

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
MESTRADO PROFISSIONALIZANTE EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

José Mauro Carrilho Guimarães

A PROBLEMATICA DA MANUTENÇÃO PREDIAL E DE EQUIPAMENTOS EM
ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Rio de Janeiro

2012

José Mauro Carrilho Guimarães

A PROBLEMATICA DA MANUTENÇÃO PREDIAL E DE EQUIPAMENTOS EM
ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO.

Dissertação apresentada à Escola Politécnica
de Saúde Joaquim Venâncio como requisito
parcial para obtenção do título de Mestre em
Educação Profissional em Saúde.

Orientador: Professor Doutor Ramon Peña

Co-orientador: Professor Doutor Sergio
Ricardo de Oliveira

Rio de Janeiro

2012

G963p

Guimarães, José Mauro Carrilho

A problemática da manutenção predial e de equipamentos em estabelecimentos de saúde pública do município do Rio de Janeiro. / José Mauro Carrilho Guimarães. - 2012.

66 f. : il. ; tab.

Orientador: Ramon Peña

Co-orientador: Sergio Ricardo de Oliveira

Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.

1. Arquitetura Hospitalar. 2. Déficit de Recurso Humano na Área de Gestão de Saúde. 3. Políticas Públicas de Saúde. I. Peña, Ramon. II. Oliveira, Sergio Ricardo de. III. Título

CDD 725.51

José Mauro Carrilho Guimarães

A PROBLEMATICA DA MANUTENÇÃO PREDIAL E DE EQUIPAMENTOS EM
ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO.

Dissertação apresentada à Escola Politécnica
de Saúde Joaquim Venâncio como requisito
parcial para obtenção do título de Mestre em
Educação Profissional em Saúde.

Aprovado em 02/04/2012

BANCA EXAMINADORA

Professor Gustavo Corrêa Matta

Professor Gaudêncio Frigotto

Professor Sergio Ricardo de Oliveira (Co-Orientador)

Professor Ramón Peña Castro (Presidente)

Dedico este trabalho a meu Pai, honrado servidor público,

à minha mãe (em memória);

às minhas filhas Marília e Isabella,

ao meu irmão Paulo Roberto e família, e

a minha esposa Marta Thereza, pelo apoio ao longo desta
trajetória.

AGRADECIMENTOS

Aos meus orientadores, que incentivaram a participação nesta árdua caminhada, compartilhando suas idéias e reflexões e possibilitando assim o aperfeiçoamento técnico-especializado.

A todos os companheiros da EPSJV – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, em especial aos do LABMAN – Laboratório de Manutenção, pela acolhida recebida e pela colaboração ao desenvolvimento do trabalho.

“Pela Campanha da Fraternidade, há muitas décadas rico instrumento de evangelização no Brasil, para que a reflexão acerca de saúde pública faça crescer em nós a percepção de que todos os seres humanos são irmãos em Cristo Jesus...”

(CNBB – Campanha da Fraternidade 2012)

RESUMO

A gerência e manutenção da infraestrutura física dos estabelecimentos assistenciais de saúde da rede pública apresenta sérias insuficiências, pois, entre outras razões, nem sempre as etapas básicas do processo de desenvolvimento gerencial são articuladas entre o planejamento, o projeto, a execução e a manutenção.

É inquestionável a dificuldade que as gerências dos serviços de saúde do país enfrentam para identificar e conduzir processos sistemáticos de planejamento, administração e avaliação do desenvolvimento da infraestrutura dos serviços de saúde, processos estes entendidos, enquanto a conjugação de recursos humanos, físicos e tecnológicos utilizando critérios de racionalidade e confiabilidade na análise da situação e na tomada de decisões. Neste trabalho, analiso as ações adotadas pelas ditas políticas públicas de saúde na área da Manutenção Hospitalar no âmbito da Administração Pública no Município do Rio de Janeiro a partir de minha trajetória profissional com atribuições na área em questão.

A despeito de algumas intervenções, a situação ainda é muito preocupante, pois a carência de recursos humanos habilitados para a gerência e manutenção desse arsenal tecnológico, envolvendo edificações e equipamentos hospitalares, aliados à prática da terceirização dos serviços, muitas das vezes com custos exorbitantes e sem acompanhamento de controle de qualidade dos mesmos, torna a rede prestadora de serviço de saúde desigual, com desperdícios de recursos financeiros e em muitos casos negligenciando o gerenciamento e gestão do ambiente hospitalar.

A formação técnica por itinerário no SUS representa uma importantíssima conquista da área institucional da saúde junto à da educação, porque permite a qualificação e a habilitação de quadros de serviços, aceitando a existência de um conhecimento tácito – e imprescindível –, provenientes da experiência acumulada no exercício ocupacional.

Essa modalidade educacional, ainda, inclui todos os trabalhadores no processo de formação, uma vez que as etapas/módulos/percursos da formação não são excludentes, mas complementares, e estão organizadas sob o foco da complexidade das competências do perfil profissional e não da divisão técnica do trabalho. A precaução e detecção precoce de falhas ou defeitos evitam interrupções e interdições desnecessárias, mobilizam e dispêndios desnecessários.

A manutenção se relaciona intimamente à eficiência operacional, tanto mais quanto mais vulnerável for o equipamento, a instalação ou o procedimento. Sabendo-se que não existe nenhum outro entorno, equipamento, máquina, aparelho ou instalação que não requeira certo grau de manutenção ou não esteja sujeito à fadiga ou a limitação da vida útil, donde a importância de uma manutenção programada, sistemática, efetiva, responsável e vigilante. Certamente isso representa um investimento dispendioso, mas, sem dúvida, retorna altos dividendos materiais e humanos. Em realidade, Humanização, Manutenção, Segurança, Prevenção de Incêndio, de invasão, de Infecção hospitalar e outros riscos previsíveis deve ser objeto de preocupação e planejamento desde a fase de concepção da futura instituição. Com poucos recursos, como os dedicados e aplicados ao sistema público de saúde, dificilmente se construirá um Sistema Único de Saúde efetivo em nosso país cuja situação exige atenção urgente.

Palavras-chave: Manutenção Hospitalar; déficit de recurso humano na área de gestão de saúde; políticas públicas de saúde.

ABSTRACT

The management and maintenance of physical infrastructure of health care facilities from the public has been deficient because, among other reasons, not always the basic steps of the process of management development are articulated between the planning, design, implementation and maintenance. Unquestionably the difficulty that managers of health services facing the country to identify and conduct systematic processes for planning, administration and evaluation of infrastructure development of health services, these processes understood as a combination of human, physical and technological criteria using rationality and reliability in the situation analysis and decision making. In this paper, I analyze the actions taken by said public health policies in the area of Hospital Maintenance in Public Administration in the municipality of Rio de Janeiro from my professional career with assignments in the area in question. Despite some interventions, the situation is very worrying, because the lack of qualified human resources for management and maintenance of technological arsenal, hospital buildings and equipment involved, along with the practice of outsourcing of services, often with exorbitant costs and without accompanying quality control of the same, makes the network provider of health service uneven, with waste of financial resources and in many cases neglecting the management and administration of the hospital environment. Technical training for the SUS route represents an important achievement of the institutional area of health in the education, because it allows the characterization and qualification of staff services, accepting the existence of tacit knowledge – and essential – from the experience accumulated in the exercise occupational. This type of education also includes all workers in the training process, since the steps/modules/courses of training are not mutually exclusive, but complementary, and are organized under the focus of the complexity of the skills of the professional profile and not the division work technique. Precaution and early detection of flaws or defects avoid unnecessary disruption and interdiction, mobilize and unnecessary expenditures. The maintenance is closely related to operational efficiency, especially as most vulnerable for the equipment, installation or procedure. Knowing that there is no other environment, equipment, machine, apparatus or facility that does not require a degree of maintenance or is not subject to fatigue or limitation of life, hence the importance of scheduled maintenance, systematic, effective, responsible and vigilant. Certainly represents expensive investment, but undoubtedly high dividend returns and manpower. In fact, Humanization, Maintenance, Safety, Fire Prevention, invasion of infection and other hospital should be the object of concern and planning from the design phase of the future institution. With scarce resources, as the devoted and applied to the public health system, it is difficult to build an effective National Health System in our country where the situation requires urgent attention.

Keywords: Hospital Maintenance; shortage of human resource management in the area of health, public health policies.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	9
2. OBJETIVOS.....	13
2.1. Objetivos Gerais	13
2.2. Objetivos específicos	13
3. JUSTIFICATIVA	14
4. PANORAMA DA GESTÃO MUNICIPAL DE SAÚDE.....	15
5. AS CARACTERÍSTICAS DA MANUTENÇÃO HOSPITALAR.....	19
5.1. Trajetória da Manutenção Hospitalar no Brasil.....	20
5.2. Formação e qualificação dos profissionais de manutenção hospitalar no Brasil	26
5.3. O Hospital é uma organização complexa.	34
5.4. A Manutenção Hospitalar como política pública do SUS.....	36
6. GESTÃO DA MANUTENÇÃO	41
6.1. O processo de gestão da manutenção	41
6.2. Sistema de apoio à gestão do ambiente hospitalar	46
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64

1. INTRODUÇÃO

A Saúde Pública no Brasil apresenta diversos problemas administrativos, dentre estes podemos destacar a falta de capacidade no gerenciamento, na administração do sistema financeiro e na falta de políticas públicas eficientes. Entretanto as pessoas que afirmam que tudo pode ser solucionado com a correção de falhas presentes na gestão, sequer reconhecem estas falhas, vista de um ponto de observação externo (BAHIA, 2011).

A gerência e manutenção da infraestrutura física dos estabelecimentos assistenciais de saúde, da rede pública, têm sido negligenciado, pois, entre outras razões, nem sempre as etapas básicas em um processo de desenvolvimento gerencial são articuladas entre o planejamento, o projeto, a execução e a manutenção. Durante a execução dos projetos, a preocupação fica concentrada na execução das obras e na aquisição de equipamentos, enquanto que a manutenção (predial e de equipamentos) é negligenciada levando à descontinuidade e à baixa qualidade na prestação de serviços (GUIMARÃES, 2008).

Em decorrência da falta de conhecimento por parte dos operadores dos equipamentos médico-hospitalares, as instituições públicas de saúde não utilizam plenamente todos os recursos disponíveis dos equipamentos. Este mesmo problema, também, acarreta, na maioria das instituições, mau uso do equipamento, que, por conseguinte pode reduzir a vida útil do equipamento ou mesmo aumento injustificado da quantidade de solicitações de manutenção corretiva.

Os serviços de manutenção são geralmente terceirizados, a custos muitas vezes exorbitantes e sem o necessário acompanhamento de controle de qualidade por parte dos contratantes do serviço (GUIMARÃES, 2008).

Além disso, a rede pública de serviços para suas unidades de saúde, além de insuficiente está fragmentada o que acaba por onerar pesadamente as instituições e negligencia ao gerenciamento de riscos para pacientes e operadores (GUIMARÃES, 2008).

Na área das edificações é notória a carência de profissionais especializados em gerência e manutenção dessas infraestruturas físicas, um dos suportes básicos da qualidade da prestação de assistência à saúde. Cabe lembrar, neste sentido, a opinião autorizada da Professora Lígia Bahia:

Profissionais de saúde são trabalhadores diferenciados, o desempenho em tarefas especializadas requer autonomia, para permitir execução de tarefas que não se adaptam à padronização industrial. Quem define o conteúdo da atividade dos profissionais não é um superior hierárquico. As instituições de saúde não se fundam na hierarquia burocrática e sim em conteúdos obtidos

mediante longos períodos de aprendizado. É a formação que internaliza as habilidades e competências (BAHIA, 2011).

É inquestionável a dificuldade que as gerências dos serviços de saúde do país enfrentam para identificar e conduzir processos sistemáticos de planejamento, administração e avaliação do desenvolvimento da infraestrutura dos serviços de saúde. Estes processos são entendidos como conjugação de recursos humanos, físicos e tecnológicos, utilizando critérios de racionalidade e confiabilidade na análise da situação e na tomada de decisões (GUIMARÃES, 2006).

Os graves problemas de gestão do sistema de saúde brasileiro, com os mesmos efeitos negativos para a rede SUS, quer, para os serviços privados (BAHIA, 2011).

Face à impossibilidade de ignorar essa situação injustificável o Ministério da Saúde desenvolve, a partir de 1990, um Programa de Equipamentos Odonto-Médico-Hospitalares (PROEQUIPO), visando garantir que o sistema de saúde possa dispor, em todos os níveis, de equipamentos em condições adequadas para apoiar as ações e serviços de saúde. Para tanto formulou um programa de Formação e Qualificação de Recursos Humanos, Gerência e Manutenção (Engenharia Clínica), Normas, Qualidade e Tecnologia (BRASIL, 1991).

Este programa geral e outros mais específicos foram levados a diversos Estados e Municípios dando origem à celebração de convênios com instituições de ensino para formação de Engenheiros Clínicos, Técnicos e Artífices de Manutenção, bem como, para a implantação de sistemas de manutenção de equipamentos médico-hospitalares. Paralelamente foram elaboradas publicação de normas e manuais técnicos de orientação, além da implantação de um programas de certificação de normas visando à criação de laboratórios de controle de qualidade (GUIMARÃES, 2006).

Na área das edificações, o Ministério da Saúde alterou a situação, com a substituição da portaria 400/77 pelas Normas para Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (portaria 1884/94), o que tornou os projetos mais flexíveis, considerando a globalidade do sistema de saúde, que inspira os princípios do SUS (BRASIL, 1994).

Acrescentada a essa atividade discursiva, temos mais recentemente a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC), o Relatório Técnico identificado como RDC 50, de 21 de fevereiro de 2002, que substitui a anterior e regulamenta projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, inclusive os centros cirúrgicos, a partir da criação pela Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA (BRASIL, 2002).

A missão institucional, atribuída a ANVISA, é “promover a proteção da saúde da população por intermédio do controle sanitário, da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive ambientes, processos, insumos e tecnologias a eles relacionados” (ANVISA, 2012).

Após este processo de reformulação legislativa na área de edificação e da formulação de programas de capacitação para manutenção, inexplicavelmente, poucas foram as ações realizadas nos estabelecimentos assistenciais de saúde do município do Rio de Janeiro. A explicação pode ser atribuída à ausência de subprogramas similares para operacionalizar as ações previstas, comprovando desta forma a falta de vontade política do município e o caráter demagógico, puramente discursivo, em relação às portarias e os programas oficiais (GUIMARÃES, 2006).

Após a promulgação da Constituição Federativa do Brasil, em 1988, e da consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990, diversos programas surgiram pelo país como o caso específico do Programa Saúde da Família (PSF). O programa é basicamente um modelo assistencial e operacionalizado por equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Na verdade, a equipe atua com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade (MS, 2012).

Para fortalecer o PSF, o governo federal, através do Ministério da Saúde, implantou, em 2002, o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF). O projeto tem por objetivo a ampliação, para as populações dos grandes municípios brasileiros, do acesso aos serviços de Atenção Básica à Saúde, por meio da expansão da Estratégia Saúde da Família; a interferência no processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família, através de investimentos em atividades de formação e capacitação dos profissionais; e o aumento da efetividade e melhoria do desempenho dos serviços, incorporando processos sistemáticos de planejamento, monitoramento e avaliação (MS, 2012).

O município do Rio de Janeiro ingressou fortemente nesse processo com a inauguração da primeira unidade da Clínica da Família em 2009. Segundo dados da própria secretaria de saúde até o final deste ano serão um total de 70 unidades espalhadas pelo município (SMS, 2012). Entretanto a gestão destas unidades ficará a cargo das Organizações Sociais (OS), qualificadas pela Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998, decretada e sancionada pela Presidência da República.

As OSs, decretada e sancionada pela Assembléia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro (ALERJ), Lei nº 6.043, de 19 de setembro de 2011, é um exemplo de parceria

público/privada, ainda não bem definida, no qual os governos exerceriam sobre as entidades sem fins lucrativos um suposto e indefinido controle estratégico, demandando-lhes resultados necessários para garantir a eficiência de políticas públicas.

Cabe as OSs explorar economicamente bens e equipamentos, utilizando “técnicas modernas de gestão”, ou seja, o modelo não pode ser confundido com uma simples privatização, como muitos tentam fazer crer; o serviço é concedido, mas permanece público (CÔRTEZ, 2011).

A rigor esta forma um tanto fora do padrão parece ser muito mais lucrativa que a privatização, podendo ser comprovada pela forma de gestão, onde o Estado entra com investimentos e infraestruturas básicas (incluindo sua renovação por obsolescência física e tecnológica) e a empresa responsável apenas “administra” o negócio.

Esta discussão sobre o modelo de gestão para o SUS tem sido marcada por posições polares de defesa do *status quo* da administração pública (estadistas) ou de privatizações em diferentes modalidades (privatistas), com fundamentação bastante ideológica, que pretende ocultar interesses econômicos muito concretos. Seria conveniente inverter esta lógica, construindo-se um modelo emergencial transitório; isto é, compor um desenho organizacional a partir de um conjunto de características consideradas imprescindíveis para o bom desempenho de hospitais e dos centros especializados do SUS. Aliás, isso exigirá diretrizes e leis que fundamentem um sistema de irrenunciável caráter público (universal), ou seja, um serviço hierarquizado e que funcione em rede com outros serviços (CAMPOS, 2007)

Resulta ilusória e falaciosa a procura de consenso entre interesses tão antagônicos como os que existem entre a prestação gratuita de bens comuns (serviços sociais) e o mercado de serviços comerciais (geradores de lucro empresarial). Cabe, porém, discutir a necessidade transitória e explícita de compra (aluguel) de serviços de empresas privadas, para garantir um atendimento emergencial de obrigações sociais do Estado de direito, tais como a proclamada pela nossa Constituição de 1988: “a Saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado” (BAPTISTA, 2007).

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivos Gerais

Analisar o desenvolvimento da Área de Manutenção Hospitalar que é promovida na cidade do Rio de Janeiro, nos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS), discutindo a necessidade de implantação de sistemas públicos de gerenciamento e os entraves pelo novo modelo de gestão.

2.2. Objetivos específicos

- Apresentar um mapa estrutural das condições de funcionamento e das especificidades da Área de Manutenção Hospitalar nos diferentes tipos de EAS da cidade do Rio de Janeiro;
- Contribuir para a reestruturação do modelo de gerenciamento da Manutenção Hospitalar, fornecendo subsídios para a implantação de Sistemas de Gestão para a área.
- Propor métodos e tecnologias que facilitem a educação continuada dos profissionais envolvidos na Manutenção Hospitalar, no sentido de buscar aperfeiçoamento dos trabalhadores.

3. JUSTIFICATIVA

A organização dos EAS, em especial os hospitais, foi definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como parte integrante de um sistema coordenado de saúde, cuja função é prestar completa assistência à sociedade no que se refere à saúde (OMS, 2008). De acordo com BORBA (2006), um hospital é um elemento de organização de caráter médico-social, cuja função consiste em assegurar uma assistência médica completa, curativa e preventiva a determinada população.

Nos hospitais, fica evidente como a estrutura organizacional deve ser definida e divide as funções e as atribuições, além de demonstrar como essas atribuições são agrupadas e coordenadas (SOUZA *et al.*, 2008). Nesse contexto, observa-se que o alcance de um desempenho eficiente nas organizações hospitalares requer um controle de custos e a análise de indicadores de desempenho.

Diferente das demais áreas administrativas públicas, os EAS possuem estrutura organizacional complexa, deficiência na formação da força de trabalho e especificidade nos serviços prestados, que tornam efetivamente difíceis o gerenciamento e o controle das atividades. Segundo GUPTILL (2005), é necessária também, a profissionalização dos gestores na área da saúde, qualificando-os como articuladores dos diferentes fatores que influenciam as atividades envolvidas.

Entretanto, faz-se necessário salientar a importância dos sistemas de manutenção, tanto predial quanto de equipamentos, que são apenas separados devido às especificidades (tecnologias complexas) de alguns equipamentos, que requerem uma mão-de-obra mais especializada. Em outros países, a preocupação com os sistemas de manutenção das unidades de saúde está além de nossas expectativas, porém as mudanças estruturais na engenharia hospitalar exigiram a definição de planejamentos e controle para todas as atividades de manutenção (FARIA, 1999).

Um planejamento, para ser adequado as atuais demandas de reforma da área de manutenção de ambientes hospitalares, deve possuir estratégias de ação que visem otimizar uso desse ambiente com segurança, além de proporcionar uma redução em seus custos operacionais, buscando orientação nos documentos oficiais do Ministério da Saúde, bem como em outras experiências que possam contribuir a manter esse ambiente em constante funcionamento, adotando as melhores práticas de reforma e construção de ambientes de saúde saudáveis e ecologicamente responsáveis.

4. PANORAMA DA GESTÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2005), a população estimada para o município do Rio de Janeiro é de aproximadamente seis milhões de habitantes distribuídos em pouco mais de mil e cem quilômetros quadrados, com uma densidade demográfica de mais de cinco mil hab./km². O fato do Rio de Janeiro ter sido por muito tempo a capital do país foi privilegiado em número de instalações hospitalares que atendem ao serviço público de saúde.

Atualmente, a rede pública de saúde do município do Rio de Janeiro é composta de aproximadamente 300 unidades, entre hospitais (Federal, Estadual e Municipal) e postos de saúde (PAM, CMS, UPA, Clínica da Família, etc.). Somente a Secretaria Municipal de Saúde conta com pouco mais de 200 unidades distribuídas por cinco áreas principais de Planejamento Sanitário (AP).

Estas APs foram criadas pela Resolução nº 431, de 14 de abril de 1993, da Lei Orgânica do Município e o Plano Diretor Decenal da Cidade do Rio de Janeiro, com o intuito de viabilizar a regionalização das ações e serviços de saúde após a implantação do SUS no Município do Rio de Janeiro.

Inicialmente foram criadas dez áreas de planejamento subdivididas em mais de 30 regiões administrativas, que agregam aproximadamente 160 bairros, conforme apresentado na tabela 1.

TABELA 1 – Distribuição das áreas de planejamento por regiões.

APs	Regiões
AP 1.0	Centro
AP 2.1	Zona Sul
AP 2.2	Grande Tijuca
AP 3.1	Subúrbio da Leopoldina
AP 3.2	Grande Méier
AP 3.3	Madureira e adjacências
AP 4.0	Barra da Tijuca e Jacarepaguá
AP 5.1	Bangu e Realengo
AP 5.2	Campo Grande
AP 5.3	Santa Cruz, Paciência e Sepetiba

Para cada uma das APs foi definida uma Coordenações das Áreas de Planejamento (CAP), que tem o papel de intermediar e coordenar as ações político-administrativas entre as unidades de saúde e o nível central da Administração Pública (Gabinete da SMS – Secretaria Municipal de Saúde). Além disso, as CAPs também gerenciam as atividades realizadas pelas empresas prestadoras de serviços nas unidades de saúde do município.

O número total de estabelecimentos de saúde do município do Rio de Janeiro foi distribuído de acordo com suas especificidades conforme tabela 2.

TABELA 2 – Distribuição das unidades de saúde de acordo com a especificidade.

Especificidade	Quantidade
Adolescento	1
Casa de Parto	1
Centros de Atenção Psicossocial (CAPS e CAPSI)	18
Centro Médico	23
Hospitais (incluindo maternidades)	23
Institutos	6
Programas Agentes Comunitário de Saúde (PACS)	17
Policlínica	9
Postos de Assistência Médica (PAM)	6
Postos de Saúde	52
Unidades de Pronto Atendimento (UPA)	5
Postos de Saúde da Família (PSF)	65
Unidades Integrada de Saúde	3

Em relação aos contratos de manutenção predial, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, promove um processo licitatório, em contrato único, para atender a todas as 10 APs. Sob a gestão e fiscalização da Administração Pública Municipal, os contratos de manutenção predial são renovados entre 12 e 60 meses, de acordo com o estabelecido pela legislação federal, com a finalidade de dar continuidade aos serviços e rotinas preventivas e corretivas nas Unidades de Saúde.

Para atender as Unidades de Saúde existentes nas diversas CAPs, com exceção dos grandes hospitais, a empresa privada responsável pela manutenção predial, realiza suas atividades a partir de ações gerenciais tomadas pelo Nível Central da Secretaria Municipal de Saúde.

Na verdade, são produzidas ordens de serviços (OSs), que com o gerenciamento e fiscalização da administração pública identifica as unidades de saúde que devem ser atendidas pelo Programa de Manutenção Predial, cabendo a empresa contratante disponibilizar mão de obra e materiais para as ações solicitadas.

Nos grandes hospitais da rede municipal de saúde não se aplica este modelo de gestão da manutenção predial, em razão da complexidade de sua estrutura e das necessidades de atendimento imediato e rotina. Neste caso, as decisões ficam a cargo da administração pública, que *in loco* defini as medidas preventivas e corretivas. Devido a isto, as unidades hospitalares contemplam em sua estrutura organizacional uma equipe permanente (24 horas) de profissionais, responsável pelas rotinas preventivas e corretivas de manutenção predial.

Para as Unidades de Saúde sob gestão terceirizada, as denominadas Organizações Sociais (OSs), o procedimento é semelhante ao da administração pública. Cabe a elas direcionar as solicitações de manutenção e correção para a CAP da região. As OSs, segundo o modelo de parceria entre o Estado e a Empresa, devem apenas administrar bens e equipamentos, utilizando modernas técnicas de gestão, pois são supostamente entidades sem fins lucrativos.

Para o Secretario da Saúde do Estado do Rio de Janeiro, Sergio Côrtes, “O modelo de Organização Social não pode ser confundido como privatização e sim como os serviços concedidos e que permanece público” (CÔRTEZ, 2011)

Recitando a vulgata neoliberal, os promotores das “OSs” se auto-incriminam quando apelam à “Ineficiência” e “Incompetência” do Estado que eles mesmos personificam.

Os argumentos em defesa das OS são fortemente embasados na crítica administrativa ao modelo burocrático de funcionamento do aparelho estatal, o qual resulta em ineficiência da administração pública, corporativismo das categorias funcionais, manipulação política por parte dos governos, morosidade nos atos administrativos e constrangimento na efetivação de medidas punitivas por parte das chefias, entre outras (CARNEIRO e ELIAS, 2003: 209).

O crescimento econômico de um país é apresentado como pré-condição (condição) necessária para melhoria das condições sociais de saúde, de emprego e de educação de seu povo. A ausência de políticas públicas dignas do nome de Políticas Sociais, tira da camada da população o acesso aos frutos do desenvolvimento da economia. Na privatização o Poder Público vende o controle sobre as ações a empresa privada, já na concessão nada é vendido, o planejamento e a regulação continuam, em tese, por conta do poder Público.

Segundo Ferreira Jr (2003):

(...) aparentemente, a OS é bastante eficaz (eficácia aqui considerada como a capacidade de realização das tarefas propostas: as metas de produção e de qualidade). Já a questão da eficiência (entendida como a relação custo/produto) não é tão clara.

Algumas das instituições públicas de saúde adotam em parte do universo de seus equipamentos médico-hospitalares, como por exemplo, os serviços de manutenção oferecidos por terceiros, a custos muitas vezes exorbitantes, tendo como consequência uma rede prestadora de serviços de saúde fragmentada e ineficiente com desperdícios de recursos financeiros.

O Sistema de Saúde que responde as demandas sociais não é terceirizável ele deve ser sim mantido aumentando os recursos para o SUS, garantindo, ao mesmo tempo, qualidade e eficiência através de políticas com reforma fiscal distributiva, da universalização entre outras medidas a serem tomadas e adotadas pelos dirigentes políticos de nosso país.

O seguinte discurso é um claro exemplo de confusão dos desejos com, a dura realidade idealizada:

“Ainda dentro dos aspectos conceituais, os objetivos destes modelos alternativos de gestão são econômicos, sociais, políticos e gerenciais. No objetivo econômico tem-se a perspectiva de diminuir os déficits, aumentar a capacidade financeira; no social, o que se busca é desenvolver a eficiência dos serviços sociais, aumentar o capital social; as questões da participação e da cidadania encontram-se nos objetivos políticos; além da necessidade de se aumentar à eficácia e efetividade do Estado” (MANSUR, 2006:13).

Em relação aos equipamentos médico-hospitalares, as rotinas de manutenção, preventivas e corretivas, são definidas pelo Nível Central da Secretaria Municipal de Saúde, inclusive o processo licitatório das Empresas Privadas, que terceirizarão os serviços.

A Administração Pública Municipal conta com o número reduzido de profissionais, entre eles Artífices, oriundos do extinto Departamento de Manutenção Hospitalar (DMH), que promovia, nos anos 80 e 90, todas as ações de Manutenção Predial e Equipamentos da Rede Municipal de Saúde.

Da mesma forma, com a extinção do DMH, os profissionais de Nível Superior, envolvidos na manutenção predial, foram removidos para a Secretaria Municipal de Obras (SMO). Em 1992, por decreto municipal, tornou-se a gestora e fiscalizadora dos serviços relativos à Manutenção Hospitalar e estão no Nível Central da Secretaria Municipal de Saúde com atribuições na Assessoria de Engenharia e Obras promovendo gerenciamento de projetos hospitalares junto a SMO.

5. AS CARACTERÍSTICAS DA MANUTENÇÃO HOSPITALAR

O nosso tema de estudo (A Manutenção Predial e de Equipamentos) não pode ser entendido e explicado sem tomar em consideração o pano de fundo: a presente formação histórica brasileira, seu tipo de Estado de Governo, com as correspondentes prioridades econômicas e sociais, muito concretas, impostas pelo condomínio das oligarquias heterogêneas (grande finança, indústria, comércio, agro-exportação, aparelhos ideológicos e alta burocracia estatal) que dispõem do Poder Decisório sobre as riquezas socialmente produzidas.

Assim, as mudanças que observamos no SUS têm duas origens. Uma, enraizada no modelo econômico, batizado pelo economista Reinaldo Gonçalves de “*nacional-desenvolvimentismo às avessas*”¹. Outra, a conjugação das políticas macroeconômicas neoliberais desse modelo, com *políticas sociais assistencialistas*², promovidas pelos diferentes governos para garantir estabilidade política, sem alterar as causas determinantes das grandes desigualdades sociais.

O atual modelo econômico brasileiro tem como principais características: a primarização das exportações (com peso crescente dos produtos agro-mineiros e redução da parte das manufaturas); relativa desindustrialização (abandono da política de substituição de importações); baixa taxa de investimento, apesar do recurso crescente do financiamento externo num singular processo de acumulação concentradora de capital que destina vultosos recursos públicos (via BNDES) para empresas estrangeiras instaladas no país, assim como para financiar obras de infra-estrutura de duvidosa relação custo/benefício.

Corolário lógico desse modelo sujeito à lógica de mercado, com sua fórmula de Estado eficiente que implica:

- Uma redução do papel do Estado como agente direto, delegando cada vez mais prestações ao setor privado, mediante as chamadas parcerias público-privadas,
- Uma mutação substancial da alocação de recursos orçamentários a uma série de exóticas instituições -OSs, OSCIPS, Fundações, EBSEH, Subsidiária-Fiocruz- que, além de privatizarem o financiamento estatal, usurpam patrimônio público (Edifícios e instalações) e degradam a condição de serviço público da Saúde e o estatuto social dos seus trabalhadores.

¹ Reinaldo Gonçalves. Entrevista IHU OnLine, 08/11/2011.

² Um dos exemplos mais divulgados é o da “Bolsa Família”, cujo elevado rendimento em termos eleitorais custo, contrasta com seu reduzido peso macroeconômico, já que representa apenas 0,47% do PIB brasileiro.

• Assim, o setor privado de Saúde se expande no livre mercado e por dentro do SUS. No livre mercado mediante o crescimento dos planos de e seguros privados de saúde, reforçando a segregação (apartheid) entre a medicina para ricos e a medicina pobres³.

Neste contexto, o descaso das políticas sociais para o estado caótico da subárea de Manutenção de edifícios e instalações dos EAS, é um fato tão fácil de explicar como difícil de aceitar. “Por sinal, a CNBB lançou na quarta feira de cinzas, 22 de fevereiro a Campanha da Fraternidade 2012, sob o lema Fraternidade e Saúde Pública”, na ocasião o secretário-geral da entidade, Dom Leonardo Steiner, disse publicamente que decisões do governo como o corte de R\$ 5,5 bilhões no orçamento e a aprovação da limitante Emenda 29, reforçam a idéia que os “problemas verificados na área de Saúde são reflexos do contexto mais amplo de nossa economia de mercado, hoje globalizada, que não tem, muitas vezes, como horizonte os valores ético-morais e sociais”⁴.

5.1. Trajetória da Manutenção Hospitalar no Brasil

A Manutenção de edificações sanitárias é um tema cuja importância aumenta em proporção quase que geométrica ao crescimento urbano e a hiper industrialização dos serviços de saúde de se pensar no processo de construção limitado até o modo de produção das condições de vida. Isto exige mudar de idéia de que a base da edificação está garantida com a sua construção e posta em uso (GUIMARÃES, 2005).

Na verdade, Humanização, Manutenção, Segurança, Prevenção de Incêndio, de Invasão, de Infecção Hospitalar e outros ideais sanitaristas devem ser objeto de preocupação e planejamento desde a fase de concepção da base física da futura instituição. A prevenção de “Edifício Doente” e a Manutenção do Hospital se iniciam com a concepção do projeto arquitetônico (GUIMARÃES, 2005).

A manutenção é o conjunto de processos e operações que se realizam nos componentes de um dado sistema, que visam à obtenção de nível satisfatório de desempenho. São todas ações tendentes a evitar que a edificação apresente defeitos acumulativos que possam influenciar negativamente em seu funcionamento, prejudicando as pessoas que dela fazem uso e reduzindo, ao mesmo tempo, o tempo de vida útil (KARMAN, 1994).

³ Segundo a Profa. Valéria Correa da UFAL, cecar de 60% dos recursos públicos de saúde são alocados na rede privada, através de convênios de compra de serviços privados. (vide artigo de Eduardo Sales de Lima. “Corte de orçamento de 2912, favorece mercado”, Brasil de Fato,23/03/2012)

⁴ Brasil de Fato,23/03/2012, artigo citado de Eduardo Sales de Lima.

As edificações são suporte físico para a realização direta ou indireta de todas as atividades produtivas, e possuem, portanto, um valor social fundamental. Todavia, as edificações apresentam uma característica que as diferencia de outros instrumentos do Sistema de Saúde: elas são construídas para atender seus usuários durante muitos anos, e ao longo deste tempo de serviço devem apresentar condições adequadas ao uso que se destinam, resistindo aos agentes ambientais e de uso que alteram suas propriedades técnicas iniciais (ABNT, 2011).

Considerando-se o elevado custo das edificações e equipamentos, face às dificuldades econômicas e financeiras do país, isto é um “luxo” ao qual não temos o direito de subutilização, tendo em conta a obsolescência natural que reclama ações específicas de permanentes manutenções (KARMAN,1994).

A programação da manutenção periódica das edificações deve ser feita tão logo as mesmas sejam colocadas em uso. Para atingir maior eficiência na administração de uma edificação ou de um conjunto de edificações, é necessária uma abordagem fundamentada em procedimentos organizados em um sistema de manutenção, segundo uma lógica de controle de qualidade e de custo (ABNT, 2011).

Referindo-se ao processo técnico-científico programado pela Academia de Ciências de Paris para a reconstrução do Novo Hotel Dieu (Hospital) (inaugurado em Paris no ano de 1864) Foucault diz que, nesse momento, o hospital passou a ser focado como um fato médico, considerado uma das ferramentas para o exercício do poder/saber médico: “O hospital deixa de ser uma simples figura arquitetônica. Ele agora faz parte de um fato médico-hospitalar que deve ser estudado como são estudados os climas, as doenças etc.” (FOUCAULT; 1999:100).

O Decreto Lei nº 200/67 do Governo Federal (Regime Militar) deu início a Reforma Administrativa Federal, inclusive do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) criado em 1966, com o objetivo de reestruturar seus órgãos normativos e executivos. Na reforma desse instituto, estava incluído um projeto de manutenção da infraestrutura e equipamentos biomédicos, catalogadas de atividades de suporte (MORENO,2010).

Ainda segundo MORENO (2010) Manutenção Hospitalar em nosso país se inicia, em 1970, com a organização da manutenção nas Unidades Médicas Assistenciais do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS). Em 1974 o Governo ditatorial do General Ernesto Geisel criou o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), com a função de gerenciar o atendimento médico assistencial individualizado.

A partir desse ano, as reformas e construções de edifícios de saúde passam a ser regidas pelas Normas de Construção e Instalação de Hospital Geral, formuladas pelo

Ministério da Saúde. Esta publicação teve papel importante à época ao servir como disciplinadora dos projetos físicos de expansão da rede de prestação de serviços – tanto no âmbito de estados e municípios como no setor privado e filantrópico (MS/REFIT, 2006).

A partir daí, sucederam-se normas e portarias disciplinadoras das construções hospitalares, culminando com a RDC-50, atualmente em vigor, e com a criação da ANVISA, Agência de Vigilância Sanitária, que regula a construção e o funcionamento das unidades de saúde no Brasil.

As poucas unidades hospitalares do Ministério da Saúde, em sua maioria localizadas no Estado do Rio de Janeiro, contavam, nesta época, com quadros funcionais próprios para as atividades de projetos e manutenção predial, terceirizando a manutenção de equipamentos médicos e de infraestrutura (MS/REFIT, 2006).

No ano de 1977 foi instituído o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), subordinado ao MPAS, junto com dois órgãos vinculados ao mesmo MPAS, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e o Instituto Nacional de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS), o INPS, o INAMPS e o IAPAS integram o SINPAS (MORENO, 2010).

No INAMPS, em especial no Estado do Rio de Janeiro, no final da década de 1970, acumulavam-se as necessidades de reformas e adaptações nos 16 hospitais e 96 Postos de Assistência Médica (PAM's) existentes, visando a adequá-los às transformações da medicina e aos avanços tecnológicos (MS/REFIT, 2006).

Ainda segundo o mesmo autor, com relação à manutenção dos prédios e equipamentos, a situação também era desfavorável devido ao acelerado processo de diminuição do quadro de funcionários – atribuídos, entre outras coisas, a idade avançada de técnicos, artífices e operários e a irregularidade dos concursos públicos para categorias funcionais do âmbito da manutenção predial. Resultando, daí a falta de quadros capacitados para a manutenção de equipamentos, especialmente dos biomédicos (MS/REFIT, 2006).

A solução adotada, pela instituição no início da década de 1980, para administrar esses problemas assumiu três formas distintas, porém, igualmente limitadas:

- A terceirização das atividades de manutenção predial e de equipamentos de infraestrutura;
- A terceirização da elaboração de projetos de arquitetura e complementares;
- A formação de uma reduzida equipe de técnicos altamente capacitados, reunidos na Central de Manutenção de Equipamentos (CMEq).

Os objetivos de curto prazo da CMEq foram a redução do tempo de espera para reparos, e também, dos custos da manutenção, a incorporação de novas tecnologias, tendo ainda como atribuições: prestar serviços de manutenção e manter registros atualizados de serviços executados nos equipamentos biomédicos.

Além disso, a CME deveria prestar assessoramento para aquisições de equipamentos biomédicos; requisitar, junto aos fabricantes e seus representantes todos os manuais e catálogos técnicos dos equipamentos biomédicos instalados nos hospitais; fazer constar nos contratos de aquisição de novos equipamentos a entrega de todos os manuais e catálogos de calibração, manutenção, operação e instalação em língua portuguesa (MORENO, 2010).

Incumbia, igualmente, à CMEq central, fazer a ligação entre fabricantes, prestadores de serviços e hospitais, estabelecendo entre eles contratos e condições de negociação favoráveis para aquisição, instalação e manutenção dos equipamentos biomédicos. Outra função foi a de solicitar ao fabricante um estoque mínimo de peças de reposição durante a vida útil do equipamento; orientar ao comprador para incluir no contrato de aquisição uma cláusula (por um valor de 10% a 15% do custo total do equipamento), de peças de reposição de maior desgaste, especificadas pelo fabricante; avaliar o custo dos contratos de manutenção terceirizados, prevista apenas para alguns aparelhos de alta complexidade atenta para que seu custo fosse proporcional ao valor do equipamento (MORENO, 2010).

Na sua pesquisa, MORENO refere que em 17 de maio de 1982 o Presidente do CNPq – Conselho Nacional de Pesquisa, Dr. Lynaldo de Cavalcanti Albuquerque, criou um Grupo de Trabalho para “examinar e propor medidas que orientem a ação do CNPq na área de instrumentação biomédica” (Resolução Executiva – CNPq – 077/82). Ficava este Grupo de Trabalho (GT) autorizado a entrar em contato com todos os órgãos públicos ou privados que pudessem contribuir na estruturação de um Núcleo de Assistência a equipamentos biomédicos, atuando como “órgão superior normativo e coordenador.

Finalmente a CEMEq central foi inaugurada, em 1987, para atender as reais necessidades de manutenção dos equipamentos biomédicos dos Hospitais Federais do Rio de Janeiro, passando a se chamar CEMEq/INAMPS. A unidade estava composta pelas oficinas de Eletrônica; Equipe Externa; Raios X; Gasotécnica e Respiradores Mecânicos; e Mecânica fina, pesada e Ótica. A CEMEq Central apresentava um grau de complexidade, em termos de desenvolvimento, próximo aos dos fabricantes de equipamentos biomédicos (MORENO, 2010).

Ainda segundo MORENO (2010), a CMEq central deveria funcionar independente dos setores de Engenharia Civil, Elétrica, Hidráulica e Arquitetura dos hospitais, mas

mantendo intercâmbio entre eles e formando um conjunto responsável pela infraestrutura necessária para o bom funcionamento dos equipamentos biomédicos. Na verdade, este conjunto é responsável pelos diversos elementos que compõem o ambiente hospitalar, (a) edificado (arquitetura e urbanismo), (b) instalado (instalações e infraestruturas) e (c) ocupado (equipamentos e seus riscos).

O processo de terceirização instaura-se de modo rápido, capilar e com baixo controle, uma vez que a instituição não contava com quadros funcionais em quantidade e qualidade para o gerenciamento dos contratos terceirizados (MS/REFIT,2006).

Os editais elaborados pela CEMEq central, para contratação de manutenção terceirizada, visavam o prolongamento da vida útil dos equipamentos. Para tanto, a manutenção preventiva era um aspecto central, assim como o fornecimento de peças de reposição, durante determinado período, após a aquisição de novos equipamentos biomédicos, seguindo as recomendações do GT/CNPq (MORENO, 2010).

Em julho de 1989 uma nova estrutura foi colocada em operação sob a supervisão da CEMEq central. Tratava-se das Unidades de Manutenção de Equipamentos (UMEq's), instaladas nas Unidades do Programa Especial de Saúde da Baixada (PESB), nas localidades de Pilar, Éden e Jardim Guandu. Para estas UMEq's foram capacitados, na CEMEq central, 15 (quinze) funcionários para cuidar de equipamentos biomédicos de baixa complexidade. A criação destas UMEq's e a capacitação e formação de trabalhadores para esta área tinha como objetivo maior à ampliação dos serviços e das oficinas em municípios do interior do Estado do Rio de Janeiro (MORENO, 2010).

Por outro lado, no início da década de 1990, a CMEq perdeu espaço no cenário da manutenção de equipamentos dos hospitais vinculados ao INAMPS; porque parte do seu quadro de funcionários foi transferido para a Fundação Ari Frauzino. Sua atuação ficou restringida ao Instituto Nacional do Câncer – INCa. Outra parte dos Técnicos ingressou na Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, transferidos, em 1996, e alocados no Departamento de Manutenção de Equipamentos da Diretoria de Administração do Campus – DEME/DIRA/FIOCRUZ, ampliando este tipo de serviços na FIOCRUZ (MS/REFIT, 2006).

Em 1990, o Programa de Equipamentos Odonto-Médico-Hospitalares – PROEQUIPO, da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde definiu uma política para esta área. Fundamentado nos princípios e diretrizes do SUS. Este modelo tinha como objetivo incentivar e apoiar a criação de Sistemas de Gerência e Manutenção de Equipamentos Biomédicos (SISMEq), participando na formação e qualificação de Recursos Humanos e no

desenho de Normas e Controle de Qualidade das Secretarias Estaduais, Municipais, Distrito Federal, Hospitais Universitários e outras instituições de saúde (MORENO, 2010).

No decorrer da década de 1990, a partir da Lei Orgânica de Saúde (Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990), a maioria das unidades federais localizadas nos diferentes estados, e vinculados ao INAMPS, foi transferida para estados e municípios, o que contribuiu para uma ampliação considerável das Redes Municipais, integradas pelas Unidades Básicas de Saúde. Essa Lei “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e outras providências”, ou seja, detalha o conteúdo constitucional. Esta Lei define os papéis institucionais de cada esfera governamental no plano de gestão, a estrutura de financiamento e as regras de transferência de recursos entre os diferentes níveis de governo, através dos Fundos de Saúde.

Com relação ao modelo proposto, o caráter automático e imediato das transferências entre os diferentes Fundos de Saúde ficou suspenso em função de veto governamental, sendo retomado pela Lei 81.42/90, de 28 de dezembro de 1990. Esta lei “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e outras providências”, instituiu também os Conselhos de Saúde, conferindo status público aos organismos de representação de governos estaduais e municipais, tais como o Conass (Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde) e o Conasems (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde) (MS/REFIT, 2006).

Com base no modelo político proposto pelo PROEQUIPO/SAS/MS, em 1995, o Núcleo de Tecnologia e Logística em Saúde da Escola de Governo em Saúde, localizado na Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ (NUTEC/EGS/ENSP/FIOCRUZ) propôs a criação de um Centro de Manutenção de Referência na Estrutura Organizacional da FIOCRUZ, cujo objetivo era atender a rede hospitalar do SUS da cidade do Rio de Janeiro e de todas as unidades hospitalares da FIOCRUZ: Instituto Fernandes Figueira (IFF) e Instituto de Pesquisa Evandro Chagas (IPEC). No entanto a implantação deste Centro de Referência não se concretizou ainda (MORENO, 2010).

Em síntese, a situação atual da gestão de recursos físicos e tecnológicos do Brasil, é bastante peculiar: enquanto nos demais países da América Latina (Argentina, Colômbia e Cuba) apenas o momento de execução da obra em si fica a cargo de empresas contratadas, aqui foi acelerado e ampliado o processo de terceirização das atividades de elaboração de projetos, execução de obras e manutenção de prédios e equipamentos. Processo este que se

desenvolveu de forma caótica e descontrolada como resultado do abandono da formação de quadros públicos para a gestão destas atividades (MS/REFIT, 2006).

5.2. Formação e qualificação dos profissionais de manutenção hospitalar no Brasil

Até o século XVIII o mercado capitalista era restrito a pequenas empresas artesanais ou manufaturas. Um rigoroso sistema de aprendizagem, que começava pelo aprendiz, onde o aluno trabalhava por longo período para atingir o grau de oficial, seguido de outro longo período para atingir o grau de mestre.

Ainda no século seguinte surge à produção mecanizada, capitalista, concentrando trabalhadores no interior das fabricas. Estes trabalhadores eram agricultores, expulsos das terras devido aos cercamentos, e aprendiam fazendo seu do trabalho nas manufaturas, amiúdes sob comando direto do capitalista incipiente.

As grandes transformações ocorridas na Europa, em especial na Inglaterra, com a chamada “Revolução Industrial” do século XVIII, permitiu a esse país torna-se, no século XVIII, a fabrica do mundo e o centro hegemônico da economia mundial.

O desenvolvimento do capitalismo ou acumulação ampliada de capitais com o subsequente crescimento da produção revolucionou as relações sociais e de trabalho até então existentes. Este crescimento levou ao aumento numérico da classe trabalhadora, concentrada nas cidades em função do aumento do número de fábricas, nas quais a produtividade do trabalho crescia devido à divisão do trabalho com a subsequente especialização dos trabalhadores e dos equipamentos produtivos.

Conforme POLANYI, (apud WOOD, 2001), em diferentes sociedades existiram mercados, mas devem-se diferenciar as “sociedades com mercado” e as “sociedade de mercado”. Com a revolução industrial instala-se a sociedade de mercado, que tem como principal característica a transformação de força de trabalho em mercadoria: “a própria expansão do mercado foi produto conjunto das intervenções, da maior divisão do trabalho, da produtividade aumentada e do aumento da população...”.

Desde o início, a classe trabalhadora esteve submetida a exploração extensiva e intensiva. Crianças e mulheres são submetidas às durezas do trabalho fabril e das minas de carvão, acorrentadas ao ritmo da máquina. A divisão do trabalho torna-se mais e mais ampla com o intuito de acelerar e aumentar a produção e com isso o lucro capitalista.

➤ **Novas formas de organização do processo de trabalho**

As condições do trabalho começaram a mudar no fim do século XIX e início do século XX, com a luta da classe operária pela melhora das condições de trabalho, em termos de duração da jornada de trabalho, do ritmo ou intensidade do esforço e da proteção ou segurança física do trabalhador.

Em 1911 Frederick Taylor publica seu livro “Princípios da Administração Científica de Taylor”, numa espécie de catecismo com pretensões científicas ou “metodologia” para exprimir ao máximo as capacidades físicas dos trabalhadores, desde a contratação até a gestão da força de trabalho, através da cronometragem dos tempos de execução de cada operações ou tarefas.

Como foi dito acima o processo taylorista, supostamente “científico”, tem como base a cronometragem dos tempos para a execução de tarefas simples e fragmentadas e rigidamente fiscalizadas pelos *Managers*. Portanto o taylorismo tem a sua base no cronômetro e a dominação autocrática do empregador (capitalista), onde o poder é centralizado. A hierarquia vertical é determinante na definição do comando, não há discussão de idéias. Separa-se a execução da concepção do trabalho, fragmenta-se a execução por operações ou tarefas com o objetivo de minimizar o tempo de execução e, com isso, os custos de produção.

Henry Ford incorpora a linha de montagem ao modelo taylorista e cria um novo modelo de produção, chamado fordista. Introduzido em sua fábrica de carros, em 1913. Ao avançar nas concepções da administração “científica” de Taylor, Ford padroniza as peças e as coloca em uma esteira de montagem, diminuindo ou eliminando tempos mortos, já que os trabalhadores estavam limitados a cumprir tarefa do posto fixado em um determinado tempo. Este controle baseava-se na velocidade da esteira da linha de produção. Este modelo de trabalho tornou-se dominante ao longo do século XX e até hoje predominam seus princípios, recompostos nos chamados modelos “flexíveis” e na precarização generalizada do emprego.

O taylorismo e o fordismo representam modalidades e momentos históricos do método intensivo (Intensivos, quando o aumento do produto excedente por unidade de tempo e de salário), visando sempre, ganhos de produtividade do trabalho. Baseados na separação radical entre conceber e fazer, na fabricação de grandes séries de produtos standardizados. Esses métodos reorganizam o trabalho humano, segundo o ritmo e exigências do sistema maquinizado, mas sempre como resposta à ação resistencial do elemento humano, sindicalmente organizado.

Segundo CASTRO (2010) no Brasil, Taylorismo e Fordismo são, sobretudo modelos referenciais de organização do processo de trabalho (Schmitz & Carvalho, 1990), carecendo daquela dimensão social de compromisso prolongado entre capital e trabalho, o chamado Estado de Bem-estar ou Keynesianismo. Compromisso esse, que nos países dominantes conectou a produção de massas com o consumo de massas.

Toda reestruturação técnico-organizacional capitalista exerce duplo efeito sobre o trabalho.

De um lado, o capital, com auxílio dos novos métodos técnico-organizacionais, tira do operário o poder de controle sobre o seu trabalho. Este confisco resulta da transferência, para a administração empresarial e para o sistema de máquinas, de saberes, competências, decisões e ações que antes eram atributos inerentes à qualificação do trabalhador (CASTRO, 2010).

Do outro lado, a reorganização técnica do trabalho gera tendências contraditórias com relação à qualidade da força de trabalho ou qualificação do trabalho. Uma primeira tendência é a da revalorização seletiva de força de trabalho, através de uma nova hierarquia de qualificações. Uma segunda tendência forte é a da desvalorização econômica e da fragilização social do ser humano assalariado. Isto último é resultado da crescente suplantação de trabalho vivo por maquinaria, e, sobretudo, da crescente simplificação de postos, o que permite empregar forças de trabalho com qualificações adaptáveis, mais manipuláveis, menos organizadas e, subseqüentemente, mais baratas (CASTRO, 2010).

Mesmo com toda a rigidez no controle do trabalhador, as Políticas Sociais, resultantes da luta e da ação organizada da classe trabalhadora avançam, principalmente após a Segunda Guerra Mundial, até os anos 70, quando existiam fortes centrais sindicais e partidos operários. Nesse contexto, os trabalhadores, conquistaram uma série de direitos sociais e políticos que a sociologia acadêmica, agrupara no conceito apologético de “Estado de Bem Estar Social”.

Segundo este discurso o Estado reconhecia que os direitos sociais como deveres do Estado, garantindo educação, saúde, habitação, seguridade social a todos os cidadãos. Entretanto, este “Estado do Bem Estar Social” ocorre apenas nos países centrais, os países em desenvolvimento não alcançaram o mesmo nível de proteção social, apesar de avanços significativos, como por exemplo, a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), no Brasil, implantada no governo de Getulio Vargas ou a Justiça Social de Peronismo argentino (1945-1955).

Com o golpe militar de 1964, o Estado brasileiro torna-se mais centralizador e intervencionista e, sobretudo, antisindical. O desenvolvimento econômico será um tema central do regime militar, mas esta intervenção do Estado na economia brasileira não ocorre

de forma aleatória, o objetivo era potencializar a acumulação e concentração de capitais. O objetivo do Estado na economia foi incentivar o setor privado, pois este não tinha vontade de arriscar investimento, com lucro demorado e problemático, principalmente em infraestrutura.

Com a crise iniciada nos anos 70 (reduzida por alguns comentaristas apressados aos chamados “choques do petróleo”), o capitalismo transfigura os métodos de produção fordistas, introduzindo modelos sócio-técnicos de produção.

Atualmente, acelera-se regressão das relações de trabalho com o falso pretexto de flexibilizar a suposta rigidez dos contratos de trabalho, que o sistema fordista de produção incluía .

A chamada “acumulação flexível”, marcará a passagem da suposta rigidez técnica do sistema fordista de produção, para um mais flexível, criando novos métodos e arranjos de produção mais rápidos e flexíveis, de forma que possam adequar-se rapidamente as mudanças do mercado.

A causa real desta mudança não é tecnológica, ela pode ser explicada pela nova correlação de forças político-sociais entre o capital e o trabalho “. A retórica neoliberal repete uma velha novidade “a produção é variada, diversificada e pronta para suprir o consumo. É este quem determina o que será produzido, e não o contrário, como acontecia, segundo eles, na produção em serie Fordista”.

O Objetivo real da chamada “flexibilização” é transformar a força de trabalho em uma mercadoria descartável como as outras, pagando seu valor de mercado somente quando é consumido seu valor de uso. Isto implica em acabar com os direitos trabalhistas e impor a ditadura plena do direito comercial.

Ao analisarmos o emprego no Brasil, devemos ter o cuidado de observar as mudanças ocorridas a partir da década de 1990; com a implantação das políticas neoliberais, e compará-las às décadas anteriores, quando o Estado era impulsionador da economia. O setor da saúde no Brasil, segundo Vieira (1998 apud PEREIRA, 2004 p. 365) empregava na década de 1990, importante parcela da população economicamente ativa. Contando com uma rede de aproximadamente 50 mil estabelecimentos de saúde com cerca de 500 mil leitos e concentrava em torno de 1 milhão e 500 mil trabalhadores. Este grande contingente de funcionários da saúde pública sofreu recortes com as reformas impostas pelo neoliberalismo e pelas transformações no mundo do trabalho e suas flexibilizações .

Como é notório o setor da saúde, pública e privada, é intensivo em mão de obra (NOGUEIRA, 2006) e também em equipamentos biomédicos. Para definir a força de trabalho em saúde adotamos o seguinte critério: “Todos aqueles que se inserem direta ou indiretamente

na prestação de serviços de saúde, no interior dos estabelecimentos de saúde ou em atividades de saúde, podendo deter ou não formação específica para o desempenho de funções ao setor”.

A pesquisa sobre Assistência Médico-Sanitário (AMS) 2002 do IBGE mostra crescimento na incorporação de equipamentos biomédicos para o setor público, destacam-se no universo de aparelhos, os de hemodiálise com crescimento de 44,5%, eletrocardiógrafos um crescimento de 12,7%, tomógrafos 3,9%, equipamentos de Raios-X 2,85%, o que gerou uma demanda de novos profissionais capacitados para operá-los, explicando em parte a baixa taxa de desemprego no setor saúde. Em 2002 havia 536 mil trabalhadores em estabelecimentos de saúde pública, representando 4,5% do total de trabalhadores formais (com carteira assinada).

O III Plano Básico de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (III PBDCT, 1980) definiu uma política nacional para o setor industrial, que prioriza a Instrumentação Biomédica (III PBDCT, 1980). Esta política deveria contribuir para o desenvolvimento da correspondente produção nacional, para a capacitação tecnológica, e conseqüentemente para elevação da qualidade e produtividade do subsetor. Fortalecendo ao mesmo tempo, a competitividade da indústria nacional face às multinacionais. Entretanto a implantação desta política, assim como acontece com as políticas sociais, apresenta uma incongruência entre o discurso e fatos ou entre objetivos e meios insuficientes para atingir os objetivos enunciados. Entre outras insuficiências temos a falta de pessoal técnico habilitado, a exigência de investimentos elevados, falta de reserva de mercado, inexistência de conhecimento tecnológico, ausência da necessária cooperação entre as empresas e as escolas; fraca infraestrutura industrial, falta de normas técnicas de controles da qualidade e de uma adequada rede de informação. Junto a tudo isso, a inexistência de incentivo fiscal e de financiamento de longo prazo para a importação de produtos (isenção fiscal, Decreto Lei 1726, 07/12/1979) e a preferência do comprador pelo produto importado segundo relato do GT/CNPq.

Um traço marcante do emprego na década de 1990, que acompanhou as transformações do mundo do trabalho, e particularmente na primeira década do século XXI, é o avanço geral da terceirização, em particular na área de manutenção do ambiente hospitalar nos hospitais públicos, das três esferas de governo e em todas as áreas da saúde pública. Tornou-se comum à contratação de prestadores de serviços, por tempo determinado, que na maioria das vezes é renovado indefinidamente, evitando-se a contratação via concurso público (MORENO, 2010).

A terceirização do trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS) alcançou números elevados, segundo NOGUEIRA (2004) entre 30 % e 50% dos trabalhadores do SUS tem uma relação de trabalho precarizada. Entende-se precarização do trabalho como sendo um processo da deteriorização das relações de trabalho, com a ampliação dos contratos temporários e suas desregulamentações, as falsas cooperativas de trabalho, os contratos por empresas.

A qualificação do trabalhador, longe de ser um dado evidente, é uma relação problemática, pluricasual, cujo estudo envolve dimensões técnico-econômicas, políticas e culturais. As indagações exigidas para definir o que deve-se entender-se por qualificação são bem mais complexas e amplas que a identificação de uma ou outra tendência predominante: desqualificação ou requalificação. Vários autores salientam essa complexidade metodológica e factual do problema de qualificação do trabalho. Assim, Fernandez Enguita (1990), por exemplo, apoiado em uma série de pesquisas empíricas conclui que as novas polarizações, segmentações e rupturas do mercado de trabalho são mais relevantes, em termos sociais, que as supostas tendências desqualificadoras ou requalificadoras (CASTRO, 2010).

CASTRO (2010) ainda menciona que as ambigüidades que envolvem a qualificação do trabalho no capitalismo estão vinculadas ao fato de que seu elemento definidor, o posto ou emprego, carece de qualidades ou capacidades de trabalho, no sentido de que não é o “posto” quem gasta trabalho; é o trabalhador quem desenvolve trabalho concreto ao mobilizar os atributos e capacidades físicas e intelectuais que lhe são próprias. Também contribui a essa ambigüidade o fato de que as qualidades do trabalhador não são perceptíveis como saber-fazer em si, em abstrato. A qualificação só se torna perceptível e mensurável como resultado, mediante a contratação e utilização do seu portador num dado posto de trabalho.

Dito de outro modo, a qualificação é avaliada e classificada como valor de uma força de trabalho concreta, comprada e utilizada pelo capital para obter valor excedente. Por tanto, uma coisa é o que a qualificação “vale” para o capital e outra diferente o seu valor para o trabalhador e para a sociedade, como potencia criativa de bens úteis. Somente desde outra perspectiva macro-social é possível questionar o reducionismo da dimensão humana, inerente a definição da qualificação pelo posto ou função. Pois como manifestação de uma específica divisão técnica do trabalho, resultado da concorrência, a qualificação do emprego exercido, tem sua fronteira (restringidora e instituidora) no mecanismo micro-empresarial do capital (CASTRO, 2010).

CASTRO (2010) indica que a dimensão, presente e perspectiva, que o capital oferece realmente para a qualificação do trabalho, independentemente do discurso empresarial sobre a

suposta revalorização do fator humano presente em todas as bulas que acompanham o novo “prêt-à-porter” da cultura empresarial – (“*total quality*”), está configurada pela dinâmica contraditória que é própria do capitalismo.

O desenvolvimento capitalista exige, por exemplo, uma fragmentação do trabalho e, ao mesmo tempo, uma formação cultural mais ampla da requerida pela função atribuída ao trabalhador; exige o desenvolvimento quantitativo e qualitativo do ensino e, ao mesmo tempo, pratica a redução dos recursos e dos bens sociais. Em outras palavras, o desenvolvimento implica um aumento das exigências, ao mesmo tempo em que reduz as possibilidades de satisfazê-las; produz, portanto, uma frustração permanente na força produtiva viva que é o ser humano. Que o capital procura compensar na esfera do consumo e/ou diversos bloqueios mentais, *ideotas* [idéias idiotas] e crenças incutidas, que impedem leituras da realidade diferentes daquela contida no discurso dominante; impede as pessoas enxergarem uma realidade distinta daquela que esta lhes sendo mostrada; de modo tal que a imagem percebida seja impossível de evitar, para assim aceitá-lo como realidade: única, homogênea e inquestionável (CASTRO, 2010).

Em 1988, sob a coordenação da Organização Pan-Americana da Saúde – OPA realizou-se em Havana o Encuentro Internacional sobre “Diseño, Mantenimiento y Conservación de Unidades em los Sistemas Locales de Salud (SILOS)”. Esse encontro reuniu representantes da maioria dos países latino-americanos (Argentina, Brasil, Colômbia e Cuba entre outros) sendo seus participantes basicamente engenheiros, arquitetos e administradores voltados para a gerência dos recursos físicos. Além de possibilitar uma discussão conjunta sobre o tema, a reunião propiciou rica troca de informações acerca do estágio de desenvolvimento do gerenciamento dos recursos físicos em cada país. Dentre os países participantes do encontro, alguns de destacaram pelos avanços obtidos em questões estratégicas para a formulação e implementação de novo modelo de gerenciamento de recursos físicos e tecnológicos em saúde.

As metas de três outros países partícipes do evento (Argentina, Colômbia e Cuba) são a de formação de quadros públicos no âmbito estatal na área de Arquitetura e Engenharia Hospitalar e Engenharia Biomédica. No entanto, o planejamento, programação, execução e avaliação das atividades desenvolvidas na área, não foi considerada relevante no Brasil (MS/REFIT, 2006).

O período entre 1990 e 2000 foi marcado por investimentos em Projetos de Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde (Projeto ReforSUS) e do Programa de Saúde da Família (PSF). Desenvolve-se, também, o Projeto de Profissionalização de Trabalhadores da

Área de Enfermagem (PROFAE), voltado para a formação e a capacitação de trabalhadores da saúde. O Projeto de Vigilância em Saúde no SUS (VIGISUS), além de outros, de âmbito estadual ou municipal. É bem verdade que no início da década de 1980, mais precisamente em 1981, foi criado o Curso de Especialização em Arquitetura do Sistema de Saúde, num convênio entre o Ministério da Saúde e a Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de Brasília. No entanto, após terem sido formadas apenas três ou quatro turmas, o curso foi encerrado. Atualmente, o país conta apenas com um Curso de Arquitetura Hospitalar ministrado pela Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal da Bahia e alguns Cursos de Engenharia Clínica, sobretudo no estado de São Paulo. (MS/REFIT, 2006).

Entre os anos de 1996 e 2005 os profissionais do Laboratório de Manutenção em Equipamentos de Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fiocruz – EPSJ / FIOCRUZ observam a redução gradativa do número de candidatos regidos pelo Regime Jurídico Único – RJU do SUS, para o curso de Artífices de Manutenção em Equipamentos de Saúde. Diminuiu o número de professores deste Laboratório assim como o de funcionários da área de manutenção. Pode-se, assim considerar como categoria em extinção, devido à aposentadoria dos funcionários vinculados ao RJU e a não realização de concursos públicos para substituí-los. A terceirização está portanto, institucionalizada neste setor, de acordo com a “Reforma do Estado”.

Segundo MORENO (2010):

(...) medidas como a terceirização, a subcontratação e a rotatividade foram utilizadas para reduzir salários e subordinar os empregados que restaram as novas metas de funcionamento empresarial do setor público. Somente a taxa de rotatividade passou de 7,3%, em 1989, para 24,8% em 1999.

O Curso de Especialização em Gestão de Recursos Físicos e Tecnológicos em Saúde, promovido em 2006 pelo Ministério de Saúde aqui no Estado do Rio de Janeiro, com Engenheiros e Arquitetos, que se reuniram mensalmente vindos do Ceará, Pernambuco, Mato Grosso do Sul, Distrito Federal, Minas Gerais e Rio Grande do Sul, mesmo com um atraso de mais de 20 anos, teve como objetivo mudar este cenário, profissionalizando a Gestão da Rede Física e Tecnológica do SUS, visando à elaboração do Material didático definitivo sobre o assunto (GUIMARÃES, 2007).

A Carta editada no encerramento da 14ª Conferência Nacional de Saúde à Sociedade Brasileira, evento acontecido em novembro e dezembro de 2011, registra que:

Para fortalecer a Política de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde é estratégico promover a valorização dos trabalhadores e trabalhadores em

saúde, investir na educação permanente e formação profissional de acordo com a necessidade de saúde da população, garantir salários dignos e carreira definida de acordo com as diretrizes da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, assim como, realizar concurso ou seleção pública com vínculos que respeitem a legislação trabalhista e assegurem condições adequadas de trabalho, implantando a Política de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS.

5.3. O Hospital é uma organização complexa.

O hospital, sabidamente, é uma organização complexa. Há ampla bibliografia indicando que seu funcionamento adequado depende de uma gestão adequada que conte com importante grau de autonomia.

Vários estudos indicam que são muitas deficiências da gestão dos hospitais ligados ao SUS. Quando se trata de hospitais públicos, os diagnósticos tendem a atribuir à rigidez e à burocratização da administração pública direta, apontada como principal responsável do desempenho inadequado.

A solução sugerida costuma ser a de ampliar a autonomia dos hospitais com administração direta, mediante uma radical reforma administrativa. A receita é atribuir aos hospitais da administração direta um status organizacional que os aproximasse dos hospitais “filantrópicos”, ou seja, a sua, mal disfarçada, transformação em empresas privadas, mas com aparente caráter público: Organização Social e Organização Social Civil de Interesse Público são as fachadas sugeridas, ainda que existam outras receitas híbridas que misturam administração direta com organizações privada, como são as Fundações de Apoio existentes em inúmeros hospitais públicos.

A lei orgânica que regulamenta o SUS também prevê que os hospitais deveriam funcionar integrados a uma rede hierarquizada e regionalizada de serviços, tendo inclusive que pactuar seu papel e sua responsabilidade sanitária com os gestores públicos, mediante a definição de mecanismos de acesso e de relação com outros serviços (CAMPOS & AMARAL, 2007).

No caso do Rio de Janeiro, apesar das alianças políticas tradicionais entre governo estadual e governo federal, com grande apoio da capital, favorecer a introdução da agenda nacional no âmbito estadual – incluindo a proposta de regionalização em saúde. Esta regionalização foi demorada. Soma-se a isso o perfil e a trajetória dos dirigentes estaduais na política de saúde mais voltados para a gestão da alta complexidade e a participação em unidades federais de saúde. Essas condições tornam o contexto indefinido quanto à tendência

mais ou menos favorável à efetivação da regionalização em curso. O novo processo de regionalização exige uma discussão mais ampla sobre a funcionalidade regional na saúde. A regionalização implica uma importante mudança no exercício de poder (redistribuição de poder) na execução da política de saúde, o que se traduz na introdução de novos atores, objetos, normas e processos sujeitos a diferentes orientações e ideologias (VIANA & LIMA, 2011).

Por outro lado, a doutrina fundadora do sistema público identifica o hospital como parte de uma rede de atenção à saúde, devendo funcionar em articulação estreita com outras organizações (centros de saúde, equipes de saúde pública, policlínicas, etc.) (CAMPOS & AMARAL, 2011).

CAMPOS & AMARAL (2011) menciona que apesar da insuficiente implantação dessas políticas, as experiências de serviços compensatórios das deficiências hospitalares têm crescido no país, a partir dos municípios ou dos próprios hospitais. No entanto, não será possível avançar na redefinição do papel do hospital no sistema de saúde se as políticas não forem integradas, isto é sem novas modalidades assistenciais inseridas no modelo de atenção, com ênfase em tecnologias menos invasivas e de alta resolutividade.

A Carta – manifesto lançado pela 14ª Conferência Nacional de Saúde realizada em novembro e dezembro de 2011, editada no Blog do Cebes – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, visitado em 09/12/2011, afirma:

Defendemos a gestão [grifos no original] 100% SUS; sistema único e comando único, sem “dupla-porta”, contra a terceirização da gestão e com controle social amplo. A gestão deve ser pública e a regulação de suas ações e serviços deve ser 100% estatal, para qualquer prestador de serviços ou parceiros. Precisamos contribuir para a construção do marco legal para as relações do Estado com o terceiro setor”.

Argumenta-se que “gestão pública e regulação 100% estatal” deixa aberta a porta para que “ações e serviços” sejam terceirizados, como está acontecendo em várias localidades brasileiras, apesar da oposição frontal dos que defendem o caráter exclusivamente público dos serviços de saúde. E isto é relevante no contexto, pois é irrelevante o debate sobre a gestão e a regulação serem estatais, já que há consenso sobre isto entre os defensores do SUS. Além disso, o Relatório Final não menciona o “terceiro setor” que, para surpresa de muitos, aparece na Carta, saído não se sabe bem de onde, nem por quê.

Cabe registrar, sobre isto, que o Relatório Final da 14ª CNS aprovou um conjunto de propostas que esclarecem, suficientemente, o que os delegados pensavam sobre a gestão e a execução das ações e serviços de saúde.

Vale à pena reproduzir algumas dessas propostas: “Garantir que a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) em todas as esferas de gestão e em todos os serviços, seja 100% pública e estatal, e submetida ao Controle Social (Diretriz 5 – Proposta 1). Rejeitar a cessão da gestão de serviços públicos de saúde para as Organizações Sociais (OS) e solicitar ao Supremo Tribunal Federal que julgue procedente a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIN) 1923/98, de forma a considerar inconstitucional a Lei Federal nº 9.637/98, que estabelece esta forma de terceirização da gestão (Diretriz 5 – Proposta 2). Rejeitar a cessão da gestão de serviços públicos de saúde para as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) (Diretriz – Proposta 3). Rejeitar a proposição das Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP), contida no Projeto de Lei nº 92/2007, e as experiências estaduais/municipais que já utilizam esse modelo de gestão, entendido como uma forma velada de privatização/terceirização do SUS (Diretriz 5 – Proposta 4). Garantir que os convênios e contratos do SUS sejam apreciados e aprovados previamente pelos conselhos de saúde, nas três esferas de governo, antes de sua assinatura, e aumentar os recursos destinados ao fortalecimento dos órgãos de fiscalização, controle e auditoria do SUS (Diretriz 2 – Proposta 6). Respeitar a constituição e as leis orgânicas do SUS, de forma a restringir a participação da iniciativa privada no SUS ao seu caráter complementar; que as três esferas de gestão garantam o investimento necessário para a redução progressiva e continuada da contratação de serviços na rede privada até que o SUS seja provido integralmente por sua rede própria (Diretriz 5 – Proposta 7). Submeter aos Conselhos de Saúde, durante o processo de elaboração do orçamento da área da saúde, os Projetos de Lei elaborados pelo poder Executivo que tenham relação com as políticas públicas de saúde, para apreciação, debate e deliberação antes de enviar ao Legislativo (Diretriz 2 – Proposta 37)” (CEBES, 2011).

5.4. A Manutenção Hospitalar como política pública do SUS

As organizações hospitalares situam-se entre as mais complexas organizações da sociedade contemporânea. Apesar desta constatação, a gestão hospitalar é uma problemática recente: “[...] tornou-se recente na área da saúde uma preocupação mais acentuada com os problemas administrativos”.

Estas inquietações ganham relevância a partir das recomendações formuladas pela 30ª Assembléia Mundial de Saúde, reunida em 1977, e das discussões realizadas na Conferência sobre Atenção Primária de Saúde, AM Alma Ata, em 1978. Ambos eventos estabeleceram a meta global de alcançar saúde para todos no ano 2000, constatando, entretanto, que um dos

entraves para sua concretização reside na escassez de recursos disponíveis, principalmente nos países denominados Terceiro Mundo (MS/REFIT, 2006).

No bojo das discussões para formulação de instrumentos gerenciais e estratégias de ação que viabilizem o objetivo proposto, surgem muitos questionamentos quanto à eficiência e eficácia da gerência da rede física de serviços de saúde. Cabe atentar, em especial, para o déficit de recursos físicos e tecnológicos, compreendendo os prédios, instalações e equipamentos (MS/REFIT, 2006).

Não existem fórmulas mágicas e nem receitas para se tornar um gestor de REFIT – Recursos Fisicos e Tecnológico da Saúde, mas o profissional envolvido deve ter em mente o óbvio ululante: ter habilidades (saber fazer), ter atitudes (saber ser) e ter conhecimento (saber) tais, são ingredientes fundamentais do gestor para o desempenho de uma nova atribuição (GUIMARÃES, 2006).

E o que a sociedade espera desse novo ator social? Espera que ele tenha a capacidade de planejar para otimizar os recursos, cada vez mais escassos: ter capacidade de articulação entre as esferas envolvidas (Federal, Estadual e Municipal), ter perspectiva da tecnologia disponível, visão estratégica, capacidade gerencial e operacional, procurando ser objetivo em suas ações, líder, tenha ética profissional comprometida com o SUS, saiba delegar, tenha capacidade crítica para propor novos investimentos e manter os existentes, tenha capacidade gerencial (GUIMARÃES, 2006).

Dimas (2003) constata o óbvio: que os custos para operação e manutenção da Rede existente tornam-se cada vez mais um desafio. Nas sociedades contemporâneas, as condições de incorporação de tecnologias em saúde, e, mais especificamente, na assistência médico-hospitalar, vêm ampliando a capacidade humana de intervenção sobre os fenômenos da vida, permitindo minorar o sofrimento humano e proporcionando significativo aumento da duração e da qualidade de vida, embora acarrete acréscimo dos custos econômicos daí decorrentes (MS/REFIT, 2006).

Paralelamente, e agravando a situação no tocante às questões de sustentabilidade da Rede SUS, estudos demonstram que o processo de envelhecimento da população no Brasil não decorre da melhoria das condições gerais de vida da população mais idosa, mas sim da diminuição das taxas de natalidade e de mortalidade nas faixas etárias mais baixas. Tal fato constitui um desafio ao sistema de saúde no sentido de efetivar uma rápida qualificação da atenção a essa camada social representada pela Terceira Idade, uma vez que semelhante sobrevivida exigirá um intenso e crescente amparo do SUS, em especial no que se refere ao uso

de tecnologias voltadas para o diagnóstico e à terapia vinculada às doenças crônicas e degenerativas, que são as que mais acometem essa parcela da população.

É indiscutível que o processo de incorporação de tecnologias na assistência médico-hospitalar ocorre de modo acelerado, irreversível e implacável. Tal processo é marcado por quatro dimensões “estruturantes”, que lhe imprimem maior grau de complexidade:

- A incorporação de máquinas e equipamentos biomédicos não substitui a mão de obra existente;
- A incorporação de tecnologia para o apoio ao diagnóstico é cumulativa – uma nova tecnologia não prescinde da anterior;
- A incorporação de tecnologias na saúde pressupõe a formação/capacitação constante de operadores;
- A incorporação de tecnologias na saúde pressupõe cuidados redobrados com ‘a saúde’ do parque tecnológico, com vistas a sua confiabilidade. (MS/REFIT, 2006)

Considerando-se o custo destas edificações e de seus equipamentos, as prioridades político-econômicas e financeiras do país, isso representa um desafio para evitar desperdícios intoleráveis, quando tudo isso é parcialmente destruído pela falta de atenção aos princípios elementares e básicos da manutenção (MORENO, 2010).

Estudos têm mostrado que, em países desenvolvidos, cerca de 25% a 50% dos equipamentos hospitalares não estão sendo totalmente utilizados. As razões disso são variadas e incluem: dificuldades na aquisição de materiais de consumo e de peças de reposição; falta de pessoal treinados; inadequada infraestrutura para instalação e operação ou demanda muito baixa do paciente (MS/REFIT, 2006).

Como conclusão da análise dos documentos do Grupo de Trabalho do CNPq, observa-se que os problemas abordados na época persistem mesmo passados 40 anos. Na realidade, a política nacional objetiva favorecer a terceirização dos serviços de manutenção das unidades hospitalares, em detrimento da implantação de centrais de manutenção nos próprios estabelecimentos assistenciais de saúde pública. A não efetivação de servidores públicos nas unidades, e, em geral, toda a política neoliberal, explicam as dificuldades crescentes da área de manutenção de equipamentos biomédicos.

Nesta pesquisa, percebe-se claramente a pouca importância dada pelas três esferas de governo em relação ao tema abordado, pois a política praticada visa à solução imediata, mediante a contratação de serviços terceirizados.

A ausência de políticas públicas para a área, associada ao despreparo dos dirigentes dos EAS, que não avaliaram a relação custo x benefício, entre manutenção própria ou terceirizada, optando rapidamente pela terceirização explica a inexistência de estruturas próprias de manutenção de equipamentos biomédicos nos EAS (MORENO, 2010).

A opção prioritária pela terceirização agrava problemas da gestão da manutenção dos equipamentos biomédicos, tornando mais importante à fiscalização dos contratos de manutenção. Como alternativa para a falta de técnicos capacitados, atualmente optou-se pela contratação de engenheiros clínicos para a gestão da manutenção, que se limitam a gerenciar os contratos de terceirização.

Comprova-se, assim, a falta de políticas públicas e o despreparo dos dirigentes dos EAS. Tudo isto desvaloriza a área de manutenção, pois os profissionais de Engenharia Clínica são contratados não como servidores públicos, regidos pelo Regime Jurídico Único (RJU) ou pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), sendo apenas contratados como prestadores de serviço ou por tempo determinado.

A pesquisa que serviu de base para este trabalho nos levou a concluir necessidade de um aprofundamento da questão da qualidade dos serviços terceirizados de manutenção nos equipamentos biomédicos nos estabelecimentos assistenciais de saúde pública do país. Essa análise poderá servir para a formulação de indicadores de controle de qualidade adequada as realidades regionais do Brasil, porém elaborando parâmetros mínimos nacionais que servirão de base para estruturação de critérios estaduais e municipais de controle.

O governo do Rio pressupõe que há uma forma mais eficiente de oferecer uma saúde pública digna, ágil, de qualidade. O interesse principal estaria centrado na população, mas todos sabemos que durante décadas a saúde pública do Rio foi negligenciada e sucateada. Para aqueles que estão aguardando uma cirurgia, um remédio ou atendimento numa unidade pública não interessa se o problema é antigo de 10, 20, 30 anos, a solução que ele precisa para o seu problema de saúde tem que ser hoje, agora.

Por isso, o Estado do Rio apela, nos discursos, para modelos que apresentam resultados mais rápidos para a população, modelos que já teriam sido experimentados no exterior e aqui mesmo no Brasil. É o caso de São Paulo e Minas Gerais, que já usam modelo semelhante aos das OSs – Organizações Sociais, entidades sem fins lucrativos- encarregadas de administrar bens e equipamentos médicos, utilizando técnicas modernas de gestão. Tenta-se vender a idéia de que o modelo de OS não pode ser confundido com uma privatização, como muitos afirmam, porque o serviço concedido e permanece público (CÔRTEZ, 2011).

Qualquer um pode comprovar, porque o serviço concedido continua rotulado de “público”.

O Rio de Janeiro pretende ser pioneiro na chamada Gestão Compartilhada não escolhemos um único modelo, porque temos desafios diversos e apenas com as OSs e a Fundação Estatal, jamais daríamos conta desses desafios. Hoje temos a Parceria Público-Privada (PPP) como opção mágica, numa velharia mercadista apresentada como original (CÔRTEZ, 2011).

A retórica oficial teima em nos persuadir que o Rio de Janeiro ser pioneiro na chamada gestão participativa.

Até o momento, as relações pessoais nas ações de saúde não caíram em desuso, e, sem pretensão, humanizam a inovação tecnológica e a gestão. A saúde tem infinitos problemas de gestão, de financiamentos e políticos. A ênfase com que se apresenta apenas um deles não pode servir para disfarçar a crua realidade. A rigor as propostas inovadoras para reestruturar o sistema público de saúde confirmam o velho axioma da história clássica: “amiúde o que se pretende novidade, não passa de ignorância de História”.

6. GESTÃO DA MANUTENÇÃO

6.1. O processo de gestão da manutenção

AZEVEDO NETO (2004) menciona que o objetivo é apresentar uma compreensão e um conjunto de subsídios para melhorar a gestão da manutenção em ambientes hospitalares, que apoiada na informática, seja capaz de definir as ações mantenedoras dos elementos característicos e funcionais na Unidade de Saúde (Exemplo: Parques de Equipamentos), agregando a especificação, o projeto, a aquisição (construção) e a instalação de equipamentos médico-hospitalares relacionados com o ambiente hospitalar na perspectiva do processo decisórios mais eficientes e eficazes, capazes de viabilizar:

- Uma redução progressiva do custo do equipamento em relação ao dispêndio total com o atendimento do paciente;
- O parque de equipamentos terá sua utilização maximizada;
- Os equipamentos serão utilizados em sua plenitude tecnológica em função do acesso às informações de instalação, utilização e manutenção;
- O conhecimento do estado do ambiente hospitalar diariamente, propiciando atitudes preditivas com maior antecipação;
- A disponibilidade de informação contínua aos utilizadores de equipamentos sobre seu funcionamento e modo de uso;
- A organização informatizada de arquivo técnico de manuais e catálogos disponíveis para consulta;
- Através dos terminais de consulta instalados nas chefias dos serviços do hospital, com relatórios e informações que se fizerem necessários poderão ser disponibilizados a qualquer momento;
- Introdução de calendários com os agendamentos das ações de manutenção também estarão disponíveis a qualquer momento. Isso será importante para disponibilizar as equipes de manutenção, os equipamentos que sofreram manutenção na data prevista e agendada. Essa agenda será elaborada a partir da concordância da equipe de serviços clínico e sua supervisão da equipe de manutenção e do serviço de Engenharia da Unidade de Saúde propositor do agendamento.

Assim para justificar o desenvolvimento de tecnologia de gestão do ambiente hospitalar que contemple benefícios a seu utilizador, são enumeradas algumas ações a serem adotadas, tais como:

- Programar (no sentido de implementar) uma ferramenta para alimentar um Sistema de Gestão da Manutenção Informatizado para a tomada de decisão a partir de levantamento de prontuários dos Equipamentos existentes e organizados em Parques de Equipamentos, com o objetivo de padronizar essa tecnologia em seu próprio parque;
- Planejar as ações de manutenção a partir das definições dos Parques de Equipamentos e dos Sistemas Prediais presentes e identificados;
- Sistematizar as ações de manutenção para famílias de equipamentos de mesma natureza funcional e tipo, de modo a promover rotinas próprias, facilitando as inspeções periódicas de qualidade e segurança bem como as avaliações dos serviços prestados;
- Criar nas áreas de tratamentos e suporte à vida, Centrais de Equipamentos Vitais, que possibilitam otimizar a utilização de equipamentos vitais a mais de um serviço clínico mantendo seu controle funcional e higienização;
- Programar o gerenciamento integrado e sistematizado, onde estarão definidos os planos de ação de manutenção por parques de equipamento, seus compartimentos e suas instalações de infraestrutura;
- Neste modelo de gestão os equipamentos passam a estar integrados na logística de um Parque de Equipamentos, onde áreas clínicas possuam atividades afins e níveis de risco assemelhados, possibilitando também a incorporação de novos equipamentos se de em bases técnicas adequadas e de envolvimento de todos os serviços que compõem aquele parque;
- Assegurar que as intervenções tenham como base a qualidade e a orientação metrológica de normas técnicas;
- Gerar relatórios dos serviços prestados por equipes próprias e terceirizada bem como apurar a eficácia e eficiência de suas ações através do acompanhamento de indicadores temporais e de qualidade de suas rotinas;
- Planejar os investimentos em tecnologias e programar despesas com a manutenção dos parques de equipamentos, contemplando as contratações de serviços e a aquisição de peças e acessórios por parque de equipamentos; e
- Identificar junto ao fabricante ou seus representantes locais, o fornecimento das rotinas do treinamento continuado para os profissionais de saúde que utilizam seus

produtos, objetivando a redução de acidentes por atos inseguros no uso das tecnologias.

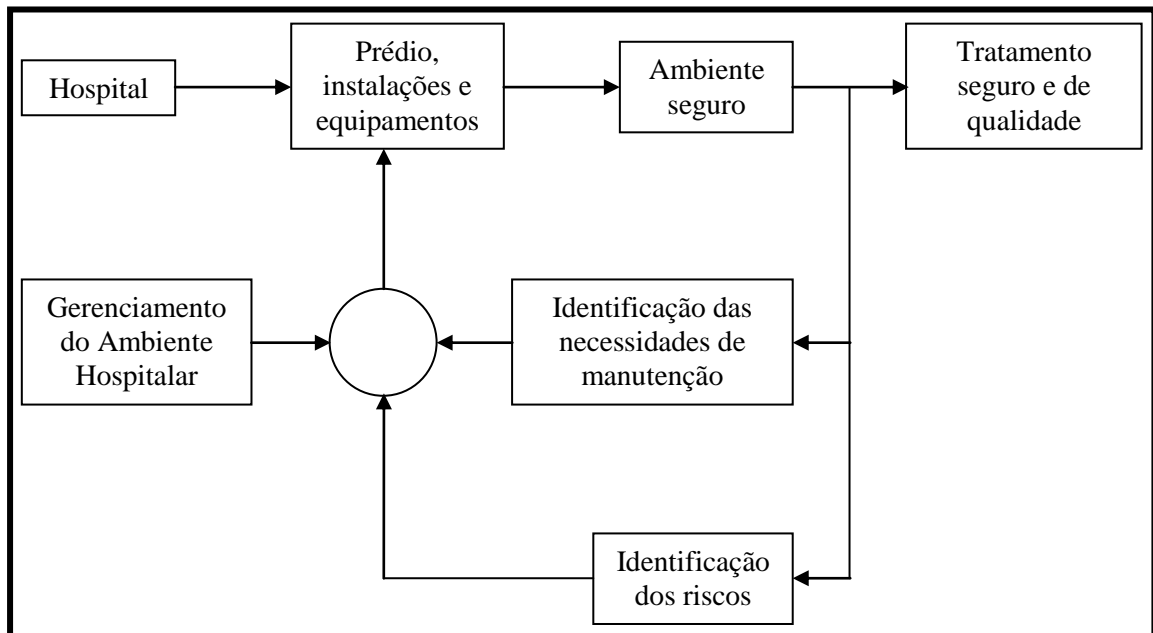
Estaremos dessa forma garantindo a possibilidade de uso dos equipamentos, com segurança e qualidade, em qualquer dos serviços clínicos do mesmo parque.

Este modelo de gestão estará centrado no controle das variáveis de manutenção e dos riscos existentes de prédios, instalações e equipamentos. Busca complementar a ação de muitos outros planos para manutenção hospitalar praticado e disponível de modo geral.

Esta proposta visa articular um conjunto de contribuições teóricas e especialmente instrumentais, aplicáveis as organizações diversas em particular a hospitais, mantendo-se o foco na gestão dos seus ambientes. Como método, é realizado um processo síntese de tais contribuições, de modo que as mesmas, de forma integrada, propiciem uma compreensão singular para a gestão do ambiente hospitalar.

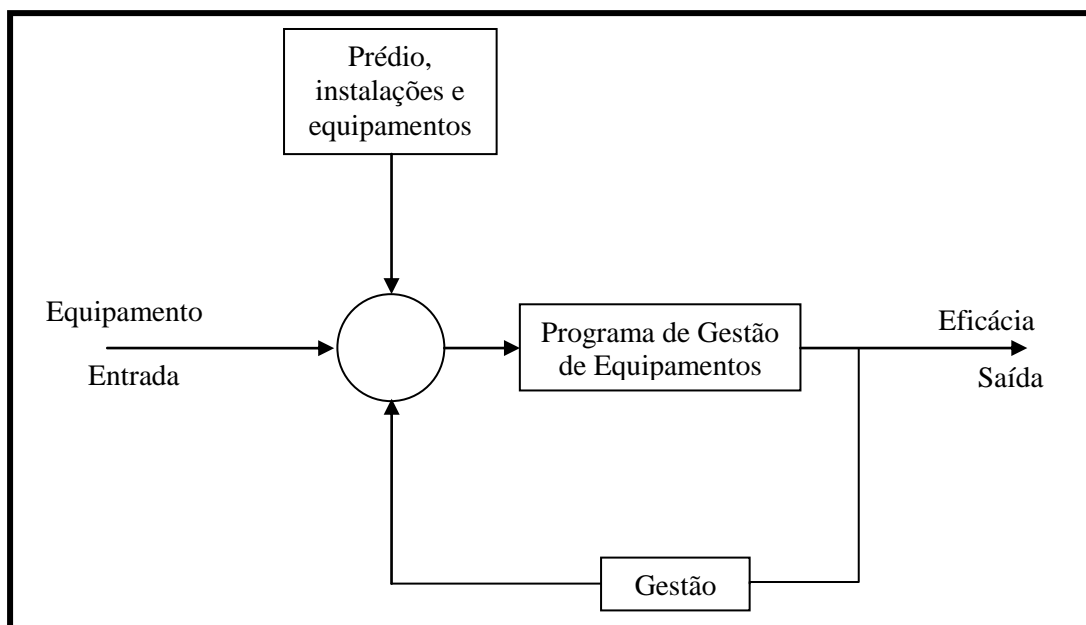
A Gerencia do Ambiente Hospitalar implementa os procedimentos e as atividades, visando à manutenção em condições adequadas de todos os componentes do ambiente hospitalar – prédio, infraestrutura e equipamentos, e executa seu plano de aprimoramentos (ou correção de rota), de acordo com as prioridades estabelecidas.

FIGURA 1 – Esquema de Gerenciamento do Ambiente Hospitalar.



Fonte: Figura adaptada a partir da apresentação dos Engenheiros Clínicos Larry Fennigkoh e Brigid Smith do St Luke's Medical Center, Milwaukee, Wisconsin, na revista "Plant, Technology, and Safety Management (PTSM) Series / n.º. 2, 189:

FIGURA 2 – Gerenciamento do Ambiente Hospitalar



Fonte: AZEVEDO NETO, 2004.

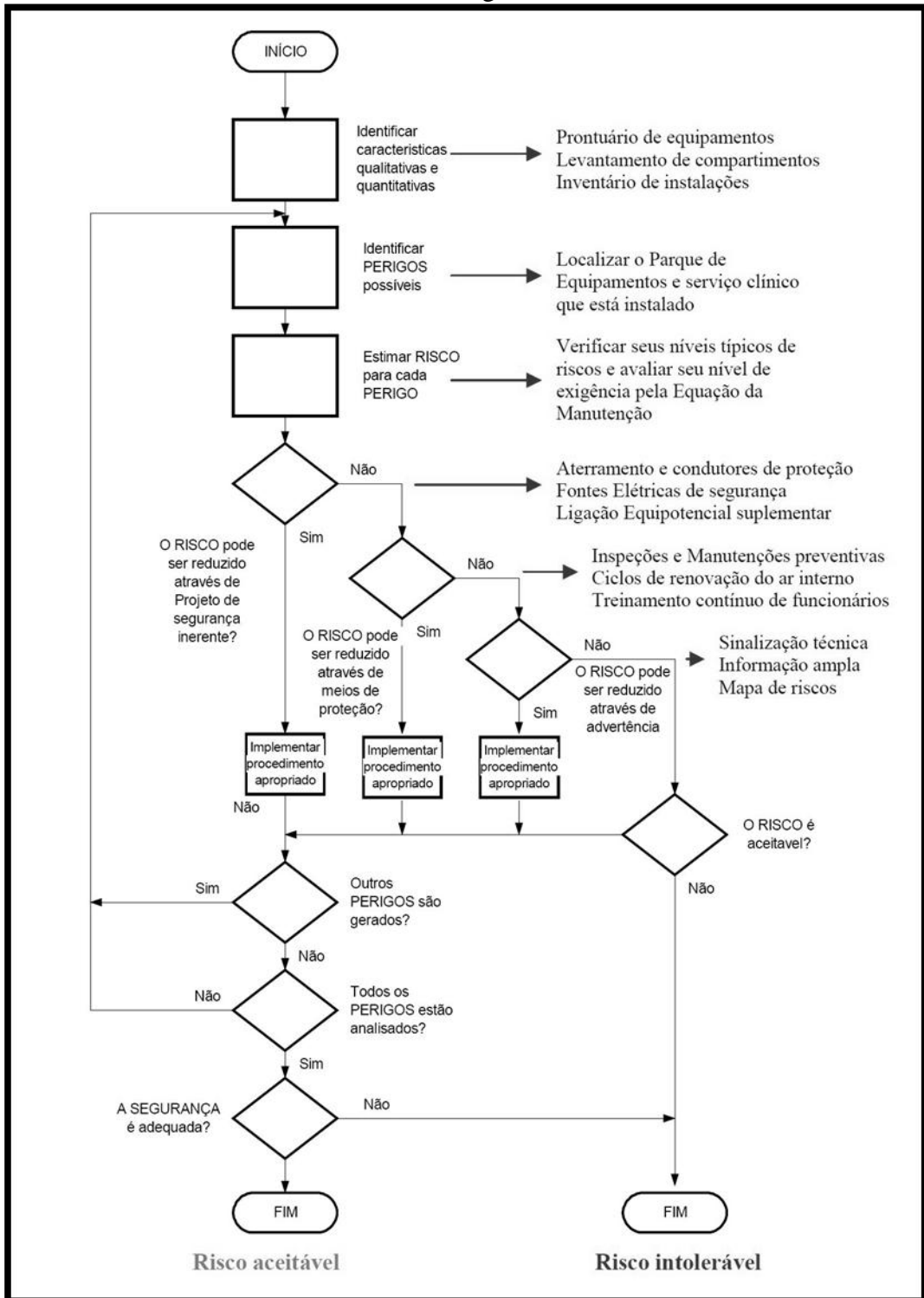
Como apresentado de forma sumária, na figura 2, o gerenciamento do ambiente hospitalar busca controlar os efeitos indesejáveis à presença humana nas ações de manutenção do prédio, instalações e equipamentos e minimizar tanto quanto possível os riscos, assegurando que esse ambiente seja seguro e adequado a um tratamento de qualidade. Esse gerenciamento é implementado pela ferramenta proposta para gestão das informações associando as necessidades para manutenção ao nível de riscos do parque de equipamentos onde for ocorrer a ação da manutenção.

O objeto da gestão de riscos é minimizar o risco máximo tolerável. Um processo de gerenciamento de risco típico é apresentado na figura a seguir. Podemos tomar essa figura como um exemplo de roteiro sobre como seria a identificação das etapas do desenvolvimento da gestão do ambiente hospitalar. Esse roteiro deverá ser alimentado pelas informações dos espaços edificados, instalados e ocupados dele extraído os elementos necessários à manutenção do ambiente hospitalar em níveis de riscos tão baixos quanto o possível na região do ALARP (As Low As Reasonably Practicable) (NBR IEC 601-1-4, ABNT, 1997): região entre o risco intolerável e as regiões de risco amplamente aceitáveis.

No caso dos hospitais, um evento perigoso pode ser resultado de uma falha de um sistema predial ou do uso de equipamentos e, nestes casos podem ser possíveis dois tipos de falhas; aleatórias e sistemáticas. A falha aleatória é uma probabilidade estatística de ocorrência de eventos indesejáveis. Essencialmente, a suposição mais trivial é que as falhas

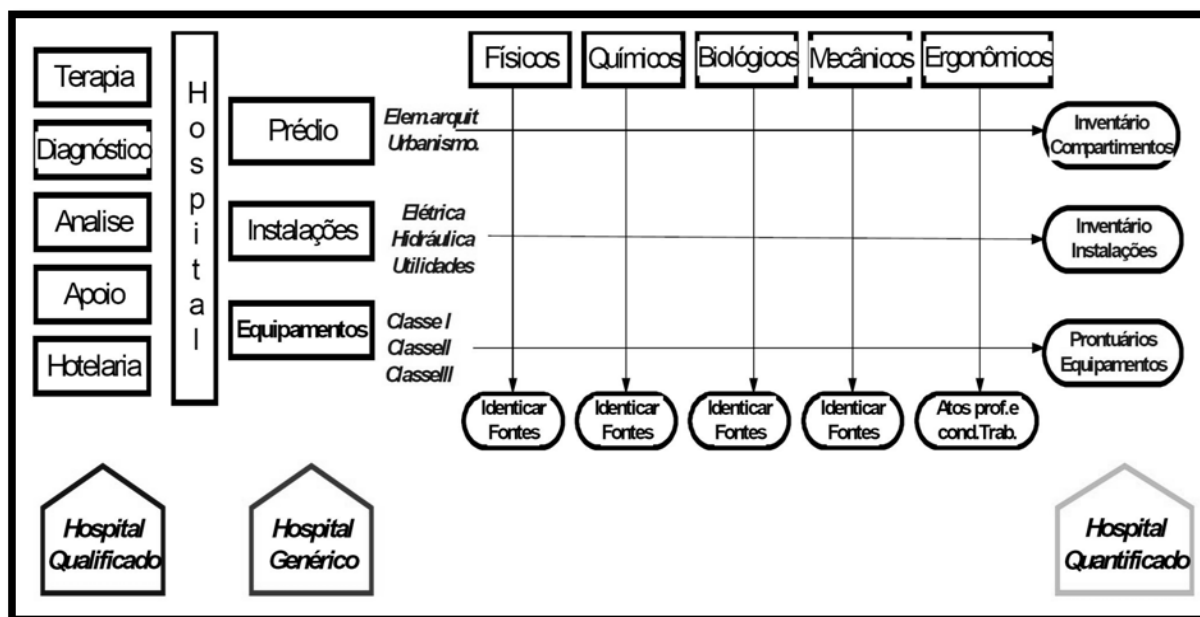
são aleatórias por natureza. As falhas sistemáticas possuem a característica de serem induzidas que por dados de entrada com valores incorretos, que por variação incorreta da medida durante a sua utilização.

FIGURA 3 – Processo de gerenciamento de riscos



Adaptado do original quanto os comentários (NBR IEC 601-1-4, p.12,1977).

FIGURA 4 – Esquema básico para Gestão Integrada do Ambiente Hospitalar



Fonte: AZEVEDO NETO (2004)

6.2. Sistema de apoio à gestão do ambiente hospitalar

AZEVEDO NETO (2004) menciona que a informatização da gestão que é expressa na forma de ferramenta prioriza a organização, o gerenciamento de conteúdos (dados brutos otimizados por meio da comunicação e compartilhamento) e o aprimoramento da colaboração entre usuários e gestores, como é desejável em uma proposta de Parques de Equipamentos.

Esse sistema está sendo desenvolvido por Empresa especializada a partir das informações prestadas pela equipe responsável pela elaboração do mesmo.

O objetivo é a instrumentalização da atividade de gestão hospitalar, sendo que não serão aprofundadas discussões nas estruturas da Engenharia do Software. A ideia da equipe é promover o desenvolvimento da ferramenta com programas de acesso livre, na web, sem a necessidade de pagamentos por sua propriedade ou licença para uso. Além disso, esse programa será mais bem incorporado pela rede hospitalar pública, por exemplo, dado às condições dos hardwares que compõem essas redes e suas entrantes.

O sistema que está ainda em desenvolvimento, em fase de entrega, no Instituto Fernandes Figueira, composto por duas versões: uma executiva que possibilita a operacionalização dos dados, pelo setor de manutenção, diariamente e a versão de consulta (outra versão está sendo elaborada como aplicativo para web, em função do projeto ter sido selecionado para compor o PED-2003 (Programas Estratégicos de Desenvolvimento) da Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP/FIOCRUZ) onde estarão disponíveis os relatórios

de parques de equipamentos, agendamentos e todas as informações importantes para a programação das unidades Clínicas.

Constituído por 5(cinco) módulos básicos de variáveis, o sistema em desenvolvimento, possui configuração aberta, podendo ser adaptável em qualquer estrutura que necessite de gestão de informatização em serviços, e, que controle as ações planejadas para sistema produtivo.

No caso de hospitais, deverá ser adotada a técnica de configurar as ações de manutenção a partir da definição dos parques de equipamento e de relevância de cada equipamento para a unidade clinica a qual será referida.

Através do controle dos cadastros, das manutenções, da criação de tabelas de elementos para controle, localização dos equipamentos dos parques e a definição de níveis de responsabilidade para uso do sistema ele poderá estar a serviços do gerenciamento de processos produtivos, por rede local ou para um desenvolvimento futuro em aplicativos web com tratamento de apoio gerencial adequado a essas necessidades.

Um planejamento para ser adequado e eficiente à operação e manutenção de ambientes hospitalares deverá possuir estratégias de ação a que venham otimizar o uso desse ambiente com segurança, além de propiciar uma redução em seus custos operacionais.

Como base para a elaboração de um plano de manutenção para ambiente hospitalar a características principais do grupo elaborador do sistema é buscar orientação nos documentos oficiais do Ministério da Saúde, bem como, outras doutrinas que mantenham esse ambiente em constante atualidade com as melhores práticas de reformas e construção de ambientes saudios e ecologicamente responsáveis.

Por estratégias de ação o grupo elaborador do sistema deverá considerar, por exemplo, entre outras:

- A participação do “staff” na manutenção: o profissional de saúde deverá estar engajado na conservação de suas ferramentas de trabalho, bem como, na infraestrutura colocada para seu uso nas tarefas diárias. É de entendimento do grupo elaborador do sistema de que a primeira ação da manutenção tenha que ser do profissional que se utiliza diariamente das tecnologias disponíveis para o desempenho de suas funções;
- Simplificação dos sistemas funcionais prediais para promoção de uma manutenção simples e de baixo custo. Esta estratégia pode ser colocada em prática desde que medidas padronizadas sejam implementadas. O uso de lâmpadas e reatores de mesma potência e cor, equipamentos de mesma marca e modelo utilizados por

serviços diferentes dentro de um mesmo parque, mesmo tipo de torneiras e válvulas de descarga sanitária em todo o hospital são exemplos de itens que simplificam o processo de compra, de reparo de intercambialidade de acessórios e redução de números de itens estocados;

- O cuidado com a troca de lâmpadas queimadas ou que venceram suas horas de vida útil, e, apesar de se manterem acessas já apresentam deficiência no nível de iluminação, principalmente nos setores onde esse fator for crítico;
- Facilidades para acessar aos sistemas de infraestrutura utilizando informação do inventário de instalações, por compartimentos, que deverá estar disponível no sistema de gestão do ambiente hospitalar;
- Treinamento dos profissionais de saúde em praticas de manutenção preventiva de equipamentos que estão colocados para seu uso;
- Desenvolvimento de um manual de operações e manutenção dos sistemas prediais;
- Desenvolvimento de um sistema integrado de gerenciamento da manutenção capaz de administrar as ações de manutenção por prédios, instalações e equipamentos.

GUIMARÃES (2006) menciona que para a proposta do sistema em desenvolvimento está identificado que os trabalhos na gestão da manutenção hospitalar podem ser desenvolvidos por profissionais classificados em cinco níveis baixos, assim descritos:

- 1° Artífices em Manutenção de Equipamentos;
- 2° Técnicos (Equipamentos, Eletrônica, Eletrotécnica entre outras habilitações);
- 3° Engenheiro Biomédico;
- 4° Engenheiro Clínico e;
- 5° Terceirização.

Existe uma busca de produtividade sem a perda de qualidade no cuidado ao paciente. Esta tem sido a primazia na área hospitalar, pois nesta ordem o crescimento é inevitável. Desta forma atingimos na pratica a eficiência na prestação de serviço de saúde, oferecendo um cuidado com a qualidade de vida (financeira e saúde) do paciente.

Procura-se, obviamente, otimizar a manutenção através da prévia especialização de profissionais bem preparados e atualizados. Isto significa um investimento constante e a promoção: congresso, feiras, cursos de especialização, etc.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desafio posto pela realidade é o de adequar à incorporação tecnológica à estrutura de necessidades de saúde, pois não existe no mundo e muito menos num país como o Brasil, recursos financeiros suficientes para suportar a lógica dos diagnósticos e exames complementares, baseados na tecnologia dos equipamentos de custo altíssimo e de rápida obsolescência.

É preciso redefinir o papel dos EAS na organização da atenção, mediante a valorização da atenção ambulatorial e domiciliar, da articulação da demanda variável a uma oferta organizada de serviços e da utilização do saber epidemiológico e social na realização das práticas de saúde.

Mais do que uma disputa de paradigmas, trata-se de adotar medidas concretas no sentido de conquistar uma nova dimensão para o trabalho em saúde, superando a ênfase exclusiva na assistência médico-hospitalar. Assim, a atenção à saúde – e não apenas a assistência médica – envolverá novos âmbitos físicos de atuação profissional (estabelecimento de saúde, domicílios, escolas, creches, fabricas, comunidades) e novos processos de trabalho (atenção à família, vigilância à saúde, hospital-dia, acolhimento, internação domiciliar) (GUIMARÃES, 2006).

O uso do conhecimento epidemiológico, a tecnologia da informação e o monitoramento permanente e qualificado dos clientes/pacientes podem ser aspectos de um novo modelo de atenção voltado para a qualidade de vida, em que as políticas de saúde visarão à promoção da saúde, à prevenção de doenças, à recuperação dos que adoecem e à reabilitação máxima daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida. Além disso, a adoção desse modelo pode representar uma saída não apenas de baixo custo, mas, principalmente, de maior resolutividade.

O reconhecimento da integralidade como princípio ou diretriz, que contemple as dimensões biológicas, psicológicas e sociais do processo saúde doença mediante a promoção, proteção, recuperação e reabilitação, visando à integralidade do ser humano, deve ser difundido como uma nova cultura da saúde na educação profissional.

A integralidade do cuidado procura ver o cliente/paciente como um todo, resolvendo os seus problemas de forma integral pela equipe de saúde na qual se insere o profissional, por exemplo, o profissional de nível técnico.

As questões éticas que devem permear o trabalho humano em qualquer atividade adquirem uma conotação peculiar na prática permanente dos profissionais de saúde. É fundamental que esses profissionais coloquem, prioritariamente, em suas ações, a ciência, a

tecnologia e a ética a serviço da vida. A ética a serviço da vida diz respeito ao comprometimento com a vida humana em quaisquer condições, independentemente da fase do ciclo vital, do gênero a que pertença ou do posicionamento do cliente/paciente na pirâmide social.

A ideia de saúde como um fim em si mesmo enquanto condição de cidadania aponta para certas especificidades no trabalho dos profissionais da área, A diversificação dos campos de atuação dos profissionais de saúde hoje, com a dessetorização de suas práticas, à medida que envolva modelos de atenção voltados à qualidade de vida, exige dos trabalhadores uma visão ampliada de saúde.

A moderna visão de qualidade em saúde inclui a humanização da assistência; o respeito à autonomia do paciente/cliente; bem como aos seus direitos como consumidor dos serviços; a satisfação das necessidades e expectativas individuais do mesmo; a tecnologia em seu sentido mais amplo e; a valorização da autonomia das pessoas na gestão das questões da sua saúde.

Essas exigências apontam para a redefinição dos perfis dos trabalhadores dos serviços de saúde para a construção de perfis mais amplos de forma que eles sejam capazes de:

- Articular as suas atividades profissionais com as ações dos demais agentes da equipe, assim como os conhecimentos oriundos de várias disciplinas ou ciências destacando o caráter multiprofissional da prática;
- Deter uma qualificação profissional, tanto na dimensão técnica especializada quanto na dimensão ético-política, comunicacional e de relações interpessoais, pois o que se observa atualmente é que a postura ética, os valores e princípios, que pertencem ao domínio das atitudes dos profissionais, não acompanharam a evolução científico-tecnológica. Há, portanto, que se resgatar a distância identificada no perfil dos trabalhadores de saúde, entre os conhecimentos e habilidades que por emanarem da ciência e tecnologia evoluíram grandemente nas últimas décadas, e os aspectos comportamentais que, advindo dos pactos sociais, como estes, mantiveram-se estacionários.

A formação dos profissionais de Saúde não pode desconsiderar as questões éticas sob o risco de agravar ainda mais a disparidade já existente entre conhecimentos/habilidades técnicas e as atitudes no perfil desses profissionais.

Uma expressiva parte dos dispêndios com a manutenção predial e de equipamentos médico hospitalares é consequência da carência de recursos humanos habilitados para gerenciar as rotinas operacionais preventivas ou corretivas nas edificações de saúde.

Na área da estrutura das edificações e na área de infraestrutura das instalações hospitalares observamos idêntica situação, a carência de profissionais na gerência e manutenção da infraestrutura física em saúde, uma vez que a vida útil de uma edificação, principalmente na área hospitalar, está diretamente relacionada com a qualidade e regularidade da sua manutenção adequada, com a efetiva ação de rotinas e procedimentos preventivos e corretivos.

Dessa forma a figura do “Zelador”, que por definição do dicionário Houaiss, 2004, cita que é “funcionário encarregado de tomar conta de prédios, condomínio etc.”, seria de vital importância para todas as Unidades de Saúde, excluindo os Grandes Hospitais, que dispõem permanentemente, profissionais para vistoriar e sanilazar a existência de ocorrências nas estruturas prediais da edificação, os quais estão em constante contato com a gestão e a fiscalização da Administração Pública, sendo classificados, como Auxiliar Técnico de Manutenção e Infraestrutura de Saúde com formação de nível médio.

Podemos ainda observar que as ocorrências nos contratos de manutenção, seu acompanhamento técnico quanto à qualidade do que é feito, deve-se à inexistência em muitas das unidades hospitalares de especialistas em gestão de manutenção (engenheiros clínicos, engenheiros de manutenção, engenheiros biomédico, etc.), limitando-se as organizações a prática de um acompanhamento burocrático dos contratos feitos por profissionais, que em vários casos, carecem de conhecimentos técnicos nessa área específica.

A mudança dos modelos requer também a identificação de espaços sociais onde se realizam hoje as práticas de saúde. Assim, além de pensar os estabelecimentos de Saúde (Postos e Centros de Saúde, Hospitais, Laboratórios entre outros) e as organizações ou instituições (Secretarias de Saúde ou um Distrito Sanitário), é imprescindível reconhecer outros espaços de atuação, como as escolas, as creches, o domicílio, a comunidade, os locais de trabalho (BRASIL, 1999).

Todo processo de mudança que envolve hábitos e conceitos há muito sedimentados tende a ser lento e deve ser o resultado da interação do novo paradigma com suas realidades. O indigente modismo pretensioso do chamado “Ensino Baseado em Problemas” (Nunes, 1998) – EBP numa espécie de “alquimia que promete” criar a partir da identificação dos problemas verdadeiros, condições de mudança da realidade institucional através da resposta eficaz a esses problemas, com auxílio da intervenção do novo modelo, ações visando fazer as coisas que já vêm sendo feitas, e propor que quem já faz, seja agente de transformação.

Requintando obviedades olulantes receitam: aproveitar o saber já existente, discutir a realidade (crítica) na perspectiva da criação de um novo saber (uma nova maneira de fazer) que resulte do consenso entre o saber institucional e o saber prático/teórico do investigador.

AZEVEDO NETO (2004) cita que na verdade, além de treiná-los para verificações antes não realizadas, a ideia é de criar, no sentido de implementar, uma nova cultura para manutenção onde atitudes pró-ativas substituirão os serviços de “bombeiro”, apagando os incêndios. Reeducação da equipe será essencial neste processo de engajamento aos novos procedimentos a serem adotados.

Após identificar sinteticamente seus elementos construtivos, e ter o respectivo banco de dados disponível aos usuários da unidade de saúde, o processo educativo poderá então ser desencadeado com uma maior divulgação da ferramenta.

Os profissionais, após o treinamento, deverão estar capacitados, segundo suas atribuições e responsabilidades, a:

- Manusear corretamente as instalações, os equipamentos e os materiais identificados como “perigosos” e resíduos sólidos, que venham a proporcionar riscos biológicos, químicos, radioativos ou lesões;
- Identificar os sinais de funcionamento inadequado das instalações e dos equipamentos;
- Agir de forma segura frente ao funcionamento inadequado das instalações e dos equipamentos e;
- Agir de forma segura nas situações de emergência, garantindo a segurança dos pacientes e da equipe, operando adequadamente os sistemas de interrupção de energia elétrica, água e esgoto.

As matrizes curriculares expostas neste trabalho buscam ajudar as escolas a responder estes questionamentos. Quanto aos currículos dos cursos técnicos e dos cursos de nível superior para a área de Saúde, faz-se indispensável que:

- Busquem responder às exigências geradas pelo perfil demográfico, epidemiológico e sanitário da população brasileira;
- Possibilitem a formação de profissionais que compreendam o seu processo de trabalho específico e também o processo global de trabalho em Saúde, e, que tenham autonomia e iniciativa, mas ao mesmo tempo saibam trabalhar em equipe;
- Tornem presentes durante todo o desenvolvimento dos cursos as questões relativas à ética, ao exercício profissional, à cidadania, ao meio ambiente e à visão holística da saúde;
- Sejam flexíveis de forma a atender à realidade regional ou local;

- Favoreçam interdisciplinaridade e o contato precoce do aluno com a prática profissional, rompendo com a dicotomia teoria/prática;
- Estejam atualizados e sintonizados com as novas tecnologias e;
- Possibilitem o desenvolvimento de habilidades ligadas ao uso fluente de *softwares* específicos, bem como de comunicação oral em idiomas a partir de uma base já estabelecida pelo ensino médio;

Torna-se necessário que sejam articulados programas e conteúdos para os profissionais envolvidos na área de Manutenção Hospitalar por meio de um processo educativo contínuo, buscando a melhoria do padrão de assistência à saúde e a estruturação dos serviços com o adequado desempenho rotineiro de suas atribuições.

É inquestionável a dificuldade que as gerências dos serviços de saúde enfrentam para identificar e conduzir processos sistemáticos de planejamento, administração e avaliação do desenvolvimento da infraestrutura dos serviços de saúde, processos estes estendidos enquanto a conjugação de recursos humanos, físicos e tecnológicos utilizando critérios de racionalidade e confiabilidade na análise da situação e na tomada de decisões.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) considera a educação permanente como uma das estratégias orientada a construir um novo modelo de gestão em que pactos para reorganização do trabalho são construídos coletivamente, conforme as diretrizes do Ministério da Saúde no ano de 2004.

A Portaria nº 198/2004 do MS, anexo da PNEPS, criou, em todo território nacional, a estratégia dos Polos de Capacitação de Educação permanente em Saúde dirigidas a profissionais que buscam a formação profissional para a efetiva consolidação do SUS.

A portaria nº 1996, de 2007, tem como objetivo principal a formação e desenvolvimento dos trabalhadores para o setor de saúde com constantes processos educativos para qualificação do mesmo.

Para avançar na área da Manutenção Hospitalar será necessária a promoção de capacitação e desenvolvimento dos profissionais ocupados na área da saúde, sendo a educação continuada uma possibilidade para alcance deste objetivo.

O documento sobre polos de educação permanente em saúde (Brasil, 2004 a) apresenta diretrizes para validação e acompanhamento dos projetos de educação permanente em saúde, sendo que esta realidade, em nosso município, está longe do preconizado no PNEPS, no tocante a área de Manutenção Hospitalar.

Os dirigentes dos serviços públicos adotam posturas administrativas que muitas vezes resultam em aquisição de novas tecnologias, inclusive com acréscimos de área físicas, onde

serão implantadas estas tecnologias, podendo isto melhorar sim a assistência prestada ao usuário e ao corpo médico. Porém podem gerar em futuros problemas, pois o grau de conhecimento que os profissionais de Manutenção Hospitalar possuem podem não ser suficiente para tais intervenções.

Neste aspecto, o desafio é atualizar o trabalhador da área de Manutenção Hospitalar para que tenha resolução nos problemas que venham ocorrer em sua área de atuação, sendo desenvolvido por meios de cursos e eventos organizados realizado na forma de oficina com discussão de casos em dinâmicas de grupo já vivenciadas pelos participantes.

LINO (2009) salienta que “somente a educação pode transformar o pensamento individual e coletivo, despertar a revisitação interna de valores e gerar dispositivos de mudança no processo de trabalho e na qualidade dos serviços de saúde”.

Nesta perspectiva cabe mencionar:

- A adoção de desenhos curriculares, alternativas metodológicas inovadoras e dinâmicas como: ensino a distância, pedagogia de projetos, palestras com profissionais atuantes e visitas técnicas;
- O uso de metodologias de ensino que exercitem a aprendizagem para a solução de problemas não somente técnico – científico, mas também sociais, para metodologias de trabalho comunitário, diagnósticos participativos e de outras formas que promovam a reflexão sobre a realidade e a prática da abordagem coletiva;
- A busca de alternativas de gestão de recursos educacionais, como acordos, convênios, patrocínios e parcerias que viabilizem constante renovação e atualização tecnológica para que a educação profissional faça parte da efetiva realidade do processo de trabalho da área;
- A criação de modelos pedagógicos que reflitam o dia-a-dia do profissional, utilizando laboratórios dotados de aparato tecnológico que esteja em concordância com a atualidade do campo profissional;
- A integração do ensino-serviço como forma de tornar o processo ensino-aprendizagem aderido à realidade do trabalho;
- O estudo e a implantação de forma que facilitem a contratação de profissionais efetivamente engajados no trabalho, adequando os esquemas pedagógicos e administrativos convencionais e;

- A capacitação pedagógica do corpo docente, privilegiando processos pedagógicos crítico-reflexivo-participativo, que auxiliem os professores a desempenhar o papel de mediadores do processo ensino-aprendizagem.

Em 2012, a Rio+20 convocará o posicionamento dos governos, empresários e movimentos sociais sobre a sustentabilidade do desenvolvimento, incluindo a dos sistemas de saúde, pois a tendência mundial e por causa da possível deterioração dos tradicionais sistemas de proteção social, é a de priorizar as políticas universais de saúde, é o SUS, fundamentado na concepção sobre a determinação social da saúde, que possui todas as credenciais de sistema sustentável. Que em 2012 a boa fama internacional do SUS seja saúde presente no cotidiano de todos nós (BAHIA, 2011).

A saúde precisa de mais recursos. Mas que estes venham obrigatoriamente atrelados a contratos de gestão bem claros e transparentes. Para assim ampliar, de fato, a universalidade do direito de saúde (CÔRTEZ, 2011).

A guisa de conclusões:

- A mensagem desta dissertação é que temos que defender o SUS contra as políticas neoliberais que estão corroendo as suas bases de sustentação, uma das quais é a estrutura predial e o conjunto de instalações dos estabelecimentos de saúde pública, base física do sistema, cuja manutenção constitui o tema específico da nossa indagação.
- As evidências empíricas: instituição de OS, Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), Fundações e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S. A. (EBSERH) e outras empresas “subsidiárias” permitem afirmar que o que está em andamento na área de saúde é um perverso e disfarçado “golpe de Estado” contra esse essencial bem público, reconhecido na Constituição como “dever do Estado e direito social”.
- Os EAS são como a educação, os transportes ou os bombeiros, serviços públicos indispensáveis. Cada um com sua as suas peculiaridades, cuja organização não deveria estar subordinada a um tipo de gestão empresarial, medida em termos de custo-benefício. Isto porque o valor ou benefício social dos EASs (que em princípio pode e tem que ser avaliado, mas não em termos monetários) dever ser o critério de construção e manutenção dos EASs, como base física do SUS, cuja qualidade social somente pode garantida por um Estado assente numa autêntica democracia participativa que colocaria em lugar

subsidiário e subalterno aos diversos provedores ou até operadores privados. Em termos da economia tradicional, trata-se de avaliar as chamadas “externalidades positivas” de uma política pública de saúde, no momento de avaliar seus resultados sociais.

- Isso implica uma abordagem não tanto contabilista sobre o financiamento (custo de manutenção e inversões de renovação e/ou ampliação do sistema, avaliando e até qualificando de forma original e indireta o valor ou benefício social, em termos de maior aproveitamento do espaço e das instalações, número de leitos e seu grau de aproveitamento, menor infecção hospitalar, menor contaminação, economia de energia e materiais, redução de acidentes, menor infraestrutura para atender a mesma quantidade de pacientes.
- Uma gestão operativa do EAS deverá contar com um aumento de “custos financeiros”, perfeitamente justificados sempre que garanta um melhoramento no aumento perceptível dos benefícios sociais, não reduzível a indigente linguagem contabilista dos preços de mercado.
- Esta proposta não implica ignorar limites orçamentários, nem a necessidade de melhorar os critérios e técnicas de gestão e administração dos recursos; implica pensar socialmente, considerando a função estratégica dos EASs dentro de uma concepção mais abrangente. Para isso, previamente, resulta essencial revisar o destino que as empresas terceirizadas deram ao dinheiro distribuído descontroladamente pelo Estado, tendo em conta o discurso neoliberal sobre a ineficiência do Estado que serve de pretexto para os bizarros modelo da nova privatária (OSs, OSCIPs, Fundações, EBSEH e Subsidiárias).
- Pela mesma razão cabe reconsiderar a esdrúxula situação dos funcionários públicos deslocados de uma instituição Federal para outra Estadual ou Municipal. Trata-se de reformular a relação entre o Estado e os cidadãos-funcionários, assim como das relações entre EAS e pacientes (não clientes=compradores de serviços), implementar relações de cooperação profissional entre gestores e funcionários em todos os níveis. Tendo em conta, como foi dito, que a (contra) reforma do Estado (iniciada por Collor de Mello e turbinada por Fernando Henrique Cardoso (FHC)) longe de ter sido revertida continua com novos disfarces, através de velhos e novos “parceiros” o

esvaziamento da natureza pública da assistência à saúde pública inscrita solenemente na “Constituição Cidadã”.

- A cidadania está sendo alertada pelos movimentos contra-hegemônicos (Fóruns de Saúde, Frente Nacional contra Privatização da Saúde) e é nessa perspectiva que pretendemos colocar esta modesta contribuição.

As citações, ANEXO A e ANEXO B, são referências extraídas de textos durante a pesquisa documental e bibliográfica, consistindo em importantes fontes para a fundamentação das idéias desenvolvidas.

ANEXO A

Relação Público X Privado no Brasil - Breve Histórico:

A relação público X privado no Brasil não é um fenômeno recente e combinava o público estatal, as organizações de caridade – religiosa e filantrópica-, empresas lucrativas e práticas liberais.

PROJETOS EM DISPUTA

	REFORMA SANITÁRIA	PRIVATISTA
Base	Estado democrático de direito	Estado Mínimo
Premissas	Saúde: direito social e dever do Estado	Parcerias e Privatizações
Temas	Ampliação das conquistas sociais Democratização do acesso Déficit Social Financiamento efetivo	Crise financeira Dicotomia entre universalização e focalização Diminuição dos gastos sociais Déficit público
Estratégias de Ação	Descentralização com controle social	Re- filantropização

Processo de Implantação e Implementação do SUS - Principais Questões:

1. A lógica macro-econômica de valorização do capital financeiro e subordinação da política social à mesma, encolhendo os direitos sociais e ampliando o espaço do mercado.

2. Falta de viabilização da concepção de Seguridade Social
3. Sub-financiamento e distorções nos gastos públicos influenciado pela lógica do mercado.
4. Ausência dos princípios ético-políticos do Projeto de Reforma Sanitária
5. Não valorização do Controle Social e da Participação Social.
6. Falta de definição clara do papel dos governos estaduais
7. Terceirização e Precarização dos trabalhadores da saúde.
8. Modelo de atenção à saúde centrado na doença.
9. Modelo de gestão vertical, burocratizado, terceirizado, com ênfase na privatização.

Outras Propostas:

•Democratização da Instituição:

- Criação de Conselhos Gestores de Unidade
- Criação de Colegiado de Gestão
- Desmontar a lógica vertical e fragmentada das instituições de saúde

•Valorização da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

- Compromisso com a qualidade do atendimento ao usuário.
- Plano de Cargos, Carreira e Salário (PCCS – SUS)
- Organização dos Processos de Trabalhos (Interdisciplinaridade, participação dos trabalhadores na gestão, condições de trabalho dignas)
- Educação Permanente dos trabalhadores de saúde
- Formação em saúde voltada para o interesse público da população

•Articulação das unidades no sistema.

- Especificar com clareza os objetivos das instituições e seu perfil assistencial .
- Resolutividade – capacidade de dar respostas efetivas às demandas

•Investimento para a formação do “novo” gerente

- Não ser indicado e sim eleito
- Ter responsabilidade sanitária
- Capacidade para a gestão democrática e participativa
- Ser Servidor Público Concursado

Movimentos Contra-Hegemônicos

•Atualmente foram criados mecanismos de participação para fortalecer a luta por saúde, considerada como melhores condições de vida e de trabalho.

▫Fóruns de Saúde

▫Frente Nacional contra a Privatização da Saúde

Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde

Retoma como fonte unificadora de lutas, a mesma motivação que deu sustentação às lutas travadas pelo Movimento Sanitário nos anos 1980: o **combate à privatização da saúde**. A Frente também se opõe à tendência da prestação de assistência à saúde como fonte de lucro, pondo em cheque os “novos modelos de gestão” – OSs, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), Fundações Estatais de Direito Privado, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – que promove a entrega de patrimônio, bens, serviços, servidores e recursos públicos para entidades privadas.

Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde

A Frente Nacional é composta por diversas entidades, movimentos sociais, fóruns de saúde, centrais sindicais, sindicatos, partidos políticos e projetos universitários e tem por objetivo defender o Sistema Único de Saúde (SUS) público, estatal, gratuito e para todos, e lutar contra a privatização da saúde e pela Reforma Sanitária formulada nos anos 1980.

Agenda para Saúde em Defesa do SUS Público, Estatal, Universal e de Qualidade

1. Determinação social do processo saúde e doença: Saúde no contexto mais amplo das desigualdades sociais.
2. Gestão e Financiamento da rede pública estatal de serviços de saúde.
3. Modelo Assistencial que garanta o acesso universal com serviços de qualidade, priorizando a atenção básica com retaguarda na média e alta complexidade.
4. Política de Valorização do Trabalhador da Saúde.
5. Efetivação do Controle Social.

1. Determinação social do processo saúde e doença: Saúde no contexto mais amplo das desigualdades sociais

- Aponta-se a necessidade de **resgatar o conceito de determinação social do processo saúde e doença** tal como o Movimento de Reforma Sanitária. Isto vai implicar em inserir a saúde no contexto mais amplo das lutas para supressão das desigualdades sociais, com prospecção socialista, sem perder de vistas as mediações desse processo no cotidiano das práticas da saúde, ou seja, articular as lutas pela saúde às lutas por outra sociedade.

2. Gestão e Financiamento da rede pública estatal de serviços de saúde

- A Frente compreende que os problemas existentes no campo da gestão do SUS não se resolvem através de “novos” modelos de gestão, mas assegurando as condições materiais necessárias para a efetivação do modelo de gestão preconizado pelo SUS. Isto implica na necessidade de mais recursos para ampliação dos serviços públicos com gestão pública estatal, controle social efetivo e pessoal suficiente.

3. Modelo Assistencial que garanta o acesso universal com serviços de qualidade, priorizando a atenção básica com retaguarda na média e alta complexidade

- Defende-se o modelo assistencial previsto no SUS constitucional que valoriza a prevenção e a promoção da saúde, a integralidade e a intersetorialidade das ações, na perspectiva de romper com o modelo, centrado na doença e subordinado aos interesses lucrativos da indústria de medicamentos e equipamentos biomédicos, descolado das necessidades da população que ainda é hegemônico.

4. Política de Valorização do Trabalhador da Saúde

- Entende-se que o processo de precarização dos serviços de saúde acontece em similitude com o processo de precarização do trabalho em saúde. Daí a importância das lutas contra retrocessos nas conquistas dos trabalhadores da saúde (salários justos com isonomia, estabilidade, vínculos sem precarização, condições de trabalho, jornada não exaustiva, vínculo único). A luta na saúde implica lutar por condições dignas de trabalho, PCCS, educação permanente e manutenção do RJU.

5. Efetivação do Controle Social

- Observa-se que os espaços institucionais de controle social – Conselhos e Conferências – apesar de serem fruto de conquistas sociais, têm se tornado, muitas vezes, espaços de cooptação de lideranças e movimentos sociais, passando a ser controlados pelos gestores.

Permanece o desafio de torná-los espaços de disputa para a efetivação do direito universal à saúde e para a defesa da saúde pública estatal.

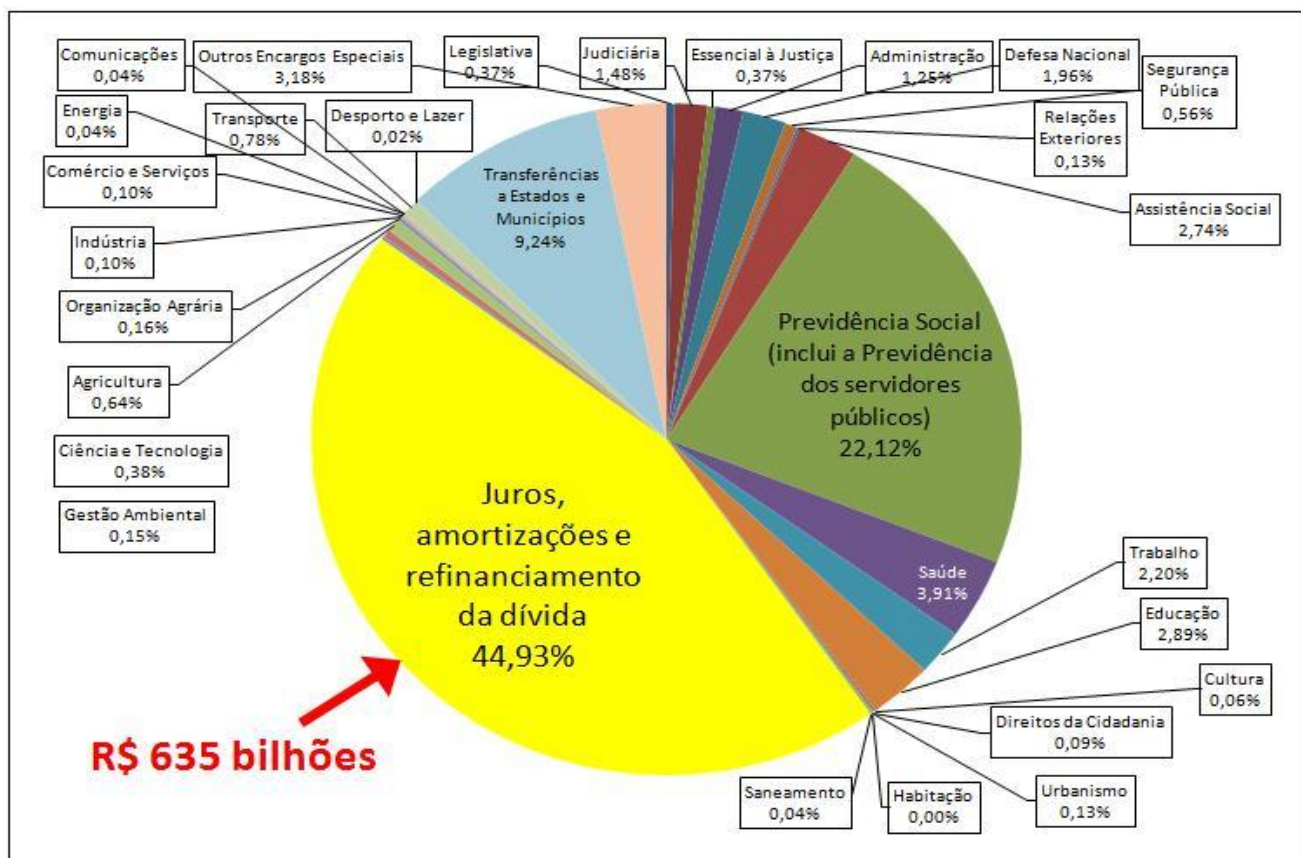
- A experiência recente dos Fóruns estaduais de saúde e da Frente Nacional contra a Privatização tem aberto a possibilidade de fortalecer também espaços não institucionais de controle social.

A defesa da saúde considerada como melhores condições de vida e trabalho tem que ser uma luta organizada e unificada dos segmentos das classes trabalhadoras articulada com os conselhos, movimentos sociais, sindicatos, partidos políticos para que se possa avançar na radicalização da democracia social, econômica e política.

Considerações Finais

Considera-se, portanto, na atual conjuntura, fundamental a articulação nacional através da Frente entre os diversos Fóruns de Saúde com vistas à construção de um espaço que fomente a resistência às medidas regressivas quanto aos direitos sociais e contribua para a construção de uma mobilização em torno da **viabilização do Projeto de Reforma Sanitária construído nos anos oitenta no Brasil tendo como horizonte a emancipação humana.**

ANEXO B



Fonte: SIAFI - Banco de Dados Access p/ download (execução do Orçamento da União) – Disponível em <http://www.camara.gov.br/internet/orcament/bd/exe2010mdb.EXE>.
Elaboração: Auditoria Cidadã da Dívida

Nota Explicativa: O gráfico inclui todas as amortizações da dívida, inclusive as que são consideradas pelo governo como "refinanciamento", por se tratar de pagamento de amortizações com recursos obtidos com a emissão de novos títulos - a chamada "rolagem" da dívida.

Acrescentamos que a apresentação dos gastos com a dívida de forma consolidada visa a dar maior transparência a esse gasto e evitar distorções, tendo em vista o seguinte:

I - As recentes investigações da CPI da Dívida comprovaram que cabem questionamentos sobre as informações disponíveis sobre a classificação – como juros, amortização ou rolagem - dos gastos com a dívida pública. A CPI apurou que parte dos juros tem sido classificada como amortização, pois os juros indicados pelo Tesouro Nacional se referem apenas aos "juros reais", ou seja, à parcela dos juros que supera a inflação, enquanto a outra parcela é contabilizada como amortizações, ou até mesmo na "rolagem".

II - O Ministério da Fazenda e o Banco Central, questionados pela CPI, não informaram o montante de juros nominais efetivamente pagos pelo Tesouro, razão pela qual, diante da ausência de informação detalhada, a partir de agora consideraremos sempre os gastos com a dívida de forma consolidada.

III – Dados disponibilizados pelo Banco Central e Ministério da Fazenda que informam o valor dos juros “nominais” calculam tal valor sobre a dívida líquida e não sobre a dívida real, bruta. Dessa forma, o valor informado não corresponde aos juros nominais efetivamente pagos, mas apenas a uma parte da dívida.

IV – Essas inconsistências reforçam a necessidade de continuarmos lutando pela realização da Auditoria da Dívida e pelo respeito ao Princípio da Transparência, com amplo acesso aos dados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABNT. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. *NBR 5674: Manutenção de edificações – requisitos para o sistema de gestão de manutenção*. Rio de Janeiro, 2011.
- ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Missão institucional. Disponível em: www.anvisa.gov.br/institucional/anvisa/apresentacao.htm. Acessado em: 13 de fev. 2012.
- ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária: Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação dos projetos físicos de estabelecimentos assistência de saúde. Brasília, RDC 50, 2002.
- AUDITORIA CIDADÃ DA DÍVIDA. Acessado em 06/03/2012 disponível [site] http://www.divida-auditoriacidada.org.br/config/artigo.2011-03-02.0541123379/document_view (Anexo B)
- AZEVEDO NETO, F. P. B. Desenvolvimento de tecnologia de gestão para ambientes hospitalares; o caso do Instituto Fernandes Figueira – Fiocruz. 131 f. Tese Mestrado – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – Fiocruz, Rio de Janeiro, 2004.
- AZEVEDO, M. A. 40 anos de história da gestão da manutenção de equipamentos biomédicos nos hospitais públicos do rio de janeiro, 87 f. Tese Mestrado – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – Fiocruz, Rio de Janeiro, 2010.
- BAHIA, L. E se fosse sua mãe? *Jornal O Globo*, Rio de Janeiro, p. 6, 17 out. 2011.
- BAHIA, L. O que está em jogo na Saúde. *Jornal O Globo*, Rio de Janeiro, p. 6, 22 ago. 2011.
- BAHIA, L. Sem o bode, o ar fica mais saudável. *Jornal O Globo*, Rio de Janeiro, p. 6, 19 set. 2011.
- BAHIA, L. Superávit de saúde. *Jornal O Globo*, Rio de Janeiro, p. 6, 26 dez. 2011.
- BAPTISTA, T. W. de F. História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: Matta, G. C.; Pontes, A. L. de M. (orgs). Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p.29-60.
- BORBA, V. R. Do planejamento ao controle de gestão hospitalar: instrumento para o desenvolvimento empresarial e técnico. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2006.
- BRAVO, M. I. S. Política de saúde no Brasil, Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional, 24 p.
- BRAVO, M. I. S. A Privatização da Saúde: Relação Público x Privado. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, EPSJV, FIOPCRUIZ, 74, Rio de Janeiro, Mai/2012. (Anexo A)
- CAMPOS, G. W. de S.; AMARAL, M. A. do. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referencias teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciência & Saúde Coletiva*. 12(4): 849-859, 2007.
- CARNEIRO, N. JR; ELIAS, P. E. A Reforma do Estado no Brasil: as organizações sociais de saúde. *Revista de Administração Pública*, v.37(2), p. 201-26, mar./abr. 2003.
- CASTRO, R. P. Configuração do trabalho de técnico de gestão em saúde no SUS, 10 p.
- CASTRO, R. P. Contribuição ao debate da qualificação e da sua reconfiguração em “modelo de competências”, 2010, 23 p.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE – CEBES. Blog do Cebes. Conferência termina com carta aberta e relatório contra privatização. Disponível em <http://www.cebes.org.br/imprimir.asp?idConteudo=1812&idSubCate...Acesso> em 09 de dez. 2011.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE – CEBES. Blog do Cebes. Organizações Sociais e Fundações de Saúde desaparecem da Carta da 14ª Conferência Nacional de Saúde. Disponível em <http://www.cebes.org.br/imprimir.asp?idConteudo=1812&idSubCate...Acesso> em 09 de dez. 2011.

CÔRTEZ, S. Alternativa fluminense. *Jornal O Globo*, Rio de Janeiro, p. 7, 13 set. 2011.

CÔRTEZ, S. Claros e transparentes. *Jornal O Globo*, Rio de Janeiro, p. 7, 17 set. 2011.

FARIA, C. A. B. R. M. Gestão de Manutenção de Instalações e Equipamentos Hospitalares. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Engenharia, Universidade do Porto, 1999.

FERREIRA, W. C. JR. Gerenciamento de Hospitais Estaduais Paulistas. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, 37 (2): 243-64, mar./abr. 2003.

GUIMARÃES, J. M. C. Nasce o gestor de Refit, *Revista Notícias Hospitalares*, São Paulo, Nº 51, Ano 5, p. 24, julho / agosto / setembro de 2006.

GUIMARÃES, J. M. C. Proposta para criação de unidades de manutenção no âmbito da SMS – Secretaria Municipal de Saúde da PCRJ – Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. 87 p. MBA Gestão em Saúde. Fundação João Goulart – FJG, Rio de Janeiro, 2006.

GUIMARÃES, J. M. C. Uso e manutenção nos edifícios hospitalares, *Revista Hospitais Brasil*, São Paulo, p. 14-15, março/abril 2005.

GUIMARÃES, J. M. C.; GONDIM, G. M. de M. O papel da politecnicidade na formação profissional de técnicos de nível médio envolvidos na área de manutenção predial e de equipamentos em estabelecimentos assistenciais de saúde (EAS), Rio de Janeiro, 2008, 69 p.

GUPTILL, J. Knowledge management in healthcare. *Journal Health Care Finance*, v. 31, n. 3, p. 10-14, 2005.

KARMAN, J; FIORENTINI, D. M. F; KARMAN, J. N. de M; KARMAN, R. N. de M. *Manutenção Hospitalar Preditiva*, Pini, 1994, p. 211.

KERSTENETZKY, C.; VILAS-BÔAS, L. SOS SUS: Saúde na emergência. Texto para discussão nº 57. Cede – Centro de Estudos sobre Desigualdade e Desenvolvimento. p. 9, out. 2011.

LINO, M. M.; BACKERS, V. M. S.; FERRAZ, F.; PRADO, M. L. do; FERNANDES, G. F. M.; SILVA, L. A. A. da; KLOH, D. Educação permanente dos serviços públicos de saúde de Florianópolis, Santa Catarina, *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 7 n. 1, p. 115-136, mar./jun. 2009.

MANSUR, N. S. Gestão de Serviços Públicos de Saúde. *Debates GV Saúde*, v. 1, 1º semestre de 2006. Disponível em: <http://www.gvsaude.org/artigos/6.pdf>. Acesso em: Fev 2012.

MASSAROLI, A.; SAUPE, R. Distinção conceitual: educação permanente e educação continuada no processo de trabalho em saúde, 4 p.

MS – Ministério da Saúde. Porta da Saúde. Acessado em 15/02/2012 disponível em portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area.149.

MS. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Participativa. Reorganizando o SUS no Município do Rio de Janeiro / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Participativa. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005, 118 p.

MS. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1884/94 – Normas para projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

MS. Ministério da Saúde. Programa de Qualificação da Gestão de Investimentos em Saúde. Curso de Recursos Físicos e Tecnológicos em Saúde / REFIT – Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 6 volumes, 2006.

MS. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Prêmio de Incentivo em ciência e tecnologia para o SUS – edição comemorativa cinco anos / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia – Brasília: Ministério da Saúde, 96 p, 2006.

MS. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Projeto REFORSUS. Equipamentos Médico-Hospitalares e o Gerenciamento da Manutenção: capacitação à distância / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde, Projeto REFORSUS, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

MS. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. PROEQUIPO: programa de equipamentos odonto médico-hospitalares. Brasília, 1991.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Disponível em: www.who.int. Acesso em: 24 set. 2011.

SAÚDE-RIO, 2012 – SMSDC Rio de Janeiro. institucional. Acessado em 08/03/2012 disponível [site] www.sms.rio.rj.gov.br/ond deser/publico/ond deser_pub_consulta_unidades.php

SMS – Sempre Presente. Prefeitura Rio de Janeiro. Acessado em 08/03/2012 disponível em <http://www.rioemprepresente.com.br/programas/clinica-da-familia>.

SOUZA, A. A.; AMORIM, T. L. M.; GUERRA, M.; RAMOS, D. D. Análise dos sistemas de informações de hospitais da cidade de Belo Horizonte/MG. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE GESTÃO DE TECNOLOGIA E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO, 5., São Paulo, 2008.

SOUZA, A. de. SUS muito longe da perfeição. *Jornal O Globo*. Brasília, p. 3, 2 de mar. 2012.

SOUZA, F. S.; HERINGER, C. H. T.; JUNIOR, J. S.; MOLL, J. R. Gestão de manutenção em serviços de saúde. São Paulo: Bucher, 2010.

VIANA, A. L. d'A.; LIMA, L. D. de (organização), Regionalização e relações federativas na política de saúde no Brasil, Rio de Janeiro, 216 p, 2011.