

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA

BERNADETE PEREZ COÊLHO

**O reencantamento do concreto e as apostas nas mudanças
nos Modelos de Atenção e de Gestão do SUS**

(O caso do Instituto Hospitalar General Edson Ramalho/
João Pessoa/Paraíba)

RECIFE
2006

BERNADETE PEREZ COELHO

**O reencantamento do concreto e as apostas nas mudanças
nos Modelos de Atenção e de Gestão do SUS**

(O caso do Instituto Hospitalar General Edson Ramalho/
João Pessoa/Paraíba)

Dissertação apresentada como pré-requisito
parcial a obtenção do grau de Mestre em
Saúde Pública do Departamento de Saúde
Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu
Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientador: Dr. José Luiz do A. C. Araújo Jr.

RECIFE

2006

BERNADETE PEREZ COELHO

**O reencantamento do concreto e as apostas nas mudanças nos Modelos de
Atenção e de Gestão do SUS**

(O caso do Instituto Hospitalar General Edson Ramalho/
João Pessoa/Paraíba)

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de mestre em saúde pública do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Aprovada em: ___/___/_____

BANCA EXAMINADORA

Profº Drº Eduardo Freese
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz

Profº Drº Cipriano Maia de Vasconcelos
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Profº Drº José Luiz do A. C. Araújo Jr.
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz

À Luiza, pelo amor e aprendizado todo dia. Por ser minha alegria em todo o momento e meu encanto mesmo nos dias mais difíceis. Por aprender junto comigo a enfrentar o mundo, os medos, as adversidades e por me fazer descobrir esse sentimento incondicional, imenso que antes eu desconhecia. E por desligar várias vezes o computador arretada da vida e morrendo de sono, mesmo contrariando meus argumentos, meu cansaço, meus protestos para colocá-la no colo e ler não menos do que dez historinhas. E dormir as duas, muitas vezes na metade do primeiro livrinho.

Ao meu companheiro de vida, de profissão, de trabalho e de tantas coisas: Tiago. Pela paixão, pelas descobertas, pela relação que conseguimos estabelecer de afeto, respeito e cumplicidade. Pelo enfrentamento das dificuldades e compartilhar das alegrias, por descobrirmos juntos o que é ser mãe e pai. Pela militância, idealismo e vontade de mudar o mundo junto comigo. Pelo reencantamento um com o outro no cotidiano do nosso caminhar na vida.

À Chico Bento (segundo Luiza) que está pertinho de nascer e vai dividir tudo isso com a gente.

AGRADECIMENTOS

À família: mamãe, papai, Lena, Tiago, Breno e Hugo pelo afeto incondicional mesmo nos meus momentos de abuso, chatice e impaciência. Pelos cuidados e amor com Luiza nas minhas ausências. Pelos inúmeros momentos coletivos, alegres e de farras sempre em volta de comida e bebida. Pela tolerância e profundo carinho com Tiago Feitosa.

Aos professores e amigos: Gastão Campos e Regina Benevides pela referência de vida, por serem responsáveis por tanta reflexão teórica e amadurecimento de tanta intensidade desde minha ida pra Campinas, pela sensibilidade à flor da pele e permanente inclusão, pela paciência e disponibilidade da escuta, qualidade tão esquecida por grande parte da Academia. E por serem os melhores e mais competentes gestores que já convivi no SUS.

Aos companheiros e companheiras da gestão meus amigos de trabalho e de farras (“meus colegas de copo e de cruz”): Antonio Carlos (pela paciência, tranqüilidade e tolerância) e toda equipe da atual gestão do Cabo de Santo Agostinho, à minha ex-equipe da Diretoria de Atenção Básica do Recife (Luciani, Ruth, Júlia...), ao grupo insistente da Política Nacional de Humanização (minha companheira Liliana, Edu Passos, Cláudia, Beth Barros...) A todos, meu agradecimento pela ajuda na reflexão, na crítica, no aumento de nossa capacidade de análise e potencialidades de intervenção. Pela descoberta cotidiana e reencantamento do concreto.

Ao meu orientador: pelo respeito, paciência e um jeito de caminhar a vida singular, ao qual me identifico em muitos aspectos. Pelas aulas e outros momentos de aprendizado em que nós, alunos, nem piscamos para não perder nem um momento.

RESUMO

Apostar nas mudanças nos modelos de atenção e de gestão é instituir novos arranjos institucionais e dispositivos para dentro dos serviços de saúde, ressignificando o trabalho em saúde. Essa é uma aposta onde gestão e atenção são consideradas como indissociáveis e onde o conceito de resultado em saúde também é ampliado: produzir saúde e produzir sujeitos com maior capacidade de análise e de intervenção diante do cotidiano. O estudo em questão tem como objetivo geral analisar as mudanças no Hospital com a implementação de arranjos institucionais e dispositivos propostos pela Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde em 2003. Especificamente: acolhimento com classificação de risco na urgência e emergência e na maternidade, visita aberta com familiar participante, equipe de referência no acompanhamento dos usuários internos e co-gestão. O estudo de caso se baseou no trabalho realizado de apoio institucional ao serviço como consultora do Ministério da Saúde na Política Nacional de Humanização. É uma pesquisa qualitativa, baseada na observação participante, tendo como avaliação do material a análise hermenêutica e análise institucional. Observamos uma melhora da qualidade da clínica, com instituição de projetos terapêuticos singulares para usuários internados nas diversas clínicas, aumento da responsabilização e vinculação das equipes com usuários, diminuição do tempo de internação e aumento da satisfação dos usuários e famílias. Na urgência e emergência temos uma qualificação da atenção com diminuição da fila de espera, estabelecimento da classificação de risco e redefinição de critérios de prioridade, para além da ordem de chegada. Nos dados epidemiológicos e de produção do serviço, percebemos uma diminuição da morbimortalidade na porta de entrada e reorganização do trabalho com novas definições de papéis na equipe. Para isso, o fluxo interno também foi redefinido dando retaguarda à porta de entrada, melhorando a gestão da urgência e emergência. A melhora no processo de trabalho também é expressa pelos profissionais do serviço. Enfim, a clínica e a saúde coletiva são redefinidas dentro do processo de trabalho do hospital, bem como a relação dos diferentes atores gestores, trabalhadores e usuários. O reencantamento do concreto significa uma aposta na defesa da vida e nas possibilidades de mudanças na atenção e gestão dos serviços de saúde.

Palavras-chave: atenção hospitalar, humanização, gestão hospitalar

ABSTRACT

To bet for changes in the standards of attention and management is to create a new institutional arrangements and tools for the health services, implying the work in the health area. This is a wager where management and attention are considered undividable as well as the health result concept is enlarged: to produce health and individuals with a better capacity of analyze and alt face the routine. The general aim of this study is to analyze the changes in the Hospital, creating institutional arrangements and tools, proposed by the National Engagement of Humanization/Ministry of Health/2003. Specifically: Reception with classification of risk in the urgency, emergency and maternity, open visit with a participation of a relative, closer accompaniment of a reference team for those admitted and co-management. The case study is based in the work of institutional support to the service as a consultant in the Ministry of Health in the National Engagement of Humanization. This is a qualitative research, based in observation, and the findings were analysed by hermeneutic and institutional analyzis. We could observe better quality of the Clinic, after the utilization of singular therapeutics projects for users admitted in different clinics, increasing of responsibility and connection between teams and users, reducing the admission time and increasing the satisfaction of the users and their families. In the urgency and emergency there is a qualification in the attention, resulting in a smaller waiting queue, classification of risk established and to define critical priorities beyond the arrival order queue. At epidemiological data and services files, we could see low morbid mortality in the entrance gate and a work reorganized with new settlements of team duties. To do that, the internal current was resettled also, in order to get organized the arrivals in the entrance gate, improving the management of the urgency and emergency. The professionals of the service also express the improvement in the work process. So the clinic and the collective health are resettled within the hospital work process, as well as the relationship among the different actor managers, staff and users. The renchantment with the concrete signify a wager in the life defense and the possibilities of changes in the attention and management in the health services.

Key-words: humanization, hospital attention, hospital management.

LISTA DE ABREVIATURAS

CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CPqAM	Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães
DMPS/UNICAMP	Departamento de Medicina Preventiva e Social/ Universidade Estadual de Campinas
DST/AIDS	Doença Sexualmente Transmissível/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
IHGER	Instituto Hospitalar General Edson Ramalho
MS	Ministério da Saúde
PNASH	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar
PB	Paraíba
PS	Pronto-socorro
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva.

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO E UMA BREVE HISTÓRIA DO PROJETO DE PESQUISA	10
2 A CONSTRUÇÃO DO OBJETO	13
2.1 A humanização e os modelos de atenção: sobre a reformulação dos modos de produzir saúde	13
2.2 Delimitando o objeto de pesquisa: o caso do Instituto Hospitalar General Edson Ramalho	15
2.3 A discussão de conceitos estruturantes para um novo modelo de atenção no SUS	17
3 A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO E DA GESTÃO DO SUS	21
4 REFLEXÕES SOBRE A CLÍNICA: POR UMA CLÍNICA REFORMULADA E AMPLIADA	23
5 A GESTÃO: ESPAÇO DE ANÁLISE E INTERVENÇÃO PARA MUDANÇA	25
6 CAMINHO METODOLÓGICO .	28
6.1 Uma pesquisa essencialmente qualitativa	28
6.2 A pesquisa documental	31
6.3 A observação participante	32
6.4 Entrevistas semi-estruturadas	34
6.5 Categorias de análise	35
7 A NARRATIVA	38
7.1 Contando a história da mudança	38
7.2 O acolhimento na urgência e emergência	41
7.3 O acolhimento na maternidade	46
7.4 A visita aberta e o familiar participante	48
7.5 A equipe de referência e a responsabilização	53

7.6 A co-gestão no hospital 55

**8 UMA AVALIAÇÃO DO CONTEXTO: OS CONDICIONANTES/DETERMINANTES
E A HISTÓRIA/TEMPO** 61

**9 ALGUMAS ANÁLISES SOBRE OS CONCEITOS ESTRUTURANTES PARA UM
NOVO MODELO DE ATENÇÃO NO SUS** 66

**10 CONCLUINDO: A NECESSIDADE E O DESEJO COM O REENCANTAMENTO
DO CONCRETO** 69

REFERÊNCIAS

APÊNDICES

ANEXOS

1 APRESENTAÇÃO E UMA BREVE HISTÓRIA DO PROJETO DE PESQUISA

A proposta desse estudo vai pra além de uma formulação teórica a partir do empírico e tem toda relação com história de vida, de apostas e de militância. Essa apresentação tem tudo de nossa vida e não dá para fazê-la sem falar dos caminhos percorridos... Contudo, vou fazer um corte e contar a partir da residência.

Fiz a opção de fazer residência médica em Campinas-SP e o Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Estadual de Campinas (DMPS/UNICAMP) era uma escola de debates da Saúde Coletiva. Iniciei aqui a construção de minha formação como sanitarista, juntamente com muitos atores da própria universidade e, mais ainda, com os atores da gestão municipal da Secretaria de Saúde. Desde o ingresso na Secretaria Municipal de Saúde (SMS), de início como médica clínica a partir do concurso em setembro de 2000 e depois como gestão distrital (Distrito de Saúde Sul) e por fim como coordenadora do Centro de Saúde Anchieta, na gestão de Gastão Wagner como secretário, fiz opção de colocar em estudo toda a vivência e produção que tínhamos no município. Quem disse que só se produz ciência na academia? Tinha tanta produção, saber científico, formulações na saúde em Campinas que nos instigava a investigar na pós-graduação tudo que fazíamos no município. Ali a Universidade, falando do DMPS/Unicamp, tinha uma relação tão próxima e misturada com as pessoas da saúde municipal, que fazia de Campinas um laboratório permanente de teorias, teses, formulações, experiências sempre em defesa da vida. O lugar onde as coisas aconteciam era no município.

Outra experiência importante foi o trabalho com os serviços de referência em Doenças Sexualmente transmissíveis/AIDS (DST/AIDS) no município de São Paulo, o Centro de Referência da Penha e o Ambulatório de Especialidades Jabaquara (ou informalmente o Ceci). Fazia um trabalho de “apoio institucional” para as equipes desses serviços que tinha como objetivo colocar em análise os modelos de atenção e gestão, bem como as forças que interviam aí o tempo todo: as subjetividades das pessoas, a política de saúde municipal, a política de DST/AIDS. Conseguimos, a partir da análise, aumentar a capacidade de intervenção das pessoas, inclusive a minha intervenção na prática em Campinas. Aprendi uma outra

forma de apoiar equipes, ajudar na construção de modelos, ampliar nossa capacidade de análise.

Mas nem tudo são flores. Apesar de ter sido muito feliz em Campinas, minha identidade com Recife nunca nos deixou quietos, eu e Tiago (esse, apesar de cearense, naturalizado pernambucano). Dizem que quem mais volta pra terra natal é o pernambucano, principalmente o recifense. Essa era constantemente a nossa peleja: querer trazer a gestão de Campinas pra morar e trabalhar em Recife. Voltei pro nascimento de minha menina, Luiza, em Recife.

Decidi, então, fazer uma aposta de mestrado que conseguisse juntar as idéias do Modelo Paidéia de Campinas, com as propostas da Política Nacional de Humanização (PNH) da Atenção e da Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), que ajudei a construir enquanto consultora regional da região nordeste a partir de novembro de 2003 até janeiro de 2005 e as experiências nos municípios da região. A PNH trazia um significado importante e fundamental de redefinição do conceito de humanização, bem como o de rompimento como que vinha sendo instituído enquanto práticas nessa esfera. A partir da conceituação, da repactuação em torno da Política fez-se necessária uma aposta nas práticas concretas nos serviços de saúde. Na Paraíba, os trabalhos com a Secretaria Estadual de Saúde não tinham muito impacto e decidimos seguir pelo caminho que nos mostrava possibilidades concretas de operar: os serviços de saúde. Foi assim que a aposta no Instituto Hospitalar General Edson Ramalho se tornou uma possibilidade importante de operarmos a Política, porque os gestores e trabalhadores do serviço demandavam esse apoio e compartilhavam a proposta e tinham alguns dispositivos disparados. Acho que cada esfera de governo, cada instituição constrói sua história e na saúde o momento de cada um é reflexo de um marco teórico-político. Esse investimento em estudar a partir do caso do Hospital Edson Ramalho em João Pessoa é fazer uma aposta ético-estético-política: baseada em contratos e compromissos com gestão e equipes, apostando nas diversas formas de fazer das experiências no cotidiano do serviço, sem abrir mão da singularidade e apostando nos modos de operar princípios e diretrizes do SUS. E aí as perguntas foram surgindo: qual o significado dessas mudanças? Qual a potência do apoio institucional nessa produção? Quais arranjos institucionais priorizar? E os dispositivos? E o concreto? As perguntas vão sendo respondidas e vão surgindo outras e outras e outras. Aí vem professor Djalma

Agripino, o qual me ajudou com muita paciência apesar de minha resistência em aceitar enquadramentos, falando no recorte do objeto: recorte, recorte, recorte.

Ainda tem o município do Cabo de Santo Agostinho, mais recentemente, onde estamos enquanto equipe valente e aguerrida, apostando o tempo todo no reencantamento, porque tem concreto até demais! Mas essa é outra história, são outras apostas também nos modelos de atenção e gestão no SUS. Vamos recortar essa parte.

É importante ressaltar que não partilho da posição de observadora passiva ou pesquisadora asséptica e sim contribuindo para uma nova possibilidade de produção de saúde. Ser também sujeito da mudança. Isso significa trazer o tempo todo o reencantamento do concreto (VARELA, 2003). Isso significa que precisamos não abrir mão de nossos desejos e interesses no trabalho em saúde, mas compondo o tempo inteiro com os objetivos e finalidades das instituições. Isso significa apostar nas pessoas, na mudança do que parece tão solidamente instituído e numa outra forma de produzir sujeitos e subjetividades em defesa da vida. Pois, como nos fala Berman em seu ensaio histórico e literário sobre os tempos modernos e retomando Marx: “tudo que é sólido desmancha nos ar” (BERMAN, 2003).

2 A CONSTRUÇÃO DO OBJETO

2.1 A Humanização e os modelos de atenção: sobre a reformulação dos modos de produzir saúde

Esse é o problema. Repensar nossa forma de organizar a atenção no SUS, desde os processos mais macro até a micro-política do trabalho em saúde. Reinventar e reformular nossa clínica de forma a incorporar outros valores e tecnologias para defesa da vida, saindo do ato prescritivo, da institucionalização, da medicalização, da redução do sujeito à categoria de coisa ou objeto. Tomar como referência uma ampliação de nosso objetivo na saúde: produção de saúde e produção de sujeitos.

Começar essa discussão é perceber que existe um movimento paradoxal a partir da expansão do SUS: tanto reforça o modelo médico tradicional, quanto gera novas experiências de organização da atenção (CAMPOS, 2003). Essa disputa evidencia os distintos paradigmas e modos de organizar a atenção, sendo a construção conceitual e prática de um novo modelo um desafio estratégico, que diz respeito à viabilidade tanto econômica e política quanto sanitária do SUS.

Assim, temos em disputa ainda um modelo centrado nos procedimentos ou técnica, onde os objetivos são os próprios meios de trabalho do exercício da clínica, baseada na queixa-conduta ou ainda em um modelo biologicista em que a doença é tomada como o objeto de trabalho, ocupando todo o corpo, personalidade, todo o sujeito doente. É como se a enfermidade se manifestasse em geladeiras ou máquinas de lavar, produzidas em série e com as mesmas manifestações ou sintomas dos “defeitos” (discutiremos melhor isso no capítulo sobre clínica ampliada). Ainda nos organizamos em torno de corporações, saberes, disciplinas e departamentos que não conseguem estabelecer um trabalho transdisciplinar, reproduzindo uma precária interação das equipes e despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção, além da fragmentação do processo de trabalho e dos vários níveis de atenção da rede SUS. Associado a isso, reproduzimos os modelos burocratizados e verticalizados da racionalidade gerencial hegemônica (TAYLOR, 1995), o que facilita os processos de desresponsabilização e

os padrões fragilizados de vínculos entre profissionais e usuários. A dificuldade de perceber as diversas formas de busca de ajuda nos serviços de saúde, como também o ordenamento burocrático das pessoas, sem avaliação segundo o risco e vulnerabilidade de cada um e agregando sofrimento ao sujeito também são formas de organizar o modelo segundo um paradigma estabelecido na saúde. Poucos são os dispositivos de fomento à co-gestão e à valorização e inclusão dos gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde, induzindo a um controle social frágil dos processos de atenção e gestão do SUS.

Entrando no perfil assistencial e gerencial hoje dos hospitais públicos fica claro que as forças que o definem vêm de um lado da demanda, que lota as portas de entrada e ambulatorios e de outro dos poderes cristalizados das corporações profissionais, especificamente o poder médico. É o lugar onde a dificuldade em reorganizar o processo de trabalho, em redefinir seu organograma de organização, seus fluxos internos são mais difíceis. É o lugar onde se aposta pouco em outros padrões de vínculo, de responsabilização, em uma outra forma de fazer a clínica considerando o outro enquanto sujeito singular. É o lugar onde os poderes são exercidos de forma verticalizada, com poucos espaços de co-gestão e participação do trabalhador e do usuário.

Por outro lado, temos inúmeros estudos e experiências que acumularam indicações sobre como reformular conhecimentos e práticas em saúde. A tarefa atual, e é o que proponho nesse estudo de caso, é recolher, integrar, aprofundar e reinventar esses saberes, que se adapta em cada contexto específico e realidade do SUS. Assim, a valorização da atenção básica com capacidade para resolver problemas individuais e coletivos; a ampliação das ações de promoção e prevenção; a rearticulação dos serviços de alta complexidade e especializados segundo padrões de humanização e adoção de outras práticas em saúde como internação domiciliar, visita aberta e familiar participante nos hospitais, estabelecimento de atenção segundo linha de cuidado com equipes de referência e co-gestão; a saúde mental mostrando a necessidade da desinstitucionalização e do trabalho transdisciplinar para elaboração de projetos terapêuticos com resolutividade são indicações da necessidade de produzirmos uma verdadeira mudança no que está instituído na saúde. Essas experiências e mudanças de conceitos e práticas oferecem alguns elementos para reconstruirmos uma teoria sobre o processo saúde-

doença centralmente preocupada com a produção de saúde e a produção de sujeitos.

2.2 Delimitando o objeto de pesquisa: o caso do Instituto Hospitalar General Edson Ramalho

O que me proponho a investigar nesse estudo é: que mudanças são produzidas no Hospital com a implementação de alguns arranjos institucionais propostos pela Política Nacional de Humanização?

Como objetivos específicos propomos a análise das mudanças produzidas a partir: do acolhimento com avaliação de risco na urgência e emergência (pronto socorro) e na maternidade, da visita aberta e familiar participante, da equipe de referência, dos colegiados de gestão do hospital e conselho gestor. Descrevo assim quatro objetivos específicos em detalhes adiante no capítulo 2.3. E as perguntas continuam: que mudanças foram desencadeadas a partir da implantação do acolhimento? E a visita aberta, equipes de referência e os arranjos/dispositivos relacionados à co-gestão produziram o quê? Mudaram o quê para dentro do Hospital?

O Instituto Hospitalar General Edson Ramalho, inaugurado em 1969, está localizado na Rua Eugênio de Lucena Neiva, s/n, Jardim 13 de Maio, João Pessoa/PB abrangendo uma população de 1.597.934 habitantes da Grande João Pessoa (segundo dados do próprio serviço). Além dessa população, incluindo no atendimento regular os municípios de Santa Rita, Bayeux e Cabedelo, presta atendimento eventual para todos os outros municípios do estado da Paraíba. É um hospital geral de médio porte com porta de entrada de urgência e emergência de adulto, realizando em média 7500 atendimentos ao mês. Conta com 153 leitos no hospital geral e maternidade, oferecendo atendimento de urgência e emergência, clínica cirúrgica, clínica médica, unidade de terapia intensiva (UTI) adulto, maternidade, UTI neonatal (em implantação) e especialidades ambulatoriais (otorrinolaringologia, oftalmologia, proctologia, urologia, cirurgia vascular, cirurgia plástica e cirurgia bucomaxilo). O serviço de apoio diagnóstico conta com radiologia,

laboratório clínico, endoscopia, ultrassonografia, eletrocardiograma, eletroencefalograma e tomografia (terceirizada).

O Hospital foi construído pela Polícia Militar inicialmente, porém não conseguiu com recursos próprios terminar a obra, passando para gestão estadual. Foi administrado, logo após a inauguração, pela Fundação de Saúde do Estado e em pouco tempo fechou por não conseguir a manutenção administrativo-financeira. Reabriu com quadro de pessoal e gerenciamento da Polícia Militar, se mantendo assim até então. Atualmente o quadro de funcionários é misto, sendo 60% militar e 40% civil vinculado à rede pública estadual. O atendimento é aberto para população em geral, sendo um serviço da rede estadual de saúde.

A rede de saúde estadual possui 30 hospitais, com uma oferta de 3.562 leitos e 8 ambulatórios de especialidade em hospital geral. O município de João Pessoa tem uma rede de atenção básica com 170 equipes de saúde da família em funcionamento, ainda com muita discussão sobre resolutividade e qualidade da atenção prestada (Documentos do Instituto Hospitalar General Edson Ramalho em 2004).

A partir de setembro de 2003 o grupo de trabalho de humanização junto com a direção do hospital, iniciou um processo de mudança no modelo de atenção do serviço, baseado nos projetos implementados no Hospital Municipal Dr^o Mário Gatti (2001) em Campinas, São Paulo e na Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS do Ministério da Saúde, discutida e operacionalizada a partir de 2003 e lançada no Seminário Nacional neste mesmo ano na sede da Organização Pan-americana de Saúde em Brasília. A equipe do Hospital estava presente neste momento. Essas mudanças iniciaram na porta de entrada do serviço, onde havia maior repercussão de problemas e insatisfações, tanto dos usuários como dos trabalhadores de saúde. Grandes filas de espera, atendimento centrado no médico que não dava conta demanda, não diferenciação por critério de gravidade de forma sistematizada, ordenamento por critério de chegada ao serviço, pouca responsabilização dos profissionais com os usuários e não organização do fluxo interno, bem como ausência de referência e contra-referência de forma responsável e não meramente burocrática (Anotações em diário de campo e entrevistas semi-estruturadas).

Implementaram o acolhimento com avaliação de risco no pronto-socorro e maternidade, redefiniram o fluxo interno para retaguarda ao pronto-socorro e

determinaram os critérios para acesso dos acompanhantes, inclusive a visita aberta e o familiar participante nas áreas de internamento, incluindo o acompanhamento das gestantes no pré-parto, parto e alojamento conjunto (anotações em diário de campo e entrevistas semi-estruturadas).

No momento, entre as prioridades de discussão, está o estabelecimento do colegiado gestor do Hospital e colegiados dos setores do serviço e o conselho gestor, com participação de trabalhadores, gestores e usuários, bem como o aprimoramento das equipes de referência responsável por uma quantidade de pacientes, com reorganização das especialidades e outros serviços segundo apoio matricial. A organização segundo o modelo de equipe de referência, onde a equipe se responsabiliza pela saúde do indivíduo/família e estabelece vínculo com o usuário, também é o processo de trabalho do ambulatório de especialidades, ainda com algumas dificuldades, principalmente na relação com a rede de atenção básica em saúde (anotações em diário de campo e entrevistas semi-estruturadas).

2.3 Algumas diretrizes operacionais para a reorganização do modelo de atenção: a oferta de dispositivos e arranjos institucionais

Dispositivos são processos implementados nos serviços que buscam subverter as linhas de poder instituídas, mas com um caráter temporário na instituição (CAMPOS, R., 2003). Um dispositivo pode ser confirmado nessa função a posteriori. Como exemplos de dispositivos temos oficinas de planejamento, apoio institucional, análise institucional, cursos ou treinamentos específicos, assembleias e tantos outros que podem ser inventados (CAMPOS, R., 2003). Segundo Baremblytt (1992) dispositivo é uma montagem de elementos heterogêneos que podem incluir pedaços sociais, naturais, tecnológicos e até subjetivos, se caracterizando pelo seu funcionamento sempre simultâneo à sua formação e sempre a serviço da produção, do desejo, da vida, do novo. Neste sentido, diferente dos arranjos institucionais, os dispositivos aparecem como combinações variadas de recursos que alteram o funcionamento organizacional, mas que não fazem parte da estrutura das organizações.

Os dispositivos seriam artifícios que se introduzem com o objetivo de se instaurar algum processo novo – no nosso caso as mudanças para dentro do Hospital Edson Ramalho alterando a lógica assistencial e gerencial. Em ocasiões em que se almejam mudanças, ou mesmo o reforço de algum comportamento, costuma-se utilizar dispositivos para intervir na realidade cotidiana dos serviços. Em saúde tem sido freqüente a organização de oficinas de planejamento, treinamentos e cursos, grupos de sensibilização, discussões de problemas e outros processos que podem ou não ser tomados como dispositivos. Um dispositivo forma-se da mesma maneira e ao mesmo tempo em que funciona, gerando acontecimentos insólitos, revolucionários e transformadores (BAREMBLIT, 1992).

Os arranjos têm certa estruturação e permanência, nesse sentido pretendemos formas de organização que possam ser institucionalizadas (LOURAU, 1995). São estruturados com a intencionalidade de desenvolver processos na direção contrária do que já está instituído, de induzir política, de aumentar a capacidade de análise das pessoas, de provocar mudanças nos serviços. Isso não quer dizer que os arranjos institucionais não possam ser capturados pela lógica dominante e hegemônica. Pelo contrário, neles o poder de mudança passa pelo cuidado permanente de suas potencialidades. Os arranjos institucionais e os dispositivos para mudança são diretrizes operacionais, que traduzem um conjunto de pressupostos teóricos e ideológicos e que dependem de cada instituição para serem implementados enquanto tais.

No caso do hospital, vários dispositivos e arranjos podem ser utilizados, mas enfocaremos nesse estudo de caso os seguintes:

- a) Acolhimento com avaliação de risco: é um conceito amplo, funcionando ao mesmo tempo como dispositivo e arranjo institucional, que exige mudança de postura em todo o sistema de saúde, para receber os casos e responsabilizar-se de modo integral por eles. Acolher é receber bem, ouvir a demanda, buscar formas de compreendê-la e solidarizar-se com ela. Desenvolver maneiras adequadas de receber os distintos modos como a população busca ajuda nos serviços de saúde. Além dessa concepção mais ampliada e que deve orientar a gestão de todo o SUS, utilizaremos também em sentido mais restrito: uma ação tecno-assistencial que utiliza parâmetros técnicos, éticos e humanitários, que garante acesso e qualifica a recepção na porta de urgência e emergência do hospital (BRASIL, 2004a). Constatar os problemas de saúde

e tomá-los como desafio não é suficiente para imprimir as mudanças que possam traduzir a saúde como direito e patrimônio público da sociedade (MERHY et al., 1999).

É necessário restabelecer no cotidiano o princípio da universalidade do acesso, redefinindo o atendimento por ordem de chegada, que é apropriado para bancos ou supermercados, mas completamente inapropriado para a saúde (CAMPOS, G., 2003, p. 163).

O acolhimento com classificação de risco na urgência e emergência é um processo dinâmico de identificação de pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento. Além de reorganizar o processo de trabalho, a classificação de risco diz respeito à resolutividade e ao atendimento de cada necessidade de forma diferenciada. Para isso é necessário o estabelecimento de fluxos, protocolos de atendimento, qualificação das equipes da recepção, de enfermagem, orientadores de fluxo, segurança e adequação da estrutura física e de pessoal (BRASIL, 2004a).

- b) Equipe de referência e apoio matricial: são arranjos institucionais em que as equipes de referência propõem um novo sistema de referência entre profissionais e usuários, onde cada unidade de saúde se organiza através da composição de equipes multiprofissionais com caráter interdisciplinar, segundo características e objetivos de cada unidade. Cada equipe de referência se responsabiliza por certo número de pacientes, segundo critério de gravidade, segundo a experiência com a clínica em questão ou outro critério. Cada equipe de referência torna-se responsável pela atenção integral do doente e busca outros recursos terapêuticos fora da equipe quando necessário, como, por exemplo, a fisioterapia em caso de necessidade de reabilitação ou o psicólogo no caso de uma abordagem terapêutica neste âmbito. Esse apoio fora da equipe de referência é o apoio matricial. O apoio matricial é um arranjo institucional na organização dos serviços que complementa a equipe de referência, na tentativa de mudar a lógica burocrática de encaminhamentos com pouca responsabilização e frágil padrão de vínculos. Aqui, os serviços de especialidades apóiam, discutem e acompanham casos, bem como formulam projetos terapêuticos, sempre que necessário, junto às equipes de referência de cada usuário (BRASIL, 2004a).

Essa lógica tenta inverter a forma tradicional de organizar a assistência por disciplinas, departamentos, especialidades fragmentando o processo de trabalho em saúde, dificultando atenção integral, a responsabilização e o vínculo terapêutico (CAMPOS, G., 1999).

- c) Visita aberta e familiar participante: é uma forma de reorganizar o trabalho do hospital considerando e incluindo a rede social do usuário no contexto de seu acompanhamento durante a internação. Sair da velha lógica que a família e a visita atrapalham, demandam uma estrutura física e de pessoal que os serviços públicos não têm e aumentam a infecção hospitalar. Redimensionar o espaço da visita e do acompanhante no hospital significa ajudar na melhor identificação das necessidades do doente, como também melhorar o diagnóstico e ser mais resolutivo (diminuindo o tempo de permanência no serviço), manter a inserção social durante toda a internação, incluir a família como co-responsável pelos cuidados, fortalecer o vínculo entre profissionais e usuário/família, aumentar o controle social no cotidiano do trabalho em serviço (BRASIL, 2004a).
- d) Colegiados de gestão e conselho gestor: são arranjos institucionais que induzem a operacionalização da co-gestão e da gestão participativa. É importante dizer que a gestão é indissociável da atenção e, portanto, todas as novas possibilidades de reorganizar a assistência para de fato produzirmos saúde, também traz a discussão da produção de sujeitos. Operar os colegiados de gestão é pensar cada unidade do hospital, por exemplo, como unidade de produção, que elabora o projeto de ação, atua no processo de trabalho, responsabiliza os trabalhadores envolvidos, cria e avalia indicadores, estabelece um processo de co-gestão com a direção. Da mesma forma, os conselhos gestores também ampliam o espaço de participação dos trabalhadores e usuários, num processo tripartite de decisão segundo os pesos de participação definidos pelo SUS (HOSPITAL MÁRIO GATTI, 2001).

3 A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO E DA GESTÃO DO SUS

Tendo como referencial o Documento Base da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão para gestores e trabalhadores do SUS (BRASIL, 2004b), discutirei o marco teórico-político e as diretrizes gerais para implementação.

A PNH começou a ser discutida em 2003 e, em outubro deste mesmo ano, foi lançada no Seminário Nacional em Brasília na sede da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Tem como discussão fundamental a humanização vista não como um programa, mas como política que atravessa as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS e implica:

1. Traduzir os princípios do SUS em modos de operar dos diferentes sujeitos e equipamentos da rede SUS;
2. Construir trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos;
3. Oferecer um eixo articulador das práticas em saúde, destacando o aspecto subjetivo nelas presentes;
4. Contagiar por atitudes e ações humanizadoras a rede do SUS, incluindo gestores, trabalhadores da saúde e usuários (BRASIL, 2004b).

Assim, entende-se por Humanização a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, como também o fomento da autonomia e do protagonismo. Isso implica, conseqüentemente, no aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos e o estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão. Como ponto central da PNH, que confronta a concepção de Humanização ligada apenas ao campo subjetivo, é de fato induzir e realizar mudanças nos modelos de atenção e de gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde (BRASIL, 2004b).

Destaco aqui os princípios norteadores da PNH, que são fundamentalmente:

- a. Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão do SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão,

- destacando-se: o respeito às populações específicas e às questões de gênero, etnia, raça e orientação sexual;
- b. Apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos;
 - c. Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e grupalidade;
 - d. Fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS;
 - e. Co-responsabilidade dos sujeitos nos processos de gestão e atenção;
 - f. Compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente (BRASIL, 2004b).

As diretrizes gerais para implementação da PNH são:

- 1) Ampliar o diálogo entre profissionais, administração e usuários, promovendo a gestão participativa;
- 2) Implantar, estimular e fortalecer Grupos de Trabalho de Humanização com plano de trabalho definido;
- 3) Estimular práticas resolutivas, racionalizar e adequar o uso de medicamentos, eliminando ações intervencionistas desnecessárias;
- 4) Reforçar o conceito de clínica ampliada;
- 5) Sensibilizar as equipes de saúde ao problema da violência intrafamiliar (criança, mulher e idoso) e à questão dos preconceitos (sexual, racial, religioso e outros) na hora da recepção e encaminhamentos;
- 6) Adequar os serviços ao ambiente e cultura locais, respeitando a privacidade e promovendo a ambiência acolhedora;
- 7) Viabilizar a participação dos trabalhadores nas unidades de saúde através de colegiados gestores;
- 8) Implementar sistema de comunicação e informação que promova auto-desenvolvimento e amplie o compromisso social dos trabalhadores de saúde;
- 9) Promover ações de incentivo e valorização da jornada integral ao SUS, do trabalho em equipe e da participação em processos de educação

permanente que qualifiquem sua ação e sua inserção na rede SUS (BRASIL, 2004b).

Assim, a PNH está sendo implementada em diferentes níveis de atenção, tentando reunir a partir dos princípios norteadores as várias experiências de Humanização da Atenção e da Gestão no SUS.

4 REFLEXÕES SOBRE A CLÍNICA: POR UMA CLÍNICA REFORMULADA E AMPLIADA

Se a doença é colocada entre parênteses, o olhar deixa de ser exclusivamente técnico, exclusivamente clínico. Então, é o doente, é a pessoa o objetivo do trabalho, e não a doença. Desta forma a ênfase não é mais colocada no processo de cura, mas no processo de invenção da saúde e de reprodução social do paciente. (AMARANTE, 1996, p. 109).

Partindo desse pressuposto, colocar a doença entre parênteses é um ótimo exercício para trazer para a cena o sujeito concreto e não a negação da existência da doença. As discussões no campo da saúde mental sobre o processo saúde-doença é um importante referencial para reformulação da clínica tradicional. Colocar a doença entre parêntese não significa a negação da doença, senão que especificidade teriam os profissionais e os serviços de saúde? A tentativa é dialogar com a doença e o doente construindo uma nova dialética nessa relação. No caso específico da saúde mental significa uma recusa à aceitação do saber psiquiátrico em explicar e compreender a loucura/sofrimento psíquico (AMARANTE, 1996).

Nem a antidialética positivista da medicina que opta pela doença descartando-se de qualquer responsabilidade pela história dos sujeitos concretos, nem a revolta ao outro extremo: como se não existisse a doença, quando ela está lá, no corpo, todo o tempo. A doença está lá dependendo dos médicos e da medicina, mas ao mesmo tempo independente da medicina; dependente da vontade de viver das pessoas, mas também independente da vontade dos sujeitos. (CAMPOS, G., 2003, p. 55).

Clínica ampliada ou a clínica do Sujeito significa não jogar fora a clínica tradicional, mas trabalhar com uma ampliação do objeto de intervenção, dos meios de trabalho ou técnica e dos seus objetivos. Clínica do sujeito porque nega a doença

total e a coloca como parte da vida humana, porque é comum que no lugar de seu João da Silva apareça um psicótico, ou no lugar de Dona Maria surja uma hipertensa ou diabética. É como se a hipertensão saísse andando ou o alcoolismo ficasse bêbado nele mesmo. Os modos como cada pessoa reage a uma doença e aos sintomas, bem como as formas de subjetivação são singulares ainda que a base biológica seja a mesma (CUNHA, 2004).

Falar em ampliação do “objeto de trabalho” da clínica é tomar o sujeito enfermo ou com possibilidade de adoecer e não somente a doença. É considerar não somente o paciente, mas a família, a comunidade, a rede social ou agrupamento institucional como objeto da clínica. A partir disso necessariamente é preciso também uma ampliação dos meios de trabalho: modificar a escuta, a entrevista, a intervenção terapêutica, saindo da opção quase que exclusiva de uso de medicamentos ou de procedimentos cirúrgicos. Valer-se com maior frequência de técnicas de prevenção, de educação em saúde e de reconstrução da subjetividade. Considerar os modos singulares de andar a vida é tomar, tanto no diagnóstico como na terapêutica, os elementos orgânicos ou biológicos, subjetivos e sociais do processo saúde e doença. Isso provoca uma mudança no objetivo da clínica tradicional, que tem como finalidade da assistência individual a produção de saúde por meio da cura ou reabilitação, ou até mesmo do alívio do sofrimento. No entanto, a ampliação inclui também o esforço simultâneo para aumentar o coeficiente de autonomia e de auto-cuidado dos pacientes, famílias e comunidades. Uma linha de combate à medicalização, à institucionalização e à dependência exclusiva por profissionais e serviços de saúde (CAMPOS, G., 2003).

Essa nova possibilidade de produzir uma outra clínica, que não é só do profissional médico, nunca pode ser levada por um profissional isolado, mas é um desafio concreto para uma equipe interdisciplinar, que necessita ser uma equipe de referência juntamente com as equipes de apoio (CAMPOS, G., 2003). A clínica ampliada propõe que os profissionais de saúde consigam ir além do combate às doenças, mas consigam combatê-las com produção de vida. Isso também acontece com algumas pessoas, independente da vontade ou intervenção da medicina, novamente trazendo a história da dialética da doença e do sujeito. Alguns exemplos:

“Quando vejo uma pessoa com a vida igual à minha, desejo uma boa isquemia. Porque eu renasci, aprendi, foi um big-bang para mim”.(informação verbal).¹

O compositor Tom Jobim uma vez foi perguntado por que havia escolhido a música. Bem-humoradamente ele respondeu que é porque tinha asma. Como assim, perguntou o entrevistador? Acontece que estudar piano era bem mais chato do que sair com a turma, namorar... como eu ficava muito em casa por causa da asma, acabei me dedicando ao piano. (CUNHA, 2004).

A clínica do sujeito é uma aposta na humanização das relações, é considerar que a clínica e a política têm uma relação estreita, que precisamos enquanto profissionais de saúde desenvolver outras formas de escuta mais qualificada, outros padrões de responsabilização e vínculos solidários entre as pessoas, outras formas de produzir saúde em defesa da vida.

5 A GESTÃO: ESPAÇO DE ANÁLISE E INTERVENÇÃO PARA MUDANÇA

Não podemos fazer mudanças na atenção se não mexermos no que está colocado enquanto modelo de gestão. Insisto, porque acho fundamental, em reiterar a importância da indissociabilidade entre atenção e gestão. A partir disso, desenvolver processos de análise e de intervenção é dizer que estamos necessariamente implicados com as possibilidades de mudança nos serviços.

Será que ainda faz sentido falarmos em modo “taylorista” de governar? Por que ainda tomamos como referência o livro *Princípios de Administração Científica* (TAYLOR, 1995)? Porque o controle e a disciplina, bem como toda fundamentação teórica taylorista, continuam sendo o eixo central dos métodos de gestão, mesmo no SUS. Porque as propostas de mudança se baseiam em apostas que vão contra o eixo conformador do taylorismo, este que chamamos de Racionalidade Gerencial Hegemônica. Gastão Wagner traduz muito bem esse eixo conformador:

A racionalidade gerencial hegemônica produz sistemas de direção que se alicerçam no aprisionamento da vontade e na expropriação das possibilidades de governar da maioria. Estes sistemas, mais do

¹ Carnavalesco Joãozinho Trinta – 1998, se referindo a um derrame cerebral.

que comprar a força de trabalho exigem que os trabalhadores renunciem a desejos e interesses, substituindo-os por objetivos, normas e objetos de trabalho alheios (estranhos) a eles (CAMPOS, G., 2000).

Nossas gestões no SUS trazem essa forma de organização autoritária, com concentração de poder e verticalidade de ações. O controle, a vigilância, os processos centralizados de decisão provocam alienação e baixa autonomia dos trabalhadores nos processos de trabalho. No Hospital essas linhas de poder instituídas são evidentes, tendo seu organograma o formato hierárquico baseado em departamentos e corporações. Não há dúvida que isso se dá num processo de co-responsabilidade entre os sujeitos implicados e que essa relação também é dialética e co-produzida (CECÍLIO, 1997). Ninguém é somente vítima ou somente algoz nas relações e processos de trabalho no SUS. De todo jeito, esse modelo de organizar instituições provoca um aumento do trabalho penoso e alienado, porque não comporta os interesses e desejos das pessoas. Traz a idéia de que se considerarmos esse viés de subjetividade a instituição não funciona. Sem disciplina ou abdicção das vontades ou arranjos individuais não há obra, não há cura, reabilitação, prevenção, promoção de saúde. Como na orquestra sinfônica. Sem obediência, disciplina e boa quantidade de trabalho penoso não há música (CAMPOS, G., 2000).

O perceber-se enquanto produtor de arte, enquanto fazendo parte dos resultados de uma clínica ampliada ou da produção de saúde é fundamental para a inversão do modelo hegemônico de organizar instituições. A aposta aqui colocada é a composição dos interesses e desejos individuais com a produção de bens e serviços com qualidade pelos serviços de saúde. Essa é uma aposta na inclusão de pessoas, na constituição de sujeitos organizados para a produção, no nosso caso, no hospital. Isso é o que é definido como produção de sujeitos (CAMPOS, G., 2000). Resgatar a capacidade de análise e intervenção das pessoas, diminuir a quantidade de trabalho penoso e aumentar a felicidade e o reconhecer-se naquilo que estamos fazendo é falar em uma instituição democrática. Isso não significa dizer que o SUS não define isso como diretriz: controle social e a participação do trabalhador nos colegiados formais com participação definida. A aposta que fazemos neste estudo de caso é que os colegiados institucionais por si sós não garantem uma mudança institucional na garantia da gestão democrática e na implementação de processos

cotidianos de co-gestão. Outros arranjos e dispositivos são propostos e possíveis para isso, que por si só também não garantem, mas induzem outros processos de relações entre as pessoas na saúde. E é o que iremos analisar mais adiante.

Essas diretrizes operam com a polaridade controle institucional e autonomia dos sujeitos, mexendo com temas como trabalho em equipe, campo e núcleo de saberes e práticas, o papel dos gerentes e autonomia versus controle dos trabalhadores, a constituição de colegiados gestores e concepção de unidades de produção, a autonomia dos usuários e o deslocamento de poder, o tema do poder e do controle no hospital (CECÍLIO, 1997).

A tentativa aqui é lidar com a teoria e a prática, pensar e agir, saber e fazer como mediações entre criticar e confiar, entre oposição e integração. É lançar mão das teorias e métodos de gestão como uma filosofia da prática e tomar o espaço da gestão como espaço de análise e intervenção para mudanças. Um desses métodos é o Método para Análise e Co-gestão de Coletivos ou Método da Roda (CAMPOS, G., 2000), que tem como objetivos básicos o fortalecimento dos sujeitos e a construção da democracia institucional. Aposta na democracia institucional não somente como um meio para impulsionar mudanças sociais, mas como um fim em si mesmo. Adota como diretriz metodológica a instalação deliberada de processos que objetivem a construção de espaços coletivos. Espaços enquanto arranjos concretos de tempo e lugar, em que o poder esteja em jogo, e onde se analisem problemas e se tomem deliberações. As perguntas colocadas aqui são: seria possível instituir esses processos dentro do Hospital? Seria desejável? Traria alguma mudança para a organização na assistência?

6 CAMINHO METODOLÓGICO

6.1 Uma pesquisa essencialmente qualitativa

Desde a concepção original do objeto, a busca de suas referências teóricas (construção do referencial teórico), o esforço de apreendê-lo numa determinada realidade (pesquisa de campo), as estratégias de aproximação de sua essência (diálogo entre pesquisador, sujeitos, teorias e realidade), até a sistematização integradora destes elementos em capítulos e parágrafos (elaboração do relatório), constituem um caminho a ser percorrido, construído e refeito durante toda a pesquisa. Essa dinâmica interna da pesquisa lhe confere um caráter essencialmente qualitativo, pois a construção do conhecimento a respeito das mudanças produzidas nos serviços de saúde, fenômeno em questão, se dá através de negociações constantes entre o método e a realidade estudada. Malinowski afirma que:

Muitas vezes, somente ao fazer um esboço preliminar dos resultados de um problema aparentemente resolvido, fixado e esclarecido, é que (se) deparava com enormes deficiências em (seu) estudo – deficiências essas que indicavam a existência de problemas até então desconhecidos e (o) forçavam a novas investigações (MALINOWSKI, 1984).

Realidade aqui entendida não como estática, não controlável, não reproduzível matematicamente, mas sim dinâmica, com inúmeras possibilidades de associações entre o objeto pesquisado e os infinitos elementos constituintes desta dada realidade, sobre a qual, inevitavelmente, o pesquisador interfere. Decorre daí a impossibilidade de tornar esse conhecimento absoluto. Valorizar essa forma de aproximação da compreensão do fenômeno implica que o conhecimento assim produzido deve ser sempre relativizado, uma vez que sempre estará a serviço de uma outra realidade, que não aquela – móvel, já transformada – em que foi produzido.

Essa evidente ênfase ao fenômeno explicita uma outra característica qualitativa desta pesquisa. Distintamente das pesquisas que enfatizam o método, nesta, o arsenal de instrumentos teórico-metodológicos é colocado à disposição do

processo de desvendamento do fenômeno investigado. Ou seja, a seleção de cada instrumento de investigação a ser utilizado é feita em função da avaliação da sua capacidade de fornecer respostas adequadas às perguntas que estão sendo formuladas ao objeto da pesquisa que, ao ir sendo desvelado, suscita novas perguntas e assim sucessivamente. Tanto é assim, que vários instrumentos metodológicos foram utilizados para uma melhor compreensão da realidade, para uma melhor percepção do fenômeno “mudança”, utilizada como uma categoria de análise.

Ainda, uma outra característica qualitativa desta pesquisa é minha identificação, enquanto pesquisadora, como sujeito e objeto do conhecimento, portanto, como parte integrante do objeto de investigação. Começo então por identificar e não ocultar a própria conexão entre o pesquisador, o objeto e a realidade em que estão inseridos. Minha inserção no serviço se dá como Consultora Regional da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde do final de 2003 até janeiro de 2005. Após esse período, permaneci na relação com o serviço enquanto mestranda do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM), evidentemente carregando todos os vínculos construídos no trabalho como Consultora do Ministério da Saúde. Nosso contrato de gestão no trabalho da PNH se baseava no método de apoio institucional (CAMPOS, G., 2003) e apoiamos/trabalhamos com o Hospital Edson Ramalho enquanto uma prioridade da Consultoria Regional e da Coordenação da Política. Estabelecemos um vínculo de trabalho importante com a equipe e estarmos em permanente interlocução, dentro e fora do hospital em outros espaços institucionais, criou a possibilidade de realização dessa pesquisa e da observação participante. Considero importante derrubar o muro que pretende separar pesquisador e pesquisado, médicos e pacientes, sadios e doentes e afirmo que minha experiência pessoal tem me aproximado bastante daquilo e daqueles que pesquiso. O que ouço, leio, observo sobre as mudanças nos modelos de atenção e gestão dos serviços de saúde, sobre uma outra possibilidade de clínica numa perspectiva ampliada, numa possibilidade de produção de saúde e de sujeitos não é algo eu está exclusivamente fora de mim, restrito ao livro ou ao outro. Ao contrário, é algo que tenho sentido, vivido, pensado, reelaborado constantemente. Concordo com Weber quando afirma que o recorte do objeto de pesquisa é definido pelo

[...] interesse que venha a despertar no cientista. A partir desse valor, e em relação com ele, é que o objeto será construído e ordenado [...] A significação não é propriedade intrínseca do objeto [...], mas é o investigador que o considera cheio de significação. Ele achará significativo tal processo, na medida em que se relacione positiva ou negativamente a seus valores, no sentido em que tenha possibilitado ou dificultado a realização deles. A significação objetiva é relativa ao valor que orienta a investigação (SAINT-PIERRE; WEBER apud MASSELI, 2001).

Por ser uma abordagem que valoriza o imponderável contido nos símbolos e nas representações sociais, a perspectiva qualitativa admite uma abertura ao imprevisto, uma vez que a realidade é sempre maior do que aquilo que o investigador espera encontrar. Neste esquema, a metodologia tem que ser suficientemente flexível para se conformar à realidade e não o contrário (MASSELI, 2001). A opção pela pesquisa documental e a observação participante foi considerada enquanto combinação de técnicas que acrescenta rigor, extensão e profundidade à investigação. É importante considerar que em cada momento do trabalho de campo, em cada vivência com a equipe dentro ou fora do Hospital, foi trabalhada a noção de simultaneidade entre a geração, a coleta e análise da informação. Isto é, as etapas trilhadas no itinerário metodológico não são necessariamente estanques ou com seqüências definidas a priori. Em vez da tradição que primeiro se recolhem as informações, depois se analisam para conhecer e depois ainda se tomam decisões, em cada ato todas essas etapas se misturam em sínteses sucessivas. Ao mesmo tempo a análise documental e os registros no diário de campo foram acontecendo em paralelo aos momentos da observação participante.

A narrativa é utilizada como técnica para o desenvolvimento do texto na discussão e apresentação dos resultados. É uma técnica de pesquisa utilizada no âmbito da metodologia da pesquisa qualitativa como forma de obter acesso aos sentidos atribuídos e à experiência dos indivíduos e de seus esquemas interpretativos no que concerne à realidade da vida cotidiana. Mostra-se, portanto, intrinsecamente relacionada à estrutura da experiência e é semelhante à estruturação para ação: um contexto é dado, os acontecimentos são seqüenciais e terminam em um determinado ponto e inclui um tipo de avaliação de resultado (LIRA, 2003). Recapitula, assim, a experiência passada através da seqüência verbal de sentenças, com a seqüência de eventos que de fato ocorreram.

Durante a narrativa, o passado, o presente e o futuro são articulados. Quando as pessoas narram suas experiências, podem não só relatar e recontar essas experiências e os eventos sob um olhar do presente. Elas podem também projetar atividades e experiências para o futuro. No ato de narrar, novos acontecimentos propiciarão novas reflexões sobre experiências subjetivas, conduzindo remodelações de perspectivas anteriores (GOMES; MENDONÇA, 2002). Essa técnica pode ser usada no âmbito de uma estratégia de métodos combinados, onde ela possibilita, a partir da abordagem de um pequeno grupo de sujeitos, um entendimento em profundidade da realidade estudada, permitindo uma avaliação mais completa do problema tais como vivenciados na vida real. Portanto, a questão metodológica da obtenção de narrativas é crucial à abordagem estudada. Segundo Silva e Trentini, são duas as formas de obtenção de narrativas: a entrevista aberta e a observação participante (SILVA; TRENTINI, 2002).

Neste estudo de caso, a narrativa é uma técnica útil à apreensão da experiência humana no âmbito do fenômeno em questão, permitindo o diálogo com a realidade empírica sob investigação e ampliando a capacidade de análise do pesquisador em relação à vida cotidiana dos indivíduos e suas experiências com os fenômenos da saúde-doença.

6.2 A pesquisa documental

Muitos dados importantes na pesquisa qualitativa provêm de fontes de papel, sejam arquivos históricos, registros estatísticos, biografias, jornais, revistas e outros. Muitas vezes essas fontes fornecem ao pesquisador dados suficientemente ricos que dispensam a necessidade de pesquisa de campo, sem contar que em muitos casos a investigação só se torna possível a partir de documentos (GIL, 1989).

A pesquisa documental realizada neste estudo de caso utilizou documentos oficiais do Ministério da Saúde sobre a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS no período do estudo (Documento Base da PNH para Gestores e Trabalhadores do SUS, Relatórios dos consultores regionais, Relatórios de oficinas e seminários nacionais e regionais, Série de Cartilhas Temáticas da PNH, divulgações para usuários do SUS, fitas de vídeo,

apresentação oficial da PNH, textos escritos para discussões temáticas e para composição do livro da Política) e documentos oficiais do Instituto Hospitalar Edson Ramalho (projetos escritos em papel, vídeo e CD-ROM, registros de depoimentos de usuários em caixa de sugestões e ouvidoria, dados oficiais estatísticos sobre perfil de atendimento, permanência no serviço, rede de saúde estadual e municipal).

Sobre os registros estatísticos, a coleta de dados é muito mais simples do que mediante qualquer procedimento direto, exigindo do pesquisador um plano de pesquisa que indique a natureza dos dados a serem obtidos e a identificação das fontes adequadas para obtenção de dados significativos para os propósitos do estudo (GIL, 1989).

Esses dados secundários subsidiam todo o trabalho e são as referências às diretrizes teóricas da PNH citadas na definição do objeto, bem como auxiliam na definição das categorias de análise propostas. São complementares também aos dados primários colhidos na observação participante.

6.3 A observação participante

O texto considerado clássico sobre o trabalho de campo dentro da antropologia e que faz uma reflexão sobre a observação participante foi escrito em 1922 por B. Malinowski, na sua pesquisa com os nativos das Ilhas Trombiand no Pacífico. As bases e os valores da observação participante são descritos e discutidos no texto, tendo originado importantes debates teóricos sobre a técnica (MINAYO, 2004). Uma discussão fundamental é de como podemos compreender a totalidade da vida, levando em consideração os vários componentes do contexto, da história/tempo, dos determinantes sociais, dos afetos sem desconsiderar os sujeitos e seu contexto, seus desejos e interesses, incluindo o sujeito pesquisador.

A inserção no mundo do outro ocorre sem dúvida de forma diferenciada, sem que sejamos componentes da equipe, mas interferindo e interagindo com ela. Procurei nessa inserção observar e registrar o que Malinowski define como os imponderáveis da vida real:

A rotina do trabalho diário do nativo; os detalhes de seus cuidados corporais, o modo como prepara a comida e se alimenta; o tom das

conversas e da vida social ao redor das fogueiras; a existência de hostilidade ou de fortes laços de amizade, as simpatias ou aversões momentâneas entre as pessoas; a maneira sutil, porém inconfundível, como a vaidade e a ambição pessoal se refletem no comportamento de um indivíduo e nas reações emocionais daqueles que o cercam (MALINOWSKI, 1984).

Tal como descrita essa atitude metodológica corresponde à técnica da observação participante, a qual pretendo descrever a lista cronológica de acontecimentos:

(Período de observação: março de 2004 a junho de 2005)

1. Oficina com equipe gestora do serviço (25 e 26 de março);
2. Vivência no hospital (01 de abril);
3. Participação no Seminário de Experiências Hospitalares da Paraíba com equipe do serviço (23 e 24 de agosto);
4. Participação no Seminário Nacional da Política Nacional de Humanização (condução de oficina sobre experiências na urgência e emergência com equipe do IHGER e apresentação de pôster e vídeo interativo - 20, 21 e 22 de setembro);
5. Vivência no hospital (30 de outubro);
6. Discussão temática com equipe do hospital (06 de outubro);
7. Vivência no hospital (21 de outubro);
8. Discussão temática com equipe do serviço social (27 de outubro);
9. Discussão temática com equipe do hospital (05 de novembro);
10. Discussão temática com equipe do hospital (10 de dezembro);
11. Vivência no hospital (10 de janeiro);
12. Vivência no hospital (14 e 15 de março);
13. Entrevistas e vivência no hospital (06 de junho).

Cada um desses acontecimentos está registrado sob a forma de relatórios ou no diário de campo, incluindo discursos, falas, percepções etc. É importante lembrar que toda atividade realizada junto à equipe foi contratada com o hospital, permitida pela comissão de ética do serviço e feita conjuntamente com os profissionais (em anexo aos documentos entregues ao Comitê de Ética em Pesquisa do CPqAM foi o termo de consentimento da Direção do Hospital e do Comitê de Ética). Todas as atividades que chamamos de “apoio institucional” (CAMPOS, G., 2003) são realizadas mediante um contrato de gestão entre as partes envolvidas,

onde as ofertas e demandas são explicitadas, discutidas e pactuadas na equipe. Essa foi a primeira atividade em serviço e os recontratos, quando necessários, também foram priorizados e pactuados.

6.4 Entrevistas semi-estruturadas

A entrevista é uma técnica importante que permite o desenvolvimento de uma estreita relação entre as pessoas e as técnicas para sua realização variam segundo o contexto na qual estão inseridas: dependerão do tipo de informação necessária em função do problema a ser pesquisado (RICHARDSON, 1989). Utilizamos nessa pesquisa uma técnica de entrevista que permite que temas sejam explorados durante seu transcurso, onde as perguntas são feitas durante o processo e a ordem dos temas tampouco está pré-estabelecido.

O pesquisador conhece previamente os aspectos que deseja pesquisar e, com base neles, formula alguns pontos a tratar na entrevista. As perguntas dependem do entrevistador, e o entrevistado tem a liberdade de expressar-se como ele quiser, guiado pelo entrevistador (RICHARDSON, 1898, p. 165).

A cada entrevista foi feita uma introdução com as devidas explicações sobre os objetivos e técnica de entrevista utilizada, bem como a autorização pelo entrevistado da gravação da mesma. As entrevistas foram gravadas, com duração de aproximadamente duas horas no total e realizadas mediante a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, com as devidas orientações do Comitê de Ética em Pesquisas do CPqAM (Apêndices A e B).

Entrevistamos o Diretor do Hospital Coronel Ademar Régis, a Coordenadora da Comissão de Controle da Infecção Hospitalar (CCIH) e da Equipe de Humanização Dra Lourdes (também médica cirurgiã plástica do serviço), a Supervisora de Enfermagem do Hospital Tenente Luciana e o Supervisor do Pronto-Socorro Tenente Ronaldo. Escolhemos esses atores por entender que são gestores do serviço ligados, implicados diretamente com as mudanças e arranjos institucionais implementados no hospital. São pessoas chave e sujeitos fundamentais da pesquisa. Eles são diretamente responsáveis pela prioridade na transformação do modelo de atenção e gestão, novamente surge a questão da

indissociabilidade, evidentemente com a co-responsabilidade dos trabalhadores e usuários envolvidos.

As entrevistas semi-estruturadas são utilizadas como mais uma técnica para aprofundamento da coleta e análise do material, sendo, neste estudo de caso, auxiliar ao método de observação participante. Utilizamos como foco da entrevista a “mudança” no serviço, e a escolhemos como uma importante categoria de análise, juntamente com os arranjos institucionais e dispositivos implementados. Questionamos como a mudança se deu nos diversos setores do hospital (pronto-socorro, maternidade, ambulatórios de especialidade, enfermarias, bloco cirúrgico e áreas de apoio) e sobre cada categoria de análise explicitada mais adiante. Posteriormente foram transcritas com ajuda das anotações das mesmas em diário de campo e, apesar de cansativa e necessitar de bastante tempo, essa fase foi importantíssima para aprofundamento e análise preliminar do material coletado.

6.5 Categorias de análise

Tomando um outro caminho diferente da análise de conteúdo e da análise de discurso que se colocam como uma tecnologia de interpretação de textos, optamos seguir “o caminho do pensamento”. A escolha da abordagem hermenêutica se aproxima mais dos propósitos dessa pesquisa e Minayo (2004) assim define a hermenêutica-dialética:

Um caminho para o pensamento, como via de encontro entre as ciências sociais e a filosofia [...] pela sua capacidade de realizar uma reflexão fundamental que, ao mesmo tempo, não se separa da práxis [...] Assim, a reflexão hermenêutica produz identidade da oposição, buscando a unidade perdida. Ela introduz no tempo presente [...] para buscar o sentido que vem do passado ou de uma visão de mundo própria, envolvendo num único movimento o ser que compreende e aquilo que é compreendido.

A tentativa aqui é buscar uma certa submissão do método ao objeto investigado e aos objetivos da pesquisa, considerando que a interpretação de discursos e a observação da realidade precisam considerar toda a subjetividade do pesquisador e o contexto dos acontecimentos (MINAYO, 2004). Isso nos coloca

diante da discussão do preconceito, pois o fato de pertencermos a determinado grupo social, determinado tempo histórico, uma determinada formação faz com que a interpretação seja também influenciada pelo contexto do analista.

Gadamer fala da hermenêutica dizendo que a arte de interpretar tem a ver com todos aqueles terrenos que não bastam aplicação de regras, tendo que se relacionar com a retórica e com a práxis. Para ele a hermenêutica é a busca da compreensão de sentido que se dá na comunicação entre os seres humanos: ser que pode ser compreendido é linguagem (GADAMER, 1999).

A opção metodológica desse trabalho é valer-nos da interpretação hermenêutica, juntando a fala com a observação das condutas, da cultura, dos afetos para aumentar nossa capacidade de análise do objeto em estudo (CAMPOS, R., 2003). Portanto, a determinação de alguns conceitos e categorias de análise é importante para algum ordenamento do material empírico, como também para interrogamos a realidade a cada nova evidência e assim sucessivamente. Propomos as seguintes categorias e conceitos:

- a) **Acolhimento e vínculo terapêutico:** o acolhimento como definido no capítulo 2.3 e vínculo terapêutico enquanto conceito, efeito produzido nos serviços entre equipes e usuários. Na rede psicossocial, compartilhamos experiências e estabelecemos relações mediadas por instâncias. No caso da saúde, a aproximação entre usuário e trabalhador de saúde promove um encontro. Este ficar em frente um do outro, um e outro sendo seres humanos, com suas intenções, interpretações, necessidades, razões e sentimentos, mas em situação de desequilíbrio, de habilidades e expectativas diferentes, onde um, o usuário, busca assistência, em estado físico e emocional fragilizado, junto ao outro, um profissional supostamente capacitado para atender e cuidar da causa de sua fragilidade. Deste modo cria-se um vínculo, isto é, processo que ata ou liga, gerando uma ligação afetiva e moral entre ambos, numa convivência de ajuda e respeito mútuos (BRASIL, 2004a).
- b) **Co-gestão:** como definido nos capítulos 2.3 e 5 enquanto diretriz ético-política fundamental.
- c) **Visita aberta e familiar participante:** como definido no capítulo 2.3 enquanto arranjo institucional.
- d) **Mudança:** conceito nuclear neste estudo que aposta na transformação e na inseparabilidade da atenção e da gestão. Tem na PNH e nos

arranjos/dispositivos implementados no serviço a forma de operar princípios e diretrizes do SUS, instituindo novos modos dos sujeitos entrarem em relação formando coletivos organizados e alterando as práticas de saúde (PASSOS; BENEVIDES, 2005).

- e) **Equipe de referência e responsabilização:** como definidos no capítulo 2.3 equipe de referência enquanto arranjo institucional e responsabilização enquanto conceito e consequência de tornar(se) e considerar(se) responsável pela saúde das pessoas, responsabilizando-se de modo integral por elas.

Cada categoria ou conceito abordado é analisado levando em consideração todos os atores institucionais envolvidos (usuários, gestores, trabalhadores), a mediação entre os espaços das políticas e das práticas, os condicionantes/determinantes e a história/tempo (CAMPOS, R., 1998). É importante explicitar que analisar cada categoria significa quebrar, fragmentar cada conceito segundo uma linha de interpretação ou foco. O foco nessa pesquisa é o contexto e os sujeitos do processo. Isso não significa que iremos conversar ou entrevistar cada sujeito participante da realidade do serviço (usuários, gestores e trabalhadores). Mas necessariamente o conjunto de instrumentos utilizados como método e a interpretação dos fenômenos investigados levarão em consideração todos os sujeitos envolvidos (CAMPOS, R., 1998). A análise utilizada aqui levará em consideração todos os sujeitos envolvidos. A observação participante não pode ser diferente, a tentativa de apreender uma certa realidade não pode ser diferente. Ou seja, excluir a história/tempo como determinante, ou incluir só parte dos sujeitos, ou desconsiderar o contexto significa criar uma realidade artificial. Assim, através da observação participante, através da análise documental e das entrevistas semi-estruturadas com informantes-chave, neste caso quatro gestores/trabalhadores do serviço, achamos possível apreender uma grande parte e em profundidade a realidade da mudança no hospital a partir da implementação desses arranjos institucionais e dispositivos.

7 A NARRATIVA

7.1 Contando a história da mudança

As mudanças que aconteceram e continuam acontecendo no Instituto Hospitalar Edson Ramalho dependeram e dependem da vontade, desejo e interesse das pessoas envolvidas no serviço: gestores e trabalhadores inconformados com o modelo estabelecido de assistência e com o grau de alienação e desresponsabilização de vários profissionais do serviço com os usuários. As falas dos trabalhadores e gestores era de insatisfação com a demanda, impaciência com o usuário, não toleravam a família nem no pronto-socorro nem nas visitas na enfermaria, o médico era o todo-poderoso, situação insuportável na urgência, filas intermináveis, incômodos com as filas que se estendiam até à rua em diversos períodos do dia, com pacientes expostos ao sol e chuva e outros relatos (registrados em diário de campo como relato individual ou discussão coletiva e trechos das entrevistas). As tentativas de mudança para atender bem, estabelecer outro padrão de vínculo com usuários e melhorar a qualidade do serviço eram limitadas a atitudes individuais, pontuais e dependiam unicamente do perfil de alguns profissionais ou do grau de exigência de um ou outro usuário. Essa mudança de postura de algumas pessoas não mudava o processo de trabalho em si, o qual permanecia enquanto diretriz de organização do serviço.

A partir da iniciativa de Dr^a Lourdes, médica cirurgiã plástica do serviço com mestrado na área da educação, Coordenadora da Comissão de Controle da Infecção Hospitalar e do Comitê de Humanização com o apoio da direção (Coronel Ademar e equipe) iniciaram algumas mudanças no Hospital. Partiram da redefinição do papel do Comitê de Humanização, incorporando mais trabalhadores do serviço nessa tarefa e atuando de forma objetiva para instituir mudança na organização do serviço. Conquistaram a legitimidade com a Diretoria do Hospital a partir das propostas apresentadas: iniciar a mudança pela porta de entrada da urgência e, a partir daí, disparar o processo para dentro do Hospital. Partiram do pronto-socorro, porta de entrada de urgência e emergência que enfrentava as condições conhecidas de organização e atenção aos usuários: grandes filas, com demora para

atendimento médico prioritariamente segundo ordem de chegada e organizada através de ficha distribuída pela recepção administrativa, com processo de trabalho confuso e pouca definição de papéis e responsabilidades. Havia pouca responsabilização com o usuário, não sabendo quem cuidava de quem, com toda a demanda para os médicos de plantão e participação coadjuvante da equipe de enfermagem, sem inclusão de outros profissionais também importantes como o assistente social e o psicólogo (registros da observação no serviço em diário de campo e falas dos profissionais sobre a antiga organização da urgência e emergência).

O tempo de permanência dos usuários variava em torno de três a cinco dias na urgência e emergência e na observação. O processo de trabalho não era definido pelos próprios trabalhadores, que se resumia ao cumprimento de sua carga horária e das regras e normas definidas exclusivamente a priori, como expressa essa fala:

Antes da gente começar esse trabalho, o Hospital era um quartel. E não é porque é militar, não. É porque essa é a visão que os hospitais têm de organização, é assim que a maioria funciona. Eu sei por que dou plantão em outro hospital público e é pior do que era aqui antigamente. Agora, quando você consegue trabalhar com usuários, família e trabalhadores participando juntos desse processo a atenção é mais construtiva e a produção de melhor qualidade. (informação verbal).²

A estrutura física se organizava em torno dos consultórios médicos e salas de curativo e de atenção à emergência. Na mesma porta de entrada se fazia o atendimento de urgência e emergência, prioritariamente segundo ordem de chegada e sem avaliação inicial de risco, atendia aos usuários com pedidos de exames complementares da rede municipal e do próprio ambulatório do serviço como radiografia, patologia clínica e outros. Era a porta de entrada da maternidade e também realizava os agendamentos para as especialidades ambulatoriais. Não era permitida a entrada, em nenhum caso, de acompanhantes no pronto-socorro (PS), já que o fluxo se dava de forma bastante confusa e havia uma insatisfação e intolerância geral diante desse processo: dos usuários e dos trabalhadores. Ronaldo fala:

² Entrevista 4

“...essa hora a fila era de 70 pacientes na urgência, para tudo, atendimento médico, exames, informações. Tudo era muito confuso e não dava para tolerar os acompanhantes...” (informação verbal)³

Eram comuns as manifestações de insatisfação e de queixa dos usuários na recepção e na porta de entrada, bem como a busca permanente das famílias de informações sobre os usuários em atendimento. A escuta das queixas se dava, fundamentalmente, através da caixa de sugestões em cima do balcão da recepção, de forma mais burocrática e sem respostas ao usuário/família (como mostra o registro das queixas na caixa de sugestão durante o período de observação). O trabalho era médico-centrado e procedimento-centrado, onde toda a estrutura do serviço se organizava a partir do trabalho do médico e do procedimento em questão. A estrutura para dentro do serviço também se dava de acordo com essa organização na entrada, sem critério de prioridade clínica, de forma confusa, sem responsabilização baseada na estrutura vertical de plantões e nos departamentos definidos pelas corporações: departamento médico, departamento de enfermagem, departamento de psicologia e serviço social. Assim era fragmentado o serviço, como também o trabalho dos profissionais, como também fragmentavam o usuário.

Não dava para ter planejamento pelo Hospital dos insumos suficientes para a urgência, bem como o gerenciamento de conflito era constante por problemas de transferências sem pertinência, fluxo inadequado com a rede de atenção e problemas na condução clínica. Dr^a Lourdes fala:

“Você não estacionava, a urgência e emergência era uma guerra, os insumos não podiam ser planejados e o custo era altíssimo. O Hospital fazia licitação para seis meses e em dois já acabava [...]” (informação verbal).⁴

Para dentro do serviço o acesso era restrito a três dias de visita por semana de duas horas de duração (quem chegasse atrasado não entrava, mesmo com justificativa), sem atendimento das famílias e muitas vezes com negação destas. As unidades de internação se organizavam de forma tradicional, centradas em procedimentos e nos profissionais: nos horários e plantões destes, nas necessidades destes, na pouca consideração da subjetividade do usuário em internação, no exercício de uma clínica tradicional fragmentada, seja nos sintomas

³ Entrevista 2

⁴ Entrevista 4

ou nos órgãos. Como se a doença ocupasse todo o corpo, todo o sujeito doente (CAMPOS, G., 2003).

A história da mudança começa assim, diante do nó crítico e das insatisfações na urgência e emergência. Baseada no modelo Paidéia do Hospital Municipal Dr^o Mário Gatti em Campinas/São Paulo e na Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde, especificamente no acolhimento com avaliação de risco na urgência e emergência, a gestão do serviço se propõe a implantar esse modelo no PS. Evidentemente adaptando-o a realidade e ao contexto estabelecido. Evidentemente levando em consideração um contexto de regionalização, de história e resolutividade da atenção básica diferenciados entre a rede de saúde em Campinas e em João Pessoa, bem como a realidade de recursos financeiros do Hospital Edson Ramalho e do Hospital Municipal Dr^o Mário Gatti. Em setembro de 2003 começam a discutir com toda a equipe a proposta da PNH e as mudanças organizacionais no PS e nas unidades de internação, bem como nas áreas de apoio. Como fazer? O que fazer primeiro? O que vai ser preciso?

Foram muitas discussões de grupo com as equipes, muita resistência no início de todas as categorias profissionais, principalmente do médico e falas do tipo: “Porque tanta preocupação com usuários do SUS?” ou “Isso é coisa para serviço particular que quer que o usuário volte.” (informação verbal).⁵

Mas o processo foi disparado e a mudança começou. Na urgência e emergência primeiro e em todo o Hospital em seguida.

7.2 O acolhimento na urgência e emergência

Baseados no modelo e experiência de organização do Hospital Dr^o Mário Gatti e fortalecidos e apoiados pela Política Nacional de Humanização, a equipe coordenada por Dr^a Lourdes redefiniu tarefas baseadas em contratos e compromissos com a equipe do Pronto-Socorro. Partiram da definição do território e equipe da urgência e emergência. Depois, analisaram as dificuldades na estrutura

⁵ Depoimento dos médicos na primeira reunião para discussão das mudanças no Hospital, narrado em entrevista por Dra Lourdes.

física, pessoal, demandas, problemas prioritários. Realizaram vários encontros e conversas com as diferentes equipes de plantão, conquistaram o apoio do supervisor de enfermagem, Tenente Ronaldo, o qual facilitou e foi sujeito da mudança, fundamental pela sua inserção horizontal no serviço como diarista. Ele acompanha todos os usuários em atendimento no PS e fala das mudanças:

Quando sugerimos o acompanhante, a equipe se referenciava a mim para reclamar do tumulto que isso iria causar, dos enormes problemas e vemos hoje que não é bem isso que ocorre. O acompanhante é como um aluno na urgência e emergência. Ele cobra, vê e fala. Minha preocupação hoje é acomodar melhor essas pessoas, mas elas, sem dúvida, são importantes para valorizar nosso trabalho. (informação verbal).⁶

Com toda a dificuldade de infra-estrutura, recurso financeiro e ambiente que facilitasse a mudança foi definido iniciar pelo acolhimento com avaliação e classificação de risco na porta de entrada do pronto-socorro, implementado em fevereiro de 2004. Contrataram mais uma enfermeira por plantão de 24 horas ficando uma permanente no acolhimento e uma na retaguarda assistencial do PS, sendo o supervisor de enfermagem o único com inserção horizontal-diarista. Contrataram ainda: um técnico de enfermagem, uma assistente social e um agente de acolhimento, que orientava fluxo, era facilitador para acesso, fornecia informações ampliando a cobertura nas 24 horas. A enfermeira que realiza o acolhimento com classificação de risco tem a função, através da consulta de enfermagem e com protocolo definido de realizar acolhimento de todos os usuários que busque atendimento na urgência. Optaram pelo modelo de protocolo proposto pelo Hospital Mário Gatti e modificaram/adaptaram para a realidade do serviço com o caminhar do processo instituído.

Tinham enquanto objetivo a priorização do atendimento através da estratificação e não realizar exclusão ou dificultar o acesso das pessoas. Esse manejo exigia uma equipe de enfermagem no acolhimento capaz de identificar necessidade e prioridades do paciente. Realizaram uma capacitação antes do início do trabalho e, no decorrer do tempo, a capacitação em serviço e o aprendizado cotidiano de toda equipe.

O protocolo (Anexo A) foi um instrumento fundamental para a qualidade do trabalho e segurança de todos os profissionais com o novo modo de funcionamento,

⁶ Entrevista 4

sendo afixado em cada um dos dois consultórios de acolhimento enquanto um instrumento baseado em sinais de alerta de determinadas doenças ou condições para possibilitar a classificação por gravidade. Com o decorrer do tempo, percebe-se que a equipe utiliza o protocolo como referência, mas consegue agir de forma mais dinâmica e criativa, encontrando soluções mais rápidas e segundo a necessidade do usuário, como coloca Ronaldo:

No início teve muita resistência ao acolhimento, mais dos médicos. Eles estavam preocupados com quantas fichas iam atender com essa história de protocolo... no início o processo foi mais lento, mas agora 70% se resolve no acolhimento e 30% precisa de avaliação médica. Desses, 28% é urgência e 2% emergência. O atendimento da enfermagem hoje é muito bom e ágil, os médicos agora reclamam quando entra um paciente que eles acham que é besteira. (informação verbal).⁷

A adaptação do protocolo também é um importante processo a ser considerado: a partir do acolhimento já instituído adaptar essa classificação com base na experiência do serviço, os recursos disponíveis no Hospital e na rede de atenção e de retaguarda, padrões de doença, dados epidemiológicos, diferenças culturais, área física, leitos de retaguarda.

A partir dessa mudança e com estabelecimento do acolhimento com classificação de risco, alguns processos foram disparados e precisaram ser enfrentados: o trabalho com os usuários e familiares na recepção, a nova tarefa da recepção administrativa, a definição de entrada de acompanhante devidamente identificado para todo paciente em atendimento na urgência, a definição de outras portas de entrada para exames complementares e maternidade, a orientação do fluxo com contratação e definição de tarefas para os agentes de acolhimento. Os agentes de acolhimento são funcionários do serviço ou contratados, de nível médio, que tem a função de realizar orientações para o fluxo de entrada e explicitar a nova lógica de funcionamento. Ainda foi importante: a redefinição do papel do serviço social e psicologia, com contratação de mais profissionais para cobertura também da urgência – plantonistas 24 horas, o estabelecimento do fluxo e espaço interno do hospital na retaguarda à urgência e emergência (fluxo para atendimento médico, sala de estabilização, salas para observação, lógica de internação e regulação de leitos, salas de cirurgia e apoio diagnóstico).

⁷ Entrevista 3

Embora alguns resultados sejam processuais, podemos identificar importantes mudanças em curto espaço de tempo:

- 1) Foi definida prioridade para o atendimento médico, com hierarquização segundo gravidade e não segundo ordem de chegada (protocolo com critério de cor adotado para identificação dos usuários – Anexo A) e resolutividade de grande quantidade de casos no próprio acolhimento em torno de 70% no final do trabalho de campo (dado da equipe do PS/IHGER em 2005);
- 2) Atendimento de todos os usuários que buscam o pronto-socorro de forma mais qualificada, diminuindo o tempo de espera de acordo com a necessidade e diminuindo as intervenções desnecessárias no atendimento das urgências;
- 3) Reorganização do espaço físico melhorando o fluxo para atendimento e incluindo a discussão de ambiência no Hospital;
- 4) Diminuição da superlotação na porta de entrada;
- 5) Inclusão dos familiares e rede social do usuário em atendimento, melhorando o fluxo de informação e acolhimento da família, bem como mudando o padrão de vínculo e responsabilização das equipes com os usuários/família também na urgência;
- 6) Diminuição do risco de mortes evitáveis, segundo os dados do próprio serviço, bem como redução do tempo de permanência do paciente no PS de três dias (em média) para até 12 horas no máximo. Foi extinta a cama fixa nos corredores, permanecendo três leitos masculinos e três femininos na observação;
- 7) Estabelecimento da recepção técnica e não administrativa, terminando com a triagem pelo porteiro ou profissional não qualificado, com estabelecimento de agentes de acolhimento. Além dos novos profissionais contratados os maqueiros, recepcionistas, porteiros e motoristas de ambulância também exerciam esse papel de orientar o fluxo e todos tiveram treinamento em suporte básico de vida;
- 8) Aumento da eficácia e eficiência do serviço;
- 9) Responsabilização da equipe pelos encaminhamentos, com melhor garantia de acesso na rede de atenção, bem como estabelecimento da regulação da saúde a partir da percepção da urgência e emergência de forma qualificada. Sistema de marcação de consultas especializadas e apoio diagnóstico funcionando também a partir do PS. Como exemplo: paciente que necessite

de consulta ambulatorial em ortopedia já tem sua agenda marcada segundo sua necessidade e tempo como parte do atendimento/responsabilização da equipe do Pronto-Socorro;

- 10) Aumento da satisfação dos usuários, percebida através das caixas de sugestões, com evolução das queixas para outros pleitos mais qualificados e através da manifestação individual ou coletiva em espaços cotidianos e em colegiados institucionais do SUS. Como, por exemplo, a diminuição significativa de registros sobre demora no atendimento e filas para reclamação sobre a dificuldade na estrutura física para acomodação dos acompanhantes dentro do pronto-socorro. Foi significativa a diminuição dos conflitos na entrada;
- 11) Melhora do processo de trabalho, com manifestação positiva de todas as categorias profissionais e diminuição de conflitos gerenciais, bem como incorporação de outros núcleos de saberes e práticas para além do saber médico no cotidiano da urgência e emergência (principalmente a enfermagem, mas também o serviço social e a psicologia).

O acolhimento é considerado aqui enquanto conceito ampliado, como estratégia de mudança no processo de trabalho: não é um espaço ou um local, mas uma postura ética. Aqui ele não significa uma etapa do processo, mas uma ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde. Ao mesmo tempo, consideramos o acolhimento enquanto conceito restrito, de diretriz operacional que requer uma nova forma de fazer em saúde e implica instituir dispositivos tecnológicos de mudanças possíveis no trabalho de atenção e gestão em saúde. Acolher é receber bem, ouvir a demanda, identificar as diversas formas de busca de ajuda, identificar riscos e situações problemáticas e responsabilizar-se pelo usuário e família.

Neste funcionamento, o acolhimento não é somente uma ação pontual e isolada e se multiplica, e dispara inúmeras outras ações que nos permite analisar: a adequação da área física, as formas de organização dos serviços de saúde, a autonomia das equipes, a humanização das relações em serviço, o modelo de gestão vigente, o ato da escuta diferente do ato da bondade, o uso ou não de saberes para a melhoria da qualidade das ações de saúde e o quanto esses saberes estão a favor da vida.

7.3 O acolhimento na maternidade

Com as mudanças em processo de implantação no PS, a equipe da maternidade foi a segunda prioridade para rever o modelo estabelecido de atenção. Evidentemente que vários processos ocorreram ao mesmo tempo no PS e na maternidade, bem como em todo o Hospital, já que as unidades assistenciais funcionam em comunicação e com uma dependência relativa umas das outras. O tempo cronológico nem sempre pode ser definido na análise dos processos de mudança. Várias unidades assistenciais solicitavam implementar novos processos como pleito à Direção e ao Comitê de Humanização, como a enfermaria de clínica e o pessoal do bloco cirúrgico.

A partir de 2004, após as mudanças no pronto-socorro, iniciaram o acolhimento na maternidade, embora, como disse acima, o processo tenha sido disparado bem antes. O projeto intitulado “Laços de Família” também, como em nenhum outro setor do Hospital, não teve financiamento além da rotina de repasses do serviço para ser implementado ou enquanto incentivo, nem por parte da Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba (SES/PB), nem por parte do Ministério da Saúde (MS). A proposta era realizar um atendimento mais personalizado para a usuária, família e sua rede social, com direito ao acompanhante durante todo o processo de pré-parto, parto e puerpério de escolha da usuária.

A rotina da maternidade, que conta com 32 leitos, funcionava com triagem e todo o fluxo no serviço sem muita responsabilização, com pouca importância para o vínculo entre equipes e usuárias, bem como a pouca consideração pela subjetividade no exercício da clínica. O serviço não incluía a família enquanto estratégia para ampliação da clínica e dos resultados e dependia dos perfis individuais e das iniciativas pontuais dos trabalhadores para um melhor atendimento (registros em diário de campo). Não existia modelo de atenção proposto que propusesse mudança.

Alguns arranjos e dispositivos foram implementados, dentro da proposta de um acolhimento mais ampliado: reestruturação da área física do pré-parto com leitos individualizados para cada gestante e inclusão do acompanhante durante o trabalho de parto, além de qualificar o espaço para propiciar acolhimento da família;

acolhimento das famílias de forma singular pela equipe de plantão, valorizando profissionais de inserção horizontal como referência para a usuária e família; estruturação de brinquedoteca e sala de recreação para puérperas e seus filhos menores em visitação; ampliação dos horários das visitas até às 19 horas sem restrição do número visitantes, agendamento de horários alternativos e visita reservada para pais e irmãos dos recém-nascidos diariamente; atendimento das famílias com agendamento pela equipe responsável. Os dados de permanência na internação e incentivo ao aleitamento materno permaneceram os mesmos, já que a maternidade cumpre as normas de internação pós-parto normal e cesareana, bem como o título de Hospital Amigo da Criança antes da implantação do acolhimento.

Ainda em processo de implantação: incentivo ao acompanhante no parto pela dificuldade no espaço físico do bloco, tanto para cesariana quanto para parto normal, ainda priorizando os acompanhantes mais seguros e a depender do pré-natal e grau de risco da usuária, climatização e grande reforma/ampliação do espaço físico, diminuição do número de leitos nas enfermarias/alojamentos conjuntos, implantação de leitos PPP (pré-parto, parto e puerpério), contratações de profissionais horizontais em prioridade aos plantonistas, inauguração da UTI neonatal.

Alguns resultados a serem considerados:

1. Definição de diretriz de modelo e pactuação com toda equipe;
2. Redução de conflitos, com melhora na relação entre usuários, rede social e equipes;
3. Melhora na relação das equipes com a gestão;
4. Desencadeamento da discussão de ambiência e qualificação do espaço.

Ainda existe muita dificuldade no atendimento da maternidade e há uma percepção clara que mudanças precisam ser estabelecidas na clínica, no padrão de vínculo entre equipes e usuárias, na relação com a rede assistencial, já que a rede de atenção básica não tem praticamente fluxo com referência e contra-referência, na regulação e retaguarda da rede assistencial. Algumas falas mostram essas colocações:

Tem muita demanda da atenção primária que não conseguimos evitar, a articulação com a rede municipal ainda é muito ruim... ou

Queremos ampliar e precisamos fazer muita coisa na maternidade, mas não conseguimos climatizar o ambiente, o calor é muito grande, não conseguimos inaugurar a UTI neo-natal e os equipamentos já estão comprados (fala registrada em diário de campo da enfermeira da maternidade) ou [...] mudar a forma de plantão e contratar mais pessoas, médicos e enfermeiros, diaristas seria o ideal, mas ainda é difícil e dificulta o processo de trabalho. (fala de pediatra neonatologista em oficina de planejamento, registrada em diário de campo). (informação verbal).⁸

7.4 A visita aberta e o familiar participante

A aposta na inclusão da família e da rede social dos usuários foi um marco importante para pautar a discussão do controle social, da clínica ofertada e sua resolutividade, da importância do vínculo terapêutico e dos direitos dos usuários. Desde os primeiros movimentos de mudança na urgência e emergência, com a inclusão do acompanhante e com o Projeto Laços de Família na maternidade essas discussões foram desencadeadas em vários espaços do Hospital, sendo definida enquanto uma diretriz da Instituição a abertura das visitas e inclusão da família nos vários setores. As falas dos trabalhadores, principalmente da equipe médica e de enfermagem, eram de posições contrárias à nova diretriz, como:

Vai aumentar a infecção hospitalar, ou Não vamos tolerar o tumulto sempre vai ter gente andando no Hospital e atrapalhando o trabalho, ou ainda em relação à maternidade Se a usuária não quiser que o marido entre? Nenhuma delas quer que vejam o parto normal, têm muito preconceito (informação verbal).⁹

Esses questionamentos foram sendo discutidos, alguns com margem para negociação, outros sendo derrubados pela argumentação e outros não estavam em discussão, era diretriz de mudança no serviço. O como fazer, onde, quem priorizar sim, tinha ampla abertura para o debate. A implantação e experiência no cotidiano, embora tenha havido conflitos e resistências, foi o principal argumento para a participação e aceitação de toda comunidade do Hospital. E assim começou...

Ficou acordado que o serviço social se responsabilizaria pelo fluxo, atendimento e organização do acolhimento das famílias. Junto com ele, a comissão

⁸ Entrevista 4 e anotações de diário de campo.

⁹ Algumas falas narradas por Dr^a. Lourdes sempre que conversávamos sobre esse tema e depoimento direto dos trabalhadores (anotações no diário de campo).

de controle e infecção hospitalar acompanhava todo o processo, estabelecendo as barreiras necessárias e definindo também fluxo e processo de trabalho. A equipe foi ampliada, foram organizadas recepções para as famílias e visitantes em cada porta de entrada, no Hospital Geral e Ambulatórios/ Maternidade/PS com atendimento personalizado e identificação específica através de coletes de cores diferentes para os acompanhantes em cada setor (Anexo B). Além de ampliar a visita hospitalar, passando de duas horas em três dias da semana para diariamente, em diversos horários até às 19 horas, com abertura para vários visitantes por usuário internado, o projeto da visita aberta também tinha o objetivo de inclusão da família no cotidiano de atendimento do usuário e agendamento de conversas entre família/rede social e equipe assistente. A equipe assistente inclui todos os profissionais de referência na atenção ao usuário, inclusive o médico. O espaço do Hospital foi identificado e sinalizado, sendo criado espaços de convivência: a capela, praça da harmonia com pistas para incentivo à deambulação e mesas para atividade recreativas, duas brinquedotecas com profissionais da arte-educação desenvolvendo atividades lúdicas com visitantes, internos e com os próprios profissionais de saúde. O acesso também foi melhorado no lado de fora do Hospital, com contratação de agentes do trânsito, qualificando e redefinindo fluxo desde a rua de entrada, estacionamento, entrada para pedestres e passagem para ambulâncias.

De um contexto em que a visita era percebida como elemento que atrapalhava, precisava ser contida, não havia espaço físico nem equipe para atendê-la e não havia o entendimento da função do visitante na recuperação e reabilitação do doente, para um contexto onde a família e a rede social do usuário participa da clínica e cotidiano do serviço é uma mudança profunda. Não tem o significado de “perfumarias” de humanização, mas o significado de ampliação da clínica e resolutividade, co-gestão e responsabilização com mudança no padrão, tradicionalmente construído, de vínculo entre equipes e usuários no Hospital. Concretamente, esses resultados se refletem na diminuição da permanência hospitalar: média de 5.59 dias de permanência de julho à dezembro de 2004, seis meses após implantação da visita aberta e implantação efetiva do acolhimento na urgência e emergência, tendo uma média nos seis meses anteriores de 7.18 dias de permanência (dados oficiais do próprio IHGER). O dado atual de permanência de 2006, fazendo uma média dos últimos meses subiu para 6.37 dias (dado oficial do IHGER), sendo avaliado pela equipe do Hospital como aumento da complexidade

geral do serviço, visto que os casos mais graves são os que chegam para internação, por ter se tornado um serviço de referência para rede estadual e municipal de saúde, inclusive sendo referência em UTI para as maternidades e pela abertura de quatro leitos de Unidade de Permanência Semi-intensiva – o que aumenta bastante a permanência geral no serviço de internação.

Outras conseqüências importantes da implementação da visita aberta e inclusão da família e rede social do usuário no cotidiano do Hospital foram o fortalecimento dos cuidados domiciliares e necessidade da desinstitucionalização, percebidos mais fortemente no ambulatório de egresso, no aumento da satisfação dos usuários e das equipes de saúde, na inclusão no processo de trabalho de outros núcleos profissionais de saberes e práticas, e não só o saber médico, como fundamentais para construção da clínica ampliada, para estabelecimento de uma nova rotina no controle da infecção hospitalar sem preconceitos e saberes ultrapassados. Diminui significativamente para casos específicos a necessidade de “readaptação social”, já que o usuário não ficou isolado do seu meio e a volta para casa ocorre naturalmente. Essas conseqüências são percebidas na observação cotidiana no serviço e anotadas em diário de campo, bem como expressas nas falas dos profissionais:

[...] o retorno do pessoal das enfermarias é que o trabalho melhorou, o ambulatório funciona com mais agilidade e o usuário volta para o mesmo profissional que o acompanhou no serviço... dá para saber o que a família acha do atendimento e como está o acompanhamento do doente. ou O médico não saía de seu consultório, hoje vai até o paciente, interage mais com a equipe toda e com a família e entende que precisa de todos para dar certo o atendimento e resolver melhor o problema. (informação verbal).¹⁰

Numa abordagem em relação ao paciente internado, a visita é um elemento que contribui no sentido de manter a continuidade entre o contexto de vida na família e na comunidade e o ambiente hospitalar, fazendo com que o doente se sinta menos apartado de sua própria vida. Trazendo novamente as discussões do campo da Saúde Mental, retomamos a clínica colocada entre parênteses para pautar o sujeito concreto em sua existência e sofrimento e não de suas doenças em abstrato. Retomamos assim essa questão:

“A psiquiatria, ao ocupar-se da doença, não encontra o sujeito doente, mas um amontoado de sinais e sintomas; não encontra uma biografia, mas uma

¹⁰ Entrevistas 1 e 2.

história pregressa; não encontra um projeto de vida, mas um prognóstico.” (AMARANTE, 1996, p. 109).

A partir disso e ampliando essa discussão para a clínica tradicional em geral, trazemos o contexto do Hospital, enquanto instituição que pode e deve fazer diferente no exercício da clínica e no estabelecimento de novos processos de trabalho. E é novamente Paulo Amarante quem nos fala:

A desinstitucionalização, neste contexto, faz-nos ver que o problema da doença não é uma questão exclusivamente científica a encontrar explicação e solução na ciência, mas é também um problema técnico, normativo, social e existencial. Assim, a instituição inventada torna-se o conjunto de possibilidades de produção de vida e de reprodução social que não são apenas técnicas, mas sociais, políticas e existenciais (AMARANTE, 1996, p. 109).

A visita aberta, a inclusão do familiar e rede social do usuário, ampliar a clínica, realizar projetos terapêuticos singulares, trabalhar com diversos núcleos de saberes e práticas profissionais consiste no desconstruir a prática tradicional do Hospital em torno da qual se legitima o isolamento, a medicalização, a tutela e a desqualificação do sujeito internado. Aqui vai um pouco desse aspecto, com texto construído em linguagem de cordel:

Para cuidar de alguém
No momento da enfermidade
Precisamos do calor
De toda a comunidade,
Dos amigos, da família,
De muita fraternidade

Por isso preste atenção
Naquilo que vou falar
Visita é uma coisa séria
Ajuda o doente a curar
Faz ele ficar ciente
Do que acontece no lar

Quando a doença pega
A pessoa desprevenida
Perdemos a confiança
Ficamos frágeis na vida
Tudo fica diferente
Passamos a ser doente

A casa fica distante
E tudo que se fazia
A vida muda bastante
Parece ficar vazia
Ficamos sem paciência

E também sem alegria

Mas quando, no hospital,
Chega a hora da visita
Vem um clima diferente
E a gente acredita
Que tudo vai melhorar;
Que a vida vai ser bonita

A visita dos parentes
E dos amigos distantes
Dá força pra levantar
Tocar a vida adiante
Sentindo que essa presença
Nos deixa mais confiantes

A gente se sente melhor
Dá vontade de comer
Falar das coisas da vida
Do que cerca o seu viver.
Então já não sou só doente
Tenho um nome, sou um ser.

Tenho um nome, SOU UM SER...
Que tem sua propria história
E posso mostrar pras pessoas
Toda a minha trajetória
E tudo o que sei e sou.
Faz parte do meu viver!

Se o parente não chegou
Na hora do combinado
Pegou o caminho errado
Chegou um pouco atrasado
Não tem porque não entrar
É preciso entender
Que não foi caso pensado

Outra coisa é o horário
Que é sempre muito pouco
Pra tanto o que se falar
Pra tanto tempo distante
Seria muito melhor
Que tivesse acompanhante

Pra ajudar nos cuidados
E pra fazer companhia
Vigiar quando preciso
Sei que é muita correria
Não tem porque dispensar
Esse apoio dia a dia

Digo então pros hospitais
Como doente que fui:
Visita nunca é demais

É força que contribui
Pro enfermeiro ou doutor
Aliviar a minha dor

Por fim quero dizer
Reforçando o meu recado:
No plantio da semente
Deve o chão tá preparado
Senão tem um grande risco
De nascer atrofiada

Meus amigos, meus irmãos
Que trabalham na saúde
Preparem o coração
Mudem de atitude
Acolhendo os visitantes
De forma ampla, afinal

Que os serviços de saúde
E toda gente envolvida
Possam ser os guardiões
E os promotores da vida
Adotando a visita
Aberta no hospital
(BRASIL, 2004a).

7.5 Equipe de referência e a responsabilização

O conceito de equipe de referência para dentro do Hospital não é um conceito fácil, nem para aceitação, nem para operá-lo no cotidiano. A diretriz trabalhada enquanto norma organizativa seria a adoção de um novo sistema de referência entre profissionais e usuários. Toda clientela internada teria sua equipe básica de referência, equipe mínima com médico e enfermeira ou outro profissional central para o caso como um psicólogo, no caso em que o componente psíquico for o mais relevante, ou fisioterapeuta para caso de reabilitação. Ao mesmo tempo, outros profissionais podem ser chamados para discussão e composição do projeto terapêutico, sem abrir mão de que a equipe de referência seja a responsável pelo paciente e sem criar recursos intermináveis de encaminhamentos. Esse seria um modelo de atendimento mais singularizado, em que cada técnico teria sua clientela adscrita (BRASIL, 2004 a).

Esse arranjo organizacional, objetiva tanto potencializar o papel terapêutico inerente à dialética de vínculo, quando bem trabalhada, como também permitir que os profissionais acompanhem melhor, no tempo, o processo saúde/enfermidade/intervenção de cada paciente (CAMPOS, G., 1999). Juntando essa proposta com a inclusão das famílias e demais arranjos, teríamos um modelo de atenção que pauta o sujeito concreto, seja ele o usuário, seja ele o trabalhador de saúde. Assim, as equipes de referência passariam a ser a estrutura permanente e nuclear do serviço, trabalhando com a transdisciplinaridade, ao invés de serem um espaço episódico de encontro multiprofissional no Hospital. A constituição de vínculo e a responsabilização com usuários e famílias seriam uma consequência natural e cotidiana, ao invés do esforço ou perfil individual deste ou daquele profissional. Essa é a diretriz de mudança.

As dificuldades para implantação das equipes de referência no Hospital Edson Ramalho, nas enfermarias e nos ambulatórios especializados, têm relação com a cultura instituída de equipes plantonistas, com inserção vertical e com dias que não necessariamente coincidem as mesmas equipes. Tem relação também com a prioridade dada ao procedimento, ao meio de trabalho e não ao sujeito usuário como centro. Exemplo: o prontuário ou o repasse de plantão é suficiente para a condução do paciente internado, ou as consultas de ambulatório não são necessariamente com o mesmo profissional, contanto que exista vaga para mesma especialidade (afirmações da cultura instituída). A relação profissional/paciente é do tipo pontual e fragmentada e a conduta, bastante médico-centrada, tem um exagerado enfoque biológico e individual.

As mudanças organizativas se basearam na educação permanente dos profissionais, no investimento dos retornos para o próprio profissional no ambulatório, mas não conseguiram constituir equipes com inserção horizontal, a não ser os cargos de supervisão tradicionais que são diaristas - enfermagem, diretoria médica e outros. Essa dificuldade também passa por mudar as linhas de poder centrada nas corporações profissionais e departamentos, que ainda funcionam de forma tradicional na organização do Hospital. Alguns resultados, ainda que efeitos mais de dispositivos temporários e não da proposta da equipe de referência, são importantes de ser considerados: a valorização do trabalho transdisciplinar, a garantia de retornos para os mesmos profissionais no ambulatório de especialidades, o início de alguns projetos terapêuticos, a inclusão da família no

cotidiano das equipes, a valorização do vínculo e permanente discussão por parte da gestão sobre a responsabilização, bem como a cobrança desse aspecto na condução dos casos.

Essa diretriz organizacional depende muito da reconstrução coletiva e individual com cada profissional e encontra dificuldade nos inúmeros vínculos de trabalho dos profissionais de saúde, com exceção dos diaristas. A organização do atendimento do ambulatório a partir de equipes transdisciplinares e na lógica de adscrição de clientela/equipes de referência tem a dificuldade na regulação da saúde, não regionalização, atenção básica com pequena capacidade para resolver problemas, ausência de referência e contra-referência com a rede assistencial, além de grande demanda reprimida e ausência de avaliação de risco por parte da rede assistencial e do próprio Hospital na atenção especializada. Ainda há necessidade de tempo/condicionantes/determinantes para que seja operada efetivamente, sem ser dispositivo temporário que não muda a lógica organizacional vigente, essa diretriz de modelo.

Não fica explícito nas observações de campo que existe consenso entre a equipe dirigente sobre a importância dessa diretriz no modelo de atenção e gestão do serviço. A ideia de que a equipe de referência contribui para resolver a falta de definição de responsabilidades, de vínculo terapêutico, de transdisciplinaridade dos saberes e das práticas e o de gestão de organizações como dispositivo para produção de grupos sujeitos (CAMPOS, R., 1998) não é tão valorizada pela equipe dirigente. Também não fica clara a divergência, mas certamente não houve prioridade, ou oportunidade, ou tempo suficiente e continuidade no apoio institucional da Política Nacional de Humanização ao Hospital Edson Ramalho na medida das demandas do serviço.

7.6 A co-gestão no Hospital

A gestão democrática e participativa, que se concretiza por meio da construção de sistemas de co-gestão é um eixo fundamental nessa aposta de mudança institucional. Os modos, caminhos e possibilidades de se construir democracia e de fortalecer pessoas e agrupamentos potentes para sustentá-la é um

grande desafio e exige uma narrativa delicada nesse contexto, estudo de caso do qual falamos. A diretriz de co-gestão é especialmente delicada nesse contexto do Hospital Edson Ramalho. Por ser numa instituição como o Hospital, com linhas de força definidas pelas corporações profissionais, com tradição na hierarquia, chefias e departamentos e por ser um serviço com administração da Polícia Militar, também com a tradição de hierarquia, patentes, funcionamento segundo regras, controle e disciplina.

No início do trabalho com o Estado da Paraíba, a Política Nacional de Humanização através da consultoria dessa região, propôs uma oficina com os gerentes/gestores da saúde da rede estadual e redes municipais para discussão da Política de Humanização, para discussão das diretrizes propostas e mapeamento dos serviços e prioridades de trabalho com o grupo, a partir de contratos e compromissos. Foi dividido o trabalho em três dias inteiros: atenção básica em saúde, rede de atenção especializada, rede de atenção/retaguarda hospitalar. Respectivamente, primeiro, segundo e terceiro dias. O Hospital Edson Ramalho esteve presente nos dois últimos dias, mas a equipe gerencial veio em peso no terceiro momento. Na condução da oficina estávamos eu e Liliana, as duas consultoras regionais. Chegamos num verdadeiro impasse quando nos deparamos com a quantidade de “patentes” logo na primeira fila (e depois em roda): vários militares vestidos de branco e apresentando uma quantidade enorme de estrelas nos ombros. Nos perguntávamos: o que faremos? Mantemos toda a proposta de discussão ou suprimimos alguma parte, como co-gestão, colegiados gestores, controle social etc? Vamos priorizar o modelo de atenção e não falaremos em gestão? Faremos em roda como proposto ou faremos uma apresentação mais formal, sem problematização e trabalhos em grupos? E vinha na minha lembrança a fala de professor Gastão, quando contava sobre o papel dos dirigentes em uma organização democrática: “Mais um maestro do que um general, mais um coordenador do que um ordenador, alguém um pouco analista, um pouco terapeuta...”. Não tinha general presente, mas Coronel tinha! (informação verbal).¹¹

Decidimos, então, por manter a proposta original e na medida das dificuldades faríamos a avaliação no coletivo. Para nossa surpresa foi a equipe gerencial mais participativa dos três dias e com propostas importantes de mudança

¹¹ Fala do professor Gastão Wagner

para dentro do serviço, inclusive no que diz respeito à democracia institucional. Muito mais propositivos do que todos os outros serviços presentes e com desejo de mudança das práticas e estrutura organizacional do Hospital por eles gerenciado. Decidimos por priorizar alguns serviços para o trabalho na Paraíba e o Instituto Hospitalar General Edson Ramalho foi incluído. Mas o episódio ficou para história e em vários momentos lembrávamos dele. Agora lembrei novamente e acho que é um importante analisador para o trabalho desenvolvido, nosso papel como apoiadores e pesquisadores e para análise desse tópico.

A proposta inicial é: ampliar a capacidade de direção dos trabalhadores. Construir uma nova dialética entre autonomia e controle social nos coletivos organizados para produção, essa é a tarefa, esse é o desafio. Em certa medida, inventar um sistema de gestão participativa, um sistema de co-gestão em que houvessem vários tipos de arranjos institucionais, ou várias modalidades de espaços coletivos, ou seja, várias rodas de análise e de co-gestão (CAMPOS, G., 2000). Para isso é preciso reformas tanto na estrutura das organizações, quanto no seu modo de funcionamento. Reconstrução do modo de pensar e agir das pessoas.

Retomando a discussão sobre indissociabilidade entre gestão e atenção, não dá para instituímos mudanças na organização da atenção do Hospital sem interferirmos diretamente na gestão e vice-versa. Assim, a implementação do acolhimento no pronto-socorro necessariamente muda algumas linhas de poder instituídas ou dispara um processo nesse sentido: como incluir a enfermagem na avaliação de risco da urgência e emergência sem mexer no poder médico ou como instituir um colegiado de discussão permanente do acolhimento com avaliação de risco na urgência e emergência sem pautar a forma tradicional de gestão na instituição hospitalar? Isso significa que na medida em que alguns dispositivos e arranjos vão sendo implementados, necessariamente a co-gestão vai sendo disparada e instituída no serviço.

Os espaços coletivos propostos como operacionalização dos sistemas de co-gestão vão sendo cada vez mais necessários enquanto arranjos organizacionais montados para estimular a construção de sujeitos e coletivos organizados. Segundo Campos, refere-se, portanto, a espaços concretos (de lugar e tempo) destinados à comunicação (escuta e circulação de informações sobre desejos, interesses e aspectos da realidade), à elaboração (análise da escuta e das informações) e tomada de decisão (prioridades, projetos e contratos). Os Espaços Coletivos são

arranjos que podem tomar a forma de Equipes de Trabalho, Conselhos de co-gestão, assembléias, Colegiados de Gestão, reuniões e Unidades de Produção e outros (CAMPOS, G., 2000). A combinação de diversas modalidades de espaços coletivos e diversos outros arranjos que propicie o diálogo, a responsabilização, a clínica ampliada, a construção de projetos terapêuticos conformam um sistema de co-gestão e democracia institucional.

No Hospital Edson Ramalho a estrutura gerencial é organizada de forma vertical, com linhas hierárquicas pautadas em departamentos das corporações e com uma mistura da hierarquia militar. Embora tenha um quadro de pessoal civil e militar, onde todos possam ocupar cargo gerencial e onde uma menor patente possa coordenar uma maior patente (entre o pessoal militar), a subjetividade coletiva gerada por ser uma administração da Polícia Militar exerce uma enorme influência no cotidiano de trabalho. Como tradicionalmente nos hospitais, o organograma do Edson Ramalho é verticalizado, com linhas de mando hierárquicas centradas nos corpos funcionais como Direção Clínica, Direção de Enfermagem, Direção Administrativa e Chefias/Supervisões também ligadas às corporações nos vários setores – médicos, de enfermagem, do serviço social, da psicologia. Existem trabalhadores militares e civis em cargos gerenciais, estes últimos em minoria. A discussão é: como reverter esse modelo organizacional tradicionalmente hegemônico nos Hospitais e quais os limites da diretriz de co-gestão com o gerenciamento por profissionais de carreira da Polícia Militar? Que autonomia tem a equipe de trabalhadores e a equipe gerencial em implementar mudanças neste sentido? Onde ocorrem as maiores dificuldades, nas corporações profissionais, na corporação militar, na equipe gerencial, na gestão da Secretaria Estadual de Saúde?

Alguns colegiados foram instituídos após o início das mudanças, como o colegiado da urgência e emergência, o colegiado da maternidade e o colegiado do grupo de humanização. Houve necessidade de vários momentos de discussão que serviram como dispositivos: assembléias, oficinas de planejamento, encontros das equipes onde participavam diferentes atores como a equipe gerencial, as equipes dos setores específicos, os grupos de profissionais. Instituíram momentos de oficinas lúdicas e descontração de forma permanente no serviço, através de atividades físicas/esportivas e de relaxamento. A proposta dos setores de urgência e emergência, ambulatório, maternidade, enfermarias, áreas de apoio serem unidades de produção não evoluiu. Nem a idéia do colegiado gestor do Hospital, em que cada

gerente de unidade de produção, junto com equipe da diretoria e outros atores deliberaram num grande colegiado do serviço. A comunicação também melhorou, através de um contato mais direto, sem intermediação entre as várias unidades de trabalho e buscando soluções conjuntas aos problemas do cotidiano do serviço. Apesar da permanência do organograma tradicional, a autonomia dos trabalhadores e equipes dentro dos seus próprios setores aumentou e legitimou alguns coletivos não antes legitimados: serviço social, grupo de humanização e colegiados da urgência e emergência e da maternidade. Anteriormente às mudanças os impasses do cotidiano seguiam a linha hierárquica da diretoria médica, da diretoria administrativa e o que não fosse resolvido, terminava no Diretor do Hospital. Esse fluxo diminuiu, com o surgimento de outros interlocutores, espaços para escuta e deliberação e postura de descentralização da direção. Não houve mudança radical na estrutura do organograma e nem a ampliação desejada da autonomia dos trabalhadores, mas um pouco de cada. De fato a busca pela gestão democrática ou o investimento para disparar essa discussão foram os arranjos caracterizados como modelo de atenção.

Os últimos maiores investimentos da equipe de humanização, coordenada por Dr^a Lourdes, juntamente com a Direção do Hospital era o pleito por recursos financeiros através de projetos por convênios com o Ministério da Saúde e a implantação do Conselho Local de Saúde do Hospital, no fim do nosso trabalho de campo. Utilizaram um processo antigo de eleição no Hospital que mobilizava todos os funcionários e faz parte da tradição do serviço, a eleição do funcionário padrão, para realizar a escolha dos representantes dos trabalhadores para o Conselho Gestor. Este último tripartite, com formato dos colegiados institucionais do SUS com 50% de usuários, 25% trabalhadores e 25% gestores do serviço e da Secretaria Estadual de Saúde. Seria o colegiado máximo de deliberação do serviço, subordinado apenas às Conferências Municipais e Estaduais de Saúde. Uma importante discussão que o serviço trazia todo o tempo (em vários relatos de trabalhadores e dirigentes registrados em diário de campo) era o não apoio da SES às mudanças instituídas e sugeridas, nem a cultura local de tradição de movimento popular em saúde ou propostas de fortalecimento do SUS.

Nas últimas conversas e oficinas discutíamos o sentido das unidades de produção, a necessidade de colegiados e mais autonomia para trabalhadores, a educação permanente e o papel da equipe dirigente. Nesta última discussão todos,

além da equipe da diretoria, sentiam-se implicados: a coordenação do serviço social, as supervisões de enfermagem, o grupo da humanização. E pensava-se sobre como a ética em saúde deve estar comprometida com a defesa da vida e esse também era papel dos dirigentes, como nos coloca Gastão Wagner Campos (2000) sobre as dimensões da função dos dirigentes:

[...] o papel da direção em múltiplas dimensões: uma voltada para a gestão dos modelos de atenção (modos de organizar processos de trabalho objetivando a produção de valores de uso); outra especialmente concentrada em administrar pessoal (construção de equipes com autonomia e responsabilidade); outra, ainda mais tradicional, de administração financeira e centrada na sobrevivência da organização; e, por fim, uma última de representação política nos sistemas públicos, governos e sociedade em geral.

E apesar desse recorte no tempo e no espaço necessário para os limites da pesquisa, a equipe, as apostas e as mudanças no Hospital Edson Ramalho continuam.

8 UMA AVALIAÇÃO DO CONTEXTO: OS CONDICIONANTES/DETERMINANTES E A HISTÓRIA/TEMPO

No item 2.3 enfatizamos os instrumentos que estariam à nossa disposição para a reconstrução de modelos, retomamos agora essa discussão a partir das questões: como disparar mudanças, superando os condicionamentos do instituído? O que seria esse espaço do contexto e que relação têm dadas diretrizes políticas com relação à mudança de práticas? Como conjugar a lógica da mudança com o tempo político e cronológico? Como a história contribui para ampliação da capacidade de análise e, portanto, de intervenção das pessoas? E, por fim, que instrumentos estiveram à disposição para a mudança no Hospital Edson Ramalho?

No caso em estudo, todas essas questões estão profundamente relacionadas com as mudanças dos modelos de atenção e de gestão no Hospital. O conceito que queremos atribuir aos determinantes e condicionantes do processo é o de que não há uma única causa que define a dificuldade ou facilidade, o sucesso ou insucesso na implementação do modelo, mas todo um contexto de mediação entre política e práticas. Concordamos, assim, com Gastão Wagner Campos (1994), quando considera o modelo “um conceito que estabelece intermediações entre o técnico e o político... seria esta coisa tensa que nem é só política e tampouco só tecnologia”. Enfim, queremos resgatar a importância da determinação/condicionamento como nos diz Rosana Campos (1998):

Resgatamos a riqueza deste par determinação/condicionamento como vetor que expressa, em cada situação, uma complexa rede que entrecruza espaços, que pode assumir diferentes direcionalidades (seja vertical, horizontal ou transversal) e que pode atuar como força positiva ou limitante. Pensamos que no uso habitual destes termos tem-se perdido a riqueza conceitual, aplicando-se o termo determinação, em geral, como linearidade causal, com o que a explicação de muitos processos torna-se menos potente. Pressupomos que isto tem efeitos sobre a realidade, já que esta linearidade – que leva a um pensamento do tipo ação-reação – simplifica exageradamente as alternativas de ação, impedindo a visão da complexidade e multiplicidade dos aspectos a serem abordados se deseja transformar a situação vigente.

Toda mudança cultural e política nas instituições leva tempo, todo processo leva tempo. Quando falamos nas mudanças na atenção e gestão de um

modelo hegemônico, com determinações e justificativas históricas como no caso do Hospital, a consideração desse par história/tempo é fundamental. E por mais que utilizemos métodos apropriados, triangulações de métodos, vários instrumentos de coleta, rigidez o tempo da pesquisa pode não apreender o quanto queríamos dos fenômenos e mudanças no serviço. Em todo caso é importante dizer que utilizamos o conceito de tempo enquanto objeto de decisão política e pensamos a história em relação à construção de significados.

As representações e os efeitos na saúde da cultura da sociedade contemporânea, originária em suas raízes da própria sociedade moderna burguesa, são vários, como por exemplo, os hábitos e posturas de vida saudável numa certa lógica de promoção da saúde, um movimento neo-higienista, a transformação do meio ou processo em necessidade social, a valorização da estética e do consumo são frutos de um tempo e história que surgem como determinação de um contexto. E é nesse contexto que entra a PNH, como um novo desafio conceitual e metodológico da humanização num cenário real em que a história/tempo e os determinantes/condicionantes precisam ser incluídos para melhor análise das mudanças.

Até 2002, o pleito de humanização dos trabalhadores e usuários do SUS foi respondido pelo Ministério da Saúde com ações pautadas num conceito tradicional de humanização, expressas de forma fragmentada e como coloca Passos e Benevides (2005):

A humanização, expressa em ações fragmentadas e numa imprecisão e fragilidade do conceito, vê seus sentidos ligados ao voluntarismo, ao assistencialismo, ao paternalismo ou mesmo ao tecnicismo de um gerenciamento sustentado na racionalidade administrativa e na qualidade total. Para ganhar força necessária que dê direção a um processo de mudança que possa responder a justos anseios dos usuários e trabalhadores da saúde, a humanização impõe o enfrentamento de dois desafios: conceitual e metodológico.

A lógica predominante era dos programas: o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH) de 2000, Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH) de 1999, Programa de Acreditação Hospitalar de 2001, Programa Centros Colaboradores para a Qualidade e Assistência Hospitalar de 2000, Programa de Modernização Gerencial dos Grandes Estabelecimentos de Saúde de 1999, Programa de Humanização do Pré-natal e

Nascimento de 2000 etc. Todos esses baseados na humanização, ainda que com focos diferentes, mas ligados aos conceitos acima colocados. O Hospital Edson Ramalho iniciou a formação do Comitê de Humanização cumprindo diretriz do PNHAH em 2002 e realizou algumas ações pontuais destinadas ao trabalhador, sem, no entanto, mudar a lógica de funcionamento do serviço.

A PNH em 2003 vem trazendo um sentido de humanização que subverte o instituído e o coloca enquanto Política transversal em toda a rede de atenção e para além do Hospital, que contamina e entra em todas as brechas possíveis propondo outras formas de fazer gestão e organizar a atenção nos serviços. Sair da lógica tecnocrata significa fazer junto, apoiar experiências, apoiar o SUS que dá certo, juntar o conhecimento com a transformação da realidade. Esse apoio político-institucional no Hospital Edson Ramalho fortaleceu os movimentos instituintes que surgiam no serviço, apoiando-os no conceito e no método, no saber e no fazer, na teoria e na prática. Essa reflexão está nas falas no cotidiano do serviço e nas entrevistas:

[...]a Política Nacional de Humanização foi nosso apoio aqui dentro. O que fazíamos não era só da cabeça da gente, mas era uma Política do Ministério. Ou [...] a gente era referência, modelo na urgência e emergência e nas propostas para o Hospital, ganhamos o prêmio David Capistrano de Humanização. Imagine, um serviço da Paraíba, sem nenhum incentivo local, conseguir isso. (informação verbal).

Essa construção coletiva dentro do SUS tem uma grande potência para disparar mudanças e é um marco essencial do contexto, considerando os binômios: história/tempo e condicionantes/determinantes.

Algumas diretrizes operacionais, portanto, precisam ser consideradas nessa discussão e os instrumentos importantes para as mudanças instituídas no Hospital Edson Ramalho:

1. A Política Nacional de Humanização enquanto uma aposta orientadora para mudança, baseada em um marco teórico-político de produção de saúde e produção de sujeitos e enquanto política transversal e institucional do Ministério da Saúde;

2. A gestão da Política Nacional de Humanização apostando no apoio institucional enquanto método de transformação e mudança das práticas institucionais. O apoio institucional, no caso do Hospital, utilizou os espaços coletivos para construção de projetos de intervenção, incluindo as relações de poder, de afeto e a circulação de conhecimento em análise, trabalhou com metodologia dialética trazendo ofertas externas e valorizando as demandas do grupo, apoiou a equipe na construção do cotidiano do serviço a partir de contratos e compromissos, pensando e fazendo junto com as pessoas e não em lugar delas e autorizou-se a ser agente direto e não somente apoiador de equipes;
3. A gestão do Hospital, incorporando novas práticas e negociando com equipes e usuários modos para operar os princípios e diretrizes do SUS (novamente a Política como indutora);
4. A gestão e a política na Secretaria Estadual de Saúde operando de forma centralizadora, verticalizada, pautada na meritocracia e com propostas de manutenção da situação dos serviços. Não consegue operar os princípios e diretrizes do SUS em quase todas as instâncias e dificulta, em todos os sentidos, as mudanças locais;
5. A ausência de financiamento e apoio com recursos nas diversas linhas de convênios e projetos do Ministério da Saúde, mesmo com vários projetos e ações encaminhadas e pactuadas com o Ministério da Saúde e a dificuldade de ampliação da arrecadação do Hospital nas discussões com a SES (serviço deficitário, com grandes dificuldades estruturais e de equipamentos);
6. Busca pela equipe do serviço sobre as experiências de mudança em Hospitais e na rede SUS, bem como participação e organização de fóruns sobre as experiências de humanização no SUS;
7. Movimento da equipe de humanização em pautar, elaborar, operar uma proposta diferente das “perfumarias” em humanização, definindo os modelos de atenção e de gestão enquanto prioridade de mudança. Essa foi a forma de legitimação desse grupo com as diversas equipes do serviço.
8. Discussão da clínica produzida no serviço e dos arranjos e dispositivos institucionais propostos com toda a equipe.

Enfim, reafirmamos que o encantamento das pessoas com a possibilidade e com a mudança real, pautando o homem real, é o maior dispositivo para o movimento do coletivo.

O confronto de idéias, o planejamento, os mecanismos de decisão, as estratégias de implementação e de avaliação, mas principalmente o modo como tais processos se dão, devem confluir na construção de trocas solidárias e comprometidas com a produção de saúde, tarefa primeira da qual não podemos nos furtar. De fato a tarefa se apresenta dupla e inequívoca: a produção de saúde e produção de sujeitos. Construir tal política impõe, mais do que nunca, que o SUS seja tomado em sua perspectiva de rede, criando e/ou fortalecendo mecanismos de coletivização e pactuação sempre orientados pelo direito à saúde que o SUS na constituição brasileira consolidou como conquista. É no coletivo da rede SUS que novas subjetividades emergem engajadas em práticas de saúde construídas e pactuadas coletivamente, reinventando os modelos de atenção e gestão (PASSOS; BENEVIDES, 2005).

O SUS é o grande determinante das mudanças e as Políticas e modos de operar seus princípios/diretrizes os disparadores do processo.

9 ALGUMAS ANÁLISES SOBRE OS CONCEITOS ESTRUTURANTES PARA UM NOVO MODELO DE ATENÇÃO NO SUS

Não há um único modelo ideal para todo o SUS. Tampouco existiria o modelo superior em todos os aspectos que daria conta de todos os conceitos estruturantes de um novo paradigma e superaria as outras formas de organizar a atenção. Trabalho com a idéia dialética que nesses modelos, que são arranjos variáveis de recursos objetivando incrementar a produção de saúde, esse movimento “paradoxal” também existiria, juntando o novo com o tradicional e ampliando o que se tem instituído e dá certo com limitações, mas também rompendo e reinventando a partir de um novo referencial (CAMPOS, G., 2003).

Qual seria então o melhor modelo? A pergunta não pode ser respondida em abstrato porque o modelo adequado se constrói em cada caso concreto, considerando a tradição e os problemas específicos de cada região, para, a partir desses referenciais, tornar-se viável a alteração dos arranjos realmente existentes em cada situação. Além disso, não há como desconhecer as experiências e os conhecimentos acumulados sobre o tema; nesse sentido há diretrizes genéricas sobre as quais se pode apoiar para elaboração dos novos desenhos. Poderíamos dizer que o julgamento dos modelos deveria referir-se à sua capacidade de produzir saúde (CAMPOS, G., 2003).

Assim, caberia novamente perguntar: quais instrumentos estariam à nossa disposição para a reconstrução de modelos? Como construir novos modos de atenção em saúde? Diante disso, podemos responder com diretrizes ou instrumentos gerais já que trataremos de arranjos e dispositivos mais específicos adiante. Segundo afirma Gastão Wagner Campos (2003) é importante considerar que a política e a gestão, os modos de financiamento e as experiências bem sucedidas são importantes indutores de modelos. Dessa forma, achamos necessário fazer uma breve discussão sobre cada item:

- a) A política e a gestão são importantes instrumentos. As diretrizes do SUS (universalidade, integralidade e equidade) são importantes instrumentos indutores de mudanças de modelo. Essas diretrizes mudaram a agenda brasileira, constringendo governantes e sociedade civil a encararem desafios antes considerados irrealizáveis. A definição de prioridades políticas em cada

gestão, como a humanização da atenção e da gestão, controlar a epidemia de aids, diminuir a mortalidade infantil e materna, assegurar atenção integral ao idoso é também um importante passo para a reorientação de modelos (CAMPOS, G., 2003).

A gestão em saúde não pode ser considerada só como administração de coisas e pessoas, não pode ser resumida a componentes burocráticos e financeiros. A gestão dos processos de trabalho é uma forma concreta de reordenamento de modelos. Assim, uma gestão que inclui e opera na lógica de produção de sujeito, que reforça a co-gestão e participação colegiada e contribui, como consequência, para o aumento da análise e intervenção cotidianas é um espaço potente e fundamental para reorganizar a rede. Os gestores devem incorporar aos seus conhecimentos e sua prática o tema do processo saúde/doença/intervenção, negociando e pactuando o tempo todo com equipes e usuários. Sempre que os gestores ignoram essa função gerencial e operam na lógica taylorista de administrar coisas e pessoas, são incapazes de assegurar, por si só, universalidade, integralidade e equidade.

- b) Os modos de financiamento são um importante indutor de modelo. O pagamento segundo procedimento ou com base na produtividade é adequado para a lógica de mercado. Por outro lado o pagamento global, sem nenhuma referência ou acompanhamento de resultados ou modos de organizar a atenção, estimulam a reprodução do modelo tradicional e hegemônico. Pensar em mecanismos de financiamento que combinem indução com graus de autonomia para gestores e equipes, é fundamental para imprimir mudanças de modelo. Essa combinação com os princípios organizacionais do SUS, como a descentralização, municipalização, regionalização de serviços, controle social também altera significativamente a lógica tradicional de modelos. Acho importante ressaltar sempre a indissociabilidade entre gestão e atenção, como abordada no capítulo 5.
- c) É fundamental a ampliação do debate e do conhecimento sobre as experiências bem sucedidas em saúde. Como é importante reconhecer que os modelos são estratégicos para a consolidação do SUS, ampliando-se a compreensão sobre os limites e potencialidades das várias alternativas existentes. Às diretrizes organizacionais e éticas do SUS vale a pena acrescentar algumas diretrizes norteadoras:

- É necessário reformular e ampliar os conhecimentos e as práticas da clínica e da saúde coletiva. Sem querer que perca suas especificidades, é importante enriquecer a clínica com conhecimentos e práticas típicos da saúde pública, como, por exemplo, incorporar o saber epidemiológico e a educação em saúde no trabalho da equipes cujo núcleo é centralmente o da clínica. E vice-versa: não há como construir projetos de intervenção coletivos se não se conhece o processo saúde-doença, ou seja, se não se valoriza conhecimentos clínicos sobre riscos e vulnerabilidade e processos eficazes de intervenção. A saúde mental acumulou um conjunto de conhecimentos e de métodos, por exemplo, para lidar com pessoas que a saúde precisa incorporar e adaptar à sua lógica (CAMPOS, G., 2003).
- A ampliação da clínica como desafio, de forma que ela contribua para o aumento da capacidade de auto-cuidado e autonomia dos usuários, considerando que o objeto da atenção não é somente a doença ou o risco de adoecer, mas as pessoas que vivem em um contexto familiar, social, cultural, econômico específico. Isso pressupõe a incorporação de conceitos, arranjos institucionais ou dispositivos específicos para mudança como o acolhimento, a responsabilização, o vínculo terapêutico, a equipe de referência e o apoio matricial, a co-gestão.
- A Humanização da Atenção e da Gestão do SUS, como política norteadora e que nos faz lembrar e operar a todo instante incluindo o outro enquanto sujeito, desfazendo as violências institucionais estabelecidas, fazendo com que nos indignemos cotidianamente com a exclusão, os preconceitos e as formas de opressão das pessoas. Aumentar nossa análise diante do instituído como comum ou natural e aumentar nossa intervenção para operar como instituintes de um outro processo em saúde é fundamental. A humanização depende da personalização do atendimento e novamente trazemos o conceito de clínica ampliada, considerando que cada caso é um caso singular e que exige um projeto terapêutico também singular (BRASIL, 2004a).

10 CONCLUINDO: A NECESSIDADE E O DESEJO COM O REENCANTAMENTO DO CONCRETO

Antes de tudo, é importante pontuar essas considerações como provisoriamente finais, por diversos motivos, mas principalmente porque a realidade é dinâmica, bem como os fenômenos e interpretações destes. Estou de acordo com este autor, quando diz:

É preciso, não relaxar a disciplina intelectual, mas inverter-lhe o sentido e consagrá-la à realização do inacabado. [...] É preciso não confundir realização e acabamento. Uma obra deve ser acabada; o autor precisa atingir o essencial da sua informação, o extremo do seu pensamento e o melhor da sua expressão para que ela possa atualizar ao máximo as virtudes que carregava no ponto de partida. [...] Este texto terminará incompleto (MORIN, 1999).

É preciso, para fazer essa conclusão, ainda que provisória, retomar o sentido do título do trabalho, como sugestão de caminho percorrido, linhas de pensamento adotadas, resultados obtidos, apostas realizadas e sínteses elaboradas. O modelo de atenção e de gestão, ao mesmo tempo em que produz um certo modo de subjetivação, este modo retorna reforçando este mesmo modelo. Isso significa dizer que o mundo que a gente conhece é fruto da nossa ação sobre ele, que nós mesmos construímos, diferentemente do pensamento pré-concebido. Pensamento em função da ação e ação em função do pensamento.

Entrando na discussão das diversas teorias das ciências cognitivas, achamos imprescindível e necessário fazer esse paralelo com a discussão trazida por Varela sobre o desencantamento do abstrato e reencantamento do concreto (VARELA, 2003). Este autor discute a mudança nas ciências cognitivas partindo da crença de que as unidades do conhecimento são fundamentalmente concretas, corporificadas, incorporadas, vividas e descreve:

Esse conhecimento concreto e único, sua historicidade e contexto, não constitui um “ruído” que obstrui o padrão mais luminoso a ser captado em sua verdadeira essência, uma abstração, nem se trata de um passo rumo a algo mais: trata-se de como chegamos e onde ficamos.

Essa idéia parte da crítica à tradição dominante das teorias do conhecimento e da cognição, que, embora chamada de racionalista, cartesiana ou objetivista esse autor descreve como uma tradição abstrata. Tradição que considera um certo modelo de mente, de agentes cognitivos, de arquitetura cognitiva desconsiderando a experiência viva e vivida. Não é incluída nessa tradição teórica da cognição a centralização no presente, que caracteriza o concreto, mas a visão de que a percepção é basicamente um registro de informações ambientais existentes sem que o sujeito influencie nessa dada realidade. A aposta aqui é que a realidade não é projetada como algo dado, mas sim dependente do sujeito da percepção, porque o mundo relevante é inseparável do sujeito concreto. Como também é com base no concreto que todos os seres cognitivos vivos constroem seus conhecimentos. Assim, a partir dessas afirmações, fazemos a analogia e apostas desse estudo.

Afastar-se do “representado”, do lógico, do planejado tem aqui um significado de aproximação com o conhecimento concreto e com as vias de acesso para esse conhecimento. Uma verdade que emerge da história e da ação concreta dos homens. Ao mesmo tempo tem o significado de encantamento com nossas possibilidades de produzir mudanças no que parece estar solidamente instituído ou definido como comum, normal, natural nos serviços de saúde.

Tomar o Instituto Hospitalar General Edson Ramalho como estudo de caso para implementação de mudanças a partir de arranjos institucionais e dispositivos evidencia a possibilidade de generalização a partir do específico, do caso, do concreto. A partir disso a escolha dos instrumentais que compuseram o método demonstra uma adequação e uma pertinência do estudo, desde a composição e formato inicial, passando pelo trabalho de campo, análise do material, escolha das categorias de análise e resultados discutidos. Esse foi um caminho percorrido, feito e refeito durante todo o percurso da pesquisa. E nesse caminho várias descobertas, muitas comprovações ainda que temporárias e mutáveis, ainda que parte da realidade apreendida e percebida, muitas apostas são reafirmadas e outras refeitas. As perguntas vão surgindo e a partir das respostas surgem outras e outras, mas algumas respostas, algumas ofertas são possíveis e necessárias.

Quando as pessoas são recebidas de forma burocrática no serviço ou não existe critério de prioridade na urgência e emergência. Quando o processo de

trabalho é médico-centrado, não incorporando outros saberes e práticas, uma oferta possível é o acolhimento com avaliação de risco na porta de entrada.

Quando a clínica está degradada, tem pouca resolutividade nos vários setores e pequena capacidade para resolver problemas e existe uma redução dos sujeitos à condição de leitos ou de coisas, algumas ofertas são possíveis: a clínica ampliada, a responsabilização com instituição de equipes de referência, o vínculo terapêutico, os projetos terapêuticos singulares.

Onde as queixas dos usuários e famílias são freqüentes, o acesso ao Hospital é restrito e o controle social inexistente ou é muito frágil. Mais ainda quando a família, o auto-cuidado e a co-responsabilização não são trabalhadas, consideradas no cotidiano, outras ofertas também são possíveis: a visita aberta e o familiar participante, novamente a incorporação da singularidade e da clínica ampliada, o acolhimento na maternidade.

E ainda: quando permanecem o medo dos profissionais, a alienação e o trabalho fragmentado. Quando não existe participação nas decisões ou as pessoas têm baixa autonomia para tomada de decisões e o controle, a punição, a hierarquia, as linhas de mando são as formas hegemônicas de funcionamento do serviço algumas ofertas são possíveis: o exercício da co-gestão no cotidiano do trabalho, os colegiados e conselhos gestores, a quebra da inserção verticalizada e baseada nos departamentos e corporações profissionais, a instituição das equipes de referência e as unidades de produção. Essas afirmações são parte dos resultados desse estudo.

Ainda assim, vários outros processos precisam e continuam sendo disparados no serviço. Outras ofertas surgem a partir das novas perguntas e dificuldades encontradas. No trabalho de campo, na pesquisa participante, no trabalho da consultoria do Ministério da Saúde um oferecimento fundamental de método de gestão, de forma de apoiar equipes e serviços: o apoio institucional. Essa forma de fazer gestão implica a tentativa de ampliar a capacidade das pessoas de lidarem com o poder, com a circulação de afetos e com o saber. Lidar enquanto estão fazendo coisas, trabalhando, cumprindo tarefas. E, nessa perspectiva, esse lugar de apoiador pode ser um lugar organizacional específico ou no exercício de qualquer papel dentro de um coletivo, mas funcionando sempre como um modo para radicalizar na construção de instituições e sociedades democráticas (CAMPOS, G., 2003). Nesse referencial nos baseamos para o trabalho de campo e funcionando

como apoiadores externos não fomos neutros, mas, ao contrário, trouxemos referencial teórico e experiência que definira interpretações, visões e caminhos a trilhar. Isso nunca foi ocultado, ao contrário, foi sempre explicitado, colocado em análise para os grupos e equipes do estudo, bem como na implicação metodológica.

O trabalho de apoio institucional não teve continuidade no Hospital com as mudanças ocorridas na equipe da PNH a partir de dezembro de 2004, bem como houve mudança na gestão, nas prioridades e na concepção da Política a partir desse momento. Não houve incentivo financeiro e nem outras formas de apoio institucional a partir de novos lugares organizacionais para além do Ministério da Saúde.

O reencantamento do concreto tem um significado, além da analogia e referencial com as teorias do pensamento e da cognição, de afirmar a humanização, as apostas nos modos de fazer gestão e atenção enquanto movimento que intervém e produz realidade, nos convocando para mantermos vivos os movimentos a partir dos quais o SUS se consolida. O SUS enquanto política pública, enquanto estratégia para a democracia institucional e na sociedade comprometido com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos. O SUS em sua perspectiva de rede. E é nesse coletivo de rede que novas subjetividades emergem e reinventam os modos de operar seus princípios e diretrizes a partir de novos modelos de atenção e de gestão. O que mostramos aqui no caso do Hospital é o SUS que funciona e que dá certo enquanto política de todos e que precisa significar o reencantamento do concreto, a partir do mundo real, do homem real. E contra uma idealização do humano. E contra o desencantamento do concreto.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **O homem e a serpente**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

BAREMBLITT, Gregório. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992.

BERMAN, Marshall. **Tudo que é sólido desmancha no ar: a aventura da modernidade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. **Repensando a pesquisa participante**. São Paulo: Brasiliense, 1987.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilhas da Política Nacional de Humanização** (visita aberta e direito à acompanhante, equipe de referência e apoio matricial, acolhimento com classificação de risco). Brasília, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento Base da Política Nacional de Humanização para Gestores e Trabalhadores do SUS**. Brasília, 2004b.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. A militância em saúde pública e a luta em defesa da vida. In: _____. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 13-36.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Equipe 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, p. 393-403, 1999.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, Rosana Teresa Onocko. **O planejamento no divã**: ou análise de uma ferramenta na gênese de uma mudança institucional (o caso do Cândido Ferreira/Campinas/SP). 1998. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Medicina Preventiva e Social, Universidade de Campinas, Campinas, 1998.

CAMPOS, Rosana Teresa Onocko. **O planejamento no labirinto**: uma viagem hermenêutica. São Paulo: Hucitec, 2003.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. O desafio de qualificar o atendimento prestado pelos hospitais públicos. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 293-319.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. Inventando a mudança no hospital: o projeto “Em Defesa da Vida” na Santa Casa do Pará. In: CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 187-234.

CUNHA, Gustavo Tenório. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. 2004. Dissertação (mestrado) – Departamento de Medicina Preventiva e Social, Universidade de Campinas, Campinas, SP, 2004.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**. Petrópolis: Vozes, 1997.

GADAMER, Hans-Georg. **Verdade e método, traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica**. Petrópolis: Vozes, 1999.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1989.

GOMES, R.; MENDONÇA, E. A. A representação e a experiência da doença: princípios para a pesquisa qualitativa em saúde. In: MINAYO, M. C. S. **Caminhos do pensamento, epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002.

HABERMAS, Jürgen. **Razão comunicativa e emancipação**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1994.

HOSPITAL MÁRIO GATTI (Campinas, SP). Colegiado de Gestão. **Projeto Paidéia de Humanização da Assistência no Hospital Municipal Dr Mário Gatti**. Campinas, 2001. Mimeografado.

INGRAM, David. **Habermas e a dialética da razão**. Brasília: Ed. UNB, 1987.

LIRA, G. V. A narrativa na pesquisa social em saúde: perspectiva e método. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 16, n. 1/2, p. 59-66, 2003.

LOURAU, René. **A análise institucional**. Petrópolis: Vozes, 1995.

MALINOWSKI, B. **Os argonautas do Pacífico**. São Paulo: Abril, 1984. (Coleção os Pensadores).

MASSELLI, Maria Cecília. **Estresse e trabalho de monitoras de creche**: uma abordagem multidisciplinar. 2001. Tese (doutorado) – Departamento de Medicina Preventiva e Social, Universidade de Campinas, Campinas, SP, 2001.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, Maria Cecília. **Avaliação por triangulação de métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MINAYO, Maria Cecília. Introdução- Entre vãos de água e passos de elefante: caminhos da investigação na atualidade. In: _____. **Caminhos do pensamento, epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002. p. 17-27.

MINAYO, Maria Cecília. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2004.

MORIN, E. **O método 3**: o conhecimento do conhecimento. Porto Alegre: Sulina, 1999.

PASSOS, Eduardo; BENEVIDES, Regina. **Humanização na saúde**: um novo modismo? **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 17, p. 389-406, mar./ago. 2005.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa Social**: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas, 1989.

SILVA, D. G.V.; TRENTINI, M. Narrativas como técnica de pesquisa em enfermagem. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 3, p.423-432, 2002.

TAYLOR, F.W. **Princípios da Administração Científica**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 1995.

VARELA, F. O reencantamento do concreto. In: PELBART, P. P.; COSTA, R. (Org.) **Cadernos de subjetividade: o reencantamento do concreto**. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 71-86.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Comitê de Ética em Pesquisas do CPqAM.

Prezado Diretor:

Este estudo tem como finalidade verificar que mudanças são produzidas no Hospital com a implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização (Ministério da Saúde/2003) em efetividade neste serviço. Especificamente, pretendo analisar a implementação do acolhimento no serviço, equipe de referência, visita aberta e atendimento ao familiar, colegiados de gestão e conselho gestor de saúde.

A pesquisa faz parte da dissertação de mestrado em Saúde Coletiva que desenvolvo no Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz (CPqAM/FIOCRUZ). Serão utilizados como instrumentos metodológicos a observação participante e a pesquisa documental. Dessa forma, minha inserção no cotidiano do serviço e nas discussões em equipe será fundamental, sendo a base para construção do estudo.

Sua colaboração, como também de toda a equipe é muito importante. Sem ela é impossível a realização do estudo, que tem como caso o Instituto Hospitalar General Edson Ramalho e como objetivo contribuir para melhoria da gestão e modelo de atenção no SUS.

Agradeço antecipadamente sua gentileza e atenção.

Bernadete Perez Coelho

Mestranda em Saúde Coletiva NES/C/CPqAM/FIOCRUZ

APÊNDICE B – Modelo do termo de consentimento livre e esclarecido

ANEXOS

ANEXO A – Protocolo de Acolhimento e Classificação de risco

ANEXO B – Modelo de batas para acompanhantes/ visitantes