço; de clínica ampliada com as discussões em equipe dos casos clínicos, e de saúde do trabalhador, na medida em que as equipes começaram a discutir e a repensar seus processos de trabalho (GUEDES; ROZA; BARROS, 2012, p. 98).

Os fóruns se constituíram como um dispositivo de transversalização nos modos de se comunicar, possibilitando o aparecimento e a inclusão de pontos críticos e tensionamentos e, dessa forma, a construção de novos modos de se relacionar e de gerir o trabalho entre trabalhadores e gestores. Os autores avaliam, assim, que a contratação do apoio foi fundamental, expondo o interesse de alguns gestores e trabalhadores do município em fazer valer o SUS. Destacam que essa metodologia – apoio institucional – é uma metodologia articulada aos princípios e diretrizes da PNH, uma estratégia para manter viva a dimensão pública do SUS. Todavia, configura uma maneira de fazer e não exatamente diz do que fazer:

> As ações da PNH não se fazem operar na forma de um “cumpra-se”, como as políticas de estado e governo, mas são levadas a cabo por meio de contratos nos quais se busca o comprometimento dos grupos que fazem o pedido e aceitam as ofertas, e a corresponsabilidade na transformação das práticas. [...] Na forma do “cumpra-se”, a função apoio corre o risco de se tornar função de controle. O apoio se faz buscando superar a separação entre quem planeja e quem executa, existe para dissolver essa separação, e colocar juntos na mesma arena de decisão gestores, trabalhadores, atores, usuários, para participarem da formulação, execução, avaliação, gestão democrática do serviço. O apoio é, nesse sentido, dispositivo de democratização: apoiar coletivos organizados para trabalho, para a gestão dos processos de trabalho, e fortalecer o projeto da equipe nesse nível de intervenção. Metodologia que tensiona essa separação, e que busca criar condições favoráveis para que as equipes ampliem a capacidade de avaliação e ação. Exige um exercício de cuidado em não ser prescritivo, em colocar-se ao lado e não no lugar de, em compartilhar diagnósticos da realidade com os trabalhadores para que esses deixem de precisar do apoio (até precisarem de outro, em momento diferente, em etapa mais adiantada do processo) (GUEDES; ROZA; BARROS, 2012, p. 100).

Do relato que temos de E9 até o momento, parece-nos que a mesma careceu de um suporte técnico e de incentivo institucional na conduta das ações, algo que na experiência

relatada acima se expressou por meio do apoio de equipe da PNH estadual na organização de cursos e fóruns, que puderam incluir os trabalhadores de forma mais abrangente. É como se E9 fosse uma espécie de gestora da política no hospital, que com apoio pouco sistemático de alguns agentes – psicólogos, senhoras do GATI –, tentasse viabilizar uma política, que em seu fundamento, demanda a força de um coletivo.

Das vinte pessoas entrevistadas nessa pesquisa utilizando o roteiro do Anexo II (que não incluem a senhora E21, as psicólogas E22, E23 e a assistente social E9), três médicos e os dois técnicos de farmácia são os únicos que começaram a trabalhar no HFM depois de 2006, época em que o projeto de humanização havia findado. Dos que possuem tempo maior de trabalho no hospital (quinze pessoas), apenas o administrador E20, a assistente social E4 e a auxiliar de enfermagem E12 lembraram do projeto diante da pergunta sobre ação ou situação de trabalho humanizado na unidade. Outros entrevistados citaram algumas ações que se alinhavam à ideia de humanização e que existiram no passado e não existem mais. E4, por exemplo, citou o coral e as festas em que os funcionários se empenhavam em organizar, como festas juninas e de fim de ano, que ajudavam a criar um ambiente de trabalho mais agradável. Outras pessoas elogiaram o trabalho de algum colega específico como modelo de tratamento humanizado. Outros elogiaram algum setor específico, como, por exemplo, o trabalho desenvolvido pela UTI Pediátrica (UTIP) ou a equipe de médicos do CTI (tanto o novo quanto o antigo).

E12, não obstante, foi uma das poucas pessoas a se lembrar do projeto, e a única a lamentar a descontinuidade do mesmo. Dessa forma, parece ser a única, dentre as pessoas mencionadas, a reconhecer o “vazio” deixado pelo projeto. O mais interessante foi que ela tocou no assunto sem conhecer a razão da pesquisa e antes de ser questionada acerca da dimensão da humanização, no questionário. Quando mencionou o novo serviço de Ouvidoria, implementado em março de 2014 no HFM, em que foram colocadas caixinhas pelo hospital para que usuários e trabalhadores pudessem colocar suas reclamações, elogios e sugestões, ela conta que sugeriu “que voltasse pra gente treinamento de humanização, que precisa muito”.

> Cuidar melhor do paciente, ter atenção ao paciente. Dar mais atenção, entendeu? Porque precisa. Não é só chegar e dar remédio e fazer uma higiene ali ou deixar por conta do acompanhante. Eu acho que não é assim, eu acho que tem que ter mais humanização e a gente se colocar no lugar do paciente ali ou do acompanhante. Eu vejo muito isso lá dentro, muito, muito. (...) Assim, gente que não dá atenção, não conversa.

E12 conta que não conseguia frequentar as reuniões porque na época ela trabalhava como diarista, não tendo condições de se ausentar do seu setor. Mas uma colega sua que frequentava lhe informava tudo o que acontecia, e lhe passava o material que era entregue também. Porém, poucos colegas participavam.

> Muita pouca gente deixava o setor pra ir lá, entendeu? Não há interesse. (...) Não tem interesse de... Eu acho que deveria ter que ter assim reuniões três dias seguidos pra pegar.... É plantão um, dois e três. Então três dias seguidos pra equipe. (...) são três plantões pra nós (...). o meu é o dois. Então deveria ter sim três dias seguidos de uma palestra, alguma coisa assim. Só que eles não vão. Não se interessam, entendeu, pra aprender. (...) Era uma vez por semana. (...) Era sempre de manhã. (...) Era coisa rápida.

E12 ao mesmo tempo em que diz não haver interesse das pessoas, percebe que a forma como foram organizados os encontros não facilitava a frequência, mesmo dela, que tinha interesse. Acredita que "para pegar" deveria haver encontros que abrangessem todos os plantões, ou seja, pelo menos três dias seguidos, considerando a escala de técnicos e auxiliares de enfermagem de 12 por 60 horas (trabalho de 12 horas e folga de 60).

E20 limitou-se a declarar que hoje não sabe relatar ações nesse sentido, sem, contudo, mencionar ações do programa antigo. A assistente social E4 já tem uma opinião contrária a E12 acerca da importância de palestras em torno da humanização:

> As pessoas têm poder de tornar chato o que é óbvio. Se a humanização é para humanos, se eu sou humana, eu tenho apenas que relevar o lado humano das pessoas. O lado humanitário, vamos dizer assim. Eu tenho que fazer com que isso sobressaia. Não, mas ficam obrigando as pessoas irem em reuniões intermináveis, a encontros enjoados, sabe? Palestras que você, ninguém hoje está aguentando mais isso. As pessoas hoje não lêem mais, sabe, as pessoas não querem perder tempo com qualquer coisa. Eu não gosto de ouvir uma palestra. Eu quero poder me levantar de uma palestra que não está me acrescentando e sair, dá licença! Porque tem coisas que as pessoas falam com você e você sente "poxa, isso aí, eu não tinha pensado por esse lado, isso é legal". Mas tem coisa que você já ouviu e já não deu certo, você vai ficar ouvindo pra que de novo? Perdendo a preciosidade que é o tempo, entendeu?

Outros entrevistados, como a médica E2, já mencionam a necessidade de haver um serviço de orientação ao profissional, quando questionada sobre o que pensa sobre humanização:

> Humanização eu acho é tratar o outro como você gostaria que tratasse você, sua família, alguém. Então eu acho que a gente se perde um pouco tanto pelo estresse, pelo cansaço e também por falta de orientação. Então eu acho que é

> isso, você olhar pro outro... (...) Então vai em cadeia aquilo, né. A gente não é tratado como a gente gostaria de ser tratado, então isso a gente já vem já cansado, junta seu estresse do ambiente, né, carregado, pesado que aqui não acontece nada bom, né. Se tivesse coisa boa, se a pessoa estivesse bem, não estaria aqui no hospital, acontece muita tragédia, a gente vê muita coisa ruim, né, o ambiente carregado, estressado. A gente tem casa, a gente tem família, que tudo é estressante, então quer dizer junta tudo e às vezes vem pega uma pessoa agressiva, às vezes você também não ta num bom dia e junta aquilo, se tivesse alguma pessoa que fosse orientada para intermediar, para poder orientar, né. Porque você ta vendo que o profissional está descompensado, que ele não ta bem, vira e mexe, ele dá problema. Tinha que ter alguém pra vir e orientar, vê esse profissional, o quê que ta acontecendo? E chamar, ta acontecendo algum problema, o quê que acontece que vire e mexe ele ta brigando com o paciente, ele ta brigando com o colega. Teria que ter alguma atenção pra esse profissional. Que tem medicina do trabalho, acho que isso é saúde do trabalhador também.

A assistente social E4 acredita que “falar em humanização com pessoas humanas é uma redundância”. Mas percebe que, infelizmente, há pessoas que encaram o trabalho de forma diferente dela. Assim, ela diz que se alguém não é cumpridor dos seus deveres e não tem responsabilidade, do jeito que ela acredita que tem que ser, ele não é merecedor de ser chamado de “Servidor Público”. E assim, há pessoas que agridem o trabalho porque se sentem agredidas dentro do hospital. E4 diz que nunca viu “um trabalho direcionado pra isso” ali. Ela pensa que deveria haver um atendimento com psicólogo e assistente social para o funcionário. E explica que o setor de RH atende o funcionário direcionando o atendimento em relação à direção, em relação a sua produtividade. Sente então falta de um canal de escuta para o trabalhador. A fala da psicóloga E10 parece sintetizar os anseios de suas colegas: “Começa a ser humanizado a partir do profissional e depois... Por que como que você vai tratar até bem ao outro se você não consegue um tratamento digno pra você?”.

E12 quando questionada sobre humanização já direciona o olhar para a relação entre o profissional e o usuário:

> Trabalho humanizado já vem assim lá do primeiro momento... Com uma triagem e passa ali pelo atendimento médico, que às vezes o médico também não é tão humano. Às vezes ele é um pouco assim agressivo, não dá atenção e todos que chegam ali chegam questionando, com dúvida, né, assustados. Muitas vezes, muita gente não sabe o que tem ainda direito. Mas já está assustado, já vem assustado porque sentiu alguma coisa e hoje em dia essas doenças são tão... Então quer dizer tem que ter um certo... controle mesmo e carinho com o paciente, cuidado, atenção.

Contudo, E12 em diversos momentos expressou que mesmo ela, por insegurança, cria um distanciamento “necessário” com determinados pacientes. Duas situações desse

distanciamento ficaram evidentes e não apenas em sua fala, mas na de outros profissionais: quando em atendimento a presidiários e bandidos; e atendimento a soropositivos e tuberculosos. Tais situações revelam que entre os tipos possíveis de discriminação – relacionados à classe social, a questões raciais, de orientação sexual, gênero, dentre outros – são os relacionados ao delinquente, como um tipo social desviante e ao portador de doenças contagiosas, os tipos mais comuns.

Todos esses casos revelam a caracterização de estigmas, termo grego associado a evidências de alguma coisa extraordinária, como sinais corporais, mas que ganhou uso amplo não necessariamente vinculado a uma evidência corporal, mas a uma condição de "desgraça" (GOFFMAN, 2004). As precondições estruturais do estigma foram estudadas por Erving Goffman (2004), que percebeu que a sociedade estabelece meios de categorizar as pessoas e atributos considerados comuns e naturais para seus membros, de forma que tais pré-concepções são transformadas em expectativas normativas, exigências apresentadas de modo rigoroso. Quando um estranho é apresentado surge a questão se tais expectativas são preenchidas. Tais exigências surgem como demandas efetivas, de forma que o caráter imputado ao indivíduo na forma de um retrospecto em potencial caracteriza sua identidade social virtual. Os atributos e a categoria que tal indivíduo prova, de fato, possuir definem sua identidade social real. A discrepância entre essas duas identidades pode fazer com que ele apareça como uma espécie menos desejável ou mesmo perigosa, fraca e má. De uma criatura comum e total, é reduzida a uma pessoa estragada e diminuída. Dessa forma, o estigma surge em referência a atributos depreciados em sociedade (GOFFMAN, 2004, p. 5-6).

Assim, nesses casos, o estigmatizado é visto como potencial risco para quem atende. Em relação a usuários portadores de HIV e tuberculose, E12 diz que as pessoas tratam com "uma certa distância". Mas compreende que "infelizmente tem que ter, né, mas isso aí você tem que ter um certo jogo de cintura pra lidar com esse povo, né". Acrescenta ainda que "até mesmo com os presidiários. Chegam no hospital, as pessoas ficam olhando assim de lado. Eu acho que não é bem assim. É a questão da humanização, treinamento, entendeu? Aquela vontade de melhorar, de fazer a parte da gente". Dessa forma, embora ela defenda que "tem que ter" certa distância, ela acredita ser necessário um treinamento para humanização, uma vez que as pessoas não devem olhar "de lado".

As falas contraditórias de E12 podem ter uma explicação sob a luz da análise do sociólogo francês Bernard Lahire (2004), que a partir de uma sociologia disposicionista (porém em oposição a Bourdieu), afirma que os agentes podem revelar disposições heterogêneas ao invés de homogêneas (estas últimas entendidas a partir de um esquema único

gerador de práticas, como seria o *habitus*). Dessa forma, uma crença humanista no tratamento sem distinção aos usuários pode ser atribuída a uma "disposição para crer", em alguns momentos podendo ser contraditas por "disposições para agir". Tal discrepância pode ser compreendida em função de verbalizarmos crenças que podem estar ligadas a normas sociais produzidas, sustentadas e difundidas por diversas instituições como a família, a escola, a mídia, as instituições médicas etc., ao mesmo tempo em que inexistem os meios materiais e culturais para podermos respeitar ou realizar tais crenças (LAHIRE, 2004, p. 332-334). Para Lahire (2004), poderá haver casos em que a crença não encontrará condições objetivas de existência para se atualizar como ação, ora porque o indivíduo não possui disposições para fazê-lo, ora pela própria instituição incentivar a sua não aplicação.

No caso de E12, é possível pensarmos estar diante tanto da crença na indistinção do tratamento quanto da necessidade da diferenciação, duas crenças antagônicas. Ou poderíamos concluir que a crença propícia à humanização não teria condições objetivas de se efetivar devido às condições de insegurança as quais o funcionário se percebe submetido. Segundo E12, "no hospital, a gente tem que se andar se vigiando, tanto em doenças, entendeu, que a gente ta prestes a contrair uma série de doenças e a parte de segurança por conta de... Aumentou muito a clientela em vista desses presídios. Tem muita gente presa". O receio por tratar de presidiário é grande. Ela conta que quando faz exames no paciente, o policial que escolta libera as algemas e "você fica naquela situação sem saber, aí você tem que lidar porque você tem que segurar na mão, tirar, botar na posição certinha (pra fazer exame)... E o medo de ser agarrada ali, sei lá, o que vai acontecer mesmo com o policial perto da gente?".

> Porque agora com duas penitenciarias em Campos, nós estamos correndo um risco muito grande no Ferreira Machado. Eu acho é que já está na hora de Campos ter um hospital ou uma clínica penitenciária. Nós estamos lá hoje, eu tenho impressão que tem uns 5 ou até mais pacientes de escolta. (...) Tem no quarto andar, no quarto e no quinto. (...) Feridos, gente que fez cirurgia... Lá do presídio masculino, paciente tuberculoso. (...) Aí tem ficar ali com tratamento prolongado, né. Então eles estão ali direto. (...) A gente corre risco! (...)

Os outros técnicos e auxiliar de enfermagem também mencionaram os detentos da penitenciária, o medo de serem feitos de reféns, receio dos mesmos terem acesso a objetos cortantes e seringas. E12 expõe ainda um sentimento de insegurança, que não se restringe ao usuário, mas a possibilidade de pessoas estranhas adentrarem no hospital:

> Eu acho falta de segurança pra gente nesse quesito aí, que vem aqueles baleados e fica lá fora aquele grupinho, a gente não sabe se o grupinho que fica lá fora esperando notícias se é parente, que quer o bem do paciente, ou se é o inimigo. Isso é muito perigoso. Pra invadir ali o hospital. (...) Hoje bem melhor (a segurança) porque tem aquela equipe ali de segurança que fica ali, que antes não tinha. E eles não têm autonomia pra usar arma, só tem um policial de plantão (...) que fica no Pronto-Socorro. Ele faz ocorrências, das coisas que acontecem ali, pra resguardar tudo. Mas um policial só eu acho muito pouco pro hospital inteiro.

No que se refere a pacientes portadores de HIV e tuberculose, o médico E11 conta que já viu funcionário colocar uma máscara no paciente no corredor e falar alto: “oh, toma cuidado, heim, tuberculose!”. Ou “oh, toma cuidado, AIDS”, no meio do corredor. “O próprio paciente não tem qualquer tipo de preservação”. Em relação à existência de preconceitos por parte de profissionais da saúde em relação a essas doenças, diz ainda que há muito desconhecimento entre eles:

> A ta... HIV... tem (preconceito). Tuberculose também. Mesmo o profissional de saúde, ta preparado não. Ele é preconceituoso sim. Nesse ponto eu acho... paciente HIV, você vê que pessoa chega menos perto, encosta menos, ta mais recalcado. (...) Eu acho que tem gente também que não tem esse conhecimento... (...) Mas é o que eu te falei, ninguém é treinado não, só entrou porque entrou, passou (concurso)... Passou tem direito, vai assumir.

Pesquisa realizada por Filgueiras (2008) com mulheres soropositivas mostra a percepção de uma mulher em particular, codinome Solange, cuja experiência com profissionais de saúde teve caracterizações como “epidemia de desumanidade”. O sentimento de não ser enxergada proporcionou o desejo de sentir-se reconhecida meramente como gente: “Os profissionais precisam começar a ver a gente como a gente que a gente é. Eu não sou só o HIV que eu tenho” (FILGUEIRAS, 2008, p. 411). Como se a pessoa fosse objetificada a partir de sua doença. O estigma pela doença contagiosa permite ações como o relatado pela técnica de farmácia E24, que diz que muitos técnicos não iam ao setor da DIP para entregar medicação por preconceito.

Já as técnicas e auxiliares de enfermagem que trabalham no PS também demonstraram medo de lidar com esse tipo de usuário, ressaltando que os profissionais da DIP tem outro tipo de preparo, uma vez que sabem o diagnóstico do paciente. E ressaltam que a insalubridade daqueles é maior, quando na realidade, os profissionais no PS lidam com os mesmos usuários (antes de serem, de fato, internados), sem saber muitas vezes que possuem a doença, conforme explica E14:

> Todo paciente que chega, que sobe pra DIP, doenças infectoparasitárias, quando chega a subir é por quê? Ele ta com diagnóstico fechado. Então quando vai pra lá é igual quando você sai de casa, ta com sol e chove. Você sabia que ia chover? Mas quando você sai de casa já chovendo, você vai fazer o que? Você vai levar sua sombrinha, já ta chovendo. Então quando chega lá em cima, eles já estão paramentados porque sabem que ta chegando alguém que já está em isolamento com eles. E aqui? Até chegar na DIP, ficar em isolamento, nós que atendemos aqui. Mas eles têm 40% de insalubridade, sabendo que o diagnóstico tá fechado. Nós... até a gente fechar o diagnóstico nós estamos com a cara na reta com a doença!

E12 diz que trata com carinho, mas que o problema é o medo que sentem de acidentes biológicos; diz que já houve casos.

> Eu acho que o que mais incomoda a gente lá são aqueles que a gente não sabe nem o diagnóstico da doença, que muitos pacientes de HIV, que é positivo, mas a gente até descobrir que é positivo, você ta ali puncionando veia deles pra lá e pra cá. E aqueles ali, que já estão mesmo com BK positivo e os testes não dão e material é pouco pra fazer os exames pra dar positivo e aquela coisa toda. E fica ali no meio da gente. Óh quem contrai a doença é a gente, acaba pegando. (...)

E12 também cita casos de "surtos" de pacientes, que também representam perigo ao funcionário, como no caso quando um usuário de drogas em abstinência quebrou uma portinha de vidro e ameaçou as pessoas com seus cacos. Também usuários com transtornos psiquiátricos são olhados de forma diferente. A psicóloga E18 já chama atenção assim para outro tipo de discriminação: a doentes mentais, suicidas e deprimidos. Nos primeiros casos relatados acima, temos o fator comum de insegurança frente ao sentimento de risco, tanto de serem agredidos quanto de serem contaminados, enquanto que nos casos de usuários com alguma demanda psicologia e/ou psiquiátrica, são estigmatizados como "malucos" ou "fracos". O relato de E18 traz a tona um conjunto variado de incidências discriminatórias:

> Tem várias discriminações dentro de um Pronto-Socorro. Tem a discriminação com o próprio paciente psiquiátrico. Isso é gritante. Às vezes o cara ta morrendo de dor, mas se ele tem um problema mental, o médico praticamente não escuta e fala que lugar de maluco não é aqui no Pronto-Socorro, como se maluco não tivesse braço, barriga, né, assim isso é um fato muito comum, diariamente. Hoje teve um. Tem uma paciente psiquiátrica que o médico nem viu direito. Eles têm muita dificuldade de lidar com paciente suicida porque eles acham assim, os outros estão morrendo, tem uns que estão saudáveis... Uma moça saudável. Às vezes eles são até maldosos, enfiam uma sonda, por exemplo, uma intoxicação exógena, enfiam uma sonda mais dolorosa... a enfermagem. É um preconceito também. (...) eles colocam uma maior porque o cara tentou se matar! (...) Tem preconceito com usuário de droga. Tem preconceito com o pobre... (...) Negro eu até que não vejo tanto, não observo isso cotidianamente, mas pobre sim. Eles

> debocham, eles brincam com isso... (...) todo mundo. Eles “ah, os munícipes” [tom irônico] (...) Eles ficam rindo dos que falam errado, dos que têm baixa escolaridade. Então tem todo um preconceito. Homossexual, eles espalham, por exemplo, às vezes chega algum homossexual que enfiou um objeto no ânus, pra tirar no politrauma. Ah, eles fazem uma festa com isso! (...) O paciente depressivo, eles têm raiva às vezes do paciente depressivo, eles não entendem a parte psicológica de um paciente. Eles acham que é frescura, paciente que ta recusando um procedimento médico, eles não têm paciência, ficam com raiva, eles ficam irritados, “deixa morrer então”, “quer ir embora? Deixa ir embora!”(...) na frente do paciente e não tem essa fineza às vezes. (...) Prostituta também... piadinha, sempre tem piadinha, eles chegam na sala pedem pros outros olharem pra rir. (...) O cara, rapazinho usuário de crack chegou baleado, eles deixaram o cara ir embora com bala, com tudo (...) Mas o rapaz era rebelde, era arrogante e eles não... “deixa ir embora” (...) “quer ir embora, não quer se tratar”... (...) Isso não é todo mundo, são situações. (...) Existe e eu já vi, mas são pontuais.

A relação entre médico-paciente pode ainda ser vista em termos de conflitos comunicacionais promovidos pela distinção de *habitus* de classe, e assim distintas configurações de capital cultural, algo evidenciado ainda em Boltanski (1989) quando percebe a diferenciação sociocultural impactando a comunicação e entendimento entre aqueles. Um dos médicos entrevistados, por exemplo, conta de sua dificuldade de compreender o que falavam certos usuários cortadores de cana, que atendia. Demonstra que balbuciavam, falavam “algum dialeto, assim alguma coisa que você não compreendia”. Conta que vinham pacientes de usinas, muitas vezes descalços ou com chinelinhos gastos, com os pés sujos, olhando pra baixo, humilde, e sem olhar para ela, com dificuldades de falar e compreender. Conta ainda o caso de um senhor bem idoso com uma conjuntivite bacteriana, com secreção esverdeada, que o atendeu em um plantão, mas acredita que alguém o tenha orientado acerca de seu dia de plantão, de forma que ele retornou no plantão seguinte lhe procurando, mostrando que não tinha melhorado. Diz que realmente continuava com o problema, algo que teria alguma melhora com o uso de colírio em três dias. Ele contou que “tomou direitinho”. Ele bebeu o colírio durante uma semana, quando a orientação médica foi que pingasse no olho.

A situação acima demonstra a importância da singularização do encontro tratado em Ayres (2008) e Ceccim e Merphy (2009), acerca do diálogo que propicia a visualização de aspectos culturais e sociais de forma que a condução da prescrição terapêutica incorpore esses elementos. Incorporar não no sentido de simplesmente ter dados complementares para prescrição, mas no sentido de compreensão da sua biografia singular trazida no momento da interação e que pode influenciar nas medidas prescritas para seu bem-estar. Muitas vezes algo que pode parecer óbvio para uns não encontra aderência nas estruturas mentais que formam a

percepção de mundo de outros. A escuta do profissional, nesse sentido, ao invés de focar na "não compreensão de uma orientação preventiva" pode delinear "obstáculos práticos à observância da prescrição", conforme trabalhado em Ayres (2008). Daí a importância que o autor dá a questão de "qual é o projeto de felicidade" que orienta a concepção de projetos existenciais dos sujeitos assistidos, projetos esses que são evidenciados quando negados.

Acreditamos, porém, que além das distintas percepções de mundo, que estruturam distintos *habitus*, o caráter de urgência próprio do hospital, da necessidade de uma conduta resolutiva também pode impactar no tempo desses diálogos, na atenção desenvolvida nesses encontros, de forma a comprometer a comunicação. Algo evidenciado pelo médico E5 quando fala do perfil do hospital, em que "você não pode levar 3 horas conversando com a mãe de um politrauma porque daqui a 5 minutos vai chegar outro". E o Pronto-Socorro, pela peculiaridade de ser o lugar em que se "corre" para tentar estabilizar os usuários, esse aspecto pode ser ainda mais agravado que nas clínicas de internação.

Outra percepção em relação à possível "frieza" ou distanciamento por parte do profissional é levantada pela enfermeira E8:

> É proteção. As pessoas que optam pela atitude fria não são frias necessariamente. Elas estão tendo uma atitude fria pra estabelecer uma distância pra poder tratar. Se você mergulhar de cabeça você sofre muito. Você sofre junto com o paciente. E algumas se protegem com a frieza. Outras arriscam. (...) É o sofrimento que incomoda. O sangue, o corpo dilacerado, isso aí pra gente não faz diferença. Agora, a pessoa sofrendo faz. É aí que vem a frieza. Quando você se distancia do sofrimento da parte humana e só trata o problema é defesa. 90% é defesa.

Mecanismos coletivos de defesa como forma para lidar com a morte e sofrimento de pacientes podem se expressar por refúgio nos procedimentos prescritos (LACAZ; SATO, 2008, p. 118). E8, entretanto, tece observações aos médicos, como propícios especificamente a uma atitude de maior distanciamento:

> A tendência é passar adiante. Chama a assistente social, chama a psicóloga. Eles evitam o envolvimento pessoal (...) Eu acho que o médico se protege não fazendo isso. Ele não quer se envolver porque ele tem medo dessa penetração na couraça dele. Ele fala complicado que é para não entender mesmo, pra família não ficar cobrando dele, pra não perceber também erro. O médico emocionalmente ele está muito despreparado pra esse contato social. São poucos médicos que comunicam óbito. São poucos médicos que comunicam uma desventura qualquer, que o paciente esteja grave ou mal ou coisa parecida. (...) Eles não conseguem... eles não lidam bem com essa situação. (...) Eu acho que é uma coisa que nasce da maneira que eles são formados. Eles são formados pra curar, eles não são formados pra cuidar.

A visão de E8 alinha-se com a crítica do paradigma biomédico centrado em "corpo de órgãos", da cura e não do cuidado. Ao passo que sua visão sobre humanização é a que mais se aproxima entre todas da visão propaga academicamente, podendo até mesmo se aproximar da noção de Ayres acerca de "projetos de felicidade":

> É um trabalho que considere o ser humano integralmente, holisticamente, que perceba as necessidades dele além da doença que o trouxe aqui. Por isso que eu gosto muito, eu considero que eu sigo, apesar de amadoristicamente, eu sigo essa linha. Você atende o paciente nas necessidades dele socioeconômicas, nas necessidades dele físicas, de doença, a família, as necessidades da família. Toma providência de uma maneira mais geral e não específica só da doença. A gente tem que evitar a visão da doença como meta. É o homem que é a meta. É a maneira. Hoje eu ganhei tanto abraço que eu até estranhei. Os abraços e os agradecimentos não são pagamentos, são confirmações de que eu agi de forma correta. E a forma correta é considerar aquele ser humano nas suas necessidades de uma forma muito completa.

Tivemos a intenção de expor tais questões nessa seção e não na anterior, uma vez que na outra as condições de trabalho e a dimensão da cogestão ficaram condensadas, relevando as condições para humanização na perspectiva do trabalhador. Nessa, as iniciativas do hospital em prol do melhor acolhimento ao usuário já ficaram mais evidentes, cabendo assim revelar as questões relacionadas à dimensão do cuidado que se mostraram problemáticas nas entrevistas realizadas. A equidade no tratamento surge como ponto nevrálgico frente à estigmatização de tipos de usuários. Torna-se ainda mais crítica quando associada ao poder de deliberar sobre vidas, em um "fazer viver, deixar morrer"[67].

Nesses termos, a discussão sobre "treinamentos" para a questão "óbvia" sobre tratar humanos como humanos parece não ser algo tão absurda, embora as reiteradas críticas de uma certa "catequese" dos profissionais. De acordo com Deslandes (2004, p. 12), "não se muda uma cultura de assistência unicamente com capacitações dirigidas aos profissionais". Contudo, os documentos ministeriais acerca da humanização ressaltam a via da formação dos mesmos, desde a graduação, e a autora assinala que um investimento sério nessa direção pode fortalecer ideias outrora consideradas utópicas. Poderia oferecer subsídios para que agentes de uma dada organização constituam novos parâmetros para ação, introduzindo mudanças na cultura da assistência (DESLANDES, 2004, p. 12).

[67] Em alusão à noção de biopoder tratada por Foucault (2005), que se refere a um tipo de poder praticado pelos Estados modernos. Enquanto a disciplina incide sobre o corpo, o biopoder incide sobre a população, na forma de controlá-la, em uma gestão calculista da vida. Em oposição ao poder soberano usufruído pelo monarca em tempos anteriores para "fazer morrer e deixar viver", no biopoder a ideia é oposta: "fazer viver, deixar morrer".

A noção de humanização presente em textos acadêmicos não se distancia tanto do senso partilhado na fala dos entrevistados, a não ser seus pressupostos conceituais trabalhados no capítulo anterior. Cabe-nos perceber, contudo, que mesmo que exista a premissa de “tratar o outro da forma como gostaria de ser tratado” na maior parte dos entrevistados, essa crença nem sempre encontra condições objetivas de se concretizar em práticas, seja por disposições para agir opostas, seja pelo não incentivo institucional. Talvez modificar configurações e arranjos por meio dos quais tais empecilhos floresçam seja um caminho possível para melhorar o Cuidado.

Algumas ações nesse sentido vêm sendo realizadas no HFM, nos últimos tempos. O serviço de Ouvidoria foi instalado em março de 2014, sendo o mesmo utilizado tanto por usuários quanto pelos trabalhadores. Junto dele foram espalhados em alguns lugares estratégicos do PS caixinhas para sugestões, elogios e queixas. Quando E12 colocou sua sugestão para o retorno do “treinamento em humanização”, ela conta que foi chamada pelo Serviço Social para ser ouvida (possivelmente pelo setor de Ouvidoria). A existência da Ouvidoria, que é uma exigência de toda unidade hospitalar, tem proporcionado, nesses termos, um novo canal de escuta para o trabalhador, sendo algo positivo. Todavia, é necessário questionar, como Deslandes o faz: “Quais são os mecanismos de ‘permitir a voz’, a livre expressão desses usuários, de facilitar a verbalização de suas demandas, além dos espaços mais formais das ouvidorias?” (2004, p. 12).

Diferente da visão pessimista de E9 sobre o fim do projeto, E22 e E23 acreditam que as ações outrora implementadas no HFM surtiram efeitos. E22 acredita que o projeto “pegou”, pelo menos percebe algumas coisas que permaneceram como a identificação dos pacientes pelos seus nomes, assim como identifica que a partir daquela época a Psicologia ganhou um espaço maior no hospital. E23 diz que a sistematização do projeto se perdeu, em decorrência de mudança de direção, gestão, mudança das pessoas nos cargos de coordenadores. Contudo, acredita que ali foi o primeiro momento em que as pessoas começaram a pensar na idéia de humanização, em que o hospital se destacou dentro de Campos porque se cadastrou no PNHAH e que isso foi importante, pois foi o início de um pensamento.

E23 diz que a Psicologia está fazendo a humanização de outra maneira, tentando construir no hospital equipes interdisciplinares para acompanhamento dos pacientes. Esse processo está abrangendo as clínicas de internação e o Pronto-Socorro ficaria por último por ser um trabalho mais complexo, uma vez que existem sete equipes distintas, uma por plantão de 24 horas, logo, maior rotatividade de profissionais. Ela acredita que isso seja um trabalho

no viés da humanização. E de fato é, pois se alinha à ideia de “clínica ampliada” do PNH, algo então positivo para humanização hospitalar que começa a ser germinado.

E23 explica que estão tentando instituir tais equipes nas enfermarias, por exemplo, enfermaria de Clínica Médica: fizeram uma reunião com médico, chefe dos médicos, pessoas da enfermagem, psicologia, serviço social, nutrição, todo mundo que trabalha na clínica médica e ali se discutiu a possibilidade, a efetividade de uma reunião interdisciplinar, que pode ser uma reunião clínica ou um estudo de caso ou uma sessão clínica para discutir os casos, a necessidade do round diário aplicado em cada enfermaria. Essa discussão tem o objetivo de construir um espaço interdisciplinar, que para o ponto de vista de E22 e E23, é a base da humanização. Esse trabalho está no começo, iniciou entre abril e maio de 2014, e foi consequência de uma pesquisa realizada pelo setor de Psicologia sobre a representação social do psicólogo no hospital, em que um dos resultados foi que os próprios profissionais não conheciam o trabalho dos psicólogos e de outras categorias profissionais. E23 mesma questionou a incumbência de uma fonoaudióloga que trabalha no CTI, que explicou que os pacientes se recuperam mais rápido com o trabalho que realizam, que por sua vez, significa menos custo ao hospital.

O novo CTI já funciona dessa maneira. Tive a oportunidade de conversar com a esposa de um usuário que ficou internado por duas semanas nele, em decorrência de um acidente motociclístico, e que depois que superou o estado crítico foi transferido para um outro hospital da cidade por meio de seu convênio/plano de saúde. A moça teceu inúmeros elogios ao HFM, mencionou o trabalho das diversas categorias profissionais, surpresa ainda com o trabalho da fisioterapia. Disse que o atendimento foi de Primeiro Mundo, impressionada com a atenção de todos os profissionais com o esposo, por todo o tempo em que esteve internado. Ela me contou ainda que ouviu na outra unidade hospitalar comentários depreciativos contra o HFM, como, por exemplo, que o esposo poderia ter adquirido infecção hospitalar. Ela tomou partido em defesa do HFM e para mim ainda o enalteceu em comparação com o atendimento e cuidado dispensados pelo outro hospital, que por sinal, foi duramente criticado pela moça.

Nesses termos, o momento atual parece estar mais favorável para algumas ações humanizadas serem implantadas no hospital. Muito disso deve-se ao fato de obras como o novo CTI e centro cirúrgico terem sido concretizadas. A obra foi fonte de muita reclamação entre os entrevistados. E durante a mesma o hospital optou por manter seus atendimentos sem transferi-los para outro local, o que impactou no conforto (cheiro, som, limpeza) dos usuários.

Contudo, baseado na experiência do PNHAH anterior, podemos fazer algumas observações. Mais uma vez o Pronto-Socorro é “deixado” por último, exatamente pela complexidade do mesmo, considerando a grande rotatividade dos profissionais. Enquanto as clínicas contam com trabalhadores diaristas, a maior parte do trabalho no PS é realizada em escala de plantão, que remontaria a uma maior fragmentação da assistência em distintas equipes de profissionais. O próprio caráter de urgência do primeiro atendimento caracteriza o PS como um setor crítico para gestão dos trabalhos. Assim, é importante que haja uma extensão do trabalho interdisciplinar, que começou a ser implementado nas clínicas, também no PS. E aqui referimo-nos a um trabalho em que haja negociação entre as partes, uma relação dialógica e não em ações burocraticamente estabelecidas, na forma de um “cumpra-se”. Os arranjos e dispositivos tratados em Campos e Amaral (2007) assim como por Santos-Filho e Figueiredo (2009), expostos no capítulo anterior, podem servir de referência aos trabalhos a serem desenvolvidos, em direção da clínica ampliada.

O desafio de negociações e comunicação entre gestores e profissionais e mesmos entre estes no PS se depara com a situação de que, embora haja plantões de múltiplas disciplinas, as mesmas não agem necessariamente em sinergia, de forma que o entrosamento entre profissionais segue a linha da empatia individual, dos colegas “que se dão bem”, que esbarra na concepção de plantão do dia x, cuja equipe seria boa. Também se evidenciam os conflitos de atribuições, de passar uma demanda para outro setor/profissional de outra categoria. Ou o contrário, um interferindo no trabalho do outro de forma a tolher sua autonomia. Como diz E18, “as coisas vão se construindo, os serviços vão se estruturando”. O porém é que muitas coisas que estão sendo estruturadas não necessariamente envolvem articulação e integração entre as distintas disciplinas, mas arranjos de poder com dominância do modelo biomédico em detrimento ou desprestígio de outras dimensões, como as sociais e as psicológicas, de forma que trabalhos nesse sentido são encarados muitas vezes de forma menos importante.

Outra observação é que se anteriormente os trabalhos não evoluíram por mudanças de gestão, ocasionadas por modificações no cenário político do município, para que ações atuais não percam fôlego, concretude e direção, seria necessário que ideias como clínica ampliada ou mesmo o sentido geral de Paideia, trabalhado em Campos (1999; 2005), com os distintos dispositivos cabíveis, ganhem força e se institucionalizem como práticas e regras que possam resistir às conjunturas políticas. A clínica ampliada ou do “sujeito” torna-se peça fundamental para valorização de um olhar multidisciplinar acerca da saúde, e logo, da valorização e reconhecimento social dos profissionais não-médicos.

Sendo o hospital uma organização também de serviço público, ele sofre ingerências políticas, de forma que mudanças a cada quatro anos na Prefeitura podem, conforme a enfermeira E8, trazer o sentimento de “pânico” aos funcionários, no sentido de incertezas no andamento dos trabalhos. Daí a noção de contratos de gestão com assinaturas de termos de compromissos que envolvam não só as unidades internas do hospital, mas mesmo este último e a Secretaria Municipal de Saúde, que podem garantir uma maior concretude às iniciativas, contanto que embasadas em objetivos, delineamento de metas e indicadores para monitoramento e possíveis correções de rumos. As avaliações seriam realizadas ao longo do processo, garantindo a participação de trabalhadores junto aos gestores, promovendo ainda seu empoderamento acerca dos processos de trabalho. Ressalta-se também a necessidade de viabilizar mecanismos de participação do usuário não restritos ao espaço da Ouvidoria.

Embora admissível a ideia de que instalar “boas práticas” signifique uma reprodução burocrática, “particular” (no sentido oposto à “singular”), no que se refere ao encontro entre usuários e profissionais, algo que não destoaria do modelo hegemônico de produção da saúde, a falta de mecanismos reguladores e metas fixas para cumprir, por outro lado, restringe as ações às contingências do momento político sofrido pelo município. Nesses termos, toda modificação no quadro executivo da prefeitura e nos gestores do hospital poderá incutir descontinuidades ou alterações na forma de conduta dos serviços produzidos, refletindo a fraca autonomia do hospital em relação ao gestor municipal. Assim, a pactuação de contratos de gestão entre gestores e profissionais, e também entre hospital e Secretaria Municipal de Saúde, surge como algo a ser minimamente apreciada. Poderia até mesmo influir sobre processos de compras de material e medicamentos, por exemplo, que implicaria modificações na interface das unidades ou setores internos do hospital.

Se de fato imputar condutas padronizadas à relação profissional-usuário não faz sentido perante tudo o que foi exposto quanto à produção de subjetividades e de saúde, modificar arranjos no sentido de uma cultura organizacional pode, em contrapartida, propiciar modificações na forma como os profissionais se dispõem ao trabalho. Como se mudanças nos processos de produção de saúde pudessem contribuir para o vislumbre de “mudanças nos processos de subjetivação”, almejadas por Benevides e Passos (2005a).

Porque uma das dificuldades encontradas nessa pesquisa foi exatamente analisar a implementação de um programa que teve fraca normatividade e mesmo materialidade para avaliação. Poucas pessoas que foram abordadas se lembravam dele e as que se lembravam expressaram a perda de sua sistematização em decorrência de mudanças na gestão do hospital. No que se refere aos profissionais do PS, especificamente, com exceção de uma entrevistada

(E12), não houve percepção ou sentimento pela sua ausência. Uma das razões para isso pode se dar pelo fato de termos focado trabalhadores do PS, setor este que seria abordado em um último momento, sendo que a auxiliar de enfermagem, o administrador E20 e a assistente social E4 não trabalhavam no PS na época. E as ações ali se restringiram a pinturas da ala da Pediatria.

Por sua vez, poucos funcionários aderiram às palestras e reuniões, de forma que as iniciativas tiveram restrito apoio de alguns agentes. Também não tivemos suporte material para detectar os motivos para tal desmobilização, uma vez que os funcionários do PS, conforme acima mencionado, não se lembravam nem mesmo do programa. Porém, a opinião que tivemos acesso aponta única e exclusivamente à "falta de interesse" – algo apreciável na fala da assistente social E4 –, e para E9 ainda uma questão cultural de falta de participação e engajamento. No que se refere à possibilidade de o programa ser encarado de forma ameaçadora quanto a posições privilegiadas de fruição de poder, conforme trabalhado em Cecílio (1999), não tivemos elementos para sua confirmação. Contudo, como as ações implementadas dirigiam-se mais à sensibilização dos trabalhadores no que se refere à atenção aos usuários, é possível aventar que estruturas de poder não chegaram a ser ameaçadas, uma vez que não surgiram tratativas que questionassem a gestão hospitalar e a possibilidade de criação de espaços democráticos abertos à cogestão.

Em relação a discussões sobre avaliações no âmbito do PNH[68], Serafim Barbosa Santos-Filho (2007, p. 1001), alerta-nos em relação a tomar alguns dispositivos como indicadores de avaliação apenas pela sua existência, como seria o caso do Grupo de Trabalho de Humanização/GTH. Na realidade, caberia captar o contexto de sua instituição, a essência que lhe é atribuída, "de trazer em si um novo modo de existir e se fazer, isso mesmo considerado como mudança" (SANTOS-FILHO, 2007, p. 1001). Como se avaliaria, questiona o autor, que o grupo agencia mudanças no instituído? O mesmo para Conselhos e Colegiados

[68] A avaliação de políticas públicas seria a última fase de um processo de implantação de políticas. Viana e Baptista (2008) abordam métodos de pesquisa, tratando de identificar distintas fases dentro do processo de elaboração e implementação da política, dentro do chamado "ciclo da política, em que cada política passaria por cinco fases. A começar o reconhecimento do problema, fase que introduz determinado conflito na agente política. Em um segundo momento, se passaria para a definição de propostas para a solução do problema, fase assim de formulação da política. Depois, se escolheria a solução, caracterizando a fase da tomada de decisão. Em seguida, viria a fase de implementação da política, em que se põe a solução em andamento, para, por último, chegar à fase da avaliação dos resultados. Quanto à fase de avaliação, estas podem, na realidade, se dar *ex ante*, antes da implementação, buscando fazer um cálculo de custo-benefício e de custo-efetividade, quanto avaliações *ex post*, durante e depois da fase de implementação, de forma ser possível formular uma nova situação para o ciclo da política. O ciclo se daria assim: idéia – diagnóstico – projeto – avaliação *ex ante* – correção – implementação – avaliação do processo – correção – conclusão do projeto – avaliação *ex post* ou de impacto – idéia.

de gestão, que podem ser concebidos somente como criação de novas estruturas administrativas ou burocráticas sem desencadearem novos modos de gerir o trabalho, como negociações permanentes, construção coletiva da coparticipação e cogestão, podendo haver falsas associações entre mudanças e sua criação (SANTOS-FILHO, 2007, p. 1005).

Se já é complexo inferir sobre a efetividade de ações implementadas (ARRETCHE, 1998), no caso de políticas como a de humanização, torna-se ainda mais complexo, posto que "se configuram como uma teia ampla de ações, compondo-se de dispositivos específicos e de outros não-específicos" (SANTOS-FILHO, 2007, p. 1004). Se há dificuldades na conformação de indicadores, como instrumentos projetados para avaliar a consecução de objetivos específicos (metas), dentro de um período de tempo (SANTOS-FILHO, 2007, p. 1001), para nós, nessa pesquisa, a deficiência material para avaliar e mesmo conformar indicadores de avaliação, no que tange ao programa outrora implementado, emerge como um dado em si sobre a forma em que foi realizada essa implementação. Como bem ressalta Santos-Filho (2007, p. 1005-1006), mudanças no processo de trabalho podem se deparar com resistências de diferentes atores e outras adversidades:

> Essas condições (não completamente controladas, "não ideais", não idealizadas) de implantação de inovações tornam-se, por si mesmas, importantes enquanto alvo de avaliações, contribuindo não somente para demarcar as variações entre experiências semelhantes, como também apontar fatores facilitadores para a reprodução de experiências exitosas.

O autor ainda ressalta a importância de se fomentar pesquisas avaliativas de interesse para os serviços. Para isso destaca a necessidade de institucionalização dos processos de avaliação como forma de garantir sua continuidade e qualidade. Diz ainda que a experiência na área de monitoramento e avaliação no SUS ainda é incipiente. Aqui, Santos-Filho (2007, p. 1006) faz uso da distinção de Zulmira Hartz entre monitoramento de rotina das ações de saúde de avaliação. No primeiro, temos por base metas pré-estabelecidas e pactuadas, que incentiva a produção e qualificação dos serviços, possibilitando ainda avaliação oportuna e agilidade na correção de rumos. Contudo, seus indicadores não devem ser tratados como de resultados, de forma que a pesquisa avaliativa busca dimensionar o alcance das ações, sua efetividade ou impacto (SANTOS-FILHO, 2007, p. 1006-1007).

No caso do PNHAH no HFM, elementos para monitoramento de rotina e mesmo avaliação de sua implantação se dissociam da noção de práticas controladas, passíveis mesmo de monitoramento uma vez que suas ações não tiveram qualquer forma de controle e se perderam ao longo do tempo. O programa não foi institucionalizado ou teve fracos contornos

normativos, ou diríamos que não chegou perto de constituir-se, conforme North (1990), em "regras do jogo" e impor constrangimentos à interação humana.

Com base nessa experiência e considerando as tratativas acerca do PNH, acreditamos ser possível inferir que algum grau de normatividade seja necessário. Ao menos no que tange à dimensão da gestão, de forma que modificações em prol da distribuição de poder dentro da organização hospitalar seja uma aposta para modificações que repercutam na dimensão da atenção. O programa que foi implantado, além de obter fraco apoio institucional, restringiu-se a alguns elementos referentes à ambiência e à dimensão da atenção, ou seja, não tocou na forma de organização hospitalar, como meio de incentivar a cogestão e empoderamento do trabalhador sobre os processos de trabalho, o que poderia justificar o desinteresse mais amplo observado em relação ao programa.

A ligação entre as duas dimensões faz parte mesmo de noções disseminadas no PNH, quanto à "indissociabilidade entre atenção e gestão, afirmando que há uma relação inseparável entre modos de cuidar e modos de gerir e se apropriar do trabalho" (SANTOS-FILHO; FIGUEIREDO, 2009, p. 616). Trabalhador estimulado, se percebendo responsável e não alienado da produção de saúde dentro do hospital, poderia dirimir o sentimento de apatia acerca do outro, imputando-lhe também a responsabilidade sobre a qualidade do serviço. Para isso, apostamos na elaboração de objetivos e definição de metas, assim como a construção de indicadores para monitoramento de rotinas a partir da formalização de contratos e pactuações, conforme mencionado mais acima.

Nesse sentido, a "catequese" ou a "sensibilização" ou mesmo "treinamentos" em prol da humanização da atenção ao usuário só poderiam vislumbrar qualquer grau de efetividade quando, de fato, os trabalhadores puderem primeiramente ser cuidados, em suas motivações acerca do serviço que executam, em seus "projetos de felicidade" no que se referem a sua própria saúde, e quando dispuserem de maior acesso às formas de controle sobre o seu trabalho. Assim, reitera-se a dependência da dimensão da atenção em relação à da gestão. Tornar o profissional corresponsável pelo serviço final oferecido à população pode, nesses termos, ser um caminho promissor à qualificação do encontro entre usuários e profissionais, entre usuários e organizações de saúde, como o hospital.

CONCLUSÃO

A construção do SUS foi o resultado de lutas pela construção de uma política social universalizante. Ela se insere em um processo mais amplo, que envolveu múltiplos setores da sociedade na pauta pelo restabelecimento de alguns direitos (políticos e civis) e na democratização de outros (sociais). A Constituição de 1988 representou a radicalização desses anseios, e no que tange à saúde da população, firmou a mesma como direito, que caberia ao Estado garantir.

Podemos dizer que uma nova visão de saúde tornou-se priorizada, não aquela remetida à doença e sua cura, mas uma influenciada por fatores diversos: econômicos, sociais, culturais e bioecológicos, assim como passa a ser priorizada a noção de produção de saúde. Por outro lado, acaba-se a distinção de clientelas, opondo-se à construção dual que dividia o acesso aos serviços nas décadas anteriores. Por essa razão, o SUS é incontestavelmente uma política de princípios democratizantes, que representou um avanço em relação à conquista de direitos.

Afirmando a nova condição de universalidade no acesso, o SUS é configurado por diretrizes organizacionais para que a saúde se efetive e alcance as demandas da população, em suas especificidades regionais e culturais. Assim, a descentralização político-administrativa com ênfase na municipalização da gestão dos serviços e ações de saúde expressa um arranjo federal de divisão de poder nas três esferas de governo, imbuída ainda da noção de maior envolvimento da população nas formas de controle e participação.

Contudo, é difundida na literatura sobre o tema, a distância entre aquilo que foi definido constitucionalmente das práticas dos serviços cotidianos prestados à população. O momento mesmo de implantação do sistema foi marcado por crises econômicas e restrição a gastos públicos, que impactaram na saúde, além de limites de distintas ordens que constrangeram o alcance da reforma pretendida (JUSTO, 2010, p. 140). Ademais, sua criação carregou características do modelo institucional anterior, de forma que arranjos da política prévia continuaram impactando na prestação dos serviços. Assim, também a fragmentação e verticalização com que as práticas outrora foram estruturadas representam grandes desafios à concretude dos princípios e diretrizes do SUS. Tal configuração ainda ressoa sobre o modelo de assistência hegemônico “secularmente hierarquizado, fragmentado e calcado em uma lógica técnico-burocrática” (DESLANDES, 2005, p. 402).

Na tentativa de resposta a esses desafios, um conjunto de medidas vem sendo adotado nas últimas duas décadas no intuito de promover mudanças no modelo de atenção à saúde no

Brasil. O trabalho aqui apresentado buscou destacar uma dessas, a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS (PNH), conhecida também por HumanizaSUS.

> A PNH se apresenta como estratégia reorganizativa das práticas e do sistema de saúde, na medida em que reafirma a saúde como proteção social inscrita no campo dos direitos sociais e da construção de cidadania, reforçando ainda a equidade e o respeito às diferenças sociais, culturais e subjetivas entre os cidadãos (JUSTO, 2010, p. 141).

A PNH se configura como um projeto em construção, com identificação no conjunto de princípios e diretrizes do SUS, que busca alcançar um atendimento resolutivo e acolhedor sem despersonalizar seus usuários, valorizando seus operadores (trabalhadores) e apoiando mecanismos participativos de gestão no cotidiano do trabalho em saúde (CECCIM; MERPHY, 2009 p. 532). Na dimensão da gestão, busca-se a implementação de instâncias colegiadas e horizontalização das linhas de mando, com destaques para a participação dos atores, a democratização dos processos decisórios, incentivo no sentido da corresponsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários (SANTOS-FILHOS, 2007, p. 1000). Já na dimensão da atenção, destacam-se a acessibilidade e integralidade da assistência, permeadas pelo vínculo entre usuários e trabalhadores, avançando ainda no sentido de uma "clínica ampliada" (SANTOS-FILHOS, 2007, p. 1001).

A pesquisa aqui realizada buscou contrastar aspectos da dimensão da atenção e da gestão da saúde na realidade de um hospital público municipal, a partir da percepção de seus trabalhadores, tendo como referência a PNH. Nesse percurso, o Pronto-Socorro surge como foco potencial de análise exploratória devido às condições de funcionamento dos trabalhos, que demandam presteza e alto grau de competência, o que pode incitar situações estressoras para os trabalhadores, que incidem diretamente sobre o acolhimento aos usuários.

Considerando tais desafios, foram entrevistadas 24 pessoas, cuja análise seguiu um escopo estruturado a partir dos temas mais recorrentes, também subsidiada pelas observações e conversas informais estabelecidas na unidade com usuários e outros profissionais. O primeiro desses temas era a lotação evidente do Pronto-Socorro, que não só foi unanimidade entre todos os entrevistados, quanto foi uma visão impactante nas visitas, com menor grau no último período, já em 2014, com a finalização de obras importantes no hospital.

Uma das hipóteses levantada logo de início foi que a demanda de municípios vizinhos impactava na superlotação hospitalar. Também foi motivo de queixa de diversos entrevistados o fato desses municípios não terem unidades de mesmo porte do HFM para atender sua população, o que revela desconhecimento da rede de hierarquização dos serviços por níveis de

atenção e regionalização. Não obstante, pudemos apurar por meio de dados fornecidos pelo Setor de Contas Médicas, que 95% da demanda do hospital entre 2012 a maio de 2014 eram de pessoas provenientes de Campos, seguidos dos municípios “santos” que compõem a microrregião II da região Norte, da qual faz parte e é centro de referência. Logo, tal hipótese não se sustentou. Outros municípios em percentagem ainda mais inferior não só provêm de outras microrregiões do estado do Rio de Janeiro quanto são residentes de outros estados, que podem, em muitos casos, ter dado entrada no hospital em decorrência de acidentes nas rodovias que cortam o município. No entanto, o município tem vivenciado um crescimento populacional acima da média nacional, que se associando ao fato de o prédio ser antigo e demandar reformas de ampliação, pode incentivar a superlotação.

Outro elemento que impacta na lotação seria o atendimento de casos de não urgência e emergência, embora o hospital venha tomando atitudes em prol do atendimento segundo classificação de risco. Ainda assim muitas “bobagens”, segundo perspectiva de entrevistados, viriam a incrementar os serviços do hospital, o que pode se dar em razão de falhas na entrada dos usuários no sistema, da atenção primária de saúde, aspecto que também surgiu nas entrevistas.

Com a lotação intensifica-se outro problema: a falta de privacidade do usuário. Este tema também esteve associado em muitas falas com elementos relacionados com a dimensão da ambiência e da qualidade das instalações físicas, revelando falhas na dimensão do cuidado. Tais fatores também demonstraram impactar negativamente na satisfação dos profissionais acerca do trabalho que realizam, uma vez que não conseguem garantir o sigilo ao qual o usuário tem direito, da mesma forma que enfraquece a qualidade do acolhimento.

Conflitos entre profissionais de distintas categorias também se evidenciaram, como no caso da Psicologia e Assistência Social, que dividem a mesma sala para atendimento em decorrência das obras, situação que até maio de 2014 não havia se modificado. Aqui também há comprometimento do sigilo do atendimento e sobreposição de trabalhos. Embora a interdisciplinalidade seja algo positivo e a ser incentivado, há necessidade de negociação desses espaços de forma a não tolher a autonomia dos profissionais envolvidos.

Também nas equipes de enfermagem houve a identificação de questões conflituosas, que apontam para o desfavorecimento dos auxiliares de enfermagem, que demandam uma equiparação salarial aos técnicos de enfermagem, em face de realizarem os mesmos serviços. Diversos funcionários demonstraram ansiar pela implementação de um plano de cargos e salários para tornarem seus salários mais justos. No que se refere à equipe de enfermagem de nível técnico ou fundamental, muitos executam funções de enfermeiros por possuírem

formação acadêmica destoando do cargo que ocupam na unidade ou por aprenderem na prática cotidiana. Diferenças de disposição ao trabalho entre técnicos e auxiliares graduados e os não graduados também apareceram na fala de uma auxiliar de enfermagem em particular.

Outra situação recorrente em muitos entrevistados estava relacionada a situações de privilégio usufruídas pelos médicos, a ponto de podermos, para os profissionais da saúde (sem incluir da área administrativa), distinguir categorias gerais de "médicos" e "não-médicos". A maior queixa da equipe de enfermagem, incluindo as subcategorias aí presentes (auxiliares, técnicos e enfermeiros), foi a de exposição dos mesmos quanto as suas ausências ou falha na orientação perante os usuários. Trabalhamos a noção de que o modelo de assistência hegemônico pressupõe a fragmentação do ser na centralidade do corpo, estando o médico, pelas propriedades biomédicas conformadas como capital cultural, em uma posição privilegiada dentre as distintas categorias profissionais. Nesse sentido, pudemos detectar também ressentimento dos "não-médicos" perante uma postura de propensa autoridade daquele, também ressaltado em trabalhador de área administrativa (porteiro). A isonomia salarial, que até então equalizava economicamente médicos e não-médicos, foi rompida esse ano com a autorização para pagamento de gratificação especial para os primeiros, o que pode revelar a valorização institucional do modelo biomédico hierarquizado, do qual vimos tratando. A insatisfação salarial foi, por sinal, recorrente em diversas categorias profissionais. E em conversas informais com alguns profissionais não-médicos após a divulgação da gratificação, pudemos identificar descontentamento e sentimento de falta de reconhecimento.

Por outro lado, também os médicos fizeram queixas concernentes ao sentimento de falta de reconhecimento social. Porém, diferente dos "não-médicos", a fonte de reclamação não incidia sobre os colegas de distintas categorias ou das equipes de trabalho, mas dos usuários, que teriam perdido o respeito, e em alguns casos, o sentimento de reverência aos mesmos. Pesquisa com usuários em particular poderia explorar essa questão, a visão sobre os médicos, sugestão de trabalho para aprofundar a relação médico-paciente. Contudo, na perspectiva de um dos entrevistados, isso se deve à visão amplamente difundida na mídia acerca de negligências médicas. Uma hipótese para tal pesquisa seria a de que à medida que a população adquira noções sobre seus direitos, seja por acesso maior aos estudos ou pela divulgação dos mesmos em mídias, adquiram também uma postura mais exigente e reivindicadora acerca dos serviços prestados.

Os conflitos entre distintas categorias profissionais, por sua vez, revelaram acima de tudo uma falta de sintonia entre equipes. Foram identificadas situações em que o trabalho executado em determinado setor, clínica ou por algum profissional impactava negativamente

no andamento dos trabalhos de outros. As equipes não dialogam, no sentido de negociarem ações, discutirem procedimentos. E também é importante destacar que

> A visão exclusivamente biológica do ser humano provoca ruídos na rede de relações do trabalho em saúde. A busca por uma equipe multidisciplinar perde sua finalidade quando apenas o profissional médico passa a ser valorizado, em detrimentos dos demais profissionais da equipe (JUSTO, 2010, p. 149).

Também há bastante descontentamento em relação à administração hospitalar, dos gestores, que em relação ao Pronto-Socorro manteriam um distanciamento. É como se o PS vivesse uma realidade apartada do restante do hospital. Não há muitas aberturas para o trabalhador na ponta do atendimento ser ouvido, apresentar sugestões e visão sobre o que percebem que poderiam ser melhorado. Nesse sentido, evidenciamos a manutenção do modelo hierárquico de gestão ao qual a PNH se opõe. Para muitos entrevistados, a administração hospitalar sofre limitações em razão de sua dependência aos desígnios da Prefeitura por meio da Secretaria Municipal de Saúde. Salientaram as mudanças na gestão hospitalar em decorrência de conjunturas políticas, que seriam um fator de instabilidade acerca do trabalho a ser desenvolvido.

No que se referem às ações condizentes com a dimensão do cuidado, embora muitos trabalhadores sustentem um discurso sobre a humanização concernente a um tratamento na qualidade do que se esperaria na condição de paciente, alguns fatores incentivam o contrário, impactando na equidade do tratamento. Dois elementos teríamos a destacar nesse sentido. Um é a própria falta de controle sobre os processos de trabalho, que repercute em uma instabilidade emocional ao trabalhador, refletindo na qualidade do seu acolhimento. O outro se refere a processos discriminatórios em relação a usuários estigmatizados. Se este último recai em uma esfera, como diria a assistente social E9, de “fórum íntimo”, uma vez que fala sobre o encontro de pelo menos duas subjetividades (profissional e usuários) e “treinamentos” são questionáveis quanto a sua efetividade, o primeiro, todavia, requer modificações no nível da gestão dos trabalhos, que poderiam vir a impactar no último (complementado pela noção de educação permanente).

As discussões sobre as dificuldades na experiência em particular vivenciada pelo HFM ressoaram sobre questões éticas no âmbito da adesão (processos de mudança) subjetiva. Reporta-nos à noção de que o “como fazer” da política se concretize em “tecnologias relacionais”. A partir da transformação dos modos de os sujeitos entrarem em relação, formando coletivos, as práticas poderiam ser efetivamente alteradas (BENEVIDES; PASSOS,

2005a, p. 392). Nos debates acadêmicos, a humanização é tomada pela perspectiva de "mudanças das estruturas, da forma de trabalhar e também das pessoas" (CAMPOS, 2005, p. 399), ao mesmo tempo em que se aposta na insurgência de novas subjetividades engajadas em práticas de saúde construídas e pactuadas coletivamente para reinventar modelos de atenção e gestão. Por outro lado, ressalta-se que a política não seja tomada como um programa para não correr o risco de se estabelecer normativas e com isso gerar efetuação burocrática, descontextualizada e dispersa, pautada em índices a serem cumpridos e metas alcançadas, independentes de sua resolutividade e qualidade (BENEVIDES; PASSOS, 2005a, p. 393).

Todavia, a experiência de insucesso da implantação do PNHAH no HFM tem apontado para confluência desses dois aspectos: a percepção da humanização fortemente atrelada a concepções éticas e abstratas e a frágil normatividade da mesma como política pública. Inicialmente, havia a hipótese de que identificando as causas de insucesso da implementação da política poderíamos traçar um quadro da qualidade do acesso aos serviços prestados na emergência municipal. Concluímos, porém, que mais do que qualificar esse acesso como humanizado ou desumanizado, a pesquisa possibilitou identificar elementos críticos, e com isso contribuiu à reflexão acerca de pontos desafiantes, assim como avanços, à implementação de um cuidado e uma gestão humanizados. Ademais, propiciou a reflexão acerca da concepção da PNH e os desafios para concretude da mesma na forma de política.

Se, por um lado, a política atual sobre humanização discorre sobre mudanças na cultura organizacional da gestão, por outro, esse é o objetivo das diversas ações em prol da efetivação do SUS desde sua criação. As portarias e outras normativas em prol da pactuação entre os gestores para tornar o sistema mais acessível e de maior resolutividade à população, em favor assim da descentralização, conforme tratadas no capítulo II, demonstram esse esforço.

Assim, o SUS, ao viver um "processo" de implantação, que convive com arranjos culturais e políticos antagônicos, tem avançado lentamente em direção aos seus objetivos. Se a PNH sofre com os constrangimentos que o próprio SUS enfrenta desde a sua criação, o problema da qualidade da atenção – comprometendo a vida e saúde da população, revivido e denunciado diariamente – passa também a ser tratado na velocidade de um "processo": lento e a logo prazo. Logo, o "como fazer" da política parece ser ainda o desafio ao sucesso das práticas humanizadas. Medidas drásticas visando a mudanças a curto prazo demandam, por sua vez, estudos multidisciplinares para aperfeiçoamento das políticas, com contribuições da Gestão Pública e Administração, por exemplo.

Compreendemos a adoção da postura dos formuladores, uma vez que a humanização trata além de tudo de relacionamento entre humanos, e nesse sentido, estabelecer protocolos e normatizar a forma de conduta seriam, nas palavras de Ayres (2004, p. 17), “negar a fina e criadora dialética entre identidade e interação e o caráter aberto e deveniente da sabedoria prática reclamados pelo Cuidado como categoria reconstrutiva”. Não obstante, conforme o próprio Ayres alerta, “abster-se de propor, por outro lado, seria negar o sentido ético da reconstrução que se busca” (2004, p. 17).

Portanto, aventamos que uma política de humanização para alcançar, de fato, maior concretude necessita sim de instauração de procedimentos, normativas com definição de metas e objetivos claros. Tais medidas, entretanto, direcionar-se-iam às modificações na organização da gestão, em melhores condições de trabalho, apostando que a maior satisfação do trabalhador, assim como o fato de torná-lo cogestor e corresponsável por tais resultados impactará a dimensão da atenção. É importante ainda que essas metas estejam alinhadas com a noção de “regras de jogo”, de forma que qualquer gestor que vier a ocupar cargos de direção a elas se submeta, honrando compromissos.

Pontuamos ainda as muitas queixas em relação à demanda de serviços e o impacto da mesma sobre a saúde do trabalhador, assim como as questões já mencionadas de falta de controle do trabalhador sobre a organização e processos de trabalho. Assim, apoiamo-nos em Lacaz e Sato (2008, p. 118), na ideia de que “particularidades do ambiente de trabalho, dos equipamentos e da organização do trabalho muitas vezes conspiram contra a qualidade do cuidado”. As equipes de trabalho, por sua vez, estão vulneráveis ao sofrimento psíquico, relacionado não só a elementos de organização do trabalho como jornadas prolongadas e ritmo acelerado, a quase inexistência de pausas e descanso ao longo do dia, além da responsabilidade com procedimentos e tarefas (LACAZ; SATO, 2008, p. 118-119). Estão assim propícias ao sentimento de frustração, depressão e perda de confiança que contribuem para insatisfação com o trabalho. E é nesse sentido que a organização do trabalho, que inclui o controle sobre ela exercido, torna-se conceito central na articulação da qualidade do trabalho na atenção, saúde no trabalho e humanização do cuidado (LACAZ; SATO, 2008, p. 118-119).

Nesses termos, compreendemos que a falta de mecanismos reguladores e mesmo a ausência de pactuação entre gestores e trabalhadores propiciaram o enfraquecimento institucional da iniciativa de humanização hospitalar no HFM. Não havendo regras e metas para se cumprir, assim como meios de verificação de resultados (indicadores), as ações aproximaram-se de um voluntarismo, restritas a atividades pontuais para melhorias na

ambiência e atenção ao usuário, fragilmente dissipadas ao longo do tempo e pela ausência de apoiadores.

Para que haja, contudo, interesse dos trabalhadores nas ações afastando-se da noção de “tornar chato o que é óbvio”, é necessário que tais ações direcionem-se acima de tudo para uma modificação na cultura organizacional do hospital, de forma que modifiquem os processos de trabalho, fomentando relações dialógicas entre gestores e trabalhadores. E nesse sentido, somos favoráveis à institucionalização de práticas e metas no que tange à dimensão da gestão. Assim, diante de tudo que aqui foi tratado, preconizamos pela atenção ao cuidador como pontapé inicial para futuras iniciativas em prol da humanização hospitalar, em conformidade com o explicitado por E10, “como que você vai tratar até bem ao outro se você não consegue um tratamento digno pra você?”.

Acreditamos, a partir da abordagem teórica e empírica aqui tratada, ser essencial promover a qualidade das condições de trabalho. Mas não só isso. É necessário implementar dispositivos em prol da cogestão e assim a maior participação dos trabalhadores sobre o controle dos processos de trabalho e sua inclusão efetiva em espaços de negociação, no sentido de proporcionar-lhes a corresponsabilidade. Apenas com o empoderamento que incute o sentimento de responsabilidade pelos resultados de promoção da saúde, acreditamos poder vislumbrar uma guinada na postura em relação aos serviços prestados, refletindo na qualidade do acolhimento do hospital aos seus usuários.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, Fernando Luiz. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. **Rev. Sociologia Política,** Curitiba, v. 24, 2005, p. 41-67.

AUGUSTO, Maria Helena Oliva; COSTA, Olavo Viana. A saúde no Brasil: paradoxos e dilemas. **Revista São Paulo em Perspectiva**, v.1, n.3, p.59-63, 1987.

ARRETCHE, Marta T. S. Emergência e Desenvolvimento do Welfare State: Teorias Explicativas. in: **Bib. Boletim Informativo e Bibliográfico de Ciências Sociais**, no. 39, 1o. semestre de 1995, p. 3-40.

_____. Tendências no estudo sobre avaliação. In: **Avaliação de políticas sociais:** uma questão em debate. RICO, Elizabeth Melo (Org.). São Paulo: Cortez: Instituto de Estudos Especiais, 1998.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado e Humanização das Práticas de Saúde. In: DESLANDES, Suely Ferreira (org.). **Humanização dos Cuidados em Saúde:** cuidados, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

_____. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2005, p. 549-560.

_____. Humanização da assistência hospitalar e o cuidado como categoria reconstrutiva. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, 2004, p. 15-17.

BAHIA, Ligia. Avanços e percalços do SUS: a regulação das relações entre o público e o privado. In: **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.159-169, 2006.

_____. O SUS e os Desafios da Universalização do Direito à Saúde. In: Lima, Nísia Trindade; Gerchman, Silvia; Edler, Flávio Coelho (Orgs.). **Saúde e Democracia:** história e perspectiva do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface – Comunicação, Saúde, Educação.** São Paulo, v. 9, n. 17, 2005a, p. 389-394.

_____. Réplica. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação.** São Paulo, v. 9, n. 17, 2005b, p. 404-406.

_____. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2005c, p. 561-571.

BOARETTO, Cristina. Humanização da assistência hospitalar: o dia-a-dia da prática dos serviços. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, 2004, p. 20-22.

BOBBIO, Noberto. **A era dos direitos.** Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BOLTANSKI, Luc. **As classes sociais e o corpo.** Rio de Janeiro: Edições Graal. 1989.

BOURDIEU, Pierre. **A Distinção:** crítica social do julgamento. São Paulo: Edusp; Porto Alegre, RS: Zouk, 2007a.

_____. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2007b.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011. Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, v.1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Formação e intervenção** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

_____. Portaria Nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, nº 155, 14 ago. 2009a. Seção I, p. 80 e 81.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Gestão participativa e cogestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009c.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica Ampliada e Compartilhada.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009d.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Técnico da Política Nacional de Humanização. **Monitoramento e avaliação na política nacional de humanização na rede de atenção e gestão do SUS:** manual com eixos avaliativos e indicadores de referência. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS:** Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? **Interface – Comunicação, Saúde, Educação.** São Paulo, v. 9, n. 17, 2005, p. 398-403.

_____. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 1999, p. 393-403.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; AMARAL, Márcia Aparecida do. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, 2007, p. 849-859.

CAPRARA, Andrea; RODRIGUES, Josiane. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, 2004, p. 139-146.

CARTA DE BRASILIA. Documento final do 8º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde. Medicina CFM, 2005, p. 12-13.

CARVALHO, José Murilo de. **Cidadania no Brasil:** o longo caminho. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

_____. **A formação das almas:** o imaginário da República do Brasil. São Paulo: Companhia das Letras, 2001.

CECCIM, Ricardo Burg; MERPHY, Emerson Elias. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. **Comunicação, Saúde, Educação.** São Paulo, v. 13, supl.1, 2009, p. 531-542.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 1999, p. 315-329.

_____. A modernização gerencial dos hospitais públicos: o difícil exercício da mudança. **RAP**. Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, 1997, p. 36-47.

COHN, Amélia. Políticas de saúde: implicações e práticas. In: **Tratado de Saúde Coletiva**. Gastão Wagner de Souza Campos... [et al]. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007, p. 219-246.

_____. O SUS e o Direito à Saúde: universalização e focalização nas políticas de saúde. In: Lima, Nísia Trindade; Gerchman, Silvia; Edler, Flávio Coelho (Orgs.). **Saúde e Democracia:** história e perspectiva do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005, p. 385- 405.

COMPARATO, Fábio Konder. **A afirmação histórica dos direitos humanos**. São Paulo: Saraiva, 2010.

COUTINHO, C. N. Cidadania e Modernidade. In: **Perspectiva,** São Paulo: 22, 1999, p. 41-59.

CUNHA, Euclides da. **Os Sertões.** Belo Horizonte: CEDIC – Centro Difusor da Cultura, 2005.

DAIN, Sulamis. Os vários mundos do financiamento da Saúde no Brasil: uma tentativa de integração. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 12 (Sup): p. 1851-1864, 2007.

DALLMAYR, Fred. Para além da democracia fugidia: algumas reflexões modernas e pós-modernas. In: In: SOUZA, Jessé (org.). **Democracia hoje:** novos desafios para a teoria democrática contemporânea. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2001, p. 11-38.

DA MATTA, Roberto. Sabe com quem está falando? Um ensaio sobre a distinção entre indivíduo e pessoa no Brasil. In: **Carnavais, malandros e heróis:** Para uma sociologia do dilema brasileiro. Rio de Janeiro: Rocco, 1997.

DESLANDES, Suely Ferreira. Humanização: revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica. In: _____ (org.). **Humanização dos Cuidados em Saúde:** cuidados, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

_____. O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação.** São Paulo, v. 9, n. 17, 2005, p. 401-403.

_____. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, 2004, p.7-14.

DOURADO, Daniel de Araujo; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Rev. Saúde Pública**, v. 45, n. 1, 2011, p. 204-211.

DRAIBE, Sônia. O "Welfare State" no Brasil: Características e Perspectivas. In: **ANPOCS. Ciências Sociais Hoje.** São Paulo: Vértice, 1989.

DURKHEIM, Émile. **As Regras do Método Sociológico**. São Paulo: Editora Martin Claret, 2003.

DUSSAULT, Gilles. A gestão dos serviços de saúde: características e exigências. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro: FGY, v. 26, n. 2, 1992, p. 8-19.

Em busca do humano: avaliação do humanizaSUS em ações municipais de saúde em Fortaleza – Relatório Final. Observatório de Recursos Humanos em Saúde. Estação CETREDE. UFC. UECE. Fortaleza, 2007.

ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; EDLER, Flávio Coelho. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: Lima, Nísia Trindade; Gerchman, Silvia; Edler, Flávio Coelho (Orgs.). **Saúde e Democracia:** história e perspectiva do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

ESPING-ANDERSEN, Gosta. As três economias políticas do Welfare State. **Lua Nova,** Set. 1991, no. 24, p.85-116.

FAGUNDES, Helenara; MOURA, Alessandra Ballinhas de. Avaliação de programas e políticas públicas. **Revista Textos & Contextos,** Porto Alegre, v. 8, n. 1, 2009, p. 89-103.

FEKETE, Maria Christina. Estudos da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. In: SANTANA, J. P. (Org.). **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde.** Brasília: Opas/OMS – Representação do Brasil, 1997.

FERNANDES, Antônio Sérgio Araújo. Path dependency e os Estudos Históricos Comparados. In: **Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais**. BIB, São Paulo, nº 53, 1º semestre de 2002, pp. 79-102.

FILGUEIRAS, Sandra Lúcia. Eu não sou só o HIV que eu tenho: humanização, acolhimento e escuta no atendimento a mulheres que vivem com AIDS. In: DESLANDES, Suely Ferreira (org.). **Humanização dos Cuidados em Saúde:** cuidados, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

FLEURY, Sônia; OUVERNEY, Assis Mafort. Política de Saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, Lígia. et al. (org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

FLEURY, Sônia. A questão democrática na saúde. In: _____(org.). **Saúde e democracia:** a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

_____. **Estado sem cidadãos:** seguridade social na América Latina. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

FRANCO, Maria Sylvia de Carvalho**. Homens livres na ordem escravocrata.** São Paulo: Unesp, 1997.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir:** nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes, 2007a.

_____. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2007b.

_____. **Em defesa da sociedade**. Curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 2005.

GERSCHMAN, Silvia; SANTOS, Maria Angélica Borges dos. O Sistema único de saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo: ANPOCS, v.21, n.61, 2006, p.177-190.

GOFFMAN, Erving. **Estigma – notas sobre a manipulação da identidade deteriorada.** Rio de Janeiro: LTC Editora, 2004.

GUEDES, Carla Ribeiro; ROZA, Monica Maria Raphael; BARROS, Maria Elizabeth Barros de. O apoio institucional na Política Nacional de Humanização: uma experiência da transformação das práticas de produção de saúde na rede de atenção básica. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, 2012, p. 93-101.

GUERREIRO, Jória Viana; BRANCO, Maria Alice Fernandes. Dos pactos políticos à política dos pactos na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, 2011, p.1689-1698.

GUSMÃO, Luis Augusto Sarmento Cavalcanti de. Constant e Berlin: a liberdade negativa como a liberdade dos modernos. In: SOUZA, Jessé (org.). **Democracia hoje**: novos desafios para a teoria democrática contemporânea. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2001, p. 39-62.

HONNETH, Axel. **Luta por reconhecimento:** a gramática moral dos conflitos sociais. São Paulo: editora 34, 2003.

JUSTO, Adriana Maiarotti. A humanização como diretriz reorganizativa da política e das práticas em saúde. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 16, n.1, 2010, p. 139-154.

LACAZ, Francisco Antonio de Castro; SATO, Leny. Humanização e qualidade do processo de trabalho em saúde. In: DESLANDES, Suely Ferreira (org.). **Humanização dos Cuidados em Saúde:** cuidados, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

LAHIRE, Bernard. **Retratos sociológicos:** disposições e variações individuais. Porto Alegre: Artmed, 2004.

LEAL, Victor Nunes. **Coronelismo, enxada e voto:** o município e o regime representativo no Brasil. São Paulo: Editora Alfa-Omega, 1976.

LIMA, Luciana Dias de; et al. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, 2012, p. 1903-1914.

LIMA, Nísia Trindade; HOCHMAN, Gilberto. Condenado pela raça, absolvido pela medicina: o Brasil descoberto pelo Movimento Sanitarista da Primeira República. In: MAIO, Marcos C.; SANTOS, Ricardo V. **Raça, ciência e sociedade**, Rio de Janeiro, Fiocruz, 1996.

LIMA, Nísia Trindade. **Um sertão chamado Brasil:** intelectuais e representação geográfica da identidade nacional. Rio de Janeiro: Revan: IUPERJ, UCAM, 1999.

LIMA, Nísia Trindade; FONSECA, Cristina M. O.; HOCHMAN, Gilberto. A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em perspectiva histórica. In: **Saúde e Democracia:** história e perspectiva do SUS. Lima, Nísia Trindade; Gerchman, Silvia; Edler, Flávio Coelho (Orgs.). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2p. 27-58, 2005.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; GIOVANELLA, Lígia. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, Lígia. et al. (org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

LUNA, Lara. **A saúde pública na contramão da eqüidade:** uma proposta teórico-empírica de investigação da reprodução das desigualdades sociais. 2009. Dissertação de Mestrado – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora. 2009a.

_____. “Fazer viver e deixar morrer”: a má-fé da saúde pública no Brasil. In: SOUZA, Jessé. **A ralé brasileira:** quem é e como vive. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009b.

_____. **As fronteiras do sertão e os limites da modernidade**: reflexões sobre a singularidade brasileira. Trabalho de Conclusão de Curso de Ciências Sociais. Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Campos dos Goytacazes, 2006.

LYRA, Diogo de Almeida. **Consequências da extinção da Estratégia Saúde da Família para oferta de assistência Fisioterapêutica e de algumas especialidades Médicas no Município de Campos dos Goytacazes, RJ.** Dissertação de Mestrado em Saúde da Família – Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro. 2011.

MACIEL, Fabrício. **O Brasil-nação como ideologia:** a construção retórica e sociopolítica da identidade nacional. São Paulo: Annablume, 2007.

MARINHO, Alexandre e FAÇANHA, Luís Otávio. Programas Sociais: efetividade, eficiência e eficácia como dimensões operacionais da avaliação. In: **Texto para discussão nº 787**. Rio de Janeiro: IPEA, p. 1-22, 2000.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquila. A problemática do financiamento da saúde pública brasileira: de 1985 a 2008. **Rev. Economia e Sociedade**, Campinas, v. 21, n. 2 (45), 2012, p. 345-362.

MARSHALL, T. H. Cidadania e Classe Social. In: _____. **Cidadania, classe social e status**. Rio de Janeiro: Zahar, 1967a.

_____. **Política Social**. Rio de Janeiro: Zahar, 1967b.

MEDEIROS, Marcelo. **A trajetória do Welfare State no Brasil:** papel redistributivo das políticas sociais dos anos 1930 aos anos 1990. Brasília: IPEA, 2001. (Texto para Discussão n. 852).

MELO, Marcus André B. C. de. Interesses, atores e a construção histórica da agenda social do Estado no Brasil (1930/90). In: **Ciências Sociais hoje.** São Paulo: Vértice, Editora Revista dos Tribunais, 1991.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil:** atores, processos e trajetória. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

MENZANI, Graziele Menzani; BIANCHI, Estela Regina Ferraz. Stress dos enfermeiros de pronto socorro dos hospitais brasileiros. Revista Eletrônica de Enfermagem. [Internet], v.11, n. 2, 2009, p. 327-33.

MERCADANTE, Otávio Azevedo et al. Evolução das Políticas e do Sistema de Saúde no Brasil. In: **Caminhos da saúde pública no Brasil.** FINKELMAM, Jacobo (Org.). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Prefácio. In: DESLANDES, Suely Ferreira (org.). **Humanização dos Cuidados em Saúde:** cuidados, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

NORONHA, José Carvalho de; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, Lígia. et al. (org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

NORTH, Douglas. Institutions, Institutional Change and Economic Performance. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.

OLIVEIRA, Maria Helena Carvalho Brandão. Pactos de Gestão: Divisão de Responsabilidades entre Estados e Municípios na Descentralização. In: PIERANTONI, Célia Regina; VIANNA, Cid Manso M. (org.). **Gestão de sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, Instituto Social, 2003.

ONOCKO CAMPOS, Rosana. Humano, demasiado humano: uma abordaje del mal-estar em la institución hospitalaria. In: SPINELLI, H. (Org.) **Salud Colectiva**. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2004. p.103-21.

PAIM, Jairnilson Silva. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: FLEURY, Sônia (org.). **Saúde e democracia:** a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

PASCHE, Dário Frederico. Pistas metodológicas para se avançar na humanização dos hospitais no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos HumanizaSus**. Volume 3 – Atenção Hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

PELLEGRINI, Bárbara. O discurso do gestor federal no processo de descentralização política : obstáculos à municipalização do SUS. In: Ver. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, 2007, p. 325-333.

PIOLA, Sérgio Francisco et al. Financiamento do Sistema Único de Saúde: Trajetória Recente e Cenários para o Futuro. **Análise Econômica**, Porto Alegre, ano 30, n. especial, 2012, p. 9-33.

RIO DE JANEIRO. Secretaria De Estado de Saúde e Defesa Civil. **Caderno de Informações em Saúde do Estado do Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro, 2009.

SÁ, Marilene de Castilho. **Em busca de uma porta de Saída:** os destinos da solidariedade, da cooperação e do cuidado com a vida na porta de entrada de um hospital de emergência. Tese (Doutorado em Psicologia Social)- Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

SANTOS FILHO, Serafim Barbosa. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, 2007, p. 999-1010.

SANTOS FILHO, Serafim Barbosa; FIGUEIREDO, Vera de Oliveira Nunes. Contratos internos de gestão no contexto da Política de Humanização: experimentando uma metodologia no referencial da cogestão. **– Comunicação, Saúde, Educação.** São Paulo, v.13, supl.1, 2009, p.615-626.

SANTOS, Wanderley Guilherme dos. **Cidadania e Justiça**. Rio de Janeiro: Rocco, 1979.

SOUZA, Jessé. **A Construção Social da Subcidadania***:* Para uma sociologia política da modernidade periférica. Belo Horizonte: UFMG, 2003.

_____. **A Modernização Seletiva**: uma reinterpretação do dilema brasileiro. Brasília: EDUNB, 2000.

_____. A Sociologia Dual de Roberto Da Matta: Descobrindo nossos mistérios ou sistematizando nossos auto-enganos?. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. Vol. 16, nº 45, p. 47-67, 2001.

SOUZA, José Roberto Crespo de. **Regionalização da saúde:** a experiência precursora do Hospital Ferreira Machado. Dissertação de Mestrado em Planejamento Regional e Gestão de Cidades. Campos dos Goytacazes - RJ: Universidade Cândido Mendes, 2003.

SOUZA, Renilson Rehem de. Construindo o SUS: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo. In: PIERANTONI, Célia Regina; VIANNA, Cid Manso M. (org.). **Gestão de sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, Instituto Social, 2003.

TAYLOR, Charles. A política do reconhecimento. In: _____. **Argumentos Filosóficos**. São Paulo: Edições Loyola, 2000.

VASCONCELOS, Cipriano Maia; PASCHE, Dário Frederico. O Sistema Único de Saúde. In: **Tratado de Saúde Coletiva.** Gastão Wagner de Souza Campos... [et al]. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.

VIANA, Ana Luiza d´Ávila; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. Análise de Políticas de Saúde. In: GIOVANELLA, Lígia. et al. (org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

VIANA, Ana Luiza d´Ávila; MACHADO, Cristiani Vieira. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, 2009, p. 807-817.

VIANA, Ana Luiza d´Ávila; LIMA, Luciana Lima de; FERREIRA, Maria Paula. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, 2010, p. 2317-2326.

VIANNA, Oliveira. **Instituições Políticas Brasileiras.** Livraria José Olympio Editora, Rio de Janeiro, 1955, 2ª ed., 1º vol.

WEBER, Max. A objetividade do conhecimento nas Ciências Sociais. In: **Max Weber**: sociologia. COHN, Gabriel (Org.). São Paulo: Ática, 1982, p. 79-127.

WEFFORT, Francisco Correia. (org.). **Os clássicos da política:** Maquiavel, Hobbes, Locke, Montesquieu, Rousseau, "o federalista". São Paulo: Editora Ática, 2003, vol. 1.

Endereços eletrônicos consultados:

http://www.atlasbrasil.org.br/2013/

http://cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php

http://www.conass.org.br/

http://www.saude.rj.gov.br/

http://www.campos.rj.gov.br/

http://www.sms.campos.rj.gov.br/

http://www.redehumanizasus.net/

ANEXO I

LEGISLAÇÃO RELACIONADA À HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE[69]

Legislação estruturante

- Portaria nº 399 GM/MS, de 22/02/2006: divulga o pacto pela saúde 2006 (consolidação do SUS) e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto.
- Portaria nº 373 GM/MS, de 27/02/2002: aprova a Norma Operacional da Assistência à Saude - NOAS-SUS 01/2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na atenção básica.
- Portaria nº 2203 GM/MS, de 05/11/1996: aprova, nos termos do texto a esta portaria, a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde.
- Lei nº 8.142, de 18/12/1990: dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.
- Lei nº 8.080, de 19/9/1990: dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Legislação relacionada

- Portaria MS/GM nº 121, de 25/01/2012: Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial.
- Portaria MS/GM nº 3.088, de 23/12/2011: Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de saúde (SUS).
- Portaria MS/GM Nº 2.488, de 21/10/2011: Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).
- Portaria MS/GM nº 2.395, de 11/10/ 2011: Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- Portaria MS/GM nº 2.338, de 03/10/2011: Estabelece diretrizes e cria mecanismos para a implantação do componente Sala de Estabilização (SE) da Rede de Atenção às Urgências.

[69] (Fonte: Rede HumanizaSUS por meio do endereço eletrônico: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/humanizacao/legislacao.php Atualizado em 23/04/2012). Acesso em 10 de dezembro de 2013.

- Portaria MS/GM n º 2.029, de 24/08/2011: Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- Portaria MS/GM nº 1.601, de 07/07/2011: Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências.
- Portaria MS/GM nº 1.600, de 07/07/2011: Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atençãoàs Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).
- Decreto nº 7508 de 28/06/2011: Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.
- Portaria MS/GM nº 1459, de 24/06/2011: Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha.
- Portaria MS/GM nº 4279, de 30/12/2010: Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- Portaria MS/GM nº 3136, de 24/12/2008: Define o repasse de incentivo financeiro aos Hospitais Maternidade de Referência do Sistema Único de Saúde, para se adequarem aos requisitos de ambiência e humanização para atenção ao parto e ao nascimento.
- Portaria MS/GM nº 2799, de 18/11/2008: Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS -, a Rede Amamenta Brasil, com o objetivo de contribuir para a redução da mortalidade materna e infantil através do aumento dos índices de aleitamento materno no Brasil.
- Portaria MS/GM nº 1707, de 18/08/2008: Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Processo Transexualizador, a ser implantado nas unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.
- Portaria Interministerial MS/MEC nº 2400, de 02/10/2007: Estabelece os requisitos para certificação de unidades hospitalares como Hospitais de Ensino.
- Portaria MS/GM nº 1683, de 12/07/2007: Aprova a norma de orientação para implantação do “método canguru” (modelo de assistência perinatal voltado para o cuidado humanizado que reúne estratégias de intervenção bio-psico-social).
- Portaria MS/SE nº 61, de 12/06/2006: Designa os representantes e seus respectivos suplentes do Comitê Gestor do Programa MULTIPLICASUS, indicados pelos titulares dos órgãos e unidades do Ministério da Saúde.
- Portaria MS/GM nº 509, de 10/03/2006: Dispõe sobre a institucionalização do Programa de Multiplicação de Conhecimentos sobre o SUS (MULTIPLICASUS) no âmbito do Ministério da Saúde.
- Portaria MS/GM nº 358, de 22/02/2006: Institui diretrizes para contratação de serviços assistenciais no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS (âmbito nacional).
- Portaria MS/GM nº 3123, de 07/12/2005: Homologa o Processo de Adesão ao Programa de Reestruturação e contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS
- Portaria MS/SAS nº 635, de 10/11/2005: Publica o Regulamento Técnico para a implantação e operacionalização do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde.

- Portaria MS/GM nº 453, de 24/03/2005: Aprova as Normas de Cooperação Técnica e financeira e Projetos Mediante a celebração de convênio e instrumentos congêneres.
- Portaria MS/GM nº 2073, de 28/09/2004: Institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva.
- Portaria MS/GM nº 1168, de 15/06/2004: Institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.
- Portaria MS/GM nº 1167, de 15/06/2004: Institui a Política Nacional de Atenção em Traumato-Ortopedia de Alta Complexidade.
- Portaria Interministerial MS/MEC nº 1005, de 27/05/2004: Regulamenta os documentos para verificação do cumprimento dos requisitos obrigatórios relacionados aos incisos I a XVII do artigo 6º da Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.000, de 15 de abril de 2004.
- Portaria Interministerial MS/GM nº 1000, de 15/04/2004: Certifica como Hospital de Ensino as Instituições Hospitalares que servirem de campo para prática de atividades curriculares na área da saúde, sejam Hospitais Gerais e, ou Especializados, de propriedade de Instituição de Ensino Superior, pública ou privada, ou, ainda, formalmente conveniados com Instituições de Ensino Superior.
- Portaria MS/GM nº 272, de 27/02/2004: Institui o Prêmio Fernandes Figueira, que objetiva conhecer as experiências de humanização no cuidado com a criança.
- Portaria MS/GM nº 2406, de 19/12/2003: Estabelece o Prêmio HumanizaSUS David Capistrano.
- Portaria MS/GM nº 2394, de 19/12/2003: Aprova a Relação de Indicadores da Atenção Básica a serem pactuados entre Municípios, Estados e Ministério da Saúde.
- Portaria MS/GM nº 1863, de 29/09/2003: Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.
- Portaria MS/GM nº 728, de 14/06/2003: Institui o Prêmio Nacional Professor Fernando Figueira, destinado ao reconhecimento dos estabelecimentos hospitalares de saúde integrantes da rede SUS, com destaque ao atendimento pediátrico.
- Portaria MS/SAS nº 210, de 20/06/2001: Institui o Comitê Técnico Assessor para o desenvolvimento do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar - PNHAH, de que trata a portaria GM/MS 881, de 19/06/01.
- Portaria MS/GM nº 881, de 20/06/2001: Institui, no ambito do Sistema Unico de Saúde, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar - PNHAH.
- Portaria MS/SAS nº 202, de 19/06/2001: Estabelece diretrizes para a implantação, desenvolvimento, sustentação e avaliação de iniciativas de humanização nos hospitais do Sistema Único de Saúde.
- Portaria MS/GM nº 693, de 05/07/2000: Aprova a Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru Art. 1º.
- Portaria MS/GM nº 569, de 01/06/2000: Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

- Portaria MS/GM nº 1406, de 15/12/1999: Aprova o Regulamento do Prêmio Nacional Professor Galba de Araújo.
- Portaria MS/GM n° 985, de 05/08/1999: Cria o Centro de Parto Normal.
- Portaria MS/GM nº 2883, de 04/06/1998: Institui o Prêmio Nacional Prof. Galba de Araújo, destinado ao reconhecimento do estabelecimento de saúde integrante da rede SUS, com destaque no atendimento obstétrico e neonatal.

ANEXO II

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM FUNCIONÁRIOS DO HFM

IDENTIFICAÇÃO DO(A) ENTREVISTADO(A)

Sexo: F ( ) M ( ) Idade: _____ Escolaridade: _____

Profissão:_____ Função no Serviço: _____

Tempo de atuação profissional: _____

Tempo de atuação na Unidade:_____

Renda Individual (SM): _____

DIMENSÃO TÉCNICA

- Trabalha em outro lugar? Quais lugares trabalha? {Comparar esses lugares.}
- Como é sua rotina de trabalho na unidade? Quais as tarefas e necessidades estão presentes em seu trabalho?
- Quais as dificuldades que você(s) encontra(m) para realizar seu trabalho nessa unidade de saúde?
- Quais as facilidades que você(s) encontra(m) para realizar seu trabalho nessa unidade de saúde?
- O que faz quando falta material de trabalho?
- Se você fosse o (a) Diretor (a) do hospital, o que mudaria?
- Se você pudesse mudar alguma coisa no Pronto Socorro ou na rotina de trabalho da sua categoria profissional, o que seria?
- Se você comparasse o tempo em que começou a trabalhar com hoje, o que você acha que mudou? Em que o hospital mudou? O que você acha de positivo e negativo em relação ao passado?
- Você acha que o hospital público funciona de verdade? Que as pessoas estão seguras ali dentro? Quem você acha que pode se sentir seguro ali?

DIMENSÃO DA AMBIÊNCIA

- Como você(s) avalia(m) a comodidade das instalações desta unidade de saúde?

(**Checar as categorias**: Instalações Físicas, Aparência, Sinalização, Meios de Informação, Equipamentos, Nível de Ruídos, Espaços para Recreação)

- Você(s) considera(m) agradável e bonito o lugar onde trabalha(m)? Por quê?
- Como você(s) avalia(m) a segurança nessa unidade de saúde?

- O local da unidade de saúde é acessível para a população?

DIMENSÃO DA GESTÃO, PARTICIPAÇÃO E DIREITOS

- No que diz respeito à Direção, como você(s) caracteriza(m) o relacionamento junto aos trabalhadores?
- Como você(s) avalia(m) a capacidade da Direção em resolver dificuldades?
- Como é avaliado o trabalho desenvolvido nessa unidade de saúde?
- No que diz respeito aos colegas de trabalho, como você(s) caracteriza(m) o relacionamento?
- Você se sente respeitado, valorizado no seu trabalho?
- Você já se sentiu injustiçado diante de algum comentário de um superior? De um colega? De um paciente/acompanhante?
- Você já teve algum problema ou discussão com outros profissionais por conta de algum fato que não tenha gostado? E com pacientes ou parentes de pacientes?
- Como os trabalhadores são selecionados para o exercício profissional nesta unidade de saúde?
- Existem normas em relação aos direitos e deveres dos trabalhadores nesta unidade de saúde? Há conhecimento e debate sobre eles?

(**Checar as categorias:** Salário, Plano de Cargos e Carreiras, Jornada de Trabalho, Salubridade)

- Você está satisfeito(a) com seu salário e benefícios? Justifique.
- Há incentivos da gestão para prosseguimento de estudos?
- Existe serviço de Ouvidoria voltado para esta unidade de saúde? Como funciona?
- Conhece os trabalhos do Conselho Local de Saúde na cidade? Se sim, como você avalia a sua atuação?
- Você já vivenciou, presenciou ou soube de alguma situação onde o direito à privacidade do trabalhador foi violado?
- Você já vivenciou, presenciou ou soube de alguma situação onde o direito à privacidade do usuário(a) foi violado?

DIMENSÃO CULTURAL

- Você já vivenciou, presenciou ou soube de alguma situação de discriminação ou favorecimento nesta unidade de saúde? Qual? Por quais motivos?

(**Checar as categorias:** Classe Social, Racial, Orientação Religiosa, Orientação Sexual. Verificar também se existe estigma a: alcoólatras, drogados, prostitutas, baleados, bandidos)

- Você já presenciou ou soube de alguma situação de discriminação por causa do tipo de enfermidade do usuário nesta unidade de saúde? Citar.
- Quais são os perfis de pacientes com que você tem contato? Você percebe algum colega de trabalho favorecendo algum tipo de paciente em especial?

DIMENSÃO DA HUMANIZAÇÃO

- O que você compreende por trabalho humanizado?
- O que é necessário em sua unidade de saúde para que se tenha um serviço mais humanizado?
- Existem muitos pacientes que reclamam de certa “frieza” por parte dos profissionais na área de saúde em geral. Como você encara isso? Você acha que de certa forma o trabalho endurece a pessoa? Ou na verdade, isso depende muita da empatia entre o paciente e o profissional de saúde?
- O que você acha desses pacientes/acompanhantes que reclamam do serviço de saúde?
- O que você já presenciou, seja por parte dos médicos, seja por parte dos seus colegas de trabalho, que você não tenha gostado?
- Você poderia relatar alguma ação/situação de trabalho humanizado nesta unidade de saúde?
- Existem apresentações artístico-culturais nesta unidade de saúde? Citar.
- Existem eventos de confraternização dos funcionários? Costuma participar?

ANEXO III

ROTEIRO PARA ENTREVISTA SOBRE POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO

Como foi a tentativa de implantação da PNH aqui?

Quem era o gestor na época?

De onde saiu a iniciativa? (Verificar atuação do Ministério da Saúde).

Quem se engajou?

Quais foram as dificuldades?

Havia um Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) implantado, com plano de ação e de avaliação de resultados?

Havia Colegiado de Gestão do Hospital implementado, com metodologia e plano de trabalho?

Havia Conselho de Gestão Hospitalar (comissão de acompanhamento ou equivalente de controle social) com metodologia e plano de trabalho?

Havia equipes multiprofissionais (interdisciplinares) implantadas, com metodologia e plano de atuação?

Quais ações/atividades realizadas hoje no hospital que você identifica que sejam afins à PNH?

Quais ações/atividades realizadas hoje no hospital que você identifica que sejam contrárias à PNH?

ANEXO IV

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Pesquisa: Desafios À Humanização da Atenção e Gestão na Saúde: Estudo de caso em Pronto-Socorro, em Campos Dos Goytacazes – RJ

Prezado (a) Profissional,

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada "Desafios à humanização da atenção e gestão na saúde: estudo de caso em Pronto-Socorro, em Campos dos Goytacazes – RJ", que tem como objetivo analisar aspectos desafiantes à humanização da atenção e gestão em âmbito hospitalar, propiciando ainda a análise sobre a Política Nacional de Humanização e sua operacionalidade. A pesquisa tem como objetivo subsidiar a tese de doutorado desta pesquisadora. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Os resultados serão apresentados em conjunto, não sendo possível identificar os indivíduos que dele participaram. As pessoas, por acaso, referidas durante a entrevista também terão suas identidades mantidas em sigilo. Os dados coletados serão utilizados para fins acadêmicos e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas. A sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição. Sua participação nesta pesquisa se dará através de entrevistas sobre o trabalho desenvolvido no cotidiano hospitalar. As entrevistas serão gravadas e, posteriormente, será realizada a transcrição das mesmas. As gravações serão destruídas após 5 (cinco) anos do término da pesquisa. Você não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. Não haverá riscos de qualquer natureza. Os benefícios relacionados com a sua participação referem-se ao conhecimento que poderá ser produzido sobre desafios à humanização em um Pronto-Socorro de hospital de emergência e urgência, desdobrando em uma análise sobre a feitura da Política de Humanização Hospitalar. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o e-mail da pesquisadora, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Eu _____ abaixo assinado (a) concordo em participar voluntariamente desta pesquisa. Declaro que li e entendi todas as informações referentes a este estudo.

_____ _____

(Assinatura) (Data)

Pesquisadora: Lara Luna da Silveira
Doutoranda em Sociologia Política da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF)
Tel: 999300906 E-mail: laralunas@gmail.com