



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL**

**GESTÃO EM UMA UNIDADE PÚBLICA DE SAÚDE: O CASO DO HOSPITAL  
FEDERAL DE BONSUCESSO**

**CAMILA BATISTA PEREIRA**

**Rio de Janeiro,  
Setembro de 2015.**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL**

**CAMILA BATISTA PEREIRA**

**GESTÃO EM UMA UNIDADE PÚBLICA DE SAÚDE: O CASO DO HOSPITAL  
FEDERAL DE BONSUCESSO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Verônica Paulino Cruz

**Rio de Janeiro,**

**Setembro de 2015**

**CAMILA BATISTA PEREIRA**

**GESTÃO EM UMA UNIDADE PÚBLICA DE SAÚDE: O CASO DO HOSPITAL  
FEDERAL DE BONSUCESSO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Escola de Serviço Social da Universidade Federal  
do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos  
necessários à obtenção do grau de bacharel em  
Serviço Social.

Universidade Federal do Rio de Janeiro, 28 de  
Junho de 2015.

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Verônica Paulino Cruz  
(NUPPII/ESS-UFRJ)**

---

**Avaliadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Andrea Moraes Alves  
(ESS-UFRJ)**

---

**Avaliadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Fátima Valéria Ferreira de Souza  
(ESS-UFRJ)**

*Aos meus pais, com amor.*

## **AGRADECIMENTOS**

*À Deus por me conceder forças para lutar pelo improvável.*

*À minha mãe, Maria José, por ser o exemplo de mulher que luta pelos seus desejos, que segue em frente e acredita nas pessoas. Por me ensinar que mesmo que ninguém acredite na minha capacidade, eu ainda assim sou capaz e, por isso, devo seguir adiante, com a humildade de jamais esquecer as pessoas que me impulsionaram para uma vida melhor.*

*Ao meu pai, Sebastião Batista, por me ensinar que pequenas coisas fazem toda a diferença, assim como por me mostrar que o que vestimos no agora foi tecido com muita dificuldade no passado.*

*Às minhas amigas, Mayara de Almeida, Thaís Bastos e Amanda Zaccaro, por me incentivarem, por guiarem meus passos quando tudo pareceu ter perdido o caminho e por me auxiliarem na indecisão em que é a vida.*

*À minha orientadora, Verônica Paulino Cruz, não só por tornar esse trabalho possível, mas também por ter sido um dos personagens que auxiliou na construção da pessoa que hoje sou espelhando fortes padrões éticos, de respeito ao que é público, aliados a muito carinho e amor.*

*Aos meus supervisores de estágio Daiane Franco, Maurício Caetano e Leandro Rocha, por me ensinarem a valorizar o trabalho do Serviço Social, por me educarem sobre justiça e ética, por me impulsionarem a buscar novos horizontes de conhecimento e acima de tudo, por me ensinarem que ouvir o outro é primeiro passo para entender não só o interesse de quem fala, mas o seu próprio.*

“O primeiro método para estimar a inteligência de um governante é olhar para os homens que tem à sua volta” (Nicolau Maquiavel)

## RESUMO

PEREIRA, Camila B. **GESTÃO EM UMA UNIDADE PÚBLICA DE SAÚDE E O TRABALHO DO SERVIÇO SOCIAL**. Rio de Janeiro, 2015. Trabalho de Conclusão de Curso - Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

O presente estudo analisa os conceitos, instrumentos e ferramentas de gestão, a partir do estudo de caso da Unidade de Emergência do Hospital Federal de Bonsucesso, assim como a intervenção do profissional de Serviço Social, os limites, empecilhos e alternativas de trabalho. Gestão é um instrumento da administração que objetiva elaborar e colocar normas, procedimentos e serviços em prática, avaliando sua efetividade, no que se refere ao atendimento do interesse social. Dessa forma, esse trabalho de conclusão de curso se debruça sobre as maneiras e significados da participação de funcionários e dirigentes do HFB na Gestão.

O referencial teórico foi construído com base em legislações no campo da saúde pública, teorias sobre Gestão e a construção e desenvolvimento do Serviço Social. A pesquisa é baseada em uma metodologia de caráter qualitativo, tendo como fonte de conhecimento o estágio em Serviço Social realizado na referida unidade.

Entre as principais conclusões, destaca-se que a Gestão é um processo onde estão envolvidos funcionários e usuários dos serviços de saúde, e não apenas a esfera dirigente, mas há que são necessários mecanismos de participação e interesse político de sujeitos em favor do reconhecimento e efetivação dos direitos. É nesse sentido que se abre espaço para a atuação do Serviço Social, para além das fronteiras de execução de políticas sociais, mas também como profissionais capacitados para atuar na Gestão.

**PALAVRAS-CHAVE:** gestão; serviço social; saúde pública.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	10
<b>2 GESTÃO PÚBLICA: CONCEITOS DESAFIOS E FERRAMENTAS</b>	14
<b>3 ANÁLISE DA LEGISLAÇÃO REFERENTE À UNIDADE DE SAÚDE DE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA À LUZ DO CASO DO HOSPITAL FEDERAL DE BONSUCESO</b>	20
3.1 ANÁLISE INSTITUCIONAL DE REDES DE ATENÇÃO DE EMERGÊNCIA	20
3.2 ESTUDO DE CASO DA UNIDADE DE SUPORTE DE EMERGÊNCIA DO HOSPITAL FEDERAL DE BONSUCESO.	27
<b>4 SERVIÇO SOCIAL</b>	38
4.1 TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE	38
4.2 SERVIÇO SOCIAL, SAÚDE E GESTÃO	41
<b>5 CONCLUSÃO</b>	49
<b>REFERÊNCIAS</b>	52



## 1 INTRODUÇÃO

Este trabalho realiza uma análise da gestão em uma unidade hospitalar federal, com vistas a conhecer e revelar as principais contribuições, bem como os limites e os desafios, presentes na rotina do trabalho do Serviço Social no âmbito da saúde pública no Brasil. O estudo se desenvolve a partir da observação da unidade de saúde federal que presta atendimentos de emergência localizada na cidade do Rio de Janeiro – O Hospital Federal de Bonsucesso, doravante HFB.

O trabalho realiza primeiramente o exame das referências sobre como se constitui a gestão enquanto processo administrativo público, seguido de um levantamento das legislações existentes no Brasil sobre a Rede de Emergências<sup>1</sup>, de 1988 a 2014. O estudo é construído por meio de uma análise que avalia os procedimentos e rotinas da unidade em questão, em contraste com a conjuntura de reformulação de legislações e suas consequências para os usuários das atuais configurações das unidades de emergência. Inicialmente essas primeiras análises tiveram origem na experiência de estágio<sup>2</sup> em Serviço Social na Unidade de Suporte de Emergência do HFB. Ao incorporá-las a este trabalho de conclusão de curso, tais análises passam a compor o estudo de caso no capítulo segundo.

O objetivo aqui é primeiro problematizar o significado de gestão e, em segundo lugar demonstrar como esse tema assume centralidade na atuação do

---

<sup>1</sup> A nomenclatura Rede de Emergência é utilizada como sinônimo de Rede de atenção às Urgências (instituída com a PORTARIA Nº- 1.600, DE 7 DE JULHO DE 2011), pois no âmbito das legislações as normativas a respeito de unidades de Urgência são aplicáveis também às unidades de atendimento de emergência, como será melhor discutido a frente. Esse instrumento normativo, também reformula a Política Nacional de Atenção às urgências;

<sup>2</sup> O estágio no citado hospital foi realizado entre março de 2013 e fevereiro de 2015, sob a supervisão acadêmica da Prof. Gláucia Lelis e supervisão de campo do assistente social Leandro Rocha. Esta experiência propiciou a observação e participação em processos de atendimentos aos usuários e até mesmo a participação (como ouvinte ou observadora) de discussões em núcleos colegiados e de decisão em reuniões entre diretoria e coordenação de setores.

Assistente Social, o que requer dos profissionais o que lamamoto (2012) descreveu como desenvolvimento de “ações criativas”, como ferramenta necessária à atuação daqueles que ocupam este campo profissional.

Alguns esclarecimentos com relação ao recorte são necessários, pois a opção pela análise do processo de gestão no interior da emergência ocorre primeiramente em função dos limites deste trabalho, que não é propício para analisar a fundo o manancial completo de setores de um hospital federal. Em segundo lugar esse recorte deve-se ao fato de esta área específica do hospital sofre inúmeros rebatimentos da dinâmica contemporânea de gestão da saúde, em que o Ministério da Saúde promove várias mudanças organizacionais e sobre processos de trabalho. O Ministério da Saúde é um órgão do executivo, portanto, instância que elabora planos e políticas públicas, que busca dar soluções legislativas aos processos que órgãos colegiados (Conselhos e Conferências de saúde) avaliam como problemáticos nas Redes de Saúde, fazendo um detalhamento ou complementação de políticas por meios da promulgação de portarias.

No que tange à relação entre o tema e o Serviço Social, há de se considerar que o atual contexto favorece e é imprescindível a participação do Assistente Social, entre outras profissões, no processo de gestão. Tal fato, por sua vez, abre espaço para uma intervenção vinculada às reais necessidades dos usuários do sistema de saúde e que é condizente com um dos princípios<sup>3</sup> delineado no código de ética do Serviço Social, e que se refere à criação de condições favoráveis à emancipação humana.

---

<sup>3</sup> O princípio referido está descrito entre aqueles fundamentais, contido no Código de Ética dos Assistentes Sociais, aprovado em 15 de março de 1993, pela Resolução nº 273/93 do Conselho Federal de Serviço Social, em que está descrito: “Reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes – autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais.”

A emancipação humana é uma demanda com a qual o trabalho do Assistente Social deve estar comprometido, e ocorre por meio do atendimento das necessidades dos usuários, materializada por meio de respostas aos interesses públicos, o que faz necessário, dentre outros elementos, a organização de um processo gestor comprometido com as necessidades coletivas, de modo que, a atuação da profissão de Serviço Social nesse processo, que acolhe em seu posicionamento ético-político determinada direção social, é um dos elos para dar respostas às demandas de relevância pública. Vale ressaltar, que esses profissionais também são capacitados para atuar no campo de gestão e coordenação de equipes, o que lhes credita ainda mais responsabilidade enquanto pessoa tecnicamente capacitada para tomar decisão e com responsabilidades referidas ao interesse público.

Inúmeras análises do Serviço Social assumem uma perspectiva histórico-crítica que vislumbra desvelar a realidade social e o sentido político das relações sociais, mas, por vezes, tendem a fazê-la esvaziada da construção de propostas que favoreçam aos interesses públicos práticos, que constroem o cotidiano. Desse modo, este trabalho tem como proposta a análise das possibilidades e limites profissionais no campo do trabalho de Gestão, associada a algumas sugestões com a finalidade de aprimorar essa situação profissional.

A fim de superar a mera descrição prática, dos processos e relações de trabalho que configuram a gestão da saúde, este trabalho de conclusão de curso é construído a partir das relações empíricas, para expressar o objetivo último que é significar a categoria Gestão no setor da saúde, bem como, promover a reflexão da relevância que há na interação entre Serviço Social e gestão.

Entretanto, nessa análise não credita à intervenção, somente, do Serviço Social como meio de tornar possível a maximização das reais capacidades de deliberação em favor das necessidades públicas, mas é competência dela, também, atuar, tendo como horizonte, a construção de um projeto comprometido e que dê respostas objetivas às necessidades sociais.

Metodologicamente, o estudo elenca como ponto de partida a análise da prática para interpretação do processo de gestão, pois é essa dimensão que sofre os rebatimentos das reconfigurações dos modelos de gestão. Ainda que, como será delineada a frente, essa reconfiguração da prática seja impulsionada, senão forçada, por uma reordenação jurídica.

No que tange à organização do trabalho, ele tem em seu primeiro capítulo uma análise sobre conceitos, ferramentas e instrumento de Gestão, com uma identificação no campo histórico da gestão enquanto processo administrativo e dos significados que assume na contemporaneidade. O segundo capítulo contém uma análise institucional sobre as unidades de saúde, à luz do caso da Emergência do Hospital Federal de Bonsucesso (HFB), tendo em vista seus aspectos, administrativos, organizacionais, financeiros, políticos e sociais, para compreensão dos modos de gestão, reorganizações de processos de trabalho e rebatimentos para o público usuário desta unidade hospitalar.

Já no capítulo três, é feita uma análise do contexto histórico de gênese e desenvolvimento do Serviço Social, seguido da avaliação das particularidades da profissão no Brasil, com posterior avaliação das condições e entraves do trabalho do Serviço Social na saúde e novas atribuições que o contexto atual requer do Assistente Social.

## **2 GESTÃO PÚBLICA: CONCEITOS, DESAFIOS E FERRAMENTAS.**

A partir do final da década de oitenta, do século XIX, que estudiosos chegaram á consideração de que práticas autocráticas de poder e elaborações de

leis são insuficientes para a eficácia de uma gestão pública. Esse é um dos argumentos compartilhado por autores contemporâneos como Schikmann (2010). Neste contexto, ainda, inicia-se a compreensão de que gestão e política devem se desvincular, sendo a gestão da esfera privada o ideal nessa lógica argumentativa, como explicita Motta (2013). Isso porque, consideram que a elaboração de normas e leis democráticas, não garante sua aplicação e efetividade no cotidiano, o que as torna mecanismos administrativos insuficientes para atender às demandas públicas. Esse desligamento entre Gestão e política, reflete uma abordagem gerencialista da administração pública. Soma-se a isso a adoção de ferramentas típicas do setor privado.

No entanto, a partir de análise de propostas de neutralidade do servidor público, advindas da gestão gerencialista, estudiosos como Frederick Son e Denhardt, observam a impossibilidade de desvinculação entre gestão e política, como analisa Motta (2013). Isso porque, as medidas administrativas adotadas são configuradas a partir de um contexto histórico, com rebatimentos e empecilhos sociais, econômicos e políticos, logo, é impossível desvincular gestão e política.

Entretanto, por volta de 1970, e como ocorreu em outros momentos históricos anteriores a esse período, há um retorno à abordagem gerencialista com tentativas de assemelhar a Administração Pública aos contornos de Empresas Privadas, como modelo a ser seguido, e modo de alcançar eficiência e eficácia na oferta de serviços públicos.

Desse modo, a introdução de mecanismos de mercado no setor público é acompanhada de contratação de serviços terceirizados, e da compreensão do cidadão como cliente. Ocorre que, a compreensão do público como cliente faz com

que os objetivos dos serviços prestados sejam eficiência e eficácia, o que não é negativo para os usuários, mas possibilita incorrer no risco de resumir o trabalho de profissionais a padrões numéricos de prestação de atendimentos, ou de superação de metas, em detrimento do incentivo à criação de meios para solucionar as demandas dos usuários.

Por outro lado, a perspectiva gerencialista, tem razão quando aponta algumas dificuldades da gestão pública, como é o caso da rigidez nas legislações, esse é um dos pontos que Schikmann (2010) refere como características negativas de organizações públicas. A autora sustenta que o manancial de legislações formuladas e promulgadas podem engessar modos criativos de intervenção profissional (burocratização), de modo a dar respostas às necessidades do público, o que é um obstáculo para atendimento do interesse coletivo.

Já sob o ponto de vista da política, é necessário inferir que, o envolvimento político de gestores, pode inibir ações para solucionar dificuldades, delineadas pela população. A Política pode ser definida, neste contexto, como a ação do homem para alcançar o poder de governo, como suscita Leonardo Secchi (2010), como é o caso de cargos e funções de chefia.

Sendo assim, a política compreendida como aquela que tem como interesse o poder de governo do homem, como afirma o autor, e que pode ser alcançado por meio de vinculações partidárias e de favores, é um obstáculo ao atendimento do interesse público. Já a política, enquanto resposta às questões da coletividade, como afirma Secchi, é aquela que consegue atender ao interesse e demandas sociais.

Outros modelos de gestão foram elaborados, de modo a dar respostas às questões de natureza organizacionais e de efetivação de políticas públicas, como é o caso da Gestão Participativa, baseada no Planejamento Estratégico. Essa propõe a

capacitação, aprimoramento e desenvolvimento profissional, para atendimento das necessidades dos usuários. Utilizando o estabelecimento de objetivos e normas da organização, com adequada alocação profissional por perfil de atendimento nos setores, um perfil que é técnico e de avaliação de capacidades individuais dos funcionários.

Há de considerar, que em uma organização pública que dispõe de insuficiente Recursos Humanos para atendimento às demandas usuárias, é responsabilidade da esfera gestora (direção e coordenação ou chefias de setores) a alocação de pessoal para suprir as demandas urgentes de atendimento. No entanto, essa reorganização do quadro de funcionários não deve ser mantida por longo período, já que implicaria no aparecimento de diversos problemas nos setores que tiveram seus profissionais direcionados para atendimentos urgentes. Desse modo, compete aos gestores demarcar junto ao setor responsável, a falta de recursos humanos necessários, e os rebatimentos sobre os usuários e a instituição. Vale ressaltar, que o “não agir”, como afirma Secchi, na esfera da gestão, significa uma posição complacente com o desvio de atendimento em direção aos interesses coletivos dos usuários.

O conjunto de condições objetivas, dentre elas configurações legais e orçamentárias, incidem sobre a tomada de decisão. Isso põe limites à Gestão, pois dificulta a incisão direta sobre o problema, isso porque, as propostas construídas por gestores e funcionários, nem sempre podem ser instantaneamente colocadas em prática, já que devem seguir parâmetros legais, e devem ser aceitas por toda a esfera hierárquica de Gestão. Desse modo, as legislações e a organização de gestores em níveis, já citadas, são limitações à criação de propostas criativas de trabalho, mas, sob um aspecto positivo, funcionam como parâmetros de avaliação da possibilidade de efetivação de alternativas na realidade.



A partir das contribuições literárias, nesse estudo analisadas, pode-se inferir que a gestão é um processo administrativo no qual o agente (e nessa nomeação devem estar incluídos todos os funcionários e, com maior responsabilidade os diretores de uma unidade) deve ter como horizonte, não só a efetividade prática de normas e regulamentações, mas também a avaliação dos empecilhos e dos desvios que esses representam ao interesse público, seguida da construção coletiva de propostas alternativas para atendimento das necessidades sociais.

Ou seja, a partir da análise de Schikmann, a Gestão, é compreendida como um instrumento administrativo, no qual os personagens envolvidos elaboram e colocam normas, procedimentos e serviços em prática, avaliam sua efetividade, no que se refere ao atendimento do interesse social, e constroem propostas alternativas para complementação ou mudança de legislação e de prestação de atendimento, em função de necessidades sociais. A Gestão pode ser dividida em níveis hierárquicos, acumulando funções específicas como a elaboração de legislações, ou fiscalização sobre a aplicação das mesmas, ou, ainda, observando a efetivação delas no cotidiano institucional.

No que tange à Gestão em saúde no Brasil, o Ministério da Saúde é o responsável pela elaboração de legislações, a Diretoria Federal ou Municipal (Secretaria e Conselhos Municipais de Saúde) ficam responsáveis pela fiscalização da oferta de serviços e aplicação de regulamentações, e a Direção de unidades básica, de atendimento de emergência, a diretoria de hospitais, tem como atribuição aplicação de normas, oferta de serviços e a identificação de intempéries nas respostas dadas às necessidades sociais. Entretanto, essa explicação sobre a rede de saúde pública no Brasil, será mais bem descrita no próximo capítulo. Essa explicação sucinta, serve para subsidiar o argumento de Rivera e Artmann(1999), de

que a cultura das organizações influencia na Gestão, ainda que essa seja dividida em níveis hierárquicos. Tal fato ocorre porque, mesmo tendo uma instituição responsável pela elaboração de normas, na esfera da oferta de atendimento, o trabalho é conduzido não só em virtude de legislações, mas da construção cultural da unidade. Como demonstra o estudo de caso, da Unidade de Suporte de Emergência do Hospital Federal de Bonsucesso, feita no capítulo dois desse trabalho.

É nesse sentido que os autores defendem a ideia de que o Planejamento deve ser um momento no interior do processo de Gestão. Sendo, uma ferramenta organizacional que valoriza a condução da ação, mas que está subordinada à cultura das organizações. Essa subordinação pode ser rompida ou amenizada por meio de instrumentos de problematização coletiva de dificuldades, no atendimento de demandas de usuários e de funcionários, e de negociação política entre diretoria e servidores.

Silva, Niero e Mazzali(2005), em análise à Matus, afirmam que esse último sustenta a tese de que a baixa responsabilidade de dirigentes, gera maior centralização e ingovernabilidade. Desse modo, um sistema participativo de discussão entre profissionais, para análise de questões cerne que influem no atendimento às demandas sociais, e o respeito ao sistema de prestação de contas devem ser elementos interiorizados culturalmente pelos indivíduos. O que favorece a construção de uma Gestão Participativa e que, conseqüentemente, abre espaço para o atendimento responsável de demandas dos usuários. Ou seja, a cultura institucional é um elemento que viabiliza, ou, em alguns casos, impede a efetivação de propostas e legislações que podem favorecer o atendimento de necessidades sociais, como sustenta o autor. Esse tem como proposta de mudança da cultura, a

criação de responsabilidade institucional, por meio de Treinamento, o que é viabilizado através de uma escola de governo, em que dirigentes e demais funcionários aprendem a forma de funcionamento da organização e objetivos sociais para os quais o trabalho deve ser construído.

Um exemplo dessas tentativas de mudança organizacional por meio de construção de uma responsabilidade no Sistema de Saúde no Brasil, e a oferta de cursos de capacitação em Gestão, destinados aos chefes de setores. Isso será analisado no próximo título desse trabalho, por meio da experiência do HFB.

### **3 ANÁLISE DA LEGISLAÇÃO REFERENTE À UNIDADE DE SAÚDE DE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA À LUZ DO CASO DO HOSPITAL FEDERAL DE BONSUCESSO.**

Neste capítulo é delineada uma análise institucional que possibilitam compreender a configuração atual da Rede de Atenção às Emergências. Posteriormente, é feita uma análise sobre a gestão na administração pública, por meio do estudo de caso da Unidade de Suporte de Emergência do Hospital Federal de Bonsucesso, no qual consta a estrutura de recursos humanos e matérias e a hierarquia gestora a qual a unidade está submetida.

### 3.1 ANÁLISE INSTITUCIONAL DE REDES DE ATENÇÃO DE EMERGÊNCIA.

Hall e Taylor(1996) fazem uma análise sobre as três versões do neoinstitucionalismo, delineando algumas interpretações de diferentes visões de autores sobre o conceito de instituição. A perspectiva do Institucionalismo Histórico afirma que instituição é referida a todos os procedimentos, normativas, regras e protocolos ligadas à estrutura organizacional, esse referencial teórico, aponta que o elemento crucial de análise é como as instituições afetam o comportamento dos indivíduos. Sobre essa questão, o estudo de caso do Hospital Federal de Bonsucesso representa a implicação da configuração da instituição sobre a postura dos sujeitos.

Outra visão é a do Institucionalismo da Escolha Racional, que define instituição como o elemento que regula e normatiza meios de interação e comportamento, influenciando as possibilidades e alternativas de escolha dos indivíduos. Diferente dessa análise, o Institucionalismo Sociológico delibera que Instituição não é apenas regras, procedimentos e normas formais, mas também é o conjunto de símbolos, de sistemas cognitivos e padrões morais que são referência da ação humana.

CONCEIÇÃO (2002) faz uma interpretação do conceito de Instituição, sob influência do Institucionalismo Histórico, segundo a Teoria da Regulação, como o conjunto de normatizações, resoluções, portarias e regras adotadas para mediar às relações entre as diferentes esferas de Gestão, de modo a qualificar assistência à saúde de usuários. Desse modo, tendo como foco de análise o trabalho de Gestão em uma unidade de prestação de atendimento de emergência, foram elencadas as principais regulamentações de 1988 a 2014 – esse período serve para demonstrar desde a instituição da saúde como direito universal e gratuito, a emergência de problemas de atendimento, e as soluções regulamentadas pelo Estado. Dessa forma, a análise de legislações do âmbito do Sistema de Saúde serve para compreender a conjuntura atual e as alternativas propostas.

Principais legislações sobre saúde pública:

<b>Legislação:</b>	<b>Origem:</b>	<b>Dispõe sobre:</b>
Constituição da República Federativa do Brasil/88	Casa Civil	Institui a saúde como direito universal, gratuito que deve ser garantido pelo Estado.
Lei 8080/90	Ministério da Saúde	Descreve o conceito de saúde.
Portaria 2048/2002	Ministério da Saúde	Promulga os elementos técnicos de atenção às urgências e emergências.
Portaria 1600/2011	Ministério da Saúde	Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências.

Portaria 1663/2012	Ministério da Saúde	Dispõe sobre o Programa SOS Emergência no âmbito da Rede de Atenção às Urgências e Emergências.
--------------------	---------------------	---

Fonte: Elaboração própria

O período abordado compreende a promulgação da Constituição até os dias atuais, esses 26 anos foram marcados por ganhos e perdas no processo de efetivação do direito à saúde. A primeira década é marcada pela instituição de legislações que abordam questões de princípios, diretrizes e gestão (financiamento, transferência de recursos e responsabilidades dos três entes federativos) do Sistema Único de Saúde. Já a segunda década reflete busca por alternativas que surgem na implantação da oferta de serviços, em especial no que refere à rede de emergência. Essa concentra em si os rebatimentos da precária rede de atenção básica.

A saúde enquanto direito universal, gratuito e dever do Estado, foi instituído com o Título VIII da Ordem social na Constituição Federal de 1988, sendo então um direito social e de cidadania, resultante das condições sociais e econômicas de vida da população. Segundo a Constituição:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Esse documento normativo é complementado pela Lei 8080/90, que define a saúde como a intervenção voltada a dar respostas às necessidades dos usuários, por meio da promoção, prevenção e reabilitação, de modo a haver diagnóstico, monitoramento, tratamento e recuperação daqueles já acometidos por doenças.

Sendo assim, percebe-se que há a institucionalização da saúde enquanto direito universal nos fins da década de 80, do século XX, no entanto, a normatização de atenção às emergências surge apenas a partir de 2002. Desse modo, é

imprescindível à compreensão da configuração regulatória dessas unidades, a partir das legislações que as definem, para então analisar e entender a dinâmica atual do Sistema de Saúde na prestação de atendimento de emergência - o que será descrito, posteriormente, no estudo de caso sobre o Hospital Federal de Bonsucesso.

Debruçar-se sobre este tema, requer uma compreensão de que a intervenção normativa do Estado sobre as redes de emergência deriva de uma conjuntura de críticas aos atendimentos - essas perduram ao longo do tempo, até atual contexto, como se observa nas reclamações de usuários e funcionários do sistema público de saúde na mídia. A crítica às prestações de serviços em unidades de emergência, fica explícito, também, na Política Nacional de Atenção às Urgências (Portaria nº 2048/GM/MS, de 05 de novembro de 2002), em que há a consideração de que, um dos elementos que sobrecarrega a rede de urgência e emergência, é a restrita oferta de serviços e prestação de assistência, pela Rede de Atenção Básica, em relação às demandas de atendimentos dos usuários. Esse é um fator que foi identificado como empecilho ao funcionamento adequado de unidades de emergência, o que, no cotidiano, tem como reflexos a superlotação, precariedade e insuficiência de atendimento aos usuários demandantes que chegam às unidades de urgência e emergência.

A Portaria nº 2048/GM/MS, de 05 de novembro de 2002 aponta, ainda, para a necessidade de estruturação de serviços para sanar questões referentes aos atendimentos a serem prestados aos usuários, propondo a criação de Núcleos de Educação em Urgências e de grades curriculares, para capacitação de recursos humanos da área. Além do mais, aponta para a necessidade de triagem de risco,

pois sem esta o atendimento é organizado por ordem de chegada, o que faz com que os pacientes não sejam atendidos segundo o risco de emergência. Já que, sem essa não há uma priorização a partir da gravidade de saúde. Ademais, refere que há o crescimento de unidades de pronto atendimento, mas que não dispõem de recursos humanos e materiais suficientes para elucidação diagnóstica. O que são elementos que influenciam na escolha de usuários, que recorrem a atendimentos em unidades de emergência, em referencias hospitalar de acompanhamento ambulatorial e de investigação diagnóstica, como solução da precária oferta de assistência pela Rede Básica de Saúde.

Essas afirmações, sobre a estruturação e propostas de solução dos serviços hospitalares de emergência, quando analisadas a luz da conjuntura atual, demonstram que há a reiteração de um conjunto de problemas, mas, também, há a implantação de algumas soluções. Isso fica mais nítido com a avaliação da Portaria 1600/2011, que propõe o acolhimento de casos agudos por unidades de urgência ou emergência, em que o acesso ocorra por meio da “Classificação de Risco” - que é a avaliação feita por enfermeiro (a) e, ou médico para organização dos casos a serem assistidos na unidade a partir da gravidade - o que representa a implantação de uma das propostas contidas na Política Nacional de Atenção às Urgências.

No entanto, quando se avalia a prática cotidiana de unidades de saúde, percebe-se que esta “Classificação de Risco” não é efetivada, como é o caso da Emergência do Hospital Federal de Bonsucesso, em função do número restrito de leitos, da superlotação de usuários internados por longos períodos e em alguns momentos pela escolha de coordenadores de unidades, esses “fecham” a possibilidade de abertura de prontuários, sendo atendidos apenas casos com



condições iminentes de morte – a saber, casos iminentes de mortes são aqueles trazidos pelo transporte do Samu, corpo de bombeiros, aqueles já avaliados por médicos especialistas, que acompanham o paciente, mas que não trabalham na emergência encaminham o usuário com descrição sucinta do caso, ou aqueles casos em que a pessoa chega à unidade desacordado. Além disso, na emergência do Hospital Federal de Bonsucesso a recepção do setor repassa informações sobre os sintomas, exames e laudos de usuários ao chefe de equipe, que avalia se este tem possibilidade de ser atendido pela unidade.

Essa mesma Portaria, tem como objetivo a ampliação e qualificação do acesso humanizado dos usuários em situação de urgência ou emergência, de forma ágil e oportuna nos serviços de saúde. Esses elementos de Classificação de Risco e de Atendimento Humanizado (realizado de acordo com as necessidades e perfil do usuário, respeitando as liberdades de escolha do paciente e realizando exames e avaliações em tempos oportuno e ágil), representam um avanço nos serviços de saúde, no entanto, devido à superlotação de usuários em unidades de emergência de saúde, são impossibilitados de se materializar plenamente no cotidiano. Isso porque, como foi dito anteriormente e como será elucidado à frente, o atual contexto do HFB é de restrição de atendimento, sendo alguns serviços de saúde voltados apenas ao acolhimento de usuários que estão sobre risco iminente de morte. Essa superlotação, aliada ao insuficiente número de profissionais para prestação de atendimento aos usuários, ocasiona uma limitação ao atendimento humanizado.

O Programa SOS Emergência (instituído pela Portaria nº: 1663 de 6 de agosto de 2012), é um projeto de abrangência nacional, com a parceria de Hospitais de Excelência e do Grupo Brasileiro de Classificação de Risco. Esse programa emerge como um dos elementos da administração pública de saúde para sanar essas

questões que impossibilitam o acolhimento e atendimento de usuário. Tendo como objetivos: a melhoria na gestão de leitos, nas ferramentas de acolhimento e Classificação de Risco, e da qualidade de assistência à saúde e o aprimoramento da Gestão das unidades de emergência.

O SOS Emergência promove a capacitação de profissionais, no que tange a processos de gestão, de acolhimento e de estabilização de pacientes em unidades de emergência. O foco do programa é superar os empecilhos à implantação da “Classificação de Risco”, de modo a efetivar as legislações construídas. Entretanto, a capacitação de profissionais da saúde para atendimento a usuários, em processos de gestão e estabelecimento de pactuações<sup>4</sup> entre unidades de saúde, de modo a dinamizar processos de referência e contra-referência<sup>5</sup> do sistema de saúde, é dificultada.

Ou seja, desde a promulgação da Política Nacional de Atenção às Urgências, há a descrição dos determinantes e das consequências da utilização dos serviços de emergências, o que, ao longo do tempo, ainda que de modo paulatino, o Ministério da Saúde busca alternativas de respostas por meio de portarias de reorganização dos setores de emergência.

---

<sup>4</sup> As Pactuações correspondem aos acordos estabelecidos entre gestores de diferentes unidades de saúde para acolhimento e encaminhamento responsável das demandas, segundo as possibilidades de oferta de serviços e nível de gravidade de saúde. Trata-se de uma ferramenta de cooperação e de troca entre os agentes, acordada por meio de protocolos de atendimento. Um exemplo disso é a da Policlínica Rodolpho Rocco, mais conhecida como “PAM Del Castilho”, com a qual a unidade de Bonsucesso tem o acordo de encaminhar determinado perfil de paciente para avaliação psiquiátrica, em funcionamento vinte e quatro horas.

<sup>5</sup> Referência e contra-referência de saúde são termos utilizados para designar o processo de atendimento integral de usuários do Sistema Único de Saúde. Referenciar um usuário é encaminhar para unidade de média, alta ou baixa complexidade os casos segundo a gravidade de saúde, já contra-referência é o processo de retorno do usuário, após prestação de atendimento equivalente ao nível de gravidade de saúde. Sendo assim, pessoas podem ser encaminhadas/referenciadas para prestação de serviço da saúde de alta complexidade e quando avaliadas e solucionadas as questões retornam/contra-referenciados para a unidade de média ou baixa complexidade.

Em síntese, o não acolhimento pela Rede Básica de Saúde em prestar assistência aos usuários de determinada localidade resulta no uso inadequado de unidades de emergência como porta de entrada para acompanhamento de saúde, o que por sua vez tem como consequências a superlotação de unidades de emergência e de proliferação de infecções que aumentam o índice de mortalidade. O que é intensificado por uma gestão pouco participativa.

### 3.2 ESTUDO DE CASO DA UNIDADE DE SUPORTE DE EMERGÊNCIA DO HOSPITAL FEDERAL DE BONSUCESSO.

A Resolução Nº 1451/95, do Conselho Federal de Medicina, institui que Emergência e Urgência de saúde são os casos de pacientes em estado grave que podem levar a mal irreversível ou à morte. Diferenciam-se no que concerne ao aparecimento do mal, sendo a Emergência um caso súbito e imprevisto e Urgência o surgimento de um mal não tão agudo e que não necessariamente é imprevisto e súbito.

No que se refere às legislações, essas são construídas, maiormente, referidas aos dois tipos de atendimento. No entanto, o que se percebe no cotidiano prático das unidades, aquelas que suportam atendimento de emergência dispõem de maior manancial de recursos médico-hospitalares de diagnóstico. Esta definição e diferenciação de unidades de urgência de emergência, feita pelo Conselho Federal de Medicina, é imprescindível para compreensão de como são dadas prioridades de atendimento a determinados casos na emergência do Hospital Federal de Bonsucesso (HFB), já que esse setor fica aberto em momentos particulares, tais como aqueles em a regulação consegue captar e transferir inúmeros pacientes, devido ao trabalho de acordos com outras unidades, realizado pelo Departamento de

Gestão Hospitalar (DGH), embora, geralmente não funcione com classificação de risco.

A partir do exposto é preciso pontuar que a Unidade de Suporte de Emergência (USE) do HFB assume particularidades que tendem a aumentar o número de usuários que buscam atendimento. Dentre elas o fato de fazer corpo de uma unidade de atendimento de média e alta complexidade, único Hospital no Rio de Janeiro que faz cirurgia de Cabeça e Pescoço, e uma das referências para diagnóstico e tratamento oncológico, ainda que não disponha da terapêutica de radioterapia.

Sob o plano de recursos materiais, o Hospital Federal de Bonsucesso possui 613 leitos no total, desses 32 se destinam aos atendimentos da Unidade de Suporte de Emergência, ou seja, aproximadamente 5% são para atendimentos de emergência. Esses últimos são em número restrito, pois os leitos estão dispostos em containers, visto que em 2010 foi fechado o setor de emergência por questões de infraestrutura, sendo contratados serviços de acomodações hospitalares com capacidade para 32 atendimentos de modo a suplantar as necessidades urgentes, enquanto fosse realizada reforma no prédio que acolhia a emergência.

No entanto, decorridos quatro anos, não há a conclusão, nem se quer ocorreram as obras de restauração, ainda que o governo tenha repassado verbas, como demonstra a tabela abaixo. Com base em dados do Relatório de Demanda Especial Nº 00190.010225/2011-45, elaborado pela Controladoria Geral da União no ano de 2011, o HFB teve uma despesa de R\$ 181.894.332, 36 (cento e oitenta e um bilhões, oitocentos e noventa e quatro milhões, trezentos e trinta e dois mil reais e trinta e seis centavos). No mesmo documento há um levantamento do prejuízo aos

cofres públicos que cada um dos seis Hospitais Federais gerou no ano de 2011, sendo sintetizado o gasto inadequado do HFB na tabela abaixo:

<b>Desperdício do HFB no ano de 2011</b>	
Serviços Continuados	R\$4.495.983, 48
Insumos e Medicamentos	R\$5.799.720,70
Locação de Equipamentos	R\$9.294.185,66
Obras e Reformas	R\$13.948.119, 42
Total	R\$33.538.009, 26

Fonte: Relatório de Demanda Especial Nº 00190.010225/2011-45 da Controladoria Geral da União.

Sobre o item obras e reformas, que é o elemento de restrição do número de leitos para atendimentos de usuários na Emergência do Hospital Federal de Bonsucesso, o relatório aponta que houve celebração de contratos com sobrepreço, ausência de aprovação de projetos de reformas pelos órgãos de fiscalização, falta de planejamento de prioridade nas obras a serem executadas, estão entre os motivos que levaram ao desperdício de recursos públicos.

Após essa avaliação da Controladoria Geral da União, o Departamento de Gestão Hospitalar (DGH) tomou medidas técnicas, como meios de coibir esses desperdícios de verbas públicas. Como exemplo disso foram solicitadas revisões de planilhas orçamentárias de contratos de obras, auditorias mensais dos contratos de serviços. Esse mal uso de recursos públicos, representa as problemáticas de gestão nas esferas do Ministério da Saúde e da unidade federal, principalmente, transgredindo o valor ético, de responsabilidade com gastos públicos. Além do mais, essas informações representam que não há uma atuação que objetive a eficiência e eficácia, o que é contrário aos interesses dos usuários.

A partir do cenário exposto, é possível identificar características da gestão de instituições públicas, que são analisadas por Schikmann(2010), como é o caso do

afastamento da compreensão do cidadão como destinatário do serviço público, isto porque, percebe-se uma desvinculação do interesse coletivo quando ocorrem desperdícios de verbas públicas, onerando a sociedade e prejudicando usuários de serviços de saúde.

Ademais, a autora sustenta que isto tem, também, como consequência a perda de confiança do cidadão nos serviços públicos, o que favorece a constatação de que o que é público é de baixa qualidade e pouca eficiência. O que significa que há como enfatiza Schikmann(2010), baixa ênfase no desenho, compreendido como a realização do trabalho de forma eficiente, eficaz e efetiva, o que no âmbito da saúde seria sinônimo de um atendimento humanizado às necessidades em tempo hábil e restringindo o mínimo possível as condições de agravamentos de problemas de saúde.

Em continuidade à análise dos aspectos organizativos, vale ressaltar que algumas questões, demonstram o desconhecimento do Departamento de Gestão Hospitalar em 2014, instância gestora responsável pela fiscalização dos seis hospitais federais do Rio de Janeiro, sobre o contexto do Hospital Federal de Bonsucesso. Isso porque o número de funcionários alocados na unidade de emergência foi objeto de discussões em reuniões em que o Departamento de Gestão Hospitalar, com informações repassadas pelos Recursos Humanos do HFB, apresentava números que não correspondiam ao número de profissionais em plantão diariamente, segundo alegações do então diretor da unidade.

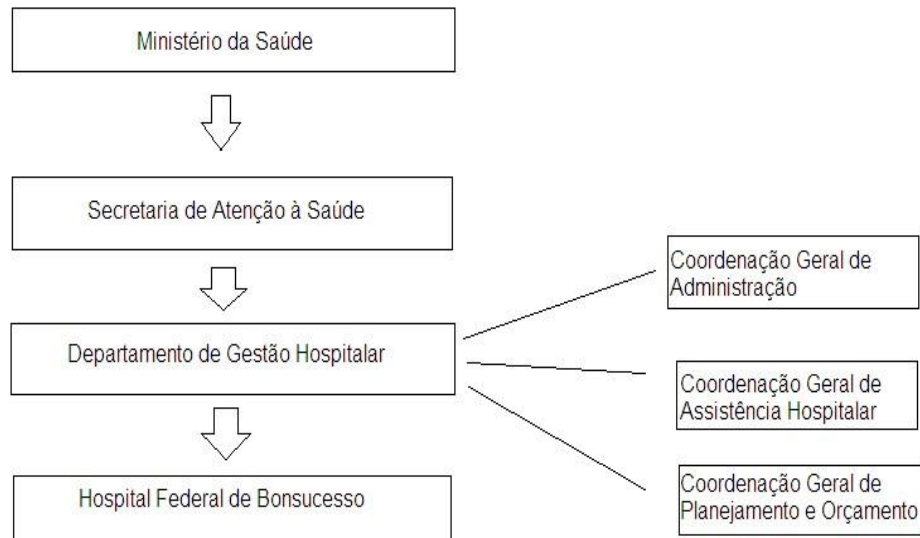
O que significa que embora tivessem sido tomadas medidas em relação aos assuntos apontados pelo Relatório da Corregedoria Geral em 2011, questões centrais de prestação de contas como é o número de empregados para atendimentos de usuários é desconhecido pelo Recurso Humanos do HFB e pelo

DGH. Fica demonstrado como problemas técnicos podem gerar dificuldades ainda maiores, tendo como principais efeitos: desvios de recursos públicos, visto que a verba repassada pelo ministério da saúde possivelmente poderá ser superior aos custos dos trabalhos profissionais, atendimento insuficiente de usuários, em função do número restrito de profissionais, ou então o não cumprimento de carga horária pelos profissionais, já que não há meio de controle.

No que concerne aos vínculos empregatícios, esses são: por meio de contratação por meio do Núcleo Estadual no Rio de Janeiro (NERJ), utilização de estatutários e terceirização para serviços de limpeza, segurança e produção alimentícia. É relevante reiterar que existem discrepâncias entre os balanços feitos pela instituição sobre o montante de profissionais e os números de funcionários que os chefes de setor alegam dispor, visto que aponta, ainda, o distanciamento dos gestores do cotidiano da instituição, no que se refere às organizações administrativas dos prestadores de serviços.

No que tange à hierarquia que configura a gestão de uma unidade de saúde federal do Rio de Janeiro, esta pode ser compreendida a partir de organograma abaixo:

Hierarquia em que se insere o **HFB**:



**Fonte: Elaboração própria**

Nesta hierarquia, compete ao Ministério da Saúde promulgar normativas, portarias e outras legislações em resposta às demandas apontadas pela Direção Geral Hospitalar. Essa instância tem como responsabilidade administrar os seis hospitais federais do Rio de Janeiro, coordenando, planejando e supervisionando os serviços, fornecendo bens, insumos e serviços, além de estabelecer um perfil de funcionamento de cada hospital, o volume de atendimentos, os serviços a serem prestados, e formas de acesso do paciente;

A partir desta descrição em organograma e considerações acima, da gestão do HFB, pode-se analisar a dinâmica atual do processo de Gestão da unidade. No plano prático há algumas modificações elaboradas pelo Ministério da Saúde na unidade objetivando reorganizar a gestão dos serviços públicos que sofre com uma avaliação (pela mídia, por usuários e pelos funcionários) de incompetência,



inoperância e insuficiência na atenção aos interesses e necessidades públicas de saúde.

Como exemplo de complementação jurídica, o Ministério da Saúde sancionou a portaria nº 155, de 5 de março de 2014 do Ministério da Saúde. Esta implicitamente coloca o Hospital como uma unidade de emergência e não ou não só de especialidade, assim como exige que outras unidades de acompanhamento ambulatorial e internação deem prioridade de acolhimento aos pacientes internados na emergência do HFB. No entanto, isso entra em conflito com o próprio funcionamento proposto pelo Ministério da Saúde, em que as vagas de leito, de consulta e realização de exames devem ser totalmente gerenciadas pelo Sistema de Regulação de Vagas, em vista de superar o uso indevido de unidades de saúde.

Embora a dinâmica prática em que se encontra a emergência seja de longas internações, de pacientes com agravamento de saúde e que não são absorvidos para transferência para enfermarias das redes municipal, estadual e federal de saúde que seriam referência de atendimento e internação de pacientes por longos períodos, compete ao trabalho realizado por reguladores do SisReg (Sistema de Regulação de Vagas) - que funciona como uma fila virtual para marcação de consultas e exames e onde são também disponibilizadas vagas em enfermarias, preenchidas de acordo com o perfil patológico do usuário – a captação da disponibilidade de transferência de um paciente. No entanto, o que foi instituído com a portaria nº155/14 é que a unidade de emergência do HFB terá leitos de referência, que conseqüentemente não estarão incluídos no Sistema de Vagas, o qual os disponibilizaria para todas as unidades do estado.

Sobre tal fato, vale ressaltar que, baixa rotatividade de leitos ocorre, também, porque não há número de profissionais de saúde necessário para atendimento dos usuários, o que, por sua vez, ocasiona falta de visita médica diária às pessoas internadas, e conseqüentemente gera o agravamento dos casos ou não liberação dos pacientes em tempo hábil. Isso contradiz a missão a que o hospital se propõe, descrita no seu site, nos seguintes termos:

“Promover atenção integral à saúde, oferecendo serviços de qualidade à população, com atendimento humanizado e multiprofissional, integrado ao Sistema Único de Saúde, participando da formação e desenvolvimento de recursos humanos”.

A missão da unidade coaduna com o interesse do Ministério da Saúde, expresso na portaria 155 de março/2014, no que tange à atenção integral da saúde, identificando que é necessário referenciar e contra referenciar o usuário, mas para tal são necessárias unidades que acolham pacientes atendidos na emergência e que por razões clínicas já supriram suas necessidades de saúde emergenciais, mas que devem ser encaminhados a clínicas específicas.

A portaria nº: 155 de março/2014 promulga:

“que a União proceda à imediata avaliação clínica individualizada de todos os pacientes internados, e dos que vierem a ser, na emergência do Hospital Federal de Bonsucesso (HFB), transferindo- se somente aqueles cujas condições clínicas permitirem, redirecionando os pacientes para outros setores do próprio hospital ou para outras unidade de saúde integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, Portaria nº 155,2014)

Essa citação descreve a insuficiência dos números de transferência, o que ocasiona um trato desumanizado a pacientes que são internados em macas, poltronas e cadeiras em virtude de uma superlotação do setor e que não recebem uma avaliação clínica diária.

Diante da prática cotidiana exposta acima, inicia-se a avaliação de mecanismos internos hospitalares. Um desses é a reunião de colegiado, que deveria ter uma periodicidade semanal, com representações de todas as categorias que

trabalham no setor de emergência, mas que é realizada apenas com a presença dos diretores, da funcionária do SOS Emergência, com representantes do Serviço Social, Enfermagem, Núcleo Interno de Regulação (NIR), da Equipe de Desospitalização, e em poucas ocasiões, da chefia médica de plantão.

As restrições de participação, e o pouco envolvimento e comprometimento em discussão sobre dificuldades organizacionais geram um baixo desempenho, para promoção de propostas de enfrentamento das graves situações a que está submetido o atendimento aos pacientes. De modo que, ainda que nessas reuniões mostrem pontos problemáticos como é a abertura de uma Classificação de Risco com número tão restrito de leitos, de profissionais e de possibilidade de transferência, não há a deliberação de propostas de solução, ou sequer de normas padrões a se seguir em situações de extrema insustentabilidade de internação de pacientes.

Ainda em decorrência das intervenções do Ministério da Saúde, esse órgão promoveu cursos de capacitação, dentre eles um ofertado para coordenadores e chefias de setores, para formação de gestores – a saber as informações obtidas são fonte de minha participação em inúmeras aulas do referido curso -, tendo como objetivo, a construção de trabalhos finais que delineassem as demandas dos usuários atendidos na rede de suporte de emergência e respondessem às mesmas. Esses trabalhos foram apresentados ao Departamento de Gestão Hospitalar, para análise dos meios de viabilização. No entanto, esse curso teve inúmeras desistências, e da exposição de análises dos setores do HFB que não representavam a realidade plena da instituição, muitas vezes, por receio de atritos pessoais entre profissionais. Tudo isso ocasionou pouca, senão nenhuma solução

efetiva para as dificuldades elencadas por usuários, no que se refere ao atendimento de saúde.

O que se pode avaliar, após a descrição desse quadro estrutural, que há uma precarização do Hospital Federal de Bonsucesso em decorrência da não realização de obra de restauração da emergência, da oferta restrita de profissionais e da má utilização de espaços democrático de discussão e construção de proposta de intervenção pelos profissionais. Sob um ponto de vista amplo, reflete a não efetividade da diretriz de universalidade de atendimento que viceja o Sistema Único de Saúde. Já no âmbito dos processos de gestão interna há pouca interferência de incentivo à construção e implantação de propostas construídas coletivamente entre funcionários, usuários e gestores, agravada pelo desconhecimento de usuários e funcionários sobre processos práticos de trabalho, o que demonstra que não há efetividade de controle social - o que acarreta baixa capacidade de governança.

## 4 SERVIÇO SOCIAL

Neste capítulo, será realizada a análise do Serviço Social como profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho. Em vista da superação de uma visão endógena da profissão, – que explica a sua configuração desvinculada da conjuntura histórica, como se ela fosse movida apenas pelo interesse dos profissionais, deslocada da realidade – através de uma avaliação sobre o processo de trabalho do Assistente Social em unidades de saúde e do potencial papel que pode ser realizado no processo de Gestão.

### 4.1 TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE

Vasconcelos(2009), afirma que o trabalho desenvolvido por assistentes sociais em unidades de saúde tem um desenvolvimento deslocado do Projeto Ético Político hegemônico. As ações estão voltadas para o atendimento de demandas espontâneas de usuários nos plantões sociais, ou ainda à orientação de sujeitos encaminhados por outros profissionais. Isso reflete uma postura que atende unicamente aos interesses singulares de um usuário particular, o que por sua vez não favorece no processo de efetivação de direitos coletivos e diverge da proposta do projeto ético político que tem como objetivo a criação de meios para alcançar a emancipação humana.

A prática de reiteração de comportamentos, de respostas orientadas somente para prestação de informações está desvinculada da perspectiva educativa que guia o trabalho no Serviço Social e que diferencia a profissão de qualquer outra cargo/função de mera consulta de sobre direitos, ou de serviço de orientação de normas institucionais. É nesse sentido que a autora defende que a prática reflexiva sobre a ação desenvolvida é essencial para a superação da reprodução acrítica de

rotinas de trabalho, assim como é imprescindível para a viabilização de direitos para o conjunto dos usuários e apenas a uma demanda singular.

Ademais, é isso que possibilita a inserção dos sujeitos nos espaços democráticos de fiscalização e avaliação da efetividade dos serviços de saúde, que são os conselhos de saúde. O processo educativo o qual o profissional deve realizar garante uma ampliação da qualidade dos serviços prestados e denota autonomia aos usuários. Nas palavras da autora:

“Assim, aos assistentes sociais que objetivam romper com práticas conservadoras, não cabe reproduzir o processo de trabalho capitalista, alienante. Há que, historicamente, buscarmos romper - através do trabalho e das relações sociais -, com as formas capitalistas de pensar e agir para empreender ações que, além de possibilitar acesso a bens e serviços, resulte num processo educativo; resulte num bem e não num produto a ser consumido. Uma ação consciente, que exige a capacidade de antecipar, de projetar; capacidade que não está dada, mas é algo a construir, a alcançar.”(VASCONCELOS, 2009:02)

A autora realiza uma pesquisa sobre a realidade de trabalho dos Assistentes Sociais nas unidades de saúde, o que a constatar que esses têm um comportamento passivo, dependente e subalterno às solicitações institucionais, desenvolvendo ações imediatas, isoladas e sem parâmetros, o que reduz a atuação a uma intervenção burocrática e não assistencial. De modo que, os Assistentes Sociais pouco ocupam os conselhos e quando o fazem, muitas vezes, defende interesses da instituição em detrimento das necessidades da população.

O que remete à consideração de que embora a construção curricular, a capacitação técnica e a experiência prática, adquirida ainda na graduação em Serviço Social ao realizar estágio, delineie uma perspectiva que impulse a perspectiva crítica do profissional, tendo a liberdade como valor ético central, são efetivadas por poucos profissionais, no cotidiano de trabalho.

Isso ocorre como uma reiteração de uma prática conservadora, burocrática e deslocada do objetivo público de atendimento de necessidades coletivas. Já a

realização um processo de trabalho voltado à identificação de demandas como parte um conjunto de problemas estruturais, que tem singularidades que devem ser atendidas, mas as quais não se pode reduzir a intervenção, deve promover a capacitação dos usuários, para que esses disponham de alternativas de escolha.

Essa capacitação deve ter como horizonte a orientação sobre espaços de discussão e reivindicações de demandas de saúde pelos usuários, e dos objetivos a que essas instâncias se propõem, tornando possível a ocupação ou não dessas esferas, e promovendo a autonomia do usuário. É nesse sentido que a superação de atividades orientações apenas para respostas imediatas a demandas sócias deve ser construída.

Esta intervenção voltada ao atendimento de interesses coletivos tem por base o comprometimento ético-político e teórico-metodológico voltado a construção de outra realidade social. Como afirma Vasconcelos:

“Como pressupostos ídeo-políticos, destacamos o comprometimento com a garantia dos direitos civis, sociais e políticos dos segmentos populares, com a preocupação de análise dos serviços tendo em vista os direitos sociais, especialmente o direito à saúde, com vista a contribuir para qualidade do espaço público, para o controle social e, em última instância, para a construção de uma nova ordem social.” (VASCONCELOS, 2009:03)

Dessa forma, a superação do cotidiano de trabalho é uma exigência para o Serviço Social, é um pressuposto para projetar analisar a prática profissional, apreendendo criticamente os processos sociais, identificando demandas e formulando propostas de intervenção.

É nesse sentido que a interação do Assistente Social no processo de Gestão pode criar novas dimensões e espaços de discussão sobre interesses públicos coletivos.

O que, por sua vez, é um elemento crucial para ação que está vinculada aos interesses da classe trabalhadora. As potencialidades do trabalho do Serviço Social

no processo de Gestão são analisadas no item posterior desse trabalho de conclusão de curso.

#### 4.2 SERVIÇO SOCIAL, SAÚDE E GESTÃO

No âmbito da atuação profissional do Assistente Social é perceptível que há uma dúvida no que se refere às suas atribuições e competências. O que tem como consequência, o risco de incorrer no erro de não definir e defender os limites da intervenção profissional diante das requisições institucionais da organização empregadora e dos usuários. Como afirma Costa:

“No discurso profissional essas inquietações estão associadas à imprecisão da profissão (o que é, o que faz), cujos traços voluntaristas e empiristas, no entender de muitos(as) assistentes sociais, contribuem para fragilização e consequente desqualificação técnica do Serviço Social” (COSTA, 2000: 36).

Em movimento simultâneo há uma conjuntura de crescimento do trabalho dos Assistentes Sociais nos serviços de saúde, o que reflete a necessidade de intervenção técnica qualificada. Isso, conseqüentemente, faz com que as unidades de saúdes aumentem em seus quadros, profissionais do Serviço Social, ainda que por contratações temporárias. A autora, então, conclui seu pensamento dizendo:

“Assim, o que de relevante se colocou foi a constatação de que, enquanto os assistentes sociais subestimavam a utilidade e o conteúdo das suas práticas, cada vez mais as instâncias de gerenciamento dos serviços de saúde, em todos os níveis, apontavam para a necessidade de ação dos profissionais na composição das equipes de serviços públicos de saúde” (COSTA, 2000: 36).

Tendo em vista esse cenário, é preciso salientar que muitos profissionais tomam a idealização espaço de trabalho favorável a seus objetivos não só como pressuposto de uma intervenção qualifica, mas também como forma de fugir da realidade a qual se defrontam. De modo que, analisam a realização do trabalho como algo impossível diante da realidade.



Entretanto, são as condições objetivas da realidade que fazem necessárias o trabalho na esfera do Serviço Social. Isso porque, o contexto de insuficiente oferta de atendimento diante das necessidades de saúde da população, o que faz com que as instituições empregadoras requisitem um trabalhador que favoreça no processo de aceitação dos usuários dessa insuficiente rede de serviços, unidas às expectativas de resolução de todos os problemas sociais, advindas de outros profissionais que trabalham com o Assistente Social, configuram a realidade objetiva de trabalho. Desse modo, assim como não se pode incorrer no risco pensar que as capacidades técnicas são passíveis de dar soluções a todas as questões – messianismo -, também não pode se articular com a ideia fatalista de que as demandas de usuários são impossíveis de serem atendidas na atual conjuntura.

Ademais, vale ressaltar que há presente em muitas reflexões de profissionais a perspectiva de que não é possível materializar competências e atribuições guiadas pelos princípios de liberdade, justiça social e emancipação, em função da visão restrita que outros profissionais de equipe ou chefes possuem. Quando, na verdade é por meio da exposição das capacidades e atribuições técnicas, que são delineados novas perspectivas sobre a atuação do Assistente Social, afinal o conhecimento é obtido por meio de experiências e vivência.

Desse modo, o trabalho do Serviço Social referenciado no processo de gestão traz como possibilidade capturar esses vícios profissionais endógenos, de não avaliar a profissão de acordo com o movimento da sociedade, superando-os e promovendo a dinâmica de trabalho em equipe. Isso porque é a partir de atividades e trabalhos executados no cotidiano que os outros profissionais passam a compreender as atribuições e competências do Assistente Social, assim como ocorre com qualquer outra ocupação.

“a atividade profissional de Serviço Social, como tantas outras profissões está submetida a um conjunto de determinações sociais inerentes ao trabalho na sociedade capitalista, quais sejam: o trabalho assalariado, o controle da força de trabalho e a subordinação do conteúdo do trabalho aos objetivos e necessidades das entidades empregadoras” (COSTA, 2000: 37).

O vínculo empregatício se estabelece em função da demanda da sociedade e requisição institucional de intervenção profissional sobre as necessidades sociais. Dessa maneira, os interesses da instituição, ainda que não sejam referenciais articulados aos princípios do Serviço Social, devem ser atendidos, mas sem romper com limites éticos, de competência técnica ou promover cerceamento de acesso dos usuários aos serviços e programas sociais, a quem são destinados.

“Também defende o autor [Nogueira, 1991] que a natureza e a abrangência do processo de cooperação horizontal e vertical vêm determinando o incremento do mercado de trabalho na área de saúde. Explica que, diferentemente de outras áreas de produção de bens e serviços, nas da saúde não ocorre uma redução da força de trabalho quando da implementação de novos serviços parciais, porque os serviços mais antigos não são extintos em função dos novos”.

[...]

“A ampliação do mercado de trabalho dos assistentes sociais na esfera da saúde deve-se tanto á ampliação horizontal das subunidades de serviços quanto a uma maior divisão sociotécnica do trabalho” (COSTA, 2000: 38-39).

Como afirma a autora, há na atual conjuntura o aumento de unidades básicas de saúde, o que significa a ampliação do campo de atuação para o Serviço Social, na esfera da prevenção e da recuperação da saúde na baixa complexidade. Mas é preciso ressaltar que os recursos materiais e o número de profissionais nessas unidades não são suficientes para suprir a demanda de atendimentos. O que faz com que usuários recorram às unidades hospitalares com emergência, mas que tem ambulatórios de tratamento continuado, como meios de garantir de modo imediato o atendimento de sua necessidade de saúde, a qual deveria ser prestada por unidades básicas, mas que demoram longos períodos para marcação de consultas e realização de exames e cirurgias.

Considerando ainda as particularidades do Rio de Janeiro que possui unidades de referência, que na realidade são as únicas que realizam determinado tipo de tratamento, no que concerne a doenças como câncer (que tem como referências principais a oncologia do Instituto Nacional do Câncer e o Hospital Federal de Bonsucesso) e tumor na região da cabeça e do pescoço (que tem como única opção cirúrgica o HFB), há um inchaço de usuários que são acolhidos e dos que aguardam atendimento. Isso tem como resultante, o agravamento de situações de saúde, o aumento do número de mortes, mas também tem como rebatimentos exaltações de usuários que se defrontam com uma demanda não atendida, descrença na oferta de serviços públicos.

É nessa conjuntura social que o assistente social é chamado a intervir junto aos usuários. Desse modo, sendo o trabalho uma atuação de troca e relacionamento entre sujeitos, e esse profissional sendo aquele que é visto como capacitado para lidar com as “adversidades” sociais na porta de entrada de unidades de saúde, é sobre ele que recaem reclamações a respeito de diversos problemas dos serviços públicos, do governo, da falta de humanização na prestação de serviços, do desespero de pessoas que buscam preservar, ou ao menos garantir certa qualidade, de vida a si ou aos seus familiares, vizinhos. Logo, são diante das mais cruéis refrações da Questão Social, que é o adoecimento sem suporte, que o Assistente Social deve intervir.

Dessa maneira, tendo como horizonte que o trabalho realizado deve superar a mera escuta, por meio de orientação e encaminhamento das demandas, se sustenta um trabalho qualificado e ético. Em que o acolhimento da demanda deve visar atender não só as questões de urgência, assim como, devem ser qualificados dados das necessidades sociais emergentes, de modo a exigir do Poder Público meios de

atender aos interesses sociais, por via da elaboração de propostas alternativas, é isso a que está compelido o Serviço Social no trabalho da Gestão.

Gestão é aqui referência não só como o trabalho desenvolvido por diretores e coordenadores de setores, mas como toda tarefa que tem um objetivo amplo de identificação de necessidades sociais, formulação de propostas e exigência da esfera responsável (no caso o Ministério da Saúde, por meio de relatórios) do devido atendimento às demandas social.

Uma das particularidades que Costa caracteriza os serviços públicos é que “nos serviços públicos de saúde pública, a força de trabalho é consumida em função da sua utilidade particular, que é ‘para uso’ dos consumidores dos serviços” (COSTA, 2000: 40). O que vale refletir, a partir da informação fornecida pela autora, é que mesmo que o trabalho esteja voltado prioritariamente para o atendimento de usuários internados em determinada instituição, muitas são as situações de acolhimento e orientação de demandas de sujeitos que buscam ou aguardam atendimento da rede de baixa complexidade.

Ou seja, as novas demandas sociais, fruto do movimento da realidade, requerem do Assistente Social o trabalho de gestão, assessoria e pesquisa como transversais à intervenção profissional. De modo que, a função social da profissão objetiva compreender os aspectos comunitários, sociais, econômicos e culturais que interferem no processo de saúde e doença. Diante disso, é necessário buscar estratégias para o enfrentamento dessas questões. Mas a defesa de direitos sociais requer a ação articulada com outros segmentos, que partilhem dos mesmos interesses e princípios éticos, para elaborar propostas em defesa das necessidades da população usuária nos serviços públicos de saúde.

O trabalho de gestão compete à promoção da participação popular em espaços de decisão, construção e efetivação de trabalhos de saúde, sistematização e coleta de dados sobre temáticas relacionadas à saúde, tendo assim uma atuação de forma compromissada e criativa de intervenção social.

Nas palavras de Iamamoto:

“O Assistente Social tem sido historicamente um dos agentes profissionais que implementam as políticas sociais, especialmente políticas públicas. Ou nos termos de Netto, um executor terminal de políticas públicas, que atua na relação direta com a população usuária. Mas hoje o próprio mercado demanda, além de um trabalho na esfera da execução, a formulação de políticas públicas e a gestão de políticas sociais.

Responder a tais requerimentos exige uma ruptura com a atividade burocrática e rotineira, que reduz o trabalho do assistente social a mero emprego, como se esse se limitasse ao cumprimento burocrático de horário, à realização de um leque de tarefas as mais diversas, ao cumprimento de atividades preestabelecidas. Já o exercício da profissão é mais do que isso. É uma ação de um sujeito profissional que tem competência para propor, para negociar com a instituição os seus projetos, para defender seu campo de trabalho, suas qualificações e funções profissionais. Requer pois, ir além das rotinas institucionais e buscar apreender o movimento da realidade para detectar tendências e possibilidades nela presentes passíveis a serem impulsionadas pelo profissional” (IAMAMOTO, 2012: 20-21).

Dessa maneira, a profissão capacitada ética, política e teoricamente como é o Serviço Social não se pode articular com a morbidade de serviços, em função da crença fatalista de inoperância do sistema, de baixa infraestrutura e recursos, negam as alternativas de desenvolvimento do trabalho. Isso porque apenas por meio do desenvolvimento de trabalhos, da ampliação do conhecimento vinculado ao comprometimento profissional com o interesse público é que se torna possível questionar os rebatimentos da baixa ou precária estrutura de trabalho.

Ademais, o comprometimento profissional e ético de funcionários públicos favorece para o apoio da sociedade civil frente aos rebatimentos macrossociais de degradação de instituições públicas.

Desse modo, fica nítido que a organização dos serviços não é feita de acordo com as necessidades sociais, mas sim pela amplitude de conflitos de profissionais

ou instituição com os usuários, expressos nas reivindicações dos últimos. Isso porque, a direção e coordenação de serviços realizam intervenções em questões de emergência e que geram ampla visibilidade na mídia. O que não é resolutivo, já que se caracteriza por ações pontuais que ocorrem em determinado momento temporal e que não tem resultado a longo e médio prazo.

Mas, ainda que nesse estudo aja a promoção da iniciativa de profissões que criem propostas alternativas, há de se considerar que não adianta um plano de intervenção se os recursos financeiros e materiais são insuficientes para materializar a proposta. Desse modo, não se pode incorrer no idealismo de que basta o comprometimento e empenho de profissionais de saúde para solucionar os problemas dos serviços. O que se afirma nesse trabalho, é que a criatividade e a responsabilidade ética, em articulação com os interesses da população usuária, deve ter o comprometimento de aplicar da melhor maneira possível o uso dos recursos públicos. O que tem como pressuposto, o trabalho de gestão na identificação de necessidades e criação de propostas para atendimento das demandas públicas de saúde.

Ou seja, não cabe apenas à direção de unidades de saúde e coordenação de setores, mas também a profissionais, que não são diretamente gestores, a construção de propostas alternativas ao uso indevido ou incorreto de recursos de saúde. Desse modo, como pressuposto desse trabalho de gestão deve haver a avaliação de conjunturas de maiores condições ou empecilhos para implantação ou exposição de projetos.

Vale salientar, que é o direcionamento ético-político dos sujeitos envolvidos que sugere maior ou menor vinculação com os interesses sociais.

Como afirmam alguns autores sobre o planejamento:

“O pressuposto do planejamento é estabelecer diretrizes claras a serem perseguidas, assim faz-se necessária a revisão permanente do plano em função do comportamento dos atores e da conjuntura. Na sua raiz metodológica, o planejamento estratégico situacional considera que o cenário (variáveis básicas para formulação do plano) pode alterar-se ao longo do tempo, de modo que é fundamental a flexibilidade das metas e das ações. É preciso estabelecer fluxos de informação, controle, análise, revisão do plano, articulações entre programas e execução” (SILVA, NIERO, MAZZALI: 5)

É diante desses objetivos que a gestão deve ter como alicerce um grupo de profissionais, organizado em um colegiado participativo, responsável por identificar em suas áreas de trabalho, o conjunto de problemas que são empecilhos ao atendimento dos interesses públicos.

## 5 CONCLUSÃO

Gestão é o trabalho realizado por diretores, chefias e funcionários que prestam assistência, tem como objetivo dar efetividade às normas e regulações. Isso pressupõe a avaliação dos entraves e desvios ao interesse público, o que requer a construção coletiva de propostas alternativas para atendimento de necessidades sociais. No entanto, o processo de Gestão deve ter em seu interior o planejamento, além de, estar diretamente relacionado á cultura da organização, o que torna mais possível ou restrita a prestação de serviços em favor do público usuário.

Além disso, a configuração institucional, de normas, regulamentações, protocolos e legislações são parâmetros para esse trabalho. São documentos legislativos que servem como referência de análise histórica das organizações, também, pois quando comparadas por períodos históricos demonstram os entraves e as limitações de instituições, no que se refere a atendimento qualificado e em tempo hábil, das demandas dos usuários.

A partir da análise realizada nesse trabalho de conclusão de curso, fica nítido que a esfera da saúde pública, tem como especificidade uma mudança ou complementação de legislações e reorganização dos serviços em função da emersão de críticas (de usuários e funcionários) ao atendimento e à prestação de assistência, o que resulta, não apenas, em propostas de solução dos serviços hospitalares. Mas esses muitas vezes reiteram problemas já diagnosticados, como por exemplo, a Unidade de Emergência do Hospital Federal de Bonsucesso, que embora tenha participado do Programa SOS Emergência, as dificuldades em implantar a Classificação de Risco, em gerir leitos, e conseqüentemente superar a superlotação do setor, perduraram.

Isso demonstra que faz parte de todo sistema de gestão, as particularidades da organização, a qualificação dos funcionários, os recursos humanos, físicos e



financeiros, e não só as elaborações e implementação de legislações. Desse modo, não são suficientes mudanças nas esferas que mais sofrem críticas, como são as unidades de emergência sem anterior, ou simultânea modificação nas unidades básicas de saúde, que é onde deveriam ser consultados, diagnosticados e tratados ou encaminhados pacientes, antes de atingir altos níveis de complicações cujas soluções ainda não foram encaminhadas.

Como ficam nítidas no estudo de caso da Unidade de Suporte de Emergência do Hospital Federal de Bonsucesso, as investidas do governo em solucionar questões que ocasionam superlotação e altos níveis de mortalidade por infecção, são insuficientes, em virtude da falta de assistência plena a todas as demandas na rede básica de saúde para atendimento, acompanhamento e encaminhamento adequado de usuários com problemas de saúde.

No entanto, essa dinâmica e configuração desfavorável não deve significar inércia de profissionais frente às intempéries do trabalho no sistema de saúde. É nesse sentido que tem espaço para a atuação do Assistente Social, que tem influência de diversas correntes teóricas de estudo da sociedade e que promovem a emancipação humana, a superação da desigualdade social, ancorada no princípio da liberdade.

Essa profissão pautada na direção social, a qual é delineada no Código de Ética do Assistente Social, de 1993, que objetiva uma sociedade igualitária, deve promover e impulsionar meios democráticos de discussão e interferência no sistema de saúde. Além do mais, em uma dimensão do cotidiano compete a esses profissionais realizar avaliações sociais e descrever as dificuldades de acesso aos serviços de saúde, e os rebatimentos que trazem para o acolhimento da demanda do

usuário pela unidade e pela sua rede de referência de suporte de cuidados (familiar, comunitária, de assistência social).

Isso deve desdobrar, em processos de problematização singulares das situações de usuários, alternativas e propostas para acolhimento da demanda na rede domiciliar, mas também devem substanciar relatórios de gestão, demonstrando em âmbito social como o conjunto de problemas do sistema de saúde reflete na esfera da vida de sujeitos.

## Referências

AMMANN, Safira Bezerra. **Ideologia do Desenvolvimento de Comunidade no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2003.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em 10/12/2014.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em: 10/12/2014.

BRASIL. Portaria nº 2048/GM/MS, de 05 de novembro de 2002. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2048.htm>> Acesso em: 28/11/2014.

BRASIL. Portaria nº 155, de 5 de março de 2014. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0155\\_05\\_03\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0155_05_03_2014.html)>. Acesso em 12/10/2014.

BRASIL. Portaria nº 1663, de 06 de agosto, de 2012. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1663\\_06\\_08\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1663_06_08_2012.html)>. Acesso em: 26/12/2014.

BRASIL. Portaria nº 1600, de 7 de julho, de 2011. Disponível em: <[http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/programas/samu/legisla/portaria\\_20110707\\_1600.pdf](http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/programas/samu/legisla/portaria_20110707_1600.pdf)>. Acesso em: 26/12/2014.

CASTRO, Manuel M. **História do Serviço Social na América Latina**; tradução de José Paulo Netto e Balkys Villalobos. São Paulo: Cortez, 2011.

CONCEIÇÃO, Otávio A. C. **O conceito de instituição nas modernas abordagens institucionalistas**. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/23117/000369565.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 12/12/2014.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. **O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais**. Revista Serviço Social e Sociedade. São Paulo, 2000: nº 62.

CRUZ, Verônica Paulino da. **Agências Reguladoras: Entre Mudanças Institucionais e Legados Políticos**. Rio de Janeiro: 2007.

DENHARDT, R. B. **Teoria Geral da Administração Pública**. São Paulo: Cengage, 2012.

DWYER, Gisele. **A Gestão da Atenção às Urgências e o Protagonismo Federal.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, vol.15, nº. 5, Ago. 2010. P. 2395-2402.

FERREIRA, Delson. **Manual de Sociologia: Dos Clássicos à Sociedade da Informação.** São Paulo: Atlas, 2010. P. 77-95.

FREDERICKSON, H. G. **New public administration.** Alabama: University of Alabama, 1980.

HALL, Peter A.; TAYLOR, Rosemary C. R. As Três Versões do Neo-institucionalismo. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-64452003000100010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64452003000100010). Acesso em 08/03/2015.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** São Paulo: Cortez, 2012.

KOWARICK, Lucio. **Capitalismo e Marginalidade na América Latina.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977, p. 40-56.

MOTTA, Paulo Roberto de Mendonça. **O Estado da Arte da Gestão Pública.** Revista de Administração de Empresas. São Paulo, Vol. 53, nº 1.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo monopolista e Serviço Social.** São Paulo: Cortez, 2012.

NUNES, Edson. **A Gramática Política do Brasil: Clientelismo e Ensulamento Burocrático.** Rio de Janeiro: Jorge Zalar Editor, 2003.

RICHMOND, Mary E. **Social Diagnosis.** New York: Russel Sage Foundation, 1917. Tradução de José Alberto de Faria, Lisboa: Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge, 1950.

RIVERA, Javier Uribe; ARTMANN, Elizabeth. **Planejamento e gestão em saúde: Flexibilidade metodológica e agir comunicativo.** Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81231999000200010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000200010). Acesso em 05/03/2015.

ROSS, Murray G. **Organização de Comunidade: Teoria e Princípios.** Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio grande do Sul, 1964. P. 49-77.

SECCHI, Leonardo. **Políticas Públicas: Conceitos, Esquemas de Análise, Casos Práticos.** São Paulo: Cengage Learning, 2010. P. 01-60.

SCHIKMANN, Rosane. **Gestão Estratégica de Pessoas: Bases para a Concepção do Curso de Especialização em Gestão de Pessoas no Setor Público.** In: PANTOJA, Maria Júlia; CAMÕES, Marizaura R. de Souza; BERGUE, Sandro Trescastro.

Gestão de Pessoas: Bases Teóricas e Experiências no Setor Público. Brasília: ENAP, 2010. P. 11-28.

SILVA, Sérgio Vital; NIERO, José Carlos; MAZZALI, Leonel. **O Planejamento Estratégico Situacional no Setor Público: A Contribuição de Carlos Matus.**

Disponível em:

<http://www.ead.fea.usp.br/semead/12semead/resultado/trabalhosPDF/473.pdf>

Acesso em 05/03/2015.

VASCONCELOS, A.M. **Serviço social e práticas democráticas na saúde.**

Disponível em [www.sbfpa.org.br/fnepas/pdf/servico\\_social\\_saude/texto2-5.pdf](http://www.sbfpa.org.br/fnepas/pdf/servico_social_saude/texto2-5.pdf).

Acesso em: 05/03/2015,