

# INTEGRALIDADE E COGESTÃO: DISCUTINDO ASPECTOS DA GESTÃO HOSPITALAR EM RELAÇÃO À PERSPECTIVA DE INTEGRAÇÃO EM REDE NO ÂMBITO DO SUS

*Marcello de Moura Coutinho*

## Introdução

A integralidade em saúde ganhou maior status como proposta política nacional a partir da década de 1980, em função da defesa incondicional do movimento pela Reforma Sanitária brasileira. A integralidade em saúde entendida como 'atendimento integral' foi um dos ganhos políticos junto à luta pela municipalização<sup>1</sup>.

O setor saúde aglutinou forças políticas e promoveu o avanço do processo de municipalização a partir da histórica VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), criando condições concretas na Assembléia Constituinte (1986-1988) para redirecionar a trajetória médico-sanitária brasileira e impedir o domínio da mesma pelo setor privado até então.

No entanto, a medicina privada, por conta do forte lobbie de seus representantes, conseguiu ter seus objetivos contemplados, relativamente, ao incluir na Constituição Federal de 1988 (art. 199), a saúde complementar (suplementar) ao Sistema Único de Saúde (SUS). Em contrapartida, o movimento sanitário foi vitorioso ao conseguir garantir no texto constitucional a universalização do acesso, o controle social e a busca pela equidade por meio por meio das diretrizes do SUS: "descentralização; atendimento integral e, participação da comunidade".

O resultado foi a configuração do chamado mix público-privado, ou um "sistema plural", isto é, "(...) o sistema público, representado pelo SUS; o sistema privado de atenção médica supletiva e o sistema privado da medicina liberal" (MENDES, 1998, p. 24). Esta configuração levou à consolidação de um modelo segmentado que apresenta distorções e reproduz as desigualdades socioeconômicas existentes no Brasil, reforçando o modelo assistencial predominantemente hospitalocêntrico.

Nesse contexto, a integralidade se afirmou como uma diretriz fundamental do SUS na perspectiva de garantir a qualidade da atenção ("linhas de cuidado"<sup>2</sup>) e igualdade de acesso. Para Mattos (2004, p. 1.413), as inúmeras barreiras informam que há muito a ser feito no âmbito do SUS. Assim,

---

<sup>1</sup> De acordo com Viana (1995), o processo de municipalização da saúde no Brasil foi compreendido como descentralização, em que pese as argumentações político-teóricas em contrário, implicadas na noção de que, na realidade, o executor das ações seriam os governos municipais, os quais ficariam com o comando único no nível local.

a criação do SUS modificou esse arranjo institucional calcado no Instituto Nacional de Assistência Médica e da Previdência Social (INAMPS) – ações assistenciais e Ministério da Saúde – outras necessidades de saúde pública, mas não necessariamente transformou as práticas dos serviços, de modo a articular a prevenção e a assistência, como diz o texto constitucional.

Verifica-se que, apesar da integralidade em saúde estar presente em políticas governamentais e em programas de intervenção desde a década de 1980, a integração em rede no âmbito do SUS ainda é um dos desafios para a concretização do atendimento integral. Concordando com este postulado Shraiber (1999, p. 28) afirma que:

A questão da integralidade representa, hoje, talvez o maior desafio nas práticas em saúde, não como questão institucional ou política, já que integrar nessas esferas não é exatamente algo novo, mas como desafio cultural, para romper com formas cristalizadas de se entenderem e realizarem ações técnicas e que conformam padrões de intervenção médica ou em saúde já tornados tradição.

Para Giovanella e colaboradores (2002), a integralidade pode ser também definida com referência a uma concepção afirmativa da saúde, significando um processo de produção social influenciado por fatores de diversas naturezas, expressado em um nível de qualidade de vida de uma dada população. Os autores definem ainda que um sistema de atenção integral deverá ser um misto de práticas sanitárias e sociais com foco nas múltiplas dimensões do processo saúde-doença.

Há ainda mais um elemento integrador consagrado no âmbito do SUS, é a “integralidade da assistência à saúde do indivíduo”, perspectiva presente tanto na Constituição Federal (art. 198, II) quanto na Lei nº 8.080/90 (art. 7º, II). Além disso, a Norma Operacional Básica do SUS 01/96 (NOB-SUS/96) fala em “efetiva integralidade” da atenção, quando defende que se deve disciplinar o processo de organização da gestão em subsistemas de saúde municipais. Com efeito, fica claro que, além de haver uma rede de serviços, a gestão em rede é crucial para que seja possível garantir a integralidade da atenção à saúde.

Vale lembrar, que a gestão em rede resgata as antigas iniciativas dos sistemas locais de saúde e distritos sanitários, mas ampliam perspectiva sanitária anterior para as denominadas ‘redes de atenção à saúde’. As ‘redes de atenção à saúde’ estão também vinculadas à ideia de regionalização e

---

<sup>2</sup> Conforme Silva e Magalhães Júnior (2008, p. 83), as “linhas de cuidado” são estratégias utilizadas nas RAS (Redes de Atenção à Saúde), aplicadas a determinados diagnósticos ou condições crônicas, que orientam os usuários sobre os caminhos preferenciais que devem percorrer nas linhas e pontos de rede para ter suas necessidades adequadamente atendidas”.

hierarquização das ações e serviços de saúde, cabendo citar o Pacto pela Saúde (2006) que propõe a “regionalização solidária” e, mais especificamente, a sua terceira dimensão, o Pacto de Gestão do SUS.

O presente artigo, portanto, pretende contribuir na discussão acerca da noção de integralidade ampliada como perspectiva da integração em rede, entendendo-a como um processo de cogestão entre os hospitais e as demais unidades e serviços de saúde no âmbito do SUS<sup>3</sup>.

## **Gestão Hospitalar e Integração em Rede no Âmbito do SUS**

A fragmentação dos modelos tecnoassistenciais, diagnosticada frequentemente na literatura, somente poderá ser superada quando a integração dos serviços de saúde se der de fato por meio das ações de promoção, garantia de atenção nos três níveis de complexidade, articulação das ações de prevenção, promoção e recuperação, abordagem integral dos indivíduos e das famílias.

Em consonância com Mattos (2004), Hartz e Contandriopoulos (2004, p. 5332) propõem a construção de um “sistema sem muros”, no qual seriam eliminadas as barreiras de acesso entre os diversos níveis de atenção – do domicílio ao hospital, especialistas e generalistas, setores público e privado.

É fundamental compreender que o conceito de integralidade adotado está intrinsecamente vinculado à perspectiva de integração dos serviços por meio de redes assistenciais<sup>4</sup>.

A integração por meio de redes assistenciais visa a garantir uma ‘linha de cuidado’, já que as ações são desenvolvidas em diversas pontes, indo do ambiente domiciliar, passando pelas equipes de saúde até o ambiente hospitalar. Para Silva e Magalhães Júnior (2008, p. 83):

Com a instituição da linha de cuidado, além da realização de ações sistemáticas nos campos da prevenção e promoção, os usuários acessam pontos da rede e transitam entre eles de acordo com suas necessidades singulares, com impactos positivos na eficiência e efetividade da ação, na redução de hospitalizações e da procura em serviços de emergência e na humanização da relação dos portadores dessa condição com o sistema de saúde.

Desse modo, está reconhecida a interdependência dos atores e organizações, em razão de que nenhum deles dispõe da totalidade de recursos e

---

<sup>3</sup> Dentre as questões-chave do referido pacto cabe citar as seguintes: a definição dos papéis e responsabilidades das três esferas de gestão; a regionalização com ênfase no Plano Diretor de Regionalização (PDR) e Plano Diretor de Investimentos (PDI) e na definição de redes de atenção à saúde; o financiamento; a Programação Pactuada Integrada (PPI); a regulação assistencial e o papel das secretarias estaduais de saúde na coordenação das referências intermunicipais; e a gestão dos prestadores de serviços (Conass, 2006).

competências necessárias para a solução dos problemas de saúde de uma dada população em seus diversos ciclos de vida.

A noção de integralidade ampliada aqui defendida pressupõe uma concertação, ou seja, uma cogestão<sup>5</sup> em relação a um dado sistema local/regional e seus subsistemas de saúde ou “redes de atenção à saúde”<sup>6</sup>.

Como afirmam Cecílio e Merhy (2003, p. 199), a “integralidade do cuidado que cada indivíduo real necessita, frequentemente transversaliza todo o sistema. Não há integralidade radical sem esta possibilidade de transversalidade”. Isto porque a transversalidade traz a emergência de uma cogestão entre os atores sociopolíticos que compõem o SUS, sob pena de prejudicar ou inviabilizar a consecução da ‘rede cuidadora’.

No sentido de dimensionar as inúmeras barreiras para que a proposta de cogestão seja obtida, Campos (2000, p. 142), quando estabeleceu a articulação da mesma com espaços coletivos, definiu o quadro conceitual a seguir:

A democracia institucional não anula a existência de contrapoderes. A cogestão não prescinde de instâncias que pressionam as equipes de trabalho, obrigando-as a escutar e a dialogar com outros Sujeitos. Ao contrário. Pressões e exigências oriundas da gerência, de outras unidades de produção ou mesmo de usuários podem funcionar como poderoso antídoto contra o corporativismo, a burocratização ou ao fechamento em departamentos. Esses contrapoderes tensionam positivamente a lógica interna dos Coletivos. A relação entre esses contrapoderes e poder em construção dentro de cada Coletivo é o substrato para a formação de compromisso, e o estabelecimento de contratos entre a autonomia (predomínio de elementos internos) e o controle (predomínio de forças externas ao Colegiado).

Portanto, para que a cogestão seja efetiva deve possuir a característica da horizontalidade, consistindo na governança comum de atores sociopolíticos e organizações autônomas, formando uma rede assistencial que coopere em um projeto clínico coletivo.

---

<sup>4</sup> Cecílio e Merhy (2003, p. 199), argumentam que o “conceito de ‘sistema de saúde’ denotaria uma concepção idealizada, de caráter normativo da saúde, que não se sustentaria na prática.” Os autores defendem ainda que seria mais correto pensar em uma rede móvel, assimétrica e incompleta de serviços que operassem distintas tecnologias de saúde, os quais seriam acessados de forma desigual pelas diferentes pessoas ou agrupamentos que deles necessitem.

<sup>5</sup> O conceito de cogestão adotado está referenciado em Demo (1988, p. 92). Para o autor, cogestão seria cogerir, o que por sua vez seria similar a co-participar, significando de forma mais específica, “a conquista de espaço crescente na administração do próprio destino, sem ignorar que pelo menos em parte ele é imposto”.

<sup>6</sup> De acordo com Silva e Magalhães Júnior (2008, p. 81), as redes de atenção à saúde representariam “uma malha que interconecta e integra os estabelecimentos e serviços de saúde de determinado território, organizando-os sistematicamente para que os diferentes níveis e densidades tecnológicas de atenção estejam articulados e adequados para o atendimento ao usuário e para a promoção da saúde”.

Tomando-se por base a perspectiva de cogestão mencionada anteriormente, é possível afirmar que a integração dos serviços de saúde deverá ser dada em função da noção ampliada de integralidade. Dessa forma, Hartz e Contandriopoulos (2004) informam que a integralidade será exercida por intermédio de uma ação social, resultante da interação democrática entre os atores no cotidiano de suas práticas na oferta do cuidado de saúde, assim como nos diferentes níveis de atenção do sistema.

No tocante à relação entre a gestão hospitalar e a integração no âmbito do SUS, pode-se afirmar que a integralidade do cuidado só poderá ser alcançada em rede. Isto porque, de forma plena, a 'linha do cuidado' perpassa diversos serviços de saúde.

A gestão hospitalar deve perceber o hospital como um componente fundamental da integralidade ampliada, sendo o mesmo uma 'estação' no circuito pelo qual o indivíduo passa, objetivando obter a integralidade de que necessita.

Assim, o gestor hospitalar deve estar preocupado em criar dispositivos que sirvam para conectar a sua unidade de forma mais efetiva com a rede de serviços de saúde. Cecílio e Merhy (2003, p. 200) partindo do consenso de que no âmbito do SUS, o hospital é visto como referência em determinadas situações de maior complexidade ou gravidade, defendem que:

(...) por mais que se amplie e se aprimore a rede básica de serviços, as urgências/emergências hospitalares seguem sendo importantes portas de entrada da população no seu desejo de acessar o SUS. Sem querer apontar as explicações para tal fato, o que queremos reter, aqui, é que não temos sabido trabalhar de forma mais cuidadosa esta demanda espontânea que tanto aflige os trabalhadores e os gerentes nos seus cotidianos. Atender, dia após dia, esta demanda interminável, torna-se uma tarefa desgastante e de resultados sempre duvidosos, se o critério é uma avaliação dos impactos sobre a saúde da população. No entanto, as urgências/emergências seguem funcionando de forma tradicional, na base da queixa-conduta, resultando em uma clínica reducionista e ineficaz, que, em princípio, aponta para tudo, menos para a integralidade.

Entende-se que para superar os desafios impostos à integralidade ampliada proposta é essencial haver uma gestão da rede, ou melhor, em rede, com o intuito de estimular uma melhor integração entre os diversos serviços de saúde, garantindo a efetivação de uma 'linha de cuidado' mais adequada a cada indivíduo.

## Discutindo a Gestão em Rede no Âmbito do SUS

A gestão em rede está sendo entendida como um instrumento garantidor da noção de integralidade ampliada. O percurso que o indivíduo faz no sistema de saúde deve seguir uma 'linda de cuidado' determinada. Para tanto, é imprescindível que haja uma pactuação contínua entre os gestores e profissionais dos diversos sistemas, subsistemas e serviços de saúde no sentido de possibilitar a criação e manutenção de uma 'rede cuidadora'. Desse modo, Silva Junior, Alves e Alves (2005, p. 86), defendem que:

Com essa proposta, tenta-se romper com a lógica hierarquizada de 'esferas de governo' e níveis de atenção e introduz-se a necessidade de pactos coletivos. Nesses pactos, renovados periodicamente, gestores e trabalhadores de saúde se comprometem, através de seus processos de trabalho, como desenvolvimento de uma malha de cuidados ininterruptos progressivos. Sustentam-se esses pactos com processos de co-gestão, onde se implicam autonomia e fluxos matriciais de conhecimentos, práticas e responsabilidades.

Do ponto de vista da micropolítica, a lógica da produção do cuidado 'transborda' o processo de coordenação e as atribuições de uma equipe assistencial, já que poderá ser realizada de forma transversalizada, fazendo com que não só sejam percorridas diversas unidades de cuidado do hospital, mas também outros serviços de saúde. Portanto, na perspectiva da integralidade, para realizar a transversalidade do cuidado depende necessariamente de uma rede mais ampla de serviços (CECÍLIO & MERHY, 2003).

Por sua vez, Franco (2006), ao observar o funcionamento das redes de cuidado do SUS, verificou que entre as unidades, seja de equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), unidades básicas, serviços de especialidades, rede hospitalar ou mesmo o atendimento pré-hospitalar, estas trabalham em mútua comunicação.

Com efeito, o que se repetiria em uma unidade de saúde, de certo modo, seria um funcionamento em rede, assim como entre equipes e/ou trabalhadores de saúde. Franco (2006, p. 465) pontua uma questão central, isto é, o perfil assumido pelas redes constituídas no cenário de produção de saúde. O próprio autor responde da seguinte forma:

Há aquelas que se organizam nesses cenários, com práticas de reprodução da realidade, repetindo velhos métodos de gestão do cuidado. Essas redes são modelares, capturadas por sistemas normativos de significação da realidade, serializam as práticas de cuidado quebrando a lógica das singularidades existentes tanto no trabalhador quanto no usuário. Há outras que se organizam em conexões e fluxos contínuos de cuidado,

onde são produto e ao mesmo tempo produtoras da ação dos sujeitos singulares que se colocam como protagonistas em um determinado serviço de saúde. Essas redes compõem um mapa que se vai formando como se as suas linhas navegassem sobre a realidade, em alta intensidade de fluxos. Têm alta potência de constituição do novo, um devir para os serviços de saúde, associados ao cuidado e centrado nos campos de necessidades dos usuários.

A integralidade da atenção, para ser alcançada, deve contar com a unicidade do SUS, a qual deverá ser conduzida por entes descentralizados e autônomos com o dever de garantir ao indivíduo a integralidade de sua saúde por meio de um conjunto de ações e serviços de saúde interdependentes em especialidades, complexidades, conhecimentos e tecnologias (SANTOS & ANDRADE, 2008).

A integralidade da atenção, como diretriz do SUS, visa a contrapor-se à lógica curativa e hospitalocêntrica legada pela medicina previdenciária. O sistema de atenção proposto por Giovanella e colaboradores (2002) foi definido para garantir de forma articulada para indivíduos e populações, consistindo em ações de três tipos, quais sejam: promoção da saúde; prevenção de enfermidades, acidentes e recuperação da saúde (cura e reabilitação).

Propõe-se, então, a construção ativa da 'linha do cuidado' para superar o encaminhamento burocrático da contrarreferência no sentido de apoiar o indivíduo/paciente após o período de internação, com vistas à conquista de uma maior autonomia do mesmo em relação a sua própria recuperação. Entende-se que a garantia da integralidade ampliada passa pela necessidade de pensar o momento posterior à alta do indivíduo/paciente, já que o mesmo deverá contar com a continuidade do tratamento em outros serviços de saúde.

## **Considerações Finais**

A defesa da proposta de integralidade ampliada procurou enfocar a integração em rede no âmbito do SUS, entendendo que dessa forma é possível garantir a efetivação de 'linhas de cuidado'. A efetivação destas, por sua vez, depende da cogestão entre os atores sociopolíticos e os diversos serviços de saúde envolvidos.

Em que pese as iniciativas governamentais com vistas à lógica de organização e hierarquização do acesso ao SUS, a porta de entrada pode ser uma unidade de atenção básica ou mesmo um hospital, mas o fundamental é que o indivíduo se sinta acolhido, recebendo um atendimento integral e que ao final do 'circuito' obtenha resposta positiva frente ao seu problema de saúde.

Não obstante, é fundamental que a integralidade se dê verticalmente, no atendimento integral ao indivíduo em uma dada unidade de saúde, mas também horizontalmente, isto é, que a rede de atenção à saúde esteja articulada para dar o atendimento necessário com qualidade.

A horizontalidade mencionada não está pensada de forma abstrata, isto é, para que a mesma ocorra de fato como rede de atenção à saúde, é fundamental a existência de uma gestão em rede que siga o modelo de cogestão.

As diversas unidades e serviços de um subsistema de saúde, além de estarem interligados, interferem na gestão da rede, com base em seus representantes, como atores sociopolíticos. Desse modo, haverá um empoderamento dos atores envolvidos no processo e a possibilidade de definição conjunta de metas, diretrizes e ações.

Para tanto, torna-se crucial observar a formação e a qualificação dos profissionais de saúde diretamente envolvidos nas 'linhas de cuidado', pois são estratégicos na condução do cuidado ao indivíduo. Tal ponto é extremamente importante, inclusive, para se obter a reversão do modelo hospitalocêntrico.

Com efeito, a gestão hospitalar tem também papel fundamental na reorientação do referido modelo. Para tanto, os gestores hospitalares precisam colaborar junto aos demais gestores de serviços de saúde na construção de uma 'linha de cuidado' efetiva que ocorra em uma dada rede de atenção à saúde. Somente assim, será possível construir concretamente as bases para a integralidade ampliada no âmbito do SUS.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Senado Federal, Centro Gráfico, Brasília, 1988.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica do Sistema Único da Saúde - NOB-SUS 01/1996*. Dispõe sobre a gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. Brasília (DF), Ministério da Saúde, 1997.

CAMPOS, G. W. de S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção*

de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

CECÍLIO, L. C. de O. & MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde* In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs). Rio de Janeiro: Uerj/IMS, Abrasco, 2003.

CONASS. 2006. *Para entender o pacto pela saúde 2006* (Volume I, Portaria GM/MS 399/2006 - NOTA TÉCNICA 06/2006). Brasília, Con-

selho Nacional de Secretários de Saúde, 2006.

DEMO, P. *Participação é conquista: noções de política social participativa*. São Paulo: Cortez Autores Associados, 1988.

FRANCO, T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs.). Rio de Janeiro: Lappis-IMS/Uerj, Abrasco, 2006.

GIOVANELLA, L. et al. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. *Saúde em Debate*, vol. 26, n. 60, jan./abr., p. 37-61, 2002.

HARTZ, Z. M. de A. & CONTANDRIOPOULOS, A.-P. Integralidade de atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". Rio de Janeiro, *Cadernos de Saúde Pública*, n. 20, supl. 2, p. 5.331-5.336, 2004.

MATTOS, R. A. de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Rio de Janeiro, *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 5, p. 1.411-1.416, set./out., 2004.

MENDES, E. V. A descentralização do sistema de serviços de saúde

no Brasil: novos rumos e um outro olhar sobre o nível local. In: *A organização da saúde no nível local*. São Paulo: Hucitec, 1998.

SANTOS, L. & ANDRADE, L. O. M. de. A organização do SUS sob o ponto de vista constitucional: rede regionalizada e hierarquia de serviços de saúde. In: *Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde*. In: SILVA, S. F. da. (Org.). Campinas: Idisa, Conasems.

SCHRAIBER, L. B. Desafios atuais da integralidade em saúde. *Jornal da Rede Feminista de Saúde*, n. 17, mai., p.27-30, 1999.

SILVA JUNIOR, A. G. da S.; ALVES, C. A.; ALVES, M. G. A. Entre tramas e rede: cuidado e integralidade. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção Social da Demanda*. Rio de Janeiro: Cepesc/Uerj, Abrasco, 2005.

SILVA, S. F. da; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Redes de atenção à saúde: importância e conceitos. In: *Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde*. In: SILVA, S. F. da. (Org.). Campinas: Idisa: Conasems, 2008.

VIANNA, A. L. *Modelos de Intervenção do Estado na Área da Saúde*. Rio de Janeiro: Uerj/IMS, 1995.