

GESTÃO EM SAÚDE: PERSPECTIVAS E DESAFIOS PARA A CONSTRUÇÃO DA INTEGRALIDADE

Victor Grabois
Simone Cristina da Costa Ferreira

Introdução

Este artigo está vinculado às atividades da pesquisa *A integralidade na construção de modelos e práticas no campo da saúde*, e foi construído com base em uma entrevista realizada com o médico sanitarista Victor Grabois. Neste contato com o gestor, buscávamos travar um diálogo entre as diversas concepções sobre a integralidade e as possibilidades concretas de ação no campo da gestão de sistemas e serviços de saúde, com especial atenção para o campo da gestão hospitalar.

Situamos a gestão no campo da ação política. Queremos com isso afirmar que a gestão está vinculada à capacidade de articular determinados recursos para atingir-se uma dada finalidade. Gestão, então, seria a arte ou ciência de identificar os recursos necessários para a concretização de determinadas finalidades, a mobilização em si para obtê-los, e de combinar, de forma adequada, sua utilização, por meio da ação humana e de determinados processos de trabalho, de acordo com dimensões que qualificam o alcance destas finalidades ou objetivos.

A gestão dependeria de saber para onde queremos ir ou que objetivos queremos alcançar, como fazer e como obter o que necessitamos, e ainda, como removermos os obstáculos que nos impedem de chegar lá.

A combinação, ou ainda, a gestão dos recursos articula-se à identificação de quem os controla e que outros recursos e que ações podem ser empreendidas no sentido de obtê-los. Os recursos aqui são entendidos como apresentado por Matus (1991, p. 37):

recursos, dentre os quais convém destacar o controle dos centros de decisão (poder político), o controle de recursos econômicos e decisões orçamentárias (poder econômico), o controle de recursos comunicacionais (poder comunicacional) e o controle das capacidades científicas e técnicas (poder cognitivo e organizativo).

A gestão, como dissemos antes, é uma ação política, vinculada ao exercício de governar. Neste sentido, é preciso pensar a gestão dentro de uma dada racionalidade, em uma articulação contínua de três variáveis: (i) projeto de governo, um conjunto de ações e projetos que o gestor propõe para o alcance dos objetivos; (ii) capacidade de governo, capacidade para dirigir do gestor e de sua equipe mediante o elenco de técnicas, métodos, destrezas e habilidades; e (iii) governabilidade do sistema, diz respeito à relação entre as variáveis que o gestor controla e não controla no processo de governo. (HUERTAS, 1996).

Vale ressaltar que estas três variáveis, apesar de distintas, apresentam-se no sistema de gestão de forma dependente.

A baixa capacidade de governo afeta a governabilidade, a qualidade da proposta e a gestão do governo. As exigências do projeto de governo põem em prova a capacidade de governo e a governabilidade do sistema. A governabilidade do sistema, por fim, impõe limites ao projeto de governo e faz exigências à capacidade de governo. (MATUS, 1991, p. 35)

A gestão, dita de outra forma, é também a capacidade de articular diferentes projetos existentes, de lidar com grupos, interesses e realidades diferentes, e a capacidade de pactuar algumas finalidades, através da construção de consensos aproximativos. É o que permite, em alguma medida, que as instituições andem, ou seja, é uma aproximação de finalidades.

A gestão em saúde seria então a definição de finalidades ou objetivos de caráter sanitário, envolvendo instituições ou sistemas de saúde; o estabelecimento dos recursos necessários e sua combinação adequada, considerando as peculiaridades do trabalho em saúde e as dimensões que permitem que se tenha qualidade. Quando falamos de finalidades, partimos do pressuposto de que existem diferentes projetos no âmbito da sociedade, em um sistema de saúde ou instituição, e, neste sentido, é parte da gestão promover o diálogo entre estes projetos, assumindo a gestão como um processo contraditório entre interesses e pontos de vista.

A gestão hospitalar teria um foco mais preciso no desempenho dos hospitais, ainda que hoje se deva pensar a gestão hospitalar mais como um processo de gestão de redes assistenciais do que de unidades isoladas ou autônomas.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o hospital é parte integrante de uma organização médica e social cuja missão consiste em proporcionar à população uma assistência médico-sanitária completa, tanto curativa como preventiva, e cujos serviços externos irradiam até o âmbito familiar; o hospital é também um centro de formação de pessoal da saúde e de investigação biológica e psicossocial.

Também no hospital você lida com grupos, corporações e atores que têm inúmeros projetos e inúmeros interesses, que refletem também inte-

resses externos. O complexo industrial da saúde, os políticos organizados como tal, e outros tantos atores com diferentes projetos também influenciam na gestão.

O processo de produção social conjuga muitos atores que *não obedecem a uma mesma ordem*. A estrutura social não é uma estrutura hierárquica, e não há probabilidade de que um chefe, mediante as ordens que dê, consiga dar coerência ao processo. (MATUS, 1991, p. 143) (Grifos do autor)

Assim, antes de tudo, na gestão hospitalar é preciso identificar os recursos e ter uma razoável clareza de quais são os atores, os projetos existentes, e quais são as contradições entre eles. Considerar que o gestor tem um projeto, que trabalha tendo em vista uma dada racionalidade, construída em um processo de planejamento estratégico, mas também reconhecer que este não é o único projeto existente.

Quando o gestor percebe o processo de gestão de forma muito menos tecnocrática, a sua ação contempla antes à defesa do projeto, a criação de espaços de diálogos, espaços de interlocução, de interface, de aproximação, enfim, espaços de criação de consensos. Com isso, não eliminamos ou deixamos de reconhecer que há projetos em disputa, mas é necessário também garantir que as disputas não paralitem as ações e engessem a gestão.

É importante ressaltar que não adianta negar a existência dos projetos ou dos atores, pois eles estão em ação, em movimento, para atingir seus objetivos. E quando enfocamos no hospital precisamos considerar que falamos de atores que possuem recursos e um alto grau de autonomia. Assim, é preciso construir consensos e dar direcionalidade à gestão, construindo uma lógica gerencial com um olhar do planejamento, trabalhando o triângulo de ferro (projeto de governo, capacidade de governo e governabilidade), em uma perspectiva muito mais compartilhada e muito mais dialogada, considerando o movimento real dos atores.

Atenção à Saúde: necessidades e respostas

Tomando-se por base a definição de saúde como o bem-estar físico, psíquico e social, podemos agregar outros aspectos, principalmente na dimensão da singularidade. Assim, saúde também significa a possibilidade de que cada um realize seu projeto de felicidade¹ (AYRES, 2004), de que sua vida corresponda às suas aspirações, seu projeto de estar bem na vida. Significa também a possibilidade de conduzir sua vida, de ter autonomia, de

¹ Aqui, projeto de felicidade significa que concepção de vida bem-sucedida orienta os projetos existenciais dos sujeitos a quem prestamos assistência.

poder fazer suas escolhas e construir suas redes que conduzam à realização de seu projeto de felicidade, uma singularização da saúde para cada indivíduo.

Garantir saúde pressupõe considerar que estamos lidando com definições do que é ter saúde, que são muito específicas de cada indivíduo. Mesmo no campo da saúde coletiva, com objetivos mais gerais, quando o sistema se propõe à redução da mortalidade materna, ou o controle da influenza, estes objetivos também têm uma interface com o cuidado, na medida em que trabalha com pessoas, com indivíduos, com sujeitos que têm uma visão específica do que é saúde.

Portanto, produzir saúde não é só devolver a alguém um dado estado físico, psíquico e social. Na verdade, também é como eu construo a saúde junto com esse indivíduo. A necessidade de saúde é apreendida, para Cecílio (2001) a partir de quatro conjuntos de necessidades: o primeiro está voltado às condições de vida, entendendo que os vários determinantes que atuam sobre a vida do sujeito atuam no seu adoecimento, em outras palavras, 'a maneira como se vive se traduz em diferentes necessidades de saúde'. O segundo diz respeito ao acesso e utilização de toda a tecnologia disponível para garantir a saúde dos indivíduos conforme as suas diferentes necessidades. O terceiro se refere aos vínculos afetivos que devem ocorrer entre o profissional de saúde e o usuário, de forma a estabelecer uma relação de confiança que possibilite ter naquele profissional uma referência. Nas palavras do autor, seria "uma relação contínua no tempo, pessoal e intransferível, calorosa: um encontro de subjetividades" (CECÍLIO, 2001, p. 115). O último conjunto de necessidades está ligado à autonomia do indivíduo no seu *modo de levar a vida*, o que significa que não bastaria ter acesso à informação e educação em saúde, mas ele deveria reconstruir sua vida de modo a atender às suas necessidades. Ter saúde passa também pela possibilidade de o sujeito poder construir suas redes, e como o profissional de saúde pode apoiá-lo nesta construção.

A concepção ampliada de saúde necessita do reconhecimento desta singularidade dos sujeitos, o sistema de saúde precisa construir mecanismos que deem conta um pouco do todo. Quer dizer, eu tenho uma dada população, que possivelmente produzirá um quantitativo n' de consultas, cirurgias e procedimentos. Podemos construir protocolos de tratamento de hipertensos, e isso é importante, no entanto, é preciso ter uma clínica centrada no sujeito, na sua vivência concreta, onde a saúde é parte desta vivência, assim, eu devo considerar, além dos sintomas de hipertensão, o fato de o indivíduo ter quatro filhos, de estar desempregado e de residir em área de risco.

O conceito ampliado de saúde implica uma abordagem na gestão de sistemas e serviços de saúde que considere fortemente a inter-setorialidade, uma visão sistêmica e ampliada das necessidades de um indivíduo e ou de uma coletividade, e a contextualização da implementação de ações em diferentes redes ou tramas.

A institucionalização das práticas de saúde, a perda do controle sobre os meios de trabalho, a crescente especialização e a maciça incorporação de tecnologias duras contribuíram para que houvesse um predomínio das tecnologias duras e leve-duras no trabalho em saúde e um empobrecimento dos aspectos intersubjetivos da relação profissionais-usuários. Desse modo, o trabalho médico e o trabalho em saúde em geral orientaram-se aos procedimentos e não às necessidades das pessoas, havendo empobrecimento de sua dimensão cuidadora. (FEUERWERKER & CECÍLIO, 2007, p. 965)

Quem cuida precisa considerar os aspectos singulares do usuário – sujeito que é objeto de seu cuidado; suas necessidades, pontos de vista e desejos de forma ampla, a melhor escolha e combinação de tecnologias e quais os melhores arranjos para o cuidado, entre outros pontos. Muitos profissionais cuidam de um mesmo usuário, usam e escolhem diversas tecnologias e precisam fazê-lo no momento adequado, da forma certa, eficiente e acessível. Estes processos precisam ser desenhados, planejados, avaliados e corrigidos, se for o caso. É disso que a gestão se ocupa, esta é sua intencionalidade, estabelecendo objetivos, melhorando processos, desenhando espaços de troca e pactuação entre os profissionais entre si e com os usuários e famílias, implantando normas e protocolos. Essa seria uma possibilidade de construção da integralidade, a equipe de saúde olhar para um indivíduo e descortinar esse conjunto de necessidades.

Por outro lado, você pode trabalhar com uma noção de integralidade considerando os vários espaços do sistema de saúde. Integralidade entendida como a possibilidade de que o indivíduo percorra diferentes níveis de complexidade tecnológica, de acordo com a sua necessidade.

A integralidade é tanto em relação ao conjunto de necessidades do indivíduo quanto a possibilidade de que esse indivíduo transite por diferentes níveis de atenção, ou seja, a integralidade só é possível através da ação micro/focalizada, com uma abordagem multiprofissional, centrada no espaço do serviço e a macro/ampliada com a articulação dos serviços de saúde e outros. A integralidade focalizada é pensada como parte de uma integralidade mais ampliada que se realiza em uma rede de serviços de saúde (CECILIO, 2001).

Materializar a concepção de um cuidado integral ao paciente/usuário em um dado contexto – unidade de saúde ou sistema de saúde – articula-se diretamente aos modos de fazer a gestão ou modelos de gestão adotados. Tentar identificar os modos de fazer a gestão que mais facilitam ou contribuem para cuidados integrais é o desafio que se coloca claramente para os que enxergam na integralidade um dos eixos de defesa e materialização do Sistema Único de Saúde (SUS) enquanto uma política pública.

Perspectivas e Desafios da Gestão: os caminhos para a construção de um sistema integral de saúde

Valendo-se da análise de experiências concretas, primeiro é preciso ter claro que estamos falando de realidades distintas, com processos muito diferenciados. Encontramos no Brasil, estados e municípios que conseguiram desenvolver e implementar propostas mais estruturadas de regionalização e de qualificação da gestão: redes de atenção à saúde, colegiados regionais de gestão e, que incluindo o hospital no debate sobre qualificação da gestão e da atenção, avançaram na implementação de contratos de gestão como mecanismo de repasse de recursos financeiros e de pactuação de outros tipos de recursos (investimentos, processos de formação, apoio à gestão etc.). Fazem parte deste processo a utilização, de forma negociada, de mecanismos de monitoramento e avaliação e de incentivo à adoção de instrumentos por parte dos hospitais contratualizados, que facilitam sua inserção nas redes de atenção e a qualificação do cuidado.

Essa, é claro, não é a realidade da maioria dos hospitais. O que encontramos no cotidiano das instituições é:

1. Contratos que não são capazes de gerar impacto em matéria de inserção e em matéria de efetividade, e processos de trabalho que não se modificam em seu interior, permanecendo centrado em especialidades médicas. Dentre as alegações, inferimos que os recursos recebidos seriam insuficientes, e/ou haveria carência de profissionais. Tal realidade também reflete uma certa 'incapacidade propositiva', por hora vamos chamar assim, uma incapacidade de gestão no plano do sistema, onde este não é capaz de propor uma dada direcionalidade, ou não é capaz de fazer o processo de suporte, de educação e de acompanhamento dessas unidades.
2. Atuação desfocada das necessidades do sistema, por intermédio da seleção de pacientes e de procedimentos. Como o hospital tem um teto financeiro definido, ele acaba fazendo menos o mais adequado às necessidades do sistema, mas o mais interessante do ponto de vista dos gastos.
3. Hospitais organizados, não pelo nível de cuidado, mas sim pelas especialidades médicas, estando a emergência, na maioria das situações, como um serviço desintegrado, desvinculado, algo à parte, fora da linha de cuidado.
4. Hospitais decidindo isoladamente, de maneira autárquica, sobre a oferta e o fechamento de serviços. Vemos claramente o fechamento dos serviços de urgência e emergência, especialmente nos hospitais universitários e especializados. E, neste caso, não nos referimos à substituição de uma porta aberta, por uma porta regulada, mas sim de fechamento de fato.

5. Baixa autonomia administrativa e gerencial, com centralização das decisões no plano da gestão municipal ou estadual.

O desafio básico para a construção do sistema único de saúde é termos um *desempenho que seja efetivo e ao mesmo tempo eficiente*, seja no plano de uma unidade de saúde seja no plano das redes ou sistemas de saúde. Apresentamos algumas propostas e políticas governamentais que cumprem uma função indutora da organização do Sistema de saúde e que merecem destaque pela sua importância, quais sejam:

CONTRATUALIZAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE COM OS GESTORES DE SISTEMAS (EXTERNA) E NO PLANO DAS INSTITUIÇÕES COM OS TRABALHADORES EM SAÚDE (INTERNA) – O Contrato de gestão tem sido trabalhado dentro da administração pública, em uma lógica de autonomia, em uma lógica de incentivo, de estabelecimento de metas, que possa facilitar o controle de recursos públicos, o diálogo, a transparência, enfim, a própria inserção do sistema. No entanto, os modelos que têm proliferado, tendo alcançado resultados importantes quanto à gestão, ainda estão fora da administração pública, e correspondem, em maior ou menor grau, a um processo de terceirização, de privatização.

Hoje, tramitando no Congresso Nacional e tema de debate em todos os espaços do SUS, temos a proposta de Fundação Estatal de Direito Privado. Barbosa (2007) vê nesta proposta potência para qualificar o desempenho dos hospitais, mantendo-os no campo da Administração Pública, permitindo um maior controle social e dos órgãos responsáveis quanto ao uso dos recursos públicos.

Para o contratualização com a rede, é preciso, antes, para que seja realmente um contrato efetivo, um processo de criar uma governança mais ampliada, que inclua estado, município, universidade. Enfim, os parceiros, os atores, controle social, os trabalhadores nesse processo de Cogestão.

Quando trabalhamos com descrição de contratualização, por exemplo, o gestor contratualiza o hospital, ele está contratualizando em função de interesses específicos, por exemplo: 1. Criar os territórios integrados de atenção à saúde; 2. Criar uma rede de urgência e emergência; 3. Criar uma linha de cuidado ao paciente oncológico. O hospital vai produzir um quantitativo n' , ou vai fazer determinados tipos de procedimentos, ou vai regular suas consultas. Estas metas devem estar articuladas a um dado papel nestas redes e linhas de cuidado, associadas à utilização de indicadores de desempenho: tempo-resposta para exames e procedimentos; tempo de permanência, taxa de ocupação, taxa de mortalidade, entre outros. O mecanismo da contratualização externa pode induzir o hospital a trabalhar desta forma.

A contratualização imprime na gestão hospitalar uma ideia muito próxima de gestão do sistema, em uma perspectiva menos autárquica, ao contrário, mais pactuada, mais integrada e mais contratualizada.

Outros mecanismos e processos têm potência para uma atuação concreta na gestão em rede. Podemos pensar na acreditação que utiliza padrões de qualidade do ISO; as equipes do hospital que podem dar suporte às equipes de Saúde da Família; os fluxos concretos de encaminhamento, de atuação em conjunto; o suporte a distancia, enfim, uma série de mecanismos que interferem na gestão em rede.

Temos experiências, razoavelmente disseminadas, de processos de contratualização nos hospitais universitários e de ensino, nos hospitais de pequeno porte e nos hospitais filantrópicos. A fragilidade deste processo é que no fundo o contrato existe, mas, muitas vezes, o próprio processo de construção dessas redes é muito incipiente. Contrata-se uma dada produção, um determinado resultado, mas será que induziu um papel na rede? E aí tudo fica mais complicado, seja porque, às vezes, esse desenho de rede não está dado, seja porque também é preciso toda uma metodologia mais específica para a construção de uma rede.

Encontramos situações no Brasil de hospitais de pequeno porte que, na verdade, nem deveriam ser chamados assim. Às vezes, o hospital tem um tempo médio de permanência muito baixo, mas isso, na verdade, reflete não a sua eficiência, mas que ele não tem complexidade nenhuma. Então, é fundamental articular também a essa discussão uma melhor definição de qual papel o hospital vai cumprir na rede, ou qual é o investimento e os processos educativos necessários, quais são as redes, como é feito o apoio a essas redes, como os compromissos são construídos, e compromissos de quê? Tempo, padrão de qualidade, padrão de complexidade, fluxo. Definir como o paciente chega, mediante um dado protocolo; esse protocolo construído por todas as partes; definir o tempo-resposta para o paciente, se ele vai entrar em uma fila, se utiliza critérios de classificação de risco. É preciso, para essa construção, uma ourivesaria, um trabalho artesanal, de uma jóia, que também é muito formal, e muito pouco feito.

Mas, vejamos, os mecanismos formais, os papéis hoje têm muito pouca potência. Eles não atingem o trabalhador que está na ponta. A questão é como colocar as pessoas em posição de diálogo, não me refiro, neste caso, ao diálogo estratégico, mas à discussão de caso clínico mesmo. Assim, o papel do gestor, quando ele propõe uma contratualização, não é só de propor. É: como se constrói isso? E que propostas estão sendo levadas e como fazer para articular esses diferentes atores, quem está na rede básica, quem está na Saúde da Família, quem está no hospital, e em uma dada situação poder discutir casos, poder construir protocolos.

Os hospitais, à medida que foram assinando seus contratos de gestão, também fizeram processos para dentro, contratos internos, mais do ponto de vista da responsabilização dos atores, da implantação de um modelo que possibilitasse trabalhar com a noção de responsabilização e de como se dá a sua construção, incorporando ao processo de trabalho

uma noção de diálogo com interação, uma noção de rede tanto para dentro quanto para fora.

Os contratos têm potência, mas precisam ser mais bem trabalhados. Vejam os hospitais, eles continuam consumindo muitos recursos, os gastos do Ministério da Saúde apresentam um aumento significativo nos gastos não hospitalares, mas ainda assim os hospitais consomem a maior parte dos recursos. Então, é importante dar efetividade aos mecanismos de contratualização, creditações, criar compromissos que precisam ser concretizados para garantir que o indivíduo vai operar mais rápido, que vai ficar menos tempo no pronto socorro. Enfim, precisa impactar na rede e na produção do cuidado em saúde.

É preciso também repensar o financiamento, pois, mesmo quando realizado mediante o contrato de gestão, ele é um financiamento que obedece a séries históricas. É necessário recolocar esse financiamento em outro molde, considerando procedimento e insumos utilizados, valendo-se de um sistema de apuração de custos que possa, de fato, subsidiar um cálculo mais vinculado.

A situação que encontramos hoje e que na verdade deveria ser inversa é que os hospitais têm baixa autonomia em relação à gestão dos meios e uma autonomia completamente impensável do ponto de vista do seu escopo.

A defesa da autonomia dos hospitais deve se dar no âmbito da condução dos processos internos. Portanto, tem um desafio de construção de um modelo de gestão que permita contratualização, do ponto de vista da autonomia de escopo, com uma participação no sistema de saúde vinculada a compromissos, definidos na relação entre o gestor do sistema e o próprio hospital e, ao mesmo tempo, uma contratualização que dê liberdade, mas, também, que traduza compromissos na gestão interna da unidade.

A remuneração também pode ser encarada como um desafio, e, da mesma forma, deve ser definida mediante um processo de contratualização. É importante ressaltar que precisamos olhar para o mercado para ter parâmetros de remuneração para os profissionais de saúde, até por que há disputa por estes profissionais, mas isso não significa incorporar no serviço público a lógica de mercado.

A remuneração, o quantitativo e um quadro adequado de profissionais, são questões importantes, no entanto, isso também não dá conta dessa complexidade. Isso por si só não cria responsabilização, não cria compromisso, não cria um fluxo adequado, não cria linha de cuidado, não cria rede. Então, tem muito mais coisa a ser trabalhada no campo mesmo da responsabilização e revisão dos processos de trabalho.

A forma de pagamento praticada no mercado acontece mediante a produção, e isso induz à priorização de procedimentos mais caros. No SUS, este modelo traz implicações importantes para a oferta organizada de serviços de saúde, como na década de 1990, ocasião da edição das primeiras NOBs. A primeira NOB 01/91 teve como característica básica a

transformação dos gestores estaduais e municipais do SUS em meros prestadores de serviços ressarcidos conforme a produção:

Assim, apresenta dois importantes retrocessos em relação a certas expectativas legais abertas na Lei Orgânica quando não consegue regulamentar o seu artigo 35, construindo as diretrizes do financiamento a partir do pagamento por procedimentos e de forma convencional, e transformando os sistemas estaduais e municipais de saúde em meros prestadores de serviços, cerceando suas prerrogativas de gestão nos distintos níveis de governo. (BUENO & MERHY, 1997, s/p)

Além disso, o pagamento por procedimento não induz à melhoria da qualidade, e tão pouco a coloca enquanto um desafio e um compromisso dos serviços de saúde.

Referimo-nos à qualidade nos serviços de saúde, pensada como a possibilidade de fazer as escolhas corretas, ou seja, é ter capacidade de identificar o risco de um paciente, identificar necessidades, identificar as alternativas terapêuticas, capacidade de propor projetos terapêuticos adequados a cada necessidade, considerando sempre os aspectos singulares do paciente, e, ao mesmo tempo, fazer isso de maneira correta. Quer dizer, eu faço uma cirurgia de apendicectomia, que não produza infecção hospitalar, que não gere complicações. E mais, fazer a coisa certa, do modo certo, e completamente articulado com as demandas do sistema de saúde. Demanda de número de atendimentos, de um dado perfil de atendimento, de suporte do hospital para a rede básica, na Saúde da Família. Demanda de comunicação sobre os casos, e aí entra a discussão da tecnologia da informação, um elemento fundamental.

Concluimos que a qualidade precisa ser construída nas equipes, que precisam estar motivadas, é preciso combinar a autonomia com a coordenação, e isso se dá dentro de um dado modelo de gestão, mais permeável à participação dos trabalhadores e usuários, também a remuneração e o financiamento precisam estar presentes. Então, nós nos referimos a eixos completamente articulados.

MODELO DE GESTÃO E AS INTEGRAÇÕES POSSÍVEIS - Na maioria das unidades de saúde, mais acentuadamente nos hospitais, os modelos de gestão predominantes (centrados em procedimentos e validados apenas pelas evidências científicas) fragmentam as equipes, impedindo a reflexão conjunta e o intercâmbio de informações e conhecimentos sobre o usuário.

Cecílio (2002), ao reconhecer a complexidade das organizações de saúde, propõe um duplo movimento: equacionar a necessidade de autonomia x coordenação, criando um outro tipo de governo nas organizações de saúde que resulte em um novo arranjo dos governos existentes e adequação das

organizações governamentais a novos tempos que exigem mais compromisso com a eficiência e com a transparência.

O modelo de gestão, na prática, representa a forma como se constrói a governabilidade. É o que se propõe aos atores em matéria de funcionamento. Como é o processo de tomada de decisão, como que se constrói a direcionalidade? Quem participa do governo? O que vai qualificar o ator para participar do governo?

O hospital é uma organização complexa, “as formas organizacionais (...) constituem a base estrutural que condiciona as práticas de trabalho, mas estas últimas são muito mais sólidas que as formas organizacionais e são independente delas” (HUERTAS, 1996, p. 344). O processo de trabalho no hospital não é definido, ou alterado por normas, mas pela sua própria cultura institucional.

Não podemos pensar a autonomia do hospital no que diz respeito ao escopo de sua atuação. Suas prioridades, seu perfil assistencial, suas normas e protocolos, devem ser pensados em conexão com as redes de atenção e, de forma dialética, ajudar a formatá-las em suas prioridades, perfis, normas e protocolos. A autonomia que é desejável para os hospitais como organizações complexas diz respeito à sua organização interna, à sua forma peculiar de alcançar seus objetivos, sua liberdade de inovar, entre outros aspectos da gestão.

A tendência é que não tratemos mais da gestão hospitalar, pois ela está muito próxima, ou ainda, muito vinculada à própria noção de gestão de redes, de diferentes redes, onde o hospital está inserido. O desafio que se coloca na conformação do modelo de gestão está na construção de redes internas, com linhas de cuidado, assunção de compromissos internos e responsabilização dos sujeitos, e também redes que dialoguem e pactuem com as redes externas. Organizados como se fossem círculos, um pouco concêntricos, mas cheios de ramificações.

Linha de cuidado é um acordo assistencial com foco no usuário, que é o elemento estruturante do processo de produção da saúde, é o trabalho contínuo, articulado, horizontal, de atenção ao paciente, que se realiza atravessando várias unidades funcionais, tendo como ‘insumo’ principal os saberes das várias profissões; é o conjunto de arranjos tecnológicos articulados e disponibilizados para o cuidado a grupos específicos de pacientes com suas necessidades. A organização por linha de cuidado pensa o trabalho em equipe como somatório de ações específicas de cada profissional, como linha de montagem do tratamento da doença, tendo a cura como ideal. Propõe arranjos institucionais, modos de operar a gestão do cotidiano que resultem em uma atuação mais solidária e concertada de um grande número de trabalhadores envolvidos no cuidado (CECÍLIO, 2002).

Quando falamos em gestão hospitalar hoje, ao dissociá-la do processo da gestão do sistema de saúde, de uma gestão maior, muitas das decisões serão completamente inócuas, porque eu não detenho os dados de outros atores

externos e vários outros atores dependem da ação realizada ali. O hospital não é uma instituição autárquica, isolada. Um grande desafio do ponto de vista da direcionalidade, da conformação de redes está no diálogo do hospital com os atores externos, construir a governabilidade também para fora da instituição.

A gestão hospitalar remete hoje a um processo mais próximo de uma visão de gestão em rede. Veja, por exemplo, o processo de abastecimento, está ligado a um dado perfil assistencial, a uma definição de complexidade, à implementação de determinadas redes de atuação, a um dado papel, então, mesmo isso só pode ser construído em rede. Com isso, a gestão hospitalar não perde a suas especificidades, ao contrário, delimita seu campo de atuação e suas especificidades do ponto de vista tecnológico.

INFORMATIZAÇÃO MACIÇA DAS UNIDADES E SISTEMAS DE SAÚDE – A incorporação tecnológica de informação e comunicação merece também destaque neste cenário. Veja, não nos referimos a uma ampliação do parque de informática ou o uso de um sistema corporativo virtual, é verdade que é preciso um incremento neste sentido, mas o mesmo é inócuo se não há, por exemplo, o registro da evolução clínica.

Falamos, na verdade, de processos que favorecem a maior integração no hospital e na rede, em um sistema que produza informações assistenciais e gerenciais. Aliados ao uso da tecnologia da informação, instrumentos e ferramentas de comunicação precisam ser agregados, como a discussão de casos, as trocas de opiniões, e garantia do registro em prontuários, para não haver perda das informações dos pacientes.

A informação e os mecanismos de comunicação voltados à integralidade do cuidado, ou seja, o indivíduo que é atendido em uma unidade da Saúde da Família e tem o seu cartão, a história clínica não fica fragmentada, descontinuada, as pessoas acessam o que se passou dentro do hospital. Ou o contrário, em um caso de internação, a equipe acessa o que se passou fora e dialoga com essa história.

TERRITÓRIOS INTEGRADOS DE ATENÇÃO À SAÚDE – Trata-se da conformação de redes específicas, organizadas tomando-se por base a adoção de certos arranjos, do ponto de vista do trabalho, a adoção de equipes de referência com apoio especializado matricial. Seria, na verdade, uma proposta de “reordenação do trabalho em saúde segundo a diretriz do vínculo terapêutico entre equipe e usuários, estimularia a produção progressiva de um novo padrão de responsabilidade pela co-produção de saúde”. (CAMPOS, 1999, p. 395). Esta forma de pensar o trabalho pressupõe a implantação de um modelo de gestão pautado na participação, mediante a adoção de colegiados e especialmente em uma perspectiva de transdisciplinaridade das práticas de saúde.

Aliado a este modelo pode-se pensar em novas modalidades assistenciais, que transfeririam certas atividades do hospital para fora, um exemplo seria o home care, e todas as modalidades de atenção domiciliar, mas, especialmente, modelos que aproximem os sujeitos para concretizar o cuidado.

PRIORIZAÇÃO DOS PROCESSOS DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL – A gestão e educação são processos indissociáveis. A educação com base no trabalho, neste caso, vista em um processo amplo que abarca desde os processos avaliativos e de reflexão dos sujeitos coletivos, acesso e conexão com o conhecimento científico, em que o trabalho é princípio educativo.

Lukács (1978) trata da ontologia do ser social e nos permite pensar a questão do trabalho e suas propriedades educativas, positivas ou negativas. Primeiro, a aquisição da consciência se dá pelo trabalho, pela ação sobre a natureza, pela qual o ser humano se humaniza, se cria, se expande em conhecimento e se aperfeiçoa. Segundo, o trabalho é estruturante de um novo tipo de ser, de uma nova concepção de história. E, terceiro, o ser humano age por meio de mediações, de recursos materiais e espirituais que ele implementa para alcançar os fins desejados (teleologia). (FREITAS, 2006, p.47)

A educação em saúde é o que permite que tenhamos qualidade nos processos de trabalho e, dentro de uma visão de educação permanente, aprender com o trabalho e no trabalho. Havia, anteriormente, uma certa percepção da educação e da gestão como processos paralelos, mas que hoje se afirmam como processos inseparáveis, como se um alimentasse o outro. A gestão só avança com foco na educação permanente, permitindo aos trabalhadores e gerentes rever suas práticas em situação. Este processo não é dissociado do conhecimento formal, acumulado cientificamente, mas, este último ou se articula com o “vivo” do trabalho, em situação ou não ganha potência.

Do ponto de vista da formação profissional, a formação técnica ocupa um lugar de destaque na educação em saúde. Se tivermos uma visão abrangente do cuidado, se consideramos que lidamos com usuários/sujeitos e com profissionais/sujeitos, se queremos apoiar a iniciativa e a autonomia das equipes, o investimento na formação técnica é essencial para dar sustentabilidade aos processos de cuidado e de gestão em saúde.

AÇÃO INDUTORA DAS POLÍTICAS E PROGRAMAS DE GOVERNO – Daremos destaque a algumas políticas, que de fato, tem uma ação indutora da organização da oferta de serviços e dos processos de trabalho no interior das unidades. O HumanizaSus tem uma ação propositiva importante, conseguiu colocar em tela várias questões sobre o modelo de gestão e modelo de atenção, e a indissociabilidade destes. A Política Nacional de Humanização

(PNH), além dos seus dispositivos, já conhecidos, traz a riqueza de colocar o sujeito na centralidade dos processos, afinal são 'humanos cuidando de humanos', como diria Benevides.

A cogestão é um dispositivo central, pois possibilita um rearranjo na gestão mediante a criação de colegiados de gestão e colegiados de gestão participativa. Cabe notar que são espaços que possibilitam não apenas a revisão de processos de trabalho, mas a integração de sujeitos e equipes, pois rompem com a lógica da corporação e também com a estrutura de poder. Os colegiados se constituem, especialmente, como espaços de produção de sujeitos, de escuta e de pactuação.

Ao reconhecermos a potência deste dispositivo, não podemos deixar de denunciar que existem também estruturas capturadas, com colegiados de gestão baseados em modelos autoritários, centrados no diretor, com uma diretoria quase residual, com duas ou três pessoas.

Há também uma questão, neste caso, mais preocupante, pois, para implantar a cogestão, precisa haver gestão, é preciso ter uma direcionalidade, uma dada capacidade de governo. Ter uma gestão profissionalizada é condição *sine qua non* para qualquer processo no SUS. Ao falar em profissionalização, estamos falando em dedicação, informação, remuneração, pactuação. E podemos dizer que, desse ponto de vista, houve um retrocesso. Voltamos a ter uma ocupação de cargos nas esferas hospitalares, em muitos lugares, baseada na indicação de políticos, de amigos. Isso coloca um cenário muito complicado e frágil para a gestão. E, neste caso, não só a gestão em saúde.

O QualiSUS enquanto uma política de investimentos para reestruturação dos hospitais, era uma política fortemente associada ao HumanizaSUS, com priorização da atenção na urgência e emergência. No primeiro governo da gestão Lula, teve uma atuação maior junto às unidades, atualmente no estado do Rio de Janeiro não é possível perceber sua atuação. De qualquer forma, cumpriu a tarefa importante, se não de integrar os serviços de emergência aos demais serviços do hospital, através da definição de fluxos e protocolos, ao menos colocou em pauta as dificuldades de organizar a assistência e garantir a continuidade do cuidado a partir da emergência.

O Samu é uma política bastante acertada, pois coloca em discussão não apenas a inclusão das ambulâncias, mas trabalha uma visão de sistema de atenção de urgência e emergência, como forma de regulação. Relaciona-se com a própria inserção e o papel dos hospitais na rede, que hoje não está adequadamente pactuada.

AS UPAs ocupam um pouco esse espaço intermediário entre hospital e atenção básica, têm um papel na rede, mas a forma como ele é apresentado está supervalorizado. Ainda aqui precisamos pensar no perfil da unidade. Os hospitais e as UPAs têm perfis diferentes, assim, não podemos simplesmente dizer que as UPAs estão esvaziando as emergências. Se isso acontece, na verdade, explicita um outro problema. A população está buscando no

hospital um dado tipo de atendimento, que é oferecido em outra unidade. Então, o problema reside na baixa capacidade de absorção dos ambulatórios de especialidades e na baixa resolutividade dos serviços, e, neste sentido, as UPAs não representam uma solução.

As más conseqüências desta verdadeira “invasão” dos serviços de urgência/emergência por todo e qualquer tipo de patologia não são poucas (...) existe um problema que merece ser especialmente destacado: a inadequação do atendimento prestado. (...) É o que se poderia nomear como a utilização da tecnologia certa, no espaço certo, no momento certo.(...) O que ocorre então é que um número muito grande de pessoas acaba tendo um atendimento incompleto, descontínuo e, portanto, insuficiente e inadequado para os seus problemas de saúde. (CECÍLIO, 1997, p. 473)

Se as unidades de saúde não estão inseridas no sistema de forma articulada, com fluxos definidos para níveis de maior ou menor complexidade tecnológica, fica muito difícil garantir a continuidade do cuidado. Assim qualquer medida isolada terá um impacto aquém das necessidades de saúde da população, implicando o fluxo intermitente dos usuários nas unidades hospitalares, sem, no entanto, reconhecer suas necessidades de saúde. As questões permanecem: Para onde vão o paciente crônico e o paciente grave? Por que o leito do hospital gira pouco? Por que os serviços dos hospitais absorvem pouco os pacientes com origem na emergência? Unidades atomizadas na rede e sistema de saúde com baixa integração não são capazes de dar respostas a estas questões.

Considerações Finais

As perspectivas para a gestão do sistema e das unidades de saúde não são simples. Os gastos hospitalares se mantêm muito importantes, no entanto, o desempenho hospitalar permanece objeto de críticas constantes, seja de usuários, da imprensa, dos profissionais de saúde, dos órgãos de classe e dos órgãos de controle social e ou de controle de contas. Devemos modificar o modelo de gestão vigente, substituindo-o por outro, que seja centrado na contratualização do desempenho como um eixo de financiamento e de remuneração dos profissionais, apoiado na profissionalização da gestão e tendo o hospital como ponto de atenção em múltiplas redes, sendo formatado por estas e dialeticamente apoiando sua construção.

REFERÊNCIAS

- AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. *Interface: Comunic., Saúde, Educ.*, vol. 8, n.14, p. 73-92, set. 2003-fev. 2004.
- BARBOSA, P. R. Fundações estatais como estratégia para novos modelos públicos de gestão hospitalar. Conasems, Joinville/SC 27/06/07. Disponível em: <www.planejamento.gov.br/secretaria.asp?cat=257&sec=27> Acesso em: 21 de ago. 2009.
- BUENO, W. S. & MERHY, E. E. Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes? Disponível em: <www.datasus.gov.br/cns>.
- CAMPOS, G. W. de S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência Saúde Coletiva* [online]. vol.4, n.2, p. 393-403, 1999.
- CECILIO, L. C. de O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cad. Saúde Pública*, vol.13, n.3, p. 469-478, 1997.
- CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Uerj, IMS; Abrasco, 2001.
- CECILIO, L. C. O. et al. Administração gerencial em uma organização governamental de saúde. *Revista do Centro Geral de Reabilitação*, Belo Horizonte, vol. 1, p. 10-20, 2002.
- FEUERWERKER, L. C. M. & CECÍLIO, L. C. de O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 12, n. 4, p. 965-971, 2007.
- FREITAS, M. C. A Inserção Profissional dos Egressos da Escola Técnica Estadual República. In: FRIGOTTO, G., RAMOS, M. C. e CIAVATTA, M. (Coords.). *Anais. Seminário de Pesquisa: trabalho de políticas públicas de educação: projetos em disputa na sociedade brasileira*. Rio de Janeiro, 4 e 6 de dezembro de 2006.
- HUERTAS, F. *O método PES: entrevista com Carlos Matus*. São Paulo: Edições Fundap, 2001.
- MATUS, C. O Plano como Aposta. *São Paulo em Perspectiva*, vol. 5, n.4, p. 28-42 out/dez. 1991.