

ASSISTÊNCIA E GESTÃO: INTERFACE ENTRE MODOS TECNOLÓGICOS DE INTERVENÇÃO EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO

Assistance and management: an interface between technological means of intervention in a public teaching hospital

Edna Aparecida Barbosa de Castro¹, Auta Iselina Stephan-Souza²

RESUMO

Este texto tem como referência a construção do módulo ambulatorial do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU) - Centro de Atenção à Saúde (CAS), atualmente integrado à rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse novo espaço institucional de saúde, inaugurado em 2006, foi projetado para incorporar, além de nova concepção arquitetônica, completa tecnologia de diagnóstico, uma modalidade assistencial e de gestão inclusiva na Macrorregião Sudeste de Minas Gerais. Também considerou a especificidade de ser um hospital que objetiva a formação profissional a partir da graduação, o desenvolvimento de ciência e tecnologia em saúde e a assistência aos usuários do SUS. As discussões conceituais desenvolvidas ao longo do processo de construção desencadearam uma busca por mudanças das práticas assistenciais e de gestão do cuidado institucional de saúde a partir do nível secundário. Inicia-se uma discussão em torno da possibilidade de aproximação entre os modos de intervenção existentes no hospital de ensino, especificamente, a assistência e a gestão. A problematização acerca da interface existente entre esses objetos que se encontram em áreas de conhecimento distintas originou a concepção de modos tecnológicos de intervenção em saúde. Incorporam-se pesquisas e estudos contemporâneos sobre as tecnologias assistenciais e de gestão em saúde, apoiando-se em autores que contribuíram para a implantação do SUS e para a elaboração de políticas públicas voltadas para a integralidade do cuidado de saúde à população brasileira de modo universal e equânime.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência integral à saúde. Assistência à saúde. Acolhimento. Administração em saúde pública. Hospitais de ensino.

ABSTRACT

This text refers to the building of the outpatient module of the Federal University of Juiz de Fora Hospital and Health Care Center (HU-CAS), now integrated into the services network of the Brazilian Unified Health System (SUS). This new institutional health space, inaugurated in 2006, was designed to incorporate, besides a new architectural concept, comprehensive diagnostic technology, a care and management modality within the Southeast Macro-region of Minas Gerais. The design also took into account the fact that the hospital was meant to house activities targeting: professional formation from graduation, development of health science and technology, and care of SUS users. The conceptual discussions developed during the building phase led to a search for changes to the care and institutional management practices, from the secondary level. There begins a discussion on the possibility of liaison between the existing intervention modes of the teaching hospital, namely assistance and management. Problematization of the existing interface between these objects from distinct knowledge areas has originated the concept of technological modes of health intervention. We also incorporated contemporary studies on health care and management technologies, based on authors who contributed to SUS implementation and to the elaboration of public policies concerning the integrality of the health care provided to the Brazilian population, built on the pillars of equity and universality.

KEYWORDS: Comprehensive Health Care. User Embrace. Public Health Administration. Hospitals, Teaching.

¹ Edna Aparecida Barbosa de Castro, Doutora em Saúde Coletiva, Mestre em Educação, Docente de Enfermagem Saúde do Adulto do Departamento de Enfermagem Aplicada, Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora. E-mail: edna.castro@ufjf.edu.br

² Auta Iselina Stephan-Souza, Professora dos Mestrados em Saúde Coletiva e Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), doutora em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)

Financiamento: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais. Edital n. 004/2004. Projeto EDT 96/05

INTRODUÇÃO

A organização da atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), com ênfase para a regionalização da atenção secundária ou de média complexidade ambulatorial e hospitalar, é o tema discutido neste relato de experiência. O princípio da integralidade e a diretriz de hierarquização das ações de saúde configuram-se como fios condutores da análise no âmbito desse tema.

As questões discutidas e apresentadas representam, no âmbito desta temática, uma primeira aproximação sistemática, uma vez que, desde o ano de 2002, a organização da atenção à saúde no SUS vem se incorporando ao contexto das atividades práticas e acadêmicas das autoras. A vivência no processo de construção e implantação regional de uma unidade ambulatorial de ensino ligada à Pró-Reitoria de Implantação do Centro de Atenção à Saúde (PROCAS) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), a ser enfocada por este texto, propiciou o desenvolvimento da pesquisa Estudo da regionalização e organização da assistência de média e alta complexidade na Macrorregião Sudeste de Minas Gerais. Essa pesquisa, iniciada em 2005 e concluída em 2008, recebeu o apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG), através de um edital que definia a inclusão, no corpo acadêmico de pesquisadores, de técnicos que desenvolvem a assistência ou a gestão do SUS locorregional, enfocando os hospitais de ensino na regionalização na Rede SUS.

Os argumentos de análise se apoiam nos conhecimentos da Saúde Coletiva, na linha de estudos e pesquisa sobre Política, Planejamento e Gestão em Saúde, na área que se dedica à atenção hospitalar, especialmente, à inserção da assistência ofertada pelos hospitais de ensino ligados a Instituições Federais de Ensino Superior do Ministério da Educação (MEC) à rede de serviços regionais de saúde do SUS.

A implantação das Equipes de Saúde da Família (ESFs) pelo SUS local iniciou-se no município de Juiz de Fora a partir de 1994. Desde então, houve um incremento no âmbito da atenção básica, da gestão financeira, da gestão de recursos humanos, bem como na produção de conhecimentos científicos. Nesse período, a atenção de média e alta complexidade ambulatorial, como nível de complexidade assistencial no contexto da hierarquização, demonstrou premente necessidade de reorganização, tendo em vista as novas demandas identificadas com a implantação das ESFs. Evidenciam-se os principais problemas relacionados à assistência prestada por esse nível de atenção - ausência de protocolos clínicos e de acesso do usuário, visando

a uma uniformização da linguagem assistencial entre os prestadores de serviços especializados; ausência de interlocução (diálogo) entre as equipes dos níveis assistenciais, mostrando o ambiente das especialidades como estanque e com prática assistencial isolada, dentro do próprio âmbito das especialidades - e em relação ao que se propõe no espaço da atenção primária.

Outro problema notado é a indefinição quanto aos vínculos do paciente quando o seu problema de saúde extrapola, em complexidade, os limites de cobertura da atenção primária. A assistência especializada é focada na consulta médica, nos exames de apoio diagnóstico, no medicamento, nos procedimentos especializados realizados em hospital. Castro¹, na etnografia de cuidados de saúde após a alta hospitalar, aponta que, na atualidade, o hospital é o ambiente assistencial em saúde com maior resolubilidade do ponto de vista dos sujeitos que necessitam de cuidados de saúde após uma alta. Ainda que se deflagre a necessidade da ação de outros profissionais como, por exemplo, nutricionistas, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, odontólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, psicólogos, ou de outra área de domínio do conhecimento clínico, a resolubilidade assistencial foca-se na oferta do trabalho médico especializado (consulta médica especializada, medicamentos, procedimentos e diagnósticos da tecnologia de ponta).

Acrescenta-se a esse aspecto a análise da Programação Pactuada Integrada (PPI) Assistencial², instrumento de gestão do SUS locorregional que evidencia um aumento na solicitação de consultas especializadas e atendimentos para avaliação e controle, exames diagnósticos, cirurgias ambulatoriais e de tratamentos de curta permanência, tanto em Juiz de Fora como na Macrorregião Sudeste de Saúde de Minas Gerais. A rede assistencial regional não comporta as necessidades dos usuários, ampliando-se a demanda reprimida locorregional.

Existem dois tipos de comissão intergestores bipartite (CIB) sob a coordenação das secretarias estaduais de saúde. A CIB micro é a instância deliberativa do SUS microrregional, constituída pelo conjunto de secretários de saúde dos municípios de uma microrregião em torno de polos assistenciais; e a CIB macro é a instância deliberativa composta pelos secretários de saúde representantes dos municípios polos de uma macrorregião (conjunto das microrregiões em torno de um município polo). As CIBs incluem a participação da sociedade civil organizada através dos conselhos de saúde.

Os contratos realizados com Juiz de Fora (polo micro e macrorregional) pelas CIBs, das microrregiões e macrorregiões, conforme o Plano Diretor de Regionalização (PDR),

adotando os critérios da PPI Assistencial, são feitos mediante a capacidade instalada dos prestadores de serviços de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, orientados por uma programação pactuada segundo os prestadores de serviços no município e não consideram as necessidades de cuidados evidenciadas pelos usuários do SUS.

O desenvolvimento de uma tecnologia de intervenção sob esse processo teve como motivação a construção do primeiro Módulo Assistencial do novo Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU), o Centro de Atenção à Saúde (CAS). A intenção de construção do CAS, como “novo HU” da UFJF, iniciou-se na década de 1990, pois as instalações físicas do hospital existente eram do início da década 1970 e não correspondiam às necessidades da formação de recursos humanos em saúde. Além da formação profissional, os hospitais de ensino são chamados a apoiar a implantação do SUS, em específico, na esfera mais local onde se inserem; no caso, o município de Juiz de Fora.

CENÁRIO REGIONAL DE POLARIZAÇÃO, POLÍTICA DE SAÚDE E (RE)CONSTRUÇÃO DO HU

Juiz de Fora é um município polo regional de saúde, sede de uma das 13 macrorregiões de saúde de Minas Gerais, a Macrorregião Sudeste, em conformidade com o PDR, implantado em 2003, em atendimento à Norma Operacional de Atenção à Saúde (NOAS-SUS) 01/2002³, como condição para a gestão plena da assistência à saúde. Levantamentos realizados no ano de 2005 mostraram que o HU polariza um contingente populacional de 1.480.856 pessoas, distribuídas nos 94 municípios das oito microrregiões que compõem a Macrorregião Sudeste mineira.

O HU subsidia a formação profissional nos níveis de graduação e de pós-graduação *stricto e lato sensu* de nove cursos na área de saúde ofertados pela UFJF: Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Serviço Social, Farmácia e Bioquímica, Fisioterapia, Medicina, Odontologia e Psicologia.

O projeto arquitetônico completo do novo hospital demandaria uma construção física em torno de 28.000 m². A opção de iniciar a obra pelo módulo de atendimentos de média e alta complexidade ambulatorial, o que representou 9.791m² de área construída, levou em consideração, além das necessidades para a formação profissional, os estudos epidemiológicos das demandas da rede local e regional de saúde após implantação das ESFs.

O ano de 2002 representou um marco para a concretização de tal expectativa através da viabilidade financeira

acenada pelo Ministério da Saúde (MS), no bojo de uma política intersetorial de reforma dos hospitais de ensino ligados ao MEC, incorporando-os ao cenário da Rede SUS como importantes equipamentos no processo de consolidação do SUS. O projeto foi feito com contribuições de representantes técnicos do SUS municipal/regional e do Conselho Municipal de Saúde.

Após as discussões entre vários grupos acadêmicos da UFJF, a proposta ganhou validação acadêmica e vultu para nortear a implantação do CAS, obtendo, em janeiro de 2006, aprovação pelo Conselho Superior da UFJF. Recebeu apoio especial dos professores e pesquisadores do Núcleo de Saúde Coletiva, ligado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFJF, através de sua primeira turma de mestrandos e doutorandos em parceria com o Instituto de Medicina Social (IMS/UERJ).

A obra do CAS, para além de uma concepção de obra apenas física, representou uma construção coletiva e partiu da problematização de algumas questões: que pressupostos teóricos poderiam ancorar a construção de uma estrutura física hospitalar, cuja missão prioritária é a formação de profissionais de saúde nos níveis de graduação e de pós-graduação *stricto e lato sensu*? Que pressupostos outros poderiam ancorar o desenvolvimento de uma tecnologia que englobe a gestão do hospital segundo uma modalidade de intervenção em saúde, tendo em vista a insígnia assistencial de hospital de ensino inserido na rede regional do SUS?

À medida que se problematizavam essas questões frente à premência de se concretizar um vultoso empreendimento, notava-se a necessidade de pormenorizá-las, até um ponto que se evidenciasse o sofrimento humano secundário a doências como mola propulsora na busca e no detalhamento das possíveis tecnologias instrumentais do cuidado.

Assim, o que se pretende compreender é como usuários residentes em regiões fronteiriças do sul do Estado do Rio de Janeiro, que necessitam de cuidados de saúde de média ou alta complexidade ambulatorial, se movimentam no sentido de buscar a assistência especializada em Juiz de Fora, polo regional de saúde para os 94 municípios da Macrorregião Sudeste de Minas Gerais. Que papel o HU vem representando nessa região assistencial? Qual outro pretende assumir? Sobretudo, se o HU pretende ser fiel à premissa de atender exclusivamente a usuários do SUS.⁴

CONSTRUÇÃO DE UMA OBRA COLETIVA PARA UM NOVO HOSPITAL DE ENSINO

A metodologia de elaboração da planta física e o desencadeamento da obra, para constituir-se num cenário

multiprofissional de formação, contaram com discussões interdisciplinares entre os técnicos de engenharia e arquitetura, as comissões multiprofissionais compostas por representantes dos cursos da área de saúde da UFJF, o HU, a Rede SUS estadual e municipal e, ainda, Conselheiros Municipais de Saúde. Para construção e implantação do CAS, foi elaborado, coletivamente, e aprovado pelo Conselho Superior da UFJF, um conjunto de 14 diretrizes que contemplam os princípios e diretrizes do SUS, destacando-se a ampliação do acesso do usuário às tecnologias e serviços de saúde e a garantia de resolubilidade das ações de saúde com acolhimento, humanização e vínculo nos casos necessários, por equipes de saúde especializadas e de nível tecnológico de alta complexidade.

A metodologia para se definir a aquisição dos equipamentos de diagnose e terapêutica, de alto custo, considerou, além das necessidades de formação profissional e de pesquisa, a carência e inexistência da oferta pela Rede SUS que, para atender à demanda locorregional, contrata-os do setor privado. Por exemplo, citamos os equipamentos de diagnósticos por imagem como os de mamografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética, visando contribuir para minimizar as restrições de oferta evidenciadas pelas filas de espera, ampliando o acesso da população que utiliza o SUS.

O planejamento dos recursos humanos considerou a atual vocação dos hospitais de ensino que assumem, seja para a formação seja para assistência, o cuidado de saúde a partir da média e alta complexidade ambulatorial de modo integrado à atenção básica.

Assim, as conjunturas acadêmica, assistencial e das políticas de saúde vigentes no período de 2002 a 2005 levaram-nos a apoiar a construção do atual cenário de formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde e das diversas áreas do conhecimento científico, no nível de graduação; de pós-graduação *stricto e lato sensu*; de pesquisa e de educação permanente em saúde.

Foi inaugurado, em agosto de 2006, um módulo que seria integrado à Rede SUS, tendo em vista a política intertercetorial entre o MEC e o MS, desencadeada a partir da Portaria Interministerial nº 1.000 de 15 de abril de 2004⁵ e, a seguir, pelas Portarias Interministeriais nº 1.006 de 27 de maio de 2004⁶ e nº 2.352 de 26 de outubro de 2004⁷. Estas estabelecem novas bases para os pactos de gestão da assistência de média e alta complexidade entre as universidades federais e o SUS, conforme já previstas pelo Art. 45 da Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990.⁸

O HU foi certificado como Hospital de Ensino em janeiro de 2004 e concluiu seu processo de contratualização

com o SUS em dezembro de 2005. Agregar-se-ia ao conjunto de hospitais de ensino federais, vinculados ao MEC, que vivenciam o enfrentamento de uma crise pautada pela significativa carência de recursos humanos, ressaltando-se que, pioneiramente, acatou o cumprimento das determinações do Tribunal de Contas da União, extinguindo a contratação de pessoal pelas fundações de apoio.

O CAS passou a ser visto, desde os primórdios da construção, como um espaço público de formação profissional que colocaria à disposição da Rede SUS regionalizada um centro de diagnóstico de referência, que incluiria o diagnóstico por imagem, com equipamentos públicos únicos na região de abrangência e um centro cirúrgico equipado para as cirurgias ambulatoriais, que representavam as principais necessidades dos usuários naquele momento.

Também passou a ser visto como um hospital de ensino que, ao planejar sua integração ao SUS, buscou incluir um ambiente denominado de Acolhimento Integrado, prevendo a implantação de Equipes de Referência Secundária (ERSs) de natureza multiprofissional, organizadas segundo Linhas Progressivas de Cuidado Integral. As ERSs seriam referência para a população, para as ESFs e com capacidade para: 1) contribuir na educação permanente e no gerenciamento do processo de atenção à saúde; 2) planejar e programar uma nova tecnologia de gestão para um hospital de ensino, a partir de modos de gerir que estimulem uma concepção de produção de saúde pelas unidades ou linhas de cuidados que compõem o conjunto assistencial, de formação e de pesquisa; 3) absorver a força de trabalho docente do quadro da UFJF, alocada nas unidades acadêmicas como, por exemplo, os professores e pesquisadores dos cursos da saúde que já destinam, em seu Plano Individual de Trabalho, uma carga horária à assistência.

A ideia central é que esse módulo assistencial constituir-se-ia em um espaço acadêmico de integração docente-assistencial, que estimularia a referência e contrarreferência para a assistência de média e alta complexidade ambulatorial, e centro de diagnóstico, desenvolvendo suas atividades de modo integrado à unidade de alta complexidade hospitalar (internação) que, geograficamente, situa-se em outra região da cidade.

MODOS TECNOLÓGICOS DE INTERVENÇÃO NA REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE NO SUS

A referência para a discussão que se segue tem por base o pensamento de Paim⁹, ao designar como “tecnologia de intervenção” o arcabouço conceitual que se encontra circuns-

critério no que, tradicional e instrumentalmente, designamos como “modelos”, no contexto institucional que compõe o cenário de atenção à saúde. Paim⁹ escolheu adotar a expressão “modos tecnológicos de intervenção em saúde” em substituição ao termo “modelos”, tendo em vista a polissemia que esse termo pretende expressar. Assim, essa referência conceitual influencia o raciocínio guia do desenvolvimento da tecnologia de intervenção aqui delineada.

Em vez de produzirmos um “modelo” de gestão para um hospital de ensino integrado à Rede SUS e um “modelo” assistencial que organiza e orienta a assistência integral, defendemos o desenvolvimento de uma “tecnologia de intervenção institucional em saúde”, que pretende associar as duas coisas. Reconhecemos a existência de “modelos de gestão hospitalar”, academicamente fundamentados de um lado e, de outro, tentativas de implantação de “modelos assistenciais” inovadores como políticas de consolidação do SUS, também academicamente fundamentados, porém nem sempre segundo as mesmas origens teórico-epistemológicas, o que dificulta as interseções e os diálogos fundamentais que deem visibilidade na resolubilidade dos problemas de saúde das pessoas.

A hipótese é que as intencionalidades dos processos decorrem de processos de pensamentos de naturezas distintas. O desafio está em desenvolver uma tecnologia que dê conta de aproximar, ao máximo, o modo de cuidar e o modo de gerir. É certo que, numa hora dessas, são múltiplas as variáveis que se conjugam e que se encontram em diferentes esferas da atual modalidade de organização do SUS. Não podemos desconhecer a existência delas, a começar pela política de financiamento que orienta o setor, que não contempla satisfatoriamente o cuidado de saúde ofertado pela atenção secundária, distanciando-nos da intenção conceitual que envolve os princípios da universalidade, da equidade e da integralidade.

Nas trajetórias de busca de cuidados especializados pelos usuários no interior do SUS, Castro¹ observou a manifestação de um componente cultural na relação entre a instituição que os produz, através dos conhecimentos técnico-científicos, e a forma de aplicação ou oferta com apropriação pelos que deles necessitam. Observou-se uma relação de dependência sobre “conteúdo central” da ação de cuidado pelo paciente ou familiar, a quem este é “prescrito” ou “delegado” com pequeno ou nenhum acompanhamento. O cuidar, como ação técnica especializada, se expressa numa relação de distanciamento entre os sujeitos do cuidado.

Castro¹ esclarece que, na relação entre os sujeitos do cuidado, a prescrição é diferente da delegação dos cuidados.

Em ambas as situações, não está preconizado o envolvimento, o acolhimento seguido de uma proposta de vínculo. No momento de uma alta hospitalar, por exemplo, essas situações coexistem.

A prescrição de cuidados especializados ou de medicamentos pressupõe, por competências de natureza ética da prática do cuidado institucionalizado, a posterior necessidade de acompanhamento e de avaliação, que, no caso do sistema de saúde brasileiro, nem sempre acontecerá pelos mesmos profissionais que acompanharam o paciente na internação. Já a delegação do cuidado leva implícita a responsabilidade legal e de todas as outras ordens. Significa um rompimento de vínculos, de comprometimento para com a necessidade daquele conjunto de cuidados de que a pessoa carece ainda ao sair do hospital. A transferência de responsabilidades vai sendo acompanhada por uma ideia de desoneração financeira do sistema de saúde. O cuidado se evidencia como prática multifacetada e ofertado de modo fragmentado por níveis de complexidades crescentes postos em esferas que não se interpenetram.

Identificar o fio condutor do cuidado, que confere integralidade na assistência segundo as necessidades, é atualmente o maior desafio que perseguimos neste estudo. O desafio está posto e fundamenta-se no conjunto de conhecimento acumulado sobre essa temática, do qual destacamos como fontes primárias os pensamentos de Uribe Rivera¹⁰. Soma-se a esses o pensamento de uma primeira geração de pesquisadores brasileiros que subsidiaram a reforma sanitária e a construção do SUS, liderada por Campos¹¹, de uma segunda geração, destacando Luz¹², Camargo Júnior¹³, Pinheiro e Mattos¹⁴, Cecílio¹⁵, Cecílio e Merhy¹⁶, Merhy *et al.*¹⁷, Stephan-Souza¹⁸ e Castro¹, que canalizam esses elementos teóricos fundamentais para uma compreensão maior do espaço hospitalar. Outras fontes de fundamentação e apoio encontram-se no âmbito legal.

Além dessas, todo o arcabouço teórico que fundamentou as Diretrizes Curriculares para os cursos da área da saúde tornou-se uma importante referência. Adotamos, concomitantemente, como referência, estudos e pesquisas sobre a relação entre as necessidades dos indivíduos e as da coletividade por cuidados de média e alta complexidade e a modalidade de regulação de fluxo dos usuários no SUS, atualmente sob a égide do PDR e da programação da assistência, segundo os critérios que regulamentam a PPI.

A proposta assistencial para a implantação do CAS, integrada à Rede SUS, através de ERS, constitui uma estratégia que contribui para a reorganização do segundo nível de assistência, com vistas à implantação efetiva de um sistema de referência e contrarreferência, integrando os três níveis.

As ERSs foram pensadas para ocupar um lugar entre os três níveis de atenção, no contexto da hierarquização adotado na Macrorregião Sudeste de Minas Gerais, posicionando-se num ambiente da média e alta complexidade ambulatorial (entre as ESFs e os atendimentos hospitalares de alta complexidade). Uma defesa em favor da sua criação é a efetivação da interlocução assistencial e de gestão no fluxo do usuário entre os níveis de atenção com vistas a desenvolver uma concepção de prática de cuidado integral, realizada a partir das necessidades de saúde dos indivíduos, famílias ou grupos sociais.

O planejamento do cuidado a ser ofertado pela ERS apoia-se em diretrizes clínicas e terapêuticas elaboradas conjuntamente entre as equipes de saúde dos três níveis assistenciais da UFJF e da Secretaria Municipal de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental de Juiz de Fora (SSSDA). Consideramos a progressão de complexidade das necessidades das pessoas, as possibilidades de acesso aos serviços próprios e credenciados pela Rede SUS, visando trajetórias ágeis e resolutivas com retorno ao nível básico, sem estagnação no segundo nível em que se encontram as especialidades.

ERS COMO MODO TECNOLÓGICO DE INTERVENÇÃO PARA A (RE)ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE SEGUNDO A REGIONALIZAÇÃO NO SUS DE JUIZ DE FORA

Considerando que a implantação assistencial do CAS dar-se-ia de modo progressivo, pelas adesões de projetos acadêmicos e de serviços; pelo contexto da contratualização do HU com o SUS e pelos avanços daí decorridos, chegou-se à proposta de intervenção, envolvendo uma trajetória assistencial entre o hospital de ensino e as Unidades Básicas de Saúde (UBS), iniciando-se pelas três que atualmente comportam a Residência Multiprofissional de Saúde da Família: UBS Santa Rita, Progresso e Parque Guarani.

O ambiente de média complexidade ambulatorial receberia, mediante encaminhamentos, os casos que necessitariam de atendimentos pontuais ou de inclusão em alguma linha de cuidado especializado. As linhas de cuidados multiprofissionais estariam representadas por equipes especializadas e organizadas segundo problemas de saúde, cujo conhecimento e terapêuticas se encontrem em áreas temáticas que agregam serviços especializados (apoiadas pelo Programa de Residência Médica e Multiprofissional do Hospital).

Observa-se que o conhecimento e a prática do cuidado de saúde encontram-se fragmentados em serviços

superespecializados, com pouca ou nenhuma interlocução entre si. A concepção de linha de cuidado surge, nesse contexto, com sobreposição de ações, pouco eficiente e eficaz, orientando-se pelos adoecimentos da população e pela política de financiamento.

Espera-se que, progressivamente, a prática assistencial se aproxime em áreas temáticas segundo as necessidades de cuidados de saúde, transcendendo às doenças e baseando-se nas necessidades das pessoas como, por exemplo, cuidados de alimentação, de comunicação, de reabilitação e atividade física e de aprendizagem de autocuidado.

Na interface entre as linhas de cuidados multiprofissionais e as esferas de atenção, seja primária ou terciária, seriam criadas as ERSs por turnos de trabalho e área regional segundo um grupo de ESF. A ERS caracteriza-se como uma equipe de saúde multiprofissional, pensada para tornar-se uma referência para o usuário do SUS na atenção secundária.

As ERSs incluir-se-ão como uma referência regional no interior do município polo da macrorregião para um conjunto de ESFs, com quem manterão contínuos contatos através do acúmulo de informações decorrentes do processo de cuidado integral. Seguindo os pressupostos teóricos que justificaram a conformação das ESFs no Brasil¹⁹, as ERSs serão compostas de profissionais médicos, enfermeiros e assistentes sociais.

Para a definição de competências e habilidades dessa equipe, considerando ser este um modelo assistencial inovador, será necessário obter o apoio dos docentes e pesquisadores das unidades acadêmicas da UFJF, dos profissionais especializados lotados no HU, médicos especialistas, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, educadores físicos, farmacêuticos e odontólogos, bem como dos profissionais da Rede SUS.

O processo de trabalho das ERSs pauta-se na proposta de reorientação do modelo assistencial, respeitando-se as políticas de saúde em desenvolvimento. Para que se tornem efetivas, precisam ser implantadas mediante oficinas de capacitação prévias que estimularão a identificação e a consolidação do “objeto de trabalho”, com definição de competências e habilidades, conforme o modelo assistencial proposto, as necessidades e as demandas regionais e a cooperação entre os membros.

É preciso incluir e estimular discussões e reflexões sobre o princípio da integralidade do cuidado, através de linhas progressivas de cuidados à saúde, nos currículos de graduação e das pós-graduações da UFJF, na prática dos profissionais de saúde dos três níveis assistenciais (educação permanente) e no planejamento da organização à saúde

no município de Juiz de Fora (incremento à avaliação e à pesquisa) e contribuir com o processo de educação permanente juntamente com as ESFs.

O objeto de atenção das ERSs inclui o acolhimento dos casos referenciados, a identificação das necessidades de fluxo clínico e diagnóstico destes usuários no interior do CAS, conforme especialidades ambulatoriais clássicas, reorganizadas em linhas de cuidado definidas e pactuadas. No interior do sistema, seriam linhas progressivas de cuidados e, no interior da instituição, acrescentariam o aspecto de gestão que as tornam uma unidade de produção de cuidados integrais. Inclui-se, também, a interpretação dos pareceres técnicos e orientação clínica dos especialistas aos usuários, contribuindo para a sistematização de uma proposta terapêutica interdisciplinar, reforçando orientações específicas e visando à adesão à mesma.

Um aspecto considerado relevante no processo de trabalho das ERSs está na possibilidade da livre mobilidade entre os especialistas, discutindo os casos, evitando-se, por exemplo, interação ou superposição medicamentosa, duplicações de ações de saúde e exames. Outras ações que se complementam e se conjugam no objeto de atenção das ERSs são: acolher e acompanhar as necessidades dos usuários em sua trajetória no sistema de saúde, considerando a possibilidade de progressão ao nível de maior complexidade, o seu retorno após a alta hospitalar, sempre com vistas a conduzi-lo ao seu ambiente de origem, evitando a estagnação numa ou num grupo de especialidades, considerando, porém, a necessidade de vinculação deste usuário a uma ou mais especialidades do nível secundário; organizar as informações e os registros sobre o estado de saúde ou situação de vida, contribuindo para o planejamento da intervenção do problema em algum nível do sistema, sabendo responder acerca da resolubilidade dos casos demandados, uma vez que a prática pressupõe vínculo, permitindo que a equipe conheça aqueles de quem cuida, sabendo falar livremente sobre suas principais necessidades.

O caráter de referência regional das ERSs, segundo um percentual populacional e número de ESFs, pressupõe a interlocução e o diálogo entre os níveis assistenciais tanto do ponto de vista técnico da assistência quanto da formação profissional e educação permanente. A responsabilidade pelo cuidado integral estaria distribuída entre um conjunto de profissionais de formação geral e especializada, possibilitando a ampliação da inclusão do sujeito em seu próprio plano terapêutico - não prescrito nem delegado, construído segundo suas metas, através de mediação técnica especializada.

Além de ser referência para o usuário, a ERS contribuirá na regulação do fluxo de atendimentos, orientando a distribuição de recursos financeiros destinados à média complexidade. Os critérios de regulação deverão ser construídos envolvendo o conjunto de atores inseridos no processo interinstitucional no contexto da Rede SUS. Um critério, por exemplo, para a regulação da chegada do usuário no segundo nível poderá ser todas as altas hospitalares por tratamentos de grande complexidade, da região de abrangência local do HU. Entretanto, que fique sob a égide da Comissão Permanente de Acompanhamento do Contrato com a SSSDA a deliberação de tais critérios. O número de encaminhamentos a ser feito pelas ESFs, segundo as linhas de cuidados estabelecidas para funcionamento no CAS, pode passar por um momento de pré-pactuação em que as ESFs e conselhos locais e regionais são ouvidos, a fim de se identificarem as necessidades (pode variar de uma para outra ESF) dos usuários da área de abrangência das ESFs.

Entre os objetivos das ERSs estão: desenvolver um sistema de referência e contrarreferência informatizado entre os níveis assistenciais; definir um modelo de prontuário único, eletronicamente processado; participar da elaboração das diretrizes e critérios de acesso ao segundo nível de assistência, bem como de retorno ao nível primário; contribuir com o fluxo adequado da informação de saúde entre os níveis assistenciais; contribuir para o desenvolvimento/implantação de uma central de informações e regulação em saúde no município de Juiz de Fora; estimular a articulação intersetorial regional; otimizar o fluxo do usuário no sistema de saúde, garantindo acesso e resolubilidade.

ACOLHIMENTO INTEGRADO COMO CONCEPÇÃO ESTRUTURANTE DOS MODOS TECNOLÓGICOS DE INTERVENÇÃO HOSPITALAR

O acolhimento integrado foi concebido conceitualmente pelo grupo gestor da PROCAS, para responder a uma demanda da população usuária do SUS, a oferta de informações e esclarecimentos técnicos qualificados, que lhe assegure uma trajetória resolutiva, tanto no interior do CAS quanto na rede locorregional do SUS.

Trata-se de uma prática para ser desenvolvida por equipe de saúde multiprofissional, visando à integralidade do cuidado. O significado do “acolher” pessoas que chegam com seus adoecimentos já com um grau de complexidade avançado está em contribuir para que se efetivem vínculos e adesão aos serviços e programas; para que se crie uma relação de confiança; para que haja sensação de satisfação e

de resolutividade de seus sofrimentos mais emergentes. Significa, dentro dos limites técnicos das profissões, observar as reações humanas, compreendê-las em um contexto de adoecimento e de tratamento clínico e ouvir queixas e desenvolver conversas que esclareçam, orientem e eduquem.

De modo prático, o acolhimento integrado encontra-se na interface das consultas, exames, atendimentos e procedimentos de saúde ofertados pelo CAS. Contribui para o vínculo, seja na periodicidade requerida pelas consultas médicas, seja nos ambientes de atendimento de enfermagem, de exames de controle, de ensino e autocuidado; dos grupos educativos; atendimentos de serviço social, psicologia, educação física, fisioterapia e outros. Inicialmente, é um ambiente para livre-demanda, mas nem todos os usuários que chegarem ao CAS terão necessidades de buscar o acolhimento. O diagnóstico dos casos eleitos ao cuidado de acolhimento ficará a cargo da equipe multiprofissional no período de trabalho definido para o funcionamento do CAS.

Entre os momentos da prática de acolhimento, a entrada e a saída do usuário requerem ações especializadas a serem desenvolvidas em um ambiente físico apropriado. No CAS, esse espaço foi projetado contíguo à recepção. Possui quatro boxes para atendimentos gerais e orientadores do fluxo dos usuários e, ainda, quatro consultórios anexos, destinados aos atendimentos que demandem privacidade ou especificidade no decurso do atendimento de acolhimento, preconizando a integração do conjunto de atores envolvidos no processo de recepção-orientação e encaminhamentos dos usuários no interior do CAS e do SUS, garantindo um fluxo efetivo e satisfatório.

Foi inicialmente concebido como um ambiente privilegiado às pós-graduações na forma de Residências do HU, tendo em vista que, para a resolutividade a que se propõe o acolhimento, os atendimentos dependem de algum grau de autonomia profissional já desenvolvida. Em algumas situações, será necessária uma avaliação de risco que comandará a agilidade do atendimento.

As residências oferecidas atualmente agrupam-se em áreas médicas, de enfermagem, serviço social, psicologia e análises clínicas, odontologia hospitalar, além da residência multiprofissional em saúde da família. As competências, implícitas e explícitas, comuns a todas as profissões de saúde e previstas nas diretrizes curriculares dos cursos, presentes no âmbito do acolhimento, são as de comunicação, de tomada de decisão e de liderança. As habilidades que o profissional desenvolve com essa prática são as capacidades de observação, conversação e escuta. Aprimora-se, ainda, o conhecimento sobre a dinâmica do SUS.

GESTÃO POR UNIDADE DE PRODUÇÃO DE SAÚDE (UPS) E COLEGIADO GESTOR COMO MODO TECNOLÓGICO DE INTERVENÇÃO PARA A REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO HOSPITALAR NO SUS

O potencial de integrar as práticas clínicas aos conceitos principais da Saúde Coletiva, correlacionando os conhecimentos da epidemiologia, do planejamento e das peculiaridades das ciências humanas como da antropologia, da economia, da psicologia, do serviço social, da sociologia e da política, busca afirmar a inter-relação conceitual para consolidar a realização de um trabalho coletivo e interdisciplinar, que cada vez mais atenda ao significado da saúde em relação à defesa de vida. Esses conhecimentos contribuem para abrir espaços de visualização de práticas coletivas horizontalizadas e estimulam mudanças significativas no processo de trabalho nas UPSs, sempre com o sentido de interligar a gestão com as necessidades da assistência.

A gestão hospitalar, em consonância com a UPS, busca ativar a democracia e autonomia em serviços de saúde que, historicamente, foram regidos de maneira centralizada, seguindo um poder verticalizado de transmissão das orientações, sem uma base de consentimento das clínicas envolvidas, tanto no tocante ao processo de trabalho como na questão do planejamento, financiamento e regulação.

Das UPSs, através de um processo democrático, surgiriam as representações dos profissionais que comporiam o colegiado gestor, com objetivo de fortalecer as demandas e as necessidades dos serviços e, simultaneamente, conhecer as demandas e as necessidades das demais UPSs. Desse modo, decisões coletivas são incentivadas no tocante à distribuição de recursos e ao partilhamento das dificuldades usuais de cada clínica e linhas de cuidado.

O colegiado gestor, composto pelos representantes das UPSs, definiria o caráter e a lógica da relação que caracterizaria o modo tecnológico de gestão, estabelecendo os elos com a teia e cuidados em torno do processo assistencial. O modo tecnológico de gestão, ferramenta do colegiado gestor com base na democracia e autonomia, adquire um potencial de liderança para regular a condução das linhas progressivas de cuidado, com poder de interferir na condução do processo de trabalho e na organização administrativa que se postarem de modo contraditório aos acordos firmados por todas as representações das UPSs no colegiado gestor.

O planejamento de um modo tecnológico de gestão para o CAS expressa uma concepção administrativa e organizacional produzida pela participação conjunta de profissionais

de saúde, considerando as especificidades desta instituição complexa: hospital público de ensino. Propõe-se a apresentação de algumas diretrizes para configurar a tecnologia instrumental de gestão, passando-se a apresentar a perspectiva de estabelecer o diálogo com autores preocupados com os rumos da gestão hospitalar pública.

UPS E LINHAS DE CUIDADO: CAMPO DE CONVERGÊNCIA ENTRE A GESTÃO E ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

A proposta desse item é apresentar a concepção de reorganização desenvolvida sobre a lógica gerencial do hospital, centrada nas UPSs. Nesse viés, as unidades apresentam características próprias. Devem ser constituídas de equipes estáveis, com processo de trabalho bem definido, responsáveis por determinados produtos que são consumidos por determinados usuários. Uma UPS integra as práticas clínicas e de saúde coletiva, já que tem por objetivo atingir o processo saúde/doença de modo integral tanto num plano individual como coletivo.

A proposta das UPSs parte do referencial metodológico-instrumental sobre a concepção de unidades funcionais em implantação no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). A UFMG vem, desde 1999, implantando um novo modelo de gestão em seu hospital universitário²⁰, cuja referência teórica está ancorada, da mesma maneira que na UFJF, no pensamento do grupo de docentes do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).¹¹

A mudança de terminologia de funcional para produção de saúde diz respeito ao acréscimo conceitual extraído da Teoria de Produção de Saúde, analisada por Campos¹¹. A opção pela mudança vai além da alteração terminológica, uma vez que o conceito de produção de saúde oferece uma resposta efetiva à inversão do modelo biomédico que é pautado na doença, portanto, medicalizado, hospitalocêntrico e altamente tecnificado. Propõe-se uma tecnologia oposta, cuja centralidade está nas medidas de promoção, prevenção, educação para a saúde e formação do trabalho coletivo. A essas medidas aliam-se as formas de humanização, acolhimento e vínculo, extensivas, igualmente, aos procedimentos clínicos e aos de saúde coletiva, reafirmando, desta forma, a importância de ambos e ressaltando as especificidades que lhes são próprias.

Ao se proporem integrar as práticas clínicas e de saúde coletiva, já que se pretende atingir o processo saúde/doença, as UPSs chamarão para si o cumprimento de determinados objetivos no que tange à sua composição e ao seu

funcionamento. Pode-se dizer que os objetivos das UPSs estão assim retratados pela equipe gestora da PROCAS: implantar e desenvolver uma política de recursos humanos centrada na ética da responsabilidade e do compromisso com os usuários e com o serviço público; implantar uma nova lógica organizacional no sentido de romper com a tradição da submissão hierárquica ao poder médico e ao poder administrativo; criar um processo gerencial democraticamente discutido e que seja realisticamente baseado nos resultados e na racionalização dos recursos; descentralizar decisões e responsabilidades, visando à busca da autonomia e da participação ampliada dos profissionais no alcance do objetivo geral do CAS, o “novo HU”; estimular a cultura do compromisso com a qualidade do atendimento aos usuários internos e externos.

As UPSs terão determinadas características organizacionais, tanto em termos de estrutura quanto da própria organização do trabalho, as quais serão demonstradas a seguir. As equipes deverão ser estáveis, preferencialmente compostas de funcionários de carreira. Os processos de trabalho deverão ser semelhantes ou com grande relação entre si, de forma a assegurar uma maior responsabilização pelos produtos que serão disponibilizados para os usuários. As UPSs terão autonomia, no limite dos parâmetros pactuados com o colegiado gestor hospitalar. Nestes termos, poderão decidir as formas de investimento, de ampliação e de diversificação de suas atividades.

Em relação ao ensino, à pesquisa e à assistência, as UPSs deverão entender a atividade acadêmica em uma nova dimensão. Deverá haver acordos que possibilitem a ampliação das relações entre as unidades de produção e as unidades acadêmicas, com o objetivo de troca de conhecimentos teóricos e de inovações geradas na prática, para alcançar o mútuo fortalecimento.

Para afirmar a concepção de ensino e assistência e fortalecer o “aprender-fazendo” no cotidiano do trabalho em saúde, a dupla função ensino-assistência poderá ser exercida por um mesmo profissional. Na garantia do exercício da dupla função, serão asseguradas formas equitativas de remuneração de desempenho para os docentes e os profissionais de serviço. Essa medida visa evitar a fuga de docentes e profissionais de carreira, bem como a contratação de profissionais via fundações ou cooperativas de serviços, tão lesiva à perenização da força de trabalho e à construção de um projeto coletivo mais duradouro.

As UPSs serão responsáveis por ampliar o acesso dos usuários, tendo em vista a universalidade e a integralidade das ações de saúde, assim como por consolidar a referência e contrarreferência, considerando a marcação centralizada

do SUS e garantir a discussão coletiva para que o ato assistencial se dê baseado em um projeto terapêutico, definido de forma coletiva por todos os profissionais envolvidos com determinado caso de saúde, sendo que este conjunto de profissionais traçaria, conjuntamente, os procedimentos que forem necessários.

Em síntese, pode-se dizer que as UPSs pressupõem relação de autonomia conjugada à interdependência, relação de reciprocidade com sentido da troca sistemática de conhecimentos e práticas, relação de cooperação com profissionais realizando trabalho produtivo em colaboração com outros, relação de horizontalidade sem que haja monopólio do saber/poder e, principalmente, socialização de ideias, imprimindo o sentido de renovação sistemática do processo de trabalho. A busca da satisfação plena dos usuários deve orientar a prática gerencial de cada UPS, incluindo como esta pensa seu processo de trabalho, problematiza seu cotidiano e estabelece suas prioridades de investimento.

APORTES COMPLEMENTARES AO MODO TECNOLÓGICO DE GESTÃO HOSPITALAR PÚBLICA

O modo tecnológico de intervenção pela gestão hospitalar volta-se para incorporar o organograma horizontalizado como alternativa à constituição de forma de poder verticalizada, a qual justifica o poder centralizado de um ou de poucos dirigentes institucionais que formulam políticas e tomam decisões, sem submetê-las ao crivo do conjunto dos profissionais, principais interessados no eficaz ordenamento institucional.

Esta oposição à verticalização é uma construção democrática que pretende envolver, gradativamente, o conjunto dos profissionais para que estes alimentem o projeto institucional - o CAS, como uma obra coletiva, forjada na transparência das decisões, no consentimento e na participação.

O organograma horizontalizado é colocado no lugar dos organogramas piramidais, para, segundo Campos¹¹, desconstruir a desigual distribuição de poder, expressa em rígidos sistemas hierárquicos e estender o direito e a capacidade de decidir a todos os membros de um dado coletivo. Este modelo de gerenciamento tenta articular a necessidade de racionalidade com ampla participação dos profissionais da base organizacional. Opõe-se ao modelo racional de um único ator (a direção), que busca apenas uma ótima solução de natureza econômica, a partir de uma problemática que se pretende estruturada.

No desenvolvimento organizacional, mudança e aprendizagem são fenômenos naturais e essenciais, de caráter

permanente e não eventos induzidos ocasionalmente de fora. O organograma de formato horizontal para Crémadez e Grateau²¹ facilita a negociação, reafirma o pacto participativo, sendo construído da base para o núcleo executivo e se apoia na formalização coletiva de análises, avaliações e estratégias e na utilização de um método de trabalho comum.

É importante, ao se colocar em prática, considerar também o aporte do conceito de trabalho em equipe que é vulnerável à qualidade do ensino ministrado às diferentes categorias de profissionais. O hermetismo da linguagem, a hegemonia de um poder e a tendência à especialização são elementos que provocam dificuldades de algumas categorias profissionais participarem da formação de equipe para definir o planejamento e a execução do processo de trabalho.

A aproximação entre profissionais, com a possibilidade de realização de um trabalho conjunto, deveria ser aberta o suficiente para absorver as contradições, desnudar antagonismos e utilizar a complementaridade entre as disciplinas, já que não existe nenhuma capaz de, isolada em si mesma, responder à realidade da área da saúde de forma plena.

A síntese dessas interpretações aponta para o trabalho em equipe como um processo horizontal de partilha de conhecimentos teóricos e práticos. Destaca as relações mútuas e a complementaridade de conceitos disciplinares, no sentido de estabelecer as superações necessárias às práticas educativas dos serviços de saúde. Esta concepção tem como base, conforme estudos anteriores de Stephan-Souza¹⁸, a interdisciplinaridade, comunicando ideias, integrando conceitos e construindo objetos de novas investigações, intervenções em parcerias, para diluir, na prática, as concepções corporativas, com definições verticais e hegemônicas.

A crescente especialização vem diminuindo a capacidade de resolver problemas e aumentando a alienação dos profissionais em relação aos resultados de suas práticas. Uma vez que cada especialista se encarrega de uma parte da intervenção, seja ela de ordem diagnóstica seja terapêutica, ninguém poderia, em tese, ser responsabilizado pelo resultado do tratamento. O desafio seria combinar graus de polivalência com certo nível necessário e inevitável de especialização.

Campos¹¹ defende a definição precisa e inequívoca de responsabilidades individuais diante de cada caso, mesmo reconhecendo a superioridade da proposta de trabalho em equipe. É fundamental identificar-se claramente quem, dentro de cada equipe, encarregar-se-ia de administrar cada caso, quer dizer, trabalha-se com o conceito de vínculo definido e adscrição individual de clientela. Nesse sentido, o profissional responsável pelo caso deveria, inclusive,

solicitar apoio de outros membros da equipe ou de outros serviços de saúde.

Para a realização desta tecnologia, afirma-se a relevância em dotar as unidades de produção de gerentes ou coordenadores. Estes precisam ser inventados, na medida em que não correspondem nem às chefias médicas, nem às chefias de enfermagem tradicionais. Segundo Cecílio¹⁵ e Cecílio e Merhy¹⁶, o gerente poderá ser qualquer profissional da equipe, preferencialmente de nível universitário, mesmo atuando nas áreas de apoio administrativo, mas, obrigatoriamente, na área assistencial, e desempenhará o papel de animador da equipe. Isso significa: integrar os vários profissionais que atuam na unidade em outros arranjos capazes de quebrar a lógica segregadora das corporações; conseguir que os membros da equipe conversem de forma sistemática entre si, assumindo sempre compromissos centrados na qualificação do atendimento a ser prestado ao usuário; coordenar o processo de avaliação do desempenho da unidade na perspectiva de sua missão, com acompanhamento da qualidade das informações geradas; avaliar, regularmente, a satisfação dos usuários, sejam eles externos ou internos.

A profissionalização da gerência/coordenação com foco na equipe e não nas corporações visa diluir as estruturas tradicionais de permanência de gestão dominada pela corporação médica por um tipo novo de gestão centrada na formação de equipes multiprofissionais/interdisciplinares que possam compor os colegiados, incorporando em seus quadros economistas e administradores que ampliem a qualificação da gestão hospitalar, adequando-a aos novos requisitos para uma gestão eficiente, competente, financeiramente estável, democrática e transparente. De acordo com Crémadez e Grateau²¹, o poder de decidir está amplamente difundido pela organização e não mais centrado na cúpula. A direção assinala as grandes orientações, os valores centrais do projeto organizacional, mas não define a estratégia propriamente dita, que depende da articulação de todos os profissionais pertencentes à instituição hospitalar.

Adota-se, na elaboração desta tecnologia, o planejamento estratégico como base referencial, fortalecido com as contribuições de Uribe Rivera¹⁰, que consideram que seu grande mérito tem sido trazer à tona a necessidade do diálogo. Falar em planejamento estratégico e comunicativo corresponde a uma interpretação do planejamento estratégico matusiano como as possibilidades de uma problematização coletiva, capaz de articular sujeitos sociais, e de incorporação de um raciocínio sobre a governabilidade de situações de compartilhamento e dispersão do poder que enfatiza a negociação política.

O planejamento estratégico reconhece o ato de planejar como relação interativa, a adoção de negociação cooperativa como meio estratégico possível, a valorização da explicação do outro como parâmetro de crítica e possível complemento e, finalmente, destaca a cultura no delineamento das regras institucionais. Esses são elementos que, segundo Uribe Rivera¹⁰, abrem caminho para uma interpretação menos presa a uma racionalidade pura de fins, para relevar o potencial existente de problematização coletiva; enfatizar a capacidade para articular os atores/profissionais de saúde e garantir a possibilidade de incorporação de um raciocínio sobre a governabilidade da instituição (hospitalar) que introduza o compartilhamento e viabilize a dispersão do poder.

Os referidos autores denominaram o planejamento comunicativo como meio de construção de organizações dialógicas, tendo como aspecto fundamental a busca de integração, da possibilidade de um projeto solidário, entendido como desafio gerencial permanente. Nessa perspectiva, a escolha de métodos de desenho ou de análise se subordina a esse objetivo próprio ao campo da gestão, podendo-se utilizar vários métodos que criem a possibilidade de fluxos de comunicação ampliada e de negociação de compromissos.

Outro enfoque importante diz respeito à informação que, segundo Merhy *et al.*¹⁷, não poderia ser um simples indicador de funcionalidade cumprida ou não, mas teria de ser uma ferramenta que permita analisar, permanentemente, este jogo do aparente funcional e não funcional, do público e do privado. Contribui para apontar de que ponto ético-político podem-se compreender os sentidos a serem adquiridos pelo serviço. Como ferramenta analisadora, a informação poderia revelar os conflitos das formas de conceber o processo de trabalho que as forças instituintes provocam no cotidiano, possibilitando interrogar os sentidos funcionais do serviço, as distintas modalidades de jogos de interesse e as alternativas de caminhos para operar o cotidiano.

Seguindo as considerações de Campos¹¹, parte do staff, bem como especialistas temporariamente contratados, segundo programação e interesses prévios, poderia atuar de acordo com a lógica de inserção matricial horizontal, apoiando as unidades que demandassem seus serviços especializados, passando a agir em todas as UPSs, onde houvesse uma situação específica que justificasse o apoio da equipe matricial. Entretanto, atuariam sem linha direta de mando, devendo encaminhar suas indicações à equipe ou ao coordenador geral e, depois, trabalhá-las em uma perspectiva processual. A implementação de um projeto é responsabilidade da equipe local da unidade analisada.

A comunicação lateral entre as equipes, de acordo com Cecílio¹⁵ e Cecílio e Merhy¹⁶, refere-se à autonomia das unidades de trabalho (as UPSs), na medida em que, através dela, espera-se uma maior agilidade na solução dos problemas. Comunicação lateral significa a comunicação direta, sem intermediação entre as várias unidades de trabalho, buscando a solução conjunta e criativa de todo e qualquer impedimento ao projeto que enfoca o trabalho interativo dos profissionais. Trabalhar com esta lógica significa o rompimento radical com qualquer formato de organograma no qual prevaleçam linhas verticais de relacionamento entre os vários órgãos. Em sistemas de direção centralizados, existe uma espécie de cegueira ou incomunicabilidade entre dirigentes e dirigidos que é insuperável. Um mal-estar impregna a instituição e prevalece certa sensação de que “não somos compreendidos”, tanto pelo nível central como pela base do sistema.

Para fortalecer um modelo gestor de tipo novo, aposta-se na busca de autonomia e democracia no interior dos serviços de saúde, para estimular a descentralização administrativa e chamar à responsabilidade todos os membros do universo hospitalar e compor a denominada gestão colegiada. Segundo Campos (2000), tenta-se distribuir melhor o poder, para todos poderem algo; dos dirigentes, espera-se inovação, dinamismo e liderança, tendo como interlocutor o conjunto dos funcionários e não apenas os governantes na área pública.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Passados quatro anos dedicados à construção das tecnologias instrumentais de assistência e gestão para o CAS, este legado começa ser operacionalizado, com limites impostos pelas contradições permanentes sobre a forma de financiamento público e privado; a formação corporativa dos profissionais; a resistência na operacionalização de mudanças significativas na organização do processo de trabalho, na estrutura das relações conservadoras do poder institucional, entre outras, que certamente serão superadas pelo processo de educação continuada dos profissionais e gestores hospitalares.

Foi apresentado o conjunto de aportes temáticos que dariam suporte à realização dos modos tecnológicos de intervenção-assistência e gestão, baseados especialmente na operacionalização integrada das ERSs, UPSs e colegiados gestores, que configuram uma nova organização dos serviços hospitalares clínicos com base na integralidade e democracia.

As UPSs apresentam uma nova lógica de gestão hospitalar, ao propor a articulação desses microespaços ao

processo de trabalho e à política institucional para oferecer uma resposta efetiva à inversão do modelo biomédico que é pautado na doença, portanto, medicalizado, hospitalocêntrico e altamente tecnificado, para outro oposto, cuja centralidade está nas medidas de promoção, prevenção e educação para a saúde. Os microespaços não pretendem reproduzir a concepção das clínicas tradicionais, e sim alargar a sua dimensão com proposições atuais que buscam garantir a integração entre o ensino e a assistência.

Fortalecer o trabalho coletivo é meta visualizada na forma preliminar de trabalho em equipe, de modo a estabelecer a interlocução entre profissionais sobre a totalidade do processo de trabalho e o núcleo executivo hospitalar para que este interprete e encaminhe os pleitos e decisões oriundos das UPSs.

A comunicação e os indicadores de informação deverão fazer parte intrínseca do processo de gestão no sentido de facilitar a transparência na demanda, disputa e distribuição dos recursos, em interlocução assídua entre o núcleo executivo e as UPSs, de modo que todos os encaminhamentos e decisões passem pelo consentimento, fruto de constantes discussões, do todo com as partes integrantes da estrutura hospitalar.

Um elemento a ser destacado na interface com as UPSs, reafirmando sua importância, é a criação das ERSs, que trazem uma nova forma de interação da atenção primária aos níveis de média e alta complexidade, zelando para que as orientações oferecidas sejam de tal qualidade que não permitam que os usuários permaneçam vagando pelo sistema de saúde, sem obter resolubilidade, e sim que estes recebam orientações precisas e contínuas sobre os caminhos a percorrer para garantir o adequado atendimento.

Pretende-se enfatizar a relevância do processo de avaliação permanente, respeitando a visão dos usuários e dos profissionais, como partes essenciais de uma gestão hospitalar que consagrou as propostas sedimentadas na democracia e integralidade para acompanhar todo o desenvolvimento da dinâmica deste hospital de ensino.

Estes utilizarão um equipamento hospitalar concebido para ser 100% SUS, isto é, sem espaço para consolidar a porta dupla (privada e pública), sendo esta uma determinação política para todo hospital de ensino (BRASIL, 2004b). Essa política orienta para que o hospital de ensino seja altamente resolutivo, ao ampliar a disponibilidade das formas de acesso dos usuários ao serviço público de saúde, estabelecendo uma relação necessária entre as três esferas hierárquicas componentes da política de saúde contemporânea.

Ao final, trazemos à tona um problema que se institui entre o hospital de ensino e a Rede SUS e que se mostra

no cerne do processo de implantação das propostas discutidas neste relato de experiência. Trata-se da mobilidade de usuários no interior do SUS independentemente das normas operacionais vigentes com acolhimento desses usuários pelo HU, através de um mecanismo denominado de atendimentos autogerados, ou seja, à margem da regulação pelo gestor do SUS. O notado rigor dos mecanismos reguladores, que impõem o fechamento das fronteiras interestaduais, aos usuários do SUS que moram no sul do Rio de Janeiro é um exemplo.

A concepção de regionalização da saúde mostra-se como excludente e orientada, principalmente pelo financiamento do quantitativo de procedimentos de saúde ofertados no interior de um limite territorial. Essa modalidade de regionalização busca embasamento em concepções sobre equidade, confrontando-se com pelo menos dois dos princípios do SUS: o de universalidade e o da integralidade do cuidado de saúde, que pressupõem o planejamento e a organização da assistência segundo as necessidades das pessoas e não segundo a capacidade instalada.

O problema que se configura extrapola os limites técnicos de operacionalização do SUS, requerendo avanços no campo da ciência e tecnologia que apoiem sua implantação e consolidação, uma vez que a concepção de organização da assistência de média e alta complexidade através das ERSs e das UPSs fada-se ao insucesso, por divergir do modelo de regulação e de financiamento do cuidado de saúde orientado pelo PDR.

REFERÊNCIAS

1. Castro EAB. A vida após a alta [tese]. Niterói: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2005. 238f.
2. Ministério da Saúde. (Brasil). Portaria nº 1.097 de 22 de maio de 2006. [Citado em: 10 out. 2006]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-1097.htm>.
3. Ministério da Saúde. (Brasil). Portaria nº 373 de 27 de fevereiro de 2002. [Citado em: 26 set. 2007]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-373.htm>.
4. Brasil. Decreto nº 7.082 de 27 de janeiro de 2010. [Citado em 10 fev. 2010]. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/821235/decreto-7082-10>.
5. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. (Brasil). Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.000 de 15 de abril de 2004. [Citado em: 26 set. 2007]. Disponível em: <http://www.femerj.org.br/Boletim/Federal/Ministerio%20Saude/GM/2004/Junho/PORTARIA%20INTERMINIS-TERIAL%20N%BA%201000.pdf>.
6. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. (Brasil). Portaria Interministerial MS/MEC n. 1.006 de 27 de maio de 2004. [Citado em: 26 set. 2007]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2001/GM/GM-1006.htm>.
7. Ministério da Saúde. (Brasil). Portaria nº 2.352 de 26 de outubro de 2004. [Citado em: 26 set. 2007]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-2352.htm>.
8. Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. [Citado em: 10 out. 2006]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm.
9. Paim JS. Vigilância da saúde: tendências de orientação de modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p.161-74.
10. Uribe Rivera FJ. Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
11. Campos GWS. Um método para análise e cogestão de coletivos. Rio de Janeiro: Hucitec; 2000.
12. Luz MT. Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas de saúde no Brasil atual. In: Pinheiro R, Mattos RA. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO; 2001. p.17-38.
13. Camargo Júnior KR. Biomedicina, saber & ciência: uma abordagem crítica. São Paulo: Hucitec; 2003.
14. Pinheiro R, Mattos RA. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO; 2001.
15. Cecilio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. Os sentidos da inte-

- gralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO; 2001. p.113-26.
16. Cecilio LCO, Merhy EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro R, Mattos RA. A construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO; 2003. p.197-210.
17. Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
18. Stephan-Souza AI. A construção de um modelo de gestão para o CAS/HU/UFJF: as rotas de sua operacionalidade. *Libertas* 2006 dez;1(1):1-16. [Citado em: 26 dez. 2007]. Disponível em: http://www.ufjf.br/revistalibertas/files/2010/01/artigo01_1.pdf.
19. Heimann LS, Mendonça MH. A trajetória da atenção básica em saúde e do Programa de Saúde da Família no SUS: uma busca de identidade. In: Lima NT. Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p.481-502.
20. Guimarães EMP, Évora YDM. Sistema de informação: instrumento para tomada de decisão no exercício da gerência. *Ci. Inf.* 2004 jan-abr;33(1):72-80.
21. Crémadez M, Grateau F. *Le management stratégique hospitalier*. Paris: Inter Éditions; 1992.
-
- Submissão: setembro de 2009
Aprovação: agosto de 2010
-