

ASPECTOS DA GESTÃO HOSPITALAR: A INTEGRALIDADE NO COTIDIANO DAS UNIDADES DE SAÚDE

*Simone Cristina da Costa Ferreira
Raquel Barbosa Moratori
Marcello de Moura Coutinho
Geandro Ferreira Pinheiro
Pedro Arêas Junior
Bianca Borges da Silva Leandro*

Introdução

Este artigo apresenta parte dos resultados da pesquisa *A integralidade na construção de modelos e práticas no campo da saúde*, que objetivou analisar a conformação de modelos de gestão hospitalar, identificando a existência de processos de trabalho indutores da integralidade da assistência e a existência de políticas governamentais estruturantes de um novo modelo. Para a investigação no cotidiano das unidades de saúde, trabalhamos com as dimensões Organização, Gestão, Política e Cuidado. Neste artigo, abordaremos a dimensão Política. Procedemos à revisão de alguns autores que discutem a diretriz da integralidade, buscando situar as diferentes perspectivas de abordagem, explicitando-se as dificuldades de uma concepção unívoca e operacional. Este trabalho conclui por uma perspectiva mais abrangente, e indica para a necessidade de ampliar as investigações no campo da integralidade com base na observação do cotidiano das unidades de saúde e dos sistemas de saúde onde estão inseridas.

A discussão da integralidade nas ações de saúde antecede a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), é um conceito que implicitamente abarca equidade e universalidade no acesso, visto serem estas condições sem as quais seria impossível a construção de um sistema de saúde que se diga integral. Para Cecílio (2001, p. 113), “universalidade, integralidade e equidade da atenção constituem um conceito tríplice, entrelaçado quase um signo, com forte poder de expressar ou traduzir de forma muito viva o ideário da reforma sanitária brasileira”.

A definição de integralidade tem sido problemática, por não se constituir em um conceito unívoco, sendo aplicada sob vários enfoques e em políticas

¹ Ferreira, Moratori, Coutinho e Pinheiro foram responsáveis pela redação do artigo. Todos os autores participaram da coleta e análise dos dados da pesquisa e da revisão final do texto.

específicas. Nesta perspectiva, foram implementados programas especiais de atenção integral à saúde da mulher (Paism), saúde da criança (Paisc), saúde do adolescente (Prosad), programa de DST/Aids, diabetes, entre outros, que “preconizavam para o atendimento às pessoas uma abordagem global/holística da saúde dos indivíduos em suas dimensões biológica, psíquica e social” (GIOVANELLA et al., 2000, p. 44). Nesta acepção, a integralidade remete a políticas especiais voltadas a dar respostas a determinado problema de saúde ou a problemas de saúde que atingem um grupo populacional específico e, assim, o termo assistência integral, aqui, refere-se a uma ampliação dos conceitos de saúde, uma recusa ao modelo reducionista, que não considera o contexto cultural no processo saúde-doença.

A integralidade, do ponto de vista jurídico-institucional, é entendida como indicativo de um sistema que garanta de forma articulada ações de cunho coletivo e individual no campo da promoção, prevenção e recuperação. As concepções de integralidade pressupõem uma articulação institucional e gerencial dos serviços de saúde nos seus mais diferentes níveis.

O conceito de saúde impresso na Constituição incorpora o direito à saúde enquanto um direito de cidadania; o lema “saúde, direito de cidadania e dever do Estado”, “implica uma visão desmedicalizada da saúde, na medida em que subentende uma definição afirmativa (positiva), diferente da visão tradicional, típica das instituições médicas, que identifica saúde com ausência de doença” (LUZ, 1991, p. 88).

Deriva da Carta Constitucional todo o arcabouço institucional do SUS, trazendo a proposta de uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada, onde a integralidade compõe uma de suas diretrizes, juntamente com a descentralização e a participação popular. A concepção de integralidade está definida no artigo 198 da Constituição como atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.

A regulamentação e implementação do SUS tiveram seu início na década de 1990, por meio da promulgação das Leis Orgânicas da Saúde (LOS) e das Normas Operacionais Básicas da Saúde (NOBs). Em 1990, foram aprovadas as leis que regulamentavam e instituíam o modelo concreto de desenvolvimento do SUS, não mais sob o impacto das concepções da Constituição Federal de 1988, mas sob a influência da política social do governo Collor, marcado pela subordinação da política social à política econômica.

A edição das LOS ocorreu em uma conjuntura política e econômica desfavorável. A Lei nº 8.080, sancionada em setembro de 1990, sofreu 25 vetos, com prejuízos principalmente aos itens de controle e participação social, financiamento do SUS e estruturação organizacional do Ministério da Saúde (GUEDES, 2001). Isto gerou uma rápida e forte ‘mobilização dos grupos organizados em favor da saúde’ que, após ampla articulação nacional, a qual pressionou o Congresso, garantiram a aprovação da Lei nº 8.142, em dezembro do mesmo ano.

A Lei nº 8.080/90 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e a organização e o financiamento dos serviços, ao passo que a Lei nº 8.142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre a transferência intergovernamental de recursos financeiros da saúde.

Destarte, a Lei nº 8.080/90 define como objetivo do SUS a assistência a pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada de ações assistenciais e das atividades preventivas.

Reafirmando as diretrizes previstas na Constituição Federal de 1988, o princípio da integralidade da assistência é entendido “como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”. (BRASIL, 1990, art. 7).

O Conceito

Para alguns autores, o conceito da integralidade está frequentemente vinculado a uma articulação entre as atividades de prevenção, promoção e recuperação e diz respeito a uma articulação de alguma ação preventiva individual ao atendimento clínico tradicional (CARVALHO, 1991; DALMASO, 1994).

Furtado e Tanaka (1998) operacionalizam o conceito de forma mais abrangente, em que a integralidade é entendida tomando-se por base cinco dimensões: o ser humano e não a doença como centro da atenção; o ser humano ou grupo visto na sua totalidade; a assistência propiciada nos diversos níveis; o tratamento diferenciado para quem está em situação desigual; a interferência nas condições gerais de vida da população. Para estes autores, a assistência integral

busca transcender a dicotomia artificialmente criada entre saúde e doença, entre prevenção e cura, recolocando o ser humano (olhado individual ou coletivamente) como centro norteador da atenção; ressalta a importância de se criar condições para que o setor saúde faça acompanhamento e vigilância do processo de crescimento/desenvolvimento dos indivíduos e das comunidades, dando resposta às intercorrências ali presentes da forma mais global e participativa possível; integra a rede de relações sociais em que os indivíduos/grupos se inserem, contribuindo para um maior engajamento destes, como atores da construção de uma sociedade com melhores condições de vida. (FURTADO & TANAKA, 1998, p. 589)

Mattos (2001, p. 41), trabalhando com a definição de integralidade, considera-a como mais do que uma diretriz do SUS:

ela é uma bandeira de luta, parte de uma imagem-objetivo², um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas por alguns, desejáveis. Ela tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária.

Em outras palavras, a diretriz da integralidade resulta do processo de luta e reivindicações trazidas pelo movimento sanitário e incorporadas no texto constitucional, traz em si um compromisso ético e técnico “que alimentou o sonho de uma transformação radical da concepção de saúde predominante, do sistema de serviços e ações de saúde e de suas práticas” (MATTOS, 2001, p. 41).

Ainda no entender de Mattos (2001), a integralidade é percebida como um conceito não definitivo, composto por vários sentidos – ‘os sentidos da integralidade’ –, que o autor denomina como “sentidos do termo”. Desta forma, destaca o que para ele tem aparecido como os três principais sentidos, quais sejam: atributos das práticas dos profissionais de saúde; atributos da organização dos serviços; e respostas governamentais aos problemas de saúde.

Os atributos das práticas dos profissionais de saúde dizem respeito à relação entre o profissional de saúde e o paciente, a forma como se busca compreender as necessidades de saúde do indivíduo para além daquelas diretamente ligadas à sua queixa. Este sentido da integralidade está baseado na crítica ao modelo de medicina fragmentado e reducionista, em que o paciente não era visto em seu conjunto, mas com base na sua doença. “Os médicos tendiam a recortar analiticamente seus pacientes, atentando tão somente para os aspectos ligados ao funcionamento do sistema ou aparelho no qual se especializaram” (MATTOS, 2001, p. 45).

Os atributos da organização dos serviços se referem à possibilidade de oferecer mudanças e absorver demandas que sejam adequados às necessidades da população. O entendimento destes atributos se origina na crítica à organização dicotomizada entre ações de saúde coletiva, oferecidas pelo Ministério da Saúde e ações de assistência médica, vinculadas à previdência social. O caráter integral da organização está pautado no diálogo e na diferença de concepção sobre a necessidade de saúde da população, que é apreendido por diferentes atores e na possibilidade de que estas necessidades orientem a organização dos serviços.

² Segundo Mattos (2001), “imagem-objetivo” tem sido usada para designar uma certa configuração ou situação que se deseja alcançar, não se refere a uma utopia, por compor uma configuração real, alcançável em tempo definido.

As respostas governamentais aos problemas de saúde indicam a atuação do governo voltada a certos grupos específicos, o que resultou em programas como o Paism, Paisc, DST/Aids e outros que estão pautados na ampliação do objeto da ação, na recusa em reduzir o indivíduo ao problema de saúde, mas consideram os vários fatores que incidem no processo de saúde-doença. Segundo Mattos (2001, p. 58), o movimento feminista exerceu forte influência na construção do Paism, mediante a crítica de que “os problemas de saúde da mulher eram pensados de forma reducionista, sem levar em conta os contextos culturais e as diversas formas de dominação que conferiam especificidades ao adoecimento das mulheres”. Assim, o termo integral era utilizado como uma forma de indicar a extensão dos problemas de saúde que deveriam ser pensados.

Cecílio (2001) compreende a integralidade em duas dimensões, a partir da necessidade: micro/focalizada, com uma abordagem multiprofissional, centrada no espaço do serviço e a macro/ampliada com a articulação dos serviços de saúde e outros. A integralidade focalizada é pensada como parte de uma integralidade mais ampliada, que se realiza em uma rede de serviços de saúde.

A necessidade de saúde é apreendida valendo-se de quatro conjuntos de necessidades: o primeiro está voltado às condições de vida, entendendo que os vários determinantes que atuam sobre a vida do sujeito atuam no seu adoecimento, em outras palavras, ‘a maneira como se vive se traduz em diferentes necessidades de saúde’. O segundo diz respeito ao acesso e utilização de toda a tecnologia disponível para garantir a saúde dos indivíduos, conforme as suas diferentes necessidades. O terceiro se refere aos vínculos afetivos que devem ocorrer entre o profissional de saúde e o usuário, de forma a estabelecer uma relação de confiança que possibilite ter naquele profissional uma referência. Nas palavras do autor, seria “uma relação contínua no tempo, pessoal e intransferível, calorosa: um encontro de subjetividades” (CECÍLIO, 2001, p. 115). O último conjunto de necessidades está ligado à autonomia do indivíduo no seu “modo de levar a vida”, o que significa que não bastaria ter acesso à informação e educação em saúde, mas ele deveria reconstruir sua vida de modo a atender às suas necessidades.

Para Cecílio (2001), a integralidade micro/focalizada está voltada para a relação entre o profissional de saúde e o paciente, que ocorre dentro da unidade de saúde. Isso significa que a unidade e os profissionais devem estar organizados para oferecer a melhor escuta e atender às necessidades de saúde do usuário. A integralidade macro/ampliada seria “a articulação em rede, institucional, intencional, processual, das múltiplas ‘integralidades focalizadas’” (CECILIO, 2001, p. 11), quer dizer que as necessidades dos indivíduos orientariam a organização do macro, que estaria voltada a possibilitar a integralidade no micro.

Pinheiro (2001) se baseia no cotidiano das instituições e dos atores para pensar a integralidade, tomando como eixo de análise a relação entre oferta

e demanda. O cotidiano aqui é pensado como local privilegiado por conter “contextos de relações distintas que envolvem tanto pessoas, como coletividades e instituições, em espaços e tempos determinados” (PINHEIRO, 2001, p. 65). A integralidade é entendida assim como em Cecílio tomando-se por base duas dimensões: (i) no plano individual, na relação entre os atores que mediam a oferta e demanda, e (ii) no plano sistêmico, em que se garante a integralidade na rede de serviços.

O trabalho de Pinheiro, no plano individual, analisa a dinâmica de oferta de serviços de saúde e no plano sistêmico analisa o Programa Saúde da Família (PSF), como uma iniciativa inovadora. Para identificar a oferta, utiliza as categorias: organização do atendimento, o uso dos serviços, sistemas de referência e contrarreferência e níveis de atenção. No plano sistêmico, as questões colocadas são: as percepções de doença, saúde e cura dos atores envolvidos com a demanda nos serviços de saúde, a relação entre médico e paciente e a participação do Conselho Municipal de Saúde como canal de vocalização de demandas.

Por sua vez, Giovanella (2002) divide a integralidade em dois níveis, com atributos relacionados ao sistema de atenção (garantia de ações e articulação entre promoção, prevenção e recuperação, para indivíduo e coletividade) e atributos relacionados ao processo de atenção individual (abordagem bio-psico-social). Com base nestes dois eixos, construiu um conceito de integralidade que se divide e se completa em quatro dimensões, porque em nenhuma das dimensões individualmente é possível apreender o conceito na sua totalidade.

Para a autora, cada uma das quatro dimensões da integralidade está relacionada a um diferente campo de intervenção. A primeira dimensão é a primazia das ações de promoção e prevenção que está ligada a uma intervenção política, de definição de prioridades. Pressupõe uma “realização sustentada de ações de promoção e prevenção garantidas por meio de ações intersetoriais e planejamento com participação social” (GIOVANELLA, 2002).

A segunda dimensão é a garantia de atenção nos três níveis de assistência médica e diz respeito à organização da oferta de serviços de forma a garantir um caráter continuado no tratamento. Sua operacionalização se daria por meio de uma:

oferta organizada de assistência curativa e de recuperação, garantindo-se referência e contrarreferência em uma rede articulada entre o setor ambulatorial e hospitalar que inclua unidades/procedimentos nos distintos níveis de complexidade, com fluxos e percursos definidos e ordenada espacialmente de modo compatível com a demanda populacional de cada território. (GIOVANELLA, 2002, p. 58)

A terceira dimensão é a articulação de ações de promoção, prevenção e recuperação e diz respeito à gestão do sistema, “através da integração or-

ganizacional e programática entre os setores de assistência individual e os setores responsáveis pelas ações de caráter coletivo da Secretaria Municipal de Saúde” (GIOVANELLA, 2002, p. 58).

A quarta dimensão é a abordagem integral do indivíduo e famílias, refere-se ao cuidado individual, por intermédio de intervenções nas esferas biológica, psíquica e social garantidas por meio de vínculo e de integração de serviços na unidade e no sistema, com cuidado fornecido em local apropriado em local apropriado, conforme a natureza da necessidade.

Mais especificamente, o conceito define a integralidade com base em quatro dimensões, “cada uma destas dimensões está relacionada a um diferente campo de intervenção: a primeira ao campo político de definição de prioridades, a segunda à organização do sistema de atenção, a terceira à gestão do sistema e a quarta ao cuidado individual” (GIOVANELLA et al., 2002, p. 47).

Quadro 1 - Quadro Síntese – Conceito de Integralidade

CF.88	<p>Art.196: A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Art.198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:</p> <p>I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III – participação da comunidade.</p>
Lei nº 8.080	<p>Art.5º: São objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS)</p> <p>III – assistência a pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada de ações assistenciais e das atividades preventivas;</p> <p>Art.7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art.198 CF, obedecendo ainda aos seguintes princípios:</p> <p>II – Integralidade da assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.</p>
CARVALHO (1991)	<p>Integralidade em dois níveis: individual e coletivo, assegurando aos indivíduos o direito à saúde , dos níveis mais simples aos mais complexos (...) bem como a compreensão do indivíduo em sua totalidade e dos indivíduos/coletividades em suas singularidades.(“articulação entre as atividades de prevenção, promoção e recuperação/interdisciplinaridade”).</p>

continuação »

continuação | Quadro Síntese – Conceito de Integralidade

DALMASO (1994)	Integralidade com base na agregação da assistência médica individual a atividades de promoção de saúde (integração a partir de ações programáticas, hierarquização do sistema).
FURTADO e TANAKA (1998)	Integralidade entendida tomando-se por base cinco dimensões: o ser humano como centro da atenção e não a doença; o ser humano ou grupo visto na sua totalidade; a assistência propiciada nos diversos níveis; o tratamento diferenciado para quem está em situação desigual; a interferência nas condições gerais de vida da população
MATTOS (2001)	Integralidade como um conceito não definitivo, composto por vários sentidos 'os sentidos da integralidade'. Os principais sentidos são: atributos das práticas dos profissionais de saúde; atributos da organização dos serviços; e as respostas governamentais aos problemas de saúde.
CECÍLIO (2001)	Integralidade em duas dimensões a partir da necessidade: micro/focalizada: abordagem multiprofissional, centrada no espaço do serviço macro/ampliada: articulação dos serviços de saúde e outros. A integralidade focalizada é pensada como parte de uma integralidade mais ampliada que se realiza em uma rede de serviços de saúde.
PINHEIRO (2001)	Integralidade é entendida valendo-se de duas dimensões: no plano individual, na relação entre os atores que mediam a oferta e demanda, e no plano sistêmico, em que se garante a integralidade na rede de serviços.
GIOVANELLA (2002)	Integralidade em dois níveis: atributos relacionados ao sistema de atenção (garantia de ações e articulação entre promoção, prevenção e recuperação, para o indivíduo e coletividade), e atributos relacionados ao processo de atenção individual (abordagem bio-psico-social).

O conceito de Giovanella et al (2002) sobre integralidade, por nós adotado, permite conjugar aspectos que nos pareceram relevantes para apreender o nível de implementação da diretriz da integralidade, especificamente nos permite pensar para além de aspectos relacionados à organização dos serviços, mas que interferem diretamente na forma como a população acessa e utiliza os serviços públicos de saúde.

Optamos, na pesquisa, por trabalhar apenas uma das dimensões da integralidade, que se refere à garantia de atenção nos três níveis de assistência a saúde. A observação desta dimensão informa sobre a organização de uma rede de serviços de saúde que garanta assistência curativa e de recuperação, regionalizada e hierarquizada. Segundo Giovanella (2002, p. 50), esta dimensão seria operacionalizada mediante um sistema que garantisse:

Referência e contrarreferência em uma rede articulada entre o setor ambulatorial e hospitalar que inclua unidades/procedimentos nos distin-

tos níveis de complexidade (baixa, média e alta), com fluxos e percursos definidos e ordenados espacialmente de modo compatível com a demanda populacional de cada território.

Ao pensar na integralidade, devemos ter claro que o acesso, a universalidade e a equidade são condicionantes interligados para a construção de um sistema de saúde que se diga integral. Para pensar o acesso e a oferta de serviços, deve-se considerar a diferenciação de demandas, na Constituição Federal o conceito de equidade

foi tomado como igualdade no acesso a serviços de saúde. (...) A teoria igualitária presente na Constituição brasileira implicaria a existência de um sistema com forte participação do setor público, em que os serviços de saúde devem ser distribuídos segundo o perfil de necessidades de cada grupo populacional e financiado segundo as possibilidades de cada um. (TRAVASSOS, 1997, p. 326)

Entendemos que o acesso aos serviços de saúde deve considerar aspectos do vínculo que se deseja criar do indivíduo com a unidade, estabelecer uma relação com o sujeito que permita reconhecer suas necessidades, criando uma referência com o profissional. Acessar os serviços de saúde representa mais do que ter um pronto atendimento, mas fazer uso regular de um serviço, ter um serviço de referência.

Uma coisa é defender o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde que se façam necessários, o que, numa rede regionalizada e hierarquizada, pode assumir a forma da defesa ao acesso a todos os níveis de atenção do sistema de saúde. Outra coisa, igualmente importante, é defender que em qualquer nível haja uma articulação entre a lógica da prevenção (chamemos por hora assim) e da assistência, de modo que haja sempre uma apreensão ampliada das necessidades de saúde. (MATOS, 2004a, p. 1.413)

A apreensão destas necessidades passa necessariamente pela revisão do modelo de gestão adotado nas unidades de saúde, implicando uma prática que ultrapasse os aspectos organizacionais da administração gerencial. As bases de uma proposta de gestão integrada são explicitadas por Cecílio (2002), em que, ao reconhecer a complexidade das organizações de saúde, propõe um duplo movimento: equacionar a necessidade de autonomia x coordenação, criando um outro tipo de 'governo' nas organizações de saúde, que resulte em um novo arranjo dos 'governos' existentes; e adequar as organizações governamentais a novos tempos, os quais exigem mais compromisso com a eficiência e com a transparência. Dessa forma, tem por objetivo a implantação de práticas que visem a:

- Explicitar a missão da unidade e de cada setor ou unidade funcional que a compõe, estabelecendo compromissos e dando direcionalidade às ações, na busca da concretização de contratos de gestão;
- Adotar organogramas horizontalizados ou achatados, que diminuam a hierarquia;
- Enfatizar o trabalho em equipe;
- Profissionalizar a gerência, tendo por foco a equipe e não as 'corporações';
- Enfatizar a comunicação lateral;
- Implantar a gestão colegiada;
- Profissionalizar uma área de desenvolvimento institucional ou planejamento estratégico, para apoio ao processo;
- Enfatizar a utilização intensiva da informação, organizada em indicadores para monitoramento contínuo.

De fato, o que se busca com a introdução de tais diretrizes é, segundo Cecílio (2002), uma nova forma de entender a atenção em unidades de saúde que considere, por um lado, o trabalho em equipe como somatório de ações de cada profissional, como uma linha de montagem do tratamento da doença que visa à cura e, por outro lado, a promoção de arranjos institucionais que permita a atuação integrada e coordenada de um grande número de trabalhadores envolvidos no trabalho.

No âmbito do hospital, a diversidade do cuidado depende da 'conjugação do trabalho de vários profissionais'. Este complexo processo de inter-relações, marcado pela transversalidade de 'atos, procedimentos, fluxos, rotinas, saberes', dão os contornos das possibilidades do cuidado em saúde, sendo um território marcado por dependência direta de uns profissionais com relação aos outros, como também, e em decorrência deste mesmo processo, como um campo de lutas e de disputas. (FEUERWERKER & CECÍLIO, 2007)

Pensar a atuação destes trabalhadores implica compreender a complexidade do cuidado em saúde que subsiste na intermediação entre o sofrimento e as expectativas do usuário; as políticas de saúde nacionais; o aparato técnico dos trabalhadores e da unidade na qual se encontra inserido; os processos de trabalho, de poder e de gestão ali configurados; como também e, principalmente, a potencialidade de cada operador do cuidado em lidar com as subjetividades dos usuários, dos profissionais de saúde, e de suas próprias possibilidades e limitações enquanto trabalhador.

Não é uma tarefa simples operar o cuidado integral, uma vez que sob o enfoque da educação pelo e para o trabalho, o sentido da integralidade em saúde pressupõe que estes trabalhadores ultrapassem o pressuposto técnico de sua atuação profissional. A formação destes sujeitos é um dos desafios a ser enfrentado em dois níveis: para uns, durante sua escolarização, antes mesmo de sua inserção nos serviços, para outros, na conformação

de uma outra lógica de trabalho diferente da lógica cotidiana repetidamente naturalizada.

Para Mattos (2004b, p. 91), “é necessário colocar a integralidade como um eixo central do processo de mudança nas graduações de saúde (...)”. Para tanto, a formação deve se pautar na qualificação de profissionais adequados ao SUS, com práticas pactuadas com os pressupostos da integralidade, qualquer que seja seu local de atuação. Assim, se entendemos a educação como um atributo essencial à integralidade na organização do serviço, podemos extrapolar a análise do autor e afirmar que não apenas as graduações necessitam rever seus currículos, técnicas pedagógicas e práticas cotidianas. Mas, essencialmente, todos os profissionais, que lidem direta ou indiretamente com a lógica do cuidado e do acolhimento no âmbito da saúde necessitam se qualificar cotidianamente para alcançar a integralidade almejada e defendida na lei Orgânica da Saúde.

A mudança necessária subentende a ressignificação do sentido da formação em saúde nos seus diversos níveis de escolaridade, como também no aprendizado constante e contextualizado no ambiente de trabalho. Entretanto, esta lógica necessária à materialidade do cuidado integral nas unidades e nos serviços de saúde tem o desafio de romper com um processo histórico de formação fortemente caracterizado pela intensa especialização e fragmentação do conhecimento. Esta fragmentação pode ser compreendida no âmbito do conhecimento, quando fragmenta as informações produzindo um processo de especialização contínuo; mas também pode ser pensada sob o aspecto das relações sociais e das relações de produção, caracterizando classes e formas diferenciadas e hierarquizadas de inserção no trabalho e na vida, podendo ainda ser vista na própria fragmentação do sujeito, que não é percebido em suas dimensões bio-psico-sociais, implicadas no mundo da vida, e neste também no contexto do trabalho.

O cuidado integral em saúde somente se torna uma possibilidade quando a prática cotidiana dos serviços supera a lógica da especialização técnica do trabalho, marcada pela separação contundente entre trabalho manual e trabalho intelectual, tanto no espaço do trabalho quanto no da escola. Para Ramos (2009, p. 57), o trabalho em saúde “tem a singularidade de produzir e manter diretamente a vida, colocando-nos o desafio de identificar e reconhecer o ser humano em sua plenitude”. Portanto, é necessário entender o ‘trabalho como princípio educativo’ em um movimento contínuo de problematização e de ressignificação das práticas de saúde, diretamente comprometidas com o sentido da integralidade do cuidado e, por isso mesmo, com o reconhecimento da integralidade dos sujeitos. Inserir a educação na prática do trabalho ‘se constitui em uma mediação pela qual o processo de ensino-aprendizagem pode se desenvolver’.

Os modelos majoritariamente implementados na educação para o trabalho no Brasil estão alinhados à redução do cidadão a consumidor,

corroborando o processo de individualização dos sujeitos e de alienação destes quanto às condições de vida da grande maioria da população, que sobrevive em condições mínimas de existência. Este modo de formar reflete a hegemonia economicamente centrada do modelo neoliberal imposto aos países denominados 'em desenvolvimento' ou 'subdesenvolvidos', modelo este que pressupõe trabalhadores pouco informados de sua realidade sociopolítica e econômica, massacrados por uma rotina extenuante de trabalho e sem condições físicas, emocionais e econômicas de se qualificar dentro ou fora do cotidiano laboral.

Entretanto, é necessário perverter esta lógica encontrando os espaços de lutas e de disputas na conquista de uma formação de natureza mais abrangente que incentive o desenvolvimento de sujeitos críticos e politizados, compromissados com valores coletivos e equânimes. Tomando-se por base sujeitos autônomos, imponderados por suas perspectivas críticas e contextualizadas, as perspectivas de se manter estas ideias em debate se reafirmam, permitindo reconhecer o sentido da integralidade dos sujeitos, dos lugares, do cuidado, da vida em toda a sua complexidade.

Metodologia

A abordagem utilizada neste estudo foi uma análise quali-quantitativa, por intermédio de um questionário semi-aberto estruturado. Pretendíamos identificar a conformação de aspectos da gestão, organização, da política e do cuidado nos serviços de saúde, com atores políticos no nível de gestão das unidades.

A pesquisa envolveu todas as unidades hospitalares de uma área programática no município do Rio de Janeiro, o que correspondeu a sete unidades de saúde. Neste artigo, as unidades não serão diferenciadas por complexidade nem por gestão, municipal, estadual ou federal.

Os critérios utilizados para identificar a operacionalização da integralidade foram adaptados de Giovanella (2002), considerando a relevância daqueles para a pesquisa nas instituições definidas. Foram excluídos os critérios que se vinculavam à gestão no nível central do sistema e incluídos critérios que dialogam com a concepção de outros autores. Desse modo, ficaram assim definidos, conforme apresentamos no quadro a seguir:

Quadro 2 - Quadro síntese – Integralidade

Dimensão	Critérios a serem analisados
Gestão	Existência de conselho de gestão.
	Existência de gestão colegiada nas unidades.
	Existência de espaço formal de interlocução entre os níveis de gerência e gestão.
	Existência de espaço formal de interlocução entre as diversas áreas.
	Existência de plano estratégico para os setores.
	Existência de contrato de gestão.
	Existência de acompanhamento de indicadores gerenciais.
	Existência de protocolos assistenciais.
Existência de plano/estratégia/portaria para integração dos serviços.	
Dimensão	Critérios a serem analisados
Organização	Capacidade instalada.
	Existência de medidas de garantia de referência e contrarreferência.
	Existência de controle de fluxo de pacientes (fluxo, rotina e protocolo).
	Existência de monitoramento e mecanismos de redução de filas de espera.
	Existência de monitoramento do tempo de espera para marcação e realização de consultas, exames e internação.
	Existência de política para integrar os níveis de atenção (referência organizada).
	Existência de política para ampliar o acesso.
	Existência de ação reguladora da assistência.
Existência de central de marcação de consultas, exames e internação.	
Dimensão	Critérios a serem analisados
Política	Existência de ouvidoria.
	Existência de grupo de humanização.
	Existência de planejamento para implementação da política nacional de humanização.
	Existência de programa ou política para revisão da organização hospitalar (ex. programa de qualidade).
	Existência de programa de educação continuada, contemplando os temas de gestão e integralidade.
Dimensão	Critérios a serem analisados
Cuidado	Existência de monitoramento do tempo médio da consulta.
	Existência de outras modalidades de atendimento (hospital dia e atendimento domiciliar).
	Existência de estratégias de acolhimento.
	Existência de locais e práticas de acolhimento (individuais e coletivos).
	Existência de integração entre os serviços (ex.. Atividade de discussão de caso).
	Existência de práticas de construção da autonomia do usuário dos serviços (ações educativas).

Fonte: Adaptado de: "Integralidade na gestão de sistemas municipais de saúde: critérios de avaliação" (GIOVANELLA et. al, 2002, p. 58).

As análises realizadas são descritivas, enfocando os critérios vinculados à dimensão política que identificam alguns aspectos sobre a conformação da gestão hospitalar, e se referem à existência de uma política gerencial voltada à construção de processos de trabalho mais integrais e que especialmente dialogue com o trabalhador e a população usuária da unidade.

Resultados

Consideramos, neste artigo, a dimensão política como estratégia adotada pela gestão, na perspectiva de indução, ou, ainda, de revisão dos processos de trabalho no hospital, a relação com o usuário e entre os profissionais de saúde, na produção do cuidado. Além disso, interessa saber o nível de indução dos gestores, seja no âmbito municipal, estadual ou federal.

Concordamos com Silva Junior e Mascarenhas (2006, p. 243) quando vinculam outros conceitos à integralidade, como acolhimento, vínculo/responsabilização e qualidade da atenção. Para eles, o “acolhimento é um dos dispositivos disparadores de reflexões e mudanças a respeito da forma como se organizam os serviços de saúde, de como saberes vêm sendo ou deixado de ser utilizados para a melhoria da qualidade das ações de saúde”.

Para a construção de um sistema de saúde integral, é necessário também primar pela acolhida e pela construção do vínculo do usuário com o profissional de saúde e com a unidade.

O acolhimento propõe inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, partindo dos seguintes princípios:

- 1) Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Assim, o serviço de saúde assume sua função precípua, a de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população.
- 2) Reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional equipe de acolhimento, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde.
- 3) Qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania. (FRANCO et al., 1999, p. 347)

A construção do vínculo está sendo entendida na relação entre o profissional de saúde e o usuário, na lógica da responsabilização destes sujeitos na produção do cuidado. Entendemos, ainda, que a responsabilização envolve também a instituição, como indutora de processos de trabalho e, também, na lógica de negociação de fluxos e protocolos com outras unidades de saúde, responsabilizando-se pela continuidade da assistência.

Ao abordar a qualidade das ações de saúde, no diálogo com outros autores, Silva Junior e Mascarenhas (2006) apresentam algumas perspectivas de análise, quais sejam: (i) tratamento que é capaz de alcançar o melhor equilíbrio entre riscos e benefícios; (ii) acesso, continuidade, coordenação e satisfação do paciente influem na qualidade; (iii) qualidade da atenção médica baseada na relação com o usuário e na sua conduta, que se refere ao processo saúde-doença; (iv) qualidade no sentido amplo, como qualificação profissional, segurança, aparência da unidade de saúde e adequação dos equipamentos; (v) na perspectiva clínica, o impacto na saúde, e (vi) na perspectiva da população, o acesso, a disponibilidade de atenção, na lógica de saúde integral.

É possível, ainda, pensar a qualidade com base na lógica organizativa de avaliação de programas, trabalhando com avaliação de estrutura, processo e resultado.

Trabalhamos aqui a qualidade trazendo o recorte da educação e da satisfação do usuário.

Ouvidoria e Pesquisa de Satisfação

O ponto central aqui é identificar quais os canais de comunicação que as unidades de saúde têm institucionalizado para ouvir as demandas da população, sejam estas queixas ou sugestões e de que forma estas demandas têm sido tratadas e incorporadas ao processo de trabalho institucional.

O Ministério da Saúde editou Decreto nº 6.860, de 27 de maio de 2009, designando ao Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS a competência de estimular e apoiar a criação de estruturas descentralizadas de ouvidoria em saúde. Dentre as principais atribuições comuns das ouvidorias, podemos destacar o acolhimento a reclamações, críticas e sugestões.

As ouvidorias podem ter uma atuação mais abrangente no âmbito da gestão do SUS e das unidades, no sentido mesmo de garantia dos direitos dos usuários e ampliação da participação destes na gestão da unidade, podendo ser um canal privilegiado de comunicação e de integração entre os serviços, favorecendo a revisão de processos de trabalho dentro da unidade.

Das unidades pesquisadas, encontramos o serviço de ouvidoria estruturado em cinco dos hospitais, nos demais encontramos a atividade vinculada à direção da unidade, sem uma estrutura formal. Nestas unidades onde o serviço não está estruturado, encontramos menos um canal para ampliar a participação do usuário e mais uma forma de garantir a escuta às suas queixas.

Nas unidades que possuem ouvidoria, há uma rotina de retorno aos usuários sobre suas queixas e as soluções encaminhadas. Em apenas uma unidade esta não era uma rotina do serviço de ouvidoria. Da mesma for-

ma, todas as unidades emitem relatórios que são encaminhados à direção da unidade.

Das unidades pesquisadas, quatro realizaram pesquisa de satisfação dos usuários, e apenas uma realiza de forma sistemática, as demais o fazem de forma eventual. O resultado da pesquisa gerou, em três unidades, melhorias de forma a atender às necessidades ou insatisfações registradas pelos usuários. As melhorias registradas foram: (i) implantação do profissional do 'posso ajudar'; (ii) mudanças na alimentação; (iii) colocação de um chuveiro elétrico; (iv) melhoria na comunicação.

A divulgação dos resultados da pesquisa é realizada por duas unidades, uma por meio da intranet, e outra por meio da divulgação do resultado aos membros da direção da unidade. Vale dizer que em nenhum dos casos é feito o retorno aos usuários do hospital, sujeitos da pesquisa.

Dispositivos da Política Nacional de Humanização

No que tange ao desenvolvimento de políticas que favoreçam ou ainda induzam à revisão do processo do trabalho nas unidades hospitalares, priorizamos a Política Nacional de Humanização – PNH e o Qualisus (Política de Qualificação da Atenção à Saúde no SUS). Concordamos com Mattos (2009), ao afirmar que a PNH guarda relação com a diretriz da integralidade, o que reafirma nossa escolha. Vale ressaltar que o Qualisus, no estado do Rio de Janeiro, teve sua ação vinculada a uma política de investimento, com enfoque na reorganização das urgências e emergências. À época da entrada do Qualisus nas unidades, suas ações estiveram vinculadas também aos dispositivos da PNH, com destaque para a Ambiência e o acolhimento com classificação de risco. Outros dispositivos também foram desenvolvidos, obedecendo às características e singularidades de cada hospital.

A PNH se apresenta como uma política transversal no SUS, orientada pelos princípios da transversalidade e da indissociabilidade entre atenção e gestão. Para Barros e Pereira (2006, p. 243),

mudar as práticas de saúde exige mudanças no processo de construção dos sujeitos dessas práticas. Somente com trabalhadores e usuários protagonistas e co-responsáveis é possível efetivar a aposta que o SUS faz na universalidade do acesso, na integralidade do cuidado e na equidade das ofertas em saúde.

A humanização pressupõe a alteração no modelo de atenção e de gestão, no qual os sujeitos, trabalhadores e usuários são protagonistas na produção da saúde. Assim, os dispositivos implantados nas unidades podem ser

um forte indicador e orientador de um novo modelo dirigido à integralidade do cuidado.

Das unidades, cinco desenvolvem algum dispositivo da PNH. É interessante notar que mesmo naquelas onde não há um Grupo de Trabalho de Humanização (GHT) constituído, há algum outro dispositivo sendo desenvolvido.

O GHT não é um pressuposto para a implantação da política nas unidades, mas pode ser um espaço coletivo de criação e formulação, dependendo do seu grau de articulação e legitimidade interno. As pessoas que compõem o grupo podem atuar como apoiadores, nas suas respectivas inserções, contribuindo na revisão de processos orientados pela PNH, e desse modo, todos os dispositivos da política estão relacionados ao GHT. É importante dizer que a política não deve ficar restrita ao GHT, ao contrário, deve extrapolar este espaço envolvendo outros sujeitos.

O GHT foi instituído em quatro das unidades pesquisadas. Na unidade que não possui o grupo, apenas um dos dispositivos foi implantado: o acolhimento com classificação de risco, um dispositivo que traz uma proposta de reorganização da porta de urgência e emergência.

O acolhimento foi implantado em três unidades, e em duas delas não é feita a classificação de risco, trabalhando ainda com o sistema de triagem. Vale ressaltar que as unidades que não implantaram a classificação de risco não possuem uma porta aberta de urgência a emergência, sendo este serviço oferecido apenas aos casos de intercorrência. Uma quarta unidade teve a experiência de trabalhar com a classificação de risco na porta de entrada e chegou a fazer pequenas obras para melhoria do fluxo, com classificação das áreas por cor. Nesta unidade, a classificação de risco encontrou resistência da população e dos profissionais.

O acolhimento com classificação de risco pressupõe pelo menos dois movimentos: (i) acolher, escutar e dar respostas ao usuário, o que implica a responsabilidade com a continuidade do cuidado; e (ii) a classificação do risco, que é também uma proposta de gestão de fila, onde os casos são classificados de acordo com a sua gravidade. São processos que exigem a revisão dos processos de trabalho, das relações entre os profissionais e destes com os usuários, e ainda a organização do acesso.

O acolhimento propõe inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, pressupõe um processo de escuta do profissional de saúde, orientado a acolher as demandas do usuário e, desta forma, um processo de responsabilização. Esta responsabilização implica uma ação local dentro da unidade saúde e uma articulação mais ampla com a rede de serviços.

Dessa forma, o acolhimento na unidade de saúde significa uma relação profissional-usuário que possibilite a construção de vínculos, ou, segundo Cecílio (2001), é um encontro de subjetividades. Todos os usuários são atendidos com o intuito de sanar suas necessidades, que podem extrapolar os serviços ali ofertados. Assim, é necessária a articulação não apenas com a

rede de saúde, mas uma rede social que seja capaz de resolver os problemas de saúde da população, compreendendo que o processo de saúde-doença se refere a manifestações bio-psico-sociais.

Duas unidades pesquisadas trabalham com equipe de referência e apoio matricial, o que pressupõe o estabelecimento de novos padrões de relacionamento entre profissionais e destes com os usuários. Por meio deste dispositivo, cada equipe se torna responsável pelo cuidado integral, possibilitando a construção de vínculos e projetos terapêuticos mais abrangentes, à medida que incorpora de forma participativa os diferentes olhares que cada profissional tem do processo saúde-doença.

Com o apoio matricial, a equipe não encaminha ou pede parecer, ela pede apoio. Na verdade, a própria equipe ou serviço se torna usuário do serviço o qual solicita. Identificamos que nas duas unidades a equipe de referência está vinculada a serviços específicos, à maior complexidade ou gravidade, encontramos também vínculos a determinados grupos de pacientes.

Alguns dispositivos da PNH estão articulados, assim percebemos que as mesmas unidades que trabalham com equipe de referência e apoio matricial implantaram também o projeto terapêutico singular, um conjunto de condutas terapêuticas, construídas valendo-se da discussão e negociação dentro de uma equipe interdisciplinar, envolvendo o usuário, outros atores e equipes, quando necessário. Estes são dispositivos importantes para pensarmos a responsabilização do usuário, da equipe e dos serviços com a produção do cuidado e a garantia de sua continuidade.

A Construção coletiva da ambiência foi desenvolvida em três das unidades. A ambiência se refere à apropriação do espaço enquanto espaço de construção/produção de relações sociais, profissionais, assistenciais, com a finalidade de produzir o cuidado integral, universal e equitativo.

Considerando os três eixos, (i) elementos do ambiente, voltados ao conforto e à privacidade; (ii) encontro de subjetividade, por meio da reflexão sobre os processos de trabalho, e (iii) a otimização de recursos, o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo, podemos afirmar que a ambiência produz um impacto positivo, tanto nos usuários quanto nos trabalhadores, à medida que possibilita a criação de espaços mais acolhedores; a revisão de fluxos e da arquitetura, favorecendo, nas unidades com urgência e emergência, a classificação de risco e divisão por nível de complexidade, e possibilita a criação de um espaço de encontro dos sujeitos, fundamental para implantação desta política, ou para qualquer prática mais integradora.

A discussão e apropriação da temática da ambiência possibilitam aos trabalhadores uma nova compreensão dos problemas vivenciados. Mais do que reclamar das condições de trabalho, é possível identificar os principais aspectos do ambiente que interferem no bem-estar profissional e na

produção do cuidado e, da mesma forma, indicar soluções, às vezes simples, para a sua melhoria.

O processo de cogestão define um modo de operar coletivo, no qual os atores envolvidos são responsáveis e deliberam sobre um conjunto de ações. É um processo importante de envolvimento e integração de equipes, à medida que quebra com a lógica da corporação e também com a estrutura de poder, visto que naquele espaço os atores possuem o mesmo poder de decisão que o chefe. Este é um espaço de produção de sujeitos, de escuta e de pactuação.

Dentre as unidades pesquisadas, quatro relatam a existência de cogestão. Vale ressaltar que, em uma destas, o que identificamos foi o colegiado de direção, não ampliando para outros níveis da gestão.

O modelo de gestão colegiado ou de cogestão possibilita a criação de espaços coletivos, ampliados e democráticos. Nestes espaços, as diversas percepções sobre o modo de fazer saúde, sobre o processo de trabalho, estão em permanente discussão. Esta abordagem coletiva, quando direcionada, com vistas à PNH, cria um fórum de discussão privilegiado, para a incorporação de novos modos de fazer, sob uma perspectiva mais atenta às necessidades dos sujeitos envolvidos na produção do cuidado.

Logo, a cogestão é um dispositivo absolutamente estratégico e necessário para pensar e implementar todos os demais, sendo dificultada a incorporação de mudanças no processo de trabalho, sem a garantia anterior da existência destes espaços, sob pena de termos chefias bem-intencionadas, mas com projetos pouco sustentáveis, na medida em que não envolveram o coletivo da sua unidade ou setor.

Carta de Direitos dos Usuários do SUS

Pretende-se enfocar neste item como são realizadas as ações de divulgação da Carta dos direitos do usuário do SUS pelos profissionais de saúde. Deve-se considerar também as estratégias de divulgação das unidades, dos fluxos, rotina e horários de funcionamento dos serviços, assim como a identificação dos profissionais e dos leitos das unidades de saúde analisadas.

A Carta dos Direitos do Usuário do SUS foi aprovada pelo Ministério da Saúde através da Portaria MS/GM nº 675, de 30/03/2006, e publicada no *Diário Oficial da União*, Seção 1 - 31/03/2006, estabelecendo seis princípios, quais sejam:

1. Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde.
2. Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema.
3. Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação.

4. Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos.
5. Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada.
6. Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos.

No tocante ao acesso e ao direito à saúde, a legislação brasileira, tanto constitucional quanto infraconstitucional estabeleceu bases relativas a direitos individuais, coletivos e sociais e normas referentes à humanização da atenção em saúde, tais como a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral, à igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, e o direito à informação das pessoas assistidas sobre sua saúde.

As ações de divulgação da Carta de Direitos dos usuários do SUS para os profissionais das unidades estudadas são realizadas em duas delas, as quais se dão mediante palestras do Serviço Social e folheto no momento da internação.

Para que os usuários tenham seus direitos preservados, é fundamental também que sejam conhecidos por quem estabelece diretamente o cuidado, para que a relação profissional-paciente se dê de forma humanizada. Mattos (2004a) informa que uma primeira dimensão da integralidade se expressaria, de fato, na capacidade dos profissionais em dar resposta ao sofrimento manifesto que resultou de uma demanda espontânea e articulada à oferta relativa de ações e procedimentos preventivos.

Há divulgação de fluxos, rotina e horários de funcionamento dos serviços em quatro unidades. Além de orientações dadas por profissionais de enfermagem, utilizam-se cartaz para o horário de visita e murais, e, em uma das unidades, há um painel eletrônico com informações no Serviço de Pronto Atendimento (SPA).

Mattos (2004a, p. 1.413) diz que em relação à busca pela integralidade da atenção em saúde

não se trata de simplesmente desenvolver protocolos ou rotinas capazes de identificar e oferecer ações preventivas não demandadas diretamente pelas pessoas que procuram os serviços de saúde. Há que se compreender o contexto específico de cada encontro entre membros da equipe de saúde e as pessoas.

Os profissionais usam identificação em quatro das unidades, entretanto, informou-se que em uma delas não se dá completamente, mas que seria utilizada pela maioria. Já os leitos são identificados em quatro unidades, acontecendo por iniciativa da direção somente em uma unidade, e em quatro, partindo de grupos de profissionais.

Em cinco das unidades pesquisadas, existe sinalização para orientar os usuários quanto à localização dos serviços. Em relação às políticas prioritárias do SUS, tais como saúde da mulher, saúde mental, saúde do trabalhador, saúde materno-infantil, saúde do idoso, entre outras, são desenvolvidas por cinco unidades de saúde, e, em uma das unidades, informou-se que se dá de forma precária.

Educação em Saúde

No que tange à existência de programas de educação que contemplem os temas da gestão e da integralidade em saúde, estes compreendidos como um dos atributos na identificação da integralidade na organização do serviço, faz-se necessário contextualizar com base em quais pressupostos este estudo analisou a educação pelo trabalho nas unidades hospitalares.

A trajetória da educação para o trabalho no Brasil foi se constituindo, majoritária e gradativamente, no desenvolvimento de um modelo de ensino comprometido com uma formação de transmissão de conteúdo técnico no e para um trabalho específico, pactuados com uma formação de transmissão de conteúdos técnicos e tecnológicos para o mercado capitalista. O desenvolvimento de políticas de educação profissional implementadas em território nacional está historicamente alinhado com as políticas de desenvolvimento econômico, preconizadas por diretrizes internacionais, para os países em desenvolvimento, ou, ainda, alinhadas aos interesses dos laboratórios farmacêuticos e das organizações privadas de saúde. (MANFREDI, 2002).

Na contramão desta premissa capitalista, principalmente mediante os movimentos da Reforma Sanitária, no período da redemocratização brasileira, muitos atores se articularam na busca de uma outra cidadania, disputando e negociando com governos e mercados uma configuração social mais equânime. Neste complexo processo de redefinição dos parâmetros de dignidade para os sujeitos, a educação precisa ser entendida como estratégica no reconhecimento da necessidade de qualificação dos profissionais de saúde, entretanto, precisa ser compreendida como uma educação que se propõe a ultrapassar a premissa instrumental de formação para o trabalho.

Formar profissionais da saúde não significa, em nenhum nível, a mera adaptação ao existente, com seus fetiches e formas de alienação. Ao invés da informação fragmentada e distorcida, dos fatos e dados parciais, postos fora de contexto, trata-se do trabalho paciente de criticar, mediar, construir uma percepção crítica do profissional (...) que trabalha nos serviços de saúde. O que implica conhecimentos teóricos e práticos, culturais e técnicos, qualificando o trabalho e o cidadão no contexto do respeito, da remuneração justa, da participação ativa no cotidiano dos serviços de

saúde, na visão crítica qualificada em relação ao país e suas contradições. (PEREIRA & RAMOS, 2006, p. 53)

A busca pelo fortalecimento de uma pedagogia mais qualificada que aporte em suas entranhas os sentidos e pressupostos da integralidade precisa romper com a ideologia de formação mínima para o trabalho. Deve propiciar o reconhecimento de espaços de disputas para a recontextualização destes lugares e destes cidadãos, legitimando um projeto contra-hegemônico de formação dos sujeitos.

Valendo-se destes pressupostos, quando olhamos os programas de educação realizados nas sete unidades pesquisadas, considerando os cursos, palestras, seminários e congressos³ promovidos, encontramos no último ano um total de 66 cursos realizados, com carga horária global de aproximadamente 2.376 horas. Entretanto, deste montante, apenas sete são relativos a temas que contemplam o assunto gestão e integralidade em saúde. Esse percentual de 10,6% do total de cursos pode indicar o fato de que as unidades analisadas ainda não os consideram estratégicos para a organização e funcionamento institucional.

Constata-se que, mesmo após os vinte anos de SUS, os programas de educação nos serviços pesquisados demonstram focar contundentemente a preparação técnica e procedimental dos trabalhadores, sendo, à primeira vista, pouco comprometidos com a lógica da integralidade, e muito menos com a problematização dos conhecimentos e das práticas deles decorrentes.

Analisando mais atentamente estes cursos, é preciso destacar que dois deles são relativos a cursos de pós-graduação realizados no extramuro institucional, tendo como clientela principal profissionais graduados da instituição. A lógica da separação entre trabalho manual e trabalho intelectual aqui são reforçadas, uma vez que se privilegia, novamente, aqueles que têm maior acesso à informação qualificada e ocupam, na maior parte das vezes, os cargos de poder nas unidades. Deste modo, das 964 horas destinadas ao tema da integralidade e da gestão, apenas 34 horas se deram no âmbito do trabalho, ainda assim, majoritariamente destinados à figura do enfermeiro, destacando-se enfermeiros líderes, supervisores e chefes de unidade.

A Norma Operacional Básica do SUS – NOB/96 – dispõe sobre a importância dos investimentos na formação de gestores para um novo sistema de saúde, contudo, reconhece somente a alta direção dos serviços e sistemas como atores estratégicos para a viabilização dos princípios e diretrizes do SUS. Assim, considera o nível intermediário no campo da gestão como de baixa prioridade para a organização do sistema. Este fato pode ser também observado nesta pesquisa quando se verifica a existência de apenas um

³ A partir deste ponto, todas as vezes que o texto se refere à nomenclatura 'curso' considera os cursos, palestras, seminários e congressos desenvolvidos nas respectivas unidades pesquisadas.

curso destinado a profissionais, sem prévia especificação de sua formação, cargo ou função.

As unidades pesquisadas parecem não pactuar do entendimento de que a educação para e no trabalho necessita estar comprometida e se responsabilizar pela potencialização do cuidado integral em saúde. Quando destinam profissionais para se capacitarem, escolhem-nos dentro de nichos específicos de formação e de legitimação de poder, estes já enraizados na cultura institucional. Demonstraram também buscar esta qualificação em instituições formadoras externas, exatamente para os cursos de gestão, os quais são estratégicos na organização das práticas institucionais. Das duas pós-graduações relatadas, uma foi realizada em uma instituição pública de saúde e outra em uma instituição privada, demonstrando não haver garantias de que a lógica da qualificação para o trabalho esteja diretamente pactuada às diretrizes defendidas pelo SUS.

Os programas de educação promovidos pelas unidades pesquisadas estão muito centrados na qualificação procedimental destes profissionais, reproduzindo ainda a lógica da qualificação mecânica para o trabalho. A incorporação das diretrizes da administração científica ao setor saúde, diante do desafio da integralidade, pode entrar em conflito com as demandas deste outro jeito de trabalhar. As práticas necessárias para a materialização deste outro modo de produção de cuidado implicam profissionais informados e qualificados que possam garantir participação e autonomia na configuração de outros processos de trabalho.

O projeto em jogo nesta arena não se resume a uma reforma da saúde, mas um projeto de sociedade marcado pelo compromisso com todos os cidadãos, legitimando a emancipação humana, incentivando o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos, qualificando-os para analisar criticamente seus processos de trabalho e de vida, para tomar o controle de suas escolhas e construir uma saúde integral, em uma sociedade mais equânime.

Neste contexto, é preciso ainda destacar que é preciso ser cauteloso com a ideia do poder superior da educação na resolutividade dos problemas de saúde. Mesmo entendendo a importância da qualificação do trabalhador tomando-se por base uma educação problematizadora, esta não surte efeito no sujeito se este não a compreende como um modo de ver e viver a vida. Não é somente a formação que garante a existência destes homens cidadãos, porém ela deve ser compreendida como uma ferramenta possível para a construção de novas realidades.

Considerações Finais

O resgate histórico da construção do SUS, com base na integralidade e no levantamento das abordagens teóricas sobre este tema, nos permitiu tra-

duzir a operacionalização desta diretriz na rede de serviços de saúde. Os diversos autores pesquisados pressupõem a integralidade como um conjunto articulado e contínuo de ações de promoção, proteção e recuperação à saúde. O que se percebe na prática é que os serviços têm-se organizado com base nas diferentes políticas induzidas pelo Ministério da Saúde, adotadas pelas secretarias municipais e estaduais de Saúde, não ampliando para uma ação integrada, em rede .

Neste contexto, reconhecemos na PNH um forte poder indutor para organização dos processos de trabalho nas unidades e também para integração da rede de saúde, mas sua penetração nas unidades ainda pode ser considerada incipiente.

A educação em saúde, sob a perspectiva da integralidade, ainda encontra muitos desafios, tanto no que se refere à promoção de uma educação transformadora para e no trabalho como também no redirecionando do foco dos cursos promovidos no âmbito das unidades, uma vez que estes ainda se encontram majoritariamente vinculados aos aspectos procedimentais dos serviços. É importante destacar que a educação não é por nós considerada resposta a todos os entraves que desafiam as possibilidades da integralidade, mas, entretanto, nós a entendemos como uma ferramenta possível de desencadear, a partir dos sujeitos, outros processos de gestão e cuidado nos serviços de saúde.

No que diz respeito ao modelo de gestão com potencialidade de resposta às demandas da diretriz da integralidade, apostamos no modelo de cogestão como mecanismo para a produção de novos arranjos institucionais. Com base neste, pode ser possível operar a gestão do cotidiano, resultando em uma atuação mais solidária dos profissionais envolvidos na produção do cuidado. Entretanto, para reconhecer seu impacto na organização dos serviços e na produção do cuidado, necessitaríamos de uma análise mais apurada.

Para estabelecer uma relação entre os critérios que operacionalizam a integralidade, é preciso primeiro reconhecer que não aprofundamos o debate da integralidade, mas apresentamos um recorte de seus aspectos.

Para avaliar a integralidade da assistência prestada seria necessário observar processos individuais, seja acompanhando agravos, programas ou indivíduos. *É apenas e tão somente no indivíduo que se expressam as distintas dimensões do cuidado à saúde: coletivo/individual, objetivo/subjetivo; ou os distintos níveis: promoção/prevenção/cura/reabilitação.* (GIOVANELLA et al, 2002, p. 57) (Grifos do autor).

A percepção dos critérios que foram trabalhados, mais do que identificarem a existência ou não de uma política gerencial voltada à construção de processos de trabalho mais integrais, apontam para os limites e caminhos possíveis para a construção de um sistema de saúde integral.

Por fim, vale dizer que este trabalho partiu da premissa que a integralidade ou aspectos da integralidade só podem ser considerados a partir da rede de saúde e especialmente na AP (Área Programática), local de menor abrangência de organização e operacionalização dos serviços, espaço possível para aplicar os critérios que identificam a integralidade.

A conceituação da integralidade foi abordada sob a perspectiva de vários autores, de forma que pudéssemos selecionar dentre estes o que mais se aproximasse da nossa percepção e também que permitisse sua aplicação na rede local de serviços. Mais do que buscar adaptar à realidade os critérios descritos, tivemos a preocupação de ter um olhar atento para aspectos não tão objetivos da construção da integralidade.

A construção da integralidade não pode ser enfrentada como uma tarefa do sistema de saúde local. É, sobretudo, um desafio que atravessa as várias esferas de governo e seus modelos de saúde, o que nos impulsiona a pensar, formular e examinar as diferentes práticas experimentadas no sentido da sua construção.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19/09/90. “Dispõe sobre a responsabilidade para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, 1990.

_____. Portaria n. 675, de 30 de março de 2006. Aprova a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, que consolida os direitos e deveres do exercício da cidadania na saúde em todo o País. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1114>. Acesso em : 02/09/09.

_____. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, 1988.

_____. Lei n. 8.080, de 19/09/90 – “Dispõe sobre a responsabilidade para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, 1990.

CARVALHO, M. R. de. *Modelos assistenciais de Unidades Básicas de Saúde e integralidade. Estudo de Caso: a Área de Planejamento 3.1. Contribuição para sua distritalização*, 1991. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), Rio de Janeiro, 1991.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A.

(Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

CECILIO, L. C. O. et al. Administração gerencial em uma organização governamental de saúde. *Revista do Centro Geral de Reabilitação*, Belo Horizonte, vol. 1, p. 10-20, 2002.

DALMASO, A. S. W. Oferta e consumo de ações de saúde: como realizar o projeto da integralidade? *Saúde em Debate*. n. 44, p. 35-38, 1994.

FEUERWERKER, L. C. M. & CECÍLIO, L. C. de O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 12, n. 4, p. 965-971, 2007.

FRANCO, T. B. et. al. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*; vol.15, n. 2, p. 345-53, abr.-jun. 1999.

FURTADO, L. A. C. & TANAKA, O. Y. Processo de Construção de um distrito de saúde na perspectiva de gestores e médicos: estudo de caso. *Revista de Saúde Pública*, 32, vol. 1, n. 32, p. 587-595, 1998.

GIOVANELLA, L. et. al. Integralidade da atenção em sistemas municipais de saúde: metodologia de avaliação e intervenção. *Saúde em Debate*. n. 60, p.37-61, 2002.

GUEDES, A. E. Da integração de programas à integralidade de ações de saúde: algumas reflexões preliminares. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Uerj, IMS: Abrasco, 2001.

LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática”: anos 80. *Physis: Revista da Saúde Coletiva do Instituto De Medicina Social, Uerj*, vol.1, n. 1, p. 77-96. Rio de Janeiro: IMS/Uerj, Relume-Dumará, 1991.

MATTOS, R. A. Os Sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Uerj, IMS: Abrasco, 2001.

_____. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad. Saúde Pública* [online], vol.20, n.5, p. 1.411-1.416, 2004a.

_____. de. Integralidade como eixo da formação dos profissionais de saúde (Editorial). *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, vol.28, n.2, maio-ago., 2004b.

_____. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. Interface (Botucatu), Botucatu, 2009. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.

php?script=sci_arttext&pid=S141432832009000500028&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 3 Sept. 2009. doi: 10.1590/S1414-32832009000500028.

PEREIRA, E. H. P. & BARROS, R. D. B. Humanização. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. (Org.). *Dicionário da Educação Profissional*. 1 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, vol. 1, 2006.

PEREIRA, I. B. & RAMOS, M. N. *Educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um

campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Uerj, IMS: Abrasco, 2001.

RAMOS, M. Educação pelo trabalho: possibilidades, limites e perspectivas da formação profissional. *Saúde e Sociedade*, vol.18, supl. 2, p.55-59, 2009.

TRAVASSOS, C. Equidade e o sistema único de saúde: uma contribuição para o debate. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, vol. 13, n. 2, p. 324-331, 1997.