

A CONSTRUÇÃO DE UM MODELO DE GESTÃO PARA O CAS/HU/UFJF: AS ROTAS DE SUA OPERACIONALIDADE

Auta Stephan-Souza*

RESUMO

Este ensaio apresenta a proposta de um *modelo de gestão* para o Centro de Atenção à Saúde - CAS/HU/UFJF concebido, desde 2002, para ser um equipamento hospitalar portador de avançada concepção, voltado para atender exclusivamente os usuários do SUS. O Modelo de gestão constitui-se em configuração conceitual e operacional para estruturar o processo de trabalho e a organização dos recursos materiais, humanos e financeiros, definidos para uma dada composição institucional. O ensaio discute a formação das unidades de produção de saúde, do modelo assistencial, dos organogramas horizontalizados, dos colegiados gestores, das equipes matriciais e do processo de avaliação sistemática do trabalho em saúde.
Palavras chaves: gestão pública, hospital universitário, SUS

ABSTRACT

This study presents a proposal for an administration model for the CAS / HU / UFJF Health CareCenter designed, since 2002, to be an hospital with an advanced concept, focused exclusively on SUS patients. The administration Model is conceptually and operationally structures the work processes and the organization of the material, human and financial resources, defined for a given institutional composition. The study discusses the formation of the health production units, the model of care, the horizontal organization charts, the managers, the principal teams and the process of systematic evaluation of the health care work.
Key words: public administration, university hospital, SUS.

INTRODUÇÃO

Este ensaio objetiva apresentar uma proposta de planejamento de um modelo de gestão para o Centro de Atenção à Saúde-CAS/HU/UFJF a ser implantado em duas frentes de trabalho: **Internação** no HU (instalação antiga), **Ambulatório** e **Centro Diagnóstico** no CAS/HU (novo equipamento).

No interior do processo de gerenciamento/gestão de serviços de saúde, o planejamento é entendido como ferramenta organizacional que valoriza a condução e distribuição das formas de trabalho, submetidas à cultura própria de cada organização. Neste momento usamos a ferramenta planejamento para compor um modelo de gestão para CAS/ HU/UFJF, explicitando um conjunto de elementos conceituais.

* Doutora na Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora

O planejamento de um *modelo de gestão* para o CAS/HU/UFJF expressa uma concepção administrativa e organizacional produzida na participação conjunta de profissionais de saúde, considerando as especificidades desta instituição complexa - o hospital público de ensino. Com embasamento em estudos de vários teóricos - Uribe Rivera, Artmann, Crémadez, Emerson Merhy, Gastão Wagner Campos, Luiz Cecílio - propõe-se a apresentação de algumas diretrizes para configurar o modelo de gestão, passando-se a apresentar a perspectiva de estabelecer o diálogo com estes e outros autores, preocupados com os rumos da gestão hospitalar pública.

ELEMENTOS TEÓRICOS PARA CONFIGURAR UM MODELO DE GESTÃO HOSPITALAR

Modelo de gestão constitui-se de uma configuração conceitual e operacional com características para estruturar os elementos do processo de trabalho e da organização dos recursos materiais, humanos e financeiros, definidos para uma dada estrutura institucional. Refere-se ao processo ativo de determinação e orientação a ser seguido para a realização dos objetivos institucionais, compreendendo um conjunto de análises, decisões, comunicação, liderança, motivação e controle/avaliação.

O modelo de gestão na perspectiva político-organizacional-democrático incorpora os elementos acima enumerados, que não seriam definidos de um modo normativo e tecnocrático; ao contrário, aposta na via da responsabilização dos profissionais, o que implica no desenvolvimento de processos comunicativos e de negociação internos e externos, que redundem em acordos relativos aos projetos assistenciais pertinentes a uma rede de serviços. Em relação à estrutura organizacional, segundo Uribe Rivera (2003:39), o enfoque postula a necessidade de intensificar as estruturas em rede (interna e externa) e estabelecer o diálogo multidisciplinar, promovendo a busca de transversalidades.

O modelo de gestão do CAS/HU/UFJF, integrado à rede SUS, deverá contribuir para a autonomia dos diferentes processos de trabalho das *Unidades de Produção de Saúde* - UPS e garantir a democracia interna de seu próprio processo de gestão institucional. Para tanto deverá configurar as UPS e o Colegiado Gestor, de modo a oferecer uma estrutura claramente estabelecida, propondo uma rede organizacional com base na horizontalidade e democracia e em oposição a um modelo convencional verticalizado e concentrador de poder, uma

organização voltada para o incentivo dos seus processos decisórios coletivos, a partir de colegiados democraticamente constituídos por estas unidades de trabalho.

O modelo de gestão deverá estimular a comunicação entre as unidades, quebrando a burocratização e centralização do poder das estruturas tradicionais. Deverá garantir a relação com a rede pública de serviços, através da pactuação institucional estabelecida, para explicitar as portas de entrada do sistema (local e da macro-região Sudeste), aplicando os mecanismos de referência e contra-referência, além de conhecer e contribuir nas definições das linhas progressivas de cuidado e dos projetos terapêuticos, acordados entre os serviços públicos de saúde e as UPS (que serão constituídas por membros das equipes multiprofissionais em torno de um conjunto de especialidades afins que deverão possuir autonomia de decisão para levar os profissionais de saúde a assumir o compromisso efetivo com o mundo das necessidades dos usuários).

O modelo de gestão do CAS/HU deve apoiar-se em processos gerenciais autogestores, publicamente balizados a partir de contratos globais, centrados na lógica dos usuários e dirigidos colegiadamente pelo conjunto dos seus trabalhadores (Cecílio,1994), articulados a uma rede de serviços de saúde regulada pelo Estado e implicados com a produção do cuidado de modo centrado no usuário (Merhy, 1998).

O modelo de gestão estratégico tem a virtude de valorizar a *transparência* estimulando a comunicação desde as bases de coleta de informação, apresentando a origem e a alocação de recursos e contribuindo para a harmonização da linguagem entre os profissionais de base da organização hospitalar. As conseqüências desta transparência são várias: os diferentes profissionais da mesma unidade podem raciocinar a partir de uma visão mais clara e compartilhada de suas atividades, para prever sua evolução e conseqüências; passam a conhecer os determinantes que afetam a dinâmica hospitalar em seus pormenores e com mais facilidade podem oferecer contribuições que facilitam a gestão hospitalar.

As atividades compartilhadas dentro do foco das equipes permitem explorar as sinergias, elaborar alternativas e estratégias comuns; e a verificação de relações entre serviços permite estabelecer liames entre os mesmos. Cria-se, ainda, uma interação permanente entre o mundo administrativo e o mundo biológico e social, pois o sistema de informações de saúde e determinados tratamentos de dados passam a incorporar preocupações estratégicas, o que permite associar o raciocínio gerencial com o técnico.

Identifica-se a construção de um modelo de gestão que incorpore a pedagogia de avaliação, na medida em que introduz a preocupação com os resultados no sentido de prioritariamente atender às expectativas dos usuários, como centro de uma rede de avaliação sistemática, como cultura a ser desenvolvida.

O modelo de gestão estratégico introduz a necessidade de estimular projetos que permitem a captação de recursos adicionais, como, por exemplo, através do atendimento de editais públicos de incentivo à pesquisa, extensão e treinamento, contribuindo para gerar incentivo ao processo de trabalho, aumentando o grau de satisfação dos profissionais, o que redundará em melhor desempenho das equipes na estrutura hospitalar.

Para efetivar o modelo de gestão hospitalar requer-se a definição de sua missão, que precisa ser desenhada, considerando o sistema de saúde como um todo, tendo em conta que é necessário construir, de forma flexível e criativa, múltiplos circuitos dentro dele e modelados sempre pelo critério das necessidades reais das pessoas (CECÍLIO, 2003:302). A missão deve conter, em seu enunciado, três idéias básicas: quais produtos, para que clientela e com quais características um determinado serviço ou organização se compromete a oferecer (CAMPOS, 2000:153). A missão definida para o CAS/HU/UFJF é: *formar profissionais de saúde, prestar assistência de qualidade, atender as necessidades dos usuários do SUS afirmando seus princípios (equidade, universalidade, integralidade e controle social).*

AS UNIDADES DE PRODUÇÃO DE SAÚDE - UPS: ALICERCES DO MODELO DE GESTÃO HOSPITALAR

Propõe-se a reorganização de toda lógica gerencial do hospital centrada em *Unidades de Produção de Saúde - UPS*. Tais unidades apresentam algumas características. Devem ser constituídas por equipes estáveis, com processo de trabalho bem definido, responsáveis por determinados produtos que são consumidos por determinados usuários. A Unidade de Produção de Saúde – UPS- integra as *práticas clínicas e de saúde coletiva*, já que tem por objetivo atingir o processo saúde/doença de forma integral. A proposta das UPS tem como referencial metodológico-instrumental a concepção de *unidades funcionais* em implantação no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. A UFMG vem, desde 1999, implantando um novo modelo de gestão em seu hospital universitário, cuja referência teórica está ancorada, da mesma maneira que na UFJF, no pensamento do grupo de docentes

do Departamento de Saúde Coletiva da UNICAMP e de outros, já anunciado no presente texto.

A mudança de terminologia de *funcional* para *produção de saúde* diz respeito ao acréscimo conceitual extraído da *Teoria de Produção de Saúde*, analisada por Gastão Wagner. 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. Afirma-se um modelo oposto, cuja *centralidade está nas medidas de promoção, prevenção e educação para a saúde*. A essas medidas aliam-se as formas de *humanização, acolhimento e vínculo*, extensivos, 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 propor a *integrar as práticas clínicas e de saúde coletiva*, já que pretendem atingir o processo saúde/doença, as UPS 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 UPS estão assim retratados: 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 a busca da autonomia e participação ampliada dos profissionais no alcance do objetivo geral do CAS/HU; estimular a cultura do compromisso com a qualidade do atendimento junto aos usuários internos e externos.

As Unidades de Produção de Saúde 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 composta por funcionário 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 UPS terão autonomia, no limite dos parâmetros pactuados com o Conselho Gestor Hospitalar. Nestes termos, poderão decidir as formas de investimento, de ampliação e de diversificação de suas atividades considerando o todo hospitalar, abrangendo os serviços centrais e os complementares.

Em relação *ao ensino, pesquisa e assistência*, as UPS 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. O equilíbrio entre a assistência e o ensino deve acompanhar o sistema de avaliação permanente da estrutura do hospital de ensino.

Para afirmar o *modelo docente assistencial* e fortalecer o “aprender-fazendo” no cotidiano do trabalho em saúde, a dupla função, ensino e assistência, poderá ser exercida por um mesmo profissional, situação considerada ideal ao conjugar em um mesmo profissional a dupla função beneficiando positivamente os dois pilares fundamentais deste tipo de hospital : o aluno e o usuário. Na garantia do exercício da dupla função serão buscadas 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 e comprometido.

As Unidades de Produção serão responsáveis por ampliar o acesso dos usuários, tendo em vista a universalidade e a integralidade das ações de saúde, consolidar a referência e contra-referência, 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 conjunta por todos os profissionais envolvidos com determinado caso de saúde, quando os profissionais traçariam conjuntamente os procedimentos que forem necessários à resolutividade de cada atendimento em saúde.

Em síntese pode-se dizer que a Unidades de Produção de Saúde pressupõem a 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 idéias, imprimindo o sentido de

renovação sistemática do processo de trabalho. A busca da satisfação plena dos usuários deve orientar a prática gerencial de cada *unidade de produção de saúde*, incluindo como ela pensa seu processo de trabalho, problematiza seu cotidiano e estabelece suas prioridades de investimento.

APORTES COMPLEMENTARES AO MODELO DE GESTÃO

O modelo de gestão deverá incorporar o *organograma horizontalizado* que significa uma 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 tomar 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/ HU, 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 CAMPOS (2000:150), 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 única solução ótima 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 modelo de organograma horizontalizado 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. (CRÉMADEZ, *in* URIBE RIVERA, 2003: 47)

É importante 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 uma 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 delas 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, a *interdisciplinaridade*, comunicando idéias, integrando conceitos e construindo objetos de novas investigações, intervenções em parcerias, para diluir, na prática, as concepções corporativas, verticalizadas e hegemônicas.

Gastão Wagner Campos situa o trabalho em equipe como um *setting* pedagógico e terapêutico e chama a atenção para a construção de espaços coletivos, para aplicar a co-gestão, considerando-o um conceito, um arranjo organizacional montado para estimular a produção/construção de Sujeitos e de Coletivos Organizados. Refere-se, portanto, a espaços concretos (de lugar e tempo) destinados à comunicação, análise da escuta e das informações) e tomada de decisão (prioridades) escuta e circulação de informações sobre interesses e aspectos da realidade à elaboração (projetos e contratos). Os espaços coletivos são arranjos que podem tomar a forma de Equipes de trabalho, Conselhos de co-gestão, Colegiados de Gestão, reuniões de Unidades de Produção.

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 ou 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 (CAMPOS,2000:248).

Defende-se, mesmo reconhecendo a superioridade da proposta de trabalho em equipe, a definição precisa e inequívoca de responsabilidades individuais diante de cada caso. É fundamental identificar-se claramente quem, dentro de cada equipe, encarregar-se-ia de administrar cada caso, quer dizer, trabalhar-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 deste modelo 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. 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 da “animador da equipe”, o que 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. (CECÍLIO, 308)

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/eficaz, competente, financeiramente estável, democrática e transparente. De acordo com Crémadez (39), 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.

Este modelo se complementa com o enfoque de SENGE, que indica uma nova compreensão do *planejamento* como processo de aprendizagem. Este autor nos traz o entendimento da organização como uma sociedade ou intersubjetividade em processo permanente de aprendizagem como sistema que aprende. A organização hospitalar dependeria do desenvolvimento por parte dos seus membros das habilidades de reflexão, de interação, de

indagação e de argumentação necessárias à transferência de símbolos e capacidades inerentes ao aprender. (SENGE, *apud* URIBE JAVIER, 2003:13 e 25).

Adota-se na elaboração deste modelo, o *planejamento estratégico* como base referencial concebido por Rivera e Artmann, 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 a possibilidade de uma problematização coletiva, capaz de articular sujeitos sociais, com a possibilidade 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, dá o destaque concedido à cultura no delineamento das regras institucionais. Esses são elementos que abrem caminho para uma interpretação menos presa a uma racionalidade pura de fins (URIBE RIVERA, ARTMANN, 2003:18) 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 (hospitolar) que introduza o compartilhamento e viabiliza a dispersão do poder.

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

Outro enfoque importante diz respeito a *informação*, que segundo MERHY, (1977:115) não poderia ser um simples medidor de funcionalidade cumprida ou não, mas teria de ser uma ferramenta que permitisse analisar permanentemente este jogos do aparente funcional e não funcional, do público e do privado, balizando de que ponto ético-político pode-se julgar os sentidos a serem adquiridos pelo serviço e a que interesses explicitamente irão centrar. Como ferramenta analisadora, a informação poderia revelar os “ruídos” 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 CAMPOS (2000:164), parte do “staff”, bem como especialistas temporariamente contratados, segundo programação e interesses prévios, poderia atuar segundo a lógica de inserção *matricial horizontal*, apoiando as unidades que demandassem seus serviços especializados, passando a atuar em todas as Unidades de Produção, 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-la em uma perspectiva processual. A implementação de um projeto é responsabilidade da equipe local da unidade analisada.

O autor prefere o termo *apoio especializado matricial* em lugar de *supervisão matricial* porque o termo supervisão significa olhar de fora e em uma posição de autoridade superior, supostamente capaz de identificar e corrigir equívocos, enquanto o termo *matriz* traz a idéia de um lugar (espaço comum) onde as coisas são geradas; ou seja, um saber externo potencializando, questionando e se compondo com o saber de cada Equipe, para produzir, dentro do espaço coletivo, novos saberes, novos modos de realizar os trabalhos.

A *comunicação lateral* entre as equipes de acordo com CECILIO (2003:218,) fala da autonomia das unidades de trabalho (unidade de produção de saúde), na medida em que através dela, espera-se uma maior agilização 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 as 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 como um todo e prevalece certa sensação de “não somos compreendidos” tanto pelo nível central, como pela base do sistema.

A *comunicação lateral* tem de ser “monitorizada” na sua implementação. Existem canais para a articulação vertical tão azeitados, tão inscritos na “ossatura” da instituição, tão naturais e lógicos para quem está mergulhado na dureza do cotidiano diário, tenso e exigente de soluções, que é necessário “alguém de fora” que funcione como um verdadeiro terapeuta

capaz de “curar” a doença da comunicação vertical que assola nossas instituições. O de fora funciona como verdadeiro parceiro de novas relações institucionais. Porém há um limite para a resolução de problemas da comunicação lateral e uma vez atingido este limite, deverá ser encaminhado para processamento pelo colegiado de gerência (núcleo executivo), ou seja, a existência de uma intensa comunicação lateral não dispensa uma instância centralizada de direção.

Para fortalecer um modelo gestor de tipo novo aposta-se na busca de autonomia e democracia no interior dos serviços de saúde, estimulando a descentralização administrativa e chamando a responsabilização em todos os níveis do universo hospitalar, compondo a denominada *gestão colegiada*. Segundo Campos, tenta-se distribuir melhor o poder, para todos poderem algo; dos dirigentes espera-se inovação, dinamismo e liderança, tendo como interlocutores o conjunto dos funcionários e não apenas os governantes na área pública.

O MODELO DE GESTÃO ATRELADO AOS MODELOS DE ENSINO E ASSISTENCIAL

A relação entre os modelos de gestão, de ensino e de assistência compõe o núcleo estruturante de um hospital de ensino. Sendo este tipo de hospital estrutural e legamente interligado ao SUS é imprescindível acompanhar a qualidade de suas dimensões considerando que delas resultam a resolutividade das ações de saúde. O *modelo de ensino* motivou o incentivo às mudanças curriculares dos cursos de saúde, sendo realizado no primeiro momento, uma consulta aos diferentes departamentos de ensino para apresentarem suas demandas e orientações quanto às necessidades de adequado espaço didático e físico e oferecendo elementos teóricos que definiriam a base conceitual do projeto. A base deste modelo deveria estar centrada na constituição de disciplinas comuns a todos os cursos de saúde discutindo a relação entre: o conhecimento biológico e social (e seus desdobramentos), as especificidades do trabalho em equipe (e suas variações), a gestão institucional partilhada, a política de saúde (princípios e estrutura de pessoal, de material e de financiamento), entre outras também importantes como a regionalização e organização dos serviços.

Para a integração do CAS/HU à rede SUS, propõe-se a criação de **ERS -Equipe de Referência Secundária-**, base do *modelo assistencial*, orientada para desenvolver trabalhos pautados na composição multiprofissional, que será definida conforme as necessidades e

demandas prioritárias de cada Região Sanitária e de cada Unidade Básica de Saúde-UBS, em consonância com o modelo de gestão hospitalar.

A ERS fará a interlocução com as UBS no tocante à referência e contra-referência e objetiva a orientação do usuário em todo o fluxo do Sistema de Saúde, orientando-o dentro das linhas progressivas de cuidado, para que este não se perca em nenhum patamar (primário, média e alta complexidade), obstruindo a continuidade da solução dos problemas de saúde. AS ERS estarão abertas para captar as mudanças do ensino e acompanhar também as demandas trazidas pelo Sistema loco-regional de saúde.

As ERS para completar o ciclo entre o processo saúde/doença deverão ser realizadas por profissionais das seguintes áreas: enfermagem, medicina e serviço social. As equipes responsáveis pelos usuários desenvolveriam o processo de referência e contra-referência, realizariam grupos com base na pedagogia da educação em saúde, acompanhando o usuário da atenção básica à alta complexidade e estabeleceriam o fluxo contrário quando os procedimentos assim requisitarem. Além disto, estarão preparadas para estabelecer a interlocução permanente com as várias instâncias pertinentes à política de Saúde, absorvendo e discutindo as novas resoluções, e contrapondo outras, originárias dos movimentos sociais tendo como principal direção o atendimento ao direito do usuário.

A proposta em curso fortalece a criação de *políticas próprias de avaliação do trabalho e de aplicação dos recursos*. Para isto deverá observar alguns indicadores com seus respectivos parâmetros que são apresentados para se constituírem como parte da política de avaliação do trabalho. Poderá iniciar-se por estes: número de reuniões realizadas pela equipe, qualidade dos registros nos prontuários, tempo médio transcorrido entre a solicitação de exame laboratorial de urgência e entrega do resultado, índice de mortalidade na internação e no Centro de Tratamento Intensivo - CTI, percentual de faturamento referente ao número de Autorização de Internação Hospitalar - AIHS no mês X número de altas, percentual de uso de medicamentos e materiais que ultrapassaram o estoque mínimo/mês, absenteísmo, percentual de avaliação positiva de hotelaria, alimentação e limpeza, qualidade do trabalho do acolhimento Integrado, resolutividade das Equipes de Referência Secundária (ERS), respostas efetivas às demandas da Ouvidoria e percentual de avaliação positiva feita pelos usuários.

Por esta razão faz-se importante ser previsto nesta proposta a criação de *mecanismos formais e regulares de avaliação da satisfação dos usuários*, sendo necessário definir

instrumentos formais e informais para a avaliação sistemática dos usuários sobre os trabalhos realizados nas diversas Unidades de Produção de Saúde e nas Unidades de Apoio. Deve-se também observar, registrar e encaminhar soluções sobre críticas e indicações apresentadas pela Ouvidoria e/ou informação e sugestão oferecidas pela mídia, analisando e/ou criticando o desempenho institucional que poderão ser tomadas como base para a correção dos rumos da política hospitalar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Passados quatro anos dedicados à construção dos modelos de assistência, ensino e gestão para o CAS/HU/UFJF, este vasto legado não conseguiu ainda ser operacionalizado por forças político-institucionais que deverão ser logo superadas para que este equipamento venha contribuir para sanar as carências do sistema público de saúde na macro-região sudeste de MG e cidades fronteiriças, que tem a cidade de Juiz de Fora com pólo regional de saúde.

No texto principal foi apresentado o conjunto de aportes temáticos que dariam suporte a realização do modelo de gestão, citando-se especialmente as *unidades de produção de saúde e equipes de referência secundária* que configurariam uma nova organização dos serviços hospitalares com base na integralidade e democracia.

As Unidades de Produção de Saúde apresentam uma nova lógica de gestão hospitalar no momento ao propor a articulação destes micro-espacos, do processo de trabalho e da 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 micro-espacos não pretendem reproduzir a concepção das clínicas tradicionais, ao contrário, pretendem alargar a sua dimensão com proposições atuais que pretendem garantir a integração entre o ensino e a assistência. Fortalecer o trabalho coletivo é meta visualizada na forma de trabalho em equipe para estabelecer a interlocução com o Núcleo Executivo Hospitalar interprete para que este encaminhe os pleitos oriundos das UPS e dos colegiados hospitalares.

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 os diferentes colegiados, 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 que gostaria de destacar reafirmando sua importância foi a criação da concepção das ERS - equipes de referência secundária 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 resolutividade e sim que este receba 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, partes essenciais em uma gestão hospitalar que consagrou as propostas sedimentadas na democracia e integralidade para acompanhar todo o desenvolvimento da dinâmica deste hospital de ensino.

Se hoje as rotas da operacionalidade do CAS/HU/UFJF estão interrompidas, sua abertura próxima, no entanto, deverá proporcionar um alto padrão de qualidade para os usuários do SUS. Estes irão utilizar um equipamento hospitalar que foi pensado para ser

altamente resolutivo, ao ampliar a disponibilidade das formas de acesso dos usuários ao serviço público de saúde.

Ao estabelecer uma relação intrínseca entre as três esferas públicas componentes da política de saúde contemporânea, aposta na formação de profissionais competentes que, aos poucos, preparam-se para aprender a superar o corporativismo, o individualismo e as formas arcaicas de manutenção do poder, seguindo as indicações precisas presentes no texto da Reforma Sanitária Brasileira.

BIBLIOGRAFIA

CAMPOS, G.W.S. 2000. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Ed. Hucitec.

CECÍLIO.L.C.A. 2003. A integralidade do Cuidado como eixo da gestão Hospitalar *In Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e Práticas*. Rio de Janeiro: ABRASCO.

_____(Org) 1997. *Inventando a mudança em saúde*. São Paulo: Ed. Hucitec.

LIMA,N.T.et al 2006. *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro:Ed FIOCRUZ .

MERHY, E.E. et al.2004 . *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Ed. Hucitec.

MERHY, E.E., ONOCKO, R. 1997. *Agir em saúde*. São Paulo: Ed. Hucitec.

RIVERA, F.J.U.2003. *Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ.

STEPHAN-SOUZA. A. 1999. *A Interdisciplinaridade e o trabalho coletivo em saúde*. Juiz de Fora, Revista APS/NATES, ano 2, número 2.