

ESTADO DE SANTA CATARINA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
CEDRHUS - CENTRO DESENVOLVIMENTO RECURSOS HUMANOS  
GESPE - GERÊNCIA DE ESPECIALIZAÇÃO E PROJETOS ESPECIAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO HOSPITALAR

**SAÚDE E CIDADANIA - REFLEXÕES SOBRE A PRÁTICA  
PROFISSIONAL NA UNIDADE DE NEUROTRAUMATOLOGIA DO  
HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS - FLORIANÓPOLIS-SC  
UMA EXPERIÊNCIA EM CENA**

ESPECIALIZANDA: MARIVONE MENDONÇA DAMÁZIO

FLORIANÓPOLIS  
1998

ESTADO DE SANTA CATARINA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
CEDRHUS - CENTRO DESENVOLVIMENTO RECURSOS HUMANOS  
GESPE - GERÊNCIA DE ESPECIALIZAÇÃO E PROJETOS ESPECIAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO HOSPITALAR

**SAÚDE E CIDADANIA - REFLEXÕES SOBRE A PRÁTICA  
PROFISSIONAL NA UNIDADE DE NEUROTRAUMATOLOGIA DO  
HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS - FLORIANÓPOLIS-SC  
UMA EXPERIÊNCIA EM CENA**

MARIVONE MENDONÇA DAMÁZIO

COORDENADOR: PROF. ALCIDES MILTON DA SILVA

ORIENTADOR: PROF. OCTACÍLIO SCHULER SOBRINHO

FLORIANÓPOLIS  
1998



## DEDICATÓRIA

*“Não devemos permitir que alguém saia da nossa presença sem sentir-se melhor e mais feliz”.*

(Madre Tereza de Calcutá)

Gostaria de dedicar este trabalho, a dois profissionais que me ensinaram o significado no seu mais profundo sentido, do valor humano, em qualquer que seja a sua condição.

A **Assistente Social Shirley**, chefe do setor de Serviço Social, mas acima de tudo amiga ...

Ao **Dr. Thales**, pela dedicação, competência, humanidade com os pacientes e familiares.

Vocês fazem diferença na humanidade!

## AGRADECIMENTOS

*“A pessoas fazem história quando se movimentam no horizonte da Esperança.*

*As pessoas superam as circunstâncias vividas no presente, quando juntos numa mesma motivação partilham da confiança. As pessoas estabelecem novas formas de convivência e ação social, quando se situam no horizonte das conquistas”.*

(José Vanderley Geraldi)

Agradeço especialmente à todos vocês que representam apoio, e confiança para efetivação desta conquista.

A Deus, pelo dom da vida.

Aos meus pais, pelo incentivo e oportunidade ao cenário acadêmico.

Ao meu esposo, Pedro, pelo carinho, paciência e amor, nos momentos de ausência.

A Mariângela, minha irmã, querida, sempre presente e participante.

Ao setor de Serviço Social:

- A Assistente Social Josiane, pela sua disposição e incentivo.
- A Gilda, Glória, Fernando e Vilmar, pela colaboração.

Todos os colegas do Censo, em especial, ao amigo Mário, Raquel e Niete pelo carinho e consideração que sempre manifestaram.

A Assistente Social, amiga e companheira de Curso, Miriam, pela exemplo de competência e responsabilidade.

Ao setor de Neurotraumatologia e Ortopedia:

- Enfermeira Cristina, Ana Paula, Eder e Rosana, exemplos de dedicação, humanidade e competência junto aos pacientes da Unidade.

A todo corpo clínico e técnico, que nos fazem compreender por suas ações e muitas vezes por aquilo que deixam de fazer, toda a realidade da neurotraumatologia.

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	06
ABSTRACT.....	07
BASE MONOGRÁFICA.....	08
INTRODUÇÃO.....	09
CAPÍTULO I	
O HOSPITAL E A REFORMA SANITÁRIA, UMA CONTRIBUIÇÃO PARA A DISCUSSÃO SOBRE OS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	13
1.1 - Algumas Considerações sobre a Trajetória Histórica do Hospital.....	13
1.2 - Construindo o Projeto de Mudanças: O Movimento da Reforma Sanitária.....	27
1.2.1 - O Sistema de Saúde nas Décadas de 80 e 90.....	31
1.3 - Hospital Governador Celso Ramos: Um Espaço Público como Espaço de Cidadania.....	37
CAPÍTULO II	
UNIDADE DE NEUROTRAUMATOLOGIA: UM DESAFIO PROFISSIONAL SIGNIFICATIVO.....	45
2.1 - Os Pacientes Neurotraumatizados: Uma Experiência em Cena	
2.2 - Algumas Reflexões sobre Ética e Atuação Profissional na Unidade de Neurotraumatologia.....	51
2.3 - A Presença da Morte no Contexto da Vida.....	55
CAPÍTULO III	
O SERVIÇO SOCIAL ENQUANTO AÇÃO POLÍTICA PEDAGÓGICA NA ÓTICA DO DIREITO SOCIAL.....	64
3.1 - A Condição Humana das Pacientes Neurotraumatizadas no Processo de Globalização.....	64
3.2 - Caracterizando um Novo Olhar, sobre um Velho Cenário: A Perspectiva de uma Nova Gestão.....	68
CAPÍTULO IV	
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	85
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	88

## **APRESENTAÇÃO**

A presente monografia está subsidiado, na tentativa de sistematização teórica – metodológica da conclusão do Curso de Especialização em Gestão Hospitalar, coordenado e conveniado pela Universidade Federal de Santa Catarina e Secretaria de Estado da Saúde, sendo organizado pelo Centro de Recursos Humanos da Saúde, na Gerência de Especialização de Projetos Especiais, no período de março a dezembro de 1988, intitulado: Saúde e Cidadania – Reflexões sobre a Prática Profissional na Unidade de Neurotraumatologia do Hospital Governador Celso Ramos. Uma experiência em Cena.

A unidade de neurotraumatologia do Hospital Governador Celso Ramos é referência no atendimento à pacientes neurotraumatizados em todo o Estado.

Desta forma, possui uma equipe profissional, que busca incessantemente qualificar o atendimento oferecido na respectiva unidade no sentido de garantir aos usuários destes serviços, condições plenas do exercício de sua cidadania, enquanto espaço legítimo do direito à saúde.

A relevância, desta elaboração teórica se faz presente na medida em que discute práticas que estão relacionadas à saúde, que apontam a co-responsabilidade destes profissionais na garantia, proteção e fortalecimento da saúde, como questão de valores e de vontade política administrativa.

## **BASE MONOGRÁFICA**

Situações radicais referentes a saúde e a doença no cunho pessoal ou coletivo, são particularmente reais, do sentido, prestando-se portanto, a alvo de análises e reflexões, que subsidiam o presente trabalho na Unidade de Neurotraumatologia do Hospital Governador Celso Ramos.

A pesquisa neste sentido, ensejou a narração de participações e fatos da prática realizada pela equipe de saúde, na respectiva unidade, na medida em que toca os temas da vida, da morte, da cultura, da gestão hospitalar, em que estão envolvidos pela singularidade dos sujeitos e profissionais que constituem o cenário da Unidade de Neurotraumatologia do Hospital Governador Celso Ramos.

## **ABSTRACT**

This work was developed in order to present a theoretical-methodological system for the conclusion of Management Hospital Postgraduate Course, coordinate and supported by the Federal University of Santa Catarina and the Administration State of Health, and is was organized by de Health Resources Center, in the management of special projects, from March and December of 1998, called: Health and Citizenship - Reflections about the Professional Practice in the Neurotraumatological Unit of Governador Celso Ramos Hospital - An Experience senary. The Neurotraumatological Unit of G.C.R. Hospital is recognized by its efficiency assinting Neurotraumatizados patients all over the State. Thus, it has a professional team, always searching qualify its assistance in this Unit in order to offer good conditions to the people wich use this kind of service, respecting their health rights. As we discuss ractices with are related to health, this work becomes very important, because it shows a co-responsibility of these professionals for the guarantee and protection of halth, as a matter of values and administration-policy will.

## INTRODUÇÃO

Escrever sobre um tema nos remete a elaboração e idealizações que nos estimulam, ao mesmo tempo que nos desafiam.

Decidir sobre um tema transformá-lo em objeto a ser analisado denuncia o nosso desejo, aponta a nossa escolha, demonstra o nosso querer conhecer algo que nos desperta a curiosidade e nos causa inquietações.

Foi a partir dessa forma de entendimento que resolvemos entrar em um campo bastante discutido e tradicionalmente criticado pela sociedade: a saúde; com a intenção de analisar sua estruturação como saber científico e sua atuação diante da vida e da morte.

A equipe de saúde, pela importância que tem, em virtude de tratar da vida, compreendendo seus sinais, percebendo o organismo em sua complexidade e integridade, despertou o nosso interesse de análise.

Assim, buscamos, entender como se dá a constituição da equipe de saúde como um dos instrumentos a manutenção da saúde dos indivíduos, a fim de compreender sua atuação e relação com os pacientes, familiares e profissionais, pretendemos analisar de que modo o saber médico-científico se comporta ou atua diante da doença, considerando que todos os meios técnicos disponíveis utilizados por tal saber e que , às vezes não modifica o quadro do doente e a doença que o levará inexoravelmente para a morte.

A análise deste tema nos remete ao estudo de aspectos tais como morte e doença, que são vistos como mórbidos pela sociedade, denunciando assim uma certa rejeição por parte da nossa cultura em tratá-los: a morte, por não sabermos lidar com um fato inquestionável, por carregar o estigma do sofrimento, do atestado de finitude, de óbito.

Talvez o não falar sobre tais aspectos ou relutar em tratá-los não esteja somente associado à cultura que através dos seus traços nos ensina ou nos impõe comportamentos e sentimentos, mas também em razão do fato de ambas – doença e morte – serem arbitrários, de terem o poder de determinar os destinos, de intervirem nas relações, no cotidiano dos indivíduos e modificá-lo por completo.

A morte não entende os conceitos – de cidadania, de respeito ao outro. Simplesmente chega e retira a vida, sem hora nem dia marcados por nós.

Torna-se absoluta e mutante na sua forma de chegar – abruptamente, dolorosa, lenta ou mansamente, às vezes pedindo licença.

O trauma também. Só que, neste caso, o indivíduo pode recorrer a um saber que se interpõe durante um tempo – longo ou curto – na sua defesa: o saber do médico e da equipe de saúde.

Em razão dessas considerações, achamos bastante oportuno desenvolver um estudo que aprofunde a temática de como atuam os profissionais da saúde diante de pacientes neurotraumatizados que deixa o organismo humano em condições precárias e que impõe, de certa forma, no espaço físico onde é tratado, ou seja o hospital, uma resposta a sua situação.

Nosso interesse em realizar estudos na área da saúde atravessou caminhos nem sempre tranquilos, mas, em consequência dos conflitos ocorridos durante o período de questionamento e esclarecimentos, tiramos definitivamente da obscuridade o nosso objeto.

Consideramos de fundamental importância nossa participação no trabalho desenvolvido na Unidade de neurotraumatologia, para a definição de nosso tema de estudo. Pois tivemos acesso a um universo de opiniões dadas sobre sua atuação como profissionais e seus posicionamentos diante da profissão, da realidade social e do seu objeto de responsabilidade imediata – o paciente.

Assim, ao longo dos capítulos que se seguirão, procuraremos mostrar para o leitor a dificuldade de se construir certezas acerca da vida, principalmente quando esta é ameaçada de forma explícita pela morte, que apesar de ser a única certeza que temos, se torna insustentável por apontar a nossa finitude, que não é desejada.

Distribuímos nosso trabalho em três partes.

A primeira trata da construção da história do hospital e da reforma sanitária, onde fazemos um “passeio” a partir dos diversos conceitos e práticas de saúde, com o intuito de compreender as variadas formas de inflexão destes conceitos.

A segunda parte, procura mostrar a relação da Equipe de Saúde, onde destacamos a Unidade de Neurotraumatologia com os pacientes e familiares apontando a variedade de aspectos e dificuldades enfrentados por esses profissionais e as formas que encontram para lidar com eles.

A última parte do trabalho, ressalta o aspecto sócio-econômico, como significativo na vida dos pacientes, as possibilidades de reintegração na sociedade globalizada e finalmente aponta reflexões, quanto a uma nova proposta de gestão hospitalar que subsidie as necessidades da referida Unidade.

Consideramos da maior relevância este tema na atualidade, pois supomos que o pouco questionamento que é feito sobre a atuação médica decorre da nossa própria formação cultural que nos possibilita familiarizações com assuntos que tocam a essência da vida, nos causa medo, temor, sofrimento e angustia. No entanto, consideramos que, tais sentimentos fazem parte do todo e devem ser abordados e vivenciados, assim como na alegria e o prazer. Todos têm sua funcionalidade e vivenciá-los é o que dá sentido à existência.

*Haverá na face de todos um profundo assombro  
E na face de alguns risos sutis cheios de reserva  
Muitos se reunirão em lugares desertos  
E falarão em voz baixa em novos possíveis milagres  
Como se o milagre tivesse realmente se realizado  
Muitos sentirão alegria  
Porque deles é o primeiro milagre  
E darão o óbalo do fariseu com ares humildes  
Muitos não compreenderão  
Porque suas inteligências vão somente até os processos  
E já existem nos processos tantas dificuldades....*

*Alguns verão e julgarão com a alma que eles não tem  
Ouvirão apenas dizer...*

*Será belo e será ridículo  
Haverá quem mude com os ventos  
E haverá quem permaneça na pureza dos rochedos  
No meio de todos eu ouvirei calado e atento, comovido e risonho  
Escutando verdades e mentiras.*

*Mas não dizendo nada.*

*Só a alegria de alguns compreenderem bastará  
Já que tudo aconteceu e para que eles compreendessem.*

*Que as águas mais turvas contém as vezes as pétalas mais bela.*

(Vinicius de Moraes)

# **CAPÍTULO I**

## **O HOSPITAL E A REFORMA SANITÁRIA. UMA CONTRIBUIÇÃO PARA A DISCUSSÃO SOBRE OS SERVIÇOS DE SAÚDE**

### **1.1 – Algumas Considerações sobre a Trajetória Histórica do Hospital**

Neste primeiro momento, buscamos resgatar, por intermédio da pesquisa bibliográfica, o movimento de transformação do conceito e da função do hospital.

Historicamente, temos que nos referir ao Ministério da Saúde, que conceitua assistência médico-hospitalar, como aquela que tem por base a ação de um serviço médico (ambulatório, posto de assistência médica, clínica, policlínica, serviço hospitalar) e/ou do hospital e assistência hospitalar geral, aquela prestada pelos hospitais gerais e especializados, com exceção dos que se destinam exclusivamente ao tratamento de tuberculose, hanseníase e doenças mentais.

Por sua vez, também define hospital como parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médica integral, curativa e preventiva, sob quaisquer regimes de atendimento, inclusive o domiciliar, constituindo-se também em centro de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisas em saúde, bem como de encaminhamentos de pacientes, cabendo-lhes supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a ele vinculados tecnicamente e estabelecer definição diversa de hospital geral, que seria aquele hospital destinado a atender pacientes portadores de doenças das várias especialidades médicas. Poderá ter a sua ação limitada a um grupo etário (hospital infantil), a determinada camada da população (hospital militar, hospital previdenciário) ou a finalidade específica (hospital de ensino) e hospital especializado, como destinado, predominantemente, a pacientes necessitados de assistência de uma determinada especialidade médica.

Historicamente, a palavra hospital vem do latim *hospitais*, adjetivo derivado de *hospes* (hóspede, estrangeiro, viajante, conviva) significando também o que dá agasalho, que hospeda.

Do étimo latino surgiram os termos que foram, mais tarde, aceitos por diversos idiomas: *hospital*, *ospedale*, etc.

Entretanto, nos primórdios da era cristã, a terminologia mais usada foi relacionada com o grego e o latim, salientando-se:

*Nosocomium*: lugar para tratar doentes, asilo de enfermos;

*Nosodochium*: lugar para receber doentes;

*Ptochotrophium*: asilo para pobre;

*Poedotrophium*: asilo para crianças;

*Xenotrophium*: asilo e refúgio para viajantes estrangeiros;

*Gynetrophium*: hospital para mulheres;

*Gerontokomium*: asilo para velhos;

*Hospitium*: lugar onde os hóspedes eram recebidos, daí o nome de Hospício para estabelecimento que recebia enfermos pobres, incuráveis ou insanos.

Todavia, somente a partir da era cristã, o nosocômio passou a ser encarado como entidade assistencial para doentes, pobres e peregrinos, numa estrutura em que a proteção e o amor ao próximo constituíam o seu fundamento.

Para Mac Eachern, as primeiras instituições hospitalares construídas dentro da nova era datam da Segunda metade do século IV, com o estabelecimento do nosocômio erguido por S. Basílio (369 a 372 dC) em Cesaréia, na Capadócia, enquanto outros autores citam o hospital mandado erguir por D. Fabíola, em Roma, nesse mesmo século, como o primeiro hospital cristão.

O Imperador Constantino, ao abraçar a fé cristã, fez destruir os templo de Esculápio (335 dC) e construiu um hospital em Constantinopla para estrangeiros e peregrinos em demanda da Terra Santa.

Este foi denominado xenodoxium, ou asilo para estrangeiros.

O hospital foi inicialmente estabelecido como instituição filantrópica e agência de auxílio aos pobres e, simultaneamente, caracterizado como instituição religiosa e espiritual.

O cuidado espiritual, a oração e os ofícios religiosos para os moribundos eram fatores predominantes em cada hospital cristão.

Autores credenciados citam como os mais célebres hospitais da França “Hôtel de Dieu”, de Lyon (542), e o “Hotel de Dieu”, de Paris, construído pelo Arcebispo Landri, que foram marcos de progresso na assistência hospitalar na Idade Média. Na Inglaterra, os primeiros hospitais construídos foram o de “St. John”, edificado por Langranc, Arcebispo de Canterbury, em 1804, dentro da terminologia de hospital geral, e o “St. Bartholomew, antes de lepra, atualmente hospital geral.

Em 1536, Henrique VIII encampou o Hospital “St. Bartholomew” e entregou-o ao “Lord Mayor”, de Londres, para administrá-lo.

O “St. Thomas”, outro grande hospital inglês, construído no século XIII, também foi encampado por Henrique VIII quando fechou os conventos.

A feição religiosa das organizações hospitalares parece ter tomado vulto entre os séculos XII e XVI, nos mosteiros. Nesse período, os frades aprendiam noções de medicina. Com o correr dos tempos, os monges passaram a se utilizar da prática médica fora dos conventos, atendendo aos chamados dos enfermos.

Os Concílios de Clermont, em 1130, e de Letran, em 1139, proibiram, aos monges e canônicos regulares, o exercício da prática médica.

O Concílio de Viena, em 1312, decidiu que o tratamento dos enfermos deveria ser feito por leigos. Aos religiosos competia o direito da assistência espiritual. Carlos Magno, por intermédio de Édito, exigiu que as igrejas tivessem hospitais.

Os maometanos também mostraram-se pródigos na construção de hospitais.

Alguns hospitais de grandes proporções foram estabelecidos em Odessa, Hippo e Éfeso. O Califa El Weid fundou um hospital em Damasco, em 707.

Harum-al-Raschid (786-801) ordenou que cada mesquita tivesse um nosocômio anexo. Em seu califado, surgiu uma instituição hospitalar em Bagdá, modelada por Gondisapur. Essa instituição tornou-se famosa e teve um grande médico, Avicena (980 – 1036), cognominado “o príncipe dos médicos”, também muito conhecido como “pai da Geologia”, pelos estudos que realizou sobre a origem das montanhas.

No Cairo, em 970, Adud-al-Daula organizou um grande hospital onde 25 médicos prestavam serviços. Além disso, examinavam, ensinavam e conferiam diplomas.

As instituições hospitalares maometanas formavam grandes blocos de aspecto quadrangular. Possuíam enfermaria separada para mulheres, para convalescentes, para especialidades médicas, cozinha dietética, biblioteca, capela e asilo de órfãos. Dispunham de enfermeiros de ambos os sexos e davam elevada somas aos pobres que recebiam alta para as primeiras despesas fora do hospital.

A alimentação era boa, e aos doentes que sofriam de insônia oferecia-se música e pessoas contando histórias para adormecê-los.

O IV Concílio de Cartagena ordenou que os hospitais fossem edificadas ao lado da igreja.

O Concílio de Aquisgrana traçou as regras para a construção das instituições hospitalares. Assim, a entidade deveria ter o seu edifício colocado na vizinhança da catedral e dos conventos.

Cada sala teria um altar. As camas dos pacientes deveriam ser dispostas de modo que permitisse a observação dos ofícios religiosos. Dava-se grande importância à capela e reservava-se espaço para sepultamento dos benfeitores e administradores da obra.

Na Renascença, as organizações hospitalares foram adquirindo, cada vez mais, caráter municipal. Era a consequência do movimento que, a partir do século XIII, começou a subtrair os nosocômios da influência monástica medieval.

O financiamento do hospital medieval reflete sua origem e seu propósito. A caridade medieval era consequência de um dos mais fortes sentimentos da época, o desejo da salvação, da santificação.

Doações, legados, oferendas, terras e construções proveram as bases financeiras do hospital da Idade Média.

As congregações religiosas que cuidavam de enfermos tiveram sua origem e seu maior desenvolvimento durante essa época. Assim, cresceram e se desenvolveram as Ordens dos Cavaleiros Teutônicos, Templários, de S. João, de Santo Antônio, do Espírito Santo, etc.

Em 1634, instituiu-se a Congregação das Irmãs de Caridade de São Vicente de Paula, originada no “Hotel de Dieu”, de Paris, e constituída, inicialmente, por um pequeno grupo de jovens que haviam aprendido enfermagem.

Todavia, um fato com características negativas serviu de base para uma reformulação de tudo o que constituía planejamento hospitalar: o incêndio do “Hotel de Dieu”, de Paris, em 1772. Sua lotação era de 1.100 leitos individuais e 600 coletivos.

A Academia de Ciências de Paris foi incumbida pelo Governo de formar uma comissão para a elaboração de um projeto de reforma. Tal comissão, integrada por grandes nomes da ciência daquela época, tais como Lavoisier, Tennon, Laplace e Tillet, chegou a conclusões que foram utilizadas por mais de um século em grande número de instituições hospitalares.

Havia um projeto inicial para a reconstrução, prevista a capacidade de 5.000 leitos, contra o que a comissão se rebelou apresentando as seguintes conclusões:

- 1 – redução do número de leitos de cada hospital – 1.200 leitos;
- 1 – redução do número de leitos de cada enfermaria;
- 2 – maior isolamento das salas umas das outras;
- 3 – condenação das salas contínuas;
- 4 – disposição das salas a fim de se constituírem aberturas de todos os lados para renovação do ar;
- 5 – colocação dos pavilhões em ordem paralela e orientados no sentido mais favorável;
- 6 – exposição das fachadas, uma ao norte e a outra ao sul;
- 7 – construção de um só pavilhão destinado aos enfermos ou dois pavimentos em caso de escassez de terreno;
- 8 – concessão para três andares, em certos casos, o mais elevado para os empregados, o térreo e o intermediário para os enfermos.

Em 1788, Jacobus René Tennon publicou uma série de memórias sobre os hospitais de Paris contendo sua famosa descrição do “Hotel de Dieu”, considerado nessa época um verdadeiro criadouro de enfermidades. Seus leitos coletivos chegavam a Ter de quatro a seis pacientes. Havia sempre internados cerca de 480 pacientes de isolamento; os vestíbulos e corredores maiores continham perto de 800 doentes deitados em colchões de palha e, com freqüência, atirados sobre montes de palha, em condições espantosamente precárias.

As enfermidades contagiosas agudas estavam em íntima relação com os casos benignos, e a ventilação era tão abominável que os criados e inspetores não podiam entrar pela manhã sem uma esponja embebida em vinagre colocada sobre a

face. As febres e outras infecções eram a regra. A mortalidade atingia um percentual de 20% e a recuperação das enfermidades cirúrgicas era verdadeira raridade. Muitas instituições hospitalares foram construídas no século XVIII, mas no que se refere à limpeza e administração, chegaram ao nível mais baixo de toda a história da medicina.

Na América, o primeiro hospital foi construído por Fernando Cortez, na cidade do México, em 1524, com o nome de “Jesus Nazareno”.

A assistência hospitalar no Brasil teve início logo após o nosso descobrimento.

Havia, na época, uma acentuada tendência dos países colonialistas, no caso, Portugal, de transferir para as regiões em processo de colonização todo o seu acervo cultural. Estava em franca evolução o sistema criado pela Rainha D. Leonor de Lencastre, que deu origem a obras de Misericórdia, culminando com a instituições das Santas Casas.

Antes mesmo de receber os seu primeiro Governador-Geral, a Terra de Santa Cruz viu surgir uma obra de misericórdia, erigida em Santos, por Braz Cubas, no ano de 1543 – o primeiro hospital do Brasil.

Mais adiante, Olinda construiu o seu primeiro hospital e, antes do final do século XVI, foi também criada a Santa Casa de São Paulo.

A influência recebida fez com que proliferassem instituições hospitalares inspiradas pelo espírito caritativo. A comunidade, ciente de sua responsabilidade, criou e desenvolveu uma assistência hospitalar completamente separada da ação ou pelo menos do espírito do governo português.

Após a Independência e a instituição do regime republicano, poucas foram as medidas de inspiração governamental que ao menos estabelecessem normas para a criação de hospitais.

Na realidade, apesar do grande número de estabelecimentos hospitalares disseminados pelo país, somente após a terceira década do século XX é que a

administração hospitalar começou a apresentar sinais de presença, pelo menos como potencial.

No nosso país, dois grandes projetos marcaram o início da nova era hospitalar: construção e organização do novo Hospital da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Santos e do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo.

Assim, no início da Segunda metade deste século, surgiram os cursos com vistas à formação de administradores hospitalares na Universidade de São Paulo, na Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, em entidades religiosas como a da Ordem dos Camilianos, a Universidade UNAERP, de Ribeirão Preto, e dezenas de instituições disseminadas por todo o território nacional.

Há que se cuidar de sua economia orgânica para a obtenção do máximo de resultados com os recursos despendidos, e a otimização de tais recursos depende de organização racional.

O Dr. John S. Billings, na abertura do “Hospital John Hopkins”, de Baltimore, definiu o hospital como “um organismo vivo, constituído de diferentes partes, tendo funções diversas, mas todas na devida proporção, relacionadas entre si e no conjunto para produzir os resultados desejados.

A diferença entre um organismo biológico e uma organização empresarial está em que o primeiro parte da simplicidade celular para a complexidade orgânica, muito lenta e progressivamente, segundo leis biológicas; a Segunda não tem o seu plano elaborado por um código genético evolutivo, mas deve ser ele previamente organizado segundo princípios, normas, métodos e processos racionais – aqui o plano antecede a própria empresa.

Analisando os aspectos característicos da complexidade de uma organização hospitalar, adverte Mac Eachern:

*“De todas as empresas modernas, nenhuma é mais complexa do que o hospital. Como objetivo fundamental, tem ele um simples propósito: receber o corpo*

*humano quando, por alguma razão, se tornou doente ou ferido, e cuidar dele de modo a restaurá-lo ao normal, ou tão próximo quanto possível do normal”.*<sup>1</sup>

Assim conceituado, o hospital deve ser encarado sob a forma de uma instituição dotada de planta física, equipamento e organização adequados à recepção de pacientes em regime de internação como ao seu tratamento, a fim de devolvê-los à comunidade em condições satisfatórias de saúde.

Acontece que a definição de saúde tem evoluído através dos tempos, ligando o seu conceito ao próprio desenvolvimento da medicina e ciências afins, e exigindo dos estudiosos uma adaptação progressiva e permanente aos avanços da tecnologia médica.

Também a noção de doença é igualmente elástica.

Entre os romanos, *morbis* significa enfermidade da alma, o vício, a paixão, a desordem do espírito, para Plauto, a dor, a mágoa, a pena, a aflição, o pesar, a tristeza.

Para nós, o problema da doença e da restauração da saúde deve ser encarado, também, sob o prisma social e econômico, visto o paciente em relação à comunidade.

Rosen, analisando a doença sob o ponto de vista social, salienta:

*“Doença cria dependência. O doente necessita não somente do tratamento médico, mas também de cuidados pessoais e carinhos”.*<sup>2</sup>

Se assim é, o hospital precisa ser encarado não apenas como o nosocômio clássico – onde se curam as doenças ouse procura fazê-lo -, mas como a casa em que o hóspede é pessoa sagrada, um membro para com quem a comunidade tem deveres, inclusive o de promover a sua completa reintegração social, mais do que a recuperação somática, psíquica ou psicossomática.

---

<sup>1</sup> EACHIRN, Mac, 1995, p. 45.

<sup>2</sup> Ibidem op. cit. p.1.

Há que encarar o problema também sob o ângulo econômico, pois já se tornou um truísmo a constatação de que “cada povo tem a saúde que pode pagar.”

Lembra J.K. Owen, em constatação exemplar:

*“O hospital deve trabalhar 365 dias no ano e, muito embora seja olhado como instituição humanitária, encontra os mesmos problemas econômicos das indústrias.”*<sup>3</sup>

Não poderia ser de outro modo, tratando-se de organização complexíssima a exigir planejamento total e gestão eficiente.

Aqui vale repetir a lição de McGibony:

*“O sucesso do hospital está baseado numa tríade: bom planejamento comunitário, bom projeto e construção e boa administração. Em termos de cuidado com o paciente, eficiência e serviços comunitários, a falta de um item dessa combinação gera um hospital medíocre.”*<sup>4</sup>

Cada um desses três itens implica investimento financeiro, com os órgãos de atividades meio e fim, no custeio do pessoal e material. A redução dos custos redundará em deficiência do serviço hospitalar, a menos que decorra de planejamento científico. Observando detidamente os diversos conceitos de nosocômio, deparamo-nos logo com o sentido de responsabilidade que tal instituição deve Ter em relação à comunidade a que serve.

Reciprocamente, a comunidade tem obrigações para com o seu hospital, resultando uma verdadeira simbiose – e não um círculo vicioso – uma interdependência sociogênica infranqueável.

Verificamos, no estudo dessa relação hospital – comunidade, que, por séculos, o conceito de finalidade principal da instituição hospitalar se resumiu ao cuidado da doença.

---

<sup>3</sup> OWEN, J. K., 1994, p. 36.

<sup>4</sup> MC GIBONY, 1986, p. 87.

As funções do hospital foram sendo alteradas e atingiram tal complexidade que, hoje, é impossível aceitarmos a idéia simplista do “diagnóstico e tratamento da doença.”

Assim, houve a necessidade de evolução do estudo e classificação das funções do hospital.

A Comissão de Peritos em Assistência Médica da Organização Mundial de Saúde (OMS), em reunião realizada em Genebra, de 18 a 23 de junho de 1956, definiu o hospital como “*uma parte integral de uma organização médica e social, cuja função é prover completa assistência de saúde à população – curativa e preventiva – cujos serviços atingem a família e seu meio ambiente.*”

É, também, um centro destinado ao treinamento de pessoal de saúde, bem como à pesquisa bio-psico-social.

A referida Comissão discutiu as funções do hospital geral e sentiu que este não poderia limitar suas atividades à esfera restaurativa, e sim, tanto quanto possível, organizar-se no sentido de servir às necessidades preventivas, como também às do ensino e da pesquisa. As funções padronizadas por aquela Comissão da OMS foram:

**1 – Restaurativa, compreendo:**

- a) diagnóstico: ambulatório e internação;
- b) tratamento da doença: curativo e paliativo, envolvendo os procedimentos médicos, cirúrgicos e especiais;
- c) reabilitação: física, mental e social; e
- d) cuidados de emergência: acidentes e doenças (mal súbito);

**2 - Preventiva, incluindo:**

- a) supervisão da gravidez normal e nascimento da criança;
- b) supervisão do crescimento normal da criança;

- c) controle das doenças transmissíveis;
- d) prevenção das enfermidades prolongadas;
- e) prevenção da invalidez mental e física;
- f) educação sanitária; e
- g) saúde ocupacional.

### **3 – Ensino, incorporando:**

- a) graduação médica;
- b) pós- graduação: especialidade e praticantes em geral;
- c) enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem;
- d) interessados em Medicina Social; e
- e) outras profissões correlatas.

### **4 – Pesquisa, reunindo:**

- a) aspectos sociais, psicológicos e físicos da saúde e da doença; e
- b) práticas hospitalares, técnicas e administrativas.

A função restaurativa seria executado por um complexo técnico englobando aquilo que poderíamos considerar o papel mais importante do hospital. Entretanto, os conceitos mudaram, a técnica evoluiu e a ciência ocupou o lugar do empirismo, substituindo a tradição pela pesquisa contínua e conseqüente.

Assim a simples idéia de função restaurativa já deve pressupor a existência de uma entidade provida de instalações, equipamentos e organizações a fim de permitir o estabelecimento do diagnóstico precoce e tratamento adequado das doenças.

A realidade brasileira nos mostra que, até a Segunda metade do século XX, os hospitais foram construídos, salvo raras exceções, sem qualquer planejamento, tendo em vista apenas as necessidades comunitárias de subsistência.

Isso dificultou a evolução das funções, pois não se estabeleceu sequer um conjunto de condições favoráveis ao cumprimento da atividade relacionada com o diagnóstico e o tratamento.

O hospital sempre apresentou um investimento financeiro de grande porte, enquanto a comunidade assistida exigia um mínimo de segurança. É necessário, portanto, que esse investimento apresente resultado favorável, só o aspecto da rentabilidade econômica e financeira ou dos serviços à comunidade.

O empirismo no planejamento hospitalar tem acarretado evasão de recursos comunitário e impedindo a instituição dinâmicas e eficientes.

Os países em desenvolvimento não podem fugir da premissa de que os esforços devem ser dirigidos à plena utilização dos recursos disponíveis, onde autoridades e povo, numa simbiose autêntica e numa sinergia necessária, caminhem juntos, em benefício da instituição de organizações que estabeleçam o diagnóstico precoce e o tratamento adequado. Isto não somente permite economia, como admite uma boa dose de eficiência em relação aos esforços despendidos.

Além do diagnóstico e tratamento da doença, a função restaurativa prevê a reabilitação física, mental e social do indivíduo.

O pleno gozo da saúde exige a ampliação dos serviços a serem prestados pelo hospital, com a inclusão de programas de reabilitação.

Muitas vezes, o paciente que se tenha curado da fase aguda com algum resíduo de incapacidade deixa, por falta de meios, de adaptar-se à vida comunitária em condições de representar uma unidade produtiva no sistema econômico, um ser humano no pleno desenvolvimento de suas potencialidades no ambiente social.

Os países desenvolvidos têm procurado ampliar programas de reabilitação, não só readaptando o indivíduo incapacitado para o exercício de novas funções, mas incentivando o seu aproveitamento no comércio e na indústria.

Além disso, as modernas técnicas de reabilitação muito têm feito para a restauração das habilidades funcionais das pessoas com certas deficiências, por meio de terapia física, ocupacional e pelo uso de aparelhos artificiais compensatórios.

Alguns hospitais têm sido refratários à instalação de um serviço de reabilitação, alegando o elevado custo do investimento.

Entretanto, na sociedade humana, o indivíduo deve ser colocado como o elemento mais importante para que se acredite possa tal custo ser totalmente compensado pelos relevantes serviços prestados à comunidade.

Atualmente, a idéia dominante é a de que as atividades de medicina preventiva poderiam ser levadas a efeito por todos os hospitais, desenvolvendo-se os seus serviços na mesma escala daqueles de medicina curativa.

Nos países em desenvolvimento, não se deveria pensar em instituições hospitalares sem uma perfeita identificação da medicina preventiva com a curativa.

Entretanto, ficamos espantados ao verificar que, no Brasil, os dados levantados pelo primeiro censo hospitalar, levado a efeito sob os auspícios do Ministério da Saúde, em 1965, comprovaram que, dos 2.883 hospitais recenseados, somente 32 constituíam unidades integradas.

A grande preocupação da Organização Panamericana de Saúde, no sentido da assistência médico-hospitalar, tem sido elucidada por meio de resoluções das Assembléias de Delegados. Nas discussões da XVII Conferência Sanitária Panamericana, sobre o tema “Meios para promover e tornar efetiva a coordenação entre os serviços e programas dos Ministérios de Saúde, instituições de seguridade social e outras que desenvolvem atividades relacionadas com Saúde”, onde se concluiu que “a coordenação de esforços para a organização e administração dos serviços de assistência médico-hospitalar é uma necessidade imperiosa e impostergável.”

As atividades de medicina curativa e preventiva não podem fugir de um esquema de coordenação, pela ordem metódica no uso dos recursos materiais e humanos disponíveis, nas organizações públicas e privadas, para o cuidado da saúde.

Todavia, sabemos perfeitamente que existem amplas oportunidades de educação sanitária a serem desenvolvidas em enfermarias e ambulatórios, não só com o objetivo de ajudar os pacientes como também seus parentes, no momento em que se mostram mais receptivos aos conselhos médicos

O controle das moléstias infecto-contagiosas preocupa os técnicos da saúde pública, pois é patente o reconhecimento de que a descoberta dos casos e a aplicação de métodos de imunização poderia ser feita em ambulatório hospitalar, enquanto o trabalho epidemiológico, principalmente, seria da responsabilidade das autoridades sanitárias.

O contato diário com os pacientes e seus dependentes nos leva a crer que todas as instalações e todos os serviços hospitalares devem ser encarado como grande potencial à aplicação docente, não somente para a prática de estudantes de Medicina, como também de enfermagem, e de elementos ligados à saúde, em todos os seus aspectos e graus.

Essas são, de forma resumida, algumas considerações que com maior ou menor densidade teórica, procuram se acercar das questões que constróem historicamente as concepções e as funções do hospital, que passam a delinear as várias formas organizacionais e administrativas da instituição hospitalar, até a atualidade.

## **1.2 – Construindo o Projeto de Mudanças: O Movimento da Reforma Sanitária**

A Reforma Sanitária é a proposta para a democratização da saúde no país.

Propõe-se que a saúde seja entendida como resultado das condições de vida das pessoas. Significa que a conquista da saúde não pode ser uma responsabilidade exclusiva da área de saúde, mas de todo o Governo e da sociedade por meio de suas políticas econômica e social.

O movimento surgiu numa época de repressão política década de 70) quando havia censura à imprensa. Somente alguns técnicos e professores de universidades tinham acesso a muitos estudos e pesquisas que demonstravam o modelo de desenvolvimento que o país havia adotado (na época da ditadura). Concentrava renda, não distribuía benefícios sociais e, com isso, prejudicava a saúde das pessoas.

Entretanto, como se vivia numa época de repressão política, de censura à imprensa, esses estudos tinham dificuldades de circular. As lideranças políticas que poderiam fazer as denúncias, estavam cassadas ou seus partidos viviam na clandestinidade. Só em meados da década é que, sob pressão social, começou a haver algum tipo de abertura política, com início de eleições em algumas cidades e o começo da reorganização dos movimentos sociais, em termos de sindicatos, partidos políticos, associações de moradores, etc...

Na área dos profissionais de saúde, um movimento chamado, à época, de movimento sanitário que, utilizando aqueles estudos e pesquisas feitos nos anos anteriores, começa a denunciar os efeitos do modelo econômico sobre a saúde da população e a irracionalidade do sistema de saúde então implantado. Esse movimento, caracterizou-se por não apenas fazer denúncias contra a ditadura e os interesses econômicos com ele envolvidos, mas também por apresentar propostas construtivas e como alternativa, um projeto de transformação do sistema de saúde vigente.

O movimento foi se ampliando, incorporando parlamentares, lideranças políticas, sindicais e populares, promovendo debates e divulgando suas idéias; até mesmo envolvendo alguns técnicos das instituições oficiais de saúde.

As atuações do Centro de Estudos da Saúde (CEBES), criado em 1976, e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), criado em 1979, bem como o I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde em Brasília, também em 1979, propiciaram importante aglutinação do pensamento crítico em saúde.

Assim, em 1979, no I Simpósio Nacional de Política de Saúde, realizado pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, o movimento representado pela CEBES, apresentou, pela primeira vez, sua proposta de reorientação, do sistema de saúde que já se chamava, na época, Sistema Único de Saúde. Essa proposta, levando em conta experiências bem sucedidas em outros países, propunha, ao lado da democratização geral da sociedade, a universalização do direito à saúde, um sistema de saúde racional, de natureza pública, descentralizado, integrando as ações curativas e preventivas e democratizado com a participação popular.

Foi assim que começaram a se desenvolver várias experiências de reorganização de serviços de saúde, especialmente a nível estadual, municipal e local.

Antes da Constituição de 1988, a saúde não era direito de todos. Somente a Assistência Médica era prometida a quem tinha Carteira de Trabalho assinada e pagava a Previdência Social. Com isso, houve um grande crescimento dos serviços médicos privados, especialmente hospitais, mal distribuídos e concentrados nas grandes cidades e que foram todos contratados pelo INAMPS (Instituto Nacional Assistência Médica da Previdência Social). Por outro lado, como não havia interesse para que os serviços públicos funcionassem, a fim de favorecer os privados, os hospitais, ambulatorios e centros de saúde públicos ficaram desprestigiados e começaram a piorar. A falta de controle sobre os mesmos levaram a numerosas distorções do sistema, com fraudes e corrupção, envolvendo, de um lado, os interessados em ganhar com a doença da população e, de outro, os dirigentes nacionais descomprometidos com a saúde da população.

Como foi mencionado anteriormente, o movimento sanitário foi o primeiro passo para a transformação desse sistema.

Cabe destacar a presença efetiva em todo esse percurso histórico dos atores sociais que se mobilizaram em torno de uma movimento sanitário, num campo de idéias e práticas inicialmente voltados para a crítica do modelo dominante do modelo de atenção à saúde e posteriormente à defesa de um projeto alternativo.

O movimento trouxe, como proposta, a reestruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), que teve seu marco fundamentalmente em 1986: a VIII Conferência Nacional de Saúde que colocou em pauta o papel do Estado como executor das políticas sociais públicas.

Essa alteração, derivada da articulação de diversos segmentos da sociedade civil, propõe a ampliação do conceito de saúde e dá origem a uma nova concepção de gerir os serviços, enfatizando a participação popular e o controle social nas ações do governo, a garantia de acesso, através da descentralização, equidade e universalidade.

Tal garantia se consagrou como direito na Constituição de 1988 no âmbito da seguridade social, destacando a saúde, como:

*“... direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações de serviços para uma promoção, proteção e recuperação”.*<sup>5</sup>

As diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) criado então, apontam três eixos: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. Este último eixo se traduz de duas formas: primeiro, na criação de conselhos de saúde, de âmbito federal, estadual e municipal, de caráter deliberativo e composição paritária entre usuário e prestadores de serviços (governo, setor privado e trabalhadores de saúde). Segundo, na realização de conferências de saúde, também paritárias e deliberativas, um espaço ampliado de discussão sobre a política de saúde.

Considerar a existência e atuação do movimento sanitário é de fundamental importância para compreendermos a dinâmica do processo de reformas do sistema de saúde, principalmente a partir do início dos anos 80 com a estratégia da ocupação dos espaços institucionais.

---

<sup>5</sup> CONSTITUIÇÃO de 1988, art. 196.

### **1.2.1 – O Sistema de Saúde nas Décadas de 80 e 90**

Nos anos 80, no Brasil, em resposta à mobilização da sociedade civil, conseguiu-se garantir importantes conquistas na Constituição de 1988.

A Constituição promulgada em 1988, representou um avanço considerável por ter contemplado um conjunto de conceitos, princípios e diretrizes extraídos da proposta da Reforma Sanitária, propondo uma nova lógica organizacional, significando um enorme avanço.

As políticas sociais em geral, especificamente as de saúde, podem ser considerados de fundamental importância na formação da sociedade e Estado brasileiro; o setor saúde é o que apresenta a maior progressão a nível discursivo em direção dos direitos de cidadania, tanto em termos de abrangência da legislação quanto em termos do processo de descentralização e democratização.

Considerar a relação econômica, sócio-culturais e políticas da sociedade brasileira, vem possibilitar a compreensão de conjuntos sanitários.

O início da década de 80 foi marcado por um aprofundamento da crise financeira da Previdência Social, concomitantemente com a crise do modelo privatizante do setor saúde, reflete-se em três momentos principais:

#### **a) Crise Ideológica – PREV – SAÚDE:**

Com base técnica no PIASS (Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento) e respaldo político da VII Conferência Nacional de Saúde que ocorreu no início dos anos 80, surge um novo projeto denominado Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE). Este tinha objetivo a extensão máxima da cobertura para o que apresentava temáticas discursivas, como a regionalização, hierarquização, participação comunitária, integralização das ações de saúde, inclusão privado no sistema.

A versão preliminar deste programa foi acolhida pelos profissionais da área de saúde, ocorrendo a oposição pelo próprio governo, junto aos empresários, médicos, esvaziando o programa ainda na fase de discussão.

Cabe salientar, que o PREV-SAÚDE dá um tratamento inédito à participação popular nesta versão original, onde esta proposta articulada com base na democratização da sociedade como um todo, considerava a participação da seguinte perspectiva:

*“... componente fundamental do desenvolvimento político da sociedade ... devendo permear todos os processos sociais que se desenvolvem no país”.*<sup>6</sup>

Já na Segunda versão do plano, define como recuo do governo, voltando a considerar a participação meramente instrumental.

Porém, através dessa trajetória, houve um avanço na idéia de participação, passando a se referir aos atores sociais e suas relações recíprocas e com o Estado.

#### **b) Crise Financeira da Previdência Social:**

Manifesta-se com o resultado da crise econômica recessiva imposta no período 1981-82, levando à identificação da assistência médica como um dos focos geradores dos problemas financeiros da Previdência Social e enfoca o fracionamento dos diferentes interesses no interior da arena política da saúde. Dentre as medidas propostas para debelar a crise financeira, cria-se uma instância reguladora da saúde previdência, levando ao 3º momento o da crise político-institucional.

#### **c) Crise Político-Institucional:**

Ao implantar uma instância reguladora da saúde previdenciária, induz a criação do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), com a finalidade principal de estudar e propor normas mais adequadas

---

<sup>6</sup> OLIVEIRA S. TEIXEIRA apud CARVALHO, 1995:37.

para a prestação de assistência à saúde da população previdenciária, incluindo a alocação de recursos financeiros. Através da proposta do CONASP e do Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social, a atenção médica deixou o Ministério da Saúde para localizar-se na instituição que tinha condições de implementar políticas, o Instituto Nacional de Assistência Médica Previdência Social (INAMPS). Este, como já vimos, passando a absorver, em postos de importância alguns técnicos ligados ao Movimento Sanitário, que tornou-se de suma importância no desenvolvimento das políticas sanitárias daquele momento.

É neste contexto de crises na Previdência Social e na economia do país que, em 1982, elegem-se vários governadores de oposição e em 1983 novos prefeitos que portavam, muito deles, um compromisso com a descentralização.

A proposta político-institucional da Nova República foi a ampla descentralização e desconcentração das ações de saúde, com o aprofundamento das AIS (Ações Integradas de Saúde), depois sua transformação no Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS).

O SUDS, assim como as AIS, incorporam princípios da Reforma Sanitária, como a universalidade, integralidade da atenção, regionalização e hierarquização, descentralização do processo decisório, democratização das instâncias gestoras política integrada de recurso humanos.

O evento político sanitário, considerado mais importante da década, foi a VII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, em 1986.

Esta Conferência difere das demais pelo seu caráter democrático, ocorrendo após amplo processo de mobilização nacional, começando com as conferências municipais, estaduais até chegar a nacional, oportunizando uma efetiva participação dos setores organizados da população.

A VIII conferência tinha como estrutura temática aspectos eminentemente doutrinários, referentes à definição de formas de atuação dos níveis Federal, Estadual e Municipal, a municipalização dos serviços de saúde e a fixação de um Plano Nacional de Saúde.

O evento, a nível nacional, foi, na realidade, o desfecho de um trabalho de organização dos interesses em torno da questão saúde, propondo a Reforma Sanitária, fruto de um movimento sanitário que atuava desde a década de 70.

A Reforma Sanitária deve ser entendida como processo político e democratizador da saúde, enfatizando três aspectos fundamentais:

- Conceito abrangente de saúde como se pode verificar no relatório final da VIII Conferência:

*“... A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, os quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.”<sup>7</sup>*

- Coloca saúde como direito de cidadania, definindo o Estado, enquanto regulador público, como responsável pela garantia desse direito de cidadania.

- Propõe uma profunda reformulação do Sistema Nacional de Saúde com a instituição de um Sistema Único de Saúde.

A Constituição de 1988 estabeleceu alguns princípios fundamentais do Movimento da Reforma Sanitária, incluindo saúde como um direito de todos e dever do Estado, definindo diretrizes para a implantação de um Sistema.

- **Universal:** todas as pessoas têm igual direito à saúde. Cabe ao estado garantir as condições para o exercício deste direito.

- **Equitativo:** a rede de serviços deve estar atenta às desigualdades existentes da população a ser coberta.

---

<sup>7</sup> Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde apud Mendes, 1995:42.

- **Integral:** As pessoas têm o direito de serem atendidas no conjunto de suas necessidades e os serviços de saúde devem estar organizados de modo a oferecer todas as ações requeridas por essa atenção integral.

- **Participativo:** em todos os níveis de governo, a população tem o direito e o dever de participar das decisões, propor as linhas de ação e os programas que considera mais importantes, controlar a qualidade e o modo como são desenvolvidos e fiscalizar a aplicação dos recursos públicos.

A nova Constituição instituiu, de forma ampla, um sistema de seguridade, reunindo três segmentos principais:

- a) Assistência Social
- b) Sistema de Saúde
- c) Previdência Social.

A questão social da saúde na Constituição ressalta alguns aspectos fundamentais:

- a) O conceito de saúde entendido numa perspectiva de uma articulação de políticas social e econômica.
- b) O atendimento da saúde como direito social universal derivado do exercício de uma cidadania plena.
- c) A caracterização das ações e serviços de saúde como de relevância
- d) A criação de um Sistema Único de Saúde organizado, segundo as diretrizes de descentralização, comando único em cada esfera de governo, o atendimento integral e à participação da comunidade.
- e) A integração da saúde no espaço mais amplo da seguridade social.

Esses mesmos princípios e diretrizes estenderam-se às Constituições Estaduais e Leis Orgânicas Municipais, elaboradas nos anos de 1989-1990.

No Plano federal, o comprovante jurídico-legal completa-se com as Leis 8.080 (anexo 2) e 8.142 (anexo 3) elaboradas no período 1990/91.

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro, estabelece as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e o funcionamento dos serviços correspondentes.

A Lei nº 8.142, de 28 de setembro de 1990, estabelece a forma legal de participação da comunidade na gestão SUS, através do Conselho de Saúde e da Conferência de Saúde com as seguintes características:

a) A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos, com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde.

b) O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais da saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da Política de Saúde da instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

c) O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) terão representação no Conselho Nacional de Saúde.

d) A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

e) As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regime próprio aprovado pelo respectivo Conselho.

Quanto aos Conselhos de Saúde, coloca-se a existência destes órgãos colegiados vinculados ao poder executivo, no cenário da administração pública brasileira, ao longo da história, no terreno das políticas públicas, não exclusivamente na área de saúde, que têm seu antecedente mais remoto, com a criação do CNS (Conselho Nacional de Saúde), em 1927, ainda reflete:

*“... nada há na história do estado brasileiro que se assemelha aos Conselhos de Saúde na atualidade, seja pela representatividade social que expressam, seja pela gama de atribuições e poderes legais de que são investidos, ou pela extensão em que estão implantados por todo o país, nas três esferas governamentais”.*<sup>8</sup>

Na organização sanitária contemporânea, os conselhos são uma das principais e mais interessantes inovações, contribuindo na gestão de políticas sociais públicas e na própria democratização do Estado brasileiro.

*“... Aparecem como um constructo institucional expressivo da imagem objetiva de democracia em saúde perseguida pelo processo de reforma sanitária”.*<sup>9</sup>

A efetiva implantação do SUS, alcançada com a participação popular, é o desafio para esta década, para transformarmos o cenário sanitário atual, onde as leis são instrumentos fundamentais nesta luta. É preciso utilizar, dominar as leis para estas saírem do dispositivo legal, para uma prática cotidiana em favor da coletividade.

### **1.3 - Hospital Governador Celso Ramos: Um Espaço Público como Espaço de Cidadania**

Buscamos resgatar, no presente momento, a história da edificação do Hospital Governador Celso Ramos. Para tal, nos subsidiamos de análises, estudos realizados por vários profissionais que já elaboraram este histórico.

---

<sup>8</sup> CARVALHO, 1995, p. 31.

<sup>9</sup> Ibidem op. cit. p. 8.

Através de entrevista fornecida pelo engenheiro Olavo Fontana Arantes, responsável pela obra de construção do HGCR o Jornal “O Estado”, em outubro de 1996 e, alguns recortes do mesmo jornal entre os anos de 1962 e 1963, contidos no arquivo do HGCR, traz a história deste hospital registrada. O jornal “O Estado” fala do objetivo de proporcionar aos seus servidores assistência hospitalar, onde o então Governador do estado, Celso Ramos, entendeu ser a planificação o melhor meio para atingir tal objetivo, ou seja, a construção e manutenção de um hospital para os servidores públicos do Estado.

Em 21 de julho de 1961, através de Decreto Estadual, foi criado o Montepio dos Funcionários Públicos do Estado como corretor oficial de todos os seguros contratados e pagos por verbas próprias do mesmo (incêndio, acidentes de trabalho, acidentes pessoais, entre outros).

A Secretaria da Fazenda, órgão centralizador de todos os contratos de seguro do estado, era responsável pela exigência dos referidos seguros. Com os resultados obtidos pela corretagem, o Montepio dos Funcionários Públicos do estado iria construir e manter um estabelecimento hospitalar. Para a elaboração do projeto e supervisão da construção, o Decreto instituiu um órgão consultivo junto ao Montepio que, posteriormente, foram indicados pela Associação dos Servidores Públicos de Santa Catarina. Formada a comissão, foi contratada a consultoria médico-hospitalar do Dr. Odair Pedroso, da Escola Paulista de Medicina - UFSP. Nesta fase de planificação, houve a colaboração do Dr. Juarez de Queiroz Campos, posteriormente nomeado primeiro diretor do hospital.

O lançamento da pedra fundamental aconteceu em 27 de outubro de 1962, véspera do dia do funcionário público. O custo inicial, previsto em 1,5 bilhões de cruzeiros, àquela época, foi reduzido para 700 milhões devido a intervenção de seus executores em realizar diretamente muitos dos serviços. O Instituto de Previdência do Estado de Santa Catarina - IPESC, participou com 500 milhões, e o Plano de Metas do Governo - PLAMEG, com outros 200 milhões. Em julho de 1963 o serviço inicial de infra-estrutura foi concluído, com o término das obras ocorrendo após dois anos. E, em 6 de novembro de 1966, o então governador Ivo Silveira cortava a fita inaugural.

O HGCR foi considerado o maior empreendimento do gênero no sul do país e um dos mais modernos conjuntos arquitetônicos da América do Sul, servindo como centro de apoio às Faculdades de medicina e Bioquímica. Foi, na época, um marco na medicina hospitalar catarinense.

Atualmente, o HGCR, presta atendimento médico hospitalar através de 24 clínicas especializadas à população deste e de outros estados, assim como constitui-se em um espaço privilegiado de ensino e pesquisa na área da Saúde e Ciências Humanas. A assistência médico-hospitalar é efetuada através de consultas ambulatoriais, internações e cirurgias. Possui uma nova ala inaugurada em 25 de setembro de 1992 (com três pisos) onde funciona a emergência, cirurgias de curta permanência, raio X, tomografia computadorizada e uma unidade de neuro-traumatologia.

O HGCR é hoje centro de referência para todo Estado de Santa Catarina. Possui emergência 24 horas, com atendimento em regime de plantão ou sobreaviso remunerado, nas seguintes especialidades: clínica médica; cirurgia geral; anestesia; cardiologia; ortopedia; urologia; neuro-cirurgia; cirurgia bucomaxilofacial; cirurgia torácica; cirurgia vascular; cirurgia plástica; endoscopia digestiva e respiratória; otorrinolaringologia; neurologia; radiologia convencional e intervencionista; neuro-radiologia e tomografia computadorizadas; unidade de terapia intensiva com tecnologia de ponta e equipe profissional especializada e treinada; ambulatório com funcionamento de segunda à sexta-feira, atendendo todas as especialidades clínicas e cirúrgicas, realizando uma média de 6.000 consultas por mês, segundo cadastros do próprio hospital; centro de treinamento médico com programa de residência médica nas seguintes áreas: clínica médica, cirurgia geral, anestesiologia, urologia, neurologia, oncologia, hematologia e terapia intensiva; Grupo de Apoio ao Diabético - GAD, destinado a orientação e tratamento do paciente diabético internado ou não, formado por equipe multidisciplinar de médicos, nutricionistas, assistentes sociais e enfermeiras; serviços de hemodiálise moderno, com os melhores instrumentos da área para atendimento de pacientes com insuficiência renal crônica, numa média de atendimento mensal de 350 sessões; serviços de Plasmaferese (retirada do plasma do

paciente ou doador); serviços de apoio constituído por profissionais de todas as especialidades.

Desenvolve programas de adaptação e integração do paciente com a família durante a internação hospitalar; programa de atendimento do Serviço Social na emergência; programa de supervisão a acadêmicos do Serviço Social; programa de recepção e triagem (plantão); programa de assistência aos funcionários; projeto de atuação junto ao paciente internado na clínica Neurológica e Neuro-cirúrgica; projeto de atuação junto aos pacientes da Urologia e Nefrologia; Central de Captação de Transplante de Órgãos - TRANSCAP; residência médica em Ortopedia; serviços em processo de implantação, tais como transplante de rim, transplante de medula óssea e banco de ossos.

O HGCR pertence à Secretaria de Estado da Saúde e atende a população, considerando: previdenciários: matriculados em qualquer instituição de previdência (IPESC, INSS); conveniados: pertencentes a determinadas associações e instituições que mantenham convênio com o HGCR; particulares: todo aquele que custear por conta própria o seu tratamento médico-hospitalar.

Porém, a partir da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que organizou o SUS, toda pessoa que necessitar de atendimento médico-hospitalar deverá ser atendida tendo ou não vínculo previdenciário, bastando apenas um documento de identificação.

O HGCR possui convênios firmados com a Aeronáutica; Fundação Assistencial dos Servidores do Ministério da Fazenda -ASSEFAZ; Banco do Brasil - CASSI; Banco do Rio Grande do Sul - BANRISUL; Bradesco Saúde; Bradesco Seguros S/A; Brasil Assistência; Brazil Assistance Representações Ltda.; Caixa de Assistência dos Funcionários do Sistema Integrado do BANERJ - CABERJ; Caixa Beneficiária dos Funcionários do Banco do Estado de São Paulo - CABESP; Banco do Estado de São Paulo - CAPESP; Clube de Proteção à Família; Coca-Cola Vaompar Refresco S/A; Cooperativa dos Roviários Ltda.; Eletrosul; Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos; Empresa Brasileira de Telecomunicações S/A; Escola de Aprendizes Marinheiros; Fundação Bemge de Seguridade Social - FASBANGE;

Fundação Banestado de Seguridade Social - FUNBEP; Caixa Econômica Federal - FUNCEF; fundação Assistencial dos Servidores do Inca - FASSINCRA; Ministério do Exército - FUSEX; Geap - Patronal - Fundação de Seguridade Social; Assistência e Serviços Ltda.; Assistência Internacional de Saúde - Golden Cross; IBM; Ministério Público do Trabalho - PLAN ASSIST; procuradoria da República do Estado de Santa Catarina - PLAN ASSIST; Telecomunicações de Santa Catarina S/A - TELESC; Unimed; Unisys Eletrônica Ltda.

Os recursos financeiros recebidos pelo hospital provenientes do SUS são calculados a partir do número de atendimentos realizados e tipo de procedimento efetuado ao usuário.

O hospital desenvolve seu trabalho pautado na perspectiva de que sua missão é a de “prestar assistência de excelência e referência a população e atuar como campo de ensino a pesquisa, oferecendo todo o conhecimento e tecnologia apropriados no âmbito de saúde”, estabelecendo ainda a visão de até “no ano 2.000 ser reconhecido a nível nacional, pela qualidade no atendimento à população como um todo, destacando-se por seus profissionais capacitados e sua tecnologia adequada, através de gestão autônoma”.

Neste contexto, salientamos, todas as dificuldades, por qual tem passado as diversas instituições de saúde, no que tange aos recursos financeiros, materiais, frente a demanda que se apresenta cotidianamente ao mesmo.

Assim, os profissionais buscam, efetivar na sua prática, as condições concretas que garantam que o espaço público do hospital, seja também um reflexo de atendimento qualificado na perspectiva de garantia aos direitos sociais.

**ORGANOGRAMA DO HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS:**

## AGRADEÇO A VIDA

Violeta Parra - versão Martinho da Vila

Vou viver a vida  
Sempre amando tanto  
Com estes dois olhos  
E quando os abro  
Defeitos extingo  
Do negro e do branco  
E nos altos céus  
Seu fundo estrelado  
E nas multidões  
Vejo a mulher que eu amo

Gracias a la vida  
Que me ha dado tanto  
Tenho dois ouvidos  
O que quero escuto  
Gravo noite e dias  
Grilos e canários  
Martelos, turbinas  
Ruídos, chocalhos  
E a voz tão terna  
De um amor amado

Gracias a la vida  
Que me ha dado tanto  
Tenho o sentido  
Do abecedário  
Com simples palavras  
Eu penso e declaro  
Ai, amigo mano  
E os estou criando  
Lá botando n'alma  
Do que tou amando

Agradeço a vida  
Que me tem dado tanto  
Me dá força força  
Pros meus pés cansados  
Com eles descubro  
Cidades e charcos  
Praias e desertos

Montanhas e lagos  
E na sua casa  
A sala e o quarto

Gracias a la vida  
Que sempre fez tanto  
Fez um coração  
Que agita o sangue  
Pra regar as flores  
Do cérebro humano  
Cérebros fecundos  
Que dão frutos raros  
Que eu vejo no fundo  
Dos teus olhos claros..

Gracias a la vida  
Que sempre fez tanto  
Da panos pra vista  
Enxugar os prantos  
E assim se distingo  
Feitiços quebrantos  
Descubro as coisas  
Que formam meu canto  
O canto do povo  
É o soberano canto  
E o canto dos povos  
Lamentosos prantos  
E o canto de todos  
É o meu próprio canto.

## **CAPÍTULO II**

### **UNIDADE DE NEUROTRAUMATOLOGIA: UM DESAFIO PROFISSIONAL SIGNIFICATIVO**

#### **2.1 - Os Pacientes Neurotraumatizados: Uma Experiência em Cena**

A Unidade de Neuro-Traumatologia está localizada no 2º subsolo do HGCR e foi inaugurada no dia 25 de setembro de 1992, porém, seu funcionamento se deu em 1º de outubro de 1992. Sua especificidade difere das demais clínicas face às diferentes situações dos pacientes, em consequência das quais eles passam a ser portadores de seqüelas, muitas vezes irreversíveis.

A Unidade destina-se a receber pacientes que necessitam de assistência médica e de enfermagem contínua, em regime de internação. Tem por objetivo prestar assistência qualificada a seus pacientes, no atendimento às suas necessidades humanas, sociais e biológicas afetadas pela doença ou acidente.

Esta Unidade possui 50 leitos, dentre os quais 44 ativados, sendo subdividida por especialidades, como: Neurocirurgia, Ortopedia, Buco-maxilofacial e Plástica masculina.

O corpo funcional da Unidade Neuro-Traumatologia é formado por: 8 enfermeiros, 3 escriturários, 22 técnicos e auxiliares de enfermagem, além de 05 psicólogas e uma assistente social, 01 fisioterapêutica, 05 neurocirurgiões, 20 ortopedistas.

O trauma é a principal causa de morte na população abaixo de 40 anos de idade.

Cerca de 50-70% dos pacientes politraumatizados apresentam trauma crânio encefálico (JCE) sendo esta uma causa freqüente de internação nas unidades de terapia intensiva e neurotraumatologia.

Assim, os profissionais da saúde, médicos, enfermeiros e outros devem estar aptos a lidar com tais pacientes, pois estes fazem parte do seu dia a dia, representando um constante desafio clínico terapêutico, tendo em vista a complexidade destas lesões, freqüentemente, associados, a multiplicidade de complicações clínicas a que estão propensos e a dificuldade no manuseio clínico e cirúrgico destes pacientes.

Um fator complicado desta dificuldade é o pequeno número de trabalhos realizados pela medicina brasileira na área da neurotraumatologia, utilizando-se então dos estudos europeus e americanos, que por questões óbvias tem uma realidade diferente da nossa.

Apresentamos, a seguir, um estudo realizado pela equipe médica, constituída por três profissionais intensivistas, Dr. Edvandro Tostes Martins, Margareth Bruggemann e Mário Coutinho, todos do 86 G.C.R. na Unidade de neurotraumatologia e U.I.I. do respectivo hospital, com pacientes traumatizados graves de crânio, da região, de Florianópolis, população estimada em 500.000 habitantes.

Quanto a distribuição por sexo: (167) 83,5% dos casos eram do sexo masculino, contra (33) 16,5% do sexo feminino.

Distribuição por faixa etária:

. 12 a 40 anos - 148 = 75%

. 41 a 65 anos - 45 = 23,5%

. Acima de 65 anos - 5 = 2,5%

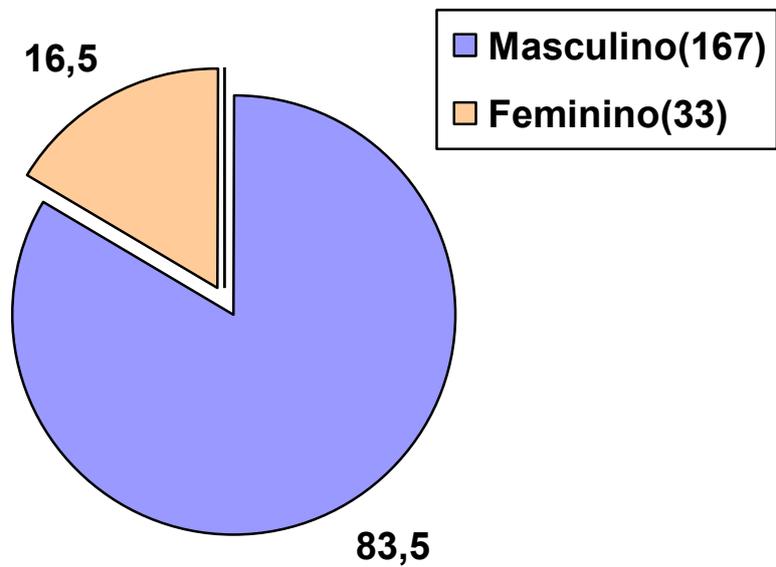


Gráfico 1 - Sexo

Tabela 1 - Causas do TCE pela faixa etária

	12 anos 40 anos	41 anos 65 anos	Acima 65 anos	Total
Acidente auto	57/38,5%	8/17%	-	65/32,5%
Atropelamento	38/25,6%	21/44,6%	4(80%	63/31,5%
Acidente de moto	32/21,6%	-	-	32/16%
Queda	10/6,7%	13/27,6%	1/20%	24/12%
Agressão	4/2,7%	2/4,2%	-	6/3%
Bicicleta	4/2,7%	2/4,2%	-	6/3%
Outros	3/2,2%	1/2,1%	-	4/2%
<b>Total</b>	<b>148/74%</b>	<b>47/23,5%</b>	<b>5/2,5%</b>	<b>200/100%</b>

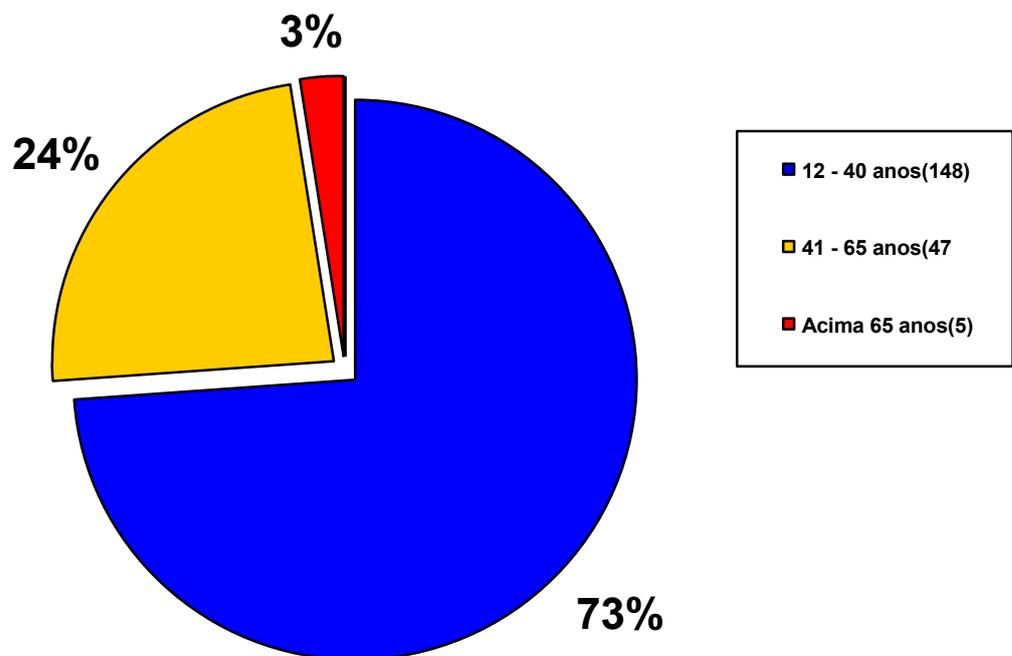
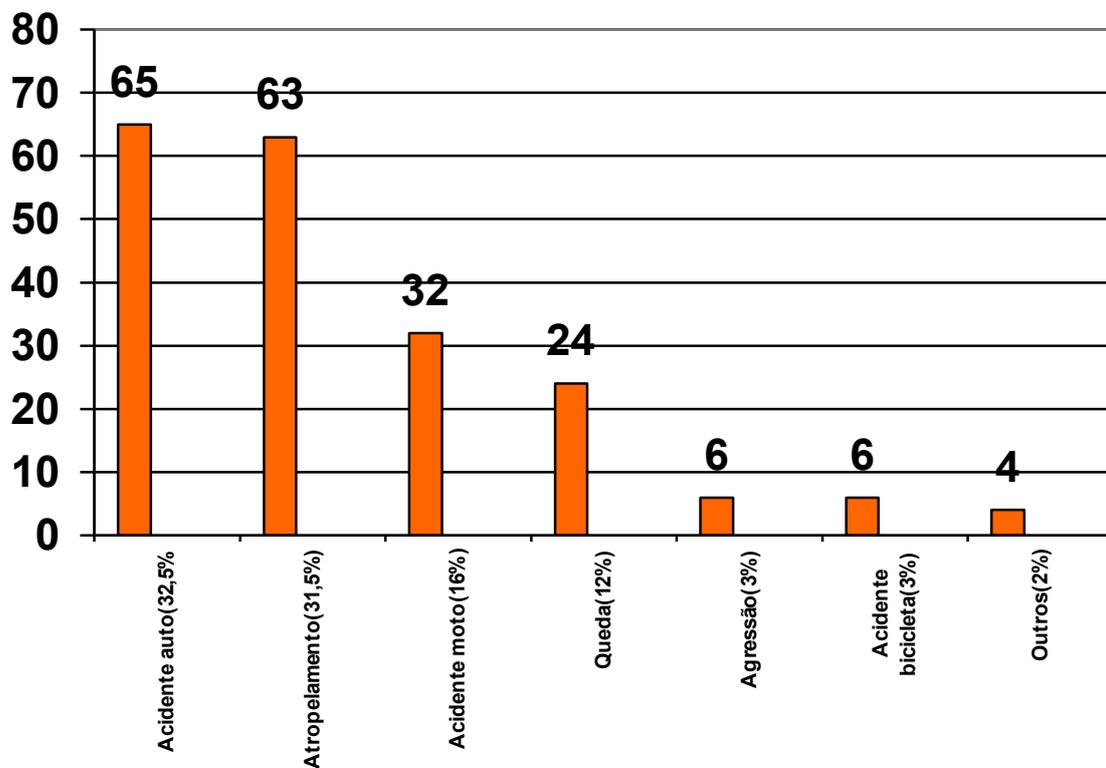


Gráfico 2 - Faixa etária

Distribuição da mortalidade quanto a faixa etária:  
 12 aos 40 anos - de 150 - Morreram 68 = 45,33%  
 41 anos 65 anos - de 45 - Morreram 17 = 40%  
 Acima de 65 anos - de 5 - Morreram 4 = 80%

### Distribuição quanto a causa do TCE: 200 casos

- Acidente automobilístico - 65 casos = 32,5%
- Atropelamento - 63 casos = 31,5%
- Acidente de moto - 32 casos = 16%
- Queda - 24 casos = 12%
- Agressão - 6 casos = 3%
- Acidente de bicicleta - 6 casos = 3%
- Outros - 4 casos = 2%



### Local - 200 casos

- Domicílio - 12 casos = 6%
- Rua - 137 casos = 68,5%
- Estrada - 36 casos = 18%
- Trabalho - 7 casos = 3,5%
- Outros - 8 casos = 3,5%



Este levantamento foi realizado numa UTI geral, mas que atende a grande maioria dos pacientes politraumatizados e principalmente traumatizados graves de crânio da região, com população estimada em 500.000 habitantes. Trata-se de uma UTI com boa estrutura física, e cujo corpo clínico e de enfermagem estão habituados ao manejo de tais pacientes.

O presente estudo nos dá um panorama sobre a importância do trauma e em especial os traumatizados de crânio graves na nossa região, guardando certamente algumas particularidades específicas das diferentes cidades do país. Observamos claramente que o trauma de crânio grave envolve justamente a faixa etária mais jovem e produtiva da população causando enormes repercussões médicas e sócio-econômicas, sendo que 74% dos pacientes situavam-se entre os 12 e os 40 anos de idade, e apenas 2,5% dos pacientes estavam acima dos 65 anos.

Notamos que os atropelamentos constituem-se em causa quase tão freqüente de TCE, quanto os acidentes automobilísticos, respectivamente 31,5% e 32,5% e que a maioria dos TCE nas faixas etárias acima dos 40 anos deveu-se aos atropelamentos. A terceira causa mais freqüente de TCE foram os acidentes de motocicleta, que ocorreram todos na faixa dos 12 aos 40 anos.

Comparando-se com a literatura americana e européia a presente casuística apresenta algumas particularidade interessantes, principalmente em relação ao grande número de atropelamentos, onde observamos uma proporção três vezes maior, e desta forma maior propensão a traumas associados, ocasionados pelo duplo impacto. Outra diferença se deu na distribuição quanto ao sexo, em que obtivemos uma relação masc/fem., de 5:1, contra 2:1 na maioria dos trabalhos estrangeiros, e isto provavelmente ocorrendo devido a diferenças sócio-culturais importantes, que não nos cabem no momento discutir.

Mortalidade total intra-hospitalar = 90 pacientes = 45%

Finalizando, notamos que a nossa mortalidade intra-hospitalar de 45% se equivale à de outros grandes centros de neurotraumatologia. Reconhecemos sérias

deficiências no atendimento pré-hospitalar, e às vezes, pré-terapia intensiva dos pacientes, o que associado ao grande número de atropelamentos, com maior risco de traumas associados e conseqüentemente maior ocorrência de hipóxia tecidual e hipotensão arterial, certamente acarretam pior prognóstico aos traumatizados de crânio. Paralelamente a isto temos dificuldades intrínsecas ao serviço na monitorização da pressão intra-craniana de forma rotineira. Por outro lado, temos plena consciência de que um bom atendimento pré-hospitalar o reconhecimento de grupos de pacientes sob maior risco, um diagnóstico e intervenção neurocirúrgica quando necessária precoce e o tratamento adequado de complicações clínico-cirúrgicas com a atuação sinérgica do corpo médico e de enfermagem, evitando iatrogenias, é de fundamental importância pode interferir muito beneficemente no prognóstico destes pacientes. Não podendo deixar de frisar o papel primordial da prevenção, principalmente com as campanhas de educação para o trânsito.

Este estudo nos fornece um panorama real da importância do trauma no nosso país, e em especial do trauma craniano grave. Afetando as faixas etárias mais jovens e produtivas da população, com enormes implicações sociais e econômicas. São pacientes que apresentam uma diversidade de complicações médicas o que faz com que a nossa atuação esteja em constante prova, exigindo contínuo aperfeiçoamento e dedicação já que estamos lidando com uma real epidemia de trauma, que com frequência é negligenciada.

## **2.2 - Algumas Reflexões sobre Ética e Atuação Profissional na Unidade de Neurotraumatologia**

O espaço da ética nas relações de vida e sociedade permeiam uma reflexão que é a da existência e a da qualidade desta existência no contexto social. É evidente que por conta da impossibilidade da relação humana dar-se sem existência da ética, a mesma de uma forma ou de outra, acaba fazendo-se presente nas relações sociais humanas.

Então, a ética se constrói a partir da relação social dos seres humanos.

*“A questão central, então não é a de saber qual o espaço que ela ocupa na relação indivíduo/sociedade, mas, principalmente, com sua composição e também em sua direção sob o ponto de vista histórico e social”.*<sup>10</sup>

Assim, este espaço só faz sentido se vinculado ao momento histórico, a cultura e a sociedade no qual está inserido.

Neste sentido, gostaríamos de fazer uma analogia no que se refere a construção de toda história da exclusão dos que foram os usuários do Sistema Único de Saúde e que hoje, por um esforço coletivo de vivenciar uma nova prática em relação aos mesmos, passam a serem concebidos dentro desta nova concepção, ou seja, a de cidadãos de direitos.

Ao referenciarmos a citação acima tivemos o objetivo de mostrar que a postura ética experienciada neste atendimento, também estava fundamentado sob o ponto de vista histórico e social daquele momento. Daí, o caráter relativo que a caracteriza. Como profissionais de nível superior, temos evidentemente projetos políticos e quase sempre desejamos implantar a nossa ética nas relações. Corremos o risco então, de oferecer ao outro uma reflexão sobre a ética que é nossa, mas, as vezes, estranha a outros grupos.

Nessa perspectiva contemplamos a questão do desafio da inclusão social dos usuários do SUS, repensando assim esse processo de resignificação do conceito de direito tanto para os usuários, quanto para a sociedade, como um processo que se fundamenta na construção de um novo momento histórico e social que possibilite aos mesmos visualizar, a partir de argumentos contemporâneos a extrema necessidade do emergir de novos valores éticos que fundamenta uma nova forma de relação social, política e econômica, em que a primazia seja o valor e a dignidade humana.

*“O que temos que fazer com pensadores da área social e com praticantes dessa mesma área é refletir sobre qual é a ética que infirma, no sentido de dar forma a determinados grupos sociais, para podermos atuar com eles, porque, do contrário,*

---

<sup>10</sup> CORTELLA, Mário Sérgio, 1986, p. 49.

*lhes levamos a nossa ética, sem considerar a que eles tem, e implantarmos um modelo que pode se configurar em determinada circunstância, como autoritário. Principal porque as relações possíveis são aquelas produzidas historicamente”.*<sup>11</sup>

A questão hoje se reporta para as novas formas de ação do Serviço Social, as quais se evidenciam com condição necessária para organização da existência coletiva.

O espaço da ética na relação indivíduo/sociedade deve perpassar a compreensão de que este espaço se transforma, se reelabora, se reinventa no dia-a-dia e que ele não é idêntico para toda sociedade.

Este viés de reflexão se fortalecem na experiência com os pacientes da unidade de neurotraumatologia e ortopedia do HGCR, onde percebemos a imensa dificuldade dos usuários em se repensar e se perceber como um ser de relações, onde percebemos a imensa dificuldade dos usuários em se repensar e se perceber como um ser de relações, uma pessoa de direitos e deveres que pudesse transpor as fronteiras da doença no desenvolvimento de suas potencialidades como uma forma de superação das condições de submissão, estigmatização e preconceitos historicamente edificados.

*“O marxismo, portanto, considera a ética como uma práxis, como algo que só se efetiva por intermédio da ação criadora do homem na sociedade. Nesse sentido, a ética deve se orientar a partir de duas referências prioritárias, que articulam as exigências do mundo antigo e do mundo moderno”.*<sup>12</sup>

O projeto e o processo dos indivíduos em direção à liberdade e à autonomia, rompendo com os condicionamentos naturais e com a alienação social;

A construção de uma sociedade que, fundamentando-se efetivamente em valores igualitários e libertários, assegure a plena expansão dos indivíduos sociais.

Nesta concepção é que se fundamenta as propostas de trabalho, na respectiva unidade, sendo que na maioria das vezes, pelas seqüelas da doença, tendem

---

<sup>11</sup> PAIVA, Beatriz Augusto, 1997, p. 56.

<sup>12</sup> Ibidem op. cit. p. 109.

a isolar-se da realidade ou também passam a ser isolados por ela, seja no contexto hospitalar, ou posteriormente na família e na sociedade.

Dessa forma, ao isolar ele ao participa do processo social, perde assim, as possibilidades de resgate de sua identidade, de um tratamento adequado e também a oportunidade de uma melhora.

A partir dessas constatações históricas, percebe-se a necessidade de uma nova abordagem extrapolassem os eu aspecto biológico, individual e estigmatizante e incorporasse outras dimensões, principalmente a cultural e a sociológica.

*“Ultrapassando a visão tradicional de uma essência humana abstrata e atemporal, pauta-se por uma visão de homem que, por meio de sua atividade criadora - cuja expressão privilegiada é o trabalho - produz-se a si próprio na relação com os outros homens, como um ser histórico-social, distinto da natureza, submetendo-a a suas finalidades e necessidades. O homem como um ser dotado de liberdade capaz de criar, de antecipar objetivos, fazer escolhas e dar respostas, criando e recriando a vida social. Nesse processo os homens constróem não apenas as bases materiais da vida em sociedade, mas se constróem enquanto subjetividade atuante no processo social. É neste veio que se coloca a liberdade “no coração da ética”. A liberdade, parceira da equidade e da justiça, daí decorrendo a defesa da autonomia e da plena expansão dos indivíduos sociais, o que conduz à defesa dos direitos humanos é a recusa aos arbítrios e todos os tipos de autoritarismo”.*<sup>13</sup>

Tendo por base estas reflexões, o diálogo, a solidariedade, bem como uma prática que contribua no resgate da auto estima dos pacientes, apresenta-se como possibilidade de transformar os condicionamentos impostos pela doença em um novo saber, uma melhor aceitação de si e do mundo, construindo a possibilidade pessoal e social de reintegração.

*“É na vida cotidiana que o homem se reproduz enquanto e indiretamente reproduz a sociedade, as relações sociais ali existentes, e tendo também*

---

<sup>13</sup> IAMAMOTO, Marilda, 1997, p. 103.

*possibilidades de transformá-los. Os homens fazem a sociedade da mesma forma que são feitos por ela. Somos atores da nossa história da mesma forma que somos definidos e condicionados por ela. Assim sendo, o homem está no centro do processo histórico, em busca de qualidades de vida, dificuldades, de novas relações, de liberdade, em busca da transformação da sociedade”.*<sup>14</sup>

### **2.3 - A Presença da Morte no Contexto da Vida**

Com todo o desenvolvimento e transformações por que tem passado a humanidade, o fato do ser humano nascer e morrer, atravessa todas as culturas e participa da história. Tala afirmação perde seu caráter de óbvio, quando nos reportamos as discussões filosóficas, existentes, religiosas e outras, que se constroem dentro de cada cultura a respeito da vida e da morte, buscando-se sentido e desaparecimento da existência.

A morte pensada como finitude da vida em termos genéricos, distancia-se do pensador, mesmo este considerando a sua inexorabilidade, por não vê-las concretizada, ou seja, próxima. A partir do momento que este vivencia, toda a simbologia construída pela cultura em torno dela se faz presente.

A consciência da morte pertence ao homem e a forma de concebê-la associa-se à formação cultural da qual participa.

Na nossa cultura, a forma de morrer é representada por aspectos ritualísticos que objetivam o ato em si: o enterro, a sepultura, a missa de sétimo dia e demais símbolos nos colocam aproximados daquilo que negamos ou repudiamos.

Souza Martins comenta que a morte é *“um tema interdito, banido nos centros urbanos e nas regiões mais cultas e desenvolvidas da sociedade brasileira. Sobre a morte pesa o silêncio civilizado, a indiferença aparente, a atitude racional e prática que remove rapidamente da vida o peso dos mortos. Só nas regiões distantes e atrasadas entre caboclos e indígenas, ou nas fissuras das cidades, das favelas e dos subúrbios, entre negros e mestiços, subsistem rebeldes ritos funerários, concepções de*

---

<sup>14</sup> CAMARDELO, Ana Maria, 1994, p. 131.

*morte radicalmente oposta à nossa morte branca e civilizada. São concepções da morte que encerram outras concepções da vida. Ali, a morte invade a vida. Para um negro do candonblé, a vida é um momento da perenidade que é a morte. Enquanto nas grandes cidades a classe média empresarializa a morte e procura livrar-se rapidamente do moribundo e do morto, o índio Tapirapé não concebe o morto senão dentro de casa, sepultado no mesmo lugar em que tinha a sua rede”.*<sup>15</sup>

Assim, os homens permanecem elaborando representações sobre a morte e criando também formas de aceitá-la ou de se defender dela, pois a sua ocorrência, como afirma José Carlos Rodrigues, “*não é apenas a destruição de um estado físico e biológico. Ela é também a de um ser em relação, de um ser que interage. O vazio da morte é sentido primeiro com um vazio internacional. Não atinge somente os próximos, mas a globalidade do social em seu princípio mesmo, a imagem da sociedade impressa sobre uma corporidade cuja ação - dançar, andar, rir, chorar, falar... não faz mais que tornar expressa*”.<sup>16</sup>

Ao analisarmos o comportamento médico, bem como dos demais profissionais da saúde, aqui descrevendo a experiência na Unidade de Neurotraumatologia e Ortopedia, diante dos pacientes graves, na eminência da morte consideramos que tais profissionais se utilizam de mecanismos e terminologias pelo fato de reconhecerem a própria terminalidade, já que na sua prática torna-se impossível não vivenciá-la.

Podemos perceber tal fato a partir da forma como constróem seus discursos e ações.

Se a palavra terminal significa limite de algo, pode ser associada não só ao final da vida, como costumeiramente se faz, como também a situações onde sejam verificadas impossibilidades tais como: o término da esperança de uma atleta que se torna paraplégico, a comprovação da incapacidade de ter filhos, a inutilização de algum órgão do corpo, etc.

---

<sup>15</sup> MARTINS, Souza, 1989, p. 9.

<sup>16</sup> RODRIGUES, José, 1983, p. 21.

Isto significa que nestes casos citados como exemplo, a finalidade de funções ou atividades deixaram de existir. No entanto, o desenvolvimento ou a busca de outras condições podem ser perseguidas e conquistadas. Há possibilidades. O único aspecto que impede definitivamente o ser humano de agir ou de atuar é a morte. Sendo assim, com relação ao nosso problema, em qualquer estado de doença que o indivíduo se encontre, a intervenção do médico da equipe de saúde, se faz necessária.

Percebemos atualmente um, ‘desinvestimento’, uma desmotivação e um desânimo por parte da equipe hospitalar com relação a estes pacientes, como se eles não despertassem mais interesse. A frieza e o distanciamento adotados pelo médico, relacionam-se à incapacidade que os profissionais têm de não saber lidar com outros meios que não sejam aparelhos, instrumentos e medicamentos. Funcionam estes como intermediários de uma relação onde predomina o silêncio. Entretanto, quando não apresentam mais eficácia, o saber médico se desconcerta porque desconhece o que fazer, isto é, não sabe como se portar diante deste doente.

Designar o paciente, como forma de possibilidades terapêuticas, retira muitas vezes da equipe de saúde, a obrigação de manter um acompanhamento intensivo com este doente, ou seja, de continuar tendo uma relação de proximidade. Nesta postura os mecanismos de defesa se revelam a todo tempo, na vista rápida, na impossibilidade do diálogo, na vida do paciente que não é mais considerada.

Isto significa que, se o médico da equipe de saúde, sente dificuldade de exercitar a fala com o doente sobre o que lhe é usual - conhecimentos sobre doença, mesmo utilizando de linguagens e códigos baseados na formação naturalista - outros assuntos, ou outras abordagens tornam-se inimagináveis neste meio e nesta relação.

Esse fato nos remete aos postulados da teoria habermasiana, que considera a ação comunicativa e a práxis como mediadora de todo processo das relações sociais, no sentido de o homem se reconhecer enquanto sujeito.

Partindo do pressuposto de que no contexto do paciente grave, existe grande dificuldade de a pessoa que se encontra doente ter alguma autonomia sobre os

eu corpo, o pensar, sentir prazer, solidão, angústia e poder expressá-los, é quase impossível, principalmente pelo fato de ela se encontrar totalmente fragilizada pela doença. Ao ser diagnosticada como incurável a vulnerabilidade do paciente aumenta sensivelmente.

Phillipe Airés, analisando a obra de Tolstoi, intitulada A Morte de Ivan Litch, nos aponta algumas características novas que passaram a predominar no século XIX no tratamento das doenças e doentes que, segundo ele, diminuíram de forma significativa o controle destes últimos sobre sua vida e sobre seu corpo. Uma delas relaciona-se ao fato de o paciente ter deixado de ser o centro das atenções e passado a se submeter a uma outra lógica. A importância que passou a ter a palavra do médico sobre o mal, ou seja, o diagnóstico da doença, monopolizou todas as preocupações.

*“O doente grave é subtraído de sua angústia existencial , é condicionado pela doença e pela medicina, e habituar-se-á a não mais pensar claramente como um indivíduo ameaçado, e sim como os médicos: a vida de Ivan Litch não estava em questão, mas tratava-se de um debate entre rim deslocado e a apendicite”.*<sup>17</sup>

Se a fala é o instrumento que distingue o homem de outros seres vivos, a impossibilidade do seu uso por quem precisa torna-se obstáculo a qualquer avanço nas relações entre os indivíduos, seja na sociedade, seja nos espaços das enfermarias, na convivência cotidiana entre médicos e pacientes.

Harbemas, na explicação sobre o processo de formação de uma identidade racional, nos diz que a comunicação livre de coações aparece como o único meio capaz de se sobrepor a outros pressupostos que apontam na direção de um avanço para a humanidade. Segundo ele, a linguagem possibilita a liberdade, o privilégio de viver em uma sociedade sem dominações. Através de uma estrutura de linguagem não distorcida, a humanidade teria a liberdade de conhecer seus interesses e assim fazer uso deles em prol da própria emancipação.

---

<sup>17</sup> ARIÉS, Philippe, 1977, p. 163.

No contexto analisado por nós, todas as reações, expressões, relações e linguagens são tolhidas e limitadas. As reclamações de dores pelos doentes são caladas com drogas que provocam fortes efeitos de sedação, outros apelos são ignorados. A possibilidade do diálogo dos pacientes com os saberes desaparece. Tal fato relaciona-se a um não saber sobre a doença que, conseqüentemente, leva ao desconhecimento sobre o doente. Dessa forma, a própria construção da racionalidade médica fica comprometida.

A existência de um diálogo aberto em tal espaço, ou seja, um diálogo sem fronteiras, sem omissões entre os atores, não se torna possível em decorrência de vários fatores mencionados - falta de tempo dos profissionais, diferenças de linguagem entre médicos e pacientes, em que os primeiros dizem procurar se nivelar aos segundos para ter condição de dar prosseguimento à consulta ou ao tratamento.

O que passa a predominar é um tipo de comunicação e comportamentos inverídicos a respeito da doença e do quadro do doente.

Nesse momento, nos reportamos a outra característica apontada por Airés no século passado, mas que ainda predomina de forma significativa na situação analisada por nós. Então, vemos, mesmo com o investimento centralizado no combate da doença, ela continua incontrolável pelos saberes. O agravamento do quadro do paciente aponta o desconhecimento sobre ela.

*“Surge então, a segunda característica da atitude diante da doença grave ou da morte - a ruptura das comunicações com aqueles que cercam o doente, o isolamento em que começa a encerrar-se. Todos, inclusive o doente, fingem otimismo. (...) O importante é permitir ao doente - e àqueles que o cercam de manter o moral. É o começo de um comportamento novo em relação ao doente, tratado gentilmente como uma criança a quem se repreende porque esqueceu de tomar seus remédios. Ele é pouco a pouco, despojado de sua responsabilidade, de sua capacidade de refletir, de observar e de decidir - é coordenador à puerilidade”.*<sup>18</sup>

---

<sup>18</sup> ARIÉS, Philippe, 1997, p. 163-164.

Consideramos que a importância da ao tratamento da doença, deixando relegado o doente, que se firmou no século XIX e que ainda predomina na nossa atualidade, agrava de forma significativa a situação dos indivíduos em razão da ineficácia dos conhecimentos sobre ela.

O fato de ... de saúde lidarem com uma doença, que desorganiza a via do indivíduo no sentido de modificar e interferir nos seus projetos ou na sua rotina, propicia a predominância de comportamentos ambíguos e discursos inconsistentes. Os tratamentos, medicamentos, ... periódicas ou intensivas ao hospital, internamentos, cirurgias, mutilações, dores, sofrimentos e morte passam a fazer parte do seu cotidiano e afrontam sua racionalidade.

Desta forma, o fato de todos - médicos, família, parente, amigos, etc - evitarem vivenciar tal realidade, utilizando-se dos vários mecanismos de defesa peculiares a cada um, impede um avanço na melhoria ou aprofundamento das relações com este paciente, seja no conhecer o que se passa na sua mente, seja no estabelecimento de um diálogo que pode favorecer, inclusive o próprio médico, no que concerne a ter um conhecimento melhor sobre as relações diversas oriundas da doença.

A morte e a comprovação do limite de conhecimento acerca de uma doença faz com que profissionais desconheçam que os pacientes graves apresentam outras necessidades quando se encontram no seu estado de finitude, ou seja, de quase morte.

O paciente, quando permanece lúcido, tem suas vontades e quer satisfazê-las. Mesmo com dores e sofrimento, muitas vezes ainda demonstra prazer em saber notícias vindas de fora, ainda acredita e tem esperança.

O afastamento dos médicos e da equipe de saúde de tais pacientes contribui para o desconhecimento da própria realidade que vivenciam e quando estes se apropriam da palavra “terminal” para designar os doentes graves, consideramos ser uma forma de não querer se aproximar do que o insulta e denuncia a sua humilde condição indiferenciada de ser humano em frente ao desconhecimento e à morte.

*“A morte não nos aterroriza por nos falar sobre si mesma. Ela nos aterroriza por nos falar da vida, pois na verdade a morte nunca fala sobre si mesma, mas sobre aquilo que estamos fazendo sobre a vida ... “As perdas, os sonhos que não sonhamos, os riscos que não tomamos (por medo), os suicídios lentos que perpetrados”.*<sup>19</sup>

No decorrer da história, houve tempo em que nosso poder perante a morte era insignificante, e por isso homens e mulheres dedicavam-se a ouvir sua voz e podiam tornar-se sábios na arte de viver, hoje nosso poder aumentou e a morte foi definida como inimiga a ser derrotada, vários rituais foram criados para exorcizar a morte, possuindo-nos pela fantasia ingênua de nos livrar de seu toque. A morte então transforma-se em inimiga. Neste sentido a perspectiva da morte deveria se constituir em uma oportunidade de repensar a vida.

Assim com a presença da morte começamos a ser autênticos, tudo se torna repentinamente puro. Não há lugar para mentiras, nos defrontamos então, com a verdade aquilo que realmente importa.

Tal postura, faz com que as pessoas, prestem atenção em sua própria vida. É nesta perspectiva que tentamos desvelar para os pacientes, familiares, equipe de saúde o tabu da morte, intencionando um repensar da vida, a nossa, para torná-la uma vida digna de ser vivada. E então, a morte também será digna, pois ela faz parte da vida.

Nesta dimensão de reflexão, nos relacionamos com os mesmos, em uma postura direcionada à tratarmos a questão da morte como um fenômeno que também está constituído em suas vidas.

A tentativa de fazermos um enfrentamento natural sobre a morte, permite-nos perceber, que do ponto de vista cultural, a maioria tencionam a uma não aceitação de sua situação.

---

<sup>19</sup> ALVES, Rodrigo, 1991, p. 42.

Queremos dizer que a negação do próprio corpo e, conseqüentemente da própria doença, o faz criarem perspectivas de vida, além das possibilidades.

Isso evidencia que há, neste contexto intrínseco da morte uma oscilação entre a negação e a consciência do que estão vivenciando.

Essa negação faz com que os doentes e familiares repensem sua vida cotidiana, chegando a projetar metas, refletindo sobre toda a sua história de vida. Como aquele famoso poema:

*“Eu fui destas pessoas que viveu sensata e produtivamente cada minuto de minha vida. Eu era destas pessoas que viviam preocupados com tudo. Se voltarmos a viver, viajaria mais leve. Se eu pudesse voltar a viver, começaria a andar descalço no começo da primavera e continuaria assim até o fim do outono. Daria mais voltas na rua, contemplaria mais amanheceres e brincaria com mais crianças, se tivesse outra vez uma vida pela frente. Mas já viram, não tenho muito tempo!”*<sup>20</sup>

Esta relação paralela com a morte faz com que a pessoa desperte para a beleza da vida. É nesta experiência árdua, que o amor é evidenciado como uma essência total, a plenitude da vida... *“Deixamos marcas positivas que ajudam a viver e a entender um pouco melhor este viver, desmanchando muita tragicidade e dando um sentido novo, para ir ao encontro do futuro”*<sup>21</sup>

São estes aspectos que consideramos denunciadores de toda uma problemática no contexto da doença do câncer, que desnor-teiam os saberes e os indivíduos dependentes dele a apontam a ausência de comunicação entre todos, inclusive entre os próprios saberes, que impedem, de certa forma, a possibilidade do desenvolvimento de relações mais condizentes com esta realidade que se impõe através da vida e da morte.

---

<sup>20</sup> BORGES, Jorge Luiz, 1986.

<sup>21</sup> HUGO, Frei. 1991, p. 50.

*“Goza a euforia do vôo do anjo perdido em ti.  
Não indagues se nossas estradas, empo e vento desabam ao  
abismo.  
Que saber tu do fim?  
Se temes que teu mistério, seja uma noite  
Encheo-o de estrelas  
Conserva a ilusão que teu vôo te leva sempre para o mais alto  
No deslumbramento da ascensão  
Se presentires que amanhã estarás mudo, esgota como um  
pássaro, as canções que tens na garganta.  
Canta, canta para conservares a ilusão de festa e vitória  
Talvez as canções adormeçam as feras que esperam devorar o  
pássaro  
Desde que nasceste não és mais que um vôo no tempo  
Rumo ao céu?  
Que importa a rota.  
Vôo e canto, enquanto resistirem as asas”*

(Menotti Del Picchia)

### CAPÍTULO III

## O SERVIÇO SOCIAL ENQUANTO AÇÃO POLÍTICA PEDAGÓGICA NA ÓTICA DO DIREITO SOCIAL

### 3.1 - A Condição Humana das Pacientes Neurotraumatizada no Processo de Globalização.

Nos últimos anos, o termo globalização vem sendo a tônica nas discussões do meio acadêmico, na sociedade em geral e para os tomadores legítimos de decisões políticas e econômicas. Estamos diante de um termo que integra concepções variadas, e que possui um significativo status, pois esse termo está diretamente ligado a crise dos principais modelos societários do século XX.

*“Entre tantas respostas “pós-modernidade”, “fim da história”, “terceira honda”, “alta modernidade” - o termo globalização revelou-se hegemônico porque conseguiu sintetizar dinâmicas muito variadas (que vão da econômica à cultura), explicar de uma forma mais ou menos didática como as sociedades funcionam e prescrevem o que o mundo será e que os indivíduos precisam fazer para reatá-lo a obter sucesso em seu interior. O discurso da globalização investiu-se rapidamente de um duplo poder: descrever como as sociedades funcionam e prescreve a dinâmica global como um dever razoável para todos”.*<sup>22</sup>

É fundamental observarmos, antes de tudo, que existem inúmeras polêmicas quanto a definição do termo globalização. Este termo envolve simultaneamente vários aspectos da vida social como a economia, cultura, ciência e tecnologia, transporte, política e religião.

*“Trata-se de um gigantesco processo de municipalização de idéias, sentimentos, valores, mercadorias, conhecimentos, experiências... É uma dinâmica*

---

<sup>22</sup> TREVISOL, Antônio. 1998, p. 48.

*transgressora, remove fronteiras, modifica substancialmente as noções de espaço e de tempo ... é a intensificação das relações sociais em escala mundial”, que ligam localidades distantes de tal maneira que acontecimentos locais são modulados por eventos ocorrendo a muitas milhas de distância e vice-versa”.*<sup>23</sup>

Esta dinâmica global possui a sua essência na pretensão de modificar as condições de vida e de trabalho, os modos de agir, sentir, pensar e imaginar de toda sociedade.

A proposta consiste em colocar em contato diferentes lugares e culturas que interagindo entre si chegam a gerar conflitos e relações de dominação. É fundamental citarmos que as formas da alienação e as possibilidades de emancipação dos indivíduos, grupos, minorias, classes e sociedades também são modificados. Daí a busca de que o espaço se torne único, na medida em que os lugares se globalizam.

São inúmeros feixes de relações e interesses, cuja direção e os envolvidos nesta dinâmica, não são sempre os mesmos.

*“A interdependência entre os sistemas abstratos e as ações individuais cotidianas faz da globalização um processo sempre aberto, contraditório, horizontal e vertical, perpassando por relações de poder e sempre naturalizando a equipe dos vencedores e dos perdedores. (...) Entre outras coisas, questionar as leituras econômico-determinantes da globalização e reconhecer algumas dinâmicas, contradições e possibilidades que esse processo abre, tanto para os interessados na maximização dos lucros (indivíduos e empresas) e na administração do poder (agentes dos Estados Nacionais) quanto par aqueles (militantes de ONGs, movimentos sociais...) que lutam pela ampliação dos laços de solidariedade”.*<sup>24</sup>

Em nossa sociedade por exemplo, o Estado sempre ocupou função de ... em todos os setores da vida social, inclusive na geração e supressão dos direitos à cidadania. Agora com a política que é assumidamente adotada em nosso país (neoliberal), somada aos reflexos de uma globalização epidêmica e galopante, o estado

---

<sup>23</sup> Ibidem op. cit. p. 56.

<sup>24</sup> Ibidem op. cit. 22, p. 56.

reduz consideravelmente seu papel social, pois de volta totalmente para outros interesses, tidos como mais importantes e emergentes, o que resulta lamentavelmente no agravamento das desigualdades e injustiças sociais. Assim, na medida em que a fragilidade do Estado, produzido e consentido politicamente ... frente a igualdade de condições (pressuposto básico da cidadania) as classes que apelam por melhorias são deslegitimadas sob o argumento básico que não há recursos para promover e conseqüentemente melhorar as condições de vida dessas populações desprivilegiadas.

Como os direitos sociais estão estreitamente ligados aos direitos políticos e civis, a negação dos primeiros significa privar o indivíduo no presente e no futuro - dos direitos subsequentes. A cidadania converte-se em exclusão, sem a participação efetiva do Estado do direitos da cidadania ficam radicalmente ameaçados.

Os efeitos da globalização descritos acima não são inteiramente novos, apenas alimentam os mecanismos já existentes na produção da exclusão.

Estas práticas estão em todas os lugares, não é preciso ser cientista social para identificar as opiniões e atitudes que reproduzem as desigualdades sociais dos indivíduos economicamente e culturalmente vulneráveis.

Daí nossa preocupação em refletir sobre a condição dos pacientes ... que devido a sua vulnerabilidade física, psíquica, econômica e cultural sofrerão com muito mais força esse impacto global que assola o contexto social.

Os pobres, os presos, os negros, as mulheres ... são os segmentos mais expostos e submetidos às práticas de violência desencadeadas tanto pelos agentes estatais quanto pelas organizações paralelas.

A cidadania é uma “ferida exposta” da sociedade brasileira. É um problema antigo e a globalização tende a agravá-lo ainda mais.

Neste contexto profissionais muito pouco comprometidos com os problemas sociais e uma política voltada única e exclusivamente para o crescimento econômico, promove cada vez mais a geração e o desenfreamento dos processos de

exclusão. Faz-se nesse sentido uma política pobre para os pobres, pois os projetos sociais ficam sempre a mercê das .... governamentais.

Sabemos que a cidadania e a globalização são processos abertos, dinâmicos e consideravelmente complexos. Neste final de século a cidadania é o principal ideal político normativo, por meio do qual as sociedades exigiram o cumprimento dos seus direitos. A efetuação desta cidadania depende do compromisso ético e do respeito humano de todos. Daí nos reportamos novamente a realidades do paciente politraumatizados as seqüelas neurologicamente alienada no decorrer de todo trabalho, que exigirá do profissional de Serviço Social e de toda sociedade um empenho maior e o comprometimento com a realidade dessas pessoas, no sentido de assegurar legitimidade a essa parcela da sociedade, prolongamento assim, cada vez mais vezes em favor da emancipação humana.

Efetivamente o Serviço Social, pode e deve converter-se em sujeito transformador de tal processo, mediante a definição de um projeto profissional que permuta não só executar, mas elaborar e planejar as políticas sociais, incorporando assim as demandas emergentes e definindo dessa forma um novo cenário.

Portanto, nesses tempos de globalização precisamos mais do que nunca demonstrar os processos de exclusão existentes em nossa sociedade, pois certamente esse pensamento global e essa tecnologia avançada que nos rodeia deixará um subproduto social que fatalmente irá propor demandas pauperizadas. Dessa forma, precisamos avançar na construção de uma sociedade mais justa e democrática para todos, sem distinção.

Assim, um dos meios para efetuar esses avanços com relação a atenção a pessoas com seqüelas neurológicas ou poluitraumatizadas, é sem dúvida a aplicabilidade de recursos alternativos, a saúde que contribuam no crescimento e no reconhecimento destes usuários e da população em geral, como cidadãos, que não podem ser excluídos de seu direito de dignidade e vida.

### **3.2 - Construindo um Novo Olhar, sobre um Velho Cenário: A Perspectiva de uma Nova Gestão**

O desenvolvimento social, com o advento da modernidade, tornou o homem capaz de transpor vários obstáculos na intenção de suprir suas necessidades. Porém, como consequência deste avanço, a vida do indivíduo moderno passou a ser crescentemente administrada e burocratizada.

As descobertas científicas que, desde a antigüidade, tinham como objetivo possibilitar uma vida melhor para os indivíduos, vinculando-se, na nossa atualidade, a interesses que visam ao domínio através do lucro.

Assim, a modernidade *“que liberou forças sociais permitindo ao homem organizar sua vida sem a sanção religiosa e sem o peso da autoridade (...), também liberou forças que procuram dobrá-lo a imperativos técnicos e funcionais que tendem a substituir o jugo da tradição pelo da reificação”*.<sup>25</sup>

Sabemos que, na atual conjuntura social do País, os problemas considerados vitais para a população - habitação, alimentação, educação, saúde, etc - ainda permanecem carentes de uma atitude mais comprometida por parte do governo.

Se nos aprofundarmos historicamente, podemos comprovar que, desde a Colonização, as questões prioritárias referentes ao bem-estar da população, em geral, sempre foram tratadas ao saber dos problemas urgentes. Desta forma, as resoluções que prevaleciam eram de cunho imediatista, considerando apenas os interesses de uma minoria que dominava e coordenava as estratégias de ação social.

O surgimento, estabelecimento e desenvolvimento das instituições médicas no Brasil também obedeceram a esta lógica.

Neste sentido, utilizaremos o conceito de instituição elaborado por Madel Luz, por este permitir o entendimento da prática da saúde como aspecto que reforça a lógica da organização social.

---

<sup>25</sup> ROUANET, Sérgio Paulo, 1989, p. 25.

*“Conceituamos Instituições Médicas ou de Saúde todas aquelas que estão vinculadas a organização disciplinar, a conservação e a recuperação dos corpos, entendidas como conservação e recuperação de capacidade de trabalhar. Neste caso estão incluídas desde as indústrias farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares até as faculdades de ciências médicas. Deste modo, não queremos situar as instituições médicas nem numa infra estrutura (somente na produção), nem numa superestrutura (somente como instituição de reprodução). As instituições médicas são transversais ao Estado e seus aparelhos à sociedade política”.*<sup>26</sup>

As críticas à Medicina Científica Moderna e bem instrumentalizada englobam desde o tratamento unilateral dirigido à saúde humana, os altos custos dos serviços médicos e as várias formas de intervenção sobre o corpo, até as doenças consideradas incuráveis.

Estas últimas propiciam interminavelmente uso de experimentos no organismo, através de drogas e aparelhagens.

*“O maior óbice na medicina moderna é o seu controle por um poderoso complexo monopolista e mercantil, o complexo médico-industrial que desvirtuou toda a assistência médica, tirou dos médicos a sua autonomia e transformou doentes e doenças em mercadoria”.*<sup>27</sup>

Baseados em tal raciocínio, consideramos que a situação se agrava de forma intensa, quando nos remetemos ao contexto dos hospitais públicos, especificamente nos locus analisado.

Os doentes que chegam a esse local não podem ser considerados mercadorias no sentido de proporcionar o lucro mo retorno, devido ao fato de eles não disporem de verbas para arcar com os seus tratamentos. Os gastos serão de responsabilidade do Estado. Este, não apresenta uma política salarial que possibilite o desenvolvimento de um trabalho digno. Dessa forma, o trabalho se fragmenta a partir de tal argumento e a relação com este paciente grave reflete a impossibilidade de

---

<sup>26</sup> LUZ, Madel, 1986, p. 51.

<sup>27</sup> LANDMANN, Jayme, 1988, p. 182.

qualquer melhoria. O médico e a equipe de saúde se distancia porque tem que atuar em outros espaços e estes são necessariamente os das clínicas particulares, onde o exercício de uma medicina, profissional do ponto de vista pecuniário, que cobra serviços médicos pelo peso de mercado.

Estes profissionais utilizam como argumento definidor de sua atuação fragmentada a necessidade de sobrevivência, através da remuneração. Desse modo, criticam a política salarial do governo e a falta de infra-estrutura do hospital. No entanto, não existe mobilização por parte da equipe para que tal quadro seja modificado.

Dessa forma, a desorganização e a falta de condições de trabalho é relativizada por outra organização que se constrói em meio a esse caos.

Mesmo que o hospital não proporcione a equipe meios que possibilitem desenvolver-se um trabalho proveitoso com paciente, as funções são exercidas e hierarquizadas.

Partindo do conceito de equipe como sendo um grupo de pessoas que juntas participam na execução de um tarefa ou trabalho, visando a um mesmo fim, no contexto dos pacientes a relação interprofissional dos que lidam com o doente denuncia a inexistência de uma interação entre o grupo.

As relações de poder ocorrem em todos os níveis ou seja, entre todos os atores que dispõem de algum saber sobre doença, no contexto. No entanto, o poder maior, o direcionamento do comando se concentra nas mãos do médico.

A ideologia que se proporciona através dos discursos e se concretiza por meio de práticas é de que o médico representa a ciência, o saber.

Dessa forma, o campo de exercício do poder fica definido. O saber médico alopático de um conhecimento legitimado como o único capacitado a lidar com esse tipo de doença e de doente.

Consideramos que, neste momento, a classe médica se representa como um bloco coeso, hegemônico, onde o ponto fundamental é a defesa de um saber que se coloca como mais eficaz.

Esta hegemonia se representa como imposição frente a outros conhecimentos, como também no domínio das relações no próprio campo.

*“A hegemonia é processo que o bloco no poder aciona e organiza contentemente no sentido de universalizar seu poder. Definimos hegemonia como processo para sublinhar seu caráter histórico, sempre incompleto, refeito, recomeçado. Na medida em que poder: domínio de um lado, condução de outro, sujeição de dominados, liderança de aliados, a hegemonia será contraditória. Lutará contra dissensões de grupos e frações aliadas, combaterá oposições e reações dos grupos subordinados como tática de luta, a hegemonia de uma classe se modifica constantemente, é modificada constantemente”.*<sup>28</sup>

A reprodução de tal conceito se opera em virtude de considerarmos que a elaboração e veiculação da existência de um saber hegemônico não corresponde a realidade analisada.

No entanto, a articulação entre a eleição de um saber como o mais eficaz e o poder que este passa a exercer é necessária. É preciso que este saber seja reconhecido por todos para que sua autoridade e sua eficiência não sejam ameaçadas.

Tanto o saber como o poder não se concentram somente nas mãos do médico. Ele é diluído através das práticas cotidianas da equipe responsável pelo trato dos doentes. Seria a fragmentação do poder em micropoderes. Entretanto, o médico, mesmo não possuindo o controle sobre as atuações e relações que ocorrem no espaço em sua totalidade, é eleito como o legítimo representante desta instituição e responsável maior pelo tipo de conhecimento que se constrói nela.

A impossibilidade de o médico estar ou dominar todos os espaços é suprida pela atuação de uma equipe - acadêmicos, enfermeiras, assistentes e auxiliares - que

---

<sup>28</sup> Ibidem, 1988, p. 42.

reproduz a linguagem oficializada, criando uma identidade que é imediatamente reconhecida e respeitada pelos outros.

Esta questão do poder real do médico se evidencia com muita força na neurotraumatologia do HGCR onde muitos conflitos com usuários, familiares e funcionários se dão na ótica de abuso deste poder.

Seria injusto se descrêssemos tal informação, desconsiderando que esta prática não é geral, existe experiências diferentes e também percebe-se um esforço de toda equipe de saúde inclusive do próprio corpo clínico em reverter este processo, conduzindo-o de maneira bem mais democrática.

Outro aspecto que podemos perceber através da nossa vivência, na unidade de neurotraumatologia é que o paciente ao entrar no espaço hospitalar é “recolhido” pelos saberes e pela doença.

É um momento que suscita dissociações na mente do enfermo. Vestir a roupa da enfermaria o leva a elaborar uma outra condição - a de doente. Tal condição o fragiliza diante da vida. O paciente sente angústia, dor, necessidade de encontrar forças para recuperar a saúde perdida. Seu nome é substituído por números. Ele torna-se o paciente que ocupa o leito 245 ou 253. A dependência passa a ser o fator determinante de seu comportamento.

Desse modo, consideramos haver uma intensa fragmentação em todo o processo que se desenvolve no contexto hospitalar, seja como saber e atuação, seja com relação ao trato com os pacientes.

Este fato traz conseqüências bastante danosas, pois, além de criar uma insegurança no doente que já se encontra deveras fragilizado por dores orgânicas, emocionais, ainda é submetido a um processo de “desnorreamento”.

Partindo do conceito de ação social em Max Weber, que nos permite entender a importância das ações humanas, sejam estas dotadas de racionalidade ou afetividade, levantamos a tese de que os profissionais diante de uma situação que

aponta um desconhecimento poderá adotar práticas de comportamento em que a ação afetiva teria também a sua relevância.

Weber procurou esclarecer o seu conceito de ação social, criando um tipologia em que cada uma se refere a um comportamento direcionado. Começando pela ação racional com relação a *finis*, fez ele ser esta “*determinada por expectativas de comportamento tanto de objetos do mundo exterior como de outros homens, e utilizando essas expectativas como condições ou meios para a realização de fins próprios racionalmente medidos e perseguidos*”.<sup>29</sup>

A ação racional também se refere aos valores que fazem parte do cotidiano das relações sociais, sejam estes éticos, estéticos ou religiosos.

A ação afetiva está relacionada a comportamentos impulsionados pela emoção e estes são determinados por afetos ou estados sentimentais em que se encontra o ator.

*“A conduta estritamente afetiva está, de igual modo, não somente na fronteira, mas também a maior parte das vezes além do que é a ação consciente com sentido, pode ser uma reação imediata a um estímulo extraordinário, fora do cotidiano. Implica uma sublimação quando a ação emotivamente condicionada aparece como descarga consciente de um estado sentimental”*.<sup>30</sup>

Desta forma, partiremos do conceito de ação afetiva em Weber, onde ele diz se relacionar ao estado de consciência do ator em relação à sua sensibilidade diante da situação.

Neste quadro o médico como ator principal no campo, pelo fator de representar a tábua de salvação, para o paciente, teria que assumir uma postura em que todos os seus valores, crenças e conhecimentos seriam expressos ou exercidos em favor de um socorro.

---

<sup>29</sup> WEBER, Max, 1983, p. 75.

<sup>30</sup> Idem, 76.

Sendo assim, poderíamos pensar na ação do médico e dos demais profissionais dirigida ao paciente, no intuito de proporcionar uma amenização do mal que lhe afeta.

Com este procedimento, a ação da equipe de saúde teria um duplo sentido, primeiro com relação ao direcionamento dos conhecimentos adquiridos cientificamente e aplicados ao doente, e segundo o despertar da confiabilidade do paciente na pessoa do médico, em decorrência da complementaridade da ação racional por uma ação afetiva.

Achamos que, se dentro de tais circunstâncias continuar a haver a predominância exclusiva de uma atuação racional neste contexto, a tendência é o agravamento das condições gerais do paciente.

Não queremos aqui apontar um comportamento ideal a ser exercido pelo médico e profissionais junto ao doente mas achamos ser importante o desenvolvimento de uma consciência através da qual o paciente possa ser visto na sua totalidade. É com esta compreensão que consideramos ser possível o exercício de práticas que garantam a cidadania dentro desta área.

Entendemos que a prática social na saúde, é um solo fértil para a produção de novas formas de atendimento aos usuários deste sistema, que edifiquem a cidadania, como proposta de trabalho.

Estas reflexões nos apontam a necessidade de repensarmos a prática profissional no contexto institucional, aqui trazendo a realidade hospitalar.

Como profissional do serviço social, gostaríamos de propor algumas reflexões concernentes a possibilidade da construção de uma nova gestão, na unidade de neurotraumatologia como um suporte estratégico na qualificação do trabalho.

O Serviço Social, como toda prática social vinculada ao cotidiano das classes populares, não pode ser compreendido ou realizado fora do contexto histórico.

As circunstâncias conjunturais influem na prática profissional, que é desafiada constantemente a rever-se e a atualizar-se, para responder aos desafios da época.

Não queremos com isto dar a entender que a prática profissional é apenas fruto da determinação conjuntural, que ela tem que ser pensada a partir das determinações conjunturais numa perspectiva histórico-estrutural, para poder situar-se concretamente no presente, contribuindo com o projeto para uma nova sociedade economicamente justa, politicamente democrática e culturalmente pluralista.

Pensamos que a Filosofia da qualidade pode ser apropriada pelo assistente social, a fim de ser usada estrategicamente no trabalho institucional.

Educamos algumas propostas para que a prática da instituição hospitalar possa ser edificada na ótica do direito e da inclusão social:

### **1 - A Busca da Qualidade e o Diálogo com a Direção**

A compreensão de uma nova proposta administrativa e de seu vínculo com os interesses dos administradores permitirá ao assistente social um agir comunicativo, que propicie o consenso, permitindo a defesa dos interesses dos usuários. A idéia de que “quanto maior a qualidade menor o custo” deve ser trabalhada pelo Serviço Social com indicadores sociais que sirvam para comprovar em Empresas, Instituições, que o melhor salário não reduz o lucro, e, nas Instituições Assistenciais, que o investimento maior em benefícios de primeira necessidade (alimentação, educação, etc), reduz os custos globais da assistência social (diminui investimento em remédios, hospitais, classes especiais, etc).

### **2 - A Busca de Qualidade e a Equipe de Trabalho**

O Assistente Social deve adotar uma postura dialógica com todos os integrantes da equipe, o que supõe uma gestão democrática e participativa, que permita envolver a todos nas tomadas de decisões e contar com o efetivo esforço de todos, para que os serviços prestados sejam da melhor qualidade possível. Isto exige que o

assistente social tenha competência comunicativa e, ainda, postura ética para lidar com os problemas dos funcionários.

O assistente social tem que ultrapassar a imagem de repassador da filosofia da Instituição. Tem que evidenciar sua capacidade dialógica para inovar e, sobretudo, para estrategicamente transformar recursos e benefícios concedidos em mediações para a conquista da cidadania e para a melhoria da qualidade dos serviços prestados.

O assistente social gerenciador precisa descobrir os meios necessários para que a satisfação do cliente seja buscada de forma efetiva por todos. Criar um clima favorável às mudanças internas e vinculá-las estrategicamente, à necessidade de mudanças externas.

A prática de encontros de estudo pode ser usada para repensar criticamente a prática social, vinculando-a à prática organizacional e estabelecendo os nexos necessários à situação conjuntural e estrutural. Esta prática pode substituir os programas de treinamentos periódicos.

O repensar da prática não deve provocar o imobilismo crítico, que se assemelha à acomodação conservadora, e sim aprofundar a compreensão da realidade nas suas múltiplas relações, permitindo a descoberta de novas formas de agir para enfrentá-la.

### **3 - A Qualidade da Avaliação como Critério de Avaliação**

O fio condutor da avaliação deve ser verificação da qualidade dos serviços prestados, vinculada à conquista da cidadania pelos usuários. Os dados quantitativos devem ser usados como indicadores para verificação da qualidade. O assistente social gerente deve provocar a fixação de indicadores de qualidade através da discussão coletiva com a equipe. Para isto, deve incentivar a realização de pesquisas junto aos clientes (internos e externos), como instrumento aferidor da significação dos serviços para a melhoria da qualidade de vida dos usuários. Os resultados destas pesquisas devem ser usados para negociar mudanças nas Organizações.

A prestação de contas deve perder o caráter controlador e adquirir um caráter de eficácia. A capacitação contábil deve habilitar para o manejo adequado dos recursos financeiros em função das prioridades negociadas com a direção, a partir de dados de pesquisas e do respaldo coletivo da equipe.

#### **4 - A Qualidade e a Informática**

O assistente social gerenciador deve habilitar-se a usar os modernos recursos da informática, principalmente para manter um sistema de informações atualizado, ágil e eficaz. Entretanto, tem que ter claro que a informática, é apenas um meio. Ele precisa ter a capacidade de interpretar e articular informações, distinguindo, criticamente, aquelas que podem e devem ser aproveitadas, para reforçar a qualidade dos serviços.

#### **5 - A Qualidade e a Produção de Conhecimentos**

A busca permanente da qualificação dos serviços prestados, além de provocar para repensar da prática a nível interno, deve conduzir ao estabelecimento de uma colaboração com os grupos de conhecimento (centros de pesquisas e universidades). O assistente social gerente deve procurar estabelecer um canal de intercomunicação com estes grupos.

É preciso romper com a dicotomia entre teoria e prática no Serviço Social. Os assistentes sociais, que gerenciam, podem contribuir para isto, oferecendo subsídios a ser trabalhado e obtendo, como retorno, um novo conhecimento que lhe permita a superação da prática.

Assim, a proposta do Serviço Social, aponta justamente para o gerenciamento de recursos humanos, que levantam alguns novos fatores que merecem reflexão, para que como empreendedores e administradores, formulem novas formas de gestão “Qualidade”.

Um dos pontos iniciais, que considero mais importante neste processo, é aprender a manter sempre a mente aberta. Toda cultura, sem exceção, impõe aos

indivíduos uma estrutura de raciocínio formada por uma ordenação em modelos e padrões, o que levou Foucault a afirmar: “os códigos fundamentais de uma cultura - aqueles que regem sua linguagem, seus esquemas perceptivos, suas trocas, suas técnicas, seus valores, a hierarquia de suas práticas - fixa,. Logo de entrada, para cada homem, as ordens empíricas com as quais terá de lidar e nas quais há de se encontrar”.<sup>31</sup> Nós, ocidentais, portanto, herdamos uma cultura que determina a nossa forma de pensar, ou seja, a nossa maneira de enxergar os fatos, analisar os prós e contras, avaliar situações e tomar decisões - pessoais e profissionais.

Por isso, nossa proposta é, justamente, auxiliar os administradores a “desaprender” as respostas previamente estabelecidas, pois já se verifica que estes não são mais capazes de dar conta da nova realidade organizacional. Como foco na gestão de seres humanos, acreditamos que a busca pela excelência das empresas em um cenário globalizado passa, necessariamente, por uma nova abordagem dos indivíduos dentro da organização.

Mais do que isso: nossa abordagem exige que os profissionais, especialmente os da área de Recursos Humanos, sejam capazes de esculpir seu próprio modelo de atuação, tomando por base, sem dúvida, conceitos e teorias discutidos e utilizados em todo o mundo, mas devidamente adequados à realidade do país.

A concepção de um modelo próprio de gestão requer a capacidade de desvestir a alma (“tristes de nós que trazemos a alma vestida!”, diz Pessoa em seu verso que nos serve de epígrafe) dos modelos impostos, pois só assim seremos capazes de ver, aprender e colocar em prática com convicção.

Olhando para a realidade hospitalar hoje com as suas fantásticas inovações técnico-científicas na busca de qualidade é um tanto difícil imaginar o que relata Michel Foucault ao falar do hospital do ponto de vista histórico. Para percebermos onde estamos hoje é importante uma breve descrição evolutiva. *“Antes do século XVIII o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres. Instituição de assistência, como também de separação e exclusão. O pobre como*

---

<sup>31</sup> FOUCAULT, Michel, 1983, p. 48.

*pobre te, necessidade de assistência e, como doente, portador de doença e de possível contágio, é perigoso. Por estas razões, o hospital deve estar presente tanto para recolhê-lo, quanto para proteger os outros do perigo que ele encarna. O personagem ideal do hospital, até o século XVIII, não é doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo. É alguém que deve ser assistido material e espiritualmente, alguém a quem se deve dar os últimos cuidados e o último sacramento. Esta é a função essencial do hospital. Dizia-se, correntemente, nesta época, que o hospital era morredouro, um lugar onde morrer”.*<sup>32</sup>

Na perspectiva da OMS o hospital é definido como sendo “*uma parte integrante de uma organização médica e social, cuja missão consiste em proporcionar às populações uma assistência médico-sanitária completa, tanto curativa como preventiva e cujos serviços externos irradiam-se até o âmbito familiar, o hospital também é o centro de formação de pessoal médico-sanitário e de investigação biossocial*”.<sup>33</sup>

Como vemos, até bem pouco tempo o hospital era um lugar onde se ia morrer, hoje transformou-se na grande “catedral de saúde”, onde a qualidade de vida, como questão técnica e ética, é preocupação primordial, em todos os níveis.

É obvio que a qualidade de vida a nível hospitalar (nível micro) está profundamente influenciada e imbricada com a qualidade de vida a nível social (nível macro). Podemos té definir o hospital, neste sentido, como sendo o espelho e encruzilhada da sociedade como tal. Esta instituição constitui-se com sendo uma síntese do que existe de melhor e pior, do luxo e do lixo, do que existe de mais nobre e edificante, bem como do que acontece de forma mais degradante do tecido social. É uma síntese-espelho sem maquiagens! A vida tal qual é emerge e nos interpela.

Sem dúvida a situação sócio-econômica do Brasil de hoje,. A trágica situação de saúde do país, a busca de hospital para entrarem na moderna filosofia de qualidade de vida, as exigências cada vez maiores dos usuários, enfim a busca criativa

---

<sup>32</sup> Ibidem op. cit.30, p. 101.

<sup>33</sup> Serviço de Informações Técnicas, 1957, 122-4.

de novos conhecimentos, partilha de experiências e encontros científicos de classe, nacionais e internacionais, dos profissionais de saúde, evidenciam a importância e necessidade desses congressos.

O atual momento organizacional no Brasil aponta um grande número de instituições, inclusive na área hospitalar e da saúde, que está se propondo a repensar sua missão, a redefinir suas atividades, a redesenhar seus processos e a reavaliar seus resultados, com o objetivo de oferecer uma resposta mais efetiva às necessidades de seus clientes externos e internos. Na realidade, existe uma grande meta a ser alcançada por todas elas que é conseguir um maior nível de qualidade no atendimento os usuários destes serviços.

Finalizando a discussão, quanto a questões de gestão dos serviços hospitalares, bem como reflexões que realizamos na neurotraumatologia, descrevemos possíveis alternativas para o gerenciamento de recursos humanos e materiais na referida unidade.

a) Só as instituições modernas sobreviverão ao ímpeto atual das mudanças, porque serão capazes de enfrentar os desafios através da transformação de sua cultura interna, passando a encarar os recursos humanos como seres humanos. A afirmação é mesmo taxativa, mas devemos nos aprofundar em sua compreensão para adquirir a necessária convicção sobre sua validade e nos tornarmos um dos líderes desta mudança dentro das organizações hospitalares;

### **b) Educar para a Qualidade**

Eis aqui o primeiro desafio da qualidade: um processo de mudança destinado a modificar as atitudes de seres humanos através de ações essencialmente educativas. Seres humanos - sujeitos da ação - e não mão-de-obra, que é somente o objeto da qualidade. A verdadeira qualidade está alicerçada em primeiro lugar - e acima de tudo - nos seres humanos com suas três dimensões: profissional, psicológica e cultural.

A dimensão profissional é o domínio da verdadeira profissão do trabalhador, que se baseia em sua técnica, experiência e talento, enquanto a psicológica abrange o comportamento de cada pessoa nos seus relacionamentos interpessoais e a cultural pressupõe a necessidade da visão mais ampla de um projeto no qual está inserida cada uma das contribuições pessoais.

Como se pode perceber, a qualidade aponta para mudanças profundas em hábitos e/ou atitudes dos seres humanos - um desafio muito mais provocativo demorado do que a simples maquiagem organizacional, usando as receitas cosméticas da ISO ou a mera e quimérica reforma da fachada da empresa com base em modelos arquitetônicos japoneses.

### **c) Aprender com o que não se sabe ainda**

O universo empresarial e acadêmico, dentro e fora do Brasil, tem sempre muito a nos ensinar e devemos estar prontos para absorver novos conhecimentos. Isto, no entanto, não significa aderir irrefletidamente a idéias novas ou simplesmente diferentes daquelas que vem sendo praticadas dentro de sua estruturação.

### **d) O Departamento de SH - Seres Humanos**

Dentro de todo este contexto de transformações internas e externas e das inquietudes geradas por elas é que atuam os profissionais de Recursos Humanos, aos quais deve ser atribuído um papel fundamental dentro das empresas de que pretendam ser e se manter modernas.

As organizações que desejam realmente ser modernas - na melhor acepção da palavra - precisam modificar os componentes da cultura organizacional (poder/status, tecnologia, comportamento) como forma de se adequar às necessidades e/ou expectativas de seus clientes internos e externos. Este desafio de mudança é diretamente proporcional à condição pétreia de algumas posturas assumidas, como:

As instituições tem incapacidade para se livrar do passado em função de:

- Trajetória de sucesso sem paralelo - foi tão bom até agora deste jeito, “não vamos mexer em time que está ganhando!”.

- Acúmulo de recursos abundantes - “Viu como nossa fórmula dá certo” esquecendo-se de perguntar: “Continuará a dar certo?”.

- Visão de que os recursos vencerão - “Somos fortes no mercado e nossos recursos já conquistados batem os concorrentes. Eles estão fora do jogo!”.

- Nenhuma defasagem entre as expectativas e o desempenho - Em alguns casos, também pode ser chamado de falta de ambição, mas daquela ambição positiva que nos faz ir em frente e crescer. É o mesmo sentimento que atinge o jovem executivo quando chega a diretor e começa a sonhar com a aposentadoria...

- Satisfação com o desempenho atual - “Nós já somos o máximo” é a frase reveladora do limite da competência.

- Criatividade substituída pelos recursos - Talvez este seja o mais negativo dos motivos que levam uma organização a se prender ao passado. Os recursos parecem tão poderosos que, no lugar dos seres humanos, estão os recursos humanos, que não conseguem alcançar nenhuma fruição do trabalho e, portanto, não oferecem à empresa a contribuição de sua genialidade.

Uma instituição adulta, ao contrário dessas práticas, oferece aos funcionários, a oportunidade de desenvolver atitudes essencialmente criativas, capacitando-as.

A gestão hospitalar que propomos à Unidade de Neurotraumatologia, resultante de uma gestão de compromisso, pode ser definida como um conjunto de ações necessárias para obter o engajamento de todos os profissionais na busca de satisfação dos clientes externos e internos, tendo os seguintes requisitos básicos, sem os quais estará inviabilizada.

- **Compromisso da alta direção** - caso contrário, tudo, mais uma vez, vai se limitar ao “faça o que eu digo,. Mas não faça o que eu faço”, que nós já sabemos

que não tem o poder de transformar nada, muito menos uma empresa, porque os exemplos são melhores do que as palavras.

- **Predisposição à mudança** - se tiver preguiça, “prossegue o enterro”...
- **Conscientização** - afinal, a alienação em qualquer uma das possíveis acepções da palavra, nunca foi nem será boa conselheira.
- **Motivação** - tão importante que dedicaremos todo o próximo capítulo.
- **Competência interpessoal** - como dar o melhor de si e receber o melhor dos outros, sendo capaz de gerar empatia?
- **Capacidade de aprendizagem** - ou talvez fosse melhor dizer capacidade de desaprendizagem para poder aprender a aprender.
- **Espaço de competência** - isto é, oportunidades para aprimorar suas habilidades, conhecimentos e aspectos volitivos através do job rotation e/ou transferências funcionais, objetivando propiciar uma visão dos negócios ampla e realista (técnica e humana).
- **Negociação de papéis** - aceitação de que na organização administramos pessoas diferentes, sempre dispostas a desempenhar papéis alternativos se conhecerem a missão da empresa e os reais motivos da ação.
- **Decisão conjunta** - para que aprender a aprender se o funcionário não vai precisar dar sua contribuição nas decisões?
- **Apoio à persistência** - nem tudo dá certo nas primeiras tentativas e os erros podem realmente acontecer. Por isso, cada obstáculo deve servir como um estímulo à busca de solução, porque até esta servirá para indicar novos caminhos a seguir.

A gestão de compromisso, portanto, junto com o aprimoramento contínuo e a motivação das pessoas, é a base para a transformação do corpossouro organizacional, mas a aplicação de programas de qualidade também pode favorecê-la, pois estes

estimulam o surgimento de atitudes e competências novas como: o desejo de fazer bem feito; o compromisso com a melhoria contínua; o reconhecimento e o respeito às necessidades dos clientes (internos e externos - não podemos esquecer que a moeda tem duas faces); e a formação de um novo e maduro vínculo das pessoas com o trabalho. Na gestão de compromisso, ninguém se acomoda nem vive a sonhar com a aposentadoria, porque o trabalho se transforma em algo prazeroso.

Este é o modelo de gestão, que pensamos e buscamos, para a realidade da Neurotraumatologia, onde devemos nos preparar para ser em plenitude, aprender com amplitude e interagir magnanimidade, permitindo que algo mais que o corpo e razão ocupem seu espaço na vida no contexto hospitalar.

Honestamente, trabalhar não deve ser o inferno. É apenas exercitar a dignidade, vivenciar a condição humana, mostrar que somos gente.

O hospital pode ser o local para tornar realidade esta esperança, este sonho prazeroso objetivo que nos torne cada dia mais sábios e capazes de ensinar o que ainda não sabemos e que a descoberta resulta de nossas próprias vivências.

## CAPÍTULO IV CONSIDERAÇÕES FINAIS

*“O essencial é saber ver,  
Saber ver sem estar a pensar,  
Saber ver quando se vê  
E sem pensar quando se vê  
Nem ver quando se pensa.  
Mas isso (tristes de nós que trazemos  
A alma vestida!)  
Isso exige um estudo profundo,  
Uma aprendizagem do desaprender”.*

Fernando Pessoa.

Escrever este estudo exigiu-nos um esforço ampliado para o pensamento manter-se nos “trilhos”. Saber sobre a vida e a morte através de outros discursos que não sejam o nossos nos coloca, de início, numa condição cômoda. No entanto, esta é rapidamente rompida quando começamos a nos familiarizar com a bibliografia que a aborda e com os contextos onde ela é explicitada e vivenciada.

Mesmo assim, rompemos nossas barreiras, considerando que só se entende a vida quando nos renegamos nenhum de seus aspetos, pois acreditamos que a morte vem junto com o nascimento, ou seja, começamos a morrer desde que nascemos.

Assim, ao finalizar, percebemos a riqueza de informações que nos foram fornecidas acerca da vida (no sentido de possibilidades de cura; de reações de melhoras no quadro clínico dos pacientes da neurotraumatologia, da morte, nos mostrando a complexidade e contradição dos comportamentos e linguagens que atuam e se elaboram no contexto hospitalar.

A construção de uma nova subjetividade profissional e institucional, não será, obviamente, revertida apenas com novos conceitos, mas sim, com novas práticas,

que respeitem a singularidade dos usuários, instalando uma postura onde haja respeito e liberdade.

Hoje, busca-se novas formas de tratar os usuários da saúde, baseada fundamentalmente no respeito, na ética e nos princípios do bem estar físico, psíquico e social.

Acreditamos que, um trabalho sedimentado em bases essencialmente humanas é capaz de tirar os pacientes da condição de objeto, para a de sujeito de todo o processo do qual ele faz parte, tendo ele assim, a real oportunidade de vivenciar a possibilidade de uma transformação enquanto pessoa-cidadão.

O trabalho desenvolvido junto a Unidade de Neurotraumatologia priorizou em todo momento, a construção de uma nova subjetividade para os usuários, principalmente por que foi a partir do cotidiano vivenciado na unidade, que foram possíveis os desvelamentos das realidades individuais de cada usuário participante.

Compreendendo assim cada usuário e sua problemática, foi possível refletir e traçar a partir daí estratégias para uma prática profissional que permitisse crescimentos e progressos para os usuários, na esfera social.

A guisa de conclusões, devemos estar refletindo e buscando caminhos para as questões práticas, que nos desafiam cotidianamente.

Nesta postura certamente estaremos indo ao encontro de um maior e importante objetivo, qual seja, a satisfação das pessoas envolvidas e afetadas pelas instituições hospitalares e da saúde. O diagnóstico da cultura organizacional deve ser, portanto, neste pano de fundo, um desafio a ser buscado pelos gestores do sistema para que ocorra a alavancagem do processo global. Afinal e finalmente, posturas inovadoras não são extravagâncias dos tempos favoráveis, mas necessidade para sobrevivência em épocas difíceis.

Vivemos no liminar do século XX e o desafio fundamental está em poder entender e aceitar que muito além da mera passagem cronológica do tempo, estamos

em pleno processo de mudança, expressão que deve ser entendida pela acepção latina, processo, que significa “o que marcha para diante”. E, já que, seguimos inexoravelmente, que seja através de saltos qualitativos que se refletiam em nossa visão sobre o mundo, sobre os seres humanos, em especial sobre as instituições hospitalares.

Em suma, o reconhecimento do outro, e a compreensão do ser humano, dentro da organização como elemento essencial.

Esta mudança de paradigma, exige de cada profissional, coragem para enfrentar o desafio. Como afirma André Comte Sponville,

“Coragem nada mais é que a vontade mais determinada e, diante do perigo ou do sofrimento, mais necessária (...) mas a coragem está no desejo, não na razão; no esforço, não no ditame. Trata-se sempre de perseverar em seu ser, e toda a coragem é feita de vontade (...) Um começo sempre começado, apesar do cansaço, apesar do medo, e por isso sempre necessário e sempre difícil (...) Como toda a virtude, a coragem só existe no presente (...) se trata de ser corajoso, não amanhã ou daqui a pouco, mas no ato”.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, José Galvão et al. Medicina psicossomática: o paciente terminal. In *Jornal Brasileiro de Medicina* (vo.48-n.05). RJ Art/Produção, maio de 1985.
- AMÂNCIO, Aloysio. Educação Médica, relação médico paciente, *In Revista Saúde em debate*, n.5, Rio de Janeiro: 1977.
- ARIÈS, Phillippe. *O Homem diante da Morte*. (Vol. 1). RJ Francisco Alves, 1981.
- \_\_\_\_\_. *O Homem diante da Morte* (Vol. 1). RJ Francisco Alves, 1990.
- \_\_\_\_\_. *História da Morte no Ocidente: da Idade Média aos nossos dias*. RJ Francisco Alves, 1977.
- AROUCA, Anamaria Tambellini. Análise dos determinantes das condições de saúde da população brasileira In GUIMARÃES, Reinaldo, *Saúde e Medicina no Brasil: contribuição para um debate*, RJ Ed. Graal, 1979.
- ASSUMPÇÃO, d'E. A. *Tanatologia e doente terminal*. Diálogo Médico, 10, 1984, s/ind. página.
- BOLTANSKI, Luc. *As Classes Sociais e o Corpo*. RJ Ed. Graal, 1989.
- CANGUILHEM, Georges. *O Normal e o Patológico*. RJ Forense Universitária, 1982.
- CASSORLA, Roosevelt M. S. *Da Morte: estudos brasileiros*, Campinas-SP Papyrus, 1991.
- CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA. *Conselho Federal de Medicina*, Brasília: Tablóide - Editora e Publicidade, 1990.
- CONCONE, Maria Helena Villas Boas. O Vestibular de Anatomia In MARTINS, José de Souza. *A Morte e os Mortos na Sociedade Brasileira*. SP Ed Hucitec, 1983.
- CONSORTE, Kosildeth. A Morte na Prática Médica In MARTINS, José de Souza. *A Morte e os Mortos na Sociedade Brasileira*, SP. Ed. Hucitec, 1983.
- COSTA, Jurandir Freire. *Ordem Médica e Norma Familiar*. RJ Ed. Graal, 1989.

FERRI, Mário Guimarães Shozo Motoyama. *História as Ciências no Brasil*. SP, EPU Ed. da Universidade de São Paulo, 1979.

FOUCAULT, Michel. *A Arqueologia do Saber*, trad. Luiz Felipe B. Neves, RJ Forense-Universitária, 1987.

\_\_\_\_\_. *O Nascimento da Clínica*. Trad. Roberto Machado, RJ Forense-Universitária, 1980.

\_\_\_\_\_. *Microfísica do Poder*. Trad. Roberto Machado, RJ Ed. Graal, 1989.

\_\_\_\_\_. *História da Sexualidade: a vontade de saber*. Trad. Maria Thereza da C.A. e J.A. Albuquerque, RJ Ed. Graal, 1988.

\_\_\_\_\_. *Vigiar e Punir: Nascimento da prisão*. Trad. Lígia M. P. Vassallo, Petrópolis, Vozes, 1987.

\_\_\_\_\_. *Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmãos*, Trad. De Denize Lezan de Almeida. RJ, Ed. Graal, 1977.

\_\_\_\_\_. *As Palavras e as Coisas: uma arqueologia das ciências humanas*. Trad. Salima Tannus Muchall, SP, Martins Fontes, 1990.

FREYRE, Gilberto. *Médicos, Doentes e Contextos Sociais: uma abordagem sociológica*, RJ Globo, 1983.

GOFFMAN, Erving. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*, RJ Zahar, 1980.

GUIMARÃES, Reinaldo. *Saúde e Medicina no Brasil: contribuição para um debate*. RJ, Edições Graal, 1979.

ILLICH, Ivan. *A Expropriação da Saúde*. RJ Ed. Nova Fronteira, 1975.

JAPIASSU, Hilton. *Introdução ao Pensamento Epistemológico*. RJ Francisco Alves, 1986.

KLAFKE, Teresinha Eduardes. O Médico lidando com a morte: aspectos da relação médico-paciente terminal em canceriologia In CASSORLA, Roosevelt M. S. *Da Morte: Estudos brasileiros*, Campinas/SP: Papyrus, 1991.

LANDMANN, Jayme. *As Medicinas Alternativas: Mito, Embuste ou Ciência?* RJ Ed. Guanabara, 1988.

LAPLANTINE, François. *Antropologia da Doença*, SP, Martins Fontes, 1991.

LEMONS, Floriano de. *Direito de Matar e Curas*. RJ, Biblioteca Jurídica Brasileira, A. Coelho Branco F. Ed. 1933.

- LOYOLA, Maria Andréia. *Medicina Popular*, In Reinaldo Guimarães - ***Saúde e Medicina no Brasil***: contribuição para um debate, RJ Ed. Graal, 1979.
- LUZ, Made T. *Além da Dicotomia Saúde-Doença*: repensando este binômio. Resumo apresentado no Taller de Medicina Social que se segue ao VI Congresso Mundial em Las Palmas Canárias, Setembro de 1989.
- \_\_\_\_\_. *As Instituições Médicas no Brasil*: instituição e estratégia de hegemonia, RJ Ed. Graal, 1986.
- MACHADO, Roberto. *Ciência e Saber, a trajetória da arqueologia de Michel Foucault*, RJ Ed. Graal, 1988.
- \_\_\_\_\_. *Por uma Genealogia do Poder In Michel Foucault - Microfísica do Poder*, RJ ed. Graal, 1989.
- MARTINS FILHO, Antonio et al. A Medicina no ceará In ***O Ceará Fortaleza***, Ed. Instituto do ceará, 1966.
- MARTINS, José Murilo. *Medicina Meu Amor*: contos e crônicas, Fortaleza, UFC, 1995.
- MARTINS, José de Souza. *A Morte e os Mortos na Sociedade Brasileira*, SP, Ed. Hucitec, 1983.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. ***O desafio do Conhecimento***: pesquisa qualitativa em saúde. SP-RJ, Hucitec-ABRASCO, 1993.
- NOGUEIR, João Carlos. Pulsões de Morte e Civilização. In MORAIS, J. F. de. ***Construção Social da Enfermidade***, SP, Cortez e Moraes Ltda, 1978.
- PESSINI, Leocir e Christian de Paul de Barchifontaine. ***Problemas Atuais de Bioética***, SP, Edições Loyola, 1994.
- PIRES, Denise. ***Hegemonia Médica na Saúde e a Enfermidade***, SP, Cortez Editora, 1989.
- RODRIGUES, José Carlos. ***Tabu da Morte***, RJ, Achiamé, 1983.
- \_\_\_\_\_. ***Tabu do Corpo***, RJ, Achiamé, 1983.
- ROUANET, Sérgio Paulo. ***As Razões do Iluminismo***, SP Cia das Letras, 1987.
- SANTOS FILHO, Lycurgo de Castro. ***História Geral da Medicina Brasileira***, SP, Hucitec, USP, vol. 1, 1991.
- SANTOS, Célia Almeida Ferreira. Os Profissionais de Saúde enfrentam - negam a Morte In ***A Morte e os Mortos na Sociedade Brasileira***, SP, Hucitec, 1983.
- SANTOS, Irineu Ribeiro dos. ***Os Fundamentos Sociais da Ciência***. SP, Polis, 1979.

- SEARLE, John. *Mente, Cérebro e Ciência*. Lisboa, Portugal, Biblioteca de Filosofia Contemporânea, 1984.
- SIEBENEICHLER, Flávio Bruno. *Jürgen Habermans: razão comunicativa e emancipação*. RJ, Tempo Brasileiro, 1989.
- SILVA, Maria da Glória Ribeiro de. *Prática Médica: dominação e submissão*, RJ, Zahar, Ed. 1976.
- SONTAG, Susan. *A Doença como Metáfora*. Trad. De Márcia Ramalho, RJ Ed. Graal, 1984.
- SPINSANTI, Sandro. *Ética Biomédica*, SP, Edições Paulinas, 1990.
- TRAGTEMBERG, Maurício. O Saber e o Poder, In MORAIS, J. F. Regis de. *Construção Social da Enfermidade*. SP, Cortez e Moraes Ltda., 1978.
- VASCONCELOS, Argos. *Santa Casa de Fortaleza: 1861-1992*, Fortaleza, Gráfica Batista, 1994.
- VÁSQUEZ, Adolfo Sanchez. Objeto da Ética, In *ÉTICA*, RJ, Civ. Brasileira, 1975.
- ZAIDHAFT, Sérgio. *Morte e Formação Médica*, RJ, Francisco Alves, 1990.