

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL -
MESTRADO E DOUTORADO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL**

Sâmila Patrícia Müller Sopelsa

**A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM UM HOSPITAL PRIVADO DA 28ª REGIÃO DE
SAÚDE/RS**

Santa Cruz do Sul
2025

Sâmila Patrícia Müller Sopelsa

**A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM UM HOSPITAL PRIVADO DA 28ª REGIÃO DE
SAÚDE/RS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, Área de concentração: Estado, Instituições e Democracia, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Regional.

Orientadora: Prof^a. Dra. Cláudia Tirelli

Santa Cruz do Sul
2025

Sâmila Patrícia Müller Sopelsa

**A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM UM HOSPITAL PRIVADO DA 28ª REGIÃO DE
SAÚDE/RS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, Área de concentração: Estado, Instituições e Democracia, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Regional.

Profa. Dra. Cláudia Tirelli
Professora Orientadora - UNISC

Prof. Dr. Marco André Cadoná
Professor Examinador - UNISC

Profa. Dra. Letícia Maria Schabbach
Professora Examinadora - UFRGS

Santa Cruz do Sul
2025

CIP - Catalogação na Publicação

Sopelsa, Sâmila Patrícia Müller

A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE EM UM HOSPITAL PRIVADO DA 28ª REGIÃO DE SAÚDE/RS /
Sâmila Patrícia Müller Sopelsa. – 2025.

92 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional) –
Universidade de Santa Cruz do Sul, 2025.

Orientação: Profa. Dra. Cláudia Tirelli.

1. Política Nacional de Humanização. 2. Implementação de
Políticas Públicas. 3. Discricionariedade. 4. Hospital Privado
sem Fins Lucrativos. 5. Burocratas de Nível de Rua. I. Tirelli,
Cláudia. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UNISC
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer, primeiramente, a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), por possibilitar o desenvolvimento desta dissertação. Sem o incentivo governamental esta dissertação não teria sido realizada.

Também gostaria de agradecer à Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) e ao Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Regional (PPGDR), os quais foram muito importantes no desenvolvimento de ideias e no incentivo para o estudo constante e, conseqüentemente, a geração de conhecimento.

Agradeço também ao Hospital Santa Cruz e à todas as pessoas que acabaram sendo envolvidas na minha pesquisa de campo, especialmente aos integrantes do Grupo de Trabalho de Humanização. Obrigada pela disponibilidade e receptividade!

À 13ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) da Secretaria Estadual de Saúde (SES), meu local de trabalho, agradeço imensamente pela liberação para a realização das disciplinas e pelo auxílio dos colegas em questões bem específicas sobre o Sistema Único de Saúde.

Gostaria de registrar minha profunda gratidão à minha orientadora Cláudia Tirelli! Sem ela, nada disso teria acontecido! Obrigada pelas inúmeras orientações, paciência e por toda a disposição em ajudar! Obrigada por estar disponível nas mensagens fora de horário e em finais de semana. Obrigada por nortear o trabalho de campo quando eu me desesperava por algo não sair como o planejado! Obrigada por tudo! Tu és uma professora maravilhosa!

Agradeço também ao professor Marco Cadoná que fez as leituras prévias dos textos, por estar sempre disponível e problematizar as lacunas que eu não conseguia enxergar!

Meu marido, Anderson, e meus filhos, Pedro e Helena, obrigada por toda paciência! Anderson, obrigada por realizar atividades com as crianças para que eu pudesse ter um tempo de silêncio e concentração! Fez toda diferença! E também ao Pedro e a Helena que entenderam que o dia de “Pai e Filhos” era o dia em que a mãe estava fazendo as coisas do mestrado! Amo muito vocês!

Por fim, mas não menos importante, agradeço à minha turma de colegas do Mestrado e do Doutorado! As aulas com vocês foram, com toda certeza, muito mais leves! Obrigada pelas conversas, conselhos, dicas, piadas, junções, bagunças, empréstimo de livros, almoços, happyhour's, mostras de arte, saídas de campo, trabalhos em grupo, cafés, lanches! Não vou nomear cada um aqui porque corro o risco de esquecer alguém. Tenho certeza de que todos sairão dessa turma com aprendizados e amizades! Como diz a frase de Antoine de Saint-Exupery, "Aqueles que passam por nós não vão sós. Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós." Levo na memória um pouco de cada um de vocês!

RESUMO

Essa dissertação procurou compreender como a discricionariedade dos funcionários e as relações com os usuários influenciam na implementação da Política Nacional de Humanização no Hospital Santa Cruz. Este é um estabelecimento privado sem fins lucrativos que atende, além de usuários nas modalidades Particulares e Planos de Saúde, pacientes do Sistema Único de Saúde, como muitas instituições no país. Tendo em vista que a Política Nacional de Humanização é uma política do Sistema Único de Saúde, as análises permitem discorrer sobre as implicações desta configuração para a implementação da Política. O método de abordagem utilizado na dissertação foi qualitativo, através de um estudo de caso. As técnicas de levantamento de dados consistiram em participação nas reuniões do Grupo de Trabalho de Humanização, um dos dispositivos da Política, entrevistas semiestruturadas com a diretora assistencial, o diretor da instituição e 03 integrantes do Grupo de Trabalho de Humanização, análise documental e observações na recepção principal do hospital. Buscou-se articular os dados empíricos com a literatura sobre Implementação de Políticas Públicas de modo a proporcionar uma compreensão crítica dos desafios enfrentados e das soluções adotadas em âmbito local. As conclusões da dissertação vão ao encontro das discussões teóricas sobre implementação de Políticas Públicas. Observou-se que vários fatores, como a limitação financeira, a participação de uma equipe multiprofissional no Grupo de Humanização, a não participação de médicos neste mesmo Grupo, o processo de Acreditação ONA pelo qual o hospital está passando, entre outros, têm influência direta na forma como ocorre a implementação e os funcionários utilizam estratégias para adequar a organização do trabalho a disponibilidade de recursos, tanto organizacionais quanto relacionais. Além disso, a interdependência das dinâmicas territoriais, isto é, as relações entre indivíduos, grupos, instituições, Governo moldam as ações.

Palavras-chave: Política Nacional de Humanização; Implementação de Políticas Públicas; Discricionariedade; Hospital Privado sem Fins Lucrativos; Burocratas de Nível de Rua

ABSTRACT

This dissertation aimed to explore how staff discretionary power and interactions with users shape the implementation of the National Humanization Policy at Hospital Santa Cruz. As a non-profit private institution, besides users in the Private and Health Plan Categories, serving users of the Brazilian Unified Health System (SUS), it represents a context reflective of many similar institutions nationwide. Given that the National Humanization Policy is an initiative of SUS, this study critically examined the implications of this configuration for policy implementation. The study adopted a qualitative case study approach, utilizing various data collection methods. These included attending meetings of the Humanization Working Group (a key tool of the policy), conducting semi-structured interviews with the director of care, the institution's director, and three members of the Humanization Working Group, analyzing relevant documents, and observing activities in the hospital's main reception area. The empirical data was contextualized within the framework of Public Policy Implementation literature, offering a critical perspective on the challenges encountered and the strategies employed to address them at a local level. The research findings are consistent with theoretical discussions on Public Policy Implementation, highlighting several key factors that influence the policy's execution. These include financial constraints, the involvement of a multidisciplinary team in the Humanization Group, the notable absence of physicians in this group, and the hospital's ongoing ONA Accreditation process, among others. Staff members employ adaptive strategies to reorganize their work, leveraging both organizational and relational resources at their disposal. Additionally, the interplay of territorial dynamics—encompassing relationships between individuals, groups, institutions, and government entities—plays a pivotal role in shaping the actions and decisions taken in the implementation process.

Keywords: National Humanization Policy; Public Policy Implementation; Discretionary power; Non-profit Private Hospital; Street Level Bureaucrats

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
2. A DINÂMICA DE IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS	13
2.1 O Ciclo das Políticas Públicas e os Estudos sobre Implementação	13
2.2 Atores: Burocratas de Nível de Rua	21
2.3 Discrecionalidade	24
2.4 Efeitos Sociais da Implementação	27
3. CONTEXTUALIZANDO A PNH DO SUS: HISTÓRICO, IMPLEMENTAÇÃO EM ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE E A PARCERIA PÚBLICO/PRIVADA.....	34
3.1 Orientações Gerais da PNH.....	34
3.2 O histórico da PNH	40
3.3 A Participação da Iniciativa Privada no SUS	43
3.4 A implementação da PNH em estabelecimentos de saúde	49
4. IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: CAMINHOS, DESAFIOS E PRÁTICAS	58
4.1 Histórico e organização do Hospital Santa Cruz.....	58
4.2 O Grupo de Trabalho de Humanização (GTH)	61
4.3 A inclusão do Usuário	68
4.4 A interação entre Trabalhadores e Usuários.....	69
4.5 A articulação entre os Trabalhadores.....	77
4.6 Fatores Organizacionais.....	80
5. CONCLUSÃO.....	82
REFERÊNCIAS.....	86
APÊNDICES.....	90

1. INTRODUÇÃO

Na última década, temos assistido no Brasil um crescimento significativo dos estudos sobre implementação de políticas públicas, despertando a atenção para os encontros e para os locais onde ocorre a interação entre os usuários e os agentes implementadores no momento de entrega das Políticas Públicas. A implementação é a fase do ciclo das políticas públicas em que ocorre a execução dos objetivos propostos na sua formulação (Lima; D'Ascenzi, 2013).

Os estudos sobre implementação têm contribuído para que se perceba “a política como ela é” (Lotta, 2019), ou seja, a política que é concretizada em um determinado tempo e lugar, buscando identificar e compreender seus fatores condicionantes. Nesse sentido, as análises de implementação permitem identificar e compreender aspectos das políticas públicas que não podem ser totalmente previstos no momento de sua formulação, muito embora os planos também devam ser considerados. Esses aspectos, que fazem com que as políticas sejam implementadas de forma distinta, dizem respeito às particularidades dos territórios, de suas instituições e organizações e dos padrões de relação estabelecidos entre seus atores.

A depender das análises de implementação desenvolvidas, a ênfase dos estudos recairá sobre o poder de discricionariedade dos “burocratas de nível de rua”¹ e seus determinantes, sobre as capacidades estatais disponíveis, sobre os encontros entre burocratas e usuários, entre outros fatores.

Esta dissertação se insere dentro desse conjunto de estudos que buscam compreender como a discricionariedade dos funcionários e as relações com o usuário em um hospital privado influenciam na implementação da Política Nacional de Humanização. As questões norteadoras da dissertação foram as seguintes: a) De que forma as relações entre os funcionários influenciam nas decisões em relação à implementação da PNH? b) Como se dá o processo de interação entre os funcionários e usuários dos serviços de saúde do hospital? c) Quais são os fatores organizacionais do hospital que interferem na implementação da PNH? e d) Como

¹ Funcionários que trabalham diretamente com os usuários dos serviços públicos, como, por exemplo, policiais, professores e profissionais de saúde (Lipsky, 2019).

se dá o vínculo entre o SUS e a iniciativa privada na implementação de Políticas Públicas em uma instituição hospitalar?

Um dos elementos diferenciais desta dissertação em relação aos estudos já desenvolvidos sobre a temática refere-se ao fato de tomar como objeto a implementação da política em uma organização privada. A PNH é uma política para o SUS. Porém, dos hospitais privados (sem fins lucrativos) do Brasil, 92% realizam atendimentos pelo SUS. Este é um número expressivo e permite discorrer sobre as implicações desta configuração para a implementação da Política.

Nos hospitais privados, os funcionários se assemelham aos “burocratas de nível de rua” pela atuação direta com os usuários, apesar de estarem sob o regime de Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e não do regime estatutário típico dos servidores públicos. O conceito será utilizado com uma particularidade: os agentes implementadores não são funcionários públicos, ou seja, não possuem estabilidade em seus empregos. Este é um ponto importante a ser levado em consideração, pois pode influenciar na liberdade de ação que o agente implementador possui.

O recorte empírico escolhido para o estudo de caso foi o Hospital Santa Cruz (HSC), localizado no Município de Santa Cruz do Sul/RS. Este é um estabelecimento privado sem fins lucrativos. Ou seja, é uma instituição que exerce suas atividades sem visar lucro ou acumulação de capital, suas arrecadações e receitas são destinadas única e exclusivamente ao patrimônio da própria instituição. O hospital, enquanto estabelecimento privado, cobra pelos serviços prestados. Funciona dentro de duas modalidades: atendimento Convênio/Particular e atendimento SUS. No primeiro caso é cobrado do usuário um pagamento para que ocorra a prestação do atendimento. No segundo caso, o Ministério da Saúde contratualiza com o estabelecimento para prestar o atendimento aos usuários do SUS gratuitamente. A instituição possui o Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social – CEBAS, certificado este emitido para instituições que atendem, no mínimo, 60% de pacientes pelo SUS. O hospital conta com 247 leitos, sendo 152 com atendimento pelo SUS e é o principal centro de saúde do Vale do Rio Pardo, sendo gerido pela Associação Pró-ensino de Santa Cruz do Sul (APESC).

A escolha do HSC levou em consideração critérios como: a) a grande relevância do hospital para a região; b) a natureza jurídica privada, influenciando na forma de contratação dos funcionários e c) a existência e atuação do Grupo de Trabalho de Humanização (GTH). Para compreender como ocorre a implementação

da Política Nacional de Humanização (PNH) no Hospital Santa Cruz (HSC) partiu-se de um recorte organizacional, tendo como foco o Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), um dos dispositivos da PNH, já implementado no estabelecimento.

A dissertação adotou a abordagem qualitativa, com a técnica de estudo de caso como estratégia metodológica principal. Diferentes técnicas de levantamento de dados foram utilizadas, tais como: i) observações nas reuniões do Grupo de Trabalho de Humanização (GTH); ii) entrevistas semiestruturadas com 03 integrantes do GTH, com a diretora assistencial e com o atual diretor da instituição; iii) análise documental das atas, Regimento Interno, Cronograma, Nomeação e Plano de Trabalho do GTH; e iv) observações na recepção principal do hospital.

A participação no GTH teve a intenção de perceber como ocorriam as interações entre os funcionários e como são definidas as prioridades e ações do grupo, a partir das dificuldades e facilidades encontradas no cotidiano de trabalho. As entrevistas visavam compreender, individualmente, as percepções de cada um e o seu posicionamento em relação a humanização. A análise documental pretendia verificar se as ações planejadas haviam tido sucesso em sua execução. E, por fim, a observação na recepção principal do hospital procurava perceber como era a interação entre os funcionários e usuários do serviço de saúde.

Ao observar como hospitais privados lidam com os desafios e a oportunidades trazidas pela PNH, a dissertação também poderá identificar possíveis limitações e barreiras que dificultam a adoção de práticas humanizadas, oferecendo ideias para o aprimoramento contínuo da política e para o desenvolvimento de estratégias.

Além disso, é preciso considerar o enfoque territorial da política. A PNH leva em consideração as particularidades locais, no momento em que solicita a participação de todos os atores envolvidos no processo de humanização, a saber: funcionários, usuários e gestores. E estes localizam-se em um território. Como afirma Arretche (2001), a diversidade de contextos de implementação pode fazer com que uma mesma regulamentação produza resultados inteiramente diversos em realidades diferentes. Assim como as ações do SUS, as da PNH variam de uma região para outra e as particularidades de cada território, tanto imateriais (crenças e valores) quanto materiais (recursos financeiros, questões organizacionais), vão influenciar no processo de implementação. Existem regiões muito diferentes entre si

e com necessidades bastante específicas. É comum observar que a implementação de programas governamentais varia de forma significativa de acordo com a localidade. Mesmo municípios que são semelhantes em termos de localização, extensão, população e recursos financeiros podem apresentar diferenças significativas no grau de implementação desses programas (Lima; Medeiros, 2012).

É necessário, portanto, perceber o território como um campo de forças, um espaço onde ocorrem interações e contradições entre diferentes elementos, como o Estado e o mercado, o uso econômico e o uso social dos recursos. Não é estático, mas sim um espaço dinâmico onde ocorrem diferentes exercícios de poder e disputas. Ele reflete tanto a dimensão vertical, relacionada às estruturas de poder hierárquicas, neste caso a PNH, quanto a dimensão horizontal, relacionada às relações sociais, econômicas e políticas entre os atores envolvidos, isto é, burocratas de nível de rua, usuários, gestores do hospital. O Estado desempenha um papel importante na regulação e no controle dos recursos territoriais. Compreender essa dinâmica é essencial para uma análise aprofundada do território e suas relações complexas.

O projeto de pesquisa desta dissertação foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Santa Cruz do Sul através da Plataforma Brasil, conforme os preceitos éticos estabelecidos para estudos envolvendo seres humanos. O Parecer 7.018.476, de 20 de agosto de 2024, é o documento que aprova o projeto. Além disso, para cada pessoa a ser entrevistada foi elaborado um Termo de Conhecimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Durante as atividades para levantamento dos dados empíricos, a receptividade dos funcionários do hospital foi marcadamente positiva. As pessoas envolvidas demonstraram-se educadas e amplamente disponíveis para contribuir com os objetivos da pesquisa.

Dito isso, apresentamos a estrutura da presente dissertação, a qual está dividida em quatro capítulos, além desta Introdução (Capítulo 1).

No segundo capítulo, “A Dinâmica de Implementação de Políticas Públicas”, discute-se as abordagens acadêmicas sobre a implementação de políticas públicas, seus atores e a discricionariedade.

No terceiro capítulo, “Contextualizando a PNH do SUS: Histórico, Implementação em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde Públicos e a parceria Público/Privada” será apresentado um histórico de criação da PNH, seus métodos,

princípios, diretrizes e dispositivos, bem como seu histórico. Além disso será discutida a participação da iniciativa privada no SUS.

No quarto capítulo, “Implementação da Política Nacional de Humanização: Caminhos, Desafios e Práticas”, serão apresentados os dados empíricos coletados e as análises realizadas a partir da interface entre teoria e prática, utilizando os conceitos relativos à teoria de implementação de políticas públicas.

O quinto e o último capítulo apresenta as considerações finais do estudo, ressaltando os principais achados, as limitações identificadas, as contribuições para a literatura e as perspectivas futuras para a continuidade de pesquisas sobre o tema da implementação, com foco no aprofundamento dos estudos que abordam a atuação dos implementadores da Política Nacional de Humanização em um hospital privado.

2. A DINÂMICA DE IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Neste capítulo serão contextualizados os estudos sobre implementação de Políticas Públicas, além de discussões sobre os atores envolvidos no processo, com foco nos burocratas de nível de rua. Também será feita uma análise da discricionariedade dos agentes e os efeitos sociais da implementação.

2.1 O Ciclo das Políticas Públicas e os Estudos sobre Implementação

Conceituar Políticas Públicas não é uma tarefa simples. Para Souza (2006), não existe uma única definição sobre o que seriam políticas públicas. Existem vários autores que definiram este conceito como Mead (1995), Lynn (1980), Peters (1986), Dye (1984), mas a mais conhecida é a de Laswell: “decisões e análises sobre política pública implicam responder às seguintes questões: quem ganha o quê, por quê e que diferença faz” (Souza, 2006, p. 24).

As discussões sobre a conceituação do termo permitem elencar os elementos principais sobre políticas públicas: possibilitam identificar o que os governos planejam fazer e o que eles realmente executam; a política pública envolve muitos atores e níveis de decisão; é abrangente e não se limita a leis e regras; é intencional, pois possui metas a serem atingidas; tem impactos a longo prazo e, após o processo de formulação, há a implementação e avaliação (Souza, 2006).

Para Secchi (2013, p. 18), “uma política pública é uma diretriz elaborada para enfrentar um problema público”. O autor observa que a política pública é um conjunto de regras e orientações que moldam as ações e omissões de indivíduos e instituições, e essas ações e omissões são, por sua vez, manifestações da política em prática.

Uma política pública é fruto de processos sociais e busca solucionar problemas específicos em determinada área ou região. As políticas públicas são o resultado de disputas e divergências inerentes a cada sociedade, que possui uma trajetória histórica singular e enfrenta desafios específicos. São resultados de processos sociopolíticos complexos e que se manifestam em todas as esferas da vida social, passíveis de regulação estatal (Moraes, 2023).

Segundo Faria (2012), o significado de implementar é “executar algo, um plano, programa ou projeto, [...] colocar em prática por intermédio de providências

concretas.” O ciclo das políticas públicas, também chamada de abordagem sequencial, possui três fases: formulação, implementação e avaliação (Lima; D’Ascenzi, 2013). A formulação foca na elaboração de soluções para problemas. A implementação é a execução da política e a avaliação é a medição dos resultados, alcançados ou não. Os pesquisadores focam na análise dos resultados para daí formular novas políticas corrigindo os erros apontados na anterior.

Os estudos sobre implementação de políticas públicas possuem quatro gerações sistematizadas na literatura (Lotta, 2019). A primeira geração iniciou na década de 1970. À medida que ficou claro que muitas políticas públicas não produziam os resultados esperados durante a implementação, os pesquisadores começaram a concentrar seus esforços nesta fase (Lima; Medeiros, 2012).

O primeiro grande trabalho sobre implementação de políticas públicas, de acordo com Lima e Medeiros (2012), foi o livro *“Implementation, how great expectations in Washington are dashed in Oakland”* (em tradução livre, “Implementação, como boas expectativas em Washington são frustradas em Oakland”) de Jeffrey Pressman e Aaron Wildavsky, publicado em 1973. Neste, os autores fazem uma análise de programas de capacitação e melhorias de serviços públicos em Oakland, na Califórnia, e argumentam que este é um processo complexo em que a formulação e a implementação têm importâncias semelhantes. Além disso, explicam que a grande quantidade de atores envolvidos e múltiplos pontos de decisão dificultam o sucesso da implementação da política.

A primeira geração, com base, principalmente, nos Estados Unidos, utilizava os objetivos previamente propostos pelas políticas para descobrir em que camada burocrática esse objetivo teria se perdido (Lotta, 2019). Esse é o modelo *“top-down”* de análise, isto é, “se reflete nas estruturas tradicionais de governança, enfatizando a separação entre política e administração, focando no controle e na hierarquia” (Lotta, 2014, p. 190). Para esta corrente a elaboração da política pública e a implementação são duas etapas independentes. O foco é a formulação da política que seria “permeado pela lógica da atividade política, ao passo que a implementação estaria no âmbito da prática administrativa. [...] Fica clara a distinção entre decisão e sua operacionalização, que possuem arenas e atores distintos.” (Lima; D’Ascenzi, 2013, p. 102-103).

Lima e D’Ascenzi (2013) citam o autor Richard Elmore que explica em seu artigo *“Diseño retrospectivo: la investigación de la implementación y las decisiones*

políticas” (que faz parte do livro *“La implementación de las políticas”*, publicado no México, em 1996) que, na perspectiva *“top-down”*, o maior erro dos formuladores das políticas é achar que podem controlar os processos organizacionais, políticos e tecnológicos do processo de implementação. Ainda no texto de Lima e D’Ascenzi

essa imprevisibilidade, para Pressman e Wildavsky (1984), deve-se às seguintes características do processo de implementação: em primeiro lugar, há uma multiplicidade de atores de diferentes tipos de organizações com interesses diversos, que são agregados para operar a política. Tais atores interagem em uma trajetória de pontos de decisão nos quais suas perspectivas se expressam. Em segundo lugar, os atores mudam com o passar do tempo. Isso faz que a interação também mude, pois mudam as perspectivas e a percepção que um ator tem do outro. Essa mudança de atores insere pontos de descontinuidade e de necessidade de novas e mais negociações (Lima; D’Ascenzi, 2013, p. 103).

A segunda geração de estudos é a *“bottom-up”*, ocorrida nos anos 1970 e 1980. É durante os anos 1980 que essa abordagem começa a se disseminar pela Europa. Esta perspectiva vê o processo como uma continuidade, no qual as intenções são modificadas ao longo do caminho. Assume-se que o processo de implementação transforma e adapta as políticas originais. Como resultado, uma abordagem *“bottom-up”* leva a um olhar longitudinal para o processo de criação de política, observando “a origem da política, suas mudanças ao longo do processo em todos os níveis e a época em que o programa foi substancialmente alterado” (Lotta, 2014, p. 190). Nessa perspectiva, os objetivos e planos são menos importantes do que os processos, pois os resultados não podem ser pré-determinados. A política pública é, portanto, flexível, adaptando-se às circunstâncias, onde nem tudo é passível de ser previsto ou controlado (Lotta, 2014; Lotta, 2019). Em resumo, uma abordagem *“bottom-up”* enfatiza a flexibilidade e a adaptabilidade, em oposição à rigidez e à previsibilidade. Além disso, leva em consideração “elementos dos contextos de ação nos quais a política será implementada. Toma como variáveis as condições dos espaços locais e as burocracias implementadoras.” (Lima; D’Ascenzi, 2013, p. 102). Ao estudar a implementação de políticas públicas,

[...] basicamente dois focos de atenção devem ser incorporados às análises [...]: ampliação do olhar para a cadeia de agentes envolvidos nos processos, considerando a implementação como interação; e ampliação do olhar para os valores dos diversos atores envolvidos no processo. Para ampliar a análise da implementação, devemos considerar as diversas agências, instituições e pessoas envolvidas no processo e, portanto, as pressões, os valores, princípios e objetivos que entram em jogo (Lotta, 2014, p. 192).

Desta forma, é necessário dar importância aos “procedimentos, às restrições, às estruturas, aos incentivos, aos encorajamentos e às proibições. [...] examinar os padrões de interação para compreender por que as ações foram feitas daquela forma. A questão, portanto, é olhar para o ambiente institucional e relacional dentro do qual a burocracia opera” (Lotta, 2014, p. 193). Assim, “os estudos de implementação começaram a observar o que acontecia na base, buscando identificar fatores que influenciavam a ação e o comportamento das pessoas” (Lotta, 2014, p. 190).

Outro pesquisador da área é Michael Lipsky, autor do livro “*Street-Level Bureaucracy: The Dilemmas of the Individual in Public Service*” (em tradução livre, Burocratas de nível de rua: os dilemas do indivíduo no Serviço Público). Este foi publicado em 1980, em Nova York, nos Estados Unidos e apresenta o conceito de “burocratas de nível de rua”, que são os funcionários que trabalham diretamente com os usuários dos serviços públicos, como, por exemplo, profissionais de saúde, professores e policiais. Estes possuem discricionariedade, ou seja, liberdade para decidir e definir ações, “a burocracia não é uma máquina ou peças de engrenagens [...] compreender como ela se comporta e como toma decisões é central às análises de políticas públicas” (Lotta, 2019, p. 16). Apesar de já não estar tão próximo à perspectiva “*top-down*”, Lipsky ainda via as regras e o contexto de implementação como fatores centrais para definir a discricionariedade dos burocratas implementadores. Eles eram descritos como atores racionais que, sob múltiplas pressões e diante de um cenário de recursos escassos e grandes incertezas, procuravam desenvolver estratégias para reduzir a diferença entre o desempenho esperado e o serviço oferecido (Lotta; Oliveira, 2023).

Nos anos 1990 surge a terceira geração de estudos, em que são utilizados vários modelos alternativos de análise. O foco são modelos sintéticos de análise da implementação e não mais somente debates entre as duas correntes: “*top-down*” e “*bottom-up*”. Esses modelos evitam o confronto entre a formulação e a implementação, destacando processos decisórios contínuos.

A quarta geração de estudos persiste até os dias atuais. Nesta são utilizados múltiplos modelos e formas de análises. Possui influência de outros campos de estudo, como a sociologia, e disseminou-se por vários países. Destaca-se o surgimento de temas ligados a novos modelos de ação estatal, que se tornaram mais complexos após os processos de reforma. Entre esses temas, estão a noção de gover-

nança, os instrumentos de ação pública, as relações entre os atores estatais e não estatais, os novos arranjos institucionais, entre outros (Lotta; Oliveira, 2023).

No Brasil, os estudos sobre implementação iniciaram já na quarta geração e houve um aumento sistemático da produção acadêmica por volta de 2010 (Lotta; Oliveira, 2023). Os modelos integradores, que juntam “*top-down*” e “*bottom-up*”, destacam o papel do contexto como elemento importante e que influencia o processo de implementação.

Lotta (2019) apresenta 5 pressupostos de análise de implementação de políticas públicas e que já estão consolidados nos estudos. São eles: 1) a formulação e implementação não são etapas distintas, mas sim processos contínuos de decisão que passam por muitos atores (cadeia decisória); 2) os processos decisórios são complexos; 3) o processo de implementação de políticas públicas é altamente interativo; 4) há muitos fatores interferindo e influenciando o processo de implementação - formato do Estado, crenças, valores sociais, cultura nacional, etc; e 5) fazer a análise da política como ela acontece de fato, no cotidiano, não apenas considerando suas características normativas e oficiais. Além disso, olhar para a realidade de forma analítica e não condenatória.

As interações entre os indivíduos, instituições, grupos, governo e como essas interações moldam as ações dentro do estabelecimento hospitalar, constrangendo-as ou incentivando-as, determinam a forma como a implementação acontece na prática. As relações sociais são dinâmicas e, portanto, estão em constante mudança. São construídas e reconstruídas através de interações contínuas e influenciadas por fatores contextuais e históricos. Os indivíduos e os grupos estão conectados e suas ações são consideradas em relação às ações dos outros. A interdependência é importante para a formação das estruturas e para a compreensão dos processos sociais. Além disso, é importante levar em consideração o contexto social na compreensão das relações sociais. Estas são vistas como moldadas pelo contexto em que ocorrem e a análise precisa levar em consideração os fatores históricos, políticos, culturais e econômicos que influenciam essas relações (Tirelli, 2014).

Favareto (2015) e Reis (2005) abordam a relação entre território, poder e processos sociais. Ambos ressaltam que as dinâmicas territoriais são influenciadas por relações de poder, instituições e processos sociais, que podem ser tanto determinados quanto transformados pelos atores envolvidos. A análise desses aspectos é es-

sencial para entender como os territórios se desenvolvem e como as políticas públicas podem impactar as trajetórias de desenvolvimento.

Favareto (2015) discute como o tecido social e econômico dos territórios molda sua trajetória de desenvolvimento a longo prazo, considerando aspectos históricos, econômicos, políticos e sociológicos. Faz uma “análise do tecido social e econômico dos territórios e de como eles importam na moldagem da trajetória de desenvolvimento em longo prazo desses espaços” (Favareto, 2015, p. 16).

Favareto (2015) introduz, ainda, os conceitos de configurações territoriais, percolação e destinações. As configurações territoriais são uma unidade espacial influenciada por padrões de organização social e formas de dominação. Essas configurações são analisadas em duas perspectivas: diacrônica, que explora a evolução histórica das estruturas territoriais, e sincrônica, examinando as hierarquias sociais presentes no momento atual. A análise envolve a compreensão das formas de capital e de dominação, bem como a identificação de coalizões locais e nacionais que influenciam a vida social política e econômica dentro do território em estudo.

Em relação à percolação, Favareto (2015) define como sendo a interação entre influências externas e estruturas sociais locais. O conceito de percolação é utilizado para examinar como as influências externas interagem com as estruturas sociais locais ao longo do tempo, afetando a distribuição de recursos e poder. Além disso, o conceito destaca a importância das trajetórias individuais na formação das possibilidades de futuro, revelando como as formas de autorregulação dos agentes refletem e perpetuam as dinâmicas de violência e dominação na sociedade.

As destinações referem-se ao processo pelo qual as trajetórias sociais se configuram como manifestações das possibilidades de realização de futuro. Este processo é examinado em termos das trajetórias individuais e sociais dos agentes de um território, representativos dos principais grupos sociais locais. Ao analisar como esses agentes desenvolvem estratégias de reprodução social, Favareto (2015) aponta a auto regulação dos indivíduos, influenciada por constrangimentos sociais e a internalização destes, o que faz a moldagem tanto das formas de comportamento quanto da atitude necessária para a realização dos desejos. Coloca ainda que

[...] os trunfos ou capitais necessários à vida social são desigualmente distribuídos, nas distintas configurações territoriais, ao longo do tempo. Por meio desse procedimento pode-se apreender como hoje ou no momento da análise, esses capitais encontram-se dispersos entre os diferentes grupos sociais dando forma à hierarquia do campo territorial (Favareto, 2015, p. 39).

Frente a estímulos semelhantes vindos de fora do território, alguns respondem de forma única na absorção desses investimentos ou influências externas, dando origem a dinâmicas locais diferenciadas. Essa diferença não pode ser explicada apenas por esses fatores externos, mas sim pela presença de instituições distintas em cada território. Em outras palavras, são as regras, tanto formais quanto informais, que regem o comportamento dos agentes e o uso dos recursos que explicam essa diversidade de respostas. Para o autor, “instituições são regras do jogo, partilhadas entre indivíduos e moldando suas interações” (Favareto, 2015, p. 27).

Reis (2005) enfatiza que o território não é apenas um espaço físico, mas um campo de forças onde ocorrem interações complexas entre diferentes elementos, como estado, mercado e comunidades locais. Ele destaca a importância da compreensão das particularidades de cada região para a implementação bem sucedida de políticas públicas, considerando as interações sociais, econômicas e políticas que moldam o cenário local. O autor defende a posição de que territórios não são apenas paisagens, mas sim “atores, interações, poderes, capacidades e iniciativas - condição própria e lugares específicos nas ordens (e nas desordens) sociais” (Reis, 2005, p. 53). O território não deve mais ser considerado somente de forma descritiva, como algo complementar, mas sim como detentor de um significado próprio. O território é a

[...] expressão e produto das interações que os atores protagonizam. O território, nestas circunstâncias, é proximidade, atores, interações. E é também em elemento crucial da matriz de relações que define a morfologia do poder nas sociedades contemporâneas (Reis, 2005, p. 59).

O território não se limita apenas ao seu aspecto físico, sendo percebido como um espaço relacional pelos economistas, sociólogos e planejadores. Essa visão destaca a importância das interações internas que moldam sua ordem, assim como as interações externas que estruturam o mundo ao seu redor. Desta forma, os territórios são vistos como parte integrante de uma complexa rede de relações, tanto internas quanto externas, influenciando e sendo influenciado por elas (Reis, 2005).

Segundo Reis (2005), as perspectivas territorialistas precisam considerar a conexão entre a definição de um território e as relações externas que ele mantém. Ao estudar um território é essencial entender não apenas suas características internas e limites geográficos, mas também como ele se relaciona com outros territórios,

instituições ou entidades externas. Isso implica reconhecer que os territórios não existem isoladamente, mas estão interligados através de uma variedade de interações e influências, o que pode moldar sua identidade, dinâmica e desenvolvimento. Tudo isso é permeado por relações desiguais e aí entra a questão do poder.

O poder é manifestado através de vários elementos e relações sociais. A participação em tais relações de poder pode submeter alguns indivíduos, especialmente quando há desigualdade entre eles. No entanto, a capacidade de poder que possuem também lhes proporciona habilidades para criar novas redes de relacionamento e influência. Essas relações de poder não são estáticas, mas sim dinâmicas, podendo mudar ao longo do tempo e em diferentes contextos. “Um poder inferior de um ator perante um dado contexto que o submete pode ser convertido no poder equilibrado em outros contextos relacionais” (Reis, 2005, p. 69). O território é “um lugar que define a morfologia das relações de poder em presença. As quais, não sendo lineares nem [...] estabelecidas, tem que ser definidas e mapeadas para cada território e cada processo relevantes” (Reis, 2005, p. 69).

É necessário perceber o território como um campo de forças, um espaço onde ocorrem interações e contradições entre diferentes elementos, como o Estado e o mercado, o uso econômico e o uso social dos recursos. Não é estático, mas sim um cenário dinâmico onde ocorrem diferentes exercícios de poder e disputas. Ele reflete tanto a dimensão vertical, relacionada às estruturas de poder hierárquicas, neste caso a PNH, quanto a dimensão horizontal, relacionada às relações sociais, econômicas e políticas entre os atores envolvidos, isto é, burocratas de nível de rua, usuários, funcionários, gestores do hospital. O Estado desempenha um papel importante na regulação e no controle dos recursos territoriais. Compreender essa dinâmica é essencial para uma análise aprofundada do território e suas relações complexas.

Em relação à Política Nacional de Humanização, esta considera o fato de que as particularidades das regiões devem ser levadas em consideração para que a implementação ocorra da melhor maneira possível. Os aspectos locais de cada região, através da cogestão, na forma de participação ativa dos usuários, funcionários e gestores, desempenham um papel fundamental na implementação da Política. O território e suas características e especificidades serão de suma importância na definição das ações da PNH no hospital. É uma estratégia que permite a organização

dos serviços de saúde de forma integrada e participativa, fortalecendo a humanização do atendimento e no trabalho.

2.2 Atores: Burocratas de Nível de Rua

Segundo Secchi

os atores são aqueles indivíduos, grupos ou organizações que desempenham um papel na arena política. Os atores relevantes em um processo de política pública são aqueles que tem capacidade de influenciar, direta ou indiretamente, o conteúdo e os resultados da política pública (Secchi, 2014, p. 99).

Secchi (2014) apresenta as principais categorias de atores que influenciam o processo das políticas públicas. Para tornar didática a explicação ele separa os atores em individuais (políticos, burocratas, magistrados, formadores de opinião, etc.) e coletivos (partidos políticos, a burocracia, grupos de interesse, organizações da sociedade civil, movimentos sociais, etc.). As duas categorias agem intencionalmente em uma arena política.

O autor enfatiza que “cada arena política tem uma configuração de atores bastante peculiar, com prevalência de alguns e ausência de outros.” (Secchi, 2014, p. 101). Os atores participam quando percebem a significativa influência que a política exercerá sobre suas atividades. Além disso, a presença territorial deste na área abrangida pela política e a facilidade de acesso aos processos de tomada de decisão e implementação da política são fatores importantes para determinar a participação dos mesmos.

Lipsky (2019) traz o conceito de “burocratas de nível de rua” que define como sendo funcionários que trabalham diretamente com os usuários dos serviços públicos, como, por exemplo, policiais, professores e profissionais de saúde (Lipsky, 2019).

Lotta (2019), pesquisadora brasileira, define os burocratas de nível de rua como agentes que têm contato direto com a população e controlam o acesso do público a direitos e benefícios do governo. É através destes funcionários que a população tem contato com a administração pública. Lotta (2014) segue citando os estudos de Lipsky, quando afirma que

[...] olhar para a atuação desses agentes de rua passa pelo reconhecimento e pela compreensão de como constroem suas ações, considerando que eles fazem parte de uma estrutura institucional e programática e, ao mesmo tempo, têm o poder de implementar as políticas públicas, em que podem exercer o que Lipsky denomina de discricionariedade (Lotta, 2014, p. 191).

Secchi (2014) afirma que a liberdade de ação dos burocratas de nível de rua pode variar desde um alto grau de conformidade, implementando rigorosamente a orientação da política, até níveis de desobediência total. “Um mesmo ator pode ter diferentes interesses em diferentes contextos ou em diferentes fases do processo de elaboração de política pública” (Secchi, 2014, p. 100).

Para Secchi (2014), os burocratas são funcionários públicos responsáveis por manter a administração pública em funcionamento. Caracterizam-se por possuírem estabilidade de emprego, promoção baseada em competência técnica e experiência adquirida e mecanismos hierárquicos de coordenação.

Ferreira e Medeiros (2016), fizeram um levantamento da bibliografia relacionada à ação dos burocratas de nível de rua e concluíram que o comportamento destes leva em consideração fatores pessoais, profissionais, gerenciais e políticos. Os autores organizaram a análise em 6 subseções: 1) interações com o público da política; 2) relações com o sistema de gestão; 3) “*accountability*”; 4) autointeresse; 5) normas, regras, crenças e valores e 6) discricionariedade.

Em relação à “interação com o público da política”, de acordo com Ferreira e Medeiros (2016), a estrutura do trabalho é fundamental, pois molda as práticas do nível de rua, assim como as organizações públicas espelham as relações organizacionais dominantes na sociedade como um todo. Uma interação de qualidade entre o burocrata e o usuário se torna essencial, pois é nesse momento de interação que o serviço político é produzido.

No quesito “relações com o sistema de gestão”, Ferreira e Medeiros (2016) alegam que os burocratas de rua têm prioridades diferentes dos chefes das instituições. Têm como objetivo diminuir os prejuízos e os incômodos do trabalho, além de alcançarem a satisfação pessoal. Essas prioridades só são relevantes para os gerentes quando relacionadas à produtividade e à eficiência. Além disso, o nível gerencial não conhece o trabalho diário da implementação (não conhece a realidade do público-alvo) por isso não tem como orientar ações e decisões. Segundo os autores, é possível determinar três fatores que podem influenciar as interações dos

burocratas com o sistema de gestão: a supervisão, a comunicação dos objetivos e a delegação na tomada de decisão para os profissionais de linha de frente. Outrossim, há o fator de não engajamento do funcionário com as metas da política em decorrência da falta de familiaridade com a mesma.

“*Accountability*” refere-se à prestação de contas, por parte do burocrata de nível de rua, do que está sendo realizado no seu trabalho. Este controle é utilizado como uma ferramenta de gestão do processo de implementação (Ferreira; Medeiros, 2016).

No quesito relacionado ao “autointeresse”, os autores observam que o comportamento do burocrata de nível de rua sofre forte influência dos seus próprios interesses. Os objetivos organizacionais são conflitantes com o autointeresse e isso gera assimetrias de informações. O chefe tenta controlar o comportamento do burocrata, mas, no momento da interação deste com o usuário, por não estar presente, perde esse poder (Ferreira; Medeiros, 2016).

As “normas, regras, crenças e valores” são dispositivos institucionais. Fatores como legalidade (coerência entre decisão e ação), legislação da política, sistema de crenças e valores das instituições, regras e procedimentos no trabalho, além de obediência à lei e obediência cultural são fundamentos levados em consideração pelo burocrata para tomar decisões relacionadas ao usuário. Ao mesmo tempo em que as restrições são fracas e o trabalho saturado por elas, o servidor não é limitado por estas (Ferreira; Medeiros, 2016).

A “discricionariedade” relaciona-se com a profissão do burocrata, ou seja, por fazerem parte de uma categoria profissional praticam a discricção inerente àquela profissão. Outro ponto se relaciona à classificação do setor regulado avaliando se o cidadão se enquadra nas características para receber ou não um benefício. A margem de decisão que esses profissionais possuem no momento de colocar em prática a ação é o que se entende como discricionariedade. Há também a situação oposta, em que o burocrata não quer exercer a discricionariedade (questões pessoais, profissionais, administrativas) e essa omissão reflete na implementação da política.

2.3 Discrecionalidade

Um ponto crucial na implementação de políticas públicas e muito discutido na literatura é a discrecionalidade dos atores envolvidos no processo. Vários autores criaram suas definições e fazem análises complexas. Lipsky (2019) explica que os burocratas de nível de rua têm liberdade, dentro de suas organizações, para decidir a “natureza, a quantidade e a qualidade dos benefícios e sanções distribuídos” (Lipsky, 2019, p. 55) para a população que atendem.

Ao mesmo tempo,

[...] isso não significa que os trabalhadores de nível de rua não devem seguir regras, regulamentos e diretivas dos superiores, ou as normas e práticas do seu grupo profissional. Pelo contrário, as principais dimensões da política pública (níveis de benefícios, categorias de elegibilidade, natureza das normas, regulamentos e serviços) são moldadas por elites políticas e por gestores administrativos e políticos (Lipsky, 2019, p. 56).

Lotta (2019) discute como a discrecionalidade é influenciada por fatores organizacionais, individuais e normativos, gerando dilemas sobre a liberdade de ação e os efeitos da discrecionalidade, que podem ser inclusivos ou excludentes. Além disso, discute também como o poder de decisão é influenciado frente a dilemas e situações imprevistas. Lotta e Oliveira (2023) discutem a atuação dos profissionais da linha de frente mostrando que, muitas vezes, criam soluções improvisadas para equilibrar as regras e as necessidades dos cidadãos. Ferreira e Medeiros (2016) analisam a discrecionalidade dos profissionais, observando que sua atuação depende de fatores como interações com o público da política, relações com o sistema de gestão, accountability, autointeresse e normas, regras, crenças e valores. Estes autores também apontam que a qualidade da interação entre burocratas e cidadãos é essencial para a implementação eficaz das políticas.

Seguindo o raciocínio da discrecionalidade, Secchi (2014) apresenta dois modelos de gestão: modelo burocrático weberiano e modelo gerencial. No primeiro modelo a equipe deve ter qualificação técnica e atuar em prol do bem coletivo de forma politicamente neutra. Além disso, deve seguir as exigências normativas, com o mínimo de discrecionalidade, evitando “corrupção, favoritismos ou desvirtuamentos dos interesses coletivos” (Secchi, 2014, p. 105). No segundo modelo, os burocratas são considerados possuidores de “conhecimentos, criatividade e capazes de evitar a

frustração de políticas públicas mal planejadas” (Secchi, 2014, p. 105). Esses dois modelos são divergentes em relação a discricionariedade.

No modelo burocrático weberiano, a discricionariedade é encarada como exceção, uma patologia que deve ser combatida. No modelo gerencial, a discricionariedade do burocrata é vista como necessária para aumentar a eficácia da ação pública (Secchi, 2014, p. 105).

Para Lotta (2019), vários elementos influenciam no comportamento dos burocratas de nível de rua, são eles:

1. Fatores relacionados ao sistema (modelo de Estado, modelo de democracia, de federalismo, cultura nacional, etc.);
2. Fatores relacionados às organizações (regras, graus de controle, sistemas de gestão, incentivos, sanções, programas de formação, etc.);
3. Fatores individuais (atributos dos indivíduos como gênero, raça, classe social, além de trajetórias, relações sociais, profissão etc.).

Além disso, no dia a dia de trabalho esses atores encontram situações imprevistas que necessitam de soluções e estas, muitas vezes, não estão nas normas. Desta forma, eles precisam tomar decisões e estas são influenciadas por variados e complexos elementos, muitas vezes ambíguos e contraditórios (Lotta, 2019).

Os funcionários tomam decisões relacionadas à natureza, quantidade e qualidade dos benefícios previstos na PNH, assim como observado por Lipsky, Lotta e Secchi em seus estudos. E, ao mesmo tempo, ficam condicionados às normas e regulamentos existentes, o que restringe sua liberdade e autonomia.

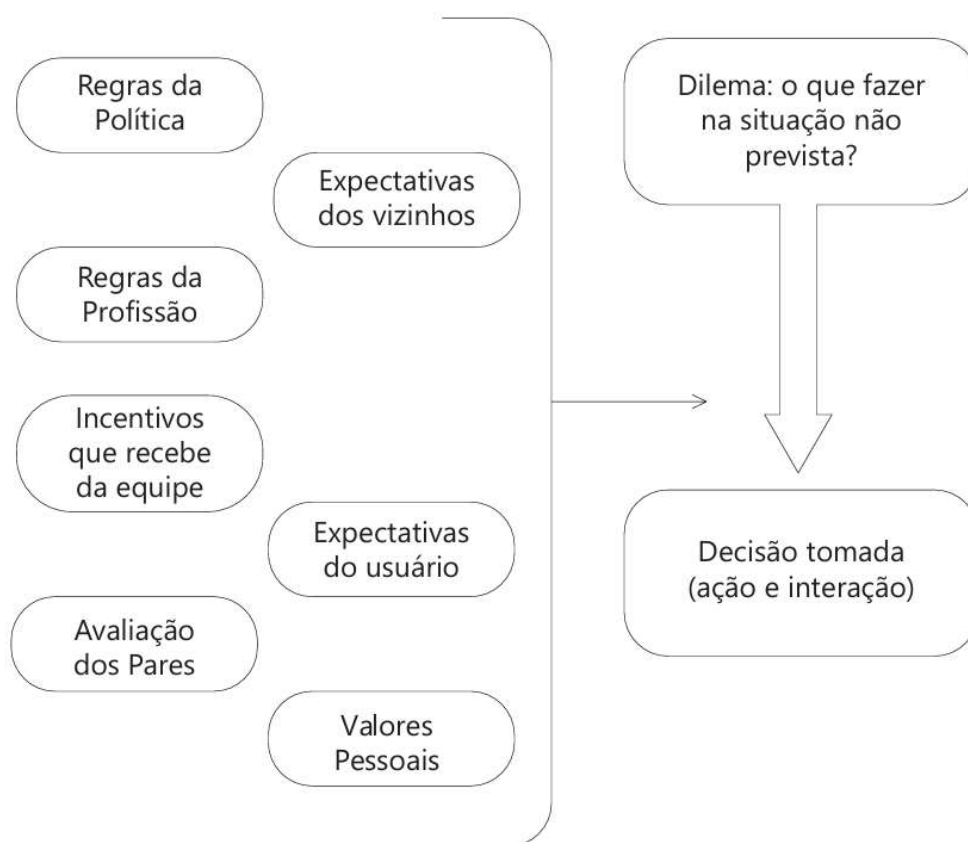
A discricionariedade apresenta conflitos, trazendo consigo dilemas normativos e gerenciais. Lotta (2019) apresenta três grandes dilemas. O primeiro refere-se a limitar a discricionariedade em detrimento de estimulá-la. O segundo tem relação com os efeitos produzidos pela discricionariedade.

A discricionariedade não é, por natureza, boa ou má. Mas ela pode ter efeitos positivos ou negativos, tanto para as políticas públicas quanto para os usuários. Como as pesquisas mostram, o exercício da discricionariedade pode ser incluyente ou excluyente (LOTTA, 2017), pode gerar equidade, mas também pode gerar desigualdade, pode gerar preconceito, mas pode gerar inclusão (Lotta, 2019, p. 32).

O terceiro dilema é “como pensar processos de regramento e normatização que direcionem a implementação, mas ao mesmo tempo ajudem a materialização das políticas quando há situações complexas [...] Qual o limite da capacidade de regramento para não engessar?” (Lotta, 2019, p. 33).

A Figura 02, apresentada no artigo de Lotta (2019), ilustra alguns dilemas que influenciam a discricionariedade na prática.

Figura 01: Dilemas que influenciam a discricionariedade na prática.



Fonte: Lotta, 2019, p. 31.

Algumas estratégias utilizadas pelos burocratas de nível de rua no desempenho de seu trabalho, destacadas por Secchi (2014), são:

organização do trabalho de acordo com a disponibilidade de recursos da administração pública (número de funcionários, recursos financeiros, tempo), modificação dos objetivos de acordo com a disponibilidade de recursos, criação de alternativas práticas aquilo que está descrito nas regulamentações ou prescrições de tarefas para que as políticas públicas sejam implementadas de forma mais coerente com relação às necessidades dos usuários (policy takers) e da própria administração pública (Secchi, 2014, p. 107).

2.4 Efeitos Sociais da Implementação

Outro estudo que tem contribuições importantes é o de Lotta e Oliveira (2023), em que as autoras fazem a análise da segunda edição do livro *“Cops, Teachers and Counselors, 2nd edition: narratives on the front line of public services”* de 2022, escrita por Maynard-Moody e Musheno. A primeira edição consiste na análise de 157 histórias vivenciadas por profissionais da linha de frente da área de segurança, educação e assistência social e foi publicada em 2003. A segunda edição faz uma nova análise dessas histórias e apresenta uma atualização dos conceitos. Para explicar a ação dos trabalhadores, os autores utilizam três narrativas: o *“state-agent narrative”* (narrativa do agente estatal), o *“citizen-agent narrative”* (narrativa do agente cidadão) e o *“knowledge-agent narrative”* (narrativa do agente de conhecimento).

A primeira está mais alinhada a abordagem *“top-down”*, em que “casos semelhantes recebem o mesmo tratamento. Pequenos desvios em relação às normas são aceitos em caráter excepcional, desde que com o intuito de adaptá-las ao contexto de implementação” (Lotta; Oliveira, 2023, p. 2).

A segunda narrativa estabelece que reduzir a atuação desses burocratas à simples obediência a normas ou à busca de interesses pessoais resulta em uma visão limitada do trabalho na linha de frente. O uso da discricionariedade é comum nesse contexto e é motivado por fatores que vão além da adaptação ou autopreservação. Segundo os autores, os profissionais da linha de frente são mais do que agentes racionais; eles são sujeitos morais cujas decisões cotidianas são influenciadas mais por fidelidade cultural do que por regras legais. Em outras palavras, “o principal fator a influenciar a decisão tomada pelo trabalhador da linha de frente é o cidadão-usuário da política” (Lotta; Oliveira, 2023, p. 2). Isto é, com base na percepção que tem dos cidadãos nas interações diárias, podem agir de maneiras diferentes, oferecendo, para quem consideram merecedor, um serviço excepcional, enquanto que para os não merecedores, agem estritamente de acordo com as regras ou até os excluem da concessão dos benefícios previstos.

A terceira narrativa, do agente de conhecimento, foi denominada de “agência profissional” e significa o “conhecimento profissional que os trabalhadores da linha de frente reivindicam para si, tendo em vista a educação e o treinamento formal que receberam, [...] saber prático e experiencial acumulado a partir do trabalho cotidiano”

(Lotta; Oliveira, 2023, p. 3). Os agentes, antes de seguir as regras, avaliam os cidadãos, seu conhecimento e a situação em questão, e só depois usam a política para justificar suas decisões. Por isso, os autores sugerem o termo “agência” em vez de “discrecionalidade” para descrever esse comportamento. As identidades dos cidadãos, portanto, importam, pois, os julgamentos e as decisões tomadas são influenciados pela percepção de quem são os cidadãos envolvidos.

Outra questão considerada relevante para esta dissertação, e apresentada pelo texto, é a questão da identidade entre os pares dos funcionários da linha de frente. Estes constituem seu grupo inicial de pertencimento. A identidade está posta como a forma pela qual os indivíduos se identificam e reconhecem os outros com base na sua participação em diferentes grupos. A relevância das identidades profissionais gera uma cultura local de lealdade, muitas vezes utilizada em oposição ao chamado sistema (conjunto de instituições ou pessoas que não conhecem o trabalho na linha de frente e precisam ser enfrentadas para que o trabalhador possa fazer o que considera certo ou eficaz). A Política Nacional de Humanização tem como um de seus princípios a transversalidade, com o intuito de desestabilizar os territórios de poder existentes, o que influencia diretamente nesta questão de identificação dos pares. Na área da saúde é muito forte a identidade profissional, os pares, isto é, médicos com médicos, enfermeiros com enfermeiros, etc. Conforme as situações cotidianas se apresentam a coesão profissional pode ser benéfica ou não.

Além disso, Lotta e Oliveira (2023) mostram que no livro de Maynard-Moody e Musheno, é discutida a carga moral das decisões. Esta carga é definida pelas avaliações dos usuários a partir da percepção/julgamento do funcionário, que determina quem é “merecedor” ou “não merecedor”. A definição como usuário “merecedor” “deriva não apenas de sua real necessidade, mas também da avaliação sobre seu problema, o grau de motivação que apresenta, e sua honestidade” (Lotta; Oliveira, 2023, p. 4).

É importante também problematizar a discussão sobre a implementação de desigualdades nas políticas públicas. Muitas situações enfrentadas pelo cidadão, na hora de usufruir dos benefícios da política pública, podem acabar reforçando a sua vulnerabilidade. Isso fica claro no texto de Pires (2019). O autor afirma que os

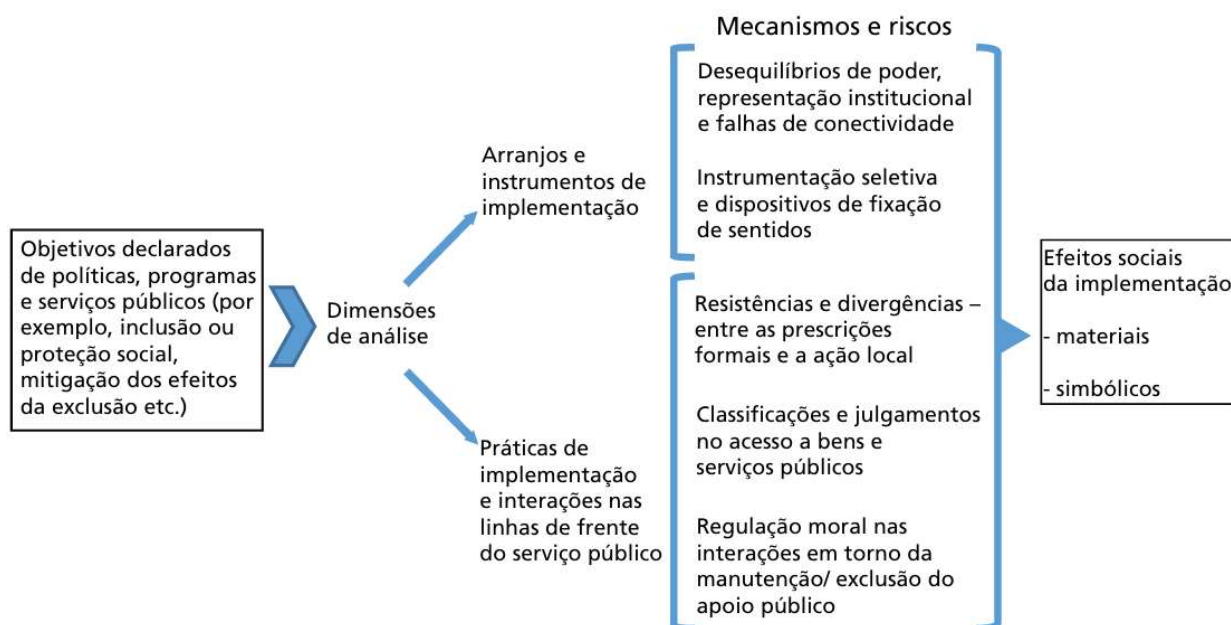
contatos cotidianos entre os segmentos vulneráveis da população e os serviços e as políticas públicas podem, em algumas circunstâncias, contribuir para reforçar (ao invés de mitigar) vulnerabilidades e formas de

exclusão, perpetuando, assim, desigualdades sociais já existentes (Pires, 2018, p. 14).

Pires (2019) discute também o "efeito social da implementação", que determina como sendo “o conjunto de repercussões que o envolvimento com um serviço ou uma política pública pode gerar sobre a posição, a trajetória e a identificação social de um sujeito” (Pires, 2019, p. 19).

Pires (2019) apresenta um esquema de mecanismos e riscos de reprodução de desigualdades em processo de implementação (Figura 03) que se considera importante apresentar nesta dissertação.

Figura 02: Mecanismos e riscos de reprodução de desigualdades em processo de implementação



Fonte: Pires, 2019, p. 27

É importante citar o artigo de Vincent Dubois, “Políticas no Guichê, Políticas do Guichê”, tendo em vista que parte da a dissertação foi a observação na recepção do hospital. O guichê funciona como um divisor e, simultaneamente, como um local de interação. Através dele, as pessoas se deparam com os burocratas e suas ações, seja para impor limites ou restrições, seja para promover sua função social. O guichê representa a conexão entre o Estado e as instituições públicas com os indivíduos (usuários, cidadãos, beneficiários ou clientes), enquanto organiza e regula, de forma prática, os comportamentos que o envolvem. Por essa razão, observar as interações

no guichê pode proporcionar análises valiosas sobre os métodos utilizados nessas relações e sua dimensão política.

Nas representações tradicionais, o guichê é comumente associado a uma burocracia impessoal que segue critérios padronizados. Ao analisar os guichês do Hospital Santa Cruz, observando as interações diárias entre os funcionários e destes com os usuários, segundo Dubois (2010), seria possível perceber elementos relacionados a forma como se dá a implementação da política pública. Esses funcionários desempenham uma função significativa na implementação cotidiana da PNH e nos impactos sobre as populações afetadas.

Analisando a modificação da relação entre o Estado e os usuários dos serviços públicos, Dubois (2010) destaca uma mudança de um modelo focado nos direitos dos cidadãos para um centrado na satisfação dos usuários, agora vistos como clientes. O autor também apresenta o conceito de “governo eletrônico”, isto é, um processo que transfere as responsabilidades dos servidores para os usuários, no momento em que estes passam a ser responsáveis por preencher formulários. Destaca-se, porém, que este acesso é desigual, tanto em relação a diferentes classes sociais quanto as gerações. As classes sociais mais vulneráveis são as que mais necessitam do atendimento de qualidade enquanto são as que menos possuem condições para usufruir do governo eletrônico. A modernização introduz práticas comerciais nos serviços públicos, mas essa abordagem pode conflitar com a necessidade de atender a populações vulneráveis criando tensões entre eficiência e funções sociais.

Para os burocratas, o trabalho vai além da simples aplicação de regras e normas. Eles frequentemente reinterpretem e adaptam essas regras aos casos específicos, pois as normas nunca são claras ou completas o suficiente. A flexibilidade nas decisões desses agentes aumenta quanto maior for a distância entre quem formula e quem aplica as normas. Esses funcionários desempenham um papel crucial na implementação das políticas públicas, influenciando-as por meio de exceções, adaptações e até excesso de zelo. Nas interações diretas com os usuários, os agentes aplicam uma mistura de regras institucionais e lógicas situacionais. Embora a flexibilidade seja comumente associada aos níveis superiores, os agentes de base também exercem margem de manobra e influenciam ativamente o conteúdo das políticas públicas. Isso sugere que, em muitos casos as políticas

contemporâneas delegam maior responsabilidade a esses agentes para tomar decisões sobre a implementação das políticas (Dubois, 2010).

É interessante destacar que Dubois (2010) também discute o conceito de discricionariedade na administração pública, isto é, a capacidade dos agentes de base de tomar decisões além da aplicação rígida de regras, mantendo-se dentro da legalidade. O poder discricionário se intensifica devido a mudanças institucionais e a incerteza sobre a distribuição de responsabilidades. A teoria da burocracia de nível de rua destaca como os agentes de base influenciam a implementação das políticas públicas, especialmente quando há uma desconexão entre os objetivos oficiais e sua aplicação concreta.

Dubois (2010) discute a transformação das políticas sociais destacando o papel crescente das interações diretas entre agentes administrativos e usuários nos guichês (balcões de atendimento). Essas interações se tornaram centrais para a concessão de benefícios. As decisões dependem de avaliações caso a caso, aproximando-se de uma lógica de caridade pública, onde os agentes exercem uma espécie de magistratura social ao decidir sobre a concessão de ajuda com base na veracidade das histórias dos solicitantes. A proximidade entre agentes e usuários tem sido valorizada, mas acompanhada de maior controle hierárquico através de indicadores de desempenho e avaliações individuais. Isso reflete a tensão entre autonomia dos agentes e controle institucional.

O autor apresenta a ideia de um “truque de implementação”, onde as ações dos agentes interferem e modificam o resultado da Política. O que foi inicialmente planejado acaba não ocorrendo ou ocorrendo de forma inesperada. Os agentes influenciam na implementação pautados em seu modo de agir: alguns agem pragmaticamente; outros resistem, mas acabam se adaptando; e há aqueles que se tornam empreendedores morais, alinhados a uma postura mais rígida. Isso pode ter consequências positivas ou negativas, dependendo da situação. Esse poder, exercido em interações diretas com o público, reflete a flexibilidade necessária para adaptar as políticas às realidades locais, mas também pode levar a arbitrariedades e desigualdades no tratamento dos usuários.

Pires e Lotta (2019) discutem como a implementação pode reduzir ou aumentar as desigualdades. As políticas públicas tem o objetivo de reduzir a exclusão, mas, mesmo sendo consideradas bem sucedidas, podem reforçar os processos de desigualdade. Os autores enfatizam que, além de explorar esse

processo, os novos pesquisadores devem considerar a desigualdade como um elemento integrante do processo de implementação.

Outro ponto importante são as interações entre trabalhadores do serviço público e usuários em situações de vulnerabilidade, destacando as consequências simbólicas dessas interações. Pires e Lotta (2019) relatam casos fictícios e estudos que demonstram como os trabalhadores, ao lidar com informações pessoais dos usuários, impõem categorias administrativas que podem desvalorizar ou distorcer suas identidades. Essa categorização coloca o usuário em posição de dependência, muitas vezes aceitando categorizações que reforçam estigmas e sentimentos de menor valor social. Isso resulta em violência simbólica, como o controle de identidades e a reprodução de posições sociais subalternas. Os burocratas criam discursos internos que reforçam a distinção entre eles e os usuários, contribuindo para a perpetuação de desigualdades sociais.

Pires e Lotta (2019) apresentam ferramentas utilizadas pelos burocratas para lidar com a sobrecarga de trabalho, pressões e demandas em ambientes estressantes e com poucos recursos. Uma das estratégias adotadas é priorizar casos mais fáceis, e negligenciar ou adiar casos mais complexos. Porém, muitas vezes, são nesses casos mais complexos que estão os usuários mais vulneráveis. Este é o conceito definido como *“creaming”*, que resulta em uma distribuição desigual dos serviços públicos, prejudicando os mais necessitados. Outra ferramenta utilizada pelos servidores é o *“coping”*, que nada mais é do que métodos utilizados pelos trabalhadores para enfrentar o estresse, as incertezas e as pressões psicológicas do trabalho, permitindo que eles mantenham o controle sobre o ritmo das atividades. Isso pode ser feito por meio delimitação de serviços oferecidos, bem como pela escolha, filtragem e priorização de determinados usuários. A terceira ferramenta, conhecida como *“gatekeeping”*, refere-se às mudanças que os trabalhadores fazem em suas percepções sobre os clientes, a reavaliação dos critérios de elegibilidade dos usuários e a criação de normas informais ou a aplicação de barreiras adicionais no acesso à bens e serviços públicos.

Em suma, o guichê tornou-se um espaço de operação crucial das políticas públicas, onde se regula a vida das pessoas de maneira mais individualizada e próxima. As relações nos guichês revelam um modo de condução da ação pública, onde os agentes são obrigados a tomar decisões sob condições incertas e participam ativamente da formulação das políticas que deveriam apenas

implementar. Isso reflete um reforço no poder discricionário desses agentes, junto à responsabilização por resultados, o que afeta tanto os servidores quanto os usuários, que são convocados a contribuir para uma melhor gestão pública, seja na educação, saúde ou emprego. Esse fenômeno caracteriza o que o Dubois (2010) chama de políticas do guichê.

3. CONTEXTUALIZANDO A PNH DO SUS: HISTÓRICO, IMPLEMENTAÇÃO EM ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE E A PARCERIA PÚBLICO/PRIVADA

Este capítulo visa apresentar a Política Nacional de Humanização, seus princípios, métodos, diretrizes e dispositivos, além de um histórico do seu surgimento. Será discutida também a implementação em estabelecimentos de saúde públicos, para entender como isso se dá quando não há a influência do setor privado. Além disso, será explicado como ocorre a parceria público/privada entre o Governo e o Hospital Santa Cruz.

3.1 Orientações Gerais da PNH

A Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde (SUS), também conhecida como Humaniza SUS, visa estabelecer um conjunto de diretrizes e princípios direcionados à humanização da atenção e da gestão no Sistema Único de Saúde (SUS). Seu objetivo é transformar as relações de trabalho e de cuidado a partir da valorização dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores (Brasil, 2010a).

Os princípios, de acordo com o Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS (2010a), são:

- **Transversalidade:** a comunicação entre todos os sujeitos envolvidos no processo de produção da saúde deve ser ampliada e incentivada. A relação e a comunicação devem ser transformadas para que haja uma modificação e desestabilização nos territórios de poder existentes, tanto nas relações de trabalho, quanto intra e intergrupos. A comunicação entre os diferentes profissionais de saúde deve ser facilitada para garantir a continuidade do cuidado.
- **Indissociabilidade entre atenção e gestão:** a mudança na forma de cuidar dos pacientes está ligada às modificações na forma de gerenciar e organizar o trabalho. O cuidado com o paciente é influenciado pela forma como o trabalho é gerenciado e organizado. A saúde é um processo que envolve tanto o indivíduo quanto a sociedade, com a inseparabilidade entre produção de saúde e produção de sujeitos. No contexto da saúde, a produção de sujeitos está relacionada à forma como os indivíduos são cuidados e tratados pelo sistema de saúde. As práticas de saúde podem ter um impacto significativo na forma como os indivíduos se percebem como

sujeitos, tanto no âmbito físico quanto no âmbito psicológico. A produção de sujeitos também está relacionada à forma como os indivíduos participam do processo de cuidado. Quando estes são envolvidos na tomada de decisões sobre sua saúde, eles têm uma maior sensação de autonomia e controle.

- Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos: “trabalhar implica a produção de si e na produção do mundo, das diferentes realidades sociais, ou seja, econômicas, políticas, institucionais e culturais” (Brasil, 2010a, p. 24). As mudanças na gestão e na atenção ganham maior efetividade quando são produzidas pela afirmação da autonomia dos sujeitos envolvidos, ou seja, permitir que possam tomar decisões e agir de forma independente, e pela partilha de responsabilidades, isto é, trabalharem juntos para alcançar um objetivo comum (Brasil, 2010a).

A PNH utiliza o método da tríplice inclusão. A primeira é a “inclusão dos diferentes sujeitos (gestores, trabalhadores e usuários) no sentido da produção de autonomia, protagonismo e corresponsabilidade” (Brasil, 2010a, p. 25).

A segunda é a inclusão de analisadores sociais, isto é, um fenômeno que desestabiliza o sistema e pode levar a mudanças. No contexto da saúde, podem ser eventos inesperados, como um acidente ou uma reclamação de usuário, ou podem ser processos mais lentos, como mudanças na demografia ou nas condições de saúde da população. Estes fenômenos fortalecem os processos de mudança. Para executar esse dispositivo se podem fazer análises coletivas dos conflitos potencializando a força crítica das crises (Brasil, 2010a).

A terceira é a “inclusão do coletivo seja como movimento social organizado, seja como experiência singular sensível (mudança dos perceptos e dos afetos) dos trabalhadores de saúde quando em trabalho grupal” (Brasil, 2010a, p. 25).

As Diretrizes da Política Nacional de Humanização

As diretrizes da PNH são:

- Clínica ampliada

Representa uma mudança de paradigma na forma como se entende e se pratica a saúde. Ao invés de focar apenas na doença e no tratamento, a clínica ampliada busca uma abordagem mais integral e humanizada, considerando o indivíduo em sua totalidade, incluindo seus aspectos sociais, culturais e emocionais.

Os objetivos dessa diretriz são os seguintes: i) aumentar a autonomia dos sujeitos, dando mais poder de decisão ao usuário, à família e à comunidade sobre seus cuidados de saúde; ii) promover a colaboração entre diferentes profissionais da saúde para oferecer um cuidado mais completo e personalizado; iii) estabelecer vínculos através de uma relação de confiança e respeito entre profissional e paciente baseado na escuta ativa e no cuidado individualizado, e iv) considerar o contexto de vida do usuário, analisando suas condições e experiências para entender as causas do adoecimento e promover a saúde (BRASIL, 2010a).

- Cogestão

No lugar de uma gestão centralizada, a cogestão propõe a participação ativa de todos os envolvidos no processo de cuidar e ser cuidado: usuários, trabalhadores e gestores. Na prática existem várias formas de implementá-la, tais como a criação de espaços de participação em que os usuários, trabalhadores e gestores possam discutir e tomar decisões conjuntas sobre os serviços de saúde. Outra iniciativa é o desenvolvimento de projetos e iniciativas que visam melhorar a qualidade do atendimento e a satisfação dos usuários. Além disso, realizar o acompanhamento e avaliação contínua dos processos de trabalho com o objetivo de identificar oportunidades de melhoria também é uma ação prática da cogestão (Brasil, 2009b).

Reinventar as organizações pressupõe alterar o modo de produção e fluxos de poder. Em geral, as organizações de saúde (que são realidades hiper-complexas) têm uma disposição centralizadora do poder, fomentando processos de comunicação pouco transversais e colocando em relação apenas os iguais. Em outras palavras: o exercício da comunicação se dá entre os pares (chefes com chefes, médicos com médicos, enfermeiros com enfermeiros, e assim por diante), dificultando a emergência de processos instituintes. Dessa forma, a organização se reproduz, pois se mantém sustentada sobre linhas de forças que apenas reverberam aquilo que já está instituído (Brasil, 2009b, p. 32).

A cogestão vem no sentido de quebrar essas relações preestabelecidas.

- Acolhimento

De acordo com o Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS (Brasil, 2010a), acolhimento é o

processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde que implica responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde a sua chegada até a sua saída. Ouvindo sua queixa, considerando suas preocupações e angústias, fazendo uso de uma escuta qualificada que possibilite analisar a demanda e, colocando os limites necessários, garantir atenção integral, resolutiva e responsável por meio do acionamento/articulação das redes internas dos serviços (visando à horizontalidade do cuidado) e redes externas, com outros serviços de saúde, para continuidade da assistência quando necessário (BRASIL, 2010a, p. 51).

O acolhimento não se restringe a um local ou a um profissional específico, mas sim a uma postura que deve permear todos os momentos do atendimento. Ao promover a escuta ativa, o respeito às diferenças e a construção de vínculos, o acolhimento contribui para a melhoria da qualidade de vida dos usuários e dos profissionais de saúde (Brasil, 2009d).

- Valorização do trabalho e do trabalhador

O ambiente de trabalho, com suas particularidades e desafios, influencia diretamente a saúde física e mental das pessoas. É fundamental considerar as condições de trabalho, as relações interpessoais e as demandas da rotina para promover o bem-estar dos trabalhadores. A PNH considera importante a criação de espaços/rodas de conversas entre os funcionários “no próprio trabalho, para colocar em análise não somente o seu fazer cotidiano, mas o próprio sentimento que experimentam mediante as situações vividas às vezes “isoladamente” (Brasil, 2013, p.17).

O trabalho na área da saúde, marcado por jornadas exaustivas, relações laborais desgastantes e falta de reconhecimento, tem levado ao adoecimento de muitos profissionais. A centralização das decisões e a desvalorização do trabalho por parte da sociedade do governo agravam esse problema. É importante mudar essa realidade. Experiências exitosas dentro do SUS demonstram que a valorização do trabalho e a participação dos profissionais em processos de gestão são fundamentais para construir um ambiente de trabalho mais saudável e produtivo. Para isso, é necessário que as instituições de saúde garantam que os trabalhadores tenham um tempo para se dedicar as atividades como oficinas, pesquisas e reuniões, com o objetivo de analisar e propor soluções para os desafios enfrentados no dia a dia (Brasil, 2013).

- Defesa dos Direitos do Usuário

Em junho de 2009 foi aprovada, pelo Conselho Nacional de Saúde, a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. Em 13 de agosto do mesmo ano, a Carta foi transformada em uma Portaria, a 1820, do Ministério da Saúde. O documento possui 6 princípios básicos que “asseguram ao cidadão o direito básico ao ingresso digno nos sistemas de saúde, sejam eles públicos ou privados” (Brasil, 2010b, p. 3).

Os princípios são:

1. Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde;
2. Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema;
3. Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação;
4. Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos;
5. Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada;
6. Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos (Brasil, 2010b).

- Fomento das grupalidades, coletivos e redes

É no grupo “que as pessoas reconhecem o igual e o diferente, as limitações e as possibilidades, as simpatias e as antipatias, os afetos e os desafetos, tendo que aprender a lidar com essas questões, suportando frustrações, compartilhando sentimentos e comunicando-se (Brasil, 2010b, p. 28-29).

Coletivos são grupos de pessoas que assumem uma mesma orientação e a PNH, com base em seus aportes teórico-metodológicos, observou que a ideia de formar coletivos se materializou de forma mais expressiva na hora de implementar seus objetivos.

As redes configuram-se por redes de atenção à saúde e são compostas

pelo conjunto de serviços e equipamentos de saúde que se dispõem num determinado território geográfico, seja ele um distrito sanitário, um município ou uma regional de saúde. Esses serviços são como os “nós de uma rede”:

unidade básica de saúde, hospital geral, centro de atenção psicossocial, conselho municipal de saúde, etc (Brasil, 2011b, p. 33)

- Construção da memória do SUS que dá certo

Consiste no registro de experiências exitosas do SUS nos estabelecimentos de saúde existentes no Brasil, através de fotografias, entrevistas, narrativas, etc. Foi criada a “Rede Humaniza SUS”, um site dos trabalhadores, gestores e usuários onde é possível compartilhar experiências. É uma rede de apoio mútua para enfrentar os desafios da humanização (Brasil, 2011b). Além disso, a “Rede Humaniza SUS” também está presente nas redes sociais Facebook e Instagram.

Os Dispositivos da Política Nacional de Humanização

Os dispositivos da PNH são as atividades a serem desenvolvidas no dia a dia do trabalho na saúde envolvendo grupos com a intenção de promover mudanças na atenção e na gestão. Aqui serão somente citados² e será dada maior atenção, logo adiante, ao Grupo de Trabalho de Humanização, foco dessa dissertação. Os dispositivos são:

- Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) e Câmara Técnica de Humanização (CTH);
- Colegiado Gestor;
- Contrato de Gestão;
- Sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde: gerência de “porta aberta”; ouvidorias; grupos focais e pesquisas de satisfação, etc.;
- Visita Aberta e Direito à Acompanhante;
- Programa de Formação em Saúde do Trabalhador (PFST) e Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP);
- Equipe Transdisciplinar de Referência e de Apoio Matricial;
- Projetos Cogерidos de Ambiência;
- Acolhimento com Classificação de Riscos;
- Projeto Terapêutico Singular e Projeto de Saúde Coletiva;

2 Caso seja de interesse aprofundar o conhecimento sobre os dispositivos da PNH consultar BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS. Brasília, 2010a.

- Projeto Memória do SUS que dá certo;
- Ambiência (Brasil, 2010a, 2010b).

3.2 O histórico da PNH

A Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde – SUS busca uma melhoria na qualidade do atendimento e uma valorização dos usuários e profissionais de saúde. Ela não tem um caráter fiscalizatório, com indicadores e metas a serem atendidos, sua característica é orientativa.

Desta forma, é importante entender o contexto em que surge a PNH, tendo em vista que o mais lógico e plausível seria o atendimento humanizado como premissa básica em qualquer serviço de saúde. Porém não era bem isso que acontecia no Sistema Único de Saúde do Brasil.

Em 1988 foi promulgada a Constituição Brasileira estabelecendo os princípios fundamentais de universalidade, equidade e integralidade e conferindo a todo cidadão do país o direito à saúde. Em 19 de setembro de 1990 foi publicada a Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8080 - que regulamenta a Constituição Federal e institui o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população. Além disso, estabeleceu as competências dos três níveis de governo – federal, estadual e municipal (Toledo, 2002). A atenção integral à saúde, e não somente aos cuidados assistenciais, passou a ser um direito de todos os brasileiros com foco na saúde com qualidade de vida, visando a prevenção e a promoção da saúde.

Conforme Toledo (2022), o Governo Federal ficou responsável por

[...] formular as políticas e normas, controlar e avaliar sua implantação e apoiar as demais esferas de poder. Cabe ao Governo Estadual promover a descentralização dos serviços e ações de saúde para os municípios; controlar e avaliar a rede integrada do SUS e, suplementando o Governo Federal, formular normas e padrões de funcionamento. Ao Governo Municipal cabe planejar, programar e organizar a rede regionalizada e hierarquizada de saúde do SUS, gerenciando, executando e avaliando as ações de saúde prestadas pela rede pública (Toledo, 2002, p. 59-60).

A estrutura do SUS é composta pelo Governo Federal (Ministério da Saúde), Estados e Municípios. Cada ente tem suas responsabilidades. A gestão das ações e dos serviços de saúde deve ser solidária e participativa entre os três entes

da Federação. Esta é a chamada descentralização do SUS, isto é, consiste na transferência de responsabilidades e poder de decisão de um ente central (Governo Federal) para outros níveis hierárquicos (Estados e Municípios), que são autônomos para determinar atividades e ações, obviamente atendendo às determinações constitucionais e legais que embasam o SUS. A rede que compõe o Sistema é ampla e abrange tanto ações quanto os serviços de saúde. Engloba a atenção primária, baixa, média e alta complexidades, os serviços de urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços da vigilância em saúde (epidemiológica, sanitária, ambiental e saúde do trabalhador) e assistência farmacêutica.

Nos anos de 1990, mesmo com os progressos alcançados por meio da implantação dos princípios norteadores e na descentralização da gestão e atenção do SUS, avaliou-se que o sistema ainda apresentava vários problemas, entre eles: i) a falta de integração dos processos de trabalho, das relações entre os profissionais da saúde e destes com a rede assistencial; ii) a carência de investimentos na qualificação dos trabalhadores, principalmente em relação à gestão participativa e ao trabalho em equipe; e iii) o despreparo para lidar com a dimensão subjetiva das práticas de atenção. Desta forma, identificou-se que o SUS permanecia como um sistema burocratizado e verticalizado (Toledo, 2008).

A partir dessa avaliação crítica do processo de implementação do SUS, foi elaborado, entre os anos de 2000 e 2002, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH, iniciativa de humanização mais importante, na época, estabelecida pelo Ministério da Saúde. Havia, no período, um grande número de queixas dos usuários em relação a maus-tratos nos hospitais. O SUS, enquanto sistema de saúde público, apresentava contradições e heterogeneidades, como serviços de ponta ao lado de serviços sucateados, consolidação do modo obsoleto de operar o serviço, burocratização e situações de violência institucional. Apesar disso, nos hospitais já existiam iniciativas pontuais para promover a humanização, realizadas pelos próprios funcionários. Por serem ações individuais, estas eram setorizadas, isto é, não tinham o envolvimento de toda a instituição, o que impedia uma mudança cultural no atendimento. Sensível a essas situações, o Ministério da Saúde convidou profissionais da área de saúde mental para criar um projeto de trabalho voltado à humanização dos serviços hospitalares públicos, com foco de promover uma mudança na cultura de atendimento em saúde no Brasil. O resultado desse trabalho foi a elaboração do Programa Nacional de Humanização da

Assistência Hospitalar – PNHAH, o qual buscava disseminar as ideias de humanização através de diagnósticos situacionais e da promoção de ações conforme as realidades locais. Inovador, o programa dava destaque à transformação das relações interpessoais através do estudo dos fenômenos no campo das subjetividades (Brasil, 2001; Rios, 2009).

Em 2003, a PNHAH passou por uma revisão e foi lançada a Política Nacional de Humanização, a partir de então abrangendo todos os estabelecimentos de saúde, não mais somente os hospitais. Nesse contexto, a política de humanização passa a concentrar sua atenção nos processos de trabalho e nos modelos de gestão e planejamento, influenciando diretamente no dia a dia da instituição, exatamente onde surgiam os vícios e os casos de violência institucional. (Rios, 2009).

Para possibilitar essa mudança, foram realizados Cursos de Formação de Apoiadores da Política Nacional de Humanização, vinculados à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde. A PNH contava com um núcleo técnico sediado em Brasília – DF e equipes regionais que se articulavam às Secretarias Estaduais e Municipais de saúde.

No Hospital Santa Cruz, uma funcionária realizou o curso e auxiliou na implementação de dispositivos e diretrizes da política na instituição.

Ao longo dos anos foram muitas as iniciativas de implementação. A Política é extensa e possui diversas diretrizes e dispositivos que podem ser executados em uma instituição hospitalar das mais diversas formas.

Uma forma de mostrar os resultados alcançados é a Rede Humaniza SUS, um site disponível na internet. É uma rede social dos trabalhadores, gestores e usuários da saúde pública. O site <https://redehumanizasus.net/> apresenta variadas formas de implementação da PNH. A Rede Humaniza SUS - RHS mostra narrativas e experiências cotidianas sobre a forma de implementação de ações. Funciona como uma rede de apoio mútua e apresenta os resultados da Política.

Durante o levantamento de dados para esta dissertação, surgiu a informação de que a Política Nacional de Humanização foi descontinuada em 2017. Porém, muitas atividades continuam sendo realizadas, inclusive contribuições no site da Rede Humaniza SUS. Apesar da descontinuidade da Política, as diretrizes e dispositivos seguem sendo implementados.

Atualmente, a humanização está inserida nas legislações, nos Programas de Governo, nas RDC's (Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA), entre outras, ou seja, é parte integrante dos processos em saúde.

3.3 A Participação da Iniciativa Privada no SUS

Para entender a dinâmica de funcionamento de um hospital privado que também realiza atendimentos pelo SUS é necessário aprofundar o estudo sobre como ocorre o financiamento dos procedimentos realizados gratuitamente à população. Além disso, é necessário conhecer a regionalização em saúde para compreender como o Hospital Santa Cruz se torna referência para procedimentos e atendimentos específicos. No SUS, tornar-se referência não significa que aquele estabelecimento é um centro de excelência em qualidade de atendimento, significa que foi realizado um acordo entre o hospital e o Governo com o intuito de definir qual instituição será responsável por atender à população de uma determinada região de saúde. Quando um usuário de uma região específica precisa de atendimento existe um fluxo que determina para qual hospital ele deve se dirigir.

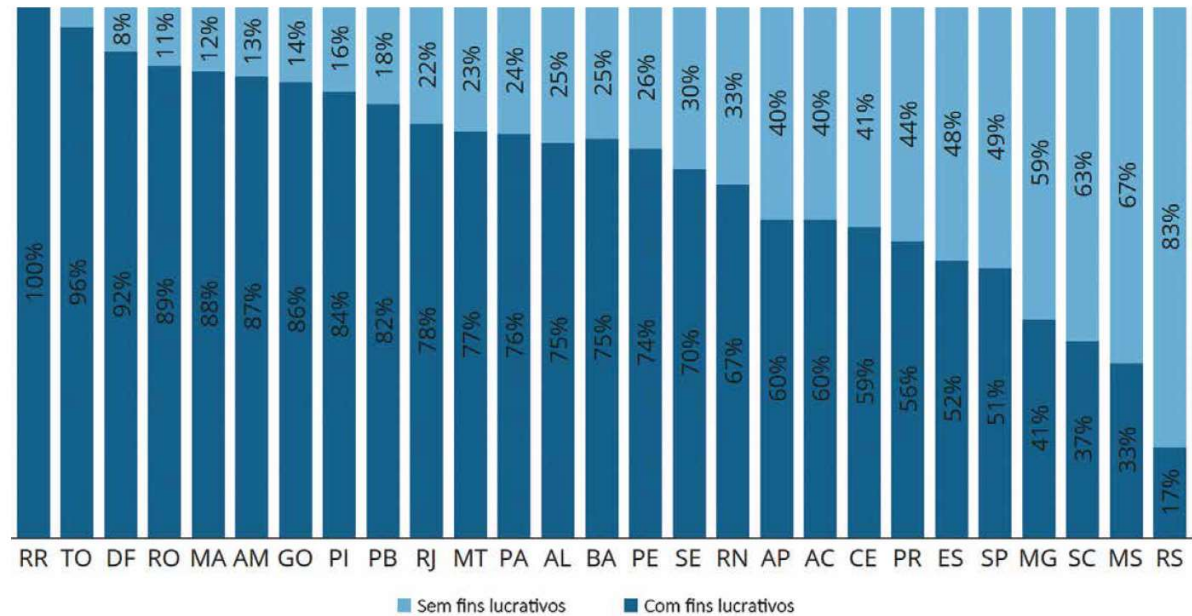
O Hospital Santa Cruz é um estabelecimento privado sem fins lucrativos, isto é, realiza suas atividades sem visar lucro ou acumulação de capital. Suas arrecadações e receitas são destinadas única e exclusivamente ao patrimônio da própria instituição. Desta forma, realiza atendimentos particulares – em que o usuário paga diretamente ao hospital pela prestação dos serviços ou tem acesso aos atendimentos através de Planos de Saúde, os chamados Convênios - e atendimentos pelo SUS, em que o Ministério da Saúde contrata e paga ao estabelecimento para prestar o atendimento aos usuários sem ônus para estes. (Disponível em: <https://saude.zelas.com.br/artigos/hospitais-no-brasil>. Acesso em: 04 nov 2023).

Para possibilitar o atendimento em saúde gratuito à população brasileira, o Ministério da Saúde faz contratualizações com os hospitais privados existentes no Brasil que tenham interesse em fornecer serviços de saúde que os hospitais públicos não têm capacidade de oferecer.

No Brasil, em janeiro de 2022, havia 4.466 hospitais privados (com e sem fins lucrativos). Conforme se pode ver no gráfico abaixo, retirado do documento “Cenário

dos Hospitais no Brasil 2021-2022”, o Rio Grande do Sul é o Estado com a maior porcentagem de hospitais privados sem fins lucrativos: 83%, conforme gráfico 01.

Gráfico 01: Hospitais privados com e sem fins lucrativos nos Estados do Brasil.



Fonte: Federação Brasileira de Hospitais, 2022, p. 24.

Considerando todo o país, do total de hospitais privados sem fins lucrativos, 92% realizam atendimento pelo SUS, conforme pode ser visto no Gráfico 02.

Gráfico 02: Hospitais privados sem fins lucrativos no Brasil que atendem pelo SUS.



Fonte: Federação Brasileira de Hospitais, 2022, p. 26.

Para organizar a gestão dos procedimentos de saúde que cada hospital irá realizar através do SUS existe a Comissão Intergestores Bipartite - CIB. Esta comissão é formada paritariamente por dirigentes da Secretaria Estadual da Saúde

e por representantes dos Secretários Municipais de Saúde e se configura como uma instância de negociação e decisão.

Praticamente todos os processos que dizem respeito ao **financiamento**, [...] e à **estruturação e funcionamento da rede de serviços** propagados pelo nível federal e estadual necessitam da apreciação e aprovação na CIB para serem implementadas como, por exemplo, [...] critérios para as transferências de recursos financeiros federais (definição dos tetos financeiros municipais e acompanhamento do gerenciamento local dos recursos transferidos) e credenciamento de novos serviços de saúde. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/saiba-mais-sobre-a-cib> Acesso em: 01 set 2024

Em relação ao financiamento, é importante destacar que as verbas federais chegam ao Hospital Santa Cruz através do Fundo Municipal de Saúde. O Ministério da Saúde envia o recurso de seu Fundo Nacional de Saúde – FNS para o Fundo Municipal de Saúde – FMS e este envia para o Hospital Santa Cruz. Já na esfera Estadual há duas formas de o recurso chegar ao prestador. O valor é repassado do FES ao FMS e na sequência, ao hospital ou então diretamente do FES para o hospital, os chamados Convênios.

Em relação à estruturação e funcionamento da rede de serviços, existem as referências na saúde. Conforme a CIB 50/2022, “Entende-se por referência o mecanismo que estabelece os pontos de atenção especializada, dentro de condições técnicas, o mais próximo do usuário”. Em seu artigo 1º, esta define, através de pactuação, “as referências da atenção especializada no Estado do Rio Grande do Sul conforme Anexos I e II”. A CIB 50/2022 consolidou as referências, utilizando vários critérios (que não serão objeto de discussão, pois não é o foco da dissertação). Ainda neste mesmo documento, em seu artigo 3º fica explicitado que

as atualizações na grade de referências serão discriminadas na forma de Anexos à presente Resolução CIB/RS, [...] O estabelecimento das referências é um processo contínuo e dinâmico, a partir das Regiões de Saúde, podendo os gestores estadual e ou municipais, a qualquer tempo, deliberar adequações (CIB 50, 2022).

O documento atualizado sobre as referências para atendimentos SUS no Estado do Rio Grande do Sul é a CIB 526/2024.

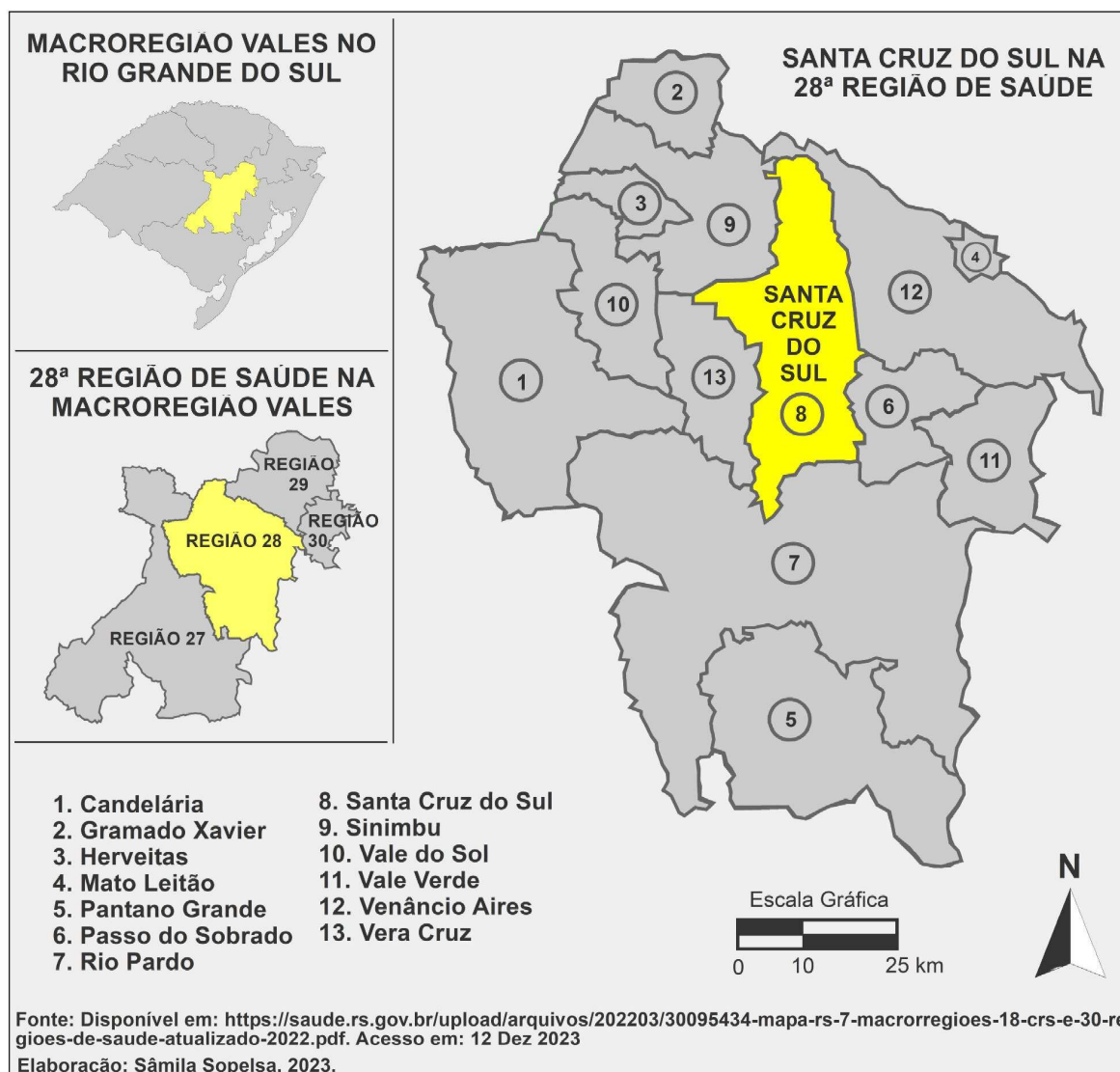
Para entender as referências é necessário também entender a regionalização do SUS, pois é considerando as regiões de saúde que é organizada a distribuição dos serviços. Em 2011, foi publicado o decreto federal 7.508, regulamentando a Lei

8.080, determinando que os Estados, em articulação com os municípios, deveriam instituir as regiões de saúde. Este documento define como região o

[...] espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (Brasil, 2011, art. 2º).

Cada Estado então definiu suas regiões de saúde e no Rio Grande do Sul foram estabelecidas 30 (trinta). Estas foram agrupadas em 7 macrorregiões (Centro-Oeste, Metropolitana, Missioneira, Norte, Serra, Sul e Vales) definidas através da similaridade de suas características. O Hospital Santa Cruz localiza-se no município de Santa Cruz do Sul, que faz parte da 28ª Região de Saúde e é integrante da Macrorregião Vales, conforme pode ser visto na Figura 03.

Figura 03: Macrorregião Vales, 28ª Região de Saúde e Santa Cruz do Sul.



Retomando a estruturação e funcionamento da rede de serviços em saúde, na Tabela 01, apresentam-se os tipos de serviço em que o Hospital Santa Cruz é referência para o SUS, de acordo com a CIB 526/2024.

Tabela 01: Hospital Santa Cruz e suas referências conforme CIB 526/2024.

LINHA DE CUIDADO	TIPO DE SERVIÇO E/OU UNIDADE HABILITADA	MUNICÍPIOS REFERENCIADOS
Atenção materno infantil	Ambulatório de egresso de uti neonatal (nos dois primeiros anos de vida)	Municípios da 27ª Região de Saúde
Cardiologia	Cirurgia cardiovascular e procedimentos de cardiologia intervencionista (hemodinâmica) - unidade ou centro de referência, habilitação federal em cirurgia cardiovascular e cardiologia intervencionista, com consultas, exames complementares e procedimentos de média e alta complexidade	Municípios da 27ª Região de Saúde
	Estudo eletrofisiológico para diagnóstico e/ou terapêutico - unidade ou centro de referência, habilitação federal com laboratório de eletrofisiologia, com consultas, exames complementares e procedimentos de alta complexidade	Municípios da 27ª Região de Saúde
	Implante de cardiodesfibrilador e marcapasso multi-sítio- centros de referência em cirurgia cardiovascular, centro de referência, habilitação federal, com consultas, exames complementares e procedimentos de alta complexidade	Municípios da 27ª Região de Saúde
Cirurgia vascular	Cirurgia vascular com serviço de angiorradiologia, unidade ou centro de referência, habilitação federal em cirurgia vascular, com consultas, exames complementares e procedimentos de média e alta complexidade	Municípios da 27ª Região de Saúde
	Cirurgia endovascular extracardíaca - unidade ou centro de referência, habilitação federal em procedimento endovascular extracardíaco, com consultas, exames complementares e procedimentos endovasculares de alta complexidade	Municípios da 27ª Região de Saúde
Traumatologia ortopedia -	Unidade de assistência de média e alta complexidade com serviço de traumatologia ortopedia (STO), cfe. PT MS/SAS 90/2009 com atendimento a crianças, adolescentes e adultos, inclusive nos tumores ósseos benignos.	Municípios da 27ª Região de Saúde
Atenção materno infantil	Ambulatório à gestante de alto risco tipo I	Municípios da 28ª Região de Saúde
	Maternidade de alto risco	Municípios da 28ª Região de Saúde
	Maternidade de risco habitual	Gramado Xavier, Santa Cruz do Sul, Sinimbu e Vera Cruz
	Ambulatório de egresso de uti neonatal (nos dois primeiros anos de vida)	Municípios da 28ª Região de Saúde
Cardiologia	Serviço de cardiologia clínica, média complexidade com consulta especializada, exames compatíveis à especialidade (holter, teste de esforço, mapa, ecocardiograma, eletrocardiograma), acompanhamento e tratamento clínico a crianças, adolescentes e adultos	Municípios da 28ª Região de Saúde
	Cirurgia cardiovascular e procedimentos de cardiologia intervencionista (hemodinâmica) - unidade ou centro de referência, habilitação federal em cirurgia cardiovascular e cardiologia intervencionista, com consultas, exames complementares e procedimentos de média e alta complexidade	Municípios da 28ª Região de Saúde
	Estudo eletrofisiológico para diagnóstico e/ou terapêutico - unidade ou centro de referência, habilitação federal com laboratório de eletrofisiologia, com consultas, exames complementares e procedimentos de alta complexidade	Municípios da 28ª Região de Saúde
	Implante de cardiodesfibrilador e marcapasso multi-sítio- centros de referência em cirurgia cardiovascular, centro de referência, habilitação federal, com consultas, exames complementares e	Municípios da 28ª Região de Saúde

	procedimentos de alta complexidade	
Cirurgia bucomaxilofacial, da face e do sistema estomatognático	Unidade de assistência hospitalar com consulta especializada, exames compatíveis à especialidade e procedimentos cirúrgicos 04.14 (cirurgia bucomaxilofacial) e 04.04.02 (cirurgia da face e do sistema estomatognático) de média complexidade a crianças, adolescentes e adultos	Santa Cruz do Sul
Cirurgia geral	Unidade de assistência com consulta especializada, exames compatíveis à especialidade e respectiva cirurgia	Santa Cruz do Sul
Cirurgia torácica	Unidade de assistência com consulta especializada, exames compatíveis à especialidade e procedimentos cirúrgicos	Municípios da 28ª Região de Saúde
Cirurgia vascular	Serviço para tratamento cirúrgico de varizes, com consulta especializada, exames compatíveis à especialidade e respectiva cirurgia	Municípios da 28ª Região de Saúde
	Cirurgia vascular com serviço de angiorradiologia, unidade ou centro de referência, habilitação federal em cirurgia vascular, com consultas, exames complementares e procedimentos de média e alta complexidade	Municípios da 28ª Região de Saúde
	Cirurgia endovascular extracardíaca - unidade ou centro de referência, habilitação federal em procedimento endovascular extracardíaco, com consultas, exames complementares e procedimentos endovasculares de alta complexidade	Municípios da 28ª Região de Saúde
Dermatologia	Unidade de assistência com consulta especializada, exames compatíveis à especialidade, tratamento clínico e cirúrgico a crianças, adolescentes e adultos	Santa Cruz do Sul
Gastroenterologia	Unidade de assistência com consulta especializada, exames compatíveis à especialidade como esofagogastroduodenoscopia, colonoscopia (inclusive ressecção de lesões superficiais e pólipos), acompanhamento e tratamento clínico a crianças, adolescentes e adultos	Santa Cruz do Sul
Infectologia	Unidade de assistência com consulta especializada, exames compatíveis à especialidade, acompanhamento e tratamento clínico a crianças, adolescentes e adultos	Santa Cruz do Sul
Neurologia e neurocirurgia	Serviço de média complexidade para tratamento cirúrgico de síndrome compressiva em túnel do carpo 04.03.02.012-3, com consulta especializada, exames e tratamento cirúrgico à síndrome compressiva em túnel do carpo	Municípios da 28ª Região de Saúde
Oftalmologia	Unidade de assistência de média complexidade com consulta especializada, exames oftalmológicos, tratamento e acompanhamento clínico a todas as enfermidades do aparelho da visão, inclusive o glaucoma, e suas cirurgias de MC da forma organizacional 04.05.01, 04.05.03, 04.05.04 e 04.05.05, e tratamento da catarata (inclusive a facoemulsificação c/ implante de lente dobrável, 04.05.05.037-2) a crianças, adolescentes e adultos	Passo do Sobrado, Santa Cruz do Sul, Sinimbu, Vale Verde e Vera Cruz
Pediatria	Unidade de assistência com consulta especializada, exames, tratamento clínico e cirúrgico em pacientes até 15 anos, 11 meses e 29 dias	Santa Cruz do Sul
Porta de entrada	Unidade de assistência hospitalar às urgências/emergências clínicas e/ou cirúrgicas e/ou psiquiátricas e/ou trauma a crianças, adolescentes e adultos	Municípios da 28ª Região de Saúde
Traumato ortopedia -	Unidade de assistência de média complexidade com consulta especializada, exames, tratamento clínico e cirúrgico, inclusive "2º tempo" a crianças, adolescentes e adultos. - As transferências interhospitalares são reguladas pelo respectivo gestor. - Para o 2º tempo de fraturas cirúrgicas oriundos das portas de entrada, plantões presenciais e stou, a unidade deve reservar, no mínimo, um dia/ semana a este atendimento, por demanda espontânea	Santa Cruz do Sul
	Unidade de assistência de média e alta complexidade com serviço de traumatoortopedia (STO), cfe. PT MS/SAS 90/2009 com atendimento a crianças, adolescentes e adultos, inclusive nos tumores ósseos benignos.	Municípios da 28ª Região de Saúde
Atenção materno infantil	Ambulatório de egresso de uti neonatal (nos dois primeiros anos de vida)	Municípios da 29ª Região de Saúde
	Ambulatório de egresso de uti neonatal (nos dois primeiros anos de vida)	Municípios da 30ª Região de Saúde

Fonte: CIB 526/24 – Comissão Intergestores Bipartite/RS.

O Hospital é o Centro de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular da região. O HSC também é referência em Alta Complexidade em Traumatologia/Ortopedia – cirurgias eletivas e de urgência para os municípios que compõem a 8ª Coordenadoria Regional de Saúde (sede Cachoeira do Sul) e a 13ª Coordenadoria Regional de Saúde (sede Santa Cruz do Sul) – e em gestantes de alto risco para a 13ª Coordenadoria Regional de Saúde. Também é habilitado como Unidade de Alta Complexidade em Terapia Nutricional Enteral e Parenteral e como Unidade de Referência em Oftalmologia. Além disso, é nível 3 de excelência para a UTI Adulto, que é o nível máximo que pode ser alcançado por uma UTI (Hospital Santa Cruz. Sobre. Disponível em: <https://www.hospitalstacruz.com.br/sobre/>. Acesso em: 18 set. 2023).

Nesse contexto, os hospitais privados sem fins lucrativos são representativos nos atendimentos SUS e consequentemente, na implementação da PNH, sendo espaços onde a política pública pode se materializar e enfrentar desafios singulares.

3.4 A implementação da PNH em estabelecimentos de saúde

No artigo de Silva; Cherchinaro; Silva; Ferreira (2012), “Discursos de enfermeiros sobre humanização na unidade de terapia intensiva” é possível verificar a discricionariedade ligada à profissão do burocrata e a interação com o público da política. No caso analisado um enfermeiro de UTI descreve que tem sua formação com foco no aparato tecnológico e não nas interações com o paciente. Desta forma o atendimento humanizado acaba ficando em segundo plano. O objetivo do artigo era identificar elementos da prática dos profissionais que dificultam a implementação da PNH em uma UTI – Unidade de Terapia Intensiva em uma instituição pública do Rio de Janeiro. Foram feitas entrevistas semiestruturadas com 22 enfermeiros da unidade. Os autores apontam, como principal problema, a dificuldade de interação dos profissionais de saúde com o usuário. A justificativa é de que o trabalho na unidade é voltado para pacientes em estado crítico, com condições complexas, e exige atenção total aos parâmetros apontados pelo alto arsenal tecnológico presente em uma UTI. São analisados os dados fornecidos pelas máquinas e tomadas decisões baseadas nesses dados, enaltecendo a tecnologia. Em consequência

disso, as interações com os pacientes que estão conscientes não são consideradas importantes e acabam sendo praticamente inexistentes. Além disso, o contato com familiares não ocorre, pois nesses momentos os enfermeiros preferem realizar as atividades administrativas da unidade. Uma entrevistada relatou que a formação em terapia intensiva é direcionada para evidências claras e concretas, onde o elemento principal é o cuidado tecnológico, deixando as interações sociais para segundo plano. Ela acredita que este seja um dos motivos da dificuldade de criação de vínculos entre o profissional e o paciente.

O constante estado de alerta ao que o funcionário é submetido em sua jornada de trabalho e o excesso de burocracia também são fatores desgastantes. Outro apontamento foi a falta de integração entre a equipe, não gerando um grupo multidisciplinar, mas cada profissional trabalhando sem interagir com os colegas (médicos, fisioterapeutas, etc).

Outra questão destacada é que os enfermeiros têm uma sobrecarga de trabalho, tanto dentro da unidade, quanto em mais de um emprego fora dali. Isso faz com que haja uma sobrecarga física e psíquica do trabalhador e, desta forma, ele não consegue prestar um serviço de qualidade.

Em relação ao usuário há um desgaste emocional por estarem em situações críticas, gerando sentimentos como medo e insegurança. Além disso, há o estigma da UTI, que no senso comum é um lugar sinônimo de morte. Os pacientes se sentem solitários e isolados e a equipe de saúde representa o elo com a vida fora da unidade. Outros fatores estressores são a falta de privacidade e individualidade, a exposição dos corpos, o barulho constante do aparato tecnológico e a conversa entre os profissionais.

A PNH possui como um de seus dispositivos a ambiência (características do espaço físico, compreendido como ambiente de relações entre pessoas, profissionais e usuários, com a finalidade de proporcionar atenção acolhedora, humana e resolutiva). Para Silva; Cherchinaro; Silva; Ferreira (2012, p. 723), “é um espaço que visa à privacidade e conforto tanto dos usuários como dos profissionais de saúde. Essa dimensão pode ser utilizada nas UTI, favorecendo assim um atendimento de qualidade e humanizado aos usuários internados.” Uma profissional entrevistada relatou que em outra UTI que trabalhava havia uma sala para conversas com familiares, mas que nesta unidade não existia este ambiente.

Os autores concluem que os dispositivos da PNH (visita aberta, ambiência, acolhimento, integração da equipe multiprofissional, oficinas, grupos de trabalho de humanização, etc) não são implementados nesta UTI. Os cuidados em enfermagem

[...] priorizam as atividades fragmentadas, pautadas na doença e na cura, terminam por influenciar nas elaborações feitas pelos profissionais sobre sua prática, impactando nos seus modos de agir, caracterizados pela valorização de atividades burocráticas e dos dados estritamente clínicos do usuário adoecido (Silva; Cherchinaro; Silva; Ferreira, 2012, p. 726).

Desta forma, é necessário investir em educação permanente para os profissionais de Unidades de Terapia Intensiva, pois os autores acreditam que esta deve ser a realidade de muitas outras UTI's existentes no Brasil.

No artigo “Processo de Implantação da Política Nacional de Humanização em Hospital Geral Público”, de Pereira; Neto (2015), é analisada a execução da Política Nacional de Humanização em um hospital de Belo Horizonte, estando em fase avançada de implementação e considerado referência Nacional pelo Ministério da Saúde na implantação do Humaniza SUS.

No ano de 2003 uma nova gestão assumiu a direção do estabelecimento e “viu nos pressupostos da PNH a possibilidade de acelerar a concretização do projeto de gestão, tomando essa política como instrumento de intervenção” (Pereira; Neto, 2015, p. 74).

Além disso, houve o apoio do Ministério da Saúde, inclusive com visitas técnicas com a intenção de tornar este estabelecimento referência e, desta forma, impulsionar a aplicação da PNH em outras instituições de saúde.

Inicialmente houve resistência por parte dos funcionários tendo em vista que

[...] o modelo de gestão proposto é efeito tanto do desconhecido, da novidade que o processo de mudança pressupõe, quanto do fato de a proposta ter sido trazida pelo grupo diretivo e não ser resultado do anseio dos trabalhadores em promover a mudança, ocasionando, com isso, uma ausência de sentido compartilhado para o projeto e a consequente oposição em instituir um novo modelo gerencial (Pereira; Neto, 2015, p. 74).

Contornada esta situação inicial “ocorreu um processo intenso de participação dos servidores nas rodas, oficinas e colegiados, bastante potente para introduzir as alterações que ocorreram” (Pereira; Neto, 2015, p. 83).

Ao longo do artigo, todavia, o autor descreve que o esforço acabou enfraquecendo a longo prazo. Isso se deveu à contratação de novos funcionários através de concurso público com a substituição dos que participaram da fase inicial de implementação da PNH na instituição. Também ao fato de que alguns processos não foram retomados pelo hospital, ocasionando a descrença, por parte dos servidores, na eficiência destes processos. E devido às instabilidades e imprevisibilidade do trabalho diário próprio do estabelecimento hospitalar.

Além disso, com a diminuição da interferência do Ministério da Saúde junto à instituição hospitalar a autossustentabilidade dos preceitos aplicados da Política Nacional de Humanização no dia a dia de estabelecimento não se manteve.

O artigo conclui que

[...] a PNH é de fato uma utopia com possibilidades de concretização, dependendo de como for implantada. Apresenta inovação em relação às práticas do setor privado ao visar superar um modelo de humanização centrado na 'satisfação do cliente', associando as práticas de cuidado às de gestão. [...] o maior desafio é transpor essa lógica e instaurar uma nova forma de se relacionar e atuar na saúde. Para que isso ocorra, é necessário intervir sobre a totalidade da conjuntura institucional onde a política está sendo implantada, o que não é uma tarefa qualquer (Pereira; Neto, 2015, p. 83).

No artigo “Complexidades na implementação da política nacional de humanização sob a ótica de profissionais de saúde”, Tracera; Silva Jr; Mourão (2017) analisam as facilidades e dificuldades na implementação da PNH sob a ótica dos profissionais de saúde do setor de internação (unidade especializada em ortopedia e referência nacional pelo ministério da Saúde) de um hospital da rede SUS, na região sudeste do Brasil. Participaram profissionais de saúde de diferentes categorias e que são responsáveis pela admissão do paciente. Os autores escolheram este hospital, pois foi uma unidade que participou como colaboradora na implantação da PNH desde seu projeto piloto e é um hospital-escola. Foram entrevistadas 4 pessoas. Em relação ao conhecimento da política os autores informam que os profissionais não conheciam a mesma. Em relação à visão destes profissionais

[...] perguntados sobre o que é humanização, no ponto de vista de cada um deles, a resposta é unânime: 'Humanização é tratar bem o outro'. [...] Não conseguimos fazer com que eles falassem sobre a Política, mas quando perguntados de uma forma geral sobre humanização, eles falavam sobre suas facilidades e dificuldades na relação com o outro (profissional, gestor

ou usuário) sempre com uma angústia por não conseguirem fazer com que as coisas fossem diferentes (Tracera; Silva Jr; Mourão, 2017, p. 86).

Alguns profissionais afirmaram que, mesmo enfrentando diversas dificuldades, conseguiam criar formas alternativas para diminuir o sofrimento dos pacientes. Observaram também que quando os familiares estavam envolvidos no processo, tudo era mais fácil.

Em relação a situações que dificultam a prática da humanização, os autores destacam, na fala dos entrevistados, a

[...] demora no processo de internação e o excesso de burocracia. Os fatores estressantes, como estruturas que dificultam o atendimento, o acolhimento, o vínculo que deve se desenvolver entre o profissional de saúde e o paciente – além da sobrecarga, proporciona ao profissional o sentimento de culpa por não atender as necessidades do paciente [...] Aspectos que se traduziram também no propósito de promover um cuidado centrado na doença e não no sujeito, desrespeitando o princípio de que o usuário dos serviços de saúde deve ser visto como um todo (Tracera; Silva Jr; Mourão, 2017, p. 87-88).

O artigo menciona mecanismos sugeridos pelos profissionais para a prática da humanização:

[...] discussão e apresentação de conjecturas por todos os atores envolvidos nas ações, podendo incluir os usuários dos serviços de saúde, que efetivamente se considere para a tomada de decisão, gestão e implementação de ações nos serviços de saúde as demandas, anseios e percepções de todos os envolvidos nas rotinas destes. [...] interação entre as várias disciplinas ou setores heterogêneos conduziu a um enriquecimento mútuo e a uma convergência de esforços na abordagem de problemas dos setores da saúde [...] desenvolver estratégias periodicamente voltadas à humanização para os profissionais com foco neles mesmos, nos usuários e/ou familiares, mediante palestras e encontros grupais [...] As equipes de saúde exploram pouco os espaços relacionais com os usuários como espaço terapêutico e pouco conhecem sobre outras tecnologias que ofereçam apoio psicológico, vivências alternativas e ações que desloquem o eixo terapêutico da correção de disfuncionalidades biomecânicas para o fortalecimento da autoestima, dos espaços afetivos, da autonomia e da vida saudável (Tracera; Silva Jr; Mourão, 2017, p. 88).

Para Tracera; Silva Jr; Mourão (2017, p. 89), “problemas relacionados a ambiência, tempo de espera e espaço físico, assim como àqueles relacionados ao trabalhador, como quantidade excessiva de atribuições, cansaço e mecanização do trabalho” dificultam a implementação da PNH. Como consequência, o trabalhador sente-se desmotivado, pois não possui condições de trabalho satisfatórias. Como conclusão, os autores destacam que

[...] reuniões recorrentes entre os profissionais que trabalham na unidade e gestores oportuniza aos mesmos identificar as fragilidades que implicam o início de um processo de mudança, visto que a ciência de situações incompatíveis com a promoção da saúde, promove a contemplação e busca de melhorias e, por consequência, atitudes transformadoras (Tracera; Silva Jr; Mourão, 2017, p. 89).

O artigo “Humanização no cuidado de enfermagem: contribuição ao debate sobre a Política Nacional de Humanização”, de Chernicharo; Freitas; Ferreira (2013), apresenta uma pesquisa que pretende identificar e analisar os elementos que conformam as representações de profissionais de enfermagem e usuários sobre a humanização no cuidado e discutir estratégias que contribuam para implementação da PNH. A pesquisa contou com a participação de doze profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) da clínica médica (internação) de um hospital universitário público federal e quinze usuários adultos hospitalizados. Escolheram esta unidade porque possui um número significativo de usuários em tratamento prolongado.

Para a análise dos resultados foram criadas três categorias: relação profissional/usuário como elemento para humanização da assistência; qualidade no atendimento e expressões humanizantes: recursos humanos/materiais e a instituição; o cuidado como elemento inerente à humanização da assistência de enfermagem.

Na categoria “relação profissional/usuário como elemento para humanização da assistência”, o artigo cita o relato de um paciente

A senhora em frente ficou na quarentena (referindo-se ao isolamento de contato) [...] então passaram uma coisa muito ruim dela. As meninas não podiam nem chegar perto dela. Até que eu cheguei no médico, o médico me explicou, nós entendemos e parou aquele pavor que estava tendo (Chernicharo; Freitas; Ferreira, 2013, p. 567).

Os resultados indicam que é muito importante, para os usuários a comunicação clara e efetiva. Conforme citado no artigo

[...] o distanciamento entre o senso comum e o conhecimento científico, principalmente quando o indivíduo está inserido em um contexto assistencial, hospitalar, desencadeia sentimentos como o desamparo, ansiedade, estresse e medo com o que poderá lhe acontecer, acarretando diversas preocupações tanto para o próprio sujeito como para seus familiares, mantendo assim, uma posição submissa do cuidado por se sentirem em condições desiguais frente aos profissionais (tidos como os

detentores do conhecimento científico) (Chernicharo; Freitas; Ferreira, 2013, p. 567).

Da mesma forma que os usuários, os funcionários também valorizam essa comunicação. Isso é evidenciado através da escuta atenta, percebendo os anseios e desejos da outra pessoa e criando vínculos solidários. Além disso, a empatia qualifica o cuidado prestado. Todavia, para os sujeitos pesquisados no artigo “a humanização no cuidado de enfermagem não se limita a tais questões, abrangendo também outras de cunho gerenciais que se configuram em obstáculos à aplicação dos preceitos da PNH” (Chernicharo; Freitas; Ferreira, 2013, p. 568).

Quanto à categoria “qualidade no atendimento e expressões humanizantes: recursos humanos/materiais e a instituição”, o artigo descreve que o contexto de trabalho, muitas vezes, é adverso, com condições de trabalho precárias. Há situações que desgastam o trabalhador como: falta de materiais para atendimento, mobiliário inadequado, ritmo de trabalho intenso, ritmo mecanizado de trabalho com repousos insuficientes, falta de profissionais, falta de manutenção predial, entre outras. Esse desgaste afeta a saúde do trabalhador e, como consequência, compromete a qualidade na assistência prestada. Desta forma,

[...] se o contexto de trabalho é hostil, os pressupostos e dispositivos da PNH serão desacreditados, as conversações sobre sua inoperância estarão cada vez mais presentes no cotidiano e será mais difícil implementá-la, pois o senso comum sobre sua falência será formado entre os profissionais e os usuários, levando-os a uma naturalização sobre o caos (Chernicharo; Freitas; Ferreira, 2013, p. 568).

As autoras observam, portanto, que as questões relacionadas à gestão financeira, de infraestrutura, disponibilidade de maior número de profissionais, isto é, a qualidade dos recursos humanos e materiais são uma barreira para a implementação do cuidado humanizado.

Na categoria “o cuidado como elemento inerente à humanização da assistência de enfermagem”, o artigo explica que o ato de cuidar é inerente ao trabalho de enfermagem e, tendo em vista que o conceito de humanização se integra com o conceito de cuidar, a enfermagem está diretamente ligada à humanização. As autoras destacam que “o esmero dos profissionais na assistência desvinculado das condições estruturais para a oferta dos serviços não se configura em uma assistência humanizada” (Chernicharo; Freitas; Ferreira, 2013, p. 569).

A conclusão é de que para avançar na implementação da PNH é necessário um processo constante de avaliação institucional, levando em consideração a comunicação, questões éticas dos direitos dos pacientes, condições de oferta de serviços, dimensionamento e qualificação dos trabalhadores. Destacam que esses apontamentos não podem ser generalizados para todo o hospital, tendo em vista terem sido levantados em uma unidade de internação. Cada ala hospitalar possui suas particularidades e devem ser feitos estudos individualizados.

Na tese de doutorado de Gabriela Lotta, intitulada “O impacto dos fatores relacionais e organizacionais sobre a atuação dos burocratas de nível de rua no Programa Saúde da Família”. A autora afirma que

[...] busca compreender a implementação de políticas públicas como um processo complexo que envolve interação entre diversos atores. Partimos do princípio de que, para compreender as políticas públicas, devemos observar o processo de implementação enquanto uma dinâmica de interações entre os usuários e os burocratas implementadores que, por meio de valores, crenças e ideias, transformam o modo como as políticas foram concebidas. [...] buscamos observar os detalhes do processo de implementação, especialmente operados pelos burocratas de nível de rua, para compreender como opera e quais os resultados das decisões organizacionais e individuais para a efetivação da política pública. (Lotta, 2010, p. 8)

Lotta dedica-se à pesquisa e a análise das interações profissionais e sociais dos agentes comunitários de saúde. Ela salienta que as ações desses profissionais são impactadas tanto por instituições quanto por suas redes, o que, por conseguinte, influencia a implementação das políticas. Ela segue afirmando que “as redes sociais são definidas a partir de dois elementos: os atores, que podem ser indivíduos, grupos ou entidades, e suas conexões. São, portanto, o conjunto de contatos entre diversos atores, que podem ser compostos por distintos tipos de vínculos, ...” (Lotta, 2010, p. 142).

As ações dos atores estão conectadas entre si, o que significa que entender suas ações requer uma análise não individual, mas sim considerar as interconexões existentes. Estas funcionam como meio de disseminação de recurso materiais e imateriais, como informação ou influência (Lotta, 2010).

Outro autor que estuda os mecanismos relacionais é Eduardo Marques. Ele destaca que a

[...] análise de redes sociais parte do pressuposto de que as relações sociais constituem a unidade básica da sociedade, ao invés dos atributos dos indivíduos. Nesse sentido, o mundo social seria formado ontologicamente por padrões de relação de vários tipos e intensidades em constante transformação (Marques, 2007, p. 158).

Os atores não possuem controle individual sobre a configuração das redes e as posições ocupadas pelos demais participantes, mesmo que ajam de maneira racional na construção e desconstrução de vínculos. Sua capacidade de influenciar limita-se a uma parcela ínfima do intrincado tecido relacional no qual estão imersos (Marques, 2007).

Em relação aos fatores organizacionais, Lotta (2010) explica que são aspectos do funcionamento cotidiano do estabelecimento, a forma como os atores organizam seus processos de trabalho para atender às normas e regulamentos. Em sua tese, ela coloca cinco tópicos centrais dos agentes comunitários de saúde, citados aqui somente a título de exemplo: organização e rotina das equipes; organização de grupos e atividades coletivas; relação entre os profissionais da equipe; processo educativo, formação e seleção; coleta e gerenciamento de informações. A autora justifica as escolhas colocando que “embora diversos outros aspectos pudessem ter sido levantados, acreditamos que estes já dão um panorama suficiente para compreender as diferenças de contextos” (Lotta, 2010, p. 113).

4. IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: CAMINHOS, DESAFIOS E PRÁTICAS

O presente capítulo tem como objetivo discutir os dados empíricos coletados durante a pesquisa sobre a implementação da Política Nacional de Humanização (PNH) no Hospital Santa Cruz.

Buscou-se articular os dados empíricos com a literatura sobre Implementação de Políticas Públicas de modo a proporcionar uma análise crítica dos desafios enfrentados e das soluções adotadas em âmbito local.

4.1 Histórico e organização do Hospital Santa Cruz

O Hospital Santa Cruz localiza-se no Município de Santa Cruz do Sul, no Estado do Rio Grande do Sul. Foi inaugurado em 22 de maio de 1908 e é o principal centro de saúde do Vale do Rio Pardo. Em 2003 foi adquirido pela Associação Pró-ensino de Santa Cruz do Sul (APESC), mantenedora da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, e em 2012 passou a ter certificação como Hospital de Ensino, estágio mais elevado que uma casa de saúde deste gênero pode atingir (Hospital Santa Cruz. Histórico. Disponível em: <https://www.hospitalstacruz.com.br/sobre/historico/>. Acesso em: 26 jun. 2024).

O hospital conta com 249 leitos, sendo 152 com atendimento pelo SUS. A instituição realiza atendimentos a pacientes internados e ambulatoriais e oferece serviços de diagnóstico e tratamento. (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/hospitalar/4316802254964>. Acesso em: 24 Nov. 2024). Possui o Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social – CEBAS, certificado este emitido para instituições que atendem, no mínimo, 60% de pacientes pelo SUS. Segundo o diretor da instituição, atualmente, a porcentagem de atendimentos SUS gira em torno de 85%.

O nosocômio possui cinco programas de residência médica (especialidades de Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia e Medicina de Família e Comunidade) e um programa de residência multiprofissional que contempla oito áreas (Nutrição, Fisioterapia, Enfermagem, Farmácia, Psicologia, Odontologia, Educação Física e Serviço Social). Recebe uma média de 800

estudantes de diferentes áreas de graduação e pós-graduação por semestre. (Hospital Santa Cruz. Histórico. Disponível em: <https://www.hospitalstacruz.com.br/sobre/historico/>. Acesso em: 26 jun. 2024).

Segundo informações da direção do Hospital, o estabelecimento conta com, aproximadamente, 1000 funcionários, mais o corpo clínico, que possui entre 200 e 250 médicos.

Em 2006, o processo de implementação da PNH no Hospital Santa Cruz foi reforçado com a formação de uma funcionária do hospital com apoiadora da Política. Ela participou do Curso de Formação de Apoiadores da Política do Ministério da Saúde, primeira capacitação ocorrida no país. Como atualmente ela não faz mais parte da instituição realizou-se uma conversa on-line para se obter mais informações desse histórico.

Segundo a ex-funcionária, uma das primeiras ações de implementação da PNH no Hospital foi a ampliação do horário de visita aos pacientes do SUS, que até então, era mais restrito do que o oferecido aos pacientes de Planos de Saúde (Convênios) e particulares. Na época, a administração do hospital reconheceu a necessidade de proporcionar um ambiente de maior acolhimento. Como resposta, o horário de visitas foi expandido, estabelecendo um sistema de rodízio de visitantes, além de um horário mais flexível para garantir que todos os pacientes tivessem a oportunidade de contar com o apoio familiar e social.

Outro dispositivo implementado, no ano de 2003, foi a Ouvidoria, enquanto sistema de escuta qualificada para os usuários. Antes disso, havia somente pesquisas de satisfação como forma de perceber as necessidades dos usuários.

O hospital avançou também com a implementação do direito ao acompanhante para os pacientes do SUS, especialmente no setor de maternidade, em conformidade com a lei número 11.108/2005, que assegura o direito a presença de um acompanhante de livre escolha da paciente durante o trabalho de pré-parto, parto e pós-parto imediato. Esse direito, embora já respeitado para pacientes de planos de saúde e particulares, exigiu um esforço conjunto entre diferentes setores do hospital para que fosse ampliado a todos os atendimentos do SUS. A nova política implicou uma reestruturação dos recursos internos, ajuste nos fluxos de trabalho e intenso trabalho de sensibilização das equipes para garantir que todos estivessem cientes das mudanças e alinhados ao novo modelo.

Nos anos seguintes, a implementação do direito ao acompanhante se estendeu a outras unidades hospitalares, como as internações, promovendo o ambiente de maior apoio emocional para os pacientes. Para tornar essa prática viável, o hospital precisou estabelecer regras de horário e rotatividade de acompanhantes, bem como protocolos para orientar os familiares sobre normas e procedimentos. Dessa forma, foi possível assegurar o direito dos pacientes sem sobrecarregar as áreas hospitalares e mantendo a organização necessária ao funcionamento.

Em meados de 2009, houve uma pactuação entre a Prefeitura Municipal e o Hospital Santa Cruz para que o Pronto Atendimento Municipal passasse a funcionar junto à instituição. Até então, o hospital se dedicava apenas a urgências e emergências para pacientes de Planos de Saúde e particulares. Com essa ampliação de atendimentos, foi implementado o acolhimento com classificação de risco, uma prática inovadora tanto no hospital quanto no município. Esse sistema consistia em avaliar os pacientes com base na gravidade clínica e não na ordem de chegada, melhorando significativamente o tempo da resposta para casos graves e otimizando o uso dos recursos hospitalares.

A implementação do sistema de classificação de risco envolveu uma série de desafios, especialmente do que se referia ao treinamento da equipe para adotar a nova metodologia. As capacitações foram realizadas com técnicos de enfermagem, enfermeiros, auxiliares, e incluíram familiarização com os critérios de classificação por cores (vermelho para casos críticos, amarelo para casos intermediários, verde para atendimentos menos urgentes e azul para situações que poderiam aguardar mais tempo). O novo modelo exigiu mudanças nos fluxos de atendimento priorizando os pacientes conforme a gravidade, assegurando a segurança e qualidade do serviço.

Para que a comunidade compreendesse e aceitasse essas mudanças, o hospital promoveu uma ampla campanha de comunicação. Utilizando rádios locais, escolas e centros comunitários, a instituição esclareceu a população sobre o sistema de classificação de risco e os benefícios do novo processo de triagem. Também realizou treinamentos e capacitações com os Agentes Comunitários de Saúde para que estes orientassem a população, explicando que o atendimento não seria mais por ordem de chegada e sim conforme os critérios de avaliação de risco. A comunicação envolveu a distribuição de materiais informativos em locais estratégicos e a fixação de cartazes nas áreas de espera do hospital. Como o tempo, diversos hospitais co-

meçaram a visitar a instituição para observar e aprender sobre o funcionamento do sistema de acolhimento com classificação de risco e aplicar em seus estabelecimentos.

Essa colaboração de uma apoiadora da PNH foi importante para a consolidação de vários dispositivos da Política, como a visita aberta, o direito à acompanhante, o acolhimento com classificação de risco e o sistema de escuta qualificada para usuários (Ouvidoria) no hospital. A implementação continuou a ser aprimorada e mantida mesmo após a descontinuação formal da PNH pelo Governo Federal em 2017. Apesar dessa mudança na Política Nacional, os valores e as práticas humanizadas continuavam fazendo parte do cotidiano do hospital, tendo em vista a criação do Grupo de Trabalho de Humanização, no ano de 2017 e em funcionamento até o momento atual.

4.2 O Grupo de Trabalho de Humanização (GTH)

De acordo com Brasil (2010), o Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), um dos dispositivos da PNH, é definido como um

espaço coletivo organizado, participativo e democrático, que funciona à maneira de um órgão colegiado e se destina a empreender uma política institucional de resgate dos valores de universalidade, integralidade e aumento da equidade no cuidado em saúde e democratização na gestão, em benefício dos usuários e dos trabalhadores da saúde (Brasil, 2010a, p. 61).

O objetivo é criar um espaço onde todos os membros da equipe possam participar ativamente, através de momentos de reflexão coletiva, com a intenção de aproximar as pessoas, compartilhar as dificuldades enfrentadas no trabalho, discutir diferentes perspectivas e encontrar as melhores soluções para superar os desafios. É um espaço aberto para críticas, sugestões e compartilhamento de experiências, tanto positivas quanto negativas. “Pretende discutir também as relações estabelecidas entre eles, e de que maneira esse serviço pode funcionar para melhorar o processo de trabalho e a qualidade da produção de saúde para todos” (Brasil, 2008, p.14). O objetivo é que, através do diálogo e da negociação, se possa encontrar soluções para melhorar o trabalho e o ambiente de trabalho (Brasil, 2008).

Deve fazer parte do grupo uma grande variedade de profissionais. O Ministério da Saúde elenca, entre as atividades a serem desempenhadas pelo

grupo, a pesquisa e levantamento de pontos críticos do funcionamento do serviço e sua rede de referência; a promoção do trabalho em equipes multiprofissionais, estimulando a transversalidade; criação de uma agenda de mudanças que possam beneficiar os usuários e os trabalhadores da saúde; fortalecimento das iniciativas humanizadoras existentes; melhoria na comunicação e integração do hospital com a comunidade (Brasil, 2010a).

Percebe-se que as propostas da PNH são amplas e deixam margem para a realização e proposição de diversas atividades de acordo com as decisões dos atores participantes do grupo e das necessidades percebidas. Não é uma Política com diretrizes engessadas.

O Hospital Santa Cruz possui diversas comissões, comitês e equipes de caráter permanente, compostas por equipes multidisciplinares, com profissionais cujas responsabilidades variam conforme suas especificidades individuais e o Grupo de Trabalho de Humanização é uma destas comissões.

O GTH é uma das principais instâncias responsáveis pela coordenação das ações de humanização dentro da instituição. A Direção da Enfermagem é responsável pela coordenação do Grupo. O tempo utilizado para participar das reuniões faz parte da carga horária do profissional, ou seja, não é necessário recuperá-las fora do horário normal de trabalho.

O Regimento Interno define as finalidades do grupo: desenvolver a cultura de humanização, melhorar a qualidade e a eficácia da atenção dispensada aos usuários do Hospital, conceber e implantar novas iniciativas de humanização que beneficiem os usuários e os profissionais, fortalecer e articular as iniciativas de humanização já existentes no hospital e estimular a realização de parcerias e intercâmbios de conhecimentos e experiências nessa área.

De acordo com seu Regimento Interno, é constituído por uma equipe multidisciplinar de forma voluntária e com gestão participativa. Os componentes podem variar, conforme a necessidade. Além disso, deve ter, preferencialmente, um representante dos seguintes setores: Ouvidoria, Serviço Social, Psicologia Clínica, Área Assistencial – Enfermagem, Psicologia Organizacional e do Trabalho, Segurança do Trabalho, Diretoria Clínica, Recepção/Internação, Setor de Higienização e Lavanderia, Gerência de Hotelaria e Serviços, Serviço de Nutrição e Dietética, Serviço de Educação Permanente, Direção de Ensino, Pesquisa e Extensão, Áreas Administrativas e Residência Multiprofissional, totalizando 15

membros. O mandato dos membros é válido por um período de dois anos e as reuniões devem ocorrer uma vez por mês.

De acordo com as entrevistas, quanto à definição dos integrantes do grupo, há áreas do hospital em que a participação é imprescindível, pois sem a colaboração desses setores a implementação da política se torna deficitária e as discussões acabam não sendo realizadas em nível institucional. Porém, como a participação é voluntária, não é possível obrigar a pessoa a participar. De acordo com o Regimento Interno, o Grupo de Trabalho de Humanização, no início do ano, deve enviar convites aos gestores/coordenadores de cada área, que são responsáveis por indicar os profissionais que participarão do grupo.

O GTH possui um Plano de Trabalho, que consiste em um planejamento das ações a serem realizadas ao longo de um ano. Além disso, foram estipulados indicadores, que avaliam se as metas foram alcançadas. São três: Indicador de Alcance 01 - percentual de colaboradores alcançados pelas ações propostas pelo e-mail institucional, Indicador de Alcance 02 – número de acessos nas redes sociais e Indicador de Efetividade do Grupo – percentual de ações do Plano de Trabalho realizadas no ano. Além disso, há o documento “Nomeação dos Membros” e o “Cronograma” com as datas das reuniões ao longo do ano preestabelecidas.

Na primeira reunião havia 10 pessoas, sendo: um representante da Ouvidoria, uma residente em psicologia, duas psicólogas (uma do Serviço Integrado de Atendimento Psico social – SIAP e outra da Psicologia Organizacional e do Trabalho), três enfermeiras (Diretora Assistencial, Representante da Área Assistencial – Enfermeira do Pronto Atendimento, representante da Área Assistencial – Enfermeira Coordenadora), um representante da Recepção, uma administradora (representante da Internação/Recepção no cargo de Gerente de Relacionamentos) e uma relações públicas (Assessoria de Comunicação - ASCOM).

O GTH é composto por uma equipe multiprofissional, o que vai ao encontro dos princípios da PNH. Alguns profissionais não tem formação na área da saúde e isso incentiva a transversalidade e o protagonismo dos sujeitos. É justamente esta equipe multiprofissional que, dentro da área de atuação de cada profissional, contribui para o aprimoramento da qualidade no atendimento e, dessa forma, potencializa um atendimento humanizado.

O diretor da instituição não participa das reuniões. Destaca-se, também, o fato de não haver médicos no grupo, tendo em vista que esta categoria profissional é

muito relevante para a prática do cuidado. Esta ausência aponta para uma lacuna na participação de uma das categorias profissionais mais relevantes no cuidado em saúde e possibilita discussões sobre o quão integradas estão as diferentes áreas no processo de implementação da PNH. Segundo dados que foram surgindo ao longo das entrevistas, a ausência de médicos no GTH não é um problema novo e nem exclusivo deste grupo. A adesão voluntária dos médicos nesse tipo de iniciativa tende a ser baixa, e embora a humanização seja vista como uma prioridade para o hospital, há uma dificuldade crônica em engajar os profissionais da medicina nesse tipo de atividade. A ausência de médicos pode, portanto, comprometer a efetividade e limitar o alcance das ações propostas pelo GTH.

Foi observado que os integrantes do grupo têm liberdade para sugerir pautas e assuntos que consideram importantes, sem cerceamento de opiniões. Ocorre uma conversa coletiva e, ao longo da reunião, são decididas as ações seguintes. Muitos assuntos são debatidos e, para ter efetividade nas ações, o grupo define as prioridades. Em relação a forma de contratação, isto é, celetista em vez de estatutário, não se observou nenhum tipo de constrangimento em relação aos momentos de cada um expor suas colocações.

A Tabela 02 apresenta um resumo das reuniões que ocorreram no ano de 2024, com as datas das reuniões, as pautas de cada uma, o número de participantes e as áreas hospitalares que cada integrante representa no grupo.

Tabela 02: Reuniões do Grupo de Trabalho de Humanização durante o ano de 2024.

Reuniões GTH			
Data	Pauta da Reunião	Número de Participantes	Participantes*
Janeiro	Não houve reunião	-	-
Fevereiro	Não houve reunião	-	-
13.03.24	- Apresentar o Plano de Trabalho 2024 para o grupo; - Palestra sobre Autismo que acontecerá em Abril; - Atividades do GT Situações de violência que faz interface com o GTH; - Atividades Experiência do Paciente HSC; - Direitos e Deveres dos Paciente.	13	Representantes: - Área administrativa (assistente de relacionamento); - Internação/Recepção; (administradora - gerente de relacionamento); - Psicologia Organizacional e do Trabalho; - Segurança do Trabalho.

10.04.24	- Apresentação do Projeto Experiência do Paciente HSC.	12	Representantes: - Área Administrativa (Assistente de Relacionamento); - Psicologia Organizacional e do Trabalho; - Segurança do Trabalho; - Ouvidoria; - Área Assistencial/Enfermagem (enfermeira do PA).
15.05.24	- Nova Roda de Conversa sobre Autismo; - Relato Ouvidoria. - Apresentação do Projeto Experiência do Paciente HSC.	13	Representantes: - Área Administrativa (Assistente de Relacionamento); - Internação/Recepção (administradora gerente de relacionamento); - Ouvidoria; - Área Assistencial/Enfermagem (enfermeira do PA); - Recepção; - Serviço Integrado de Atendimento Psicossocial – SIAP (Psicóloga).
12.06.24	- Relato de uma ação no dia "06/06 - O que é importante para você"; - Revisão e inserção de atividades da Política de Diversidade e Inclusão - Identificação do paciente autista. A enfermeira da Nigersp (Núcleo Interno de Gerenciamento de Risco e Segurança do Paciente) estará presente para explicar a demanda - "Experiência do Usuário/Paciente".	11	Representantes: - Psicologia Organizacional e do Trabalho; - Área Administrativa (Assistente de Relacionamento); - Serviço Integrado de Atendimento Psicossocial – SIAP (Psicóloga); - Recepção; - Área Assistencial/Enfermagem (enfermeira do PA); - Internação/Recepção (administradora gerente de relacionamento).
10.07.24	- Apresentação dos Indicadores de 2023 do GTH e do resultado do 1º Ciclo de auditoria das Comissões 2024; - Identificação de pacientes Autistas; - "Experiência do Usuário/Paciente".	12	Representantes: - Serviço Integrado de Atendimento Psicossocial – SIAP (Psicóloga); - Recepção; - Ouvidoria; - representante da Psicologia Organizacional e do Trabalho; - Área Administrativa (Assistente de Relacionamento); - Área Assistencial/Enfermagem (enfermeira do PA).
Agosto	Não houve reunião	-	-
11.09.24	- Apresentação nova coordenação do GTH; - Autismo – Manejo/acolhida pacientes; - Projeto "Experiência do Usuário/Paciente".	11	Representantes: - Ouvidoria; - Psicologia Organizacional e do Trabalho; - Área Assistencial/Enfermagem (enfermeira do PA); - Área Assistencial (Enfermeira Coordenadora); - Recepção; - Serviço Integrado de Atendimento Psicossocial – SIAP (Psicóloga); - Internação/Recepção (administradora gerente de relacionamento);

			- Diretora Assistencial (não é integrante do GTH);
09.10.24	- Apresentação do levantamento de dados sobre a “Experiência do Usuário/Paciente” pelo representante da empresa de publicidade e propaganda; - Criação dos subgrupos para planejar as ações a serem desenvolvidas: Grupo 01: Boas Práticas de Atendimento Grupo 02: Programa de Desenvolvimento de Novos Profissionais Grupo 03: Boletim de Atualização Médica Grupo 04: Classificação Grupo 05: Projeto de Desenvolvimento Médico Grupo 06: Higienização e Manutenção	21	Representantes: - Área Assistencial/Enfermagem (enfermeira Ala Santa Clara); - Área Assistencial/Enfermagem (enfermeira do PA); - Área Administrativa (Assistente de Relacionamento); - Internação/Recepção (administradora gerente de relacionamento); - Recepção; - Área Assistencial/Enfermagem (Enfermeiro do Ambulatório); - Área Assistencial/Enfermagem (Enfermeira do Centro Cirúrgico); - Área Assistencial (Enfermeira Coordenadora); - Área Assistencial/Enfermagem (Enfermeira da Maternidade); - Serviço Integrado de Atendimento Psicossocial – SIAP (2 Psicólogas); - Segurança do Trabalho; - Psicologia Organizacional e do Trabalho; - Diretora Assistencial (não é integrante do GTH).
13.11.24	- Apresentação das atividades realizadas de cada subgrupo do projeto “Experiência do Usuário/Paciente” e deliberações a respeito das constatações observadas;	10	Representantes: - Área Assistencial/Enfermagem (enfermeira do PA); - Recepção; - Área Assistencial/Enfermagem (Enfermeira da Maternidade); - Ouvidoria; - Internação/Recepção (administradora gerente de relacionamento); - Área Assistencial (Enfermeira Coordenadora);

* Não foi possível identificar as profissões e cargos de todos os participantes, pois alguns deles não constam na lista de nomeados do GTH.

Fonte: dados fornecidos pela Instituição.

Os temas abordados nas reuniões do GTH foram inúmeros: o manejo do paciente autista, o não interesse de participação na Comissão de Cuidados Paliativos e Terminalidade pelos médicos (havia um até meados de 2022), a apresentação do Projeto “Experiência do Usuário/Paciente” pela empresa de marketing contratada com o intuito de qualificar o atendimento dos pacientes com Convênios/Particular e aumentar as vendas dos serviços prestados pelo hospital, o ambiente de espera construído junto à calçada do hospital para a permanência dos acompanhantes, a falta de clareza nas placas de identificação do hospital como um

todo, as reclamações junto ao setor de Ouvidoria em relação à LGPD (fotos e filmagens feitas por pacientes/acompanhantes insatisfeitos expondo outros pacientes/acompanhantes e funcionários), entre outros. Entretanto, o grupo define ações prioritárias que serão efetuadas e, em cada reunião, ficam definidas quais serão as ações e quem são os responsáveis por executá-las.

O GTH faz um planejamento anual das atividades do grupo, sempre próximo ao final do ano, com vistas ao ano seguinte. Nesse planejamento o propósito é atender ao hospital como um todo, de forma macro, e assim são previamente definidos os profissionais que precisam estar no grupo no ano seguinte. A entrevistada 01 faz uma fala sobre o GTH

eu acho que hoje a gente tem um grupo atuante, as pessoas que tão nesse grupo são pessoas que querem tá e que tão pro trabalho [...] se pensa em uma ação macro, que envolve outras pessoas, quando a gente discute no grupo, por exemplo, a questão relacionada ao autismo...a gente não pode olhar esse atendimento nós enquanto profissionais, a gente tem que olhar para o usuário e é isso que a PNH também nos traz, é gestão, usuário, trabalhador, é fazer essa gestão da tríade [...] as nossas ações elas precisam ser ações a longo prazo, a gente não consegue ser tão imediato com aquilo que está planejando porque a gente precisa ouvir as partes, né, e tentar construir isso, de uma forma conjunta (Entrevistada 01, 2024).

Além disso, é destacado também que é comum o surgimento de demandas espontâneas ao longo do ano. Nestes casos, o grupo tenta sempre encaixá-las em seu cronograma, pois fazem parte do cotidiano da instituição.

Uma das ações principais do GTH, atualmente, é o projeto “Experiência do Paciente”. Foi contratada uma agência de publicidade para fazer uma avaliação da experiência do paciente Convênios/Particular enquanto estivesse em atendimento no Hospital Santa Cruz. Consistiu no acompanhamento da jornada do usuário considerando as 5 portas de entrada na instituição hospitalar: Ambulatório (Recepção Principal), Centro de Diagnóstico e Intervenção por Imagem (CDII), Pronto Atendimento (PA), Centro de Especialidades Médicas (CEM) e Unidade Ambulatorial Acadêmica (UAA) utilizando a técnica do “cliente oculto”. Os resultados foram apresentados na reunião do GTH e foram elencadas 35 ideias para melhorias na instituição, reunidas em 6 áreas prioritárias. Formaram-se, então, grupos menores (com os profissionais das áreas relacionadas a cada prioridade) com o objetivo de trocar experiências com um olhar para o que se tem até o momento e, após isso, iniciar a determinação de ações.

O projeto da “Experiência do Paciente” visa aumentar as “vendas” do hospital, ou seja, atrair clientes, que são os usuários de Convênios/Particular, com o objetivo de aumentar a renda da instituição. A questão financeira é um ponto crucial para a instituição. O GTH considera este fato, tanto que o grupo tem ciência de que as ações que dependem de verba mais volumosa podem não ter prosseguimento. O grupo foca em ações que podem ser executadas dentro de possibilidades econômicas escassas.

Nas entrevistas fica claro que, quando as ações do GTH dependem de investimento financeiro, existe uma dificuldade, tendo em vista que estas dependem de autorização superior e verbas disponíveis. Em entrevista exploratória no ano de 2023, com uma integrante do GTH na época, as metas do grupo eram qualificar a acessibilidade na instituição e a instalação de sensores sonoros nos elevadores que indicassem, para quem possui dificuldade visual, as informações pertinentes. Estas ações não tiveram continuidade porque os custos ficaram acima do valor que o hospital poderia arcar, impactando no orçamento da instituição.

Isso vai ao encontro dos estudos de Secchi (2014), em que o burocrata utiliza estratégias para desempenhar e organizar seu trabalho, conforme a disponibilidade de recursos (número de funcionários, verbas, tempo).

4.3 A inclusão do Usuário

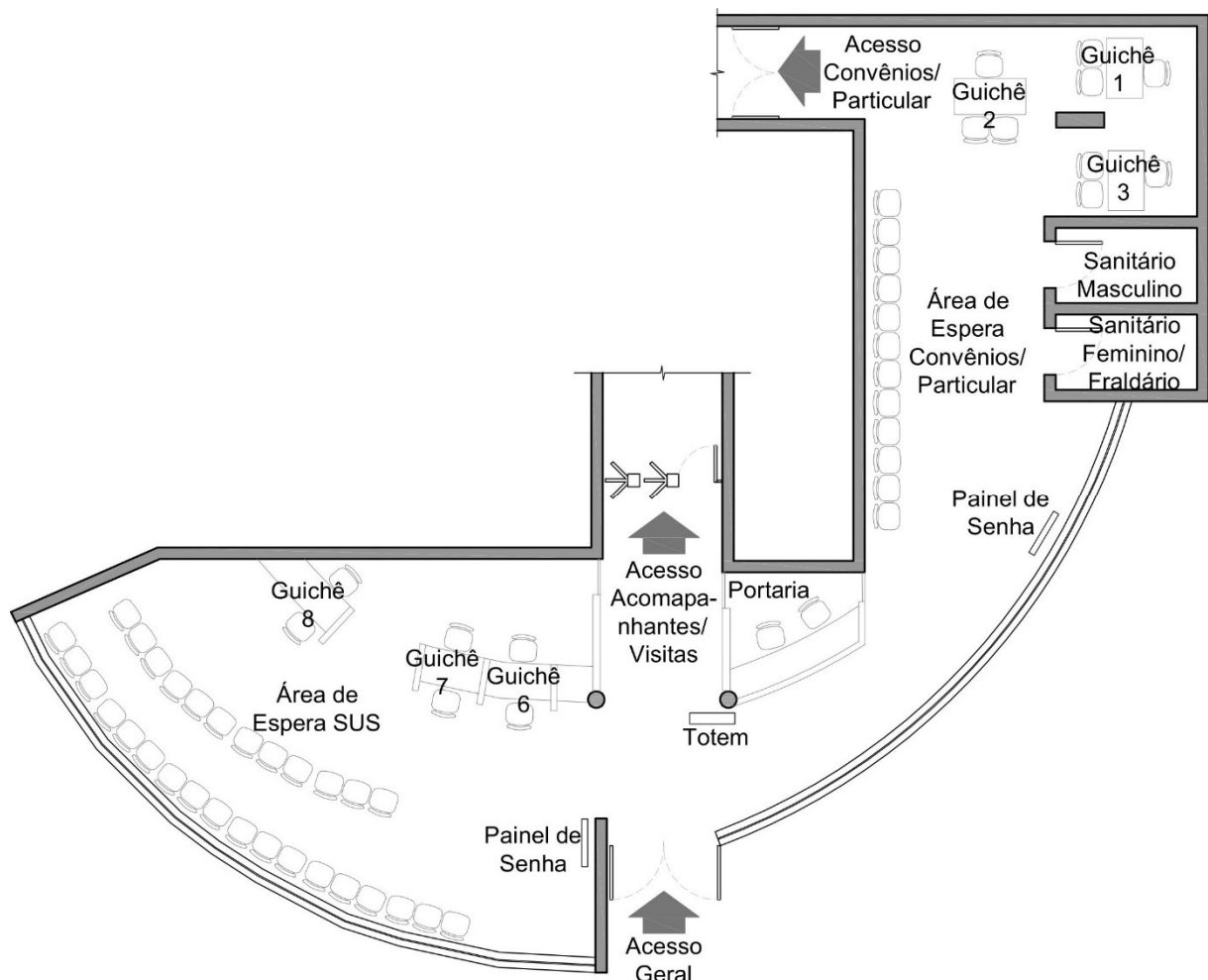
A validação das contribuições feitas pelos usuários, na instituição, ocorre, principalmente, por meio da ouvidoria. O hospital não costuma envolver diretamente a comunidade nas discussões. Não há a participação de usuários/pacientes nas reuniões do GTH. As informações referentes aos usuários são recebidas por meio da ouvidoria, a qual não se limita apenas a reclamações, mas também acolhe sugestões e ponderações dos usuários. O funcionário responsável pela ouvidoria encaminha essas informações a coordenação do GTH e a direção do hospital para análise e avaliação. A ouvidoria também realiza pesquisas junto aos pacientes internados. A partir desses dados, são coletadas propostas, ideias, sugestões e críticas, que seguem os fluxos internos e chegam ao GTH para serem discutidas. Embora não se trate de uma forma de participação direta por meio de reuniões com os usuários, trata-se de um processo de construção compartilhado, no qual diversas ideias vindas do usuário são implementadas e aplicadas na instituição. Um dos

dispositivos da PNH é um sistema de escuta qualificada para usuários, onde consta, entre outras iniciativas, a ouvidoria.

4.4 A interação entre Trabalhadores e Usuários

O Hospital Santa Cruz possui uma Recepção Principal com 2 postos de trabalho na Portaria, 3 guichês Convênio/Particular (guichê 1, 2 e 3) e 3 guichês SUS (guichê 6, 7 e 8). Possui 2 áreas de espera independentes: uma para Convênio/Particular e outra para SUS. Possui também um sanitário masculino e um feminino/fraldário que atende tanto aos usuários de Convênio/Particular quanto usuários do SUS, conforme pode ser visto na planta baixa da Figura 04.

Figura 04: Composição da Recepção Principal do Hospital Santa Cruz.



Fonte: Levantamento empírico. Elaboração: Sâmila Sopelsa, 2024.

Foi informado que nos guichês da área SUS é utilizada somente uma das estações de trabalho, ou seja, há somente 1 recepcionista. Os outros 2 guichês ficam ociosos. Os horários e quantidades de funcionários na Portaria, Guichês Convênio/Particular e Guichês SUS são apresentados na Tabela 03:

Tabela 03: Número de Funcionários e horários de trabalho na recepção principal do Hospital Santa Cruz.

Recepção Principal			
Horário	Número de Funcionários		
	Portaria	Convênio/Particular Guichês 1, 2 e 3	SUS Guichês 6, 7 e 8
6:55h às 13:10h Manhã	2	3	1
12:55h às 19:10h Tarde	2	3	1
19:00h às 01:15h Noite	1 (mas no momento está vago)	2	1 (mas no momento está vago)
01:00h às 07:15h Madrugada	2	_*	_*

* Durante o período das 01:00h às 07:15h não há atendimento nos guichês. Caso ocorra alguma urgência/emergência há 2 funcionários/recepcionistas no Pronto-Atendimento, localizado na mesma edificação, mas com entrada própria e exclusiva, adaptada para o acesso de ambulâncias.

Fonte: Analista de Relacionamento do Hospital.

Foi informado, também, que o hospital está com falta de funcionários para o período da noite (19h às 01:15h). Além disso, 90% do grupo de funcionários que trabalha durante o dia (6:55h às 13:10h e 12:55h às 19:10h) estão nos primeiros 45 dias de contrato, ou seja, ainda estão em fase de avaliação.

A dinâmica de funcionamento da Recepção inicia em um Totem Eletrônico em frente à porta de acesso geral. Neste, o usuário seleciona uma senha de acordo com a sua necessidade. As opções são: Consulta Convênios/Privados Ambulatorial, Internações SUS, Internações Convênios/Privados, Outros Procedimentos Convênios/Privados, Outros Procedimentos SUS, Procedimento Eletivo Centro Cirúrgico, Consulta Pediátrica e Consulta Obstétrica Convênios/Privados. Não há Consulta Ambulatorial SUS, nem Consulta Obstétrica SUS, pois estas são realizadas

no Pronto Atendimento. As Consultas Pediátricas são somente Particular e através de um programa de fidelidade do hospital chamado Amigo HSC. Não há atendimento pediátrico por Convênios. A consulta pediátrica para SUS ocorre no Pronto Atendimento. Há um aviso em uma placa junto ao totem informando que para visitas e trocas de acompanhantes, não é necessário retirar senha, somente aguardar na fila. Os funcionários da Portaria atendem as pessoas que estão na fila (quando esta se forma, pois muitas vezes não há fila) e geram um adesivo para que o acompanhante/visitante fixe na roupa ou fornecem um cartão magnético, de forma que ele esteja identificado para circular pelo hospital, e autorizam a passagem pela catraca.

Após pegar sua senha, o usuário de Convênio/Particular aguarda atendimento na Área de Espera junto aos guichês 1, 2 e 3. Da mesma forma, o usuário do SUS, após pegar sua senha, aguarda atendimento na Área de Espera junto aos guichês 6, 7 e 8.

A observação aconteceu em turnos de 3 horas e abrangeu o período das 7:00h até as 21:30h, tanto em dias úteis como em finais de semana. Foram observados os fluxos de pessoas, as relações interpessoais e a interação com os usuários.

A primeira ida a campo ocorreu em um dia útil das 16:30h às 19:30h, com o intuito de observar a troca de turno entre os funcionários. Convencionou-se chamar a área de atendimento dos Convênios/Particular como “lado Convênios/Particular” e a área de atendimento SUS como “lado SUS”. Há sempre mais movimento no lado Convênios. Isso se deve ao fato de não haver atendimentos eletivos pelo SUS ali naquele espaço. Estes são feitos no Pronto Atendimento. Presenciou-se a troca de turno, da tarde (12:55h às 19:10h) para noite (19:00h às 01:15h). Antes da 19:00h havia 2 recepcionistas na Portaria, 3 no lado Convênios/Particular e 1 no lado SUS. A partir do turno da noite havia 1 recepcionista na Portaria, 2 no lado Convênios/Particular e nenhum no lado SUS. Posteriormente, foi informado que no lado SUS a vaga está em aberto e estão contratando um recepcionista.

Ao longo das observações, percebeu-se que a dinâmica principal consiste em gerar uma ficha de atendimento no Totem e direcionar-se para o local de espera de acordo com o atendimento pelo SUS ou Convênios/Particular. Algumas situações percebidas serão objeto de análise. Separou-se cada situação em um caso para tornar mais didática a interpretação e o estudo.

Caso 01: Uma mulher solicita, na Portaria, a troca da requisição de um exame de ressonância magnética. Está exaltada. O médico havia feito o atendimento através do Convênio IPÊ (Sistema de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos do Estado do Rio Grande do Sul), porém solicitado o exame como se tivesse feito um atendimento particular. Desta forma, a mulher teria que pagar pelo exame um valor bem maior do que se tivesse o exame solicitado através do Convênio. Os recepcionistas explicam que aquele exame não faz parte da cobertura do Plano de Saúde IPÊ, mas a mulher parece não entender. Continua solicitando que algum médico faça a requisição do exame através do Convênio. “Se eles não dão a requisição pelo IPÊ, que que adianta fazer a consulta pelo IPÊ?”, exclama ela. A recepcionista diz que vai falar com o médico e entra pela porta dos Convênios, que dá acesso à área restrita do hospital. A mulher espera nas cadeiras. Outros usuários na área de espera conversam com a mulher e entre si e dizem que “o SUS é melhor do que o IPÊ”. A recepcionista volta e explica novamente o que já havia sido dito anteriormente, que o Plano de Saúde IPÊ não cobre este tipo de exame. A mulher diz que pagou a consulta e quer o dinheiro de volta, que o hospital não pode fazer isso. A recepcionista explica que isso não é competência do hospital e sim do Plano de Saúde. A mulher vai embora revoltada. Depois que elas saem, os recepcionistas comentam entre si: “Hoje vai ser difícil!”.

Conforme Dubois (2010), os burocratas, no momento de interação com os usuários, fazem uma relação entre as regras institucionais e as situações cotidianas, tentando encontrar soluções. Essa dinâmica de atuação pode ser tensa ou não. No caso citado, a recepcionista, tendo em vista o sentimento de revolta da usuária, se prontifica a ajudá-la, indo atrás de mais informações que pudessem esclarecer para a usuária a situação, apesar de já saber a resposta para o problema.

Quanto a frase dita, de um recepcionista para o outro, “Hoje vai ser difícil!”, mostra o sentimento de tensão vivenciado pelos trabalhadores, que apesar de tentarem atender bem a usuária, não tem poder para modificar a situação apresentada, tendo em vista que a decisão está relacionada ao Plano de Saúde e não ao hospital.

Caso 02: Um senhor entra e pede informações na Portaria. É encaminhado para o guichê 7 (SUS). Ele diz que o filho faleceu e que precisa de um laudo assinado pelo médico. A recepcionista diz que o hospital não fornece esse laudo, só consegue o prontuário, mas que não fica pronto na hora, teria que vir pegar outro

dia. A recepcionista entra para a área restrita do hospital. O senhor senta no lado SUS e se irrita com a demora. Diz, para as pessoas que também estão esperando, que vai fazer outra ouvidoria, porque já ficou 40 dias “perdido” pelo hospital, correndo atrás de documentos. A recepcionista volta e explica detalhes ao senhor. Ele se acalma e diz que a seguradora pede um monte de documentos. Fala também que o dinheiro do seguro não é para ele e sim para os netos, que é uma mixaria, mas que os netos têm direito. Um deles fez 18 anos. A atendente faz cópias dos documentos para ele. Ela pede que ele volte no dia seguinte e traga um pendrive, para que ela salve os arquivos e ele possa levá-los. Ela explica que passar os documentos para o pendrive “fica pronto na hora”. Ele agradece e vai embora, prometendo voltar com o pendrive.

Para Secchi (2014), a liberdade de ação dos burocratas de nível de rua pode variar desde um alto grau de conformidade, implementando rigorosamente a orientação da política, até níveis de desobediência total. A recepcionista, ao oferecer ao usuário a opção de trazer um pendrive para salvar os arquivos traz uma solução que, provavelmente, não está entre as normas pré estabelecidas. Ela usa de sua discricionariedade para ajudar o senhor.

É possível também, que ela tenha se identificado com a situação vivida pelo usuário, ponto que tem relação direta com o que Ferreira e Medeiros (2016) apontam como as normas, regras, crenças e valores do burocrata. Fatores como o sistema de crenças e valores e a identificação cultural são fundamentos levados em consideração pelo burocrata para tomar decisões relacionadas ao usuário.

Caso 03: Chega uma família para visitar um recém-nascido e se identifica na Portaria. O vô, a vó, o tio, uma adolescente e uma menina de, aproximadamente, 8 anos. O bebê e a mãe foram atendidos pelo SUS, ou seja, seu horário de visita é das 20:00h às 21:00h, sendo 2 visitantes, revezando-se 1 por vez. A família fica desapontada, pois achava que todos poderiam visitar o recém-nascido. Decidem então, deixar os avós fazerem a visita, e a primeira a subir seria a vó. A recepcionista se compadece e diz “Pode subir os dois (o vô e a vó juntos), porque tá tranquilo o movimento hoje!”

Neste caso é possível perceber que a recepcionista usa da sua discricionariedade para proporcionar um atendimento acolhedor e humanizado, apesar de não seguir totalmente as regras da instituição. Ela flexibiliza a regra, autorizando a entrada concomitante dos avós, mas não permite o acesso do

restante da família. Isso mostra o que Secchi (2014) aponta como as estratégias utilizadas pelos burocratas no desempenho de seu trabalho cotidiano, onde organizam o trabalho de acordo com os recursos, aqui neste caso, o número reduzido de pessoas circulando no hospital e o fato de serem os avós da criança.

Caso 04: Chega um casal com um filho de aproximadamente 11 anos, com braço enfaixado, nariz aparentemente quebrado com curativo, todo esfolado. Todos bastante nervosos e o menino assustado. São encaminhados para o lado Convênios/Particular, direto para o guichê, sem esperar. A mãe explica que vieram do Hospitalzinho. Recepcionista vê que o menino está com medo e começa a puxar assunto para distraí-lo. Pergunta o que houve e o menino responde que caiu de bicicleta. Enquanto preenchem dados para encaminhar o atendimento, o recepcionista pergunta se o menino gosta de futebol. Ele responde dizendo que é goleiro e diz que está com medo porque vai ter que fazer um Raio X no braço. O atendente explica que o Raio X não dói nada e o menino se acalma. Diz que o braço está doendo “um pouquinho só”. São, então, encaminhados para a área restrita do hospital e os pais agradecem ao recepcionista.

Neste relato, é possível perceber a comportamento do profissional com relação à interação com o público da política. Ferreira e Medeiros (2016) explicam que uma interação de qualidade entre o burocrata e o usuário se torna essencial, pois é nesse momento de interação que o serviço político é produzido. A família sentiu-se grata pelo atendimento acolhedor prestado pelo atendente do guichê.

Caso 05: Durante uma tarde, mais especificamente, às 14:15h chegou, na Portaria, um casal de idosos como a intenção de visitar um familiar internado. A recepcionista informou que o horário de visitas para este paciente era somente das 16:30h às 17:30h, tendo em vista que era um paciente internado pelo SUS, na Ala São Francisco. O casal ficou aguardando nas cadeiras até o horário estipulado pelo hospital.

Os horários de visita aos usuários internados na instituição e a organização da troca de acompanhantes (Figura 05) está disponível, impresso em panfletos, nas instalações do hospital, inclusive na recepção principal. Além disso, estas informações são divulgadas para a comunidade em geral através do site da instituição.

Figura 05: Panfleto informando os Horários de Visita e a Troca de Acompanhantes.

HORÁRIO DE VISITAS

LEITOS PRIVATIVOS:
Das 7h às 22h .
(2 visitantes por vez).

LEITOS SEMIPRIVATIVOS:
Das 15h às 21h .
(1 visitante por vez).

ENFERMARIAS/SUS:
TARDE - das 16h30 às 17h30.
NOITE - das 20h às 21h.
(2 visitantes por horário, revezando-se 1 por vez).

PRONTO ATENDIMENTO - P.A.:
* *Salas Laranja e Vermelha:*
Das 9h às 9h30 (2 visitantes).
Das 15h30 às 16h (2 visitantes).
Das 21h às 21h30 (2 visitantes).

UTI ADULTO:
Boletim médico diário: 11h (2 familiares).
Visita social manhã: das 11h30 às 12h (2 visitantes).
Visita social noite: das 19h30 às 20h (2 visitantes).

UTINEONATAL:
Das 17h às 17h30.

UCI:
Das 17h às 17h30 e das 22h às 22h30.

SALA DE ESPERA DO CENTRO CIRÚRGICO:
1 acompanhante para o paciente adulto e 2 acompanhantes para o paciente pediátrico.

VISITA NA SALA DE VIDRO DO BEBÊ (CENTRO OBSTÉTRICO):
4 visitantes (2 pessoas por vez).

TROCA DE ACOMPANHANTES:
Permitida 3 trocas por dia, com permanência mínima de 3 horas (das 6h às 22h).

PACIENTE EM ISOLAMENTO:
Troca de acompanhante a cada 12h.
Não são permitidas visitas.

* Não é permitida a entrada de crianças menores de 12 anos para visita.

LEMBRE-SE: Para agilizar o acesso tenha em mãos seu documento de identificação.



hospitalstacruz.com.br

Fonte: Disponível em: <https://www.hospitalstacruz.com.br/informacoes/visita/>. Acessado em: 11 Nov 2024.

Os leitos privativos caracterizam-se por serem quartos individuais, onde há apenas um leito, ou seja, para a utilização de 1 paciente apenas. Os leitos semi privativos são quartos para 2 pacientes, ou seja, possuem 2 leitos. Estes dois tipos de quartos são utilizados por usuários de Convênios ou Particular. As enfermarias são quartos para usuários do SUS e podem ter até 6 leitos em cada dormitório. Esta configuração é determinada pelo próprio hospital que possui liberdade para definir, desde que respeitadas as normas da ANVISA quanto ao risco sanitário, o número de leitos em cada quarto. A RDC ANVISA 50/2002 define que as enfermarias, nas unidades de internação, podem ter, entre 3 e 6 leitos. A unidade de internação SUS no Hospital Santa Cruz é denominada Ala São Francisco. A média de leitos nas enfermarias do nosocômio é de 5 leitos. Os leitos privativos têm um horário estendido, que inicia às 7:00h e vai até as 22:00h, sendo autorizados 2 visitantes por vez. Nos leitos semi privativos o tempo do horário de visita é um pouco menor, permitindo acesso entre 15:00h e 21:00h, sendo um visitante por vez. Nas enfermarias o horário de visita é das 16:30h às 17:30h e das 20:00h às 21:00h, sendo 2 visitantes por horário revezando-se 1 por vez. Quando questionado aos entrevistados sobre o motivo destes horários foi unânime a explicação de que anos atrás existia somente um horário de visita para todos os pacientes, por um período de uma hora. Essa configuração criava filas enormes na recepção gerando dificuldades no atendimento das pessoas e desgastes, tanto para os visitantes, quanto para os recepcionistas. Muitas vezes, a espera era tão grande que quando o familiar conseguia chegar ao guichê, para ser identificado, o horário de visita estava chegando ao fim, reduzindo o tempo de convivência entre o paciente e o visitante, o que deixava os usuários bastante frustrados. Eram frequentes as queixas solicitando horários de visita mais flexíveis. Muitos solicitavam disponibilidade de horários fora do horário comercial, pois trabalhavam o dia todo e não recebiam autorização de suas chefias para ir ao hospital em horário de trabalho.

O hospital, então, decidiu modificar os horários otimizando este fluxo, com o intuito de garantir um ambiente mais tranquilo para os familiares e melhores condições de trabalho para a equipe da recepção. Para isso, foram feitos estudos, considerando as demandas da Ouvidoria, para entender qual era o melhor horário de visita e quais eram as demandas dos usuários de Santa Cruz do Sul. Além disso, a Coordenação, em conjunto com a Recepção, fez estudos com hospitais próximos, além de instituições de Porto Alegre e da Grande Porto Alegre, para entender como

estes funcionavam. Considerando todos estes estudos, o horário de visita ficou definido desta forma e segue em vigor. Os entrevistados deixaram claro que o horário de visita não é estanque, isto é, são feitas reavaliações periódicas e modificações podem ocorrer, caso a instituição entenda ser benéfico para os usuários e para os funcionários.

Em relação aos tempos de permanência diferentes, para os visitantes, nos quartos privativos, semi privativos e enfermarias, os entrevistados explicam que isso se deve ao fato de as atividades relacionadas ao atendimento em saúde serem complexas e necessitarem de protocolos e fluxos específicos. Quanto maior o número de pacientes em cada quarto, maior é o desafio de desempenhar as rotinas em saúde com qualidade, pois além do paciente há ainda o acompanhante e o visitante. A aplicação de medicação, banho, alimentação, trocas de curativos, trocas de sondas, etc necessitam de cuidado e atenção. Com o horário de visita organizado desta forma, as equipes conseguem trabalhar com tranquilidade e mantendo a rotina diária organizada.

Neste caso, é possível fazer uma correlação com a ideia de “truque de implementação”, de Dubois (2010). O autor defende que as ações dos agentes interferem e modificam o resultado da Política. O que foi inicialmente planejado acaba não ocorrendo ou ocorrendo de forma inesperada. Isso pode ter consequências positivas ou negativas, dependendo da situação. O hospital qualificou o horário de visita para os usuários, ampliando o tempo de permanência dos familiares no hospital, quando comparado ao horário antigo. O que vai ao encontro do dispositivo “Visita Aberta” da PNH. Porém, os tempos de permanência variam conforme o número de leitos, quanto mais pacientes nos quartos, menor é o horário de visita. Isso se deve ao fato de que quartos com muitas pessoas acabam dificultando o trabalho dos profissionais de saúde.

Além disso, a recepcionista cumpre o papel de burocrata, aplicando as regras institucionais. Se autorizasse que o casal realizasse a visita em horário bastante distante do estabelecido pelo hospital seria, provavelmente, advertida pela chefia.

4.5 A articulação entre os Trabalhadores

As entrevistas foram realizadas com cinco profissionais. A meta estabelecida inicialmente era entrevistar o diretor do hospital, o coordenador do GTH

e o secretário do grupo. Além disso, seriam escolhidos mais três profissionais para entrevista. Mas, ao iniciar o levantamento de dados, foram ocorrendo fatos que interferiram nas ações preestabelecidas e foi necessário fazer adequações. Durante o processo de elaboração da dissertação, houve uma troca na diretoria da instituição, sendo nomeado um novo diretor. Por este motivo, decidiu-se por entrevistar o atual e o antigo diretor. Foram realizadas participações nas reuniões do GTH nos meses de setembro, outubro e novembro. Na primeira reunião observada (setembro) foi apresentada a nova coordenadora. O cargo de secretário estava vago e continuou dessa forma até o encontro seguinte. Na segunda reunião (outubro), foi definida uma secretária e, como ela não tinha experiência nesse tipo de atividade, ficou acordado que haveria uma subsecretária. Porém, posteriormente, houve o desligamento da secretária da instituição e a profissional que tinha se colocado como subsecretária assumiu o cargo.

Desta forma, seguiu-se a definição de entrevistar 6 pessoas, porém, com a escolha de pessoas consideradas relevantes para a dissertação, sendo: o antigo diretor, o novo diretor, a coordenadora do GTH (enfermeira), uma psicóloga, uma administradora e a diretora assistencial da instituição. A entrevista com o antigo diretor não pôde ser realizada e, desta forma, foram feitas, portanto, cinco entrevistas.

As entrevistas foram muito importantes para perceber como os atores estão relacionados. As respostas foram muito semelhantes, ocorrendo poucas variações individuais. Percebe-se que a humanização é parte intrínseca da formação dos profissionais na área da saúde e está presente, de forma natural, no cotidiano de trabalho.

Os integrantes do GTH entrevistados se mostraram muito empolgados com as iniciativas do grupo, demonstrando engajamento para propor ações. Todos sentiam-se à vontade para expor suas opiniões e, a partir de experiências vividas no dia a dia da instituição, as pautas iam sendo construídas, discutidas pelo grupo e determinadas metas, com o intuito de melhorar a qualidade do atendimento aos usuários e considerando também a percepção e o sentimento dos trabalhadores.

O GTH é constituído por profissionais com formação diversa, conforme apresentado anteriormente, mas ganha destaque o fato de nenhum médico participar do grupo. Este é um ponto crítico, tendo em vista a importância deste

profissional no atendimento em saúde. As ações do grupo, com certeza, sofrem a influência deste fato.

Aparece também, nos dados coletados, a dificuldade de engajamento entre os profissionais da “ponta”, mencionando certa resistência dos profissionais da assistência. Isso interfere na disseminação das ações de humanização. Enquanto que os participantes do GTH são bastante engajados, os profissionais que trabalham “na ponta”, e não têm interesse em participar das reuniões, na visão dos entrevistados, tem certa resistência e não acreditam que a execução das ações dará resultado.

Outra questão relevante que surgiu nas entrevistas foi a constatação de que algumas equipes de trabalho estão subdimensionadas. Isso afeta a produtividade e a motivação dos funcionários, pois estes acabam ficando sobrecarregados. Além disso, durante o acompanhamento das reuniões do GTH, 2 funcionários foram desligados da instituição, o que exigiu uma reorganização de profissionais e funções. Uma destas pessoas tinha acabado de ser nomeada secretária do GTH. Desta forma, outra pessoa do grupo teve que assumir o cargo, de forma emergencial.

Além disso, na segunda reunião do GTH, em que foi discutida a “Experiência do Paciente”, foi consenso entre os integrantes do grupo que a comunicação é deficitária entre usuários e funcionários, assim como entre os próprios funcionários, e que as ações do projeto “Experiência do Paciente/Usuário” tem um ótimo potencial para qualificar esta deficiência.

Em uma entrevista registrou-se a fala sobre a necessidade do cuidado ao repassar informações aos pacientes, no sentido de se fazer entender utilizando uma linguagem mais simples

[...] quando tu tá falando com uma pessoa que não entende da tua linguagem técnica, tu não tem que te igualar a fala dela para ela entender o que tu tá falando? É isso que eu tô dizendo. [...] Tu vais falar procedimentos eletivos, bloco ambulatorial, o pessoal não entende o que tu tá falando. Tu tens que dizer assim: procedimentos agendados, cirurgias agendadas que a pessoa entra e sai no mesmo dia, é isso que eu quero dizer.

A discricionariedade adotada pelo burocrata vai ao encontro dos estudos de Secchi (2014), mostrando uma estratégia utilizada por eles no dia a dia de trabalho, com a criação de alternativas práticas para comunicar ao paciente e fazê-lo entender

as orientações da equipe de saúde, possibilitando, desta forma, um atendimento acolhedor. E assim se dá a implementação de uma das diretrizes da PNH.

4.6 Fatores Organizacionais

Uma questão recorrente nas entrevistas é a relação entre atendimentos SUS e Convênios/Particular. Um hospital filantrópico, como é o caso do Hospital Santa Cruz, precisa atender, no mínimo, 60% de pacientes pelo SUS. Por ter esta classificação, o nosocômio está apto a receber incentivos federais e estaduais. Atualmente, conforme informado pelo diretor da instituição em entrevista semiestruturada, o hospital possui uma média de 85% de atendimentos SUS. Com isso, a sustentabilidade financeira da instituição fica prejudicada. A estratégia do hospital é aumentar os atendimentos dos convênios/particulares para, com isso, conseguir aumentar a renda e, desta forma, cobrir os custos dos procedimentos realizados através do SUS. Os valores pagos pelo governo para os atendimentos SUS, a chamada Tabela SUS, são inferiores aos valores necessários para pagar toda a despesa, tendo que o hospital fazer a complementação financeira. Esta composição gera uma pressão institucional significativa, no sentido de manter o equilíbrio financeiro.

Isso acaba tendo influência direta na discricionariedade dos agentes integrantes do GTH, pois quando estes precisam de investimento financeiro para executar suas ações não conseguem efetivá-las. Esta é, portanto, uma das dificuldades para a implementação da PNH no hospital.

Isso vai ao encontro das teorias de Lipsky (2019) e Lotta e Oliveira (2023), em que as regras e o contexto de implementação são fatores centrais para definir a discricionariedade dos burocratas implementadores. As múltiplas pressões e o cenário de recursos escassos e grandes incertezas, fazem com que os burocratas desenvolvam estratégias para reduzir a diferença entre o desempenho esperado e o serviço oferecido.

O hospital está em processo de Acreditação. Esta é uma Certificação para estabelecimentos de saúde, um método de avaliação que busca, por meio de padrões e requisitos previamente definidos, promover a qualidade e a segurança da assistência. Para ser “Acreditada”, a organização precisa comprovar o atendimento aos padrões definidos pela ONA (Organização Nacional de Acreditação),

reconhecidos internacionalmente. Existem três níveis de acreditação: Acreditado, Acreditado Pleno e Acreditado com Excelência. O Hospital Santa Cruz encontra-se no Nível 2, com planos para evoluir, em 2026, para o nível 3. Um dos critérios estabelecidos pela ONA para que o estabelecimento chegue ao nível 3 é a inclusão do usuário no processo. Destaca-se que desde o Nível 1 sempre houve a exigência de promover a humanização e o cuidado centrado no paciente.

Esta Certificação abrange toda a instituição, ou seja, todos os funcionários são envolvidos no processo. Este exige comprometimento e esforço, pois muitos procedimentos e fluxos são avaliados, gerando uma pressão institucional sobre os trabalhadores.

A Acreditação é um processo externo que provoca mudanças no território, mudanças nas formas de trabalho e nas relações sociais. Isso vai ao encontro do conceito de “percolação”, de Favareto (2015), que é a interação entre influências externas e as estruturas sociais locais.

Um fato relevante, e que apareceu em mais de uma entrevista, foi a questão da sobrecarga de trabalho em algumas equipes, que estão subdimensionadas no hospital. Esse fato também foi descrito nas reuniões do GTH, onde os profissionais falaram que participam de várias outras comissões, além do grupo e não se sentem capazes de assumir mais responsabilidades, quando foi ofertado o cargo de secretário. O hospital possui 30 comissões no total.

Em relação ao vínculo de trabalho, celetista ou estatutário, houve o desligamento de dois profissionais durante o período de acompanhamento das reuniões do grupo. Pelo período considerado pequeno, três meses, de acompanhamento das reuniões, não é possível afirmar se essa rotatividade é constante na instituição. Além disso, não se percebeu restrição ou constrangimento de funcionários no sentido de temer a perda do emprego em virtude de expor sua opinião nos processos de trabalho.

5. CONCLUSÃO

Este trabalho foi contextualizado no âmbito da implementação da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde que estabelece um conjunto de diretrizes e princípios visando a humanização da atenção e da gestão no Sistema Único de Saúde (SUS). Busca transformar as relações de trabalho e de cuidado a partir da valorização dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores (Brasil, 2010a). O recorte de abrangência estabelecido foi o Hospital Santa Cruz, no município de Santa Cruz do Sul/RS.

Inicialmente, foi realizada uma revisão de literatura que subsidiou a compreensão teórica sobre políticas públicas, implementação de políticas públicas e suas abordagens analíticas, e também a importância, os papéis e a atuação dos atores na implementação.

O trabalho teve como objetivo geral compreender como a discricionariedade dos funcionários em um hospital privado influencia na implementação da Política Nacional de Humanização, buscando-se assim: a) verificar de que forma as relações dos funcionários com os outros atores e entre si influenciam nas decisões em relação à implementação da PNH; b) identificar os fatores organizacionais do hospital que interferem na implementação da PNH e c) verificar qual é o papel do privado na implementação de Políticas Públicas em uma instituição hospitalar.

Para o estudo, a abordagem metodológica escolhida foi a qualitativa, tendo como estratégia o estudo de caso, com o uso de técnicas de pesquisa documental, entrevistas semiestruturadas e observação na Recepção Principal do hospital.

Os principais resultados encontrados, quando se fala nas relações dos funcionários entre si e com os outros atores (usuários e gestores) tem relação com o Grupo de Trabalho de Humanização (GTH). Neste grupo, a discricionariedade dos agentes mostrou que as ações para humanizar o ambiente hospitalar estão em constante desenvolvimento. Os integrantes se mostravam sempre dispostos a discutir as pautas e trazer situações, a partir de sua experiência cotidiana, com o intuito de melhorar as condições, tanto de trabalho para os funcionários, quanto de atendimento para o paciente.

Por outro lado, não é possível ignorar o fato de os médicos não terem interesse em participar do Grupo. Isso mostra que a transversalidade da Política não é algo simples de implementar. As relações entre os profissionais da instituição são

fragmentadas. Esta questão está diretamente relacionada ao que Secchi enfatiza quando diz que “cada arena política tem uma configuração de atores bastante peculiar, com prevalência de alguns e ausência de outros” (Secchi, 2014, p. 101), sendo que os atores participam quando percebem que haverá influência sobre suas atividades. É provável que os médicos não acreditem que o GTH possa atingir resultados expressivos, e, desta forma, não se interessam em participar do processo. Esta questão, por si só, poderia ser objeto de outra dissertação, tendo em vista que a complexidade destas relações vai muito além de uma pressuposição acadêmica.

Quando se discutem os fatores organizacionais que interferem na implementação da PNH, o que mais ganha destaque e que inviabiliza ações, ou seja, limita a discricionariedade, é a questão financeira da instituição. Esta questão, levantada pelo próprio hospital, diz respeito aos pagamentos insuficientes realizados pelo Governo para financiar os procedimentos e atendimentos pelo SUS. Como o valor pago não é suficiente para pagar todos os custos com os procedimentos, o hospital precisa fazer uma complementação financeira utilizando as verbas que vem dos atendimentos de Convênios/Particular. Nesse sentido, o hospital investe nas áreas utilizadas por este tipo de prestação de serviço, com o intuito de “vender” mais e conseguir recursos econômicos para equilibrar suas despesas.

Essa configuração não é exclusiva do Hospital Santa Cruz. No Brasil 92% dos hospitais privados sem fins lucrativos, mesma configuração do HSC, realizam atendimento pelo SUS (Federação Brasileira de Hospitais, 2022.). Desta forma, é muito provável que as outras instituições compartilhem do mesmo problema.

O financiamento governamental com valores insuficientes para fazer o pagamento integral dos procedimentos para os usuários do SUS acaba reforçando as desigualdades, como defendem Lotta e Oliveira (2023) e Pires (2019), pois exige que as instituições estejam sempre criando soluções para equilibrar a questão econômica.

Outro ponto relacionado as questões organizacionais, é a existência de diversas comissões, assim como o GTH, possibilitando aos funcionários a oportunidade de discutir desafios, soluções e suas experiências cotidianas, proporcionando um ambiente onde se sentem seguros e com liberdade para sugerir ações. Neste momento os burocratas estão agindo de acordo com o modelo gerencial, discutido por Secchi (2014), em que o agente é possuidor de criatividade,

conhecimento e com capacidade de evitar frustrações de políticas públicas mal planejadas. Por outro lado, quando as equipes estão sobrecarregadas, a participação nestas comissões pode desmotivar os funcionários. Isso influencia a discricionariedade, tendo em vista que o funcionário vai se valer de estratégias para adequar a organização do trabalho a disponibilidade de recursos (Secchi, 2014).

Ainda considerando as questões organizacionais, observa-se que o hospital tem vários dispositivos e diretrizes da Política Nacional de Humanização implantados e em funcionamento, como o próprio Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), o direito ao acompanhante, a visita aberta, a escuta qualificada através da Ouvidoria e o acolhimento com classificação de risco no Pronto Atendimento.

Em relação a implementação de Políticas Públicas em um hospital privado, conclui-se que a instituição assume a Política Nacional de Humanização como uma política para todos e não somente para o SUS. A instituição realiza parte dos atendimentos pelo SUS e parte por Convênios/Particular. Como toda instituição privada, o hospital precisa garantir a sustentabilidade econômica. A implementação das diretrizes e dispositivos da PNH humaniza o atendimento e qualifica os serviços e, por consequência, o hospital consegue atrair mais usuários. É uma contradição, mas que está implementada. A Política visa melhorar a saúde pública, porém sua aplicação pode gerar benefícios comerciais. É o truque de implementação, apresentado por Dubois (2010), em que as ações dos burocratas modificam o resultado da Política. O que foi planejado ocorre de forma inesperada.

É necessário discutir a implementação da PNH levando em consideração as características do território onde localiza-se a instituição. As características locais definem como ocorre a implementação. No Hospital Santa Cruz não há médicos, nem gestores, participando do GTH. Em outros hospitais com características similares pode haver. Assim como pode também não existir o GTH. E este é só um exemplo, dentre tantas outras peculiaridades locais. As interações entre os indivíduos, grupos, instituições, Governo, entre outros, moldam as ações. A interdependência é crucial para a compreensão dos processos sociais. As dinâmicas territoriais são influenciadas por instituições, relações de poder e processos sociais, que podem ser determinados pelos atores e também transformados por eles (Tirelli, 2014; Favaretto, 2015; Reis, 2005).

A principal limitação da dissertação se relaciona à forma de contratação dos funcionários, se Celetista ou Estatutário. Acreditou-se que esta seria uma questão importante e que seria facilmente percebida no levantamento dos dados em campo. Porém nada relacionado ao tema foi observado. Isso pode ter ocorrido tendo em vista que o estudo não era uma comparação entre um hospital privado e um hospital público. Então, provavelmente, esta questão não teve a atenção necessária para sua problematização, também pelo fato de que este não era um ponto focal da dissertação.

Após as conclusões levantadas, é necessário aprofundar a presente dissertação em futuros estudos que consigam gerar mais subsídios para a discussão da implementação de Políticas Públicas em instituições privadas. As limitações citadas acima seriam tema de pesquisa interessantes. Há um enorme campo de estudo.

Este trabalho, portanto, possibilitou analisar como uma Política Pública é implementada em uma instituição privada, mais especificamente em um hospital, e como se apresenta essa mescla entre o público e o privado.

REFERÊNCIAS

ARRETCHE, M. Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. In: MOREIRA, M. C. R.; CARVALHO, M. do C. B. de (Orgs.). *Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais*. São Paulo: IEE/PUC SP, 2001. p. 43-56.

ARRETCHE, M. “Um federalismo centralizado”. *Blog DADOS – Revista de Ciências Sociais*, 25 mar. 2020. Disponível em: <http://dados.iesp.uerj.br/um-federalismo-centralizado/>. Acesso em: 23 set. 2023.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: parte 1: seção 1, Brasília, DF, n. 123, p. 1-2, 29 jun. 2011a.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Carta dos direitos dos usuários da saúde*. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização – PNH*. Brasília, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 03 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Grupo de Trabalho de Humanização*. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. *O que é? Como implementar? Uma síntese das diretrizes e dispositivos da PNH em perguntas e respostas*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS: Gestão participativa e cogestão*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS: Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS: Trabalho e redes de saúde*. 1. ed., 2. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE. Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/hospitalar/4316802254964>. Acesso em: 24 nov. 2024.

CHERNICHARO, I. M.; FREITAS, F. D. S.; FERREIRA, M. A. Humanização no cuidado de enfermagem: Contribuição ao debate sobre a Política Nacional de Humanização. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 66, n. 4, p. 564-570, jul./ago. 2013.

CIB 526/2024. *Comissão Intergestores Bipartite/RS*. Porto Alegre: Secretaria Estadual de Saúde, 2024.

FARIA, C. A. P. de. *Implementação de políticas públicas: teoria e prática*. Belo Horizonte: PUC Minas, 2012.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS; CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. *Cenário dos Hospitais no Brasil 2021-2022*. FBH/ CNSaúde, maio 2022.

FERREIRA, V. da R. S.; MEDEIROS, J. J. Fatores que moldam o comportamento dos burocratas de nível de rua no processo de implementação de políticas públicas. *Cadernos EBAPE.BR*, v. 14, n. 3, p. 776-793, jul. 2016.

HOSPITAL SANTA CRUZ. Histórico. Disponível em: <https://www.hospitalstacruz.com.br/sobre/historico/>. Acesso em: 26 jun. 2024.

HOSPITAL SANTA CRUZ. Sobre. Disponível em: <https://www.hospitalstacruz.com.br/sobre/>. Acesso em: 18 set. 2023).

LIMA, L. L.; D'ASCENZI, L. Implementação de políticas públicas: perspectivas analíticas. *Revista de Sociologia e Política*, Curitiba, v. 21, n. 48, p. 101-110, dez. 2013.

LIMA, L. L.; D'ASCENZI, L. O papel da burocracia de nível de rua na implementação e (re)formulação da Política Nacional de Humanização dos serviços de saúde de Porto Alegre (RS). *Revista de Administração Pública*, v. 51, n. 1, p. 46-63, jan. 2017.

LIMA, M. L. de O. F.; MEDEIROS, J. J. Empreendedores de políticas públicas na implementação de programas governamentais. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, p. 1251-1270, set./out. 2012.

LIPSKY, M. *Burocracia de nível de rua: dilemas do indivíduo nos serviços públicos*. Brasília: Enap, 2019.

LOTTA, G. A política pública como ela é: contribuições dos estudos sobre implementação para a análise de políticas públicas. In: LOTTA, G. (Org.). *Teorias e Análises sobre Implementação de Políticas Públicas no Brasil*. Brasília: Enap, 2019. p. 11-38.

LOTTA, G. S. O papel das burocracias do nível da rua na implementação de políticas públicas: entre o controle e a discricionariedade. In: FARIA, C. A. (org). *Implementação de Políticas Públicas*. Teoria e Prática. Belo Horizonte: Editora PUCMINAS, 2012. p. 20-49.

LOTTA, G. S. Agentes de implementação: uma forma de análise de políticas públicas. *Cadernos Gestão Pública e Cidadania*, São Paulo, v. 19, n. 65, jul./dez. 2014.

LOTTA, G. S. *Implementação de Políticas Públicas: o impacto dos fatores relacionais e organizacionais sobre a atuação dos Burocratas de Nível de Rua no Programa Saúde da Família*. 2010. Tese (Doutorado em Ciência Política) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

LOTTA, G. S.; OLIVEIRA, M. M. de. Cops, Teachers and Counselors, 2ª ed.: Narrativas sobre a linha de frente dos Serviços Públicos. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 38, n. 111, 2023.

MARQUES, E. C. Redes sociais e instituições na construção do Estado e da sua permeabilidade. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 14, n. 41, p. 45-67, out. 1999.

MORAES, P. da S. *O papel dos burocratas de médio escalão na implementação da lei da liberdade econômica: um estudo de caso no Município de Campo Bom/RS*. 2023. Dissertação (Mestrado em Dinâmicas Regionais e Desenvolvimento) – UFRGS, Porto Alegre, 2023.

PEREIRA, A. B.; NETO, J. L. F. Processo de Implantação da Política Nacional de Humanização em Hospital Geral Público. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 67-87, jan./abr. 2015.

PIRES, R. C. P.; LOTTA, G. S. Burocracia de Nível de Rua e (Re)produção de Desigualdades Sociais: comparando perspectivas de análise. In: PIRES, R. R. C. (org.). *Implementando Desigualdades: reprodução de desigualdades na Implementação de Políticas Públicas*. Rio de Janeiro: Ipea, 2019. p. 127-152.

PIRES, R. R. C. *Implementando desigualdades: reprodução de desigualdades na implementação de políticas públicas*. Rio de Janeiro: Ipea, 2019.

RIOS, I. C. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 33, n. 2, p. 253-261, abr. 2009.

SECCHI, L. *Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos*. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2013.

SECCHI, L. Atores no processo de política pública. In: SECCHI, L. *Políticas Públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos*. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2014. p. 99-134.

SILVA, F. D.; CHERNICHARO, I. M.; SILVA, R. C.; FERREIRA, M. A. Discursos de enfermeiros sobre humanização na unidade de terapia intensiva. *Escola Anna Nery*, v. 16, n. 4, p. 719-727, out./dez. 2012.

SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias*, Porto Alegre, ano 8, n. 16, p. 20-44, jul./dez. 2006.

TIRELLI, C. As contribuições da sociologia relacional para as análises das organizações sociais do campo da assistência: o caso da Rede Parceria Social/RS. *REDES – Revista de Desenvolvimento Regional*, Santa Cruz do Sul, v. 19, ed. especial, p. 25-43, 2014.

APÊNDICES

Anexo I - Guia de observação nas reuniões do Grupo de Trabalho de Humanização - GTH

1. Registrar o número de participantes, a formação e o setor de cada funcionário no hospital e sua função dentro do grupo;
2. Identificar como é definida a pauta das reuniões. Quem sugere os assuntos? Todos têm liberdade para sugerir ou os tópicos a serem discutidos já são definidos previamente?
3. Todos os participantes tem liberdade para sugerir ações? Como isso se dá?
4. Solicitar cópia da ata da reunião;

Anexo II - Entrevista com integrantes do GTH

Nome: _____ Idade: _____

Profissão, cargo e setor onde atua: _____

Horário de trabalho: _____

Desde quando trabalha no hospital: _____

Dede quando faz parte do GTH: _____

O que tu consideras como humanização?

Vocês levam em consideração as diretrizes e os dispositivos da PNH para propor as ações planejadas no final do ano ou elas surgem no cotidiano da instituição?

Como são definidas as pessoas que farão parte do GTH?

Como surgem as pautas das reuniões?

Pelo teu ponto de vista, quais são as principais dificuldades para implementar a humanização no hospital?

Tu tens conhecimento sobre a participação de um consultor da PNH enviado pelo Ministério da Saúde para auxiliar no processo de implementação?

Existe alguma forma de os pacientes (ou usuários que já receberam alta) participarem na construção das ações do hospital?

Por que não há médicos no GTH?

Há algo mais que você gostaria de dizer?

Anexo II - Guia preliminar para entrevista

Nome: _____

Idade: _____

Cargo e setor onde atua: _____

Escolaridade: _____

Horário de trabalho: _____

Tempo de trabalho no hospital: _____

Trajetória profissional: _____

O que tu consideras como humanização?

O que tu conheces sobre a Política Nacional de Humanização?

EM RELAÇÃO AO GTH:

Participa do Grupo de Trabalho de Humanização?

A direção do hospital define quem participará do GTH? Se sim, que critérios são utilizados para essa escolha?

A direção define as atividades que serão executadas pelo GTH?

Como se dá a participação da direção no GTH?

Pelo teu ponto de vista, quais são as principais dificuldades para a implementação da Política Nacional de Humanização no hospital?

Tu tens conhecimento sobre a participação de um consultor da PNH enviado pelo Ministério da Saúde para ajudar no processo de implementação?

Existe alguma forma de os pacientes (ou usuários que já receberam alta) participarem na construção das ações do hospital?

Há algo mais que você gostaria de dizer?