



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA
PAULO EDUARDO XAVIER DE MENDONÇA**

(LUTA) EM DEFESA DA VIDA: tensão e conflito, reconhecimento e desrespeito nas práticas de gestão do Sistema Único de Saúde.

RIO DE JANEIRO

2008

Paulo Eduardo Xavier de Mendonça

**(LUTA) EM DEFESA DA VIDA: tensão e conflito, reconhecimento e desrespeito
nas práticas de gestão do Sistema Único de Saúde.**

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Clínica
Médica da Universidade Federal do Rio de
Janeiro, como requisito parcial a obtenção
do título de Mestre em Medicina (Clínica
Médica - Micropolítica do Trabalho e o
Cuidado em Saúde)

Orientadores: Emerson Elias Merhy
Marcelo Gerardan Poirot Land

RIO DE JANEIRO

2008

FICHA CATALOGRÁFICA

M539I

Mendonça, Paulo Eduardo Xavier de.

(LUTA) EM DEFESA DA VIDA: tensão e conflito, reconhecimento e desrespeito nas práticas de gestão do Sistema Único de Saúde. Paulo Eduardo Xavier de Mendonça – Rio de Janeiro, 2008.

143 f.

Dissertação: (Mestrado em Medicina) Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Orientadores: Dr. Emerson Elias Merhy.

Dr. Marcelo Gerardan Poirot Land.

1. Luta por Reconhecimento. 2. Desrespeito. 3. Gestão do cuidado. 4. Micropolítica. 5. Trabalho vivo em ato. 6. Gestão hospitalar. 7. Desadministração. I Título

CDU: 616-084:658(043.3)

FOLHA DE APROVAÇÃO
Paulo Eduardo Xavier de Mendonça

(LUTA) EM DEFESA DA VIDA: tensão e conflito, reconhecimento e desrespeito nas práticas de gestão do Sistema Único de Saúde.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial a obtenção do título de Mestre em Medicina (Clínica Médica - Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde)

Aprovada em

Dr. Marcelo Gerardan Poirot Land
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Dr. Emerson Elias Merhy
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Dr. José Roberto Lapa e Silva
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Dra. Victoria Maria Brant Ribeiro Machado
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Dr. Luiz Carlos de Oliveira Cecílio
Universidade Federal de São Paulo

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, José Mendonça e Zoraide, que me ensinaram a reinventar a vida; aos meus filhos Pedro, Maria, Bárbara, Ana Luiza e Lucas, que amorosamente enchem de sentido minha estada e luta no mundo; a Regina pela companhia genial, que pude ter enquanto foi possível e; a Nilza (*in memoriam*), que com seus sorrisos gostosos e afetuosos, transcendeu espaço e tempo, deixando mais desejo de luta pela vida, do que saudade.

AGRADECIMENTOS

É necessário assumir a impossibilidade de trilhar estes caminhos e elaborar minimamente um pensamento capaz de pelo menos arranhar os meus saberes instituídos, sem a companhia produtiva que os orientadores Emerson Merhy e Marcelo Land, amorosamente dedicaram. Não seria possível esta produção sem o apoio fantástico de duas mulheres fundamentais para a minha sobrevivência e reinvenção da vida num momento de morte epistêmica, e aqui falo de Débora Bertussi, que me abriu possibilidades de novos espaços de construção de vida e Lu Morales, que amorosamente cuidou de mim no mais temível de minhas fragilidades permitindo um encontro profundo e vital comigo mesmo. A força do carinho comprometido e paciente de Laura Macruz, com seu olhar atento e cheio de disponibilidade foi sempre encorajadora para seguir adiante. Não dá para esquecer a importância para mim e minha produção, que a querida Teresa Gouda e o estimado professor Lapa tiveram ao demonstrar concretamente que dava para apostar solidariamente em alguém em franca crise. Mas também tenho que admitir, esta empreitada não seria possível sem os companheiros da linha de pesquisa, de fato existe mais que alteridade neste espaço, existe generosamente co-autoria militante. Por fim, a turma de João Pessoa, mesmo sem saber direito participou de forma intensa deste processo de produção de saber sobre e para a vida, muitas vezes peripateticamente em eventos, reuniões, caminhadas e boas conversas de fim de tarde.

Reconheço por fim, que sou o que vivi, o que li, o que troquei e por isso, de forma agradecida também reconheço meus livros não explicitados, mas identificáveis a cada parágrafo, a cada construção. Ao trabalhador de saúde, que

busca em sua militância construir dignidade na produção do cuidado, agradeço e mais, assumo que suas indagações, queixas e protestos sobre as dificuldades não sanadas por gestores também são produtoras do saber que tento validar.

RESUMO

Mendonça, Paulo Eduardo Xavier de. **(Luta) Em Defesa da Vida: tensão e conflito, reconhecimento e desrespeito nas práticas de gestão do Sistema Único de Saúde.** Rio de Janeiro, 2008. Dissertação (Clínica Médica) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2008.

O estudo é uma investigação filosófica acerca da gestão no Sistema Único de Saúde dialogada com a Teoria da Luta por Reconhecimento de Axel Honneth e os principais autores da formulação do modelo tecnoassistencial Em Defesa da Vida. Parte-se da análise da insuficiência de conceitos no campo da saúde coletiva para aproximação às tensões constitutivas que se apresentam como potência na gestão do cuidado, e para uma abordagem compreensiva da cinética do conflito. Apresenta-se a teoria da Luta por reconhecimento de Axel Honneth e propõe-se uma intercessão do conceito de desrespeito com as práticas e estruturas de gestão no Sistema Único de Saúde no Brasil. Empreende-se uma confrontação entre tais conceitos e a memória do pesquisador - epistemicamente militante e implicado com os processos gestores – e, com base na análise de um processo concreto de planejamento e formulação de um hospital, utilizando-se a matriz conceitual desenvolvida, identifica-se possibilidade de enfrentamento das lacunas verificadas no campo da saúde coletiva, particularmente para a compreensão do conflito e da dinâmica entre *ego* e *alter*, na produção e na gestão do cuidado. Como principais resultados, se pôde verificar: pertinência no conceito de desrespeito como potente analisador a ser empregado nas caixas de ferramentas de gestores e trabalhadores e, essencialmente, para o campo de saber em si, abriu-se caminho para novas reflexões acerca do processo de trabalho e sua micropolítica, particularmente do ponto de vista dos agires militantes na construção da defesa da vida.

Palavras-chave: Luta por Reconhecimento. Desrespeito. Gestão do Cuidado. Micropolítica. Trabalho Vivo em Ato. Gestão Hospitalar. Desadministração.

ABSTRACT

Mendonça, Paulo Eduardo Xavier de. **(Struggle) In Defense of Life: tension and conflict, recognition and disrespect in the practices of the Brazilian's Single Health System's management.** Rio de Janeiro, 2008. Dissertation (Medical Clinic) – Medical School, Federal University of Rio de Janeiro, 2008.

The study is a philosophic investigation concerning the management of the Brazilian's Single Health System in a dialogue with Axel Honneth's Theory of the Struggle for Recognition and the main authors of the formulation of the technoassistencial model In Defense of Life. Starting from the analysis of the insufficiency of concepts in the fields of the collective health to the approximation to the constitutive tensions that present themselves as potency in the care management, and for a comprehensive approach of the conflict kinetics. Presenting the theory of the Struggle for Recognition of Axel Honneth and proposing an intercession of the disrespect concept with the practices and the management structures of the Single Health System of Brazil. Undertaking a confrontation between such concepts and the researcher memory epistemologically militant and implicated with the managing processes and from an analysis of a concrete process of planning and making of a hospital utilizing the developed conceptual matrix, identifying the possibilities of confrontation of the verified gaps in the collective health field, particularly to the understanding of the conflict and the dynamics between *ego* and *alter*, at the production and management of care. As main results, the verification of the pertinence in the concept of disrespect as a potent analyzer to be used in the toolbox of managers and workers and, essentially to the knowledge field it self, the path to new reflections about the work process and its micro politics was opened,

particularly from the militants actions point of view in the construction of life's defense.

Keywords: Struggle for recognition. Disrespect. Care Management. Alive Work in Act. Hospital Management. Deadadministration.

SUMÁRIO

	Folha
RESUMO	9
ABSTRACT	10
INTRODUÇÃO	14
LUTA POR RECONHECIMENTO: O DESRESPEITO COMO ANALISADOR POTENTE DO TRABALHO VIVO EM ATO NA GESTÃO	28
Desrespeito	42
GESTÃO: TERRITÓRIO DE RECONHECIMENTO E DESRESPEITO ENTRE SUJEITOS	49
OLHANDO EM ALGUMAS SITUAÇÕES DE GESTÃO NA SAÚDE NA SUA COTIDIANEIDADE OS ANALISADORES RECONHECIMENTO E DESRESPEITO: O COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY	65
A LUTA EM DEFESA DA VIDA OU CONSTRUÇÃO DO COMUM NO CUIDADO. UMA GESTÃO SOLIDÁRIA PARA UMA MULTIDÃO CUIDADORA	85
BIBLIOGRAFIA	93
ANEXO 1	95
ANEXO 2	117

O Violêro

*Vô cantá no canturi primero
 as coisa lá da minha mudernage
 qui mi fizero errante e violêro
 eu falo séro i num é vadiage
 i pra você qui agora está mi ôvino
 juro inté pelo Santo Minino
 Vige Maria qui ôve o qui eu digo
 si fô mintira mi manda um castigo
 Apois pro cantadô i violero
 só hai treis coisa nesse mundo vão
 amô, furria, viola, nunca dinhêro
 viola, furria, amô, dinhêro não
 Cantadô di trovas i martelo
 di gabinete, ligêra i moirão
 ai cantadô já curri o mundo intêro
 já inté cantei nas portas di um castelo
 dum rei qui si chamava di Juão
 pode acriditá meu companhêro
 dispois di tê cantado u dia intêro
 o rei mi disse fica, eu disse não
 Si eu tivesse di vivê obrigado
 um dia inantes dêsse dia eu morro
 Deus feis os homi e os bicho tudo fôrro
 já vi iscrito no Livro Sagrado
 qui a vida nessa terra é u'a passage
 i cada um leva um fardo pesado
 é um insinamento qui derna a mudernage
 eu trago bem dent' do coração guardado
 Tive muita dô di num tê nada
 pensano qui êsse mundo é tud'tê
 mais só dispois di pená pelas istrada
 beleza na pobreza é qui vim vê
 vim vê na procissão u Lôvado-seja
 i o malassombro das casa abandonada
 côro di cego nas porta das igreja
 i o êrmo da solidão das istrada
 Pispiano tudo du cumêço
 eu vô mostrá como faiz o pachola
 qui inforca u pescoço da viola
 rivira toda moda pelo avêso
 i sem arrepará si é noite ou dia
 vai longe cantá o bem da furria
 sem um tustão na cuia u cantadô
 canta inté morrê o bem do amô.*

(Elomar)

Prá alestrar que nós tudo, nus avêso qui discobre, tem um qui di sê violêro!

ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Estrutura das relações sociais de reconhecimento	F. 41
Quadro 2: Burocracia <i>versus</i> Adhocracia	F. 80

ABREVIATURAS E SIGLAS

SUS – Sistema Único de Saúde

UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro

AIDS – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

IMS – Instituto de Medicina Social

CHMGTB – Complexo Hospitalar de Mangabeira Governador Tarcísio Burity

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

PB - Paraíba

INTRODUÇÃO

Em tempos de disputas vivas entre trabalhadores de saúde por modelos tecnoassistenciais que possibilitem um enfrentamento renovado do mundo de necessidades de saúde dos usuários, sejam inseridos nesta luta no lugar do cuidador, seja naquele do gestor, todos são militantes: a construção do Sistema Único de Saúde – SUS pressupõe implicação.

Para introduzir o tema a ser dissertado faz sentido apresentar um pouco de minhas implicações, tanto em relação ao processo histórico e social de produção da Reforma Sanitária no Brasil, como ao tema em si.

Nasci e cresci em meio e no entre instituições fortes, família, na qual se sabe quem foi o tataravô, nos ensinamentos e engajamento na igreja católica, na vida interiorana experimentada a partir do pioneirismo de meu pai, enraizado nas fileiras do Banco do Brasil, outra instituição de grande tamanho que não dá para desprezar. Experimentei ser adolescente em tempos de ditadura militar e, nas dobras destas instituições, fiz parte de movimentos de resistência, nos porões das igrejas, no pátio do Colégio Pedro II, no seminário agostiniano. Conheci de perto, de dentro, as Comunidades Eclesiais de Base, li e conheci Carlos Mesters, Leonardo Boff, Dom Hélder Câmara, Dom Pedro Casaldáliga. Participei de rodas com teólogos da Teologia da Libertação, estudei Paulo Freire, debati, apliquei, bebi nos ensinamentos que a abertura para o novo e popular me traziam. Fazer medicina não estava apartado disto tudo, dos filtros inevitáveis que a vida militante produzia.

Aprendia medicina, fazia massagens terapêuticas, partilhava com minha companheira Regina, alfabetizadora e educadora uma vida militante, na qual educávamos os filhos que iam chegando. Tentamos cursar Teologia à noite com outros leigos, engajados e indisciplinados. Tudo era desejo de liberdade, de emancipação, de querer uma vida feliz, comunitariamente partilhada. A medicina era uma perspectiva de cuidado e antes de querer ser médico, queria cuidar. Apaixonadamente queria cuidar.

Ao conhecer de perto os manicômios em processo de abertura, estagiando na Colônia Juliano Moreira, entendi que para cuidar, também havia que se compreender como o sistema de saúde, como seus modelos funcionavam. A anti-psiquiatria e a Rede de Alternativas à Psiquiatria me cativaram e capturaram para a saúde coletiva. Ingressei no internato em pediatria (naquele tempo escolhia-se uma área básica para realizar o ano e meio de internato) com meu filho Pedro nos braços e a Residência em Medicina Preventiva e Social com Maria Gabriela. Residente, fiz concurso para professor da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ e, com Bárbara no colo, me vi professor. Também nos 80 e começo dos 90, chorei a morte de tantos amigos vítimas da AIDS: mais do que saudades, generosamente com suas mortes deixaram um desejo vivo de lutar pela preservação da vida.

A UFRJ foi outra instituição poderosa em minha vida, pessoal e profissional. Talvez a universidade e a militância no Partido dos Trabalhadores, ao qual sou filiado desde 1980, tenham produzido as minhas experiências institucionais mais fortes e onde se estabeleceu uma forte indagação sobre a questão da assimetria entre sujeitos. Defendia junto com vários companheiros

a construção do socialismo por meio de lutas autônomas e autogestionárias, queríamos, de fato, como ironicamente argüiu Vladimir Palmeiras na Convenção Municipal do Rio de Janeiro em 87, creio eu, construir o socialismo nas esquinas. Mas nestes dois lugares, a assimetria entre sujeitos era profundamente cultivada, seja na meritocracia e práticas políticas da universidade, seja nas inclusões diferenciadas das pessoas nas funções e nas escutas dentro do partido. Era duro enfrentar o processo de profissionalização dos quadros (inclusive remunerados, ou liberados, como se dizia à época) partidários dentro de uma concepção de construir um partido de base.

Eu, sanitaria, me tornando um epidemiologista (opção no mestrado em medicina social do Instituto de Medicina Social – IMS, cursado entre 1990 e 1992 e não concluído) e ouvindo Madel Luz naqueles corredores, tentava entender com profundidade o pedido que ela havia me feito: “que (eu) fosse um epidemiologista que conseguisse não ser um chato positivista”. Migrei para São Paulo, fui trabalhar na direção de um grande hospital municipal, Luiza Erundina governava com o lema de “Inverter Prioridades”. A gestão hospitalar, desafiava o sanitaria e seus conhecimentos. A luta por fazer público o espaço hospitalar privatizado por inúmeros interesses, sejam os corporativos, sejam os privados em si, me levou, tanto quanto aos meus companheiros, a estabelecer uma gestão com braço de ferro, com resultados assistenciais positivos, mas com completa negligência das possibilidades de encontros felizes com os trabalhadores de saúde: não ficou quase nada, nossos desejos de publicização produziram mais privatização.

Foram várias outras militâncias profissionais, escolas, fábrica, porta de

emergência, Unidade Básica de Saúde, maternidade, entre derrotas e frustrações, novos desejos e desafios, reinventava a vida, prestando contas aos outros de mim mesmo: minhas poderosas instituições.

O saber militante que ia experimentando e acumulando habitava a minha caixa de ferramentas e esta, partilhava com companheiros de projetos de mudança na saúde, particularmente na condução de grandes hospitais públicos. Em meio às tentativas de compreender a linguagem subjacente aos posicionamentos estratégicos, faltava uma gramática do conflito, para avançar para além das memórias, em direção à formalização e validação de um saber constituído a partir das implicações de um sujeito epistêmico militante (Merhy, 2002 b.).

Para a formalização de um objeto complexo, de difícil captura em documentos e falas oficiais, havia que se empreender uma investigação conceitual, que partisse de um diálogo com minha própria experiência. Foi necessário estabelecer uma matriz conceitual explícita e considerar as implicações da autoria, longe da neutralidade, mas marcada pelo reconhecimento da alteridade que a linha de pesquisa poderia produzir neste encontro produtor de conceitos.

Assim, ao longo da construção reflexiva que busco empreender na dissertação, experimento um debate entre meus registros de memória e a formulação de Axel Honneth, sempre em relação com as proposições e contribuições de autores implicados com o modelo tecnoassistencial em defesa da vida.

Pretendi nesta caminhada a elaboração e a aproximação do conceito de desrespeito e como o mesmo pode ser um analisador potente dos processos de gestão e produção do cuidado em saúde e como poderia contribuir para, dentro de diversos dilemas da gestão pública, a formulação de propostas de intervenção organizacional. Isto significou em primeiro lugar sobrevoar a mim mesmo, transitar nas dobras do sujeito militante implicado com a gestão do cuidado no Sistema Único de Saúde, com o ensino e formações de trabalhadores de saúde, com minha clínica e, neste processo, avaliar se a construção pode fazer sentido, para além de mim.

É importante frisar, que o tema do desrespeito e da luta por reconhecimento fez sentido para mim, na confrontação com um déficit epistêmico e de saber no campo da saúde coletiva. Há muito tempo, desde a experiência já citada de estar em São Paulo, em um grande hospital público, que me interessou, dentro da temática formal do conflito, o como colocar em discussão e avançar sobre a construção de um saber validado, originário de experiências habitualmente não relatadas. Falei durante muito tempo dos jardins secretos da gestão, daquele lugar sem registro formal, sem escrita da memória, mas fundamental nos processos de tomada de decisão. Durante anos guardei bilhetes e papezinhos que circulavam em atividades de direção, recados, tarefas, ordens, comentários até o dia em que os transformei em registro seguramente destruído. Pautado pela minha memória, tentei iniciar a construção de um romance, já que esta seria uma forma de comunicar aos outros as minhas reflexões e observações acerca do conturbado ambiente que um núcleo de poder e seus processos de invenção da mudança podem

produzir. Qual o quê; a cada página, a cada fala, explicitavam-se os desrespeitos vivenciados por mim e pelos meus companheiros de forma tão clara e vívida, que eticamente seria impossível prosseguir. Os jardins secretos que experimentei continuariam intangíveis, não concretizáveis como relato que interessasse à produção de conhecimento.

Como abordar os segredos contidos naquele "jeito petista de governar", como se dizia à época? E mais, as experiências de gestão em seus diversos matizes, variando do normativo ao estratégico, findavam-se no frígido dos ovos, no desejo de superação do pensamento e do agir do sujeito diferente. A diferença se constituía no impedimento, no obstáculo a ser superado em meio à construção de poderosas máquinas de guerra governamentais. Mesmo com a apropriação dos conceitos do agir comunicativo, via-me envolvido numa idealização do consenso, que como tal é resultado do consentir, ação que o produz. A superação do outro continuava assim a produzir os modos de operar máquinas de guerra, cada vez mais sofisticadas e, ao invés de equipar a caixa de ferramentas, por vezes me via mais a preparar arsenais mortíferos para a produção dos nossos desejos discursivos, de produção da intersubjetividade e construção de interdisciplinaridades. Neste sentido, muitas vezes a experiência do interdisciplinar não se dava em encontros entre sujeitos com diferentes saberes, mas entre as instituições normativas construtoras destes saberes, que nomino aqui de núcleos de saber.

As normatividades dos núcleos de saber, bem como aquelas dos projetos de governo se apresentavam como disputantes no campo da saúde e, nas insuficiências de poder normativo e capacidade de governo, o

posicionamento estratégico se apresentava com diversos truques para produzir governabilidade e disputas de posições na construção de hegemonia. No interior das disputas, em suas tensões e conflitos, ainda restava uma linguagem subjacente, mas marcada pelo indizível. Indivíduos, mesmo plenos do reconhecimento de direitos, se desrespeitam, produzem vexação e paralisia, disputam por vezes a vida, produzindo morte e destruição.

Meus orientadores me ofertaram uma tensão insuportável e produtiva, Marcelo Land me apresentou Axel Honneth, que mais adiante apresentarei para com ele estabelecer um diálogo intenso; e minha filha Ana Luiza, de cinco anos, arquivista de nascença, sob o olhar divertidamente perplexo de Lucas, então com quatro, me incitou ao uso da filosofia. Conto melhor: um dia perguntei em meio aos meus encontros de pai separado se eles gostariam que os buscassem para irmos de Metrô à minha casa e, assim, iniciou-se um debate que vale a pena reproduzir.

- Melhor não, pai!
- Por que minha filha?
- Por causa da *polização* e da *microlização*, ela respondeu sem pestanejar.

Perplexo e sob as risadas gostosas do Lucas, perguntei o que era polização e microlização e ela respondeu:

- Pai, polização, é quando a gente está lá no Metrô, embaixo da terra e lá tem outra cidade, embaixo da cidade que está aqui em cima e são muitas. A gente não vai saber onde está, nem para onde está indo, e vira muitas coisas...

- E microlização, o que é? Perguntei mais perplexo ainda, enquanto o Lucas brincava, mostrando que não havia nenhum absurdo na fala da irmã.

- Microlização, pai, é claro! Se a gente não sabe onde está, nem para onde ir, a gente se dissolve na cidade que existe embaixo da outra cidade

Bem, se minha filhinha podia criar conceitos para explicar o que temia diante do que não conhecia direito, por que eu não poderia apenas usá-los, os tais conceitos, para interessadamente dar conta de falar de meus desejos de saber.

Assim, inicio uma discussão, partindo da explicitação do sentimento da lacuna de saber que procurarei apresentar seguindo uma apresentação do campo, muito interessada na defesa da vida.

Ainda que a crítica aos modelos tenha produzido um movimento de deslocamento da compreensão dos agires em saúde em direção ao espaço de produção do trabalho vivo em ato, em sua micropolítica (Merhy, 1997; 2002), percebe-se uma captura dos agires de gestão, pelas máquinas governamentais e por predomínio de saberes-fazeres estruturados, marcados pela centralidade administrativa do controle, e por manejos do processo de distribuição e concentração de poderes, em estruturas marcadamente burocráticas e verticalizadas.

Os esforços de construção de relações vinculadas entre usuários e trabalhadores de saúde, expressos nas práticas de acolhimento e construção solidária de saídas criativas na busca permanente de autonomia, imergem em estados de mal-estar no espaço de produção do cuidado. O desencaixe da

ação de saúde desenvolvida nas práticas cuidadoras em relação às práticas gestoras se expressa como conflito, como enfrentamentos.

Nas tentativas de decodificação da linguagem do conflito, tem sido apontado seu caráter de expressão de tensões constitutivas (Merhy, 1999), tensões entre autonomia e controle dos trabalhadores (Cecílio, 1999) ou como recurso para a interpretação dos fenômenos derivados da discordância, sendo assim, inclusive, instrumentalizáveis em prol de uma gestão aprimorada, seja por seu manejo (McIntyre, 2007), seja como analisador (Cecílio, 2005).

Neste sentido, buscou-se aqui, com auxílio da teoria da luta por reconhecimento de Axel Honneth (2003), proceder-se um diálogo entre a defesa da vida e sua micropolítica do trabalho vivo em ato e o desrespeito como categoria central de uma gramática do conflito social. É claro que para tanto parte-se do pressuposto de que a produção da saúde é produção social (Donnangelo, 1979; Gonçalves, 1994).

Neste sentido, a primeira parte desta dissertação apresenta o pensamento de Axel Honneth acerca da luta por reconhecimento e as diversas formas de desrespeito possíveis. Caminha apresentando a constituição da individualidade até a auto-referência como sujeito, da construção da autoconfiança conquistada pelo amor experimentado, passando pelo auto-respeito dado pelo reconhecimento jurídico até a auto-estima profundamente vinculada e reconhecida na experiência da solidariedade (Honneth, 2003).

Ainda que existam críticas à formulação de Honneth, particularmente a de Feres Jr. (2002), apontando para a datação e a localização na filosofia

alemã contemporânea, e atentando para outras possibilidades, para além de um olhar centrado nas questões europeias, sem desconsiderá-las, restringimos a utilização do suporte teórico de Honneth para esta análise compreensiva das relações e produções disparadas nos encontros entre gestores e trabalhadores cuidadores, sem entrar na discussão da validação da “Luta por Reconhecimento”, como uma teoria geral da ação social. Porém, tal qual Feres Jr., que não joga a bacia com a água fora e a criança dentro, partimos da premissa que faz sentido utilizar a categoria desrespeito na análise dos processos gestores, e mais, demonstraremos ao longo deste trabalho, que tal uso também permitiu uma abordagem de outras relações envolvidas na produção do cuidado.

Feres Jr. (2002) prefere a concepção de Koselleck do desrespeito como fenômeno lingüístico. O que nos interessa nesta construção que se está a apresentar é que: seja como tipos de desrespeito ou como reconhecimentos assimétricos, faz sentido proceder-se uma leitura dos conflitos verificados particularmente no desenvolvimento do modelo tecnoassistencial em defesa da vida.

Neste sentido, uma primeira compreensão demonstrou, que seja pelo viés interpretativo de Honneth, ou pela crítica de Feres Jr., o que faz sentido é a abertura de possibilidades analíticas que o conceito de desrespeito pode produzir. Para tanto se apresenta um pouco do que formula criticamente o segundo autor:

Segundo Koselleck, essas formações geralmente ocorrem na forma de “pares de contraconceitos assimétricos”. Cada par é composto por um conceito positivo e um negativo, sendo este

definido em mera oposição ao elemento positivo. O adjetivo “assimétrico” provém do fato de a relação de definição não ser mútua: enquanto o Eu define o Outro como pura negação de sua auto-imagem, o Outro não se reconhece naquela definição. Aí reside um problema capital de reconhecimento, pois o Outro toma a definição que lhe é impingida como ofensa, insulto e/ou privação. Estamos, portanto, em um terreno muito familiar, pois Koselleck, assim como Honneth, está interessado em examinar o desrespeito como fenômeno lingüístico (Feres Jr, 2002 p. 561).

No mesmo sentido dos fenômenos lingüísticos, já se havia bebido nesta fonte, desde a teoria da ação comunicativa de Habermas, com a crítica da razão instrumental e o apelo a uma práxis no mundo da vida a partir de posturas compreensivas e comunicativas (Habermas, 2003), bem como as aplicações desta teoria na tentativa de compreensão das empresas e organizações como fenômeno lingüístico (Flores, 1991). Em outra discussão nesta mesma abordagem, até como um arejamento dentro do Planejamento Estratégico, particularmente voltada para a invenção da mudança na saúde, Cecílio aposta centralmente tanto na compreensão dos coletivos em processo de constituição, bem como na formulação de novas estruturas hospitalares baseadas na desconcentração de poderes e apostas em unidades funcionais e colegiados gestores, tendo como caso índice a Santa Casa de Belém do Pará (Cecílio, 1994).

Enfim, procurou-se, com este encontro com Honneth e sua teoria, abrir caminhos para uma compreensão que possa permitir reduzir a lacuna teórica acerca das tensões constitutivas e sua potência, e dos conflitos como sua expressão cinética e lingüística.

No segundo capítulo aborda-se a gestão do cuidado como território de reconhecimento e desrespeito, tratando as particularidades experienciadas,

com base na opção ético-política pela defesa da vida. O uso livre e intensivo da teoria de Honneth, em franco diálogo com alguns autores fundadores do modelo tecnoassistencial em análise foi surpreendente. Pode-se abordar o desencaixe existente entre uma concepção do trabalho vivo em ato em sua micropolítica, bastante desenvolvida e as estruturas organizacionais, que ainda que contando com atores comprometidos com o mesmo *ethos* encontram-se capturados por estruturas que não propiciam o desenvolvimento de um agir gestor colaborativo com a inundação de afetos experienciados pelos trabalhadores desterritorializados pelo encontro vivo com os usuários, liberados de seu aprisionamento e alienação, pelo estabelecimento de novos vínculos, cuidadores e solidários.

Discutem-se neste capítulo as características organizacionais do processo de trabalho, enquanto se tenta propor outra formulação possível das organizações de saúde pautadas pela constituição de mecanismos de desadministração, enquanto se assume, ainda que parcialmente, a natureza adhocrática que a complexidade do trabalho de saúde pressupõe. Jorge (2002) já havia salientado este aspecto adhocrático que habita os fazeres em hospitais universitários, num lugar que também fez opção pelo estabelecimento de gestão baseada em coletivos gestores e unidades funcionais de produção.

Por fim, no terceiro capítulo, relatam-se elementos do processo de elaboração e constituição de uma unidade hospitalar em particular, procurando-se neste empírico possível aplicar-se a matriz conceitual desenvolvida e, com isto, verificar a sua pertinência.

O objetivo do trabalho desenvolvido referia-se a uma investigação

conceitual e não empírica, no sentido de se avaliar a pertinência dos conceitos de Honneth para enfrentamento de uma lacuna teórica e falta de um dispositivo de análise, que pudesse, ao ser incorporado à caixa de ferramentas dos gestores, funcionar como chave de abertura dos portões dos jardins secretos da gestão. Neste sentido, pode ser verificado que a categoria desrespeito não havia sido citada como eixo de análise nem das organizações de saúde, nem das relações entre os trabalhadores de saúde e seus gestores. Ainda que o conflito já habitasse a bibliografia especializada na gestão de serviços de saúde, nem de longe arranhava a temática do reconhecimento e do desrespeito. Como um presente, surgiu a possibilidade de se aplicar a matriz em discussão em um processo de formulação de uma estrutura hospitalar, e optou-se por não se perder esta oportunidade. Não mais haveria tempo para se processar a formulação de instrumentos de coleta de opiniões, experiências, sentimentos, percepções e discursos; porém, dado o limite, utilizaram-se apenas os relatos produzidos no decorrer do processo. Assim, as fontes das informações acerca dos processos de construção teórica e prática deste hospital são secundárias e utilizaram-se situações hipotéticas engendradas para dar clareza aos aspectos mencionados nas oficinas e relatados formalmente.

Neste sentido, anexou-se, ao final da dissertação, o relatório da consultoria que sintetiza o modelo formulado (Mendonça, 2008), bem como a Lei Municipal que consolida a estrutura organizacional proposta (João Pessoa, 2008).

Para buscar um esforço de conclusão, avalio a pertinência deste

sobrevoos conceituais sobre construções e experiências praticadas no campo complexo da saúde. Passando pelo desafio dos functivos habituais do processo de formação normativa, a que nós os médicos somos submetidos, tento abordar as possibilidades de se construir ambientes mais propícios à construção do comum no cuidado. Assim, espero poder contribuir com mais uma peça neste mundo demandante de abordagens complexas para produção da vida.

LUTA POR RECONHECIMENTO: O DESRESPEITO COMO ANALISADOR POTENTE DO TRABALHO VIVO EM ATO NA GESTÃO

Partindo-se das premissas que o trabalho em saúde é por excelência trabalho vivo em ato, o que me inspira, motiva e coloca em marcha o processo de investigação diz respeito aos processos de gestão deste trabalho. Particularmente, a questão do conflito e o lugar por ele ocupado na construção de soluções e novos problemas nas instituições de saúde também muito animou este processo investigativo. Neste sentido, se propôs neste trabalho, trazer para o campo da saúde coletiva uma discussão com alguns dos autores mais implicados na questão da construção de modelos tecnoassistenciais em defesa da vida, uma discussão com Axel Honneth e sua teoria social da luta por reconhecimento, a fim de testar frente às experiências de gestão, o papel do conflito social, ou seja, a particularização de um fenômeno demonstrado como geral na sociedade, para o exercício da gestão do trabalho em saúde.

Axel Honneth é um dos principais expoentes da Teoria Crítica da Escola de Frankfurt e dos principais pensadores da Alemanha contemporânea. Professor da Universidade de Frankfurt, e diretor do Instituto de Pesquisa Social desde 2001, despontou entre os pensadores contemporâneos ao levantar a existência de um possível “déficit sociológico” nas teorias crítica e da ação comunicativa de seu antecessor e orientador, Jürgen Habermas, do qual foi assistente, em sua tese de doutorado em que escreve a Crítica do Poder (*Kritik der Macht*). Para Honneth, Habermas não resolve a teoria da ação comunicativa ao estabelecer o diferencial entre o mundo da vida e o sistema,

desenvolvendo aí a crítica da razão instrumental, orientada aos fins. Ainda que compartilhe com os demais autores da Escola de Frankfurt o posicionamento em uma filosofia crítica, alinhada com pressupostos referentes ao caminho emancipatório da comunidade humana, ao contrário dos seguidores de uma concepção hobbesiana de sociedade e estado, ele busca a construção de uma teoria da ação social que, partindo da idéia do conflito social como motor do desenvolvimento e do progresso da humanidade, apresente uma compreensão da teoria crítica para além do capitalismo administrado. Para Honneth, o conflito social está em um entre, como *médium* entre sistema e mundo da vida.

Busca, numa reinterpretação do pensamento de Hegel, particularmente no período de Jena em sua juventude, a força de uma teoria de luta por reconhecimento. Na concepção hegeliana da luta inter-humanos, parte-se de um posicionamento crítico a Maquiavel e Hobbes na construção de uma luta por autoconservação sem negar a existência de tal conflito, mas sem deixá-lo se perder na liberação de caráter normativo da ação do soberano ou no sacrifício dos conteúdos liberais do contrato social, frente à forma autoritária de sua realização política (Honneth, 2003, p.16).

Hegel, ao contrário de Hobbes, vai definindo que o contrato social não põe fim a uma luta precária de todos contra todos pela autoconservação, mas ao contrário, esta luta, como *médium* moral, pode levar a um amadurecimento da relação ética (Honneth, 2003, p. 48). Em contraposição à construção do Estado *Leviatã*, ao invés de iniciar com a linha de argumentação de uma luta de todos contra todos, inicia a formulação de uma eticidade natural a partir de formas elementares de reconhecimento inter-humano (Honneth, 2003, p. 56).

Honneth vai encontrar em Hegel os fundamentos de uma teoria social de base normativa, partindo do modelo conceitual de luta por reconhecimento. Este reconhecimento intersubjetivo encontra em Hegel uma distinção em três esferas, segundo o objeto do reconhecimento: para o indivíduo (carências concretas) o amor; para a pessoa (autonomia formal) o direito e; para o sujeito (particularidade individual) a solidariedade.

Considerando que Hegel no desenvolvimento de sua filosofia comprometeu-a com o retorno à metafísica e à filosofia do espírito, e sua discussão acerca do amor partiu de uma concepção familiar vinculada à sua época, ou seja, patriarcal e burguesa, Honneth vai buscar em George Herbert Mead e no pragmatismo da psicologia social estadunidense uma inflexão materialista e empírica da luta por reconhecimento. Por outro lado, busca na Psicanálise e, particularmente, em Winnicott o estabelecimento nas relações primárias, de relações intersubjetivas na construção do amor maduro.

Honneth vai construir a noção de luta por reconhecimento na esfera afetiva primária no processo de diferenciação e autonomização entre a criança e sua mãe ou seu equivalente e vice e versa. Tendo em vista que não é só a criança que experiencia a liberação de sua onipotência em relação à sua mãe-ambiente, mas a mãe também reconhecendo em seu filho um outro individualizado, constroem a relação de confiança que será a base da construção do amor maduro do adulto. Ou seja, na luta pelo reconhecimento de suas autonomias, o amor constrói este reconhecimento intersubjetivo que permitirá o viver só, indispensável para a produção das relações amorosas e de amizades, em que se reconhece o outro como outro de si mesmo,

estabelecendo a autoconfiança. Esta relação de reconhecimento vai se basear na tensão ou luta permanente entre dedicação e individualidade necessárias para as relações afetivas futuras.

Aqui Honneth aponta, mas não aprofunda, algo que apresenta um interesse particular para esta investigação centrada nos processos de gestão do trabalho vivo em saúde, referente às possibilidades futuras da manutenção da onipotência da criança ao não experimentar sua diferenciação da mãe e, portanto, constituindo a estrutura narcisística.

Assim, a agressividade pertinente às tentativas de destruição da mãe, não seria resultado de frustrações da criança, mas sim testes visando o reconhecimento da mãe como um outro autônomo e individualizado, que mediante sua resposta de negativas deste processo permite a desilusão essencial para a construção de um amor liberado da onipotência narcisística.

Sintetizando nos termos propostos por Honneth:

Se o amor representa uma simbiose quebrada pela individuação recíproca, então o que nele encontra reconhecimento junto ao respectivo outro é manifestamente apenas sua independência individual; em razão disso, poderia surgir a miragem de que a relação amorosa seria caracterizada somente por uma espécie de reconhecimento que possuiria o caráter de uma aceitação cognitiva da autonomia do outro. Que não se trata de algo assim é o que já se depreende do fato que aquela liberação para a independência ser sustentada por uma confiança afetiva na continuidade da dedicação comum; sem a segurança emotiva de que a pessoa amada preserva sua afeição mesmo depois da autonomização renovada, não seria possível de modo algum, para o sujeito que ama, o reconhecimento de sua independência. Uma vez que esta experiência tem de ser múltipla na relação do amor, o reconhecimento designa aqui o duplo processo de uma liberação e ligação emotiva simultâneas da outra pessoa; não um respeito cognitivo, mas sim uma afirmação da autonomia, acompanhada ou mesmo apoiada pela dedicação, é ao que se visa quando se fala do

reconhecimento como um elemento constitutivo do amor. Toda relação amorosa, seja aquela entre pais e filho, a amizade ou o contato íntimo, está ligada, por isso, à condição de simpatia e atração, o que não está à disposição do indivíduo; como os sentimentos positivos para com outros seres humanos são sensações involuntárias, ela não se aplica indiferentemente a um número maior de parceiros de interação, para além do círculo social das relações primárias. Contudo, embora seja inerente ao amor um elemento necessário de particularismo moral, Hegel fez bem em supor nele o cerne estrutural de toda eticidade: só aquela ligação simbioticamente alimentada, que surge da delimitação reciprocamente querida, cria a medida de autoconfiança individual, que é a base indispensável para a participação autônoma na vida pública. (Honneth, 2003, p. 178).

Assim, pode então fazer uma distinção da forma de reconhecimento do amor frente à relação jurídica. Ambas são coincidentes na dependência de uma relação recíproca; porém, no caso do direito, já percebeu em Hegel e Mead a relação frente ao “outro generalizado”, ou seja, para poder compreendermo-nos como portadores de direitos o fazemos defrontando-nos exatamente com os direitos do outro.

Honneth vai tratar o sistema jurídico em sua forma pós-convencional, moderno e pretensamente assentado sobre princípios universais e não sobre estamentos e castas,

Pois, com a passagem para a modernidade, as categorias pós-convencionais, que já antes foram desenvolvidas na filosofia e na teoria política, penetram no direito em vigor, submetendo-o às pressões de fundamentação associadas à idéia de um acordo racional acerca das normas controversas; o sistema jurídico precisa ser entendido de agora em diante como expressão dos interesses universalizáveis de todos os membros da sociedade, de sorte que ele não admita mais, segundo sua pretensão, exceções e privilégios. (Honneth, 2003, p. 181).

Esta concepção remete a uma idéia de igualdade, em que os homens podem olhar para si e para os outros e se sentirem iguais, aceitos como tal.

Como conseqüência, esta dignidade atribuída a si e aos demais caracteriza de forma contundente a noção de validade das pretensões, ou seja, ser portador de direitos equivale a possuir o poder de colocar pretensões aceitas. No dizer de Honneth, vai além de Mead, em sua fundamentação:

Visto que possuir direitos individuais significa poder colocar pretensões aceitas, eles dotam o sujeito individual com a possibilidade de uma atividade legítima, com base na qual ele pode constatar que goza do respeito de todos os demais. É o caráter público que os direitos possuem, porque autorizam seu portador a uma ação perceptível aos parceiros de interação, o que lhes confere a força de possibilitar a constituição do auto-respeito; pois, com a atividade facultativa de reclamar direitos, é dado ao indivíduo um meio de expressão simbólica, cuja efetividade social pode demonstrar-lhe reiteradamente que ele encontra reconhecimento universal como pessoa moralmente imputável. (Honneth, 2003, p. 197).

Chama a atenção para a discussão que nos colocamos, do ponto de vista da gestão do trabalho em saúde, para a questão das pretensões válidas e do sentimento de imputabilidade moral, visto que os gestores contemporâneos em nosso sistema de saúde deparam-se, em suas experiências práticas, com a questão da incapacidade de tratar quase qualquer pretensão das pessoas que trabalham como válidas, ou não, e, por outro lado, dadas as características do modelo derivado de um direito administrativo confuso, trabalhadores são considerados inimputáveis, muitas vezes sendo colocados à margem do processo de trabalho, ao invés de se defrontar sujeitos, de um lado responsáveis pelo atendimento a demandas sociais, e de outro responsáveis pela produção do trabalho.

Honneth, então, em seqüência, avança para a questão da formação da vontade, para uma primeira conclusão de

(...) que um sujeito é capaz de se considerar, na experiência do reconhecimento jurídico, como uma pessoa que partilha com todos os outros membros de sua coletividade as propriedades que capacitam para a participação na formação discursiva da vontade; e a possibilidade de se referir positivamente a si mesmo desse modo é o que podemos chamar de “auto-respeito”. (Honneth, 2003, p. 197).

Um problema apontado por Honneth em questão ao auto-respeito refere-se à difícil comprovação empírica de sua existência que, de certa forma, é demonstrada pela sua face negativa, do desrespeito, da denegação do direito e, complementando e antecipando a discussão do desrespeito, coloca a questão do sentimento paralisante da vergonha envolvido nos casos de tolerância a subprivilégios jurídicos, “do qual só o protesto ativo e a resistência poderiam libertar”. (Honneth, 2003, p. 198).

Na investigação filosófica empreendida por Honneth, este também verificou que tanto Hegel quanto Mead apontavam outra forma de reconhecimento para além do amor e do reconhecimento jurídico, aproximando-se do conceito de estima social. Para Hegel, vinculava-se esta idéia à questão da eticidade e, para Mead, a mesma se dava por meio da divisão cooperativa do trabalho (Honneth, 2003, p. 198). Porém, a questão da estima social, numa leitura da história das sociedades, aponta grandes mudanças em relação aos mais de duzentos anos transcorridos desde os primeiros escritos de Hegel em Jena, e cerca de cem anos, desde os de Mead. Para a construção de um reconhecimento dado pela estima social, para ambos há um pressuposto de partilha intersubjetiva de horizonte de valores comuns entre os sujeitos, ou seja,

(...) o Ego e o Alter só podem se estimar mutuamente como pessoas individualizadas sob a condição de partilharem a

orientação pelos valores e objetivos que lhes sinalizam reciprocamente o significado ou a contribuição de suas propriedades pessoais para a vida do respectivo outro. (Honneth, 2003, p. 199).

Em seu entender, a diferenciação entre reconhecimento jurídico e “estima social se aplica às propriedades particulares que caracterizam os seres humanos em suas diferenças pessoais” (Honneth, 2003, p. 199). A partir daí, coube o estabelecimento de uma diferenciação entre os *media*, “onde o direito moderno se caracteriza como um *medium* de reconhecimento que expressa propriedades universais de sujeitos humanos de forma diferenciadora” (Honneth, 2003, p. 199) e, a seu par, a estima social, uma forma de “reconhecimento que requer um *medium* social que deve expressar as diferenças de propriedades entre os sujeitos humanos de maneira universal, isto é, intersubjetivamente vinculante” (Honneth, 2003, p. 199). Aponta, assim, uma singularização final de um conjunto de prerrogativas inicialmente universal para o caso do direito moderno e, ao contrário, em se tratando da estima social, parte-se de uma singularização inicial, dadas propriedades e capacidades individuais, para ao fim considerar-se justo nisto, o universalmente aceito. É na singularidade que está a chave da valoração individual para que dentro de uma autocompreensão da sociedade se efetue um “juízo” intersubjetivo das capacidades e realizações, no sentido da contribuição para atingir-se os objetivos comuns e a construção dos valores culturalmente definidos. “Neste sentido, essa forma de reconhecimento recíproco está ligada também à pressuposição de um contexto de vida social cujos membros constituem uma comunidade de valores mediante a orientação por concepções de objetivos comuns” (Honneth, 2003, p. 200). Sendo assim, é

de se esperar que tal qual o reconhecimento jurídico, pode ser esperada uma grande variabilidade histórica nos padrões de estima social. Refere, assim, uma dependência direta da estima social ao grau de pluralização de horizontes de valores socialmente definidos:

Quanto mais as concepções dos objetivos éticos se abrem a diversos valores e quanto mais a ordenação hierárquica cede a uma concorrência horizontal, tanto mais a estima assumirá um traço individualizante e criará relações simétricas. (Honneth, 2003, p. 200).

Para avançar sobre este tema, parte da transição histórica das sociedades tradicionais de características estamentais, em que o reconhecimento dado pela estima é pertinente ao grupo social no qual o indivíduo está inserido, ou seja, a estima é de grupo, é particular a uma comunidade fechada de valores e caracteriza-se pela noção de “honra”. Nesta transição histórica e cultural para a modernidade, há a migração da honra para os conceitos de “reputação” ou “prestígio” social (Honneth, 2003, p. 201).

A honra é atingida pelo indivíduo quando este, na verticalidade deste sistema social, consegue cumprir as formas específicas de conduta de grupo de seu estamento ou como apresentou Max Weber, “no plano do conteúdo, a honra estamental encontra sua expressão normalmente na imposição de uma conduta de vida específica a qualquer um que queira pertencer ao círculo” (Weber, apud Honneth, 2003, p. 201). É neste sentido que afirma que a honra não é atribuível ao indivíduo biograficamente individuado: o valor se aplica ao todo do grupo ao qual possui relação de pertença, ou seja, o cumprimento honroso das expectativas coletivas honra seu grupo; a si, garante apenas a participação no círculo desejado. Daí advém a constatação de que a estima

apresenta uma forma de reconhecimento, dentro da sociedade estamental, de “relações simétricas por dentro, mas assimétricas por fora, entre os membros tipificados” (Honneth, 2003, p. 202).

Com a passagem para a modernidade, pode-se verificar uma quebra não só na hierarquia valorativa da honra, mas também de uma migração de processos decisórios e comportamentais para a esfera “intra-mundana”, afastando-se dos suportes da religião e da metafísica. As medidas da honra deixam de possuir uma escala valorativa, dentro de uma “honra social”. Ancorou-se aí também a luta da burguesia, procurando-se afastar de qualquer pré-definição de comportamentos esperados dentro da ordem feudal.

No curso das transformações descritas, uma parte não desconsiderável do que os princípios de honra, escalonados segundo o estamento, asseguravam até então ao indivíduo em termos de estima migra para a relação jurídica reformada, onde alcança validade universal com o conceito de “dignidade humana” (Honneth, 2003, p. 204).

Para além da questão da obscuridade que resta ao sistema jurídico na garantia de defesa da reputação dos indivíduos, Honneth também aponta a incapacidade de tratar de maneira inteira as capacidades e propriedades das pessoas e sua implicação na estima social, já que: “uma pessoa só pode se sentir ‘valiosa’ quando se sabe reconhecida em realizações que ela justamente não partilha de maneira distinta com todos os demais” (Honneth, 2003, p. 204). Pois, de encontro às sociedades estamentais, a burguesia luta pelo estabelecimento de um não condicionamento *a priori* das condutas que podem se edificar eticamente em relação aos seus fins, e, nesta luta, a questão da honra vai se deslocando do espaço público para o espaço particular, dada a consolidação de uma nova forma de conceber a sociedade e nela a inscrição

de seus membros.

O novo padrão de organização, imposto pela modernidade, faz com que esta forma de reconhecimento se refira a uma camada estreita em que restam aos indivíduos, por um lado, a universalização jurídica da honra em “dignidade” e uma privatização da honra até tornar-se “integridade” (Honneth, 2003, p. 206). O “prestígio” ou a “reputação” referem-se a graus de reconhecimento social que o indivíduo merece em sua forma de “auto-realização”, dado que esta, de alguma forma contribuiu para a consecução dos objetivos comuns, agora definidos de forma abstrata.

Dentro desta nova situação, uma tensão vai impregnar esta forma moderna de organização da estima social, pois, definidas abstratamente as finalidades da sociedade e individualmente as noções de prestígio e reputação, os indivíduos vão em seus movimentos buscar uma práxis exegética, capaz de demonstrar o quanto suas definições de auto-realização são de todo pertinentes para a construção dos caminhos para se atingir as finalidades comuns.

(...)quanto mais os movimento sociais conseguem chamar a atenção da esfera pública para a importância negligenciada das propriedades e das capacidades representadas por eles de modo coletivo, tanto mais existe para eles a possibilidade de elevar na sociedade o valor social, ou mais precisamente, a reputação de seus membros. (...) os confrontos econômicos pertencem constitutivamente a esta forma de luta por reconhecimento. (Honneth, 2003, pp. 207 e 208)

Um impasse encontrado neste desenvolvimento diz respeito à referência de que a estima social exatamente é pertinente à existência de estamentos na sociedade, visto que esta será sempre uma forma de reconhecimento

associada ao caráter de relação assimétrica entre sujeitos biograficamente individuados. Ou parte-se para uma complexificação abstrata na qual, ao fim, todo indivíduo terá chance de auto-realização e conseqüentemente de obter reputação social ou, como apresenta Honneth ao lançar mão do conceito de solidariedade, vai buscar um “genérico” capaz de dar conta de uma compreensão prática.

Fica importante definir com precisão o que o autor em questão vai definir como solidariedade; assim,

(...) por “solidariedade” pode se entender, numa primeira aproximação, uma espécie de relação interativa em que os sujeitos tomam interesse reciprocamente por seus modos de vida, já que eles se estimam entre si de maneira simétrica. Essa proposta explica também a circunstância de o conceito de “solidariedade” se aplicar até o momento precipuamente às relações de grupo que se originam na experiência da resistência comum contra a repressão política; pois aqui é a concordância no objetivo prático, predominando sobre tudo, que gera de súbito um horizonte intersubjetivo de valores no qual cada um aprende a reconhecer em igual medida o significado das capacidades e propriedades do outro. (Honneth, 2003, p. 209).

Fica patente o deslocamento axiológico das finalidades abstratas contidas nos objetivos comuns de grupos ou da sociedade, para uma compreensão prática, dada pelos “acontecimentos”. Não de forma casual, numa tentativa de ampliação do horizonte de visão, Honneth referiu os momentos de guerra, enfrentamento de fardos pesados ou de grandes privações, como “acontecimentos” com capacidade de disparar intersubjetivamente este reconhecimento de estima mútua e simétrica, nas diferenciações individuais. Ainda mais, esta dá origem a uma renovação valorativa permissiva aos sujeitos de uma estima mútua, por realizações e

capacidades anteriormente sem importância social (Honneth, 2003, p. 210).

Este processo de individualização permite, ao contrário do modelo estamental, uma modificação também referente à “relação prática consigo próprio em que ela faz entrar os sujeitos” (Honneth, 2003, p. 210). O respeito social atingido deixa de se referir ao grupo e passa a ser atributo de si próprio, que ao lado, então, da autoconfiança, dada pelo amor e do auto-respeito reconhecido no direito, produz a percepção de “auto-realização prática” ou “sentimento do próprio valor” ou ainda mais em paralelo com os demais reconhecimentos, “auto-estima” (Honneth, 2003, p. 210). “Na medida em que todo membro de uma sociedade se coloca em condições de estimar a si próprio dessa maneira, pode-se falar então de um estado pós-tradicional de solidariedade social” (Honneth, 2003, p. 210).

Sujeitos autônomos e individualizados estimam-se simetricamente, desde que isto signifique um “considerar-se reciprocamente à luz de valores que fazem as capacidades e as propriedades” (singulares) “do respectivo outro aparecerem como significativas para a práxis comum” (Honneth, 2003, p. 210). A relação solidária é então, para além da tolerância para com a singularidade do outro, o interesse afetivo por essa particularidade. Esta compreensão e posicionamento práticos apresentam-se como condicionante da realização de interesses comuns, já que para Honneth: “só na medida em que cuido ativamente de que suas propriedades, estranhas a mim, possam se desdobrar, os objetivos que nos são comuns passam a ser realizáveis” (Honneth, 2003, p. 211). Por fim, cabe a ressalva do caráter não quantitativo que a “simetria” apresenta, já que simétrico não significa “na mesma medida”, visto que não

seria possível imaginar objetivos comuns em escalas quantitativas de valor. Se todo sujeito apresenta a mesma chance de sentir-se valioso para a sociedade, sem gradação coletiva de valores definidos, as relações sociais que têm em vista a “solidariedade” “podem abrir o horizonte em que a concorrência individual por estima social assume uma forma isenta de dor, isto é, não turvada por experiências de desrespeito” (Honneth, 2003, p. 211).

Com o objetivo de apresentar uma síntese até este momento e ao mesmo tempo amalgamar com o passo seguinte, no estudo do desrespeito e da “motivação” do conflito social, insiro o quadro referencial com a estrutura das relações de reconhecimento, apresentadas por Axel Honneth.

Quadro 1 - Estrutura das relações sociais de reconhecimento (Honneth, 2003, p. 211).

Modos de Reconhecimento	Dedicação Emotiva	Respeito Cognitivo	Estima Social
Dimensões da Personalidade	Natureza carencial e afetiva	Imputabilidade moral	Capacidades e propriedades
Formas de Reconhecimento	Relações primárias (amor, amizade)	Relações jurídicas (direitos)	Comunidade de valores (solidariedade)
Potencial Evolutivo		Generalização, materialização	Individualização, igualização
Auto-Relação Prática	Auto-confiança	Auto-respeito	Auto-estima
Formas de Desrespeito	Maus-tratos e violação	Privação de Direitos e exclusão	Degradação e ofensa
Componentes ameaçados da personalidade	Integridade física	Integridade social	“honra”, dignidade

Desrespeito

Honneth aponta um saber evidente inscrito na linguagem cotidiana que a integridade se deve de maneira subterrânea a padrões de assentimento e reconhecimento e que existe percepção negativa tal qual o experienciado na “ofensa” e no “rebaixamento”. O grave não seria apenas a privação da liberdade de levar a própria vida dispendo de seu corpo, mas o rompimento com o resseguro esperado do outro no estabelecimento da auto-realização prática. Mead e Hegel puderam estabelecer como sendo do entrelaçamento interno entre individualização e reconhecimento, que resulta aquela vulnerabilidade humana identificada com o conceito de “desrespeito”. As experiências relacionadas ao desrespeito e à ofensa podem escalonar-se em diversos níveis de profundidade de lesão psíquica no indivíduo. Fazem-se necessárias estas distinções, dado que a observância de fenômenos, tão díspares quanto a privação de meios mínimos de viver, e as ameaças sutis à integridade pessoal possam terminar por uma anulação dada, a gravidade de um, sem contar-se com a importância do outro.

Assim, poderiam também ser identificadas formas fenomênicas negativas de reconhecimento, dadas pela sua privação e medidas pelos diversos graus, que podem afetar ou abalar a auto-realização prática comprometendo pela privação, o reconhecimento de pretensões de identidade.

O central na investigação de Honneth não está em simplesmente identificar mecanismos de construção do reconhecimento e de sua negativa, mas em como as experiências negativas podem se constituir na “motivação” do movimento dos indivíduos humanos pelo desenvolvimento da sociedade, ou

em suas próprias palavras quando indaga:

Como a experiência de desrespeito está ancorada nas vivências afetivas dos seres humanos, de modo a que possa dar, no plano motivacional, o impulso para a resistência social e para o conflito, mais precisamente, para uma luta por reconhecimento? (Honneth, 2003, p. 214).

O tipo mais elementar de rebaixamento se dá pelos maus tratos, quando são retiradas do indivíduo todas as possibilidades de livre disposição sobre o seu corpo. Não se trata apenas da dor física, mas da ruptura destrutiva da expectativa, em relação ao outro, com a submissão total à sua vontade, sem proteção.

As conseqüências são as perdas da confiança em si mesmo e no mundo, além de produzir “vergonha social”. Se, desta feita é negado o reconhecimento da individualidade corporal, justo onde se inicia um processo emotivo de socialização, é ferida de morte a confiança em si mesmo. Esta noção de violação é um invariante histórico, visto que não há fundamentação que possa ser construída para um acontecimento que opera negativamente na construção intersubjetiva de fusão-delimitação.

Adiante da perda da autoconfiança, uma segunda forma de desrespeito dá-se na denegação de direitos ou na exclusão social. A denegação de um direito garantido institucionalmente, resultado de um processo intersubjetivo de construção, atinge moralmente o sujeito, ou seja, vai produzir uma distinção negativa no sentido de reconhecer-se como sujeito ou indivíduo não imputável e não capaz de assumir pretensões válidas diante do outro. Não se trata aqui de não se conseguir algum aspecto de universalização de alguns direitos, mas é exatamente na negação daquilo que está assumido como integralmente

garantido, que se articula a “ofensa” que levará a destruição do auto-respeito.

O terceiro tipo de rebaixamento seria referente negativamente ao valor social dos indivíduos ou grupos. É aí que se experimentam na linguagem contemporânea as sensações de ofensa e degradação, pois é nesta relação negativa que se atinge a honra, a dignidade, ou em termos mais atuais, o *status* que, uma vez conferidos, ao serem denegados, acertam em cheio a auto-estima dos indivíduos e grupos. Ser tratado diferencialmente em função de modos de vida ou crenças vai produzir a inserção do sujeito como incapaz ou deficiente, não partilhando nesta valoração os pressupostos de igualdade de participação na vida social. O indivíduo deixa de entender a si próprio como portador de capacidades e características importantes para os demais, afetando sua auto-estima pessoal.

Portanto, o que aqui é subtraído da pessoa pelo desrespeito em termos de reconhecimento é o assentimento social a uma forma de auto-realização que ela encontrou arduamente com o encorajamento baseado em solidariedades de grupos. Contudo, um sujeito só pode referir essas experiências de degradação cultural a si mesmo, como pessoa individual, na medida em que os padrões institucionalmente ancorados de estima social se individualizam historicamente, isto é, na medida em que se referem de forma valorativa às capacidades individuais, em vez de propriedades coletivas; daí essa experiência de desrespeito estar inserida também, como a privação de direitos, num processo de modificações históricas (Honneth, 2003, p. 218).

O como a experiência individual do desrespeito, em qualquer uma de suas formas, transita da vivência individual para o âmbito dos movimentos sociais é o que vai conduzindo a investigação de Honneth. Como se trata de uma análise do quê motivacional, o qual está agenciado nos processos de degradação do indivíduo, este autor busca em uma teoria das emoções, e

particularmente em John Dewey, sustentação para esta continuidade necessária e particularmente importante para a investigação que aqui tento produzir.

Nem em Hegel nem em Mead havia-se encontrado uma referência à maneira como a experiência de desrespeito social pode motivar um sujeito a entrar numa luta ou num conflito prático; faltava de certo modo o elo psíquico que conduz do mero sofrimento à ação ativa, informando cognitivamente a pessoa atingida acerca de sua situação social. Gostaria de defender a tese de que essa função pode ser cumprida por reações emotivas negativas, como as que constituem a vergonha ou a ira, a vexação e o desprezo; delas se compõem os sintomas psíquicos com base nos quais um sujeito é capaz de reconhecer que o reconhecimento social lhe é denegado de modo injustificado. A razão disso pode ser vista, por sua vez, na dependência constitutiva do ser humano em relação à experiência do reconhecimento: para chegar a uma auto-relação bem sucedida, ele depende do reconhecimento intersubjetivo de suas capacidades e de suas realizações; se uma tal forma de assentimento social não ocorre em alguma etapa de seu desenvolvimento, abre-se na personalidade como que uma lacuna psíquica, na qual entram as reações emocionais negativas como a vergonha ou a ira. Daí a experiência de desrespeito estar sempre acompanhada de sentimentos afetivos que em princípio podem revelar ao indivíduo que determinadas formas de reconhecimento lhe são socialmente denegadas (Honneth, 2003, p. 220).

Do ponto de vista da ação, ou de uma teoria da ação, os enfrentamentos se dão no sentido das tentativas instrumentais de se atingir seu êxito. Neste meio, o agente se depara com obstáculos que a dificultam ou impedem. Por outro lado, a ação do indivíduo que se lança em direção ao êxito pode esbarrar em normativas morais previamente assentidas que, apesar disso, lhe negam prosseguimento. Quando o enfrentamento, com resultado negativo, refere-se simplesmente a barreiras e dificuldades eventuais, surge uma emoção ligada a obstáculos técnicos; porém, quando a ação é impedida por enfrentamento a normas morais, este sentimento vai referir-se a conflitos morais no mundo da vida social.

De forma bastante elementar, as diferenças entre as diversas reações emotivas se medem conforme a violação de uma norma, que refreia a ação, seja causada pelo próprio sujeito ativo ou por seu parceiro de interação: no primeiro caso, a pessoa vivencia o contra-choque de suas ações com sentimento de culpa; no segundo caso, com sentimentos de indignação moral (Honneth, 2003, p. 222).

A ação rechaçada nestes termos desloca a atenção em direção ao agente, às suas próprias expectativas, que neste tempo toma consciência de seu elemento cognitivo, isto é, no saber moral está a condução de sua ação e o seu refreamento. Este posicionamento do indivíduo em relação à transgressão da norma vai produzir o sentimento de vergonha:

O conteúdo emocional da vergonha consiste, como constata-se em comum acordo as abordagens psicanalíticas e fenomenológicas, em uma espécie de rebaixamento do sentimento do próprio valor; o sujeito, que se envergonha de si mesmo na experiência do rechaço de sua ação, sabe-se como alguém de valor menor do que havia suposto previamente; considerando-se de uma perspectiva psicanalítica, isto significa que a violação de uma norma moral, refreando a ação, não atinge aqui negativamente o superego, mas sim os ideais de ego de um sujeito (Honneth, 2003, pp. 222-223).

A vergonha assim colocada é vivenciada apenas na presença dos parceiros de interação, sejam eles reais ou imaginários. Se a transgressão moral ocorreu por causa da própria pessoa, o sujeito se vivencia como de menor valor, já que estes pressupostos morais já estavam constitutivamente em seus ideais de ego; mas, por outro lado, se causado por outrem, o sujeito vai vivenciar a opressão por um sentimento de falta do próprio valor, pois seus parceiros de interação vão ferir normas que, antes de tudo, pela sua observância, o sujeito faz-se valer “como a pessoa que ele deseja ser conforme seus ideais de ego” (*Ib.*, p.223). Manifestamente, esta vergonha moral vai paralisar a ação e produzir no indivíduo vivência semelhante a

possuir sentimento de dependência constitutiva do reconhecimento do outro.

Honneth acredita que estas reações emocionais ligadas à degradação como a vergonha podem impulsionar motivacionalmente uma luta por reconhecimento. Entende que “a tensão afetiva em que o sofrimento de humilhações força o indivíduo a entrar só pode ser dissolvida por ele na medida em que reencontra a possibilidade da ação ativa” (Honneth, 2003, p. 224).

Para que a ação ativa se torne resistência política é necessário existir, no entorno da vida social, capacidade de articulação em movimentos sociais. O ser humano não reage de forma emocionalmente neutra às experiências de desrespeito, sejam elas referentes a maus-tratos, privações de direitos ou degradações. E, neste sentido, Honneth também adverte que

(...) a injustiça do desrespeito não *tem* de se revelar inevitavelmente nestas reações afetivas, senão que apenas o *pode*: saber empiricamente se o potencial cognitivo inerente aos sentimentos da vergonha social e da vexação, se torna uma convicção política e moral depende sobretudo de como está constituído o entorno político e cultural dos sujeitos atingidos – somente quando o meio de articulação de um movimento social está disponível é que a experiência do desrespeito pode tornar-se uma fonte de motivação para ações de resistência política. No entanto, só uma análise que procura explicar as lutas sociais a partir das dinâmicas das experiências morais instrui acerca da lógica que segue o surgimento desses movimentos coletivos (Honneth, 2003, p. 224).

Na terceira parte de seu estudo, Honneth busca discutir “perspectivas de filosofia social: moral e evolução da sociedade”, partindo da tentativa de executar aproximações históricas que tornasse defensável teoricamente “que é uma luta por reconhecimento que, como força moral, promove desenvolvimentos e progressos na realidade da vida social do ser humano”

(Honneth, 2003, p. 227).

O objeto deste processo de investigação não diz respeito a uma tentativa de afirmação ou negação de uma teoria da ação social, mas sim, ao trazer o pensamento e formulações de Honneth, verificar a utilidade do conceito central do desrespeito às caixas de ferramentas dos gestores na saúde. Neste sentido, tanto pela dobra interna do processo de gestão em si, como na externalidade do resultado deste esforço de gestão para a construção da cidadania, mediante ganhos de autonomia para se andar a vida, por parte dos usuários, pretendeu-se verificar a pertinência do conceito de desrespeito como ativador de processos de mudança e de práticas afirmativas.

Esta discussão pode contribuir para aprofundar o debate acerca do papel do conflito nas estruturas de gestão - ainda pairando em torno de uma compreensão e preocupação, por um lado, e pelas tentativas de uso instrumental como categoria - que poderia permitir aprimoramentos e avanços dos processos administrativos e de gestão (Cecílio, 2005; McIntyre, 2007).

Outra questão que se coloca neste momento diz respeito às tensões constitutivas do ato de governar (Merhy, 1999): entendemos aqui que se as tensões são potência, muitas vezes o conflito é sua cinética; o conflito como movimento, como produção e consumo energético, pode ser até desconfortável, mas pode se dar em produção afirmativa de inovações, porém também pode se dar em sua forma específica de agir em práticas de desconhecimento, desrespeito, humilhação e vexação, ou paralisia e perda de potência.

GESTÃO: TERRITÓRIO DE RECONHECIMENTO E DESRESPEITO ENTRE SUJEITOS

A gestão se coloca neste estudo como campo de prática social no qual acontece o processo de coordenação do trabalho em saúde. Atentando para a questão particular do trabalho vivo em ato com conseqüente manifestação dos auto-governos dos trabalhadores (Merhy, 1999; 2002), que, ao manejar suas clínicas, seus saberes tecnológicos e estabelecer tentativas de controle dos cuidados realizados, o fazem de forma autônoma, pretende-se aqui colocar uma perspectiva crítica aos pressupostos modelares que vêm conformando as formas como são produzidas matrizes conceituais que orientam o processo de gestão no interior do Sistema Único de Saúde – SUS.

Uma primeira questão que se coloca é que existe uma tensão em si na produção de atos de saúde, uma vez que estes podem ou não estar inseridos em uma lógica cuidadora de diferentes composições, esteja vinculada a uma produção que pode estar simplesmente centrada nos procedimentos profissionais, ou no interesse e necessidade do usuário. Ou seja, há tensão na definição se procedimentos a serem realizados organizam uma rede de cuidados, ou se as demandas, necessidades e construção de autonomias possíveis organizam entre outras coisas a disponibilidade de realização de certos procedimentos (Merhy, 1999). Por óbvia que tal discussão possa parecer, faz-se necessário explicitar que a prática do trabalho em saúde pode ser baseada apenas nos atos profissionais. Por exemplo, os dois grupos profissionais mais arredios a uma proposta de horizontalização do cuidado em João Pessoa, como em tantos outros lugares pelos quais já passei, são

exatamente os anestesistas e ortopedistas, e ambos, médicos, entendem as suas práticas como (exatamente) pontualmente definidas pelos procedimentos que executam. Não tem antes nem depois, cada procedimento é ato em si: o Dr. A pode fazer a consulta pré-anestésica (se houver) e o Dr. B a anestesia (procedimento anestésico), bem como o Dr. C cuida da recuperação pós-anestésica; tudo bem, para este grupo, isto funciona; O Dr. D pode indicar a cirurgia ortopédica (semiotécnica, definição de conduta), o Dr. E pode fazer o pré-operatório, por sua vez o Dr. F realiza o procedimento cirúrgico (procedimento ortopédico) e os Drs. G, H, F e G, realizam a cada dia em que estão de plantão os procedimentos pós-operatórios (visitas); o Dr. H pode realizar uma consulta de *follow-up*. Chamam a isto de trabalho em equipe, trabalho produtivo, pois quem sabe operar, opera e quem sabe acompanhar, acompanha. Chama-se genericamente isto de usuário institucional, melhor definido, como usuário do hospital e não do médico em si. Enquanto a gestão tenta discutir o cuidado, cirurgiões debatem a defesa da fragmentação total do cuidado, da clínica fragmentada, do cuidado fragmentado, da submissão do cuidado às clínicas específicas. Mais, o discurso da qualidade fica chapado, decalcado em *guidelines* - guias de referência, protocolos e rotinas, materiais adequados e disponíveis prontamente, profissionais específicos para cada procedimento - e, na fantasia do acompanhamento padronizado, o acompanhamento a-pessoal em relação ao usuário e ao restante da equipe de saúde, mera condutora das prescrições definidas por tais procedimentos. Dado que um diagnóstico é produzido pelo raciocínio clínico, um procedimento padrão é sacado do arquivo terapêutico e, assim, dado o seguimento e

conduta padronizados, ou normativamente concebidos.

Estas questões são também enfatizadas em discussão de Gastão Wagner (Campos & Amaral, 2007), quando descreve a verticalização do trabalho em saúde. Ao se adotar disponibilidades dos trabalhos em saúde e de suas jornadas de trabalho em regime de plantão em caráter universal, esta predominância de regime de trabalho inverte a concepção da prática de saúde, pois que esta disponibilidade, que fora concebida como alternativa para dar conta das necessidades de cobertura assistencial nas 24 horas do dia, aparece como padrão dos exercícios profissionais.

Cecílio (1999) também discute a questão que se coloca entre autonomia e controle dos trabalhadores, situando esta tensão essencial em proximidade ao conceito do poder e de seu manejo nas organizações. Nos encontros entre trabalhadores estabelecem-se relações de cooperação, mas também de submissão e mando, carregadas de intencionalidades acerca do como conduzir as tarefas do cotidiano. Chama a atenção o conceito de autonomia elástica, explicitando a plasticidade e a maleabilidade características do como se dá o controle do próprio trabalho. Crê mesmo, este autor, que o estabelecimento de estruturas mais horizontalizadas e com quebras explícitas de linhas de mando verticais podem subestimar os mecanismos prementes de estabelecimento de relações verticalizadas, mesmo que não estabelecidas pelas novas estruturas organizacionais.

Merhy (1999) discute as tensões constitutivas do agir, e presença da gestão do cotidiano, entendida por ele não apenas como gestão governamental, mas como aquela prática inerente a todo trabalhador inscrito

no processo de fabricar práticas em seu dia-a-dia. Para esta abordagem, esquematiza seu pensamento em três campos, para analisar a operação do conjunto de ações de saúde.

O primeiro é demarcado pelo fato de que o território das práticas de saúde é um espaço de disputa e de constituição de políticas, cuja característica é a multiplicidade, desenhado a partir da ação de distintos sujeitos coletivos, que conforme seus interesses e capacidades de agir, aliam-se e/ou confrontam-se, na tentativa de afirmar, ou mesmo impor, uma certa conformação de um bem social – a saúde – como objeto de ação intencional de políticas – portanto, como uma questão social – que lhe faça sentido, enquanto parte do seu universo de valores de uso e como tal apareça como base para representar, de modo universal, o mundo das necessidades dos outros nos planos coletivo e individual. (Merhy, 1999 p. 308)

Discutindo esta concepção apresentada por Merhy com as questões formuladas por Honneth, referente ao caráter imprescindível do reconhecimento do outro, não apenas como válido em seu pensar e posicionar-se no mundo, mas como necessário exatamente em sua diferença, a multiplicidade num ambiente não solidário, ou mesmo numa prática de gestão do cotidiano não solidária, torna-se potência para medidas de contenção de conflito e, dentre as possibilidades de exclusão da divergência, o desrespeito e sua ação desrespeitosa apresenta-se como possibilidade. Neste sentido, a multiplicidade é produtora de tensão-potência na direção da defesa da vida na perspectiva de construção de formas de gerir o cotidiano assentadas pelo desejo solidário, ou seja, pelo desejo da presença da singularidade desejante do outro. Merhy continua discutindo a questão da multiplicidade:

a multiplicidade dos atores envolvidos tem mostrado a

impossibilidade de se ter, nas políticas instituídas, o abarcamento do conjunto dos interesses constitutivos do setor saúde, a não ser por pactuação social, expressa das formas mais distintas: por mecanismos mais amplos de envolvimento e negociação, ou mesmo por práticas mais impositivas e excludoras. (Merhy, 1999 p. 308)

Discute que no instituído como política é difícil não fazê-lo, ou por mecanismos negociais e de construção de possibilidades consensuais, derivadas de grande envolvimento, ou pela possibilidade de resolução por meio de práticas *a priori* desrespeitosas, tais como a pura e simples imposição e a exclusão. Cabe ressaltar que o princípio constitutivo e constitucional do Sistema Único de Saúde, marcado pela alta definição de cidadania reconhecida, opera como um paradoxo insustentável para práticas de não reconhecimento dos atores em si envolvidos, bem como pela denegação do direito de divergência acerca das políticas públicas possíveis, em si território tensional.

Ainda neste primeiro campo tensional, Merhy (1999) nos apresenta a questão dos três focos possíveis na construção da direcionalidade das políticas de saúde, quais sejam: nos usuários; em certos trabalhadores de saúde e; nos governantes e sua tecnoburocracia. As diferenças de interesses contidas nos focos apresentados alimentam o jogo e neste processo de definição de políticas estarão a interrogar os arranjos instituídos. É importante salientar que o caráter interrogador que o campo tensional, em si, aponta a possibilidade da dimensão conflituosa, porém esta não implica obrigatoriamente em denegação do outro, mas, ao contrário, o reconhecimento da existência deste outro, pode levar a possibilidade de pensar e agir com a possibilidade de se operar em outro foco que não o próprio.

O segundo campo apresentado por Merhy refere-se ao caráter hegemônico da produção de atos em saúde no terreno do trabalho vivo em ato (1997; 1998; 1999). A operação deste agir em saúde é carregada de incertezas e marcada pelo encontro entre trabalhadores e usuários em um espaço intercessor, onde se manifestam as compreensões e necessidades de ambas as partes (Merhy, 1997; 1999). Dialogando com Túlio Franco e Débora Malta (Franco et al., 1998; Malta, 1998 *apud* Merhy, 1999) explicita:

Esta centralidade do trabalho vivo, no interior dos processos de trabalho em saúde, define este como um espaço em aberto para exploração das potências nele inscritas, para a ação de dispositivos que possam funcionar como agentes disparadores de novas subjetivações, que conformam as representações da saúde como bem social, e de novos modos de agir em saúde que busquem articulações distintas do público e do privado, nele presentes. (Merhy, 1999, p. 309)

Estes encontros entre trabalhadores e usuários – e aqui não se diferencia quem está envolvido nas tarefas de gestão da organização e sistema de saúde e quem está a operar o cuidado - dão-se em um espaço de interseção, onde particularmente o usuário pode se constituir no outro do trabalhador de saúde. Procurando uma formulação mais clara: quando o trabalhador de saúde encontra-se frente a uma doença, um evento patológico, uma disfunção orgânica, um distúrbio ou mesmo um evento coletivo, tal qual um fenômeno epidêmico de determinado agravo, depara-se consigo próprio, em seu conhecimento peculiar do núcleo profissional ao qual tem relação de pertença e desafia-se a elucidar e manejar com suas ferramentas e assim ser capaz de demonstrar a si mesmo, sua capacidade; quando se depara com o outro concreto, que chega a sua frente com seus sofrimentos, explicações, saberes e crenças, oportuniza-se a construção de vínculos, pois já não se

depara com a alteridade dada pela formação normativa recebida no processo instrucional, mas com as afecções oriundas do encontro com este outro. No típico desenho do que significa efetivamente o campo do cuidado como o mundo das relações possíveis a operar o conjunto das práticas de saúde, estruturadas ou não, profissionais ou não, tecnológicas leve-duras ou não, esse campo de produção do cuidado se revela desse modo intensamente relacional e micropolítico.

O encontro no terreno relacional pode assim disparar novos processos de subjetivação. Articulando o pensamento com a filosofia prática espinosista, na leitura deleuziana (Deleuze, 2002), seriam estas afecções que, em um encontro alegre entre trabalhador e usuário, poderiam lançar adiante o desejo de que outro possa ser feliz, ou seja, que tenha ao máximo sua autonomia preservada para andar a própria vida e tenha seu sofrimento diminuído até onde der. Esta é a mudança de pressuposto ético-político: produzir o que é bom para o outro, implicado profundamente com ele, dentro da leitura de Deleuze dos legados de Espinosa. Já não se trata daquele antológico desejo carencial de derrotar morte e doença, mas de, na humanidade do outro, reconhecida como a própria humanidade nas suas diferenças, construir desejo de felicidade e assim estimar-se. A prática do agir em saúde encontra, assim, sua potência, se destecnifica e humaniza-se na solidariedade e auto-estima preservadas: sai do domínio do saber tecnológico e entra no mundo das tecnologias leves que operam a partir do lugar ético-político do trabalhador e do usuário no uso de seus saberes e sabedorias; se posiciona para além da clínica; está na mais pura prática do cuidado, e assim, da política. O cuidado,

destarte, é pura prática política do cuidado. Esta intervenção solidária junto ao outro e seus problemas responsabiliza, mediante o vínculo construído, o profissional, que, então, busca os recursos que não detém para encontrar a felicidade pretendida.

Permite-se, assim, o estabelecimento de um encontro não só alegre e produtor do que é bom, mas o estabelecimento do agir em saúde como prática amorosa, em que a intensidade do bom para os dois, trabalhador e usuário, se mantém.

O trabalhador de saúde ao abrir mão de uma relação objetual, que estabelece entre o seu saber e o usuário, pela presença e desafio em ato deste, seu defrontante, pode liberar-se de seus pressupostos tecnológicos e saberes estruturados, e, sem negá-los, ser nesta relação libertado de sua alienação. Esta dinâmica reforça o caráter educacional presente no exercício prático no mundo do trabalho e apresenta de forma contundente que ali onde se produz este encontro, a partir dele se dão as possibilidades de educação permanente. Em paralelo com a teoria prática de Paulo Freire (Freire, 1977; 1978), só o usuário pode libertar o trabalhador de saúde de sua alienação e de seu aprisionamento pela alteridade abstrata da normatividade de sua formação.

Pois bem, esta micropolítica do trabalho vivo e suas implicações também se referem à gestão dos processos assistenciais, integralmente pertinentes ao ato de cuidar. Não seria difícil construir uma analogia entre os trabalhos vivos em ato produzidos nos atos cuidadores e nos atos de gestão e coordenação do trabalho de saúde. Apesar da aparente dureza do processo de

gestão, este é operado no terreno do trabalho vivo. Não pretendo com esta afirmação iniciar mais uma tentativa de biologização naturalizante da administração. É trabalho vivo porque tanto a decisão como a coordenação se dão com utilização de trabalho morto, mas são igualmente centradas nos aspectos relacionais envolvidos no relacionamento entre indivíduos e inter-equipes.

Pelo exposto anteriormente, apontam-se aqui as questões pertinentes à gestão como sendo indissociáveis do ato cuidador, seja do ponto de vista da gestão dos processos em que estão contidos os atos de cuidar, seja daquele pertinente à gestão do cotidiano que é produzida por qualquer trabalhador de saúde. Aqui se apresenta de forma contundente o conflito entre autonomia e controle, pois que, para o cuidado existir, há que se desenvolverem diálogos entre clínicas, saberes, sabedorias, tecnologias, arranjos institucionais, decisões públicas, decisões privadas. Este lugar próprio da gestão do cuidado, no qual estamos inseridos, é território fértil para as distintas práticas de resolução de conflitos que, na formulação de Honneth, poderia levar a correntes formas de desrespeito, já que a diferenciação entre sujeitos pode ser ou não suportada pelos agentes da gestão.

No âmbito da construção de processos de coordenação do trabalho em saúde, dadas particularmente as decisões tomadas em função de políticas públicas estabelecidas, nem sempre se apresentam medidas centradas na participação formuladora dos atores envolvidos com os processos cuidadores, ou na construção intelectual dos pressupostos dos modelos que estão em implantação ou implementação.

Os pressupostos de cidadania contidos no Sistema Único de Saúde, operados pelos atores envolvidos em sua gestão, tal qual o descrito em relação àqueles agentes do cuidado direto, também estão a tensionar os trabalhadores dos processos de coordenação, dado que o discurso de ganhos de cidadania e participação confronta-se com a participação excludente que administrações tradicionais imprimem. Repare-se aqui, que ao assumir uma postura de sujeito em relações de iguais, os trabalhadores tendem a imprimir uma tensão maior sobre as capacidades de provisionamento de soluções por parte dos que manejam as estruturas de gestão.

As estruturas de gestão, muitas vezes, atribuem tarefas a trabalhadores no sentido de organizarem coletivos na prática do cuidado e na sua gestão, mas estes vêm-se surpreendidos por deliberações que não contaram com sua participação, ou mesmo são contraditórias em relação ao mesmo pressuposto de construção coletiva da gestão do cotidiano. A percepção do conflito enfrentado entre ser potente para isto, impotente para aquilo, pode significar uma auto-percepção de diminuição do próprio valor. Note-se que ao inscrever este tipo de acontecimento como uma prática de desrespeito, não se atribui a intencionalidade da prática por parte dos superiores, mas sim que as estruturas, com seus sujeitos em ato, permeadas pelo divórcio entre gestão dos macro-processos e gestão do cuidado no âmbito das relações de produção da saúde no encontro entre usuário e trabalhadores, por si, podem produzir atos desrespeitosos.

Esta questão, pertinente ao desencaixe entre a prática da gestão dos macro-processos e a micropolítica do trabalho vivo em ato, não consegue ser

resolvida pelos pressupostos de uma ação comunicativa simplesmente, pois que as concepções derivadas da crítica da razão instrumental de Habermas (2003) produzida originalmente em 1981, e a aplicação de Flores (1991) para a discussão da administração de empresas, propõem uma maior interação entre as pessoas no mundo da vida, a partir de agires comunicativos, liberados da razão e agir instrumentais, mas sem levar ainda em conta um reposicionamento ético-político necessário aos indivíduos que se comprometem com novas possibilidades de agires includentes.

Eis que aqui a contribuição de Honneth é particularmente interessante, dado que não apenas afirma a possibilidade de ser eficaz uma ação positiva na construção de mecanismos mais solidários de gerir o cotidiano, mas também que a denegação do outro no ato de desrespeito pode motivar o agir humano e, em caso de existência de movimento social capaz, pode construir a partir do desrespeito, novos acontecimentos no sentido e direção de um mundo emancipado.

Neste sentido, o terceiro campo tensional presente nas organizações, proposto por Merhy, irá discutir a constitutividade dos autogovernos na área da saúde e a potência existente no conflito entre autonomia e controle:

O mundo das próprias organizações de saúde forma-se como território tensional em si, pois se constitui em espaço de intervenção de sujeitos coletivos inscritos a partir de suas capacidades de se autogovernarem, disputando o caminhar do dia-a-dia, com as normas e regras instituídas para o controle organizacional.

Esta condição, a de que em qualquer organização produtiva o autogoverno dos trabalhadores é constitutivo de seu cerne, no terreno da saúde está elevada a muitas potências. Nos serviços isto é muito perceptível, a partir do fato de que todos podem exercer o seus trabalhos vivos em ato, conforme seus

modos de compreender os interesses em jogo e de dar sentido aos seus agires. A tensão entre autonomia e controle é sem dúvida um lugar de tensão e, portanto, de potência, constituindo-se em um problema para as intervenções que ambicionam governar a produção de um certo modelo tecno-assistencial. (Merhy, 1999 p. 309).

Quando se fazem apostas de produção de saúde centradas nos usuários e suas necessidades, tal qual no modelo em defesa da vida (Merhy, 1999; 2002), busca-se a ativação, mediante o uso de diversos dispositivos, de processos de construção de vínculo e responsabilidade, de desenvolvimento de educação permanente e autonomização dos agentes, para que estes possam, mediante relações maduras, estabelecer pactos de auto-gestão. Este processo é produtor de empoderamento e ganho de potência por parte dos trabalhadores de saúde. Para praticar o cuidado é necessário ser potente, é imprescindível ter poder para realizar as negociações necessárias para a articulação, produção e garantia de realização dos projetos terapêuticos, elaborados com os demais trabalhadores e com os usuários. Note-se que a afirmação anterior pressupõe o igual empoderamento do usuário, ou o reconhecimento desta potência. A potência do trabalhador de saúde precisa ser ativada pela potência do usuário, já que se este está destituído de sua individualidade, se não conta para a elaboração de seu projeto terapêutico, este será simplesmente objeto de aplicação de conhecimentos e saberes do trabalhador de saúde: o ato cuidador não se encerra em prescrições ou procedimentos, vai além, num caminho construído intersubjetivamente.

Se o olhar produzido pelos trabalhadores envolvidos na gestão dos macro-processos está filtrado por elementos tecnológicos duros ou leve-duros,

tais quais as avaliações a partir de parâmetros de produção de procedimentos, custos, ou mesmo pelo cumprimento puro e simples da política pública proposta, será inevitável o conflito. Trabalhadores em franca responsabilização, autônomos e auto-gestores dos processos cuidadores em que estão inseridos, exigem canais e espaços de negociação e decisão com todos os lugares da gestão. Fabricar espaços coletivos de análise, negociação e decisão onde a autoridade de um, e todos tem autoridade, é alteridade para o outro parece ser indispensável para uma relação produtiva em que o reconhecimento do outro é motor para o encontro de possibilidades e soluções para problemas portados pelos trabalhadores nas duas direções. Aqui, também, a potência do dirigente necessita da ativação por parte da potência do trabalhador. O poder constitutivo do ato cuidador re-significa a potência do gestor e dá sentido ao seu exercício de poder: este território pleno de potência pode também ser pleno de privação e denegação de direitos, pois que ao movimentar conjuntos de trabalhadores e usuários no sentido da construção plena de processos cuidadores auto-geridos e potentes, a privação da participação destes nos processos de formulação e tomada de decisão significarão desrespeito, dadas as contradições insuportáveis entre poder e submissão, entre potência e impotência, entre auto-gestão e espera dependente pela decisão do outro.

Por outro lado, o ato de desrespeito encontra, em seu revés, um conjunto de trabalhadores comprometidos com seus atos cuidadores e, dadas as possibilidades de construção de alto nível de comprometimento entre si e destes com os usuários, com possibilidades e potência para a articulação de

movimentos de enfrentamento e mudança de situação.

Caso a experiência do desrespeito encontre indivíduos sem esta capacidade de ação política, a possibilidade de resultar em imobilização e sofrimento pessoal com estima diminuída é expressiva. Mesmo assim, existirá a possibilidade da manifestação solidária dos iguais, solidariamente afetados, criando campos de oposição às atitudes desrespeitosas. Esta cinética do conflito, expressada na gramática da luta por reconhecimento, pode ser potente motor do desenvolvimento conflituoso e tenso, portanto portador de potências de novas possibilidades de re-invenção da gestão.

Neste aspecto, quero inferir que a defesa da vida pressupõe uma luta. O usuário luta por reconhecimento de suas necessidades e suas capacidades, o trabalhador cuidador, também, e, por outro lado, para dar consequência às políticas públicas traçadas, os gestores com G maiúsculo, igualmente lutam buscando reconhecimento.

As estruturas verticalizadas de gestão propiciam, deste ponto de vista, os atos desrespeitosos, são fabricantes de desrespeito e privação de reconhecimentos. Um exemplo bem peculiar desta questão refere-se às experiências de acolhimento em unidades de saúde. Espera-se, com esta medida, que os conjuntos ou equipes de trabalhadores se responsabilizem pelos usuários com os quais se defrontam independentemente das capacidades e possibilidades de estabelecerem nestes locais os projetos terapêuticos individuais mais adequados. Esta prática pressupõe autoridade para produzir os desfechos necessários para uma condução segura do cuidado ao usuário. Se um médico ou enfermeiro de uma Equipe de Saúde da Família

identifica uma situação de emergência com potencial risco de vida para o usuário, este trabalhador deveria poder acionar de forma direta e precisa o suporte de atenção pré-hospitalar, qualificando este procedimento. Eis que ao ser negado ou ser submetido a uma abordagem protocolar de classificação de risco, o sistema pressupõe a incapacidade do trabalhador, seu exercício profissional tem o reconhecimento denegado e seu lugar assistencial é desqualificado desrespeitosamente.

Este exemplo supracitado cumpre o objetivo de clarear que as práticas de gestão que aqui se reportam não são apenas aquelas dedicadas à macrogestão. Tenta-se, enfim, estabelecer uma análise por dentro da micropolítica do trabalho vivo em ato seja qual for seu lugar na estrutura de gestão e operação da saúde, pois em todos estes, em sua molecularidade, há micropolítica e, em todos os nichos, a questão do cuidado é a alma do negócio.

Assim, a luta em defesa da vida pressupõe um exercício crescente de práticas emancipatórias e libertadoras que, para além do encontro entre trabalhadores e usuários, produza encontros entre trabalhadores e trabalhadores, uns no encontro direto com usuários, outros responsabilizados pela condução processual da administração, mas todos, inclusive os próprios usuários, operadores e decisores do cuidado em saúde. Esta prática educacional, como prática da liberdade, retornando aos dizeres de Paulo Freire, liberta os usuários e trabalhadores, enquanto liberta os gestores (Freire, 1977; 1978).

Horizontalizar as estruturas gestoras não é apenas ganho de democracia, é também, neste sentido, propiciar novos encontros entre sujeitos,

reduzir a capacidade de inibição de processos de decisão que levem em conta as diferentes compreensões do processo cuidador e neste campo, preme de olhares distintos, desejarem todos, mutuamente, a diferença, como o complemento essencial para a melhor condução de gestões comprometidas com a defesa da vida individual e coletiva.

O trabalhador de saúde, engravidado pelo universo de necessidades de seus usuários concretos, convida os seus gestores a responderem de forma solidária a estas dificuldades e, por seu turno, o gestor, ao ser mantido em encontro com estas singularidades, pode também destecnificar-se, deslocando a alteridade do eixo do cumprimento das promessas de governo, dos êxitos das políticas públicas pretendidas, ou de suas ferramentas e saberes na direção do sofrimento dos usuários, encontrando-se com estes numa gestão cuidadora. Trataria, portanto, do estabelecimento de uma modalidade solidária de gestão, onde efetivamente as diferenças de olhar e de conduta seriam, então, não só necessárias, mas desejáveis. A gestão neste caso, tal qual o cuidado seria exercício de pura Política.

OLHANDO EM ALGUMAS SITUAÇÕES DE GESTÃO NA SAÚDE NA SUA COTIDIANEIDADE OS ANALISADORES RECONHECIMENTO E DESRESPEITO: O COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY

Esta unidade hospitalar apresenta uma história de conformação bastante singular e vale a pena uma descrição. O início das discussões sobre a sua formulação deu-se em novembro de 2007, quando as suas obras e aquisições de equipamentos já estavam em estágio avançado. Paralelamente a isto, no seio do curso de especialização em gestão do cuidado, realizado em parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa e a Universidade Federal da Paraíba, foi identificada a necessidade de se estabelecer uma dinâmica de reformulação da atenção hospitalar no âmbito do município de João Pessoa. Neste curso, pensado como um eixo fundamental para o processo de educação permanente para os trabalhadores de saúde do município, particularmente os envolvidos com as práticas de gestão, contou-se com a participação de dirigentes das quatro estruturas hospitalares do município.

Neste ínterim, fui convidado a prestar consultoria para a atenção hospitalar municipal, com o desafio de, em conjunto aos gestores, colaborar com este processo de formulação, de intenções claramente mudancistas e, alinhado ao pensamento de defesa da vida. Cabia não apenas pensar e formular para hospitais em si, mas para um horizonte de equipamentos pertencentes à rede de serviços de saúde, para além do conceito fragmentado

de rede de atenção hospitalar ou rede hospitalar, pura e simplesmente. Foram, para tanto, realizadas três oficinas de formulação das linhas gerais de um modelo tecnoassistencial e de gestão, três de formulação de estrutura de funcionamento e apuração de perfil do Complexo Hospitalar de Mangabeira Governador Tarcísio Burity - CHMGTB e duas de acompanhamento da implantação do processo de gestão do hospital.

Para o início dos trabalhos, diante da questão principal colocada pelos atores em ato, referente à necessidade de ganhos de autonomia, decidiu-se centrar os trabalhos sobre um eixo construtor de alteridade, ou seja, pensar a autonomia do ponto de vista do reconhecimento dos diversos vínculos que as instituições de saúde possuem e dos compromissos mútuos que se desenham a partir disto. Assim, utilizamos uma mesma ferramenta já testada no processo de planejamento de outras unidades hospitalares, (Mendonça, 2003; 2004) de colocação dos atores em relação à externalidade da demanda, oportunizando a participação de atores situados em outras organizações da Secretaria de Saúde.

As questões colocadas foram as seguintes:

- O que a população de João Pessoa espera de sua instituição?
- O que sua Instituição pode atender?
- O que deveria poder atender?
- O que os seus pares (SAMU, Atenção Básica, Regulação, Atenção Hospitalar, Prefeitura Municipal de João Pessoa) esperam de vocês?
- O que falta (material, político/organizacional, tecnológico, pessoal)

para poder atender?

Com estas questões procurou-se cartografar a capacidade do equipamento proposto, mas não apenas frente às suas intenções de ofertas, mas estas diante de uma leitura do “outro” lugar da rede com um todo. Neste sentido o grupo que analisava este hospital respondeu da seguinte maneira:

– **O que a população de João Pessoa espera de sua instituição?**

A população de João Pessoa espera ser atendida nas suas necessidades de saúde, de forma acolhedora e integral.

– **O que sua Instituição pode atender?**

Hoje no Hospital de Mangabeira a unidade que funciona é a Maternidade Santa Maria com atendimento hospitalar em obstetrícia de baixo risco e atendimento ambulatorial de ginecologia, puericultura e pré-natal de baixo risco.

– **O que deveria poder atender?**

Centro de Ortopedia:

- Serviço de Artroplastia e Reconstrução Articular (quadril, joelho, tornozelo, ombro e mão);
- Serviço de Tratamento do Trauma Ortopédico Referenciado;
- Serviço de Tratamento Ortopédico de Doenças Congênitas;
- Serviço de Cirurgia Buco-maxilo-facial;
- Serviço de Tratamento das Doenças da Coluna;
- Serviço de Cirurgia de Mão;
- Serviço de Reabilitação;
- Serviço de Dor Crônica;
- Serviço de Diagnóstico por Imagem (tomografia computadorizada, radiologia e ultra-sonografia).

Hospital Geral:

- Atendimento de urgência clínica e cirúrgica;
- Unidade Santa Maria (antiga Maternidade):
- Artrites sépticas e osteomielites.

Ambulatório

- Egressos de cirurgia geral e ortopedia / traumatologia.

– **O que os seus pares (SAMU, Atenção Básica, Regulação, Atenção Hospitalar, Prefeitura Municipal de João Pessoa) esperam de vocês?**

SAMU:

- Ser ouvido; ter garantia de vaga zero e ambulância qualificada (pessoal e equipamentos) para transferência inter-hospitalar.

Atenção Básica:

- A garantia da continuidade do projeto terapêutico com construção de linhas do cuidado.

Regulação:

- Que as pactuações sejam cumpridas;
- Que a rede seja reestruturada e o perfil dos serviços seja redefinido.

Atenção Hospitalar:

- A diminuição da sobrecarga dos demais hospitais;
- Otimizar o fluxo de atendimento na rede hospitalar;
- Ampliar o acesso em procedimento eletivo de ortopedia e traumatologia;
- Garantia ao atendimento em urgência clínica e cirúrgica.

Prefeitura Municipal de João Pessoa

- Atender a necessidade dos usuários do município,adequando as instalações físicas e promovendo a reflexão dos processos de trabalho e transformações das ações em saúde.

- O que falta (material, político/organizacional, tecnológico, pessoal) para poder atender?

- Término da reforma da estrutura física do Hospital Geral, e da construção do Centro de Ortotraumatologia.
- Licitação e aquisição de equipamentos hospitalares, materiais permanentes, (de) hotelaria, materiais médico hospitalares, insumos e medicamentos.
- Definição do modelo de gestão.
- Missão do hospital com foco no usuário e nos princípios do SUS, democratização do processo de decisão e planejamento, profissionalização dos gestores, política de avaliação e desempenho, a integralidade do cuidado como eixo da gestão e autonomia administrativo financeira.
- Implantação de acolhimento com classificação de risco, linhas de cuidado, protocolos clínicos, sistema de informação gerencial, indicadores hospitalares, fluxos/rotinas, engenharia clínica (manutenção preventiva e corretiva de equipamentos)
- Equipe gestora e corpo funcional com qualificação técnica para atuar neste novo perfil.

Logo em sua primeira resposta o grupo aponta entre questões gerais o problema da integralidade, numa concepção que aponta o atendimento do hospital como integral, sutilmente distinto da visão do hospital, conferindo, em sua especificidade, integralidade na rede de serviços de saúde (Cecílio & Merhy, 2003; Merhy & Cecílio 2003). Esta resposta era esperada, já que os hospitais, e mesmo a rede, por vezes espera encerrar nestes equipamentos o sistema de saúde como um todo, apostando em definições como busca de inserção ou capacidade de articulação com a rede e não como pertencimento a ela (Mendonça, 2003).

Não houve problemas em identificar o perfil na época atual para o seu funcionamento, ou seja, uma pequena unidade de maternidade, que apesar do escopo de atendimento a casos não complicados e de baixo risco, possuía em suas equipes enfermeiros, ginecologistas, anestesistas e pediatras, e as pessoas apresentavam uma idéia geral referente à oportunidade de se transferir este componente maternidade para a outra existente no município, com reconhecimento de capacidade para operar situações assistenciais de alto risco.

Quanto à capacidade futura ou desejada, foi apresentado o projeto existente, ou seja, um complexo hospitalar composto de um centro de ortotraumatologia, um hospital geral envolvido com emergências clínicas e cirúrgicas e uma unidade específica dedicada aos casos de artrites sépticas e osteomielites. A estrutura proposta para o centro de ortotraumatologia apresentava um desenho tradicional, com divisões por origem do problema, ou seja, defeitos congênitos ou traumas, por localização geográfica, ou se por tipo

de solução, como um serviço de artroplastia. Por outro lado, também separava as abordagens tecnológicas com distinção ao propor um serviço de reabilitação e outro de dor crônica. Esta estrutura de serviços é organizada a partir das habilidades específicas de cirurgiões, ou pela intensidade do uso de insumos ou de manejo de tecnologias duras como a artroscopia, produzindo redundância e conflito, pois todo agravo possui uma localização, independente da origem e do ponto de vista do uso das tecnologias centradas nas necessidades dos usuários; cada “caso” a ser atendido, demanda o emprego de múltiplas tecnologias e múltiplas habilidades, em suas particularidades. Outro aspecto que chamou muita atenção nestas discussões iniciais foi a destinação de um “outro lugar” na rede ou no próprio complexo, para a colocação dos casos “infectados”, que impedem o bom giro das atividades ortopédicas. Ora, tal construção admite que exista uma terminalidade do tratamento clínico cirúrgico no ato operatório, e tudo o que sai do previsto, como sucesso, é transferido para um lugar de manejo clínico, não mais pertinente ao mesmo grupo de trabalhadores. Tal concepção apresenta um grave risco de redução das possibilidades de responsabilização e construção de vínculos entre equipes e usuários.

Vê-se nesta organização típica de serviços, e com o elemento de descarga dos casos de “insucesso”, o centro do modelo pensado e apresentado nos procedimentos médicos. O hospital se organizaria, assim, a partir das habilidades de consumo de tecnologias dos ortopedistas, de acordo com seus saberes estruturados, e, aos usuários, caberia transitar pelos serviços de acordo com as ofertas de possibilidades terapêuticas pré-definidas.

A idéia de um ambulatório de egressos, em si bastante óbvia, traduz a insatisfação com as estruturas assistenciais atuais, onde os dois hospitais públicos que produzem cirurgias e atendimentos ortopédicos em João Pessoa não possuem ambulatórios para o seguimento posterior ao pós-operatório imediato, nem a revisão ou alta dos demais procedimentos traumatológico-ortopédicos: os usuários-pacientes procuram o seu cirurgião no dia de seu plantão na urgência, para as revisões necessárias na pós-alta, gerando uma enorme aglomeração na porta de entrada do Pronto Socorro.

Quanto ao relacionamento com os outros lugares da rede de serviços de saúde, bem como as instâncias de gestão do sistema de saúde, são apontadas necessidades de comprometimento da capacidade a ser instalada com os desenhos modelares do sistema como um todo. Assim, apresentou-se, como esperado, que a unidade seja parceira do SAMU, basicamente fazendo a sua parte, ou seja, recebendo e desenvolvendo a assistência no momento adiante ao pré-hospitalar, sem querelas acerca das vagas, capacidades etc. A Atenção Básica foi representada pela idéia de um demandante por continuidade, sem quebras das linhas de cuidado que estão sendo desenvolvidas pela política municipal de saúde, ou seja, que o hospital contribua por meio de sua especificidade para a construção de integralidade na rede. As pessoas em discussão nesta oficina também manifestaram a compreensão de que os projetos da saúde, e particularmente o referente à reorganização da atenção produzida pelos hospitais, são objetos de interesse do executivo municipal. Esta noção de pertencimento às ações estratégicas de governo é uma das melhores situações de produção de alteridade por parte da gestão, visto que

permanentemente são pressionados a construir manejos que possam apresentar resultados dentro da política pública municipal como um todo.

Em relação à última questão, foram apresentados elementos diagnósticos de faltas, ou deficiências, nos diversos aspectos que envolvem a governabilidade do desenvolvimento do projeto. Um primeiro aspecto disse respeito ao atraso nos processos administrativos necessários para a conclusão das obras, bem como das aquisições de equipamentos e instrumentais específicos para o hospital, o que comprometeria a previsão de entrega para março e início de operação por volta do mês de maio seguinte. Do ponto de vista dos recursos políticos e organizacionais, foi apontada a inexistência de um modelo de gestão para esta nova organização, confrontada com a noção de que as atuais estruturas organizacionais são inadequadas e não garantiriam uma gestão democrática e eficiente. Nos discursos correntes dos membros da gestão das diversas instâncias de governo, existe uma preocupação com um acréscimo de democracia, pairando sempre no ar que existe necessidade de se estabelecerem mecanismos concretos de desenvolvimento de discussões e decisões, que levem em conta a multiplicidade de olhares oriundos dos diversos lugares da rede.

Aqui se coloca claramente um enfrentamento de situações, em que pessoas se sentem desrespeitadas pela não escuta ou pelo fato de ter posicionamentos julgados como importantes, não sendo levados em consideração nos processos de tomada de decisões, dado inclusive pela inexistência de espaços formais de elaboração processual da decisão. Esta questão é bastante pertinente, e em relação ao exposto nos capítulos

anteriores a construção coletiva da vontade é, por um lado, discursivamente enaltecida, mas a inexistência de espaços regulares de debate e decisão coletiva a impede. Esta situação, aparentemente, levaria a uma percepção de diminuição do valor próprio.

Os dirigentes hospitalares e outros cumpriram previamente uma agenda de visitas a outras organizações hospitalares públicas e filantrópicas, particularmente em Belo Horizonte, onde conheceram experiências que optaram por modelos baseados em unidades de negócios, ou unidades de produção, denominadas unidades funcionais, porém estas visitas não chegaram a produzir uma proposição modelar para os hospitais da rede municipal.

Ainda em relação ao modelo de gestão, foi apresentado como necessário o desenho de um arranjo que permita processos de planejamento e de gestão mais democráticos, objetivando a construção de um projeto institucional, ou missional, que apontasse para uma inserção no sistema de saúde, com foco no usuário e comprometido com a construção da integralidade.

Foi salientada a importância da construção de autonomia administrativa e financeira. Este ponto é particularmente importante para a compreensão do processo, pois esta autonomia é compreendida como possibilidade de alívio institucional para as mazelas produzidas pela estrutura insuficiente da gestão de materiais da Secretaria de Saúde, e não um desejo de gestão de organizações responsáveis que respondam com práticas de reconhecimento da alteridade necessária, que poderia re-significar a organização como um

todo.

Enfim, também é colocada de forma importante a necessidade de construir uma gestão profissionalizada, o que na verdade traduz um desejo de potência, de ganho de capacidade, e são vistos como particularmente importantes os processos de formação, ainda que não tenha sido explicitada a demanda de disparo de processos de educação permanente neste âmbito da gestão.

Quanto às tecnologias, é apontada a necessidade de estabelecimento de acolhimento e classificação de risco, sem aprofundar o quanto esta atividade diz respeito às relações solidárias de compartilhamento de responsabilidade com os demais equipamentos da rede de serviços. As demais tecnologias apresentadas como insuficientes, são leve-duras e dizem respeito ao controle gerencial das atividades. Talvez a situação atual de falta de informações precisas sobre o funcionamento, sobre os sistemas administrativos básicos e quanto mais acerca dos processos de trabalho estivesse operando um desejo de controle, como parte da construção da potência necessária para a boa prática de gestão.

Como resultado desta primeira oficina, percebeu-se que mesmo o projeto de funcionamento do complexo hospitalar, aparentemente bem resolvido, mereceria passar pelo crivo de um processo mais amplo de discussão, o sentido de checagem sua adequação de perfil, dentro do projeto político público para a saúde em processo de reconstrução permanente.

Para a continuidade deste processo de formulação de um novo desenho

de organização das estruturas hospitalares, foi proposta uma oficina para aprofundar a questão dos perfis das unidades hospitalares. Para esta abordagem, lançou-se mão de dois passos, um bastante tradicional tal qual a apresentação de informações epidemiológicas, e de produção de procedimentos dos serviços, ofertando um mapa da demanda atendida, e a análise do padrão de mortalidade registrado nos sistemas formais. No passo seguinte foi proposto construir a imagem invertida dos objetivos sociais pretendidos pela rede de serviços de saúde, ou seja, partir-se não da afirmação de que saúde é direito de todos e dever do estado, mas no onde esta imagem afirmativa do direito à saúde é denegada pela sua privação. Com isto objetivou-se construir uma análise crítica dos resultados assistenciais e, a partir daí, afirmar-se uma estratégia de enfrentamento de problemas que pudessem levar a um processo de garantia de tal direito. Com isto, trabalhou-se a construção de “linhas de descuidado”, especificamente falando, da construção de uma memória de histórias de vida, em que a imagem afirmativa das linhas de cuidado resultou em fracasso terapêutico e incapacidade de atuação da rede como garantia do direito.

Ainda que estas dinâmicas de trabalho tenham sido construídas utilizando-se parte do suporte teórico da luta por reconhecimento e sobre o conceito central do “desrespeito”, fazendo uso do núcleo central da teoria de Honneth, estes não foram explicitados em nenhum momento das oficinas. Assim, a elaboração do grupo se deu sem a intenção de se averiguar se existe uso de tal conceito nas formulações discursivas. Porém, a proposição da análise, com base nas linhas de descuidado, se deu sobre o plano de fundo da

denegação de direitos, ou seja, do desrespeito ao direito explicitado nas diretrizes constitucionais do Brasil.

A percepção do desrespeito ao usuário, em seu lugar de cidadania, se aguçou pela compreensão de que os sujeitos da gestão também têm seu lugar de usuários (Merhy, 2002), pois todos os trabalhadores de saúde, experienciam em suas vidas este duplo lugar.

Assim, quando ao se verificar, em uma apresentação acerca da morbidade e mortalidade de João Pessoa, que mais se morre de infarto agudo do miocárdio e outras doenças isquêmicas do coração do que se interna pelas mesmas razões, não se produz um sentimento de piedade em relação aos usuários em questão, mas uma percepção de risco que atinge aos profissionais de saúde e suas famílias e amigos. A percepção imediata de que existe insuficiência na capacidade de intervenção disponível na rede de cuidados de saúde produziu uma relação solidária: os produtores do resultado social do funcionamento do sistema de saúde também estão inscritos no rol de usuários; são identificados sujeitos da ação de saúde e objetos do cuidado daí derivado; a promessa de cidadania não cumprida atinge a todos igualmente, porque todos são iguais, diante das possibilidades de sofrimento e morte.

Outra percepção solidária que despontou no decorrer do exercício, diz respeito ao relacionamento da rede, ou seja, ao compartilhamento de responsabilidades entre os diversos equipamentos e destes com o nível central da secretaria de saúde, pois para o enfrentamento da situação de precariedade do cumprimento de direitos, não existiria a possibilidade de intervenção solitária desta ou daquela unidade de saúde, seja qual fosse o seu nível de

complexidade.

As linhas de descuido escolhidas pelos membros da oficina para serem trabalhadas foram:

- Infarto Agudo do Miocárdio
- Diabetes e predomínio de ocorrência de amputações altas na rede
- Prematuridade
- Internação por Transtornos Mentais (Esquizofrenia)
- Morte Materna
- Pneumonia e DPOC

Para o enfrentamento das questões suscitadas, marcadas pelas perdas de oportunidade de intervenção cuidadora, os participantes do processo de planejamento, pautados pelas suas experiências de matriciamento de capacidades em franco uso no município, e colocados em situação de análise pela observância dos descuidados produzidos na e pela rede serviços de saúde, formularam enquanto rede:

No âmbito geral da rede hospitalar, pôde ser desenvolvida a idéia de uma rede articulada entre si e com os demais equipamentos componentes do SUS, ou seja, pela estrutura municipal, mas também pelas estaduais e federais. Além disto, verifica-se certa pretensão de autonomia pelos dirigentes das organizações hospitalares. O conceito de autonomia que passamos a trabalhar foi no sentido da capacidade de reconhecimento das alteridades institucionais e de manejo no dia a dia, particularmente em relação ao trato com as demandas do cotidiano. (Mendonça, 2008 p. 2)

Esta concepção expressa por um lado a noção de pertencimento à rede e, por outro, de que a unidade hospitalar é simplesmente um tipo de unidade da rede, nem cabeça, nem centro, nem topo da rede, e isto dentro de uma

concepção de que as definições de atenção básica, especializada e hospitalar é tão somente uma distinção de lugares, já que em todos estes se praticam as mesmas clínicas e se jogam com os mesmos saberes tecnológicos e sabedorias presentes, por parte dos trabalhadores de saúde e por parte dos usuários destes serviços de atenção.

O reconhecimento de autonomias possíveis expressa o reconhecimento de capacidades presentes em todos os âmbitos da rede de serviços, num desejo de construir um enunciado de vontade coletiva de funcionamento harmonioso e cooperativo, que nas singularidades (e diferenças), não só reconhecidas como desejadas, poder-se-ia construir uma imagem objetivo de rede solidária.

Para dar conta desta pretensão de relacionamento respeitoso e solidário entre equipamentos e por dentro da estrutura hospitalar, formulou-se em linhas gerais para a organização:

Quanto à questão organizacional, no que diz respeito à estrutura e funcionamento propriamente dito, foi proposta uma estrutura matricial do ponto de vista da gestão da organização e, matriz esta, dada pelo relacionamento transversal entre funções e responsabilidades diante das demandas e necessidades dos usuários da rede de serviços. (Mendonça, 2008 p. 2)

As estruturas matriciais de organização representam a forma mais elaborada de organização burocrática, e segundo CHIAVENATO “é uma espécie de remendo na velha estrutura funcional para torná-la mais ágil e flexível às mudanças” (2000 p. 622). O mesmo autor seguindo, ainda, afirma de forma bem humorada que esta estrutura é “uma espécie de turbo em um motor velho e exaurido para fazê-lo funcionar com mais velocidade”.

(Chiavenato, 2000 p. 622)

As estruturas formais, burocráticas e verticais apresentam um desencaixe básico em relação ao funcionamento e processo de trabalho em estruturas de produção de cuidados, já que nestes processos o que se dá efetivamente é uma composição de grupos de trabalho, organizados para o “aqui e agora”, ou seja, a necessidade do usuário de certa forma desloca os agentes técnicos¹ de seus lugares departamentais para constituir uma força-tarefa envolvida e implicada com a solução de ganho de autonomia e felicidade para um demandante específico. Esta definição se aproxima do conceito de “adhocracia” formulado por Toffler (*apud* Chiavenato, 2000) e já manifesto na tese de doutoramento de Alzira JORGE (2002) quando de sua investigação acerca da gestão hospitalar sob a perspectiva da micropolítica do trabalho vivo. Do que se fala exatamente: para Chiavenato “para poderem acompanhar o ambiente turbulento, as organizações precisarão ser orgânicas, inovadoras, temporárias, isto é, antiburocráticas” (Chiavenato, 2000 p. 619).

A adhocracia se caracterizaria, assim, como desadministração, ou seja, abre-se mão do controle, do planejamento, da coordenação centrais para, por meio dos pactos de responsabilidade e comprometimento, equipes sejam constituídas e destituídas a todo tempo e hora, em uma dinâmica adequada para o enfrentamento de situações e problemas singulares que exigem descompartmentalização das capacidades produtivas.

Para CHIAVENATO (2000 p. 620) a adhocracia se caracteriza por:

- Equipes temporárias e multidisciplinares de trabalho,

1 Utilizo agentes técnicos para diferenciar dos outros produtores do cuidado em saúde, já que partimos da premissa de que este trabalho é produzido em uma relação entre sujeitos, e assim, o próprio usuário é um dos agentes deste processo produtivo.

- isto é, autônomas e auto-suficientes.
- Autoridade totalmente descentralizada, ou seja, equipes auto-gerenciáveis e auto-administradas.
 - Atribuições e responsabilidades fluidas e mutáveis
 - Poucas regras e procedimentos, ou seja, muita liberdade de trabalho

Seguindo, o mesmo autor procura fazer um quadro resumo das estruturas burocráticas *versus* as adhocráticas e reproduzimos aqui:

Quadro 2: Burocracia *versus* Adhocracia (Chiavenato, 2000 p. 620)

Práticas Administrativas	Burocracia	Adhocracia
Planejamento	<ul style="list-style-type: none"> ● Detalhado e abrangente ● Situado a longo prazo ● Envolve políticas, procedimentos, regras e regulamentos 	<ul style="list-style-type: none"> ● Genérico e amplo ● Situado a curto prazo ● Envolve apenas situações rotineiras e previsíveis
Organização	<ul style="list-style-type: none"> ● Apenas a organização formal ● Especialização e responsabilidades específicas ● Departamentalização funcional ● Centralização da autoridade 	<ul style="list-style-type: none"> ● Algumas vezes informal ● Responsabilidades vagamente definidas ● Departamentalização por produto ou por cliente ● Descentralização da autoridade
Direção	<ul style="list-style-type: none"> ● Diretiva e autoritária ● Supervisão fechada ● Autoridade estrita e impessoal ● Centrada na tarefa 	<ul style="list-style-type: none"> ● Participativa e democrática ● Supervisão genérica e ampla ● Centrada na pessoa e na tarefa
Controle	<ul style="list-style-type: none"> ● Controles compreensivos ● Para assegurar cumprimento dos procedimentos ● Acentua e reforça as regras 	<ul style="list-style-type: none"> ● Controles genéricos ● Orientados para resultados ● Acentua e reforça o autocontrole
Características	<ul style="list-style-type: none"> ● Formal, especializado e centrado nas regras 	<ul style="list-style-type: none"> ● Informal, baseado em equipes temporárias

A caracterização de uma estrutura hospitalar, proposta como organização matricial, não nega o caráter adhocrático do hospital, mas reconhece a existência de tempos e pessoas, concordante com CECÍLIO (1999), que elabora que a passagem de estruturas burocratizadas e rígidas marcadas pelo controle da autoridade, para organizações de arranjos leves

pautadas no aqui e agora, com distensão do conflito entre controle e autonomia, não é tranqüila. Esta compreensão inspirou a formulação de uma estrutura em rede, mas com o estabelecimento mínimo de responsabilidades derivadas de autoridade delegada, num matriciamento entre oferta, demanda e gerenciamento de espaços produtivos. Neste sentido, conceitualmente dialogando com a física e a geometria analítica, as decisões não são definições, mas vetores: decisão é força e movimento, direção e sentido pretendidos.

A estrutura proposta não carrega em si a intenção de produzir reconhecimento e minimização de possibilidades de desrespeito, mas sim de se propiciar possibilidades de encontros mais reconhecedores das autonomias e subjetividades e, com isto, pela exposição dos trabalhadores aos seus usuários e *vice-versa*, estar sujeita a novos acontecimentos e por que não dizer, propiciar o surgimento de novos personagens no ato (Sader, 1995), na cena, na micropolítica do produzir em ato o cuidado.

Reconhecer a tensão-potência constitutiva destes encontros é por si desconstrutora das possibilidades de desrespeito, visto que passadas as tensões iniciais da lacuna de poderes-saberes estruturados, poder-se-á, ainda que em ambientes de disputa destes mesmos poderes-saberes (Carapinheiro, 1998), constituírem-se espaços de colaboração solidária, resgatados pela desterritorialização dos mesmos poderes e conseqüente colaboração na construção de projetos terapêuticos individuais, centrados nos indivíduos, demandantes e defrontantes, protagonistas da intenção de recuperação de suas próprias autonomias.

Assim, mais do que a abertura para possibilidades de reconhecimento das diversas capacidades técnicas em diálogo com os protagonismos dos usuários, as estruturas matriciais, modificadas pela compreensão do processo de produção do trabalho de saúde, sob a perspectiva de sua micropolítica, ou seja, centradas no encontro entre usuário e trabalhador, liberam as capacidades de gestão em direção à produção global de cuidados e permitem que se estabeleçam campos claros de disputa, sem temer, assim, a tríplice linha de comando que o modelo proposto pressupõe.

Em continuidade,

Para o estabelecimento do perfil da unidade em questão, trabalhou-se conceitualmente e de forma confrontada à informações epidemiológicas disponíveis na inteligência da própria Secretaria Municipal de Saúde. Com estes elementos travaram-se discussões no sentido da montagem de linhas de “descuidado”, ou seja, com a noção de que forma, estrutura e funcionamento da rede produzem vida e redução do sofrimento, porém também podem contribuir para agravamentos, falta de soluções e sofrimento nos usuários do Sistema Único de Saúde. (Mendonça, 2008 p. 2)

O descentramento da programação hospitalar das ofertas de procedimentos, dadas pelas capacidades potenciais presentes em direção ao sofrimento e necessidade dos usuários, colocou em questão o perfil necessário, ou seja, frente às lacunas assistenciais dos cuidados ofertados, quais outros deveriam ser ofertados e quais, dos já pensados, deveriam passar por um processo de crítica, no sentido de seu aprimoramento de qualidade e de intensidade. Assim, as quatro linhas de cuidado propostas para o hospital foram: cuidados em emergência clínica; emergência cirúrgica; traumatologia e; atenção ao sofrimento psíquico (Mendonça, 2008 p.3).

As apostas enunciadas pelo grupo em análise e planejamento demandaram a construção de um modelo organizacional constituído de um centro em unidades de produção, ou de funcionalidades denominadas de Unidades Funcionais – UF, em que nichos de intensidades de cuidados estariam arranjados e articulados de forma contundente. Nestes espaços cuidadores, equipes multiprofissionais poderiam desenvolver sob coordenação única os cuidados demandados pelos usuários. A modelagem organizacional está apresentada na íntegra no Anexo I.

Estas UF estão atravessadas por duas linhas de intercessão: a gestão do cuidado e as supervisões técnicas, com prevalectimento da gestão do cuidado sobre a supervisão técnico-assistencial. No decorrer do processo de implantação ficou clara a necessidade de atuação solidária, visto que a gestão do cuidado e a gestão das capacidades técnicas constituem um mesmo núcleo de governabilidade no campo de práticas cuidadoras. Novamente o que pauta este movimento constitutivo é o desejo da prática comum, ou do comum da prática, por meio do reconhecimento do outro, da capacidade do outro frente à demanda do usuário defrontante: harmonia entre *alter* e *ego*, capacidades reconhecidas no acolhimento não simplesmente à individualidade do usuário, mas à sua singularidade.

A construção modelar não representa a novidade, mas sim o movimento de constituição do comum. O processo de discussão e formatação da estrutura organizacional foi dispositivo de ativação de um processo cooperativo de construção do comum e, neste, de possibilidade de singularização não só dos usuários, mas dos próprios trabalhadores, não

apenas com seus saberes-fazer e tecnologias, mas com o disparo de novas possibilidades de subjetivação, de constituição de coletivos não mais de individualidade, mas de sujeitos.

Por fim, a organização do hospital, seus coletivos decisórios, seu mundo do trabalho sem chefias e amalgamado pelos auto-reconhecimentos de responsabilidades e vínculos construídos constitui-se em dispositivo ativador de desejos de mudança na rede hospitalar, colocando o campo da produção de trabalho de saúde nos hospitais como espaço de franca disputa entre projetos ético-políticos.

LUTA EM DEFESA DA VIDA OU CONSTRUÇÃO DO COMUM NO CUIDADO. UMA GESTÃO SOLIDÁRIA E AMOROSA PARA UMA MULTIDÃO CUIDADORA

A defesa da vida, com seu modelo tecnoassistencial, usuário centrado pede reflexões acerca do processo de gestão. A luta por reconhecimento de Honneth contribuiu ao disponibilizar a categoria do desrespeito como dispositivo potente de análise dos processos de construção do cuidado, considerando aqui as experiências cuidadoras e suas gestões intervenientes. Eis que, se por um lado a construção de um referencial ético-político de reconhecimento da singularidade do usuário, bem como as estratégias de exposição a este como sujeito, produz desterritorialização do espaço de atuação e significação do trabalhador de saúde, esta modelagem-movimento enfrenta formas tradicionais de gestão e divórcios entre gerir e discurso, que pedem construção de coletivos, mas privam os mesmos de espaços de construção do comum na gestão. Marcadamente, o pensamento estratégico contribui para esta deficiência de compreensão processual, dada pela tentativa permanente de superação do diferente.

Ainda que não tenha sido possível uma abordagem empírica de percepções e representações de formas, tipos e experiências de desrespeito, para além de meus registros de memória, a abordagem, com base na matriz conceitual ofertada por Honneth e aplicada ao processo de planejamento particular de uma unidade hospitalar em João Pessoa, permitiu verificar a pertinência do uso do conceito na tentativa de se produzir uma análise

compreensiva das relações intersubjetivas construídas neste processo de gestão. Isto não quer dizer que se procurou aqui validar a luta por reconhecimento como uma teoria geral da ação social, mas sim que se fez uso de seu conceito central para melhor entender processos de gestão, seus fatores limitantes e conflituosos e, com isto, trabalhar coletivamente na formulação de propostas mais potentes em direção à construção do comum (Hardt & Negri, 2005) que reside no cuidado.

Pode-se verificar que existe, nas disputas por modelos e posicionamento ético-político, uma tensão essencial, constitutiva, que é potência, energia potencial e que, em sua cinética, energia cinética, se expressa o conflito: tal qual na produção ofertada por Honneth, o conflito tem nesta luta por reconhecimento, construída sobre tentativas e movimentos de desrespeito e construção do respeito, uma gramática moral. A tensão constitutiva da gestão em ato, e do cuidado em ato, que lhe é consubstancial, é potência de mudança e dentro da micropolítica onde se inscreve é pura política, puro movimento. Espaço e tempo, tempo-movimento.

A força do movimento de desalienação e desalgamação, que o encontro intersubjetivo realizado entre usuário e trabalhador na construção de seu projeto terapêutico singular produz, libera a ambos que, em construção de uma relação intersubjetivamente liberada, os reúnem e os re-significam, como companheiros cooperativos, que de forma potente podem, com tudo o que possuem de conhecimentos, saberes e sabedorias, construir caminho comum para os ganhos possíveis de autonomia, que amorosamente ambos desejam. Este encontro alegre, produtor de vida na concepção espinosista, é

fundamental, porém produtor de conseqüências sobre atitudes e motivações de ambos.

Dentro da micropolítica do trabalho vivo em ato de saúde, a responsabilização mutuamente vinculada produz desejos pela vida e neste *anima*, requerem ação política na comunidade dos humanos. A gestão necessita complexificar-se, dado que extrapola dos resultados preconizados em saídas padronizadas, para também singularizar respostas frente a condições, reconhecidamente singulares. Como diriam os garotos de hoje, “quem não sabe brincar, não desce para o *play!*”, ou seja, se os gestores desejam lutar em defesa da vida, se desejam centrar a produção de saúde no usuário, preparem-se para este defrontamento, ele é produtor de uma prática libertária, já que caminham para a produção de novas possibilidades, novos desejos de autonomia e felicidade.

Ora, por vezes a força das políticas públicas centra-se numa qualificação e quantificação da produção e, para tanto, se produz nos gestores um desejo de potência, desejo de controle do tempo-produção. Eis que a iniciativa de controle da produção no tempo é fiel antagonista da liberdade, a qual é requerida na construção de saídas criativas capazes de produzir respostas singulares. Mais, as estruturas burocratizadas, pautadas pela delegação de competência em estruturas verticais e orientadas ao controle dos fins e dos meios, não propicia o encontro entre os trabalhadores prenhes de projetos de produção de vida, com os provedores dos recursos adicionais necessários para tal.

Estes encontros entre trabalhadores envolvidos no cuidado e

trabalhadores envolvidos na gestão são conflituosos essencialmente, dado que são governados por diferentes lógicas e diferentes afetações. Um se afeta pelo encontro com o usuário, outro com a resposta global produzida frente a uma promessa pública de construção de política de governo. A confrontação assimétrica, por qualquer uma das partes, irá resultar em possíveis desrespeitos, ou seja, pelo não reconhecimento do lugar de onde o outro analisa e constrói possibilidades. Neste sentido, de acordo com as teorias expostas ao longo desta dissertação, somente seria possível uma prática respeitosa, a partir da construção de espaços de encontro, onde as singularidades dadas pelas diferentes vivências experienciadas fossem desejadas.

Para contribuir para este processo de liberação e construção cooperativa do trabalho em saúde, cujo *anima* é o cuidado, foi demonstrada potência no investimento em processos de desadministração, assumindo-se, ainda que parcialmente, os fluxos e intensidades que governam organizações consideradas adhocráticas. Expor os trabalhadores da saúde à sua alteridade essencial, o usuário que demanda cooperação, que afeta e que dispara possibilidades amorosas de mútua interação, romper as centralidades na autoridade administrativa de controle, para revelar e elaborar o comum do cuidado, permitir o encontro entre trabalhadores-gestores e trabalhadores-cuidadores, catalisados pela singularidade do usuário, e assim revelar o singular, o diferente desejado dada a inserção em diferentes lugares desta produção do trabalho: produzir possibilidades de solidariedade no território da gestão do cuidado.

Esta diferenciação mutuamente desejada torna-se não mais impedimento, mas favorecimento de movimentos sinérgicos: rompe o paradigma da administração do controle, na observância de que nos fluxos incontroláveis da produção do trabalho de saúde, estas organizações são biopoliticamente governadas, ou seja, na sua cotidianidade estão na superfície da produção da vida.

Por isto, às vésperas da abertura das portas ao público externo, o hospital que me emprestou o empírico que faltava, encontra-se no centro da disputa do referencial ético-político na trama de fluxos que permeia a vida da cidade. Acompanhar no tempo e nas intensidades os fluxos que ali irão se processar já se apresenta como um desejo implicado, a pedir continuidade desta investigação, já que longe de fechar as questões aqui colocadas, estas se abrem em novas perguntas. A aposta é que este processo produzido a tantas mãos e corações, ainda está por demonstrar sua força e potência. Uma gestão solidária pode estabelecer novas possibilidades para as máquinas governamentais, para além das práticas paranóides, centradas no controle da produção e territórios de desrespeito e ofensa.

Merece também um registro, que neste diálogo da produção teórica implicada que faço com minhas poderosas instituições, também percebi o deslocamento de minha alteridade, e ao invés de prestar contas para o aparelho formador normativo, com o qual sempre estive implicado, reconheci na linha de pesquisa em micropolítica do trabalho e gestão do cuidado um Outro Epistêmico, amorosamente vinculado na concepção espinosista. Este deslocamento de alteridade na produção teórica com pretensão de validade

científica coloca o desejo da produção, para além de validação e reconhecimento de capacidade, na direção do compartilhamento solidário do que foi experienciado e formulado. Dada a possibilidade de construção epistemologicamente apropriada, permite-me indagar se o que é proposto faz sentido para a construção do comum na gestão do cuidado, ou seja, se faz sentido para os demais sujeitos epistêmicos, em suas singularidades, também militantes implicados.

Desta feita, dialogo com o que produzi a partir da percepção inicial de lacuna do conhecimento no campo da saúde coletiva e procuro verificar se a elaboração teórica conseguiu apresentar uma novidade que estava faltante. Verifico que a contribuição de Honneth permitiu abrir o enferrujado portão de meus jardins secretos, e no encontro com a humanidade dos pequenos atos do trabalho em saúde, particularmente em sua gestão, igualmente permitiu compreender que, para além de humanizar o humano, cabe à saúde coletiva propiciar uma nova abertura.

Este debate tenso, quase insuportável, mas muito produtivo, que experimentei me parece permitir afirmar algumas possibilidades de respostas:

- Uma episteme militante e implicada produz saber válido, e o resultado das tensões essenciais necessariamente vividas ao percorrer este caminho fazem sentido para a discussão do campo da saúde coletiva.
- O desrespeito é fenômeno próprio de nossas humanidades e o desejo de sua superação é motor social para que, no encontro intersubjetivo mutuamente reconhecido, se produzam novas possibilidades do agir em

saúde.

- Investir no encontro entre trabalhadores e usuários pode produzir o deslocamento da alteridade na direção e no sentido do outro concreto, liberando da alienação produzida pela força da relação produzida na normatividade do processo de formação experienciado pelos trabalhadores de saúde.
- O trabalho em saúde, vivo em ato, produz a partir dos encontros mutuamente vinculantes e solidarizantes, necessidades de encontros igualmente solidários na condução do processo de gestão, para adiante da idealização do bem e do mal, naquilo que é bom para todos, para o comum, manejar e não operar, contornar e não controlar.
- A administração oferta a possibilidade da desadministração e parece fazer sentido que a horizontalização e estabelecimento de mútuos compromissos elaborados no território do comum podem permitir a elaboração de mudanças na organização de equipamentos de saúde, mais coerentes com a delicadeza do reconhecimento dos muitos sujeitos em ação.
- Por fim, este diálogo convida sair da idealização de que é possível humanizar estruturas e processos, já humanos em suas essências, para a enunciação de um devir humano, no qual não existe o fim da política, mas a plenitude do agir em saúde, como Política.

Uma última nota diz respeito ao saber militante e sua construção: quero também afirmar que, além das experiências com o vivido, muitos encontros

produziram esta dissertação, salas de aula, debates, leituras, mesas de bares, praias, caminhadas e sessões de terapia esquizo-analítica. A produção se deu em atividades acadêmicas e na produção da vida, lá onde produzimos o viver e, é claro, o saber e, nestes termos, talvez o que aqui se coloca seja útil, principalmente porque é produção de uma militância que no, coletivo, labuta pela defesa da vida.

BIBLIOGRAFIA

- Campos GWS & Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. Rio de Janeiro, **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(4): 849-859, 2007.
- Carapinheiro G. **Saberes e Poderes no Hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares**. 3ª Ed. Porto: Edições Afrontamento, 1998.
- Cecílio LCO. Inventando a mudança no hospital: o projeto "Em Defesa da Vida" na Santa Casa do Pará. In: CECÍLIO LCO (Org.) **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. Cap. 5, p.187-234.
- _____. Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 4(2): 315-329, 1999.
- _____. É possível trabalhar o conflito como matéria-prima da gestão em saúde? **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(2): 508-516 mar - abr, 2005.
- Cecílio LCO. & Merhy EE. A Integralidade do Cuidado como Eixo da Gestão Hospitalar, *in*: PINHEIRO R e MATTOS RA. (Org.). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: Abrasco, 2003.
- Chiavenato I. **Introdução à Teoria Geral a Administração**, 6ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Campus, 2000, 700 p.
- Deleuze G. **Espinoza: filosofia prática**. São Paulo: Editora Escuta, 2002, 144 p.
- Donnangelo MCF & Pereira L. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: Livraria Duas Cidades, 1979.124 p.
- Gonçalves RBM. **Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde: Características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo**. São Paulo: Hucitec/ABRASCO, 1994. 278 p. (Saúde em Debate, 76).
- Feres Jr. J. Contribuição a uma Tipologia das Formas de Desrespeito: Para Além do Modelo Hegeliano-Republicano. **DADOS – Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, 45, (4): 555-576, 2002.
- Flores F. **Inventando la Empresa del Siglo XXI**. 3ª Edición. Santiago: Hachette, 1991, 107 p. (colección HACHETTE / comunicación).
- Freire P. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.
- _____. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.

- Habermas J. Teoría de la Acción Comunicativa I & II. 3ª Edición. Madrid: Taurus Humanidades: versión castellana de Manuel Jiménez Redondo. 2003, 1135 p.
- Hardt M & Negri A. **Multidão - guerra e democracia na era do império**. Editora Record. Rio de Janeiro e São Paulo. 2005.
- Honneth A . **Luta por Reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais**. Tradução de Luiz Repa. São Paulo: Editora 34, 2003. 296 p.
- João Pessoa. **Lei Nº 11457 / 2008, de 18 de Junho de 2008**: cria e instala o Complexo Hospitalar de Mangabeira Governador Tarcísio Burity, modificando dispositivos da Lei Municipal nº 10.429, de 14 de fevereiro de 2005 e dá outras providências. João Pessoa: Câmara Municipal de João Pessoa, Anexo 2, 2008.
- Jorge, AO. **A Gestão Hospitalar sob a Perspectiva da Micropolítica do Trabalho Vivo**. Campinas: Tese de Doutorado apresentada à FCM/UNICAMP, 2002.
- McIntyre SE. Como as pessoas gerem o conflito nas organizações: Estratégias individuais negociais. **Análise Psicológica**, 2 (XXV): 295-305, 2007.
- Mendonça PEX. **Singularizando o Hospital Universitário Clementino Fraga Filho: uma proposta de Plano Diretor**. Rio de Janeiro, *mimeo*. 2003, 124 p.
- _____. Oficina de Planejamento: Hospital de Praia Brava – FEAM. Angra dos Reis, *mimeo*, 2004, 8 p.
- _____. **Diretrizes para a Implantação do Complexo Hospitalar de Mangabeira Governador Tarcísio Burity**. João Pessoa, *mimeo*. Anexo 1, 2008.
- Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. *In*: MERHY EE & ONOCKO R (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2ª Ed. São Paulo – Buenos Aires: Hucitec - Lugar Editorial, 1997. Cap. 2, p.71-112.
- _____. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, 4(2): 305-314, 1999.
- _____. **Saúde: cartografia do trabalho vivo de saúde em ato**. Hucitec, 2002.
- _____. **O Conhecer Militante do Sujeito Implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido**. Campinas: *mimeo*, 2002 b.
- Merhy EE & Cecílio LCO. O Singular Processo de Coordenação dos Hospitais. Rio de Janeiro: **Saúde em Debate**, v.27 (64), p. 110-122, 2003.
- Sader E. **Quando Novos personagens Entram em Cena: experiências e lutas dos trabalhadores da Grande São Paulo 1970-1980**. 2ª Ed. São Paulo: Paz e Terra, 1995, 329 p.

ANEXO 1

**Consultoria Especializada para a Reorganização
da Atenção Hospitalar no Âmbito da Rede
Própria do Município de João Pessoa – PB:
Diretrizes para a
Implantação do Complexo Hospitalar de
Mangabeira Governador Tarcísio Burity.**

Junho de 2008

Paulo Eduardo Xavier de Mendonça²

2 Documento apresentado como produto parcial da consultoria produzida para a reorganização da rede hospitalar do município de João Pessoa e base para a constituição dos estatutos de implantação do Complexo Hospitalar de Mangabeira Governador Tarcísio Burity.

Introdução

Este relatório objetiva apresentar de forma condensada as discussões ocorridas nas oficinas de novembro e dezembro e o trabalho continuado com a equipe do HMM até maio de 2008. Para tanto, trabalhou-se com os conceitos básicos de necessidades de saúde, linhas de cuidado e rede de serviços. Ressalte-se a importância da participação dos trabalhadores de saúde e dirigentes dos distritos de saúde regulação e SAMU, passo fundamental para a construção de propostas hospitalares articuladas e coordenadas pelo lado de dentro da gestão do sistema único de saúde.

Este primeiro momento de consolidação de debates, foca no Complexo Hospitalar de Mangabeira Governador Tarcísio Burity ou simplesmente Hospital Municipal de Mangabeira, tal qual é nomeado pelas pessoas no decorrer das reuniões e debates.

No âmbito geral da rede hospitalar, pôde ser desenvolvida a idéia de uma rede articulada entre si e com os demais equipamentos componentes do SUS, ou seja, pela estrutura municipal, mas também pelas estaduais e federais. Além disto, verifica-se certa pretensão de autonomia pelos dirigentes das organizações hospitalares. O conceito de autonomia que passamos a trabalhar foi no sentido da capacidade de reconhecimento das alteridades institucionais e de manejo no dia a dia, particularmente em relação ao trato com as demandas do cotidiano.

Quanto à questão organizacional, no que diz respeito à estrutura e funcionamento propriamente dito, foi proposta uma estrutura matricial do ponto de vista da gestão da organização e, matriz esta, dada pelo relacionamento transversal entre funções e responsabilidades diante das demandas e necessidades dos usuários da rede de serviços.

Para o estabelecimento do perfil da unidade em questão, trabalhou-se conceitualmente e de forma confrontada à informações epidemiológicas disponíveis na inteligência da própria Secretaria Municipal de Saúde. Com estes elementos travaram-se discussões no sentido da montagem de linhas de “descuidado”, ou seja, com a noção de que forma, estrutura e funcionamento da rede produzem vida e redução do sofrimento, porém também podem contribuir para agravamentos, falta de soluções e sofrimento nos usuários do SUS.

1. Perfil

Diante das discussões operadas pelo grupo, propõe-se o estabelecimento de um perfil de assistência com três eixos, a saber:

- Atenção de Emergência Clínico-Cirúrgica com enfoque na traumatologia
- Atenção ao sofrimento psíquico
- Atenção eletiva em ortopedia

Estas definições irão permitir um reposicionamento das tarefas assistenciais das demais unidades hospitalares da rede tendo em vista que ficam ainda por definirem-se os lugares adequados para as internações eletivas em situações clínico-cirúrgicas, que não as relacionadas com agravos traumato-ortopédicos.

Para dar-se conta desta definição, a unidade conta com uma porta de entrada de cuidados de emergência, onde está também o centro de imagens, sala de procedimentos com imobilização e repouso para observação e avaliação de terapêuticas de efeito agudo.. Estas atividades seriam instaladas no proposto Centro de Ortotraumatologia.

No atual espaço da maternidade Santa Maria, seriam criados dois espaços após a transferência de suas atividades hospitalares para o Instituto Cândida Vargas e de suas atividades ambulatoriais para outras unidades do Distrito III, quais sejam a implantação de um Pronto Atendimento Psiquiátrico e de um núcleo de cuidados fisioterápicos.

No espaço do Centro de Ortotraumatologia – COT serão estabelecidos os procedimentos de internação emergencial e eletiva em ortopedia e traumatologia com pelo menos 38 leitos dedicados a esta atividade. No pavilhão Prof. Humberto Nóbrega será instalado uma área específica de hospital dia, visando conferir agilidade a procedimentos terapêuticos e diagnósticos que demandam permanência no ambiente hospitalar, porém sem necessidade de internação, espaço de grande importância para o giro de pacientes demandantes de cuidados cirúrgicos.

Também no Pavilhão Humberto Nóbrega, funcionará a Unidade de Terapia Intensiva e a de Cuidados ao Paciente Grave, com perfil de Semi-Intensiva, com pelo menos dez leitos.

Ocorreu também a oportunidade de elaboração de projeto específico de estabelecimento e implantação de uma equipe de atenção domiciliar, modalidade de internação, como suporte e integrada aos Distritos de Saúde do município nos moldes preconizados pelo Ministério da Saúde.

As portas teriam entradas próprias, duas de emergência abertas 24 horas, sendo uma de Pronto-Socorro Geral e outra de Pronto Atendimento Psiquiátrico e a unidade de atenção eletiva aberta 8 horas em horário comercial.

Quanto ao processo de trabalho, desenvolveu-se o conceito de um hospital fortemente horizontalizado, com equipes trabalhando em rotinas de trabalho como diaristas e com a participação de todos os ocupantes das funções públicas nas escalas do plantão geral da unidade, definidas em dias fixos. Tal manejo dos tempos do trabalho permitiria o estabelecimento de equipes fixas, com maior possibilidade de trocas entre si, aprimoramento profissional e responsabilidades e vínculos compartilhados. Tal relação proporcionaria uma redução do quadro de pessoal, porém com maior participação horária, visto que os trabalhadores operariam suas atividades e ações em regime de 40 horas.

2. Estrutura Organizacional

Para o funcionamento desta estrutura complexa e com a assunção de um modelo distinto de operação do trabalho em saúde, as discussões encaminharam-se no sentido do estabelecimento de uma estrutura organizacional e administrativa adequada para a gestão do novo cotidiano.

Em período anterior ao início deste trabalho de consultoria, houve um acúmulo por parte dos gestores e de alguns trabalhadores de saúde em relação a diferentes estruturas organizacionais operadas em hospitais, particularmente em Minas Gerais. Diante da percepção das vantagens da organização matricial, optou-se pelo aprofundamento da discussão nesta direção.

Outra discussão já ocorrida com um bom nível de acúmulo dizia respeito ao gerenciamento do cuidado. A rede básica como um toda havia feito a opção pelo gerenciamento por linhas de cuidado, que expressa uma expectativa de se estabelecer uma modelagem do *modus operandi* da rede a partir de conjuntos de demandas de usuários percebidas pelo conjunto assistencial, numa tentativa de

centrar o modelo tecnoassistencial no usuário.

Os fundamentos do estabelecimento do modelo foram:

- Reconhecimento do alto nível de autonomia e auto-governo que os trabalhadores de saúde dispõem;
- Existência de espaços de produção em ato do cuidado em saúde;
- Necessidade de se produzir encontros que decidam e elaborem o cotidiano da organização;
- Necessidade de construírem-se arranjos, que facilitem e contribuam para a produção de alto vínculo e alta responsabilidade;
- Necessidade de se alcançar eficiência no trabalho de saúde.

Vários trabalhos de estudiosos consagrados na saúde coletiva indicam o grande nível de autonomia e autogoverno com que os trabalhadores de saúde operam suas práticas. Ainda que hoje se tenha uma concordância razoável acerca da necessidade de padronização das práticas, cabe reconhecer que as autonomias podem estabelecer grandes desgovernos das organizações de saúde. Ao que tudo indica, porém, os esforços de aprisionamento das autonomias mais contribuem para o desgoverno, nestes casos, a excepcionalidade torna-se regra. Pois bem, acolher as autonomias e reconhecendo-as, ativar mecanismos de negociação de crenças e conhecimentos dos saberes tecnológicos têm sido um caminho mais frutífero para a condução de práticas um pouco mais gerenciadas.

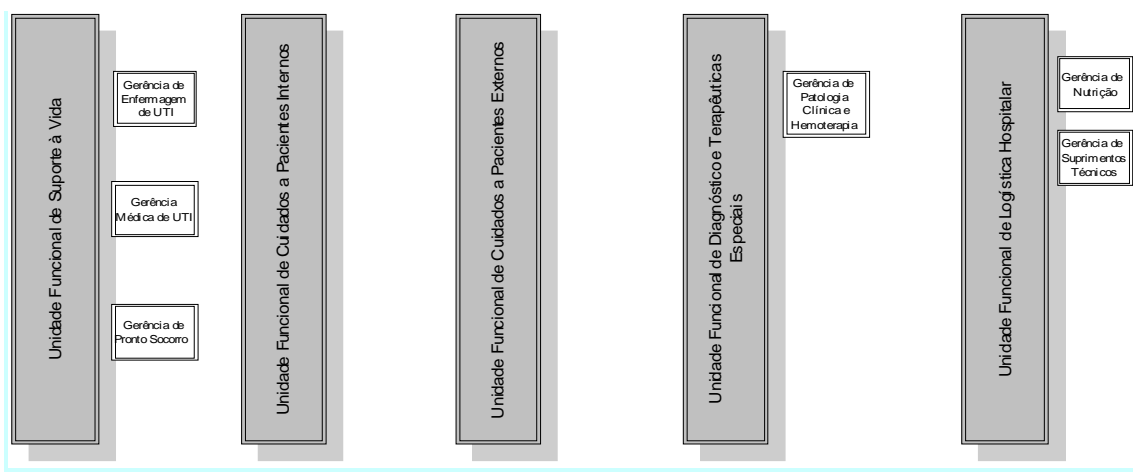
O hospital é um conjunto de espaços dedicados a assistência direta aos usuários, bem como outros de processamentos diagnósticos, preparos e estoques, além de diversos espaços dedicados à operação de uma infra-estrutura pesada e outros às atividades administrativas e gerenciais. O estabelecimento de uma programação assistencial determina o uso dos espaços, e este estabelecido organiza a sua gestão. Neste sentido, dentro do pressuposto de uma estrutura de gestão matricial, o primeiro passo a ser dado é o estabelecimento dos espaços de produção, tendo em, vista que estes é que serão relacionados aos diversos âmbitos de gerenciamento.

Unidades Funcionais

Como estes espaços produtivos são arranjos de diversas áreas tecnológicas que envolvem o cuidar e o disponibilizar recursos diretos para que tal aconteça, coube aqui chamá-los de Unidades Funcionais, privilegiando o encontro de funcionalidades e não apenas as características básicas do quê e do como as tarefas são produzidas. São então, as seguintes Unidades Funcionais propostas:

A **Unidade Funcional de Suporte à Vida** reúne as atividades dedicadas ao paciente crítico, ou àquele que poderá demandar, face à complexidade do ato de cuidado, atenção pronta e monitoramento permanente. Fala-se aqui do Pronto Socorro, seja para adultos ou para crianças, para usuários em emergências ou urgências clínicas e cirúrgicas ou que estejam em sofrimento psíquico agudo, também refere-se aos espaços aí dedicados à observação e intervenção terapêutica com vista à mediata ou imediata devolução ao seu ambiente de origem, ou aos internados em enfermaria de pacientes graves, ou a Unidade de Cuidados Intensivos. Mas também estão aí relacionados o Bloco Cirúrgico, com seus espaços de intervenção direta e sala de recuperação pós-anestésica. Para a operação do cotidiano, propõem-se a criação de três gerências, uma de Pronto Socorro, dada a sua magnitude e duas para a UTI, tendo em vista as definições legais pertinentes, constituindo uma dupla de médico e enfermeiro para o desempenho desta gerência compartilhada. O relacionamento entre as atividades contidas nesta UF é crítico, pois a desarticulação de um setor com outro, tem redundado na experiência hospitalar brasileira em graves impedimentos para o funcionamento adequado e eficiente.

Figura 1: Unidades Funcionais do HMM



A **Unidade Funcional de Cuidados a Usuários Internos** reúne os recursos assistenciais dedicados aos usuários em regime de internação, passado o seu momento crítico. Estão aí incluídas as enfermarias de internação, exceto a de pacientes graves, já relacionada à unidade funcional anterior. Nestes espaços estão os usuários que demandam menor grau de intervenção e monitoramento, porém não estão prontos para usufruir e conduzir sua autonomia em seu domicílio. Os leitos serão indiferenciados tanto quanto possível, porém para a garantia de que esteja pronto para a realização de procedimentos eletivos de ortopedia, serão definidos 38 leitos dedicados à ortotraumatologia. Verificou-se no processo, que grande parte das intervenções derivadas dos traumas diversos, termina por demandar um processo de preparação, o que torna por vezes a sua resolução em caráter eletivo.

A **Unidade Funcional de Cuidados aos Usuários Externos** agrega tarefas tipicamente realizadas para pacientes que não necessitam obrigatoriamente de internação hospitalar. Estão aí as atividades de hospital dia, dedicada a pacientes que demandam uma curta permanência para a realização de uma intervenção eletiva com segurança, porém podem retornar ao seu ambiente no mesmo dia. Está também o ambulatório que será dedicado ao seguimento dos pacientes já em processo de alta hospitalar. Envolve a clínica geral, ortopedia, cirurgia geral e fisioterapia e por fim, a unidade de internação domiciliar nos moldes preconizados pelo Ministério da Saúde do Brasil, para atender usuários que demandam uma continuidade assistencial com razoável intensidade de cuidado, mas que pode ser realizada em seu domicílio.

A **Unidade Funcional de Diagnósticos e Terapêuticas Especiais** é composta pelo centro de imagens, onde funcionarão inicialmente a tomografia computadorizada, radiologia, ultra-sonografia e eco-cardiografia e posteriormente a ressonância magnética, pelo laboratório de análises clínicas e patologia, pela endoscopia e pela hemoterapia, incluindo a unidade transfusional. Caracteristicamente esta unidade é demandada pelas demais de atuação direta, e voltadas para a clientela internada e para os sob intervenção no pronto-socorro. Como podem existir eventuais disponibilidades excedentes, esta unidade poderá também trabalhar com oferta e agendamento de seus recursos a partir das demandas da Central de Regulação.

A **Unidade Funcional de Logística Hospitalar** é composta pelos estoques, tanto gerais, como os específicos referentes ao material médico-hospitalar, fármacos, imunobiológicos e alimentos, como também pelas áreas de operação da infraestrutura, manutenção, e hotelaria, com as áreas de limpeza e conservação, zeladoria,

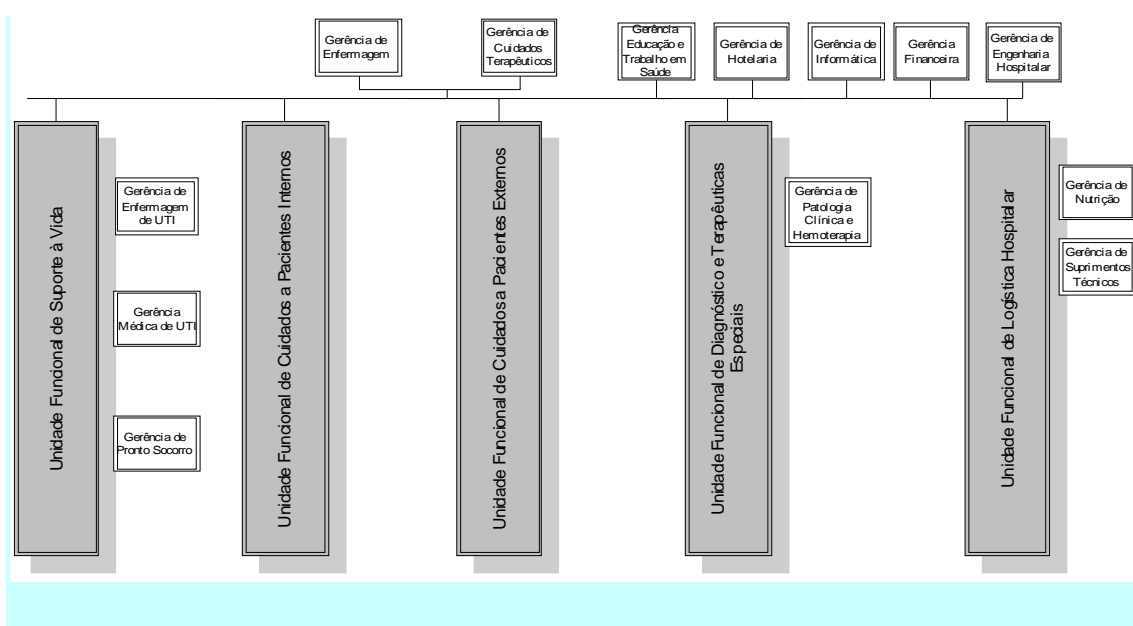
portarias e vigilância patrimonial, transporte interno e externo. As gerências específicas de algumas destas áreas estão subordinadas ao Diretor Administrativo, enquanto instância de integração. Outras, como a de nutrição e dietética e suprimentos técnicos, ainda que fortemente relacionadas ao Diretor Administrativo, reportam-se obrigatoriamente às áreas técnicas assistenciais. Cabe esta ressalva por serem seguimentos fortemente pressionados pelo processo de incorporação tecnológica em saúde e por isto mesmo, estão em permanente diálogo com os operadores do cuidado.

Gerências Integradas às Unidades Funcionais

Para cumprir o papel de gerenciamento e integração das UF, são propostas gerências de âmbitos técnicos e operacionais. Algumas vinculadas diretamente aos coordenadores das UF e outras a diretores de grandes áreas. As vinculadas aos coordenadores das UF pressupõem sua subordinação no plano da gestão à estas coordenações, que as integra e organiza o trabalho. Já aquelas subordinadas aos diretores de áreas gerais, seja no caso da Diretoria Assistencial, seja no caso da Diretoria Administrativa, a estes, delega-se a tarefa de coordená-los e integrá-los em suas práticas gerenciais. Note-se que todas as gerências operam seu trabalho na estrutura de gestão dentro das UF, apenas sugere-se que sejam estabelecidas estas pequenas diferenças para uma maior agilidade e sincronicidade nos respectivos trabalhos.

São as seguintes as gerências operacionais:

Figura 2 – Gerências Operacionais



As atribuições específicas de cada gerência encontram-se descritas no Regimento do HMM, em anexo.

- Gerência de Enfermagem

Esta gerência é eminentemente técnica e é responsável pelo gerenciamento do trabalho de enfermagem. Este gerenciamento diz respeito à conformação e trato das rotinas assistenciais e dinâmicas do cuidado aos usuários sob responsabilidade assistencial do hospital. Observa e acompanha atentamente o exercício profissional como mecanismo de garantia do cumprimento de relações de produção do trabalho em saúde para o cuidado eticamente preservado. Dadas as peculiaridades do trabalho de enfermagem na organização, bem como as dimensões deste corpo funcional, esta gerência também colabora com a confecção das escalas profissionais, alocação das pessoas nas UF e produção do trabalho de educação permanente. Por fim, o gerente cumprirá o papel formal da responsabilidade técnica do trabalho de enfermagem.

- Gerência de Cuidados Terapêuticos

A gerência de cuidados terapêuticos, tal qual a referente à enfermagem, organiza o trabalho técnico dos demais trabalhadores de saúde, excetuando-se aqueles e o dos médicos, gerenciados por instâncias específicas, conforme determinações legais. Os demais trabalhadores de saúde compõem um corpo funcional de menores dimensões, porém sem menor importância. Afinal, as duas gerências técnicas (contidas na Diretoria Assistencial) e a Diretoria Técnica, compõem o Corpo Clínico do hospital.

- Gerência de Educação e Trabalho em Saúde

Trabalho e educação em saúde formam um binômio indissociável, desde que é na operação do trabalho que se aprimora e desenvolve o trabalhar. Assim, esta gerência dedica-se às tarefas simples do acompanhamento do trabalho, do ponto de vista das frequências, do desempenho e dos processos de pagamentos até àquelas mais complexas como o reconhecimento de potencialidades contidas nas pessoas e no desenvolvimento da política de educação permanente, particularmente em consonância com os mesmos processos nos âmbitos da SMS e do Distrito Sanitário. Além disto, ainda irá comandar o processo de alocação das pessoas em acordo com as coordenações das UF e gerências técnicas profissionais.

- Gerência de Hotelaria

Tem sido aplicado na última década no Brasil o conceito de hotelaria nas unidades hospitalares. Isto remete a construção de um conjunto de processos administrativos articulados que possam garantir ambiência adequada e segura para os usuários sob intervenção diagnóstica e terapêutica. Esta incorporação conceitual, termina por trazer áreas tradicionalmente consideradas secundárias nas organizações hospitalares para o conjunto definido como trabalho de saúde. Assim, roupa adequada, controlada, ambiente higienizado e agradável, bem conservado e zeladoria e transportes seguros são reconhecidos como fundamentais para o manejo dos planos de cuidado.

- Gerência de Informática

Na saúde e particularmente nas organizações hospitalares, vem ocorrendo um processo intenso de incorporação tecnológica, notadamente no que diz respeito aos equipamentos médicos, mas também aos processos administrativos e sistemas de informações cada vez mais precisos e integradores de informações entre vários níveis do sistema de saúde. São máquinas, tecnologias de redes, equipamentos de informática, sistemas, programas e aplicativos cada vez mais complexos, que interferem mesmo no processo de cuidado. Por tal configuração, advoga-se que se constitua nestas organizações complexas uma instância particular de gerenciamento, ainda que o trabalho desenvolvido nestes, seja difuso por todas as áreas do hospital. Este gerenciamento não pode ser confundido com as antigas estruturas do tipo “CPD”, onde o hospital-cliente demandava informações a serem atendidas na “fila”. Hoje o conceito de informática pressupõe uma ação de trabalho de suporte ao usuário dos diversos recursos, e mais, a participação ativa nos processos de educação permanente, dado que para a construção do trabalho no dia-a-dia, hoje, requisita algumas capacidades mínimas de execução de tarefas informatizadas.

- Gerência Financeira

Hoje não existe uma definição clara no âmbito da administração municipal de João Pessoa quanto ao nível de descentralização administrativa e financeira. Mesmo assim, propõe-se aqui, que se prepare a organização para tal empreitada. Mesmo com a manutenção da centralidade, o acompanhamento e preparação locais dos processos que envolvem as compras, a execução orçamentária, contas a receber e contas a pagar, pode permitir maior controle e maior capacidade decisória para a gestão do hospital. Seria desejável estabelecer certo nível de delegação de competência para a execução do orçamento, garantidos processos homologatórios em instâncias

superiores, particularmente nos processos pertinentes ao sistema de suprimentos e aos pequenos reparos. Não perder a economia de escala no processo de abastecimento é sempre uma questão a ser colocada, mas isto não impede que uma unidade pratique bons registros de preços e com isto venha a beneficiar o sistema de abastecimento da rede como um todo.

- Gerência de Engenharia Hospitalar

Os hospitais hoje em dia são muito mais que instalações físicas. São campos produtivos com grande carga de incorporação tecnológica, que demandam contratos muito específicos, com exigências de controle e administração contratual, que as máquinas burocráticas tradicionais não dão conta. A engenharia hospitalar ainda é incipiente no país, mas tem demonstrado força de resolução no emaranhado tecnológico que se constituem os hospitais. Mesmo as instalações físicas apresentam hoje maior complexidade, com suas redes de gases, água, vapor, transmissão elétrica dentro de padrões que não prejudiquem equipamentos de grande sensibilidade e de manutenção onerosa. Talvez, por tratar-se de hospitais de médio porte, possa ser construída uma ação cooperada e sinérgica entre várias unidades para a construção desta estrutura de gestão da infra-estrutura.

- Gerência de Nutrição

A nutrição é um componente complexo do processo assistencial, já que intervêm no plano de cuidados, pois é seu componente, mas também se assemelha a um processo fabril de escolha, planejamento, guarda e estocagem, manipulação e produção do que será dispensado aos usuários sob cuidados. Ou seja, é mais do que dieta, é mais do que cozinha. O controle das dietas, das sobras e da qualidade e aceitabilidade pressupõem reconhecimento de uma atividade gerenciada por si.

- Gerência de Suprimentos Técnicos

Para além dos suprimentos de víveres e de almoxarifado geral, existe a especificidade do material médico-hospitalar e produtos farmacêuticos e imunobiológicos. As tarefas a serem gerenciadas incluem desde a guarda e estocagem até a administração da dispensação/distribuição e controle da qualidade dos materiais utilizados. Na conceituação atual, materiais e medicamentos são dispensados previamente agregados e pré-manipulados, ou em *kits* para procedimentos cirúrgicos e diagnósticos. Estas medidas não proporcionam apenas controle e economias, mas também qualidade nos cuidados, vez que a existência de

sobras ou faltas denunciam na prática cotidiana erros de administração, que não vale a pena negligenciar. A participação desta gerência nos processos de definição de compras e especificações é fundamental, bem como a administração do banco de dados de produtos recusados ou sob suspeição.

- Gerência de Patologia Clínica e Hemoterapia

Diagnóstico e terapêutica envolvidos, a aplicação de um depende da precisão do resultado do trabalho do outro. Ainda que não seja a mesma coisa, e não são mesmo, a proposta desta gerência que integra laboratório de patologia clínica com unidade transfusional e dispensação de hemoderivados, busca racionalidade e agilidade nos dois processos assistenciais

- Gerência Médica e Gerência de Enfermagem da UTI

Inicialmente proposta por determinação legal, estas gerências de funcionamento conjunto e sinérgico podem dar potência ao processo de cuidado ao paciente crítico, sob cuidados intensivos ou com certa intensidade. Assim articulam, não somente os usos dos recursos dos leitos da UTI, como também supervisionam o trabalho clínico a ser desenvolvido com os usuários alocados na enfermaria de críticos, onde no mínimo, estão submetidos a monitoramento intensivo. Manejar o ingresso e saída dos usuários entre estes espaços e entre estes e o restante dos nichos assistenciais do hospital exige maestria e treino permanente, bem como discussão dos protocolos e rotinas de entrada e saída. Articular também a capacidade de supervisão aos outros trabalhadores dos demais ambientes hospitalares para a transferência segura pode providenciar uma abertura saudável na capacidade assistencial do hospital como um todo.

- Gerência do Pronto Socorro

As portas de pronto-socorro sempre foram importantes no Brasil. Ainda hoje, ainda que existam grandes esforços de organização das entradas no sistema, estas se constituem em imagem de resolução de problemas de saúde no senso comum e no imaginário da população. Para além do gerenciamento administrativo da atividade de pronto-socorro, o que parece ser demanda real é a necessidade de gerenciamento do cuidado e do fluxo das demandas que se apresentam nesta porta. Gerenciar o cuidado, acolher os usuários, implantar e acompanhar a classificação de risco são as grandes tarefas desta gerência.

Coordenadores de Linhas de Cuidado

A proposta de organização do hospital a partir de linhas de cuidado está em sintonia com os arranjos que vêm sendo produzidos na atenção básica do município. Assim, após longos debates estabeleceu-se que o HMM deveria dar conta de atendimentos de urgência e emergência, para adultos e crianças, particularmente aos traumas e deveria também dispor de uma capacidade particular de enfrentamento de problemas mio-ósteo-articulares, dada a atual situação de repressão de demanda no âmbito municipal. Por outro lado, a partir da análise do andamento do processo de produção de práticas substitutivas em saúde mental, imputou-se ao HMM a produção de uma porta para atenção de urgência aos usuários em sofrimento psíquico agudo. Com isto, se definiu um conjunto de problemas, pertinentes não só ao hospital, mas a toda a rede de serviços, os quais darão origem a quatro linhas de cuidado.

O hospital é uma estação na linha de cuidados produzida na rede de serviços de saúde. Ele, não é em si o sistema e, apesar de sua complexidade, na verdade presta a conferir potência cuidadora para a rede. A atenção hospitalar deve ser sinérgica aos esforços de promoção de saúde e como tal deve ter seus recursos de cuidado, agenciados pelas linhas definidas prioritariamente pela municipalidade. É claro, que no caso da atenção de urgência e emergência, o hospital apresenta uma capacidade em si, porém, mesmo neste caso, como haverá quase obrigatoriamente um processo de transferência de responsabilidade terapêutica em direção à atenção básica, no pós-alta hospitalar, esta inclusão nas linhas de cuidado se faz absolutamente indispensável.

Quando se fala em linhas de cuidado, fala-se em gerenciamento do cuidado, no agenciamento de recursos tecnológicos pertinentes ao acolhimento, diagnóstico e tratamento das pessoas, assim, coube estabelecer na estrutura de gestão da unidade uma nova transversalidade que chamou-se aqui de coordenações de linhas de cuidado.

Estas coordenações são responsáveis por um gerenciamento do uso de disponibilidades de recursos, de encontro entre demandas assistenciais e ofertas e produção de novas ofertas dentro do possível organizacional. É como se fosse estabelecido um lugar-gerente de complexas tramas de compromisso e petição entre setores e unidades. Esta é a imagem que compõe o que seria uma regulação interna, por isso a inserção destes coordenadores no complexo regulatório do município.

Os usuários que se encontram sob intervenção assistencial, atravessam toda a estrutura cuidadora do hospital, consumindo recursos e capacidades e, para a garantia de uma atenção integral, sem os riscos de produção de fila na fila, ou seja, ser incluído em esperas por recursos indispensáveis para a tomada de decisão assistencial ou manejo terapêutico, já estando em atendimento de sua demanda, induz esta inovação na tecnologia de gestão do cuidado. Trata-se, antes de qualquer coisa, de formalizar em certo grau as mesas de negociação informal que são operadas pelos cuidadores e pelos manejos de influência, que sempre caracterizaram o patrimonialismo brasileiro. Interferir dentro da capilaridade por onde trafegam os manejos cuidadores sem a pretensão de moldá-la ou destruí-la, eis a tarefa.

Enfim, após vários debates, as linhas propostas são:

- Linha de Cuidado em Emergência Clínica

Atenção às demandas clínicas de adultos e crianças, sendo que em relação às crianças, passado o primeiro atendimento e período em observação, não haverá internação pediátrica na unidade. Neste caso, a integralidade será garantida com o uso de outros recursos assistenciais da rede de serviços do SUS em João Pessoa.

- Linha de Cuidado em Emergência Cirúrgica

O perfil da atenção cirúrgica a ser desenvolvido no HMM, refere-se às demandas de urgência, em cirurgia geral e identificadas a partir dos atendimentos de pronto-socorro, dos Pronto Atendimentos, do SAMU, mediados pela Central de Regulação.

- Linha de Cuidado em Orto-Traumatologia

O início da operação do HMM significará um ganho de capacidade na área do trauma e do enfrentamento dos padecimentos de problemas ortopédicos, que se encontram hoje em uma situação de repressão de demanda. Esta repressão não existe apenas por insuficiência de recursos leito, bloco cirúrgico, ou terapia intensiva. Há também a questão de como estes problemas são processados hoje na rede. O hospital é constituído pelo desejo de sanar, de avançar sobre esta questão específica, de forma a se caracterizar dentro de si um Centro de Orto-trauma, atendendo em regime de urgência e em caráter eletivo.

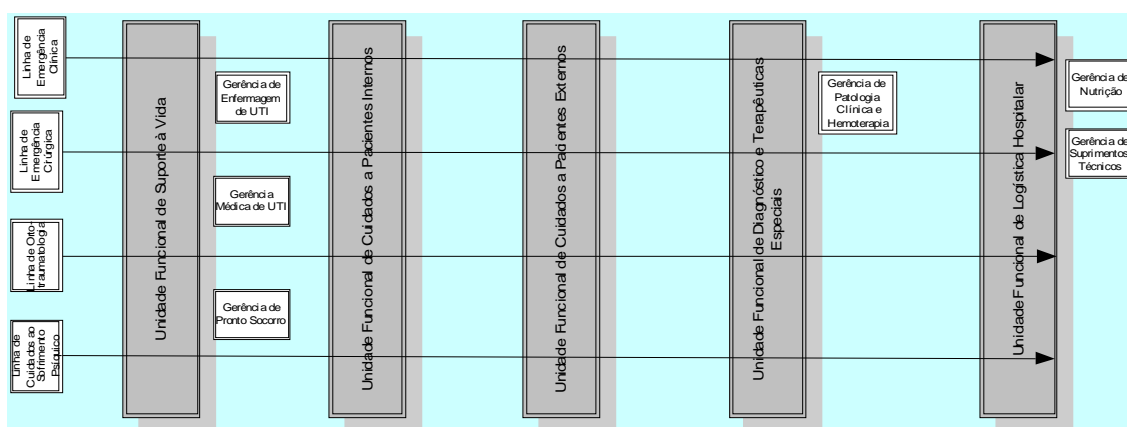
- Linha de Cuidado para Sofrimento Psíquico

Hoje não existe de fato capacidade regulatória para as demandas de

internação psiquiátrica, o que pode significar um conjunto de procedimentos realizados sem controle por parte da gestão do sistema. Com a implantação da atenção ao sofrimento psíquico agudo, espera-se poder regular a porta de entrada à internação psiquiátrica e conferir potência a rede no enfrentamento do problema do sofrimento psíquico de forma mais adequada aos diplomas legais, que antes de tudo tem buscado conferir cidadania aos usuários demandantes de atenção, porém dentro do ponto de vista da substitutividade necessária.

Estas coordenações estão vinculadas à Diretoria de Cuidados e estabelecem o lugar do duplo comando sobre as estruturas assistenciais disponíveis no hospital. Assim, este grupo de quatro coordenadores, geridos pelo diretor responsável pelo processo de regulação interna e relacionamento com a regulação do sistema de saúde, devem produzir a “alma” do hospital, já que o cimento simbólico deste é reduzir o sofrimento e prolongar a vida.

Figura 3 – Coordenações de Linha de Cuidado do HMM



Diretoria

O HMM será provido de cinco diretorias, uma geral e quatro específicas, tratando assim de dar coordenação e direcionalidade para o funcionamento do hospital como um todo. As diretorias representam três grandes matizes para a organização, um olhar técnico-profissional, um olhar administrativo-funcional e um do agenciamento dos recursos necessários para respostas às demandas do usuário. O olhar técnico-profissional se faz presente através da Diretoria Técnica e Diretoria Assistencial, num lugar dos poderes-saberes, dos arranjos tecnológicos que conformam as capacidades

de intervenção diagnóstica e terapêutica ou uma espécie de coração das tecnologias leve-duras e duras. No plano do administrativo-funcional, dentro da Diretoria Administrativa enredam-se as tecnologias administrativas e a manutenção da operação hospitalar, está aí o zelo pela infra-estrutura necessária ao pleno funcionamento. Por fim, Na Diretoria de Cuidados, com as suas coordenações de linhas, estão: o olhar apreendido do usuário; suas dores e sofrimentos e; seus problemas e suas expectativas. Daí o seu lugar de negociador de potencialidades, de comprometedor de capacidades. Olhar marcado pelas tecnologias leves, pertinentes aos processos de negociação esta direção compromete-se exaustivamente com a integralidade da atenção, não apenas no hospital, mas na rede de serviços de saúde do SUS. A Diretoria de Cuidados exerce também a tarefa de supervisão permanente aos coordenadores das UF, reduzindo assim as dificuldades inerentes ao advento de um duplo comando nestas. Não se trata com isto de se construir a idéia de um super-diretor, mas de se estabelecer com clareza, que o eixo que organiza a funcionalidade do hospital é o cuidado centrado no usuário.

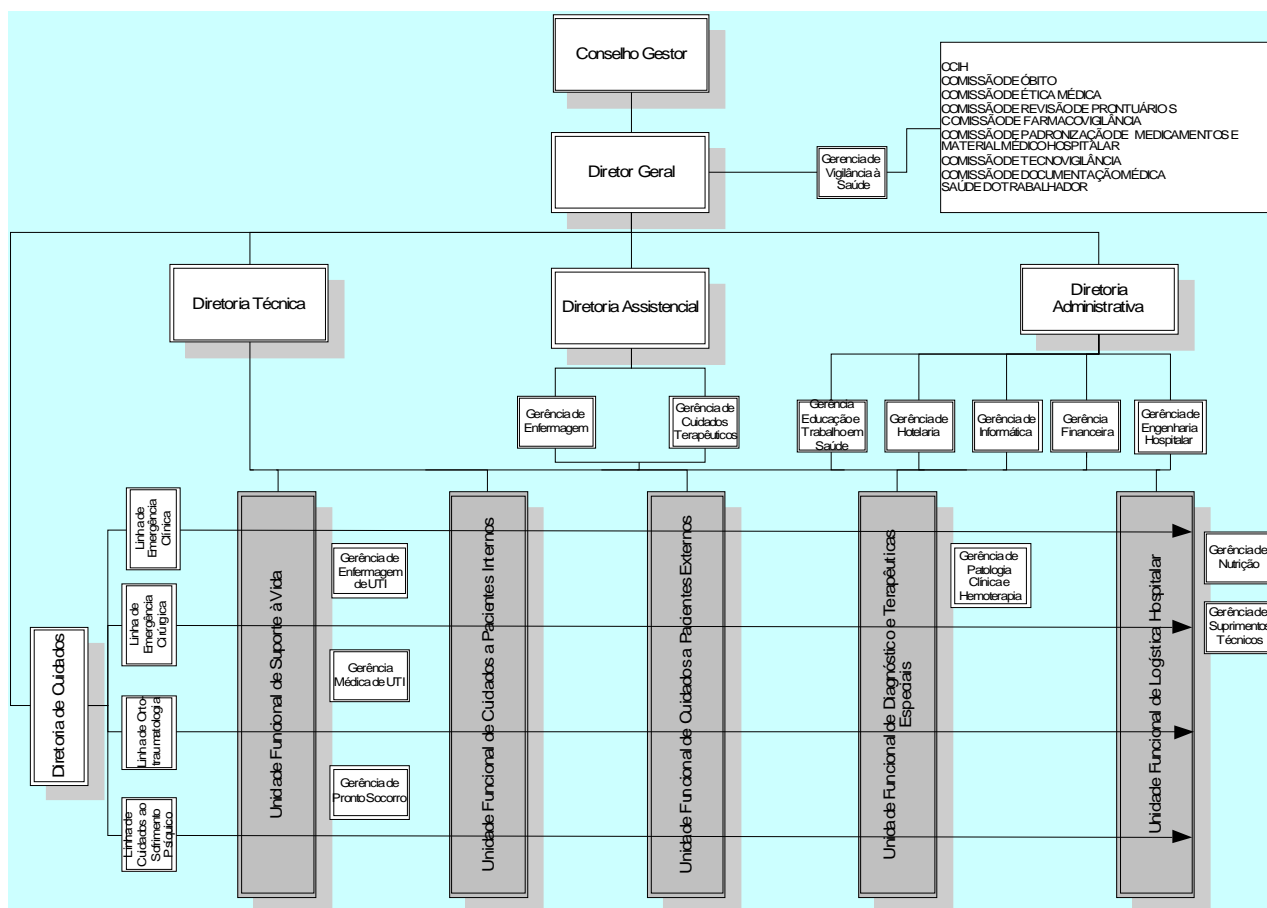
Ao Diretor Geral, compete coordenar este trabalho matricial, acompanhar de perto, nas discussões colegiadas e na escuta permanente das vozes, muitas vezes ruidosas e tratar de dar ritmo e consistência ao trabalho de saúde a ao trabalho de gestão da organização, buscando potência máxima, compromisso, vínculos e responsabilidades, além é claro, de todo um papel externo à organização que envolve a negociação das capacidades do hospital e das fontes de financiamento e disputas de projetos, o que é absolutamente saudável para a construção do SUS.

No ponto em que a discussão está há uma pendência acerca da autonomia ou do nível de autonomia que poderia ser negociado com a gestão do poder público municipal. Seria precipitado esperar esta definição no curto prazo. Porém, o que se pretende encorajar aqui, é que a unidade, enquanto organização, já nasça com a possibilidade de aportes crescentes de autonomia e para isso, que já vá, independente de seu nível formal de autonomia, construindo seus mecanismos de controle, acompanhamento e decisão, ainda que inicialmente em caráter complementar à máquina administrativa já existente.

Para auxiliar as tarefas de direção superior, será constituída uma gerência de vigilância à saúde, que além de cuidar das questões pertinentes à biossegurança, deverá ser um participante ativo no processo de planejamento, não como quem elabora planos teóricos, mas daquele que dá suporte e viabilidade, para que o

processo de construção coletiva do projeto institucional se dê da melhor maneira possível.

Figura 4 – Organograma do HMM



Estruturas Colegiadas de Gestão

A organização hospitalar contará com estruturas colegiadas para a sua gestão. Desde os níveis mais operacionais, onde o conjunto de gerentes e trabalhadores envolvidos numa determinada UF, conforma seu colegiado interno, responsável pela gestão do cotidiano do trabalho até o Conselho Gestor, onde se opera os problemas e soluções no debate entre responsáveis pelas atividades hospitalares.

Assim, entre os colegiados internos das UF e o Conselho Gestor, existem

duas instâncias colegiadas, o Conselho Geral da unidade, composto pelos gerentes, coordenadores assessoria e diretores, ou seja, pelo corpo diretivo da unidade e o Conselho Diretor, composto pelos diretores, assessoria e gerente de vigilância em saúde.

Mais importante do que a construção de instâncias decisórias para uma organização complexa é o estabelecimento de um modo produzir a gestão. Ao invés de se estabelecer simplesmente atribuições delegadas a cargos e funções, o quem se almeja é que os trabalhadores de saúde, organizados em coletivos exerçam suas autonomias, não apenas em função de suas compreensões sobre o cotidiano, mas encontrando-se com os demais olhares incidentes sobre as mesmas questões. Espera-se com isto a permanente construção de uma alteridade, possibilitando produção de decisão, acompanhamento e avaliação em encontros marcados pelo estabelecimento de redes de petição e compromissos.

Um pressuposto importante desta modelagem é que não se inventa o encontro no hospital. Eles são inerentes ao espaço de produção complexa. Os encontros se dão em todas as tramas que se moldam em meio a uma extensa rede de capilaridade, construídas sobre as relações existentes entre os trabalhadores de saúde, tal qual, também nas equipes gestoras. A princípio, isto não é bom nem ruim, apenas é como as coisas funcionam.

O hospital é uma grande mesa de negociação, que funciona independente dos mecanismos de gestão, ocorre, porém, que as estruturas de gestão, muitas vezes, não encontra nela seu assento, ou se encontra, decide por não participar. Vejamos, as estruturas gestoras marcadas por uma atuação normativa tendem a encontrar sucesso nas suas proposições, quando estas se encontram com o senso comum, com o estabelecido, ou seja, seria uma atuação de encontro com o instituído, dentro de uma lógica conservadora de posicionamentos, de manutenção do *status quo*. Os portadores de um projeto mudancista de futuro não têm alternativa, ou comportam-se como forças instituintes e neste caso, há muito que debater, convencer e construir ou apegam-se ao desejo de potência e poder e tentam construir um governo com data para acabar.

É neste contexto, neste plano de fundo que se inscreve a proposta construída de gestão colegiada. É uma tentativa pragmática de se estabelecer em meio às tramas existentes alguns canais e locais de encontros entre os atores da organização. Reconhecer o hospital como um território de permanentes (e boas)

disputas, exige capacidade para a produção da ação institucional. Os gerentes, coordenadores, diretores e assessores, devem possuir capacidades e habilidades para manejar esta operação complexa. Devem ser articuladores das capacidades e potências que existem em seu território e áreas de atuação. Estas capacidades e potências estão inscritas individual e coletivamente nos trabalhadores de saúde e não apenas nos atores do processo de gestão. Isto coloca para a equipe designada para a gestão, o caráter laborioso da tarefa de construir dentro da perspectiva de um agir comunicativo, uma gestão-resultado da equação entre vetores diversos, produzindo uma resultante afinada com as intenções derivadas de uma opção pela defesa da vida.

Por vezes, quando se menciona a idéia de uma gestão colegiada, o que vem a habitar o senso comum é a imagem de reuniões intermináveis, de baixa resolubilidade, de desgaste particularmente pela ocorrência de discussões em paralelo às demandas graves de tomadas de decisão frente a problemas prementes, que não podem esperar. Isto pode ser uma questão de modo, de metodologia, de manejo.

Um aprendizado de organizações, que optaram por estruturas assim nos legam, é aprender a separar um pouco as tomadas de decisão dos processamentos de problemas. Reuniões de instâncias colegiadas são ótimas para o debate sobre soluções, acerca de encaminhamentos, mas nem sempre para o processamento de problemas, particularmente daqueles mais ricos, tais quais os chamados problemas semi-estruturados, que demandam um considerável esforço de explicação, fundamental para a compreensão, descrição e proposição de ações objetivas de enfrentamento.

Uma dinâmica de processar, à parte das reuniões colegiadas, os problemas complexos e não estruturados, permite agilidade para a tomada de decisões, pois posiciona a atividade decisória frente aos leques de alternativas de solução e não diante de discussões laboriosas de explicação e compreensão acerca das diversas naturezas que compõe tais questões.

Com isto, o que se propõe aqui, é um manejo preciso das agendas que conduzem o trabalho da gestão. Por outro lado, há que se estabelecerem com clareza os modos de processar problemas. Problemas complexos por vezes demandam grandes consumos de energia e informação e por vezes capacidade adicional de formulação de propostas de solução, outros, de menor complexidade podem demandar simplesmente um preparo, uma análise clara de fatores envolvidos e de

soluções alternativas já de domínio neste território. Desta feita, ao passo que é fundamental o manejo da agenda para tornar esta estrutura ágil e capaz, definir quem e em qual espaço se processa problemas faz-se necessário para que a agenda decisória decida sobre alternativas factíveis e potentes.

Ao longo do processo de implantação do HMM serão estabelecidos alguns protótipos de instrumentos para tais processamentos, tendo em vista que algumas ferramentas específicas de formulação e outras de acompanhamento podem ser bastante importantes para que se conduza agilmente a agenda da organização e se tenha um acompanhamento mais preciso das conduções realizadas e dos seus empecilhos e dificuldades.

Estas questões estão longe de se portarem como receita de bolo, as coisas vão se estabelecendo na condução do processo. Neste sentido vale frisar que os atores envolvidos diretamente na gestão são antes de tudo, os formuladores da própria prática gestora. Mais, eles são também os agenciadores de desejos e intenções, normalmente manifestas na capilaridade institucional. As capacidades contidas no conjunto de sujeitos que compõe a instituição estarão mais ou menos disponíveis para a organização de acordo com a capacidade de agenciamento que o time gestor terá. Isto define, que para além das definições de instrumentos formais que agilizam elaborações, estes atores devem ser providos de uma caixa de ferramentas, que contenham dispositivos adequados para a realização da ação de governo.

3. Processo de Trabalho em Saúde

Talvez a discussão mais importante travada no decorrer da modelagem do Hospital seja a referente ao processo de trabalho em saúde. As oficinas preparatórias apontaram com importante fator contribuinte para um resultado aquém do esperado na rede de serviços de saúde, particularmente no setor hospitalar a total fragmentação do trabalho em saúde. As estruturas operacionais são completamente baseadas em escalas de plantão, pouquíssimos diaristas e uma assistência sem horizontalidade. Planos e projetos terapêuticos descontinuados, vínculos não construídos, insegurança para profissionais de saúde e para usuários. Efetivamente observam-se permanências aumentadas, complexidade de ações de saúde diminuídas e resultados na construção da autonomia dos usuários comprometidos.

Em continuidade a estes problemas, não se consegue construir trabalho nem multiprofissional e muito menos em equipes. As aproximações do que seria trabalho em equipe são dadas pelas relações existentes entre os sujeitos que operam o cuidado, nas tramas da capilaridade institucional e sob o comando de um corpo de enfermagem, sem nenhuma surpresa em muito inchado para dar conta de tal arranjo.

Os processos de educação permanente ainda não chegaram aos trabalhadores de saúde dos hospitais, porém pôde ser verificado nestes encontros que tal demanda já vai se estruturando, ficando clara. Assim ao elaborar-se a proposta inicial de quadro de lotação, com um cálculo de volume e quantidade, intensidade de cuidados e gestão do processo de trabalho, foi apontada a importância do estabelecimento de mecanismos de identificação destas demandas de educação e qualificação de capacidades profissionais. A cada melhoria de definição do processo assistencial, vai sendo estabelecido o que é demandado das pessoas em seus processos de trabalho e isto, exige a coragem de se colocar em discussão as capacidades, presentes e ausentes e as possibilidades de solução para que a vida esteja garantida.

ANEXO 2

LEI Nº11457/ 2008**DE 18 DE JUNHO DE 2008.**

cria e instala o complexo hospitalar de Mangabeira Governador Tarcísio Burity, modificando dispositivos da Lei Municipal nº 10.429, de 14 de fevereiro de 2005 e dá outras providências.

O PREFEITO DO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA (PB) FAÇO SABER QUE O PODER LEGISLATIVO DECRETA E SANCIONO A SEGUINTE LEI:

CAPÍTULO I

COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY

SEÇÃO I DA SUA CRIAÇÃO

Art. 1º – Fica criado e instalado no âmbito do Município de João Pessoa o Complexo Hospitalar de Mangabeira Governador Tarcísio Burity, como órgão integrante da Rede Hospitalar Municipal, vinculado à Secretaria Municipal de Saúde - SMS.

SEÇÃO II DOS CARGOS EM COMISSÃO

Art. 2º - A estrutura administrativa do Complexo Hospitalar de Mangabeira Governador Tarcísio Burity é a constante dos Anexos I, II, III, IV e V da presente Lei.

Art. 3º - Fica acrescida à estrutura administrativa da Secretaria de Saúde do Município - SMS os cargos em comissão, de livre provimento e exoneração, criados na forma dos anexos II, III, IV e V da presente lei.

§ 1º - Fica acrescido o item 4.2.6.1.5.2. ao item 4.2.6.1.5.1. – HOSPITAIS - NÍVEL DE ATUAÇÃO DESCONCENTRADA, art. 7º, 4.2.6 – Secretaria de Saúde e os anexos II, III e IV, Anexo I, Tabela A, Quadro Único, art. 20, item 4.2, da Lei Municipal nº 10. 429, de 14 de fevereiro de 2005.

§ 2º – Os cargos em comissão de Gerência de Hospital possuem simbologia DAS-1, conforme previstos no Capítulo IV, Seção XI, art. 32 e anexos II, III e IV, da presente lei.

SEÇÃO III DOS OBJETIVOS

Art. 4º - O Complexo Hospitalar de Mangabeira Governador Tarcísio Burity, dedica-se à atenção de Emergência e Urgência, Clínica, Cirúrgica e Psiquiátrica no Município de João Pessoa além da atenção específica aos casos de traumatologia-ortopedia, em situações de urgência e eletivas.

§ 1º - O Complexo Hospitalar de Mangabeira Governador Tarcísio Burity integra o Sistema Único de Saúde de João Pessoa, fazendo parte da rede municipal de saúde.

§ 2º - O Complexo Hospitalar de Mangabeira Governador Tarcísio Burity é composto pelo Hospital de Orto-Traumatologia, Hospital Humberto Nóbrega, Pronto Atendimento Psiquiátrico e Maternidade Santa Maria.

Art. 5º – O Complexo Hospitalar de Mangabeira Governador Tarcísio Burity, enquanto hospital de referência tem por objetivos:

I – Na qualidade de campo de ensino e educação permanente:

- a) Oferecer campo para o ensino de graduação na área da saúde e afins;
- b) Oferecer campo para programas de pós-graduação destinados a profissionais de saúde e afins;
- c) Favorecer e incentivar o desenvolvimento da investigação científica tecnológica no campo das ciências da saúde, respeitadas as limitações financeiras e questões éticas;
- d) Constituir equipes de saúde de acordo com as normas éticas e legais do exercício profissional;
- e) Oferecer campo para a qualificação em administração hospitalar

e de serviços de saúde;

f) Buscar e manter intercâmbio com instituições nacionais e internacionais, nos âmbitos da educação e da saúde.

II – Na qualidade de hospital de referência na assistência, sob responsabilidade de sua estrutura diretiva, a nível secundário e terciário:

a) Cumprir e fazer cumprir as leis vigentes que regem e regulamentam as políticas de saúde para os hospitais do Sistema Único de Saúde;

b) Garantir a integralidade do cuidado através de práticas interdisciplinares e multiprofissionais, bem como pelo funcionamento harmônico e sinérgico das diversas unidades funcionais;

c) Ser parte integrante ao Sistema Único de Saúde, nos âmbitos loco-regional e de acordo com as políticas estratégicas definidas em nível nacional;

d) Garantir equilíbrio entre qualidade e custo através da implementação de ações gerenciais e assistenciais;

e) Participar no desenvolvimento, implantação e implementação de novas tecnologias aplicadas à área da saúde;

f) Oferecer-se como campo de validação de novas tecnologias a serem aplicadas ao Sistema Único de Saúde;

g) Prestar serviços de saúde, qualificação profissional e de educação permanente à sociedade, respeitando a legislação vigente e a contratualização com os gestores do SUS.

CAPÍTULO II

DAS DIRETRIZES DA GESTÃO

Art. 6º - Constituem diretrizes norteadoras das estratégias de gestão do Complexo Hospitalar de Mangabeira Governador Tarcísio Burity:

I - Aprimorar continuamente os processos de gestão e de trabalho em saúde, a fim de exercer uma administração profissional com qualidade, utilizando, gerenciando e agenciando os recursos disponíveis, com o máximo de efetividade, eficácia e eficiência;

II - Promoção de educação permanente, buscando a capacitação do quadro de trabalhadores, em todas as suas categorias nos níveis gerencial, técnico, auxiliar e apoio, necessários à plena operação de todas as unidades;

III - Busca permanente de aprimoramento e disseminação dos modelos de gestão em unidades complexas de saúde, para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde;

CAPÍTULO III

DOS RECURSOS FINANCEIROS

Art.7º – Constituem recursos financeiros do Complexo Hospitalar de Mangabeira Governador Tarcísio Burity:

- I - As transferências consignadas nos orçamentos da SMS;
- II - Os recursos provenientes de convênios e ajustes;
- III - Receitas operacionais;
- IV - Auxílios e subvenções internacionais atendidas as prescrições legais;
- V - Doações e legados que lhe forem feitos;
- VI - Outras receitas.

CAPÍTULO IV

DA ORGANIZAÇÃO

SEÇÃO I

DA ORGANIZAÇÃO GERAL

Art. 8º – A administração do Complexo Hospitalar de Mangabeira Governador Tarcísio Burity será realizada por órgãos de gestão superior e intermediária.

Art. 9º – Compõem a gestão superior:

- I - Conselho Gestor;
- II - Diretor Geral;
- III - Conselho Diretor;

Art. 10 – Compõem a gestão intermediária:

- I - Diretoria Técnica;
- II - Diretoria Assistencial;
- III - Diretoria Administrativa;
- IV - Diretoria de Cuidados;
- V - Conselho Geral;

SEÇÃO II

DO CONSELHO GESTOR

Art. 11 – O Conselho Gestor do Complexo Hospitalar de Mangabeira Governador Tarcísio Burity é um órgão com funções deliberativas, normativas e consultivas.

Parágrafo Único: Constituem componentes do Conselho Gestor:

I - Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa - SMS, que o preside e tem voto de qualidade;

II - Diretoria de Atenção à Saúde da SMS;

III - Diretoria Geral;

IV - Representação das Diretorias;

V - Diretoria do Distrito Sanitário III;

VI - Representação da sociedade civil representativa da sociedade civil e usuários definidos em número de 04 (quatro), definidos através de regulamento;

VII - Representação dos trabalhadores de saúde definidos em número de 04 (quatro), definidos através de regulamento.

Art. 12 – Em caso de vacância a substituição far-se-á no mesmo setor, em caráter complementar, na forma estabelecida na presente lei e no decreto regulamentador.

Art. 13 – O Conselho Gestor reunir-se-á uma, vez a cada trimestre ordinariamente, e extraordinariamente quando convocado pelo seu Presidente, ou quando requerido pelo Diretor Geral ao Presidente, ou ainda, por maioria simples de seus membros.

Parágrafo Único – As convocações extraordinárias do Conselho Gestor deverão ser comunicadas aos seus membros no prazo mínimo de 48 (quarenta e oito) horas antes da sua realização.

Art. 14 – O Conselho Gestor deliberará por maioria simples dos votos dos membros presentes, tendo o Presidente direito a voto quantitativo e de qualidade em caso de empate.

Art. 15 – O Conselho Gestor reunir-se-á com um mínimo de 1/2 dos seus membros.

Art. 16 – Compete ao Conselho Gestor:

I - Definir a política hospitalar segundo as diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde;

II - Aprovar o plano anual de trabalho;

III - Opinar sobre contratos e convênios a serem firmados;

IV - Estabelecer medidas que visem à melhoria técnica e administrativa

do Hospital;

V - Propor alterações a serem feitas no Regimento Interno do Hospital;

VI - Apreciar, anualmente, a proposta orçamentária apresentada pela Direção Geral;

VII - Deliberar sobre toda a matéria que lhe for submetida;

VIII - Aprovar as normas internas de serviços;

IX - Elaborar o seu próprio Regimento;

X - Emitir parecer sobre os projetos de ensino, pesquisa que se pretendem realizar no hospital;

XI - Sugerir normas para seleção de pessoal;

XII - Apreciar o relatório anual apresentado pelo Diretor Geral;

SEÇÃO III

DA DIRETORIA GERAL

Art. 17 – Ao Diretor Geral do Complexo Hospitalar de Mangabeira Governador Tarcísio Burity compete, sem prejuízo de outras atribuições designadas no Regimento Interno:

I - Gerir o Complexo Hospitalar de Mangabeira Governador Tarcísio Burity;

II - Representar o Complexo Hospitalar de Mangabeira Governador Tarcísio Burity junto à Administração Superior da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa e do Distrito Sanitário III;

III - Representar o Complexo Hospitalar de Mangabeira Governador Tarcísio Burity, quando designado pelo Secretário Municipal de Saúde, em juízo ou fora dele;

IV - Convocar e presidir as reuniões do Conselho Diretor e do Conselho Geral;

V - Baixar, no âmbito de suas atribuições, atos oficiais necessários à execução das atividades do Complexo;

VI - Assinar os pedidos de materiais e equipamentos necessários ao Complexo e que devem ser encaminhados à SMS;

VII - Atestar os documentos de freqüência do pessoal técnico e administrativo lotado no Complexo e que devem ser encaminhados a SMS;

VIII - Cumprir e fazer cumprir o as deliberações do Conselho Gestor, bem como as normas constantes da presente lei e do Regimento Interno.

IX - Delegar atribuições na sua área de atuação;

X- Encaminhar ao Conselho Gestor a proposta orçamentária anual do

Complexo;

XI - Elaborar um relatório anual das atividades do hospital para apreciação do Conselho Gestor;

XII - Zelar pelos bens patrimoniais e financeiros do Complexo hospitalar.

SEÇÃO IV

DA DIRETORIA TÉCNICA

Art. 18 – São atribuições da Diretoria Técnica, sem prejuízos de outras definidas no Regimento Interno:

I - Gestão das questões específicas pertinentes ao trabalho profissional dos médicos;

II - Responsabilidade Técnica perante os Conselhos específicos;

III - Organização e acompanhamento do Corpo Clínico;

IV - Auxiliar as atividades pertinentes à Direção Assistencial visando a garantia da existência do trabalho multi-profissional;

V - Auxiliar a atividade de Gestão junto à Direção Geral;

VI - Participação no Processo de Planejamento e de Organização;

VII - Elaborar e apresentar à Diretoria Geral o Relatório Anual de suas atividades;

VIII - Assistir à Diretoria Geral em assuntos relativos à sua área de atuação;

IX - Participação no Conselho Gestor da Unidade, quando designado;

X - Participação no Conselho Geral da Unidade;

XI – Cumprir e fazer cumprir as normas e rotinas do Complexo Hospitalar;

XII - Participação no Conselho Diretor da Unidade;

XIII - Organização e acompanhamento do Corpo Clínico;

SEÇÃO V

DA DIRETORIA ASSISTENCIAL

Art. 19 – Compete à Diretoria Assistencial zelar pelo cumprimento da conduta ético-profissional de todos os profissionais de saúde no âmbito do Complexo Hospitalar; e:

I - Gestão das questões específicas pertinentes ao trabalho profissional dos trabalhadores de saúde;

II – Auxiliar a Direção Geral;

III - Gestão das questões pertinentes ao exercício técnico-profissional, com auxílio da Diretoria Técnica, visando à garantia da existência do trabalho multi-profissional;

IV - Coordenar as comissões e serviços sob sua responsabilidade, assim como os programas transversais e multidisciplinares desenvolvidos no âmbito do Complexo Hospitalar;

V - Participar do Processo de Planejamento da Organização;

VI - Coordenar de forma integrada com as demais diretorias o planejamento e a normalização das ações dos profissionais que atuam no HMM, objetivando a padronização e definição de protocolos assistenciais, clínicos, terapêuticos e diagnósticos dos processos de trabalho;

VII - Participação no Conselho Geral da Unidade;

VIII – Estabelecer em conjunto com a Diretoria Técnica e a Diretoria Administrativa localização dos quadros profissionais nas diversas unidades do Complexo Hospitalar.

IX - Participação no Conselho Gestor da Unidade, quando designado;

X - Integrar ações e programas com a Diretoria Administrativa a fim de obter a eficiência da gestão dos recursos necessários aos processos assistenciais;

XII - Participação no Conselho Diretor da Unidade.

SEÇÃO VI

DA DIRETORIA DE CUIDADOS

Art. 20 – A Diretoria de Cuidados é responsável pela coordenação dos processos de atenção desenvolvidos a partir das demandas e necessidades dos usuários do Sistema Único de Saúde.

Art. 21 - Compete à Diretoria de Cuidados:

I - Gestão do processo de regulação interna para atendimento às demandas das linhas de cuidado;

II - Participação no Conselho Geral da Unidade;

III - Coordenação do processo de relacionamento entre as Unidades Funcionais - UF;

IV - Participação no processo de regulação do SUS;

V - Auxiliar a Tarefa de Gestão junto à Direção Geral;

VI - Participação no processo de planejamento da organização;

VII - Agenciamento e negociação dos recursos assistenciais nas instâncias internas e externas ao HMM, com vistas ao atendimento das

demandas dos usuários;

VIII - Participação no Conselho Diretor da Unidade;

IX - Participação no Conselho Gestor da Unidade, quando designado;

SEÇÃO VII

DA DIRETORIA ADMINISTRATIVA

Art. 22 – A Diretoria Administrativa é responsável por acompanhar, promover e potencializar o desenvolvimento do Complexo Hospitalar, através de ações coordenadas e voltadas para a área de gestão bem como, pelo seu planejamento financeiro e controle orçamentário.

Art. 23 - Compete ao Diretor Administrativo-Financeiro:

Gestão do processo administrativo da Unidade;

I - Execução orçamentária da Unidade;

II – Participação no Conselho Geral da Unidade;

III - Colaboração com a gerência de planejamento na elaboração do Plano de Trabalho Anual e Orçamento;

IV - Auxiliar a atividade de Gestão junto à Direção Geral;

V - Participação no processo de planejamento da organização;

VI - Coordenação dos processos de gestão da biossegurança, conforto e logística;

VII - Participação no Conselho Diretor da Unidade;

VIII - Propor alternativas econômicas e financeiras, para a busca da operação equilibrada e com qualidade do Complexo;

IX - Coordenar o processo de padronização e normalização, avaliação e revisão das diversas rotinas, assistenciais e administrativas do Complexo;

X - Elaborar projetos, programas e ações integrados com as demais diretorias, que visam a busca de eficiência no uso de recursos;

XI – Participação no Conselho Gestor, quando designado;

XII - Propor políticas financeiras;

XIII - Autorizar, por delegação da Diretoria Geral, o pagamento das despesas efetuadas para o pleno funcionamento do Complexo;

XIV - Coordenar a execução orçamentária do Complexo, de acordo com a peça orçamentária definida e elaborada em conjunto com a Assessoria de Desenvolvimento Institucional.

SEÇÃO VIII

DO CONSELHO DIRETOR

Art. 24 – O Conselho Diretor é constituído pelas Diretorias e a Gerência de Vigilância à Saúde e tem caráter deliberativo frente à operacionalização da atividade hospitalar.

Parágrafo Único: O Conselho Diretor deverá reunir-se semanalmente para avaliar e propor medidas decisórias que visem resolver problemas do cotidiano da administração hospitalar.

SEÇÃO IX

DAS UNIDADES FUNCIONAIS

Art. 25 - Unidade Funcional é a agregação de atividades assistenciais e de infra-estrutura visando o atendimento integral e de qualidade ao usuário.

§ 1º - As unidades funcionais poderão ser unidades administrativas ou assistenciais encarregadas de operacionalizar e integralizar a assistência e o ensino no Complexo.

§ 2º - Cada Unidade Funcional é dirigida em caráter participativo, por um Coordenador, assessorado por seu colegiado interno.

§ 3º - Os Coordenadores das Unidades Funcionais serão nomeados pelo Diretor Geral, preferencialmente em consenso com os colegiados internos.

SEÇÃO X

DO CONSELHO GERAL

Art. 26 – O conjunto de coordenadores das Unidades Funcionais, a Diretoria do hospital, a Assessoria de Desenvolvimento Institucional, a Gerência de Vigilância em Saúde e os demais gerentes, bem como a presidência da CCIH, constituem o Conselho Geral do Complexo.

§ 1º - O Conselho Geral – CG é um fórum consultivo e deliberativo para definição de estratégias de gestão mais adequadas aos cenários interno e externo do hospital, buscando efetividade, eficácia e eficiência das ações, frente aos valores, princípios e objetivos do Complexo.

§ 2º - O CG é presidido pelo Diretor Geral do Complexo e reúne-se ordinariamente uma vez por mês ou mediante sua convocação, em caráter extraordinário.

§ 3º - As Unidades Funcionais se fazem representar no CG pelo seu coordenador ou substituto eventual.

§ 4º - As Diretorias serão representadas pelos seus titulares e em caso de impedimento, por seu substituto eventual.

§ 5º - O CG discute, analisa as situações direcionadas e delibera propostas alternativas para a direção e na hipótese da Diretoria Geral se julgar impedida de executar a ação proposta, a questão será submetida ao Conselho Diretor.

§ 6º - O Diretor Geral poderá convidar membros *ad hoc* para participação em reuniões do CG, com direito à voz.

Art. 27 – São atribuições do CG:

I - Reunir-se periodicamente para discutir e avaliar questões relativas ao planejamento e à organização do Complexo;

II - Compatibilizar o plano de ação e da aplicação de recursos de cada UF com a missão e prioridades definidas para o Complexo como um todo;

III - Articular o trabalho e as atividades das UF entre si, visando o estabelecimento de uma rede de compromissos internos que possibilitem o melhor desempenho de todos;

IV - Monitorar o desempenho das UF, apoiando e incentivando a melhoria da qualidade da assistência prestada;

V - Estimular a busca por eficiência dos serviços oferecidos, articulando incentivos profissionais e institucionais de acordo com as diretrizes gerais do HMM, na forma da legislação municipal e de acordo com o Plano de Cargos, Carreira e Remuneração;

VI - Constituir-se em fórum consultivo e deliberativo para negociação interna para alocação de eventuais excedente;

Art. 28 – Compete ao Presidente do Conselho Geral:

I - Fixar o dia das reuniões ordinárias, agendar a pauta e convocar reuniões extraordinárias;

II - Presidir os trabalhos;

Art. 29 - Compete ao Secretário *ad hoc* do Conselho Geral:

I - Colher as assinaturas dos conselheiros presentes à reunião;

II - Redigir e lavrar atas das reuniões;

III - Colher nas atas aprovadas, as rubricas e assinaturas dos conselheiros aptos à sua aprovação;

IV - Encaminhar as atas aprovadas à secretaria da Diretoria Geral, para seu arquivamento;

V - Acompanhar o desenvolvimento das matérias deliberadas.

Art. 30 – São Unidades Funcionais do Complexo Hospitalar, com suas constituições:

I - Unidade de Suporte à Vida;

a. Pronto Socorro;

b. UTI;

- c. Centro Cirúrgico;
- d. Centro de Material Esterilizado;
- e. Unidade de Usuários Críticos;
- II - Unidade de Usuários Internos;**
- f. Enfermarias Clínicas;
- g. Enfermarias Cirúrgicas;
- III - Unidade de Unidade de Usuários Externos;**
- h. Ambulatório Geral;
- i. Ambulatório de Fisioterapia;
- j. Hospital Dia;
- k. Internação Domiciliar;
- IV - Unidade de Diagnóstico e Terapêuticas Especiais;**
- l. Tomografia Computadorizada;
- m. Ressonância Magnética;
- n. Radiologia;
- o. Ultra-sonografia;
- p. Eco-cardiologia;
- q. Endoscopia;
- r. Gerência de Patologia Clínica e Hemoterapia;
- s. Laboratório de Análises Clínicas;
- t. Patologia Clínica;
- u. Hemoterapia;
- v. Unidade de Logística Hospitalar:
- w. Suprimentos Técnicos;
- x. Nutrição e Dietética;
- y. Limpeza e conservação;
- z. Rouparia;
- aa. Vigilância;
- bb. Transportes;
- cc. Almoxarifado;
- dd. Infra-estrutura;
- ee. Manutenção Predial;
- ff. Hidráulica;
- gg. Elétrica;

- hh. Mecânica;
- ii. Civil;
- jj. Refrigeração;
- kk. Manutenção de Equipamentos Biomédicos;
- ll. Informática e Rede;
- mm. Arquivo Médico;
- nn. Faturamento;
- oo. Compras;
- pp. Contratos;
- qq. Patrimônio;
- rr. Administração Financeira;

SEÇÃO XI DAS GERÊNCIAS

Art. 31 – Para a operacionalização do trabalho em saúde desenvolvido pelas UF, serão constituídas a Assessoria de Desenvolvimento Institucional e as seguintes gerências:

I - Assessoria de Desenvolvimento Institucional:

- a. Auxiliar e facilitar a elaboração do Plano de Trabalho Anual, pelas Diretorias, para apresentação e discussão junto aos Conselhos da Unidade e para apreciação da Direção Geral e aprovação pelo Conselho Gestor;
- b. Auxiliar na elaboração do Orçamento da Unidade junto à Diretoria Administrativa;
- c. Acompanhamento dos indicadores de desempenho e execução do Plano de Trabalho Anual, discutindo-os com os membros da diretoria e demais coordenadores e gerentes;
- d. Facilitação do processo de planejamento da Unidade;

II - Gerência de Vigilância à Saúde:

- a. Comissões Especiais;
- b. Gerenciamento de Risco;
- c. Fármaco-vigilância;
- d. Técnico-vigilância;
- e. Hemo-vigilância;
- f. Vigilância Epidemiológica;

- g. Gerência de Enfermagem;
- h. Coordenação do trabalho técnico do pessoal de enfermagem;
- i. Coordenação dos processos de garantia do exercício ético-profissional do pessoal de enfermagem;
- j. Auxílio na preparação das escalas e deslocamentos do pessoal de enfermagem, em colaboração com as coordenações das UF e Diretoria Administrativa;
- k. Responsabilidade técnica pelo trabalho de enfermagem no Complexo;

III - Gerência de Cuidados Terapêuticos:

- a. Coordenação do trabalho técnico do pessoal das demais áreas do conhecimento técnico do hospital;
- b. Coordenação dos processos de garantia do exercício ético-profissional do pessoal técnico;
- c. Auxílio na preparação das escalas e deslocamentos do pessoal técnico, em colaboração com as coordenações das UF e Diretoria Administrativa;

IV - Gerência de Educação e Trabalho em Saúde;

- a. Acompanhamento de frequências, desempenho e pagamentos do pessoal alocado no hospital;
- b. Desenvolvimento das potencialidades dos trabalhadores de saúde do hospital;
- c. Coordenação do processo de educação permanente no hospital, em consonância com a SMS e o Distrito Sanitário III;
- d. Coordenação do processo de alocação de trabalhadores nas diversas UF do hospital;
- e. Colaboração frente aos processos de seleção e recrutamento de pessoal para o hospital;

V - Gerência de Hotelaria:

- a. Articulação dos recursos necessários para a garantia de ambiência hospitalar adequada e de qualidade para os usuários do Complexo;
- b. Gerenciamento dos processos técnico-operacionais de:
 - i. Rouparia e Lavanderia;
 - ii. Limpeza e conservação;
 - iii. Camareiros;
 - iv. Transporte interno e externo de usuários;
 - v. Zeladoria

VI - Gerência de Informática:

- a. Gerenciamento dos processos de incorporação de equipamentos de informática;
- b. Gerenciamento do uso de aplicativos, programas e sistemas;
- c. Administração da rede;
- d. Gerenciamento dos processos de manutenção de equipamentos, rede e sistemas;

VI - Gerência Financeira:

- a. Gerenciamento das contas a pagar, nos termos das delegações de competência do Executivo Municipal;
- b. Gerenciamento da execução orçamentária e financeira nos termos da delegação de competência do Executivo Municipal;
- c. Acompanhamento e avaliação do desempenho da execução orçamentária da unidade;

VII - Gerência de Engenharia Hospitalar:

- a. Gerenciamento dos processos operacionais e tecnológicos relacionados com a infra-estrutura hospitalar;
- b. Gerenciamento dos contratos de manutenção preventiva e corretiva, relacionados com a infra-estrutura operacional do hospital;
- c. Assessoria técnica ao processo de incorporação de novas tecnologias demandadas pela execução dos cuidados prestados pelo hospital;
- d. Assessoria técnica aos processos de especificação de equipamentos, instalações e serviços a estes relacionados;

VIII - Gerência de Nutrição:

- a. Prescrição dietética em consonância com os demais trabalhadores de saúde;
- b. Gerenciamento do processo de produção de alimentos e sua distribuição;
- c. Guarda e controle dos estoques de gêneros alimentícios;
- d. Controle, avaliação e acompanhamento da qualidade dos alimentos dispensados aos usuários do hospital;
- e. Assessoria técnica para estabelecimento das especificações dos materiais e gêneros alimentícios a serem adquiridos pelo hospital;

XIX - Gerência de Suprimentos Técnicos:

- a. Guarda e controle dos estoques de material médico-hospitalar, medicamentos e imunobiológicos;
- b. Preparação, manipulação e distribuição dos materiais em blocos ou

sob dispensação unitarizada de medicamentos e imunobiológicos;

- c. Assessoria técnica para estabelecimento das especificações dos materiais a serem adquiridos pelo hospital;
- d. Acompanhamento e avaliação da qualidade dos materiais e administração do banco de especificações e materiais recusados;

X - Gerência de Patologia Clínica e Hemoterapia:

- a. Gerenciamento do laboratório de patologia clínica;
- b. Gerenciamento das atividades de anatomia patológica;
- c. Gerenciamento dos processos de estocagem e dispensação de hemoderivados;

XI - Gerência de Enfermagem da UTI:

- a. Gerenciamento do cuidado nas unidades de UTI e de Usuários Críticos em articulação com a Gerência Médica de UTI;

XII - Gerência Médica da UTI:

- a. Gerenciamento do cuidado nas unidades de UTI e de Usuários Críticos em articulação com a Gerência de Enfermagem da UTI;

XIII - Gerência do Pronto Socorro:

- a. Gerenciamento do cuidado na unidade de Pronto Socorro;
- b. Implantação e acompanhamento do processo de acolhimento nas portas de urgência e emergência;
- c. Implantação e acompanhamento da qualidade da classificação de risco nas portas de urgência e emergência

SEÇÃO XII

DAS COORDENAÇÕES DE LINHAS DE CUIDADO

Art. 32 – A estrutura organizacional matricial do Complexo contém coordenações por linhas de cuidado em situação transversal às unidades Funcionais, refletindo o duplo comando sobre as atividades de produção assistencial.

Art. 33 – As linhas de Cuidado refletem a capacidade instalada na unidade assistencial e o padrão epidemiológico a ser enfrentado pelo Sistema Único de Saúde e, portanto, podem ser acrescidas, reduzidas ou transformadas ao longo do tempo, mediante decisão da Gestão do Sistema.

Art. 34 – As Linhas de Cuidado estabelecidas são:

I - Emergência Clínica;

II - Emergência Cirúrgica;

III - Orto-Traumatologia;

IV - Sofrimento Psíquico;

Art. 35 – Cada Linha de Cuidado terá sua gestão realizada por um coordenador e serão suas atribuições:

I - Agenciar os recursos necessários para a atenção adequada aos usuários inseridos em sua Linha;

II - Acompanhar o processo de regulação interna e articulá-lo ao Complexo Regulatório do Município de João Pessoa, sob comando do Diretor de Cuidados;

III - Participar do processo de coordenação das diversas UF do hospital, mantendo o equilíbrio e harmonia do duplo comando das atividades assistenciais.

SEÇÃO XIII DAS COMISSÕES

Art. 36 – O Complexo e sua Diretoria contarão com comissões em caráter permanente e temporário visando aprimoramento de processos assistenciais, de ensino, pesquisa e extensão.

Art. 37 – São comissões permanentes:

I - CCIH;

II - Comissão de Óbito;

III - Comissão de Ética Médica;

IV - Comissão de Revisão de Prontuários;

V - Comissão de Fármaco-vigilância;

VI - Comissão de Padronização de Medicamentos e Material Médico Hospitalar;

VII - Comissão de Tecno-vigilância;

VIII - Comissão de Documentação Médica;

IX - Saúde do Trabalhador.

CAPÍTULO IV DO EXERCÍCIO SOCIAL

Art. 38 – O Exercício Social do Complexo Hospitalar corresponderá ao ano civil, levando-se, obrigatoriamente, o seu balanço em 31 de dezembro de cada ano, para todos os fins de direito.

CAPÍTULO V

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 39 – Os cargos em comissão da estrutura do Complexo Hospitalar Professor Humberto Nóbrega e da Maternidade Santa Maria – Secretaria de Saúde do Município - ficam extintos na forma prevista no Anexo I da presente lei.

Art. 40 – Decreto do Chefe do Executivo Municipal disporá sobre o Regimento Interno do Complexo Hospitalar de Mangabeira Governador Tarcísio Burity, disciplinando as atividades das Comissões, das Gerências e das Coordenações de Linha de Cuidado e Unidades Funcionais, em conjunto com seus colegiados internos, detalhando as atribuições e competências dos postos de trabalho.

Art. 41 – A Gerência de Educação e Trabalho em Saúde deverá elaborar o Quadro de Localização de Pessoal e discussão do Processo de Trabalho da Equipe, com finalidade de potencializar os mecanismos de gestão das pessoas.

Art. 42 – Fica autorizada a reprogramação dos créditos orçamentários constantes do Orçamento do Exercício de 2008, de acordo com a Lei Municipal nº 11.100/2008 – LDO - Lei das Diretrizes Orçamentárias e LOA - Lei Orçamentária Anual nº 11.387/2008, e do Quadro de Detalhamento da Despesa – QDD, exercício de 2008, Decreto Municipal nº 6.154, de 23 de janeiro de 2008, visando satisfazer as despesas com a publicação da presente lei.

Art. 43 – Esta lei entra em vigor na data da sua publicação.

Art. 44 - Revogam-se as disposições contrárias.

JOÃO PESSOA (PB), PAÇO MUNICIPAL, em 18 de JUNHO de 2008.

RICARDO VIERA COUTINHO
PREFEITO

ANEXO I

3.3. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SMS		
3.3.6. CARGOS EXTINTOS		
3.3.6.2. COMPLEXO HOSPITALAR PROFESSOR HUMBERTO NOBREGA		
CARGO		Quantidade
Diretor do Complexo Hospitalar “Professor Humberto Nóbrega”	DHP-2	1
Chefe da Divisão de Administração Hospitalar	DAI-1	1
Chefe da Seção de Economato	DAI-1	1
Chefe da Seção de Arquivo Médico Especializado	DAI-1	1
Chefe da Seção de Almoxarifado	DAI-1	1
Chefe da Seção de Pessoal e Patrimônio	DAI-1	1
Chefe da Seção de Pessoal e Patrimônio	DAI-1	1
Chefe da Seção de Informação e Informática	DAI-1	1
Chefe da Seção de Contas Médicas	DAS-1	1
Chefe da Seção de Compras e Controle de Adiantamento Financeiro	DAS-2	1
Chefe da Divisão Técnica da Maternidade Santa Maria	DAI-1	1

Chefe da Seção de Neonatologia	DAÍ-1	1
Chefe do Serviço Cirúrgico-Obstétrico	DAS-2	1
Chefe do Serviço de Cirurgia Geral e UTI	DAS-1	1
Chefe da Divisão Técnica do Hospital Prof. Humberto Nóbrega	DAS-2	1
Chefe do Serviço de Atendimento Ambulatorial e de Internação	DAS-2	1
Chefe da Seção de Psicologia	DAS-1	1
Chefe da Divisão Multiprofissional de Saúde	DAI-1	1
Chefe da Seção de Assistência Social	DAI-1	1
Chefe da Seção de Nutrição	DAI-1	1
Chefe da Seção de Farmácia Hospitalar	DAI-1	1
Chefe da Seção de Laboratório de Análises Clínicas	DAI-1	1
Chefe da Seção de Enfermagem	DAI-1	1
Chefe da Seção de Apoio ao Centro Cirúrgico	DAI-1	1
Chefe da Seção de Controle de Esterilização de Material	DAI-1	1
Chefe da Seção de Apoio às Enfermarias	DAÍ-1	1
	TOTAL	26

ANEXO II

3.3. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SMS		
3.3.6. NÍVEL DE ATUAÇÃO DESCONCENTRADA		
3.3.6.2. COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY		
CARGO	Símbolo	Quantidade
Diretor - Geral	DHP -2	1
Diretor Técnico	DHP-4	1
Diretor Assistencial	DHP-4	1
Diretor Administrativo	DHP-4	1
Diretor de Cuidados	DHP-4	1
Assessor de Desenvolvimento Institucional	DAE-2	1
Coordenador de Unidade funcional de Suporte à Vida	DAE-2	1
Coordenador de Unidade Funcional e Cuidados à Pacientes Internos	DAE-2	1
Coordenador de Unidade Funcional de Cuidados à Pacientes Externos	DAE-2	1
Coordenador de Unidade Funcional de Diagnóstico e Terapêutica Especiais	DAE-2	1

Coordenador de Unidade Fun. de Logística Hospitalar	DAE-2	1
Coordenador de Linha de Emergência Clínica	DAE-2	1
Coordenador de Linha de Emergência Cirúrgica	DAE-2	1
Coordenador de Linha de Orto-traumatologia	DAE-2	1
Coord.de Linha de Cuidados ao Sofrimento Psíquico	DAE-2	1
Gerente de Hospital	DAS-1	14
Assessor Técnico	DAE-3	05
	TOTAL	34

ANEXO III

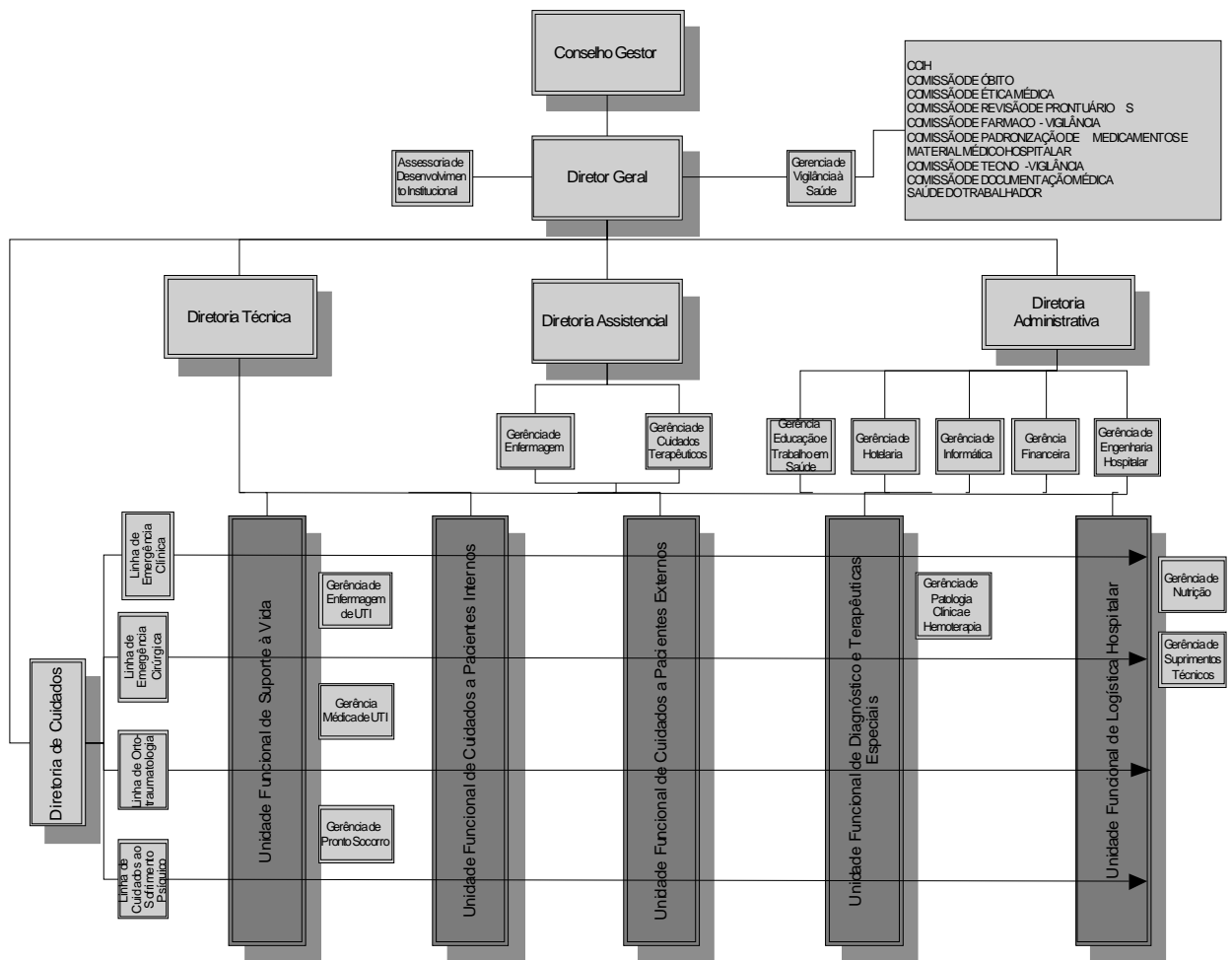
3.1. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE– SMS

4.2.6.1.5.2. COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY

- 4.2.6.1.5.2.1 Diretoria - Geral
- 4.2.6.1.5.2.1.1. Diretoria Técnica
- 4.2.6.1.5.2.1.2. Diretoria Assistencial
- 4.2.6.1.5.2.1.3. Diretoria Administrativa e Financeira
- 4.2.6.1.5.2.1.4. Diretoria de Cuidados
- 4.2.6.1.5.2.1.5. Assessoria de Desenvolvimento Institucional
- 4.2.6.1.5.2.1.6. Coordenação de Unidade Funcional de Suporte à Vida
- 4.2.6.1.5.2.1.7. Coordenação de Unidade Funcional de Cuidados à Pacientes Internos
- 4.2.6.1.5.2.1.8. Coordenação de Unidade Funcional de Cuidados à Pacientes Externos
- 4.2.6.1.5.2.1.9. Coordenação de Unidade Funcional de Diagnóstico e Terapêuticas Especiais
- 4.2.6.1.5.2.1.10. Coordenação de Unidade Funcional de Logística Hospitalar
- 4.2.6.1.5.2.1.11. Coordenação de Linha de Emergência Clínica
- 4.2.6.1.5.2.1.12. Coordenação de Linha de Emergência Cirúrgica
- 4.2.6.1.5.2.1.13. Coordenação de Linha de Cuidados ao Sofrimento Psíquico
- 4.2.6.1.5.2.1.14. Coordenação de Linha de Orto-traumatologia
- 4.2.6.1.5.2.1.15. Gerências de Hospital
- 4.2.6.1.5.2.1.16 Assessoria Técnica

ANEXO IV

**Organograma do Complexo Hospitalar de Mangabeira
Governador Tarcísio Burity**



ANEXO V

FUNÇÃO	VENCIMENTO	GRATIFICAÇÃO PELO EXERCÍCIO DO CARGO EM COMISSÃO	TOTAL (R\$)
DHP-2	900,00	3.400,00	4.300,00
DHP-4	700,00	2.300,00	3.000,00
DAE-2	33,33	656,25	689,58
DAE-3	33,33	566,67	600,00
DAS-1	33,33	492,19	525,52