

FÁBIO LUIZ ALVES

A ORGANIZAÇÃO DA GESTÃO E DO TRABALHO EM SAÚDE
NO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
(HC-UNICAMP):
PROPOSTAS PARA MODELO DE ATENÇÃO HOSPITALAR.

Departamento de Medicina Preventiva e Social

Faculdade de Ciências Médicas

Universidade Estadual de Campinas

UNICAMP

2010

Departamento de Medicina Preventiva e Social

Faculdade de Ciências Médicas

Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP

A ORGANIZAÇÃO DA GESTÃO E DO TRABALHO EM SAÚDE NO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL E CAMPINAS (HC – UNICAMP): PROPOSTAS PARA MODELO DE ATENÇÃO HOSPITALAR.

Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aluno de Mestrado: Fábio Luiz Alves

Orientador: Prof^o Gastão Wagner de Sousa Campos

campinas, fevereiro de 2010.

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

Al 87o	<p>Alves, Fábio Luiz. A Organização da gestão e do trabalho em saúde no Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (HC-UNICAMP): Proposta para modelo de atenção hospitalar / Fábio Luiz Alves. Campinas, SP: [s.n.], 2010.</p> <p>Orientadores: Gastão Wagner de Sousa Campos. Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.</p> <p>1. Assistência hospitalar. 2. Gestão em saúde. 3. Desenvolvimento institucional. 4. Paidéia. I. Campos, Gastão Wagner de Sousa. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.</p>
--------	---

Título em inglês: The management and organization of work in health at the University Hospital of Clinical Estadual de Campinas (HC-UNICAMP): Proposed model for Attention Hospital.

Keywords:

- Hospital care
- Health manangement
- Institutional development
- Paidéia

Titulação: Mestre em Saúde Coletiva
Área de concentração: Saúde Coletiva

Banca examinadora:

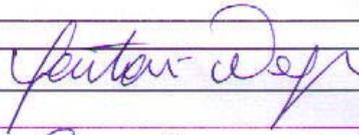
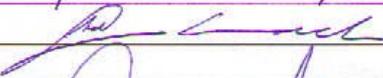
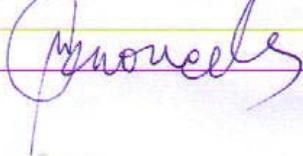
Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos
Prof. Dr. Sérgio Resende de Carvalho
Prof. Dr. Cipriano Maia Vasconcelos

Data da defesa: 25-02-2010

Banca examinadora de Dissertação de Mestrado

Fábio Luiz Alves

Orientador(a): Prof(a). Dr(a). Gastão Waqner de Sousa Campos

Membros:	
Professor (a) Doutor (a) Gastão Waqner de Sousa Campos	
Professor (a) Doutor (a) Sérgio Resende de Carvalho	
Professor (a) Doutor (a) Cipriano Maia de Vasconcelos	

Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 25/02/2010

Poética

Estou farto do lirismo comedido
Do lirismo bem comportado
Do lirismo funcionário público com livro de ponto expediente protocolo e
| manifestações de apreço ao sr. diretor

Estou farto do lirismo que pára e vai averiguar no dicionário o cunho verná-
| culo de um vocábulo

Abaixo os puristas

Todas as palavras sobretudo os barbarismos universais
Todas as construções sobretudo as sintaxes de exceção
Todos os ritmos sobretudo os inumeráveis

Estou farto do lirismo namorador
Político
Raquíptico
Sifilítico
De todo lirismo que capitula ao que quer que seja fora de si mesmo.

De resto não é lirismo
Será contabilidade tabela de co-senos secretário do amante exemplar com
| cem modelos de cartas e as diferentes
| maneiras de agradar às mulheres, etc.

Quero antes o lirismo (...)

- Não quero mais saber do lirismo que não é libertação.

DEDICATÓRIA

*ao Gêgê e à D. Guena pela capacidade de produzir a vida da nossa família
(Paulinho e Neguinha – Rambão e Luciana, as crianças Lôlô e Dêdê) na periferia
de uma cidade grande*

*à Rosa, minha Rosinha, e aos meus João e Pedro pelos encontros
cotidianos felizes de construir a nossas vidas com muito amor*

AGRADECIMENTOS

aos momentos inesquecíveis, com os sujeitos inesquecíveis da tributinaiaada
aos sujeitos de encontros passados das vilas marabá e permanente
aos encontros com os sujeitos amigos eternos do “vietnan” e do espaço do jacaré
aos momentos encontros lúdicos da tabatinga
aos vários momentos cotidianos de sujeitos sonhadores da zé benga
aos encontros com a militância e sujeitos com energia transformadora da DENEM
aos encontros reflexivos sobre ciência na iniciação científica
aos momentos de poesia e cantoria com os familiares de Taubaté
aos espaços de aprendizagem com pessoas da área rural Pirapitingui
aos encontros com os trabalhadores e usuários do São Marcos e Santa Mônica
ao belo período de criatividade do encontro com o coletivo da Sudoeste
aos encontros com o espaço de intervenção nos serviços de AIDS em São Paulo
aos preceptores e alunos pelos encontros na residência de saúde da família
aos radicais encontros mudancistas em Sumaré, Nova Odessa e Artur Nogueira
aos espaços pedagógicos permanentes em Diadema e região de Registro
ao espaço coletivo do DMPS UNICAMP sempre vivo para mim

ao aprendizado com os alunos de medicina e trabalhadores no Jardim América

ao espaço coletivo do Jatobá, das novas e sinceras amizades

aos Residentes que produziram novos encontros sanitaristas no hospital

aos trabalhadores da saúde (viva!!!) e aos usuários (viva!!!) que acreditam no SUS

ao Colegiado Gestor Oeste 07, por construir o debate com respeito à diferença

à diretoria do COSEMS-SP, pela capacidade de defender o SUS na heterogeneidade

aos sujeitos profundos de encontros profundos do coletivo dirigente militante de Santa Bárbara d'Oeste que têm se permitido ousar na construção do projeto e da política com força e capacidade de produzir grupalidade, produzindo a sua revolução das coisas e das pessoas

ao coletivo do HC-UNICAMP que tem demonstrado coragem para produzir a mudança

ao Gastão, pela generosa permissão para inventar na elaboração da pesquisa

ao Nelsão, pelo incentivo militante na intervenção e na pesquisa

RESUMO pág. *xxxiii*

ABSTRACT pág. *xxxvii*

I) INTRODUÇÃO pág. 41

II) APRESENTAÇÃO DO CONTEXTO E DA ORGANIZAÇÃO INSTITUCIONAL pág. 47

III) O MÉDICO SANITARISTA NO HOSPITAL pág. 57

IV) OS OBJETIVOS DA PESQUISA pág. 67

V) A METODOLOGIA DA PESQUISA pág. 71

VI) <u>AS PROPOSTAS DO PROJETO INSTITUCIONAL DO MODELO ASSISTENCIAL: ORGANIZAÇÃO DA GESTÃO E DO TRABALHO EM SAÚDE NO HC - UNICAMP</u> .----	pág. 77
VI.1) <u>CONSIDERAÇÕES SOBRE PODER E ATOR NO HC - UNICAMP</u> .-----	pág. 81
VI.2) <u>ANALISANDO O CAMPO E O PROJETO DE INTERVENÇÃO</u> .-----	pág. 89
VI.3) <u>OS CHEFES DE ATENÇÃO CLÍNICA</u> .-----	pág. 105
VI.4) <u>AS UNIDADES PRODUTIVAS</u> .-----	pág. 111
VI.5) <u>OS COLEGIADOS DE GESTÃO DAS UNIDADES PRODUTIVAS</u> .-----	pág. 117
VI.6) <u>OS PROTOCOLOS DE ATENÇÃO CLÍNICA</u> .-----	pág. 123
VI.7) <u>OS CONTRATOS DE GESTÃO DAS UNIDADES PRODUTIVAS</u> .-----	pág. 127

VII) <u>OS RESULTADOS DA INTERVENÇÃO DO APOIO INSTITUCIONAL PARA O PROCESSO DE MUDANÇA DO HC-UNICAMP</u>	pág. 133
VII.1) <u>MUDANÇAS NA ORGANIZAÇÃO DA GESTÃO DO HC-UNICAMP</u>	pág. 141
VII.2) <u>MUDANÇAS NA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE DO HC-UNICAMP</u>	pág. 159
VIII) <u>REFLEXÕES TEÓRICO-METODOLÓGICAS REALIZADAS DA EXPERIÊNCIA DE APOIO INSTITUCIONAL NO HC-UNICAMP: REPENSANDO O APOIO PARA O PROCESSO DE MUDANÇA NA ORGANIZAÇÃO DA GESTÃO E DO TRABALHO EM SAÚDE</u>	pág. 179
VIII.1) <u>CONSIDERAÇÕES SOBRE O MÉTODO DE APOIO INSTITUCIONAL NO HC – UNICAMP</u>	pág. 183
VIII.2) <u>REFERENCIAL TEMÁTICO COMO OFERTA DO APOIO INSTITUCIONAL</u>	pág. 189
VIII.3) <u>ANÁLISE DO TRABALHO EM SAÚDE</u>	pág. 201
VIII.4) <u>CAMPO DE INTERVENÇÃO</u>	pág. 209
IX) <u>CONSIDERAÇÕES FINAIS</u>	pág. 213
X) <u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	pág. 219

XI) ANEXOS	pág. 227
ANEXO I	pág. 229
Regimento Geral para formação das Unidades Produtivas.	
ANEXO II	pág. 233
Diretrizes para a formação dos Colegiados de Gestão das Unidades Produtivas.	
ANEXO III	pág. 235
Protocolos de Atenção Clínica.	
ANEXO IV	pág. 239
Documento dos Contratos de Gestão das Unidades Produtivas.	
ANEXOS V	pág. 243
Desenho do Projeto de Gestão do HC-UNICAMP.	
ANEXOS VI	pág. 247
Organização do Macro Plano do Projeto de Gestão do HC-UNICAMP	
ANEXOS VII	pág. 255
Plano Operativo dos Projeto de Intervenção dos Chefes de Atenção Clínica – Organização do Trabalho em Saúde do HC-UNICAMP e a Inserção da Assistência na Rede dos Serviços SUS dos Municípios.	
ANEXOS VIII	pág. 269
Indicadores: Objeto de Gestão dos Coordenadores nas Unidades Produtivas	
ANEXOS IX	pág. 275
Oficina de Organização de Redes Assistenciais: HC-UNICAMP e Região Oeste da DRS VII	

LISTA DE ABREVIATURAS

AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAAAS	Comissão Assessora para Assuntos Assistenciais da Área de Saúde
CAdm	Coordenadoria de Administração
CAISM	Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher
CAPS	Centro de Apoio Psico-Social
CAst	Coordenadoria de Assistência
CEA	Conselho Executiva de Administração
CECOM	Centro de Saúde da Comunidade.
CEPRE	Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação
CIPOI	Centro Integrado de Pesquisas Oncohematológicas na Infância
CCIH	Centro de Controle de Infecção Hospitalar
CGR	Colegiado de Gestão Regional
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CRI	Centro de Referência do Idoso
CTMQ	Comitê Técnico de Melhoria da Qualidade
CTRUE	Comitê Técnico Regional de Urgência e Emergência

CTUE	Câmara Técnica de Urgência e Emergência
DEnf	Departamento de Enfermagem
DIR	Direção Regional de Saúde
DM	Diabetes Mellitus
DMPS	Departamento de Medicina Preventiva e Social
DRS	Departamento Regional de Saúde
FCM	Faculdade de Ciências Médicas
Gastrocentro	Centro de Diagnóstico de Doenças do Aparelho Digestivo
GEPAG	Grupo de Estudos e Pesquisas do Ambulatório de Geriatria/Gerontologia
GEPRO	Gestão por Processos
GP	Gestão de Pessoal
GTH	Grupo de Trabalho de Humanização Hospitalar
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HC	Hospital de Clínicas
HE	Hospital Ensino
Hemocentro	Centro de Hematologia e Hemoterapia
HES	Hospital Estadual Sumaré
HMMG	Hospital Municipal Dr. Mário Gatti
HU	Hospital Universitário
LAPA	Laboratório de Planejamento e Administração

MCT	Ministério de Ciência e Tecnologia
ME	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
PA	Pronto Atendimento
PNH	Política Nacional de Humanização
PPI	Programação Pactuada Integrada
PS	Pronto-Socorro
PSF	Programa Saúde da Família
QT	Qualidade Total
RH	Recursos Humanos
SAE	Sistematização da Atenção de Enfermagem
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UER	Unidade de Urgência Referenciada
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01. Conceitos do campo de intervenção do HC-UNICAMP na região da DRS 07-Campinas.

Figura 02. Divisão das Regiões de Saúde da DRS 07 – Campinas no Pacto pela Saúde.

Figura 03. Conceitos e suas relações para análise do trabalho em saúde do Apoio Institucional no HC-UNICAMP.

Figura 04. Estratégia de estruturação da Superintendência para a organização da gestão e do trabalho em saúde no HC-UNICAMP.

Quadro 01. Matriz analisadora de síntese conceitual para o arranjo Chefe de Atenção Clínica da diretriz institucional do HC-UNICAMP.

Quadro 02. Matriz analisadora de síntese conceitual para o arranjo Unidade Produtiva da diretriz institucional do HC-UNICAMP.

Quadro 03. Matriz analisadora de síntese conceitual para o arranjo Colegiado de Gestão da diretriz institucional do HC-UNICAMP.

Quadro 04. Matriz analisadora de síntese conceitual para o arranjo Protocolo de Atenção Clínica da diretriz institucional do HC-UNICAMP.

Quadro 05. Matriz analisadora de síntese conceitual para o arranjo Contrato de Gestão da diretriz institucional do HC-UNICAMP.

Quadro 06. Categorias de análise do processo de trabalho em saúde do Apoio Institucional no HC-UNICAMP.

Quadro 07. Processo de gestão da Coordenadoria de Assistência para organização do trabalho em saúde e do modelo de atenção no HC-UNICAMP.

Quadro 08. Processo de gestão da Coordenadoria de Administração para organização do trabalho em saúde e modelo de atenção do HC-UNICAMP.

Quadro 09. Processo de gestão do Setor Recursos Humanos e Gestão de Pessoal para organização do trabalho em saúde e do modelo de atenção no HC-UNICAMP.

Quadro 10. Processo de gestão do Departamento de Enfermagem para organização do trabalho em saúde e do modelo de atenção no HC-UNICAMP.

A organização hospitalar e o seu modo de funcionamento tradicional podem ser vistos como um reforço ao modelo de trabalho em saúde sustentado pelo modelo biomédico. Esta pesquisa é o relato analítico da interação do pesquisador, um médico sanitário, com o desenvolvimento de um projeto institucional em um hospital público e universitário, com características muito próprias, com papel de assistência, ensino e pesquisa. Foram estudadas as principais diretrizes em implementação com o objetivo de descrever e analisar os arranjos e suas tessituras para a gestão, o trabalho em saúde e a inserção do HC-UNICAMP no SUS regional. O trabalho de Apoio Institucional foi avaliado como processo de intervenção no desenvolvimento da pesquisa e construção das diretrizes institucionais. A metodologia utilizada foi o estudo de documentos oficiais com base em seleção, leituras e análises dos seus conteúdos das portarias normatizadoras, atas de reuniões e instrumentos estruturados. Outra fonte importante foi a produção de um diário de campo que registrou considerações, observações e acontecimentos vivenciados nos espaços coletivos com outros atores no campo de intervenção. No estudo documental utilizamos categorias de análise à partir do conceito de práxis, em que os sujeitos compreendem suas ações e práticas sociais, o que lhe ampliaria o caráter criativo a partir das possibilidades objetivas e subjetivas apreendidas da realidade. O estudo permitiu construir a matriz analisadora de síntese das principais diretrizes como caráter teleológico da modelagem para o Chefe de Atenção Clínica, Unidade Produtiva, Colegiado de Gestão, Protocolo Assistencial e Contrato de Gestão. Os resultados demonstram que o processo de mudança se deu a partir da implementação das diretrizes com a intervenção do Apoio Institucional observando transformação na organização da gestão e do trabalho em saúde.

Palavras chaves: Modelo de Atenção em Saúde, Gestão Hospitalar, Trabalho em Saúde.

ABSTRACT

The hospital organization and its traditional mode of operation can be seen as a model for strengthening health work supported by the biomedical model. This research is the analytical report of the interaction of the researcher, a sanitarian with the development of an institutional project in a public hospital and university, with its own characteristics, the role of care, teaching and research. We studied the main guidelines being implemented in order to describe and analyze their textured arrangements and for the management, health work and the insertion of HC-UNICAMP in regional SUS. The work of Institutional Support was assessed as an intervention process in the development of research and building of institutional guidelines. The methodology used was the study of official documents on the basis of selection, reading and analysis of the contents of normalizing ordinances, minutes of meetings and structured instruments. Another important source was the production of a diary which recorded considerations, observations and events experienced in collective spaces with other actors in the field of intervention. The desk study use categories of analysis from the concept of praxis, in which individuals understand their actions and social practices, which will broaden the creative genius from the opportunities seized objective and subjective reality. The study allowed us to construct a matrix analyzer summary of the main guidelines as teleological character modeling Chief Clinical Care Unit, Production, Collegiate Management, Protocol Assistance and Contract Management. The results show that the process of change took place after the implementation of the guidelines with the assistance of the Institutional Support observed transformation in the organization management and health work.

Key words: Models of Health Care, Hospital Management, Work in Health

I) INTRODUÇÃO

A organização hospitalar e o seu modo de funcionamento tradicional podem ser vistos como um reforço ao modelo de trabalho em saúde sustentado pelo modelo biomédico.

Há tempo esta temática vem sendo estudada no campo da Saúde Coletiva, a saber: um modo de produzir atenção em saúde organizada pela excessiva especialização, centrada no médico e hospitalocêntrica, criticado por muitos como um modelo assistencial fragmentado e procedimental.

O debate recente em torno dos modelos de gerenciamento ou modalidades de gestão para os serviços do setor saúde e, especificamente, para organização hospitalar, como organização social e fundação estatal, que coloca em evidência, entre outras coisas, o tema dos seus resultados assistenciais e de administração (eficácia e eficiência), não enfatiza questões indutoras de reforma do processo de trabalho em saúde destes serviços. Percebe-se que, em geral, estas propostas têm buscado superar os entraves da tecnoburocracia do Estado, enfocadas nos temas da sua transformação e o âmbito de atuação perante a crise do modo de produção capitalista, debate iniciado na década de 80. Esta temática foi introduzida no contexto brasileiro em 1995, formulado por Bresser Pereira, então ministro no Ministério da Administração e da Reforma do Estado que, com o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, trazem conceitos como setor público não-estatal e organização social¹. Não entrando no mérito de qual o papel do Estado no campo das políticas sociais, acreditamos que esta abordagem não tem buscado um padrão de modelagem que organiza novas formas de trabalho. Levantamos a hipótese de que a mudança e reforma do trabalho em saúde na atenção hospitalar é central para se lograr eficácia e eficiência.

A partir da concepção Paidéia², cuja formulação e produção intelectual de Campos desenvolvem toda uma reflexão no campo da gestão, do planejamento e do trabalho em saúde, propõem um método de intervenção em seu material de livre-docência, baseado em observações, participações, estudos e pesquisas é que iremos fazendo recortes para refletir e analisar um conjunto

conceitual na investigação vivenciada. Nesta perspectiva, há todo um conjunto de conhecimento da Saúde Coletiva, do planejamento, da gestão, das ciências sociais e políticas contribuindo para o desenvolvimento da pesquisa. A investigação “A Organização da Gestão e do Trabalho em Saúde no Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (HC-UNICAMP): propostas para Modelo de Atenção Hospitalar”, estuda, em essência, a composição de arranjos e um propósito de intervenção para induzir alguma reforma na estrutura e nos sujeitos envolvidos com processo de trabalho em hospitais.

Particularmente importante é descrever a organização da gestão, do trabalho em saúde, analisar como o hospital desenvolve seu funcionamento e seu papel no sistema público de saúde.

Vários autores consideram que é preciso reformular o papel do hospital e as características da rede hospitalar, buscando um novo perfil assistencial em decorrência de uma lógica de desospitalização, incorporação e reorganização tecnológica na atenção ambulatorial ³. O trabalho em saúde reorganizado pensando novo papel hospitalar, seja na modalidade de internação (oferta essencial e estrutural) que vai apontando ações fora do ambiente hospitalar, respondendo aos modos de produzir atenção num tempo otimizado de permanência nos hospitais, seja quanto desenvolvimento do papel da atenção ambulatorial especializada na continuidade da atenção em saúde como serviços de referência ^{4, 5}. Portanto, os recortes que colocam o hospital em outra relação com as redes assistências no sistema de saúde, organizando a atenção hospitalar envolvida com outros serviços e dimensões tecnológicas diferentes. Uma abordagem que definiria o hospital num lugar que não seja no topo da pirâmide e nem como equipamento central do sistema, mas como fazendo parte de uma rede complexa com suas características próprias de produzir ações de saúde ⁶.

Compreendemos que para haver mudança no hospital é necessária nova forma de construir e processar o trabalho, conceituando e experimentando outros arranjos, reorientado um novo processo produtivo dentro da instituição com

os trabalhadores e profissionais em saúde, buscando a compreensão da capacidade resolutiva das redes ou os seus aprimoramentos num contexto de articulação dos serviços de saúde.

O objeto dessa pesquisa no HC-UNICAMP acontece a partir da proposição da Superintendência do hospital, com Apoio no Departamento de Medicina Preventiva e Social (DMPS) da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da UNICAMP, que permitiu a inserção do Médico Sanitarista para pensar o hospital inserido no sistema de saúde regional. O HC-UNICAMP com o desenvolvimento de pensar o papel do hospital, busca o objetivo de elaborar um projeto com novas formas de organização institucional. Busca-se superar o debate simplista da referência e contra-referência preconizada como forma normativa de organizar a relação com os serviços de atenção especializada. Analisaremos, pois algumas diretrizes de reorganização propostas, a partir de 2006, pelo núcleo de Sanitaristas gregados ao HC. As diretrizes propõem a construção de nova relação da gestão com a Clínica, a Co-Gestão entre dirigentes e trabalhadores, a democracia institucional, em consonância com a concepção Paidéia, já que o projeto institucional oficial do HC-UNICAMP incorpora, em alguma medida parte destas diretrizes, mas passa por outros interesses no contexto da política pública e da compreensão dos atores envolvidos.

Identificou-se que alguns arranjos de gestão do Paidéia foram sendo incorporados como propósito de governo e como alternativas para se fazer novas relações de poder no processo de gestão na dimensão participativa. Podemos também perceber outros arranjos com objetivos de reordenar e construir novos processos de trabalho em saúde na dimensão do trabalho em equipe multiprofissional. O objeto dessa pesquisa será, portanto, as diretrizes de organização da gestão e do trabalho em saúde implementadas no HC-UNICAMP a partir de 2007. Buscaremos analisar os conceitos e arranjos institucionais que nos parecem importantes, no sentido de constituírem a essência da proposta de mudança do HC-UNICAMP.

Entre estes conceitos e arranjos essenciais das diretrizes do HC-UNICAMP, apontamos a constituição de uma nova função e de um novo papel: o do Chefe de Atenção Clínica, atores desenvolvidos no processo com o encargo de realizar a coordenação de grandes áreas temáticas do hospital, a articulação entre hospital, a integração com a rede do SUS e a interface com a academia. Outra diretriz essencial, a constituição de novos departamentos de caráter multiprofissional e não com base em especialidade médicas ou nas profissões, é a denominada Unidade Produtiva, que se propõe a refazer processos e fluxos de gestão, redefinindo os objetos de intervenção em saúde de serviços específicos. Uma terceira linha de mudança é apresentada, os Colegiados Gestores como instância de recomposição de poder, de construção da democracia e da produção de Co-Gestão participativa na instituição. O Protocolo Assistencial será visto como instrumento que pretende repensar a organização da atenção aos agravos nas redes de atenção macro regional com base em padrões negociados entre várias instâncias do sistema. Outro conjunto de instrumento estruturado é o Contrato de Gestão que visa a construção de um processo de gestão pactuada entre a direção do hospital e os diversos serviços na estrutura das Unidades Produtivas.

O trabalho, por fim, pretende ainda descrever, o movimento, o desenvolvimento e a contribuição do Apoio Institucional ^Z. Proposta metodológica desenvolvida por Campos para organizar nova forma de coordenação, supervisão e avaliação para as equipes e seu trabalho, inserida como parte deste processo de mudança institucional, compondo uma linha de pesquisa e de intervenção no cotidiano do serviço. O Apoio Institucional é analisado a partir da inserção do profissional Médico Sanitarista e marca a sua ação em desenvolvimento nos espaços de gestão e de atenção em saúde, produzindo um trabalho específico e uma sistemática de conceitos para a sua intervenção.

II) APRESENTAÇÃO DO CONTEXTO E DA ORGANIZAÇÃO INSTITUCIONAL

O HC-UNICAMP iniciou, em 2004, um debate para repensar sua inserção no sistema de saúde regional, considerando a qualificação do sistema de referência e contra-referência como forma de ordenar o sistema.

Esta perspectiva surgiu da organização e construção do Planejamento Estratégico em 2003, num contexto diferente dos anos anteriores ⁸. Havia toda uma concepção metodológica e conceitual sendo elaborada na Política Nacional de Humanização (PNH), que incorporava os conceitos e arranjos posteriormente adotados no processo do HC-UNICAMP. Além disso, o Hospital Municipal Dr. Mário Gatti (HMMG), na cidade de Campinas, experimentava uma alternativa concreta de mudança no modelo de gestão e de atenção. O município de Campinas iniciara em 2001, a implementação do Modelo Paidéia ⁹, cujas diretrizes orientavam a reforma no HMMG como modelo alternativo de atenção hospitalar.

Nesta perspectiva, o HC-UNICAMP iniciou uma discussão sobre esses temas em torno do Grupo de Trabalho de Humanização Hospitalar (GTH), com a Médica Sanitarista Rosana Onocko Campos desenvolvendo importante trabalho a partir dos conceitos e princípios da PNH do Ministério da Saúde (MS). Logo em seguida, implementou-se a Ouvidoria como arranjo estratégico da gestão para democracia institucional. Neste momento, e paralelamente, o Departamento de Enfermagem (DEnf) do HC-UNICAMP iniciou um processo de planejamento participativo que apontava diretrizes e alimentava objetivos de reorganização do trabalho por meio da Sistematização da Atenção da Enfermagem (SAE), Gestão de Pessoal (GP) e Trabalhos Integrados ao município de Campinas ¹⁰, com o Apoio do Médico Sanitarista Fábio Luiz Alves em trabalho de assessoria no DEnf HC-UNICAMP, na tarefa de coordenar o planejamento estratégico participativo e implementar os processos organizativos da Ouvidoria ¹¹, como órgão diretamente ligado à Superintendência, com papel estratégico capaz de produzir informações da escuta qualificada dos usuários e trabalhadores, disparando dispositivos no cotidiano dos serviços, diretamente nos processos trabalhos do hospital ¹².

Em 2006, após uma série de conflitos políticos e administrativos entre a então direção do HC-UNICAMP, autoridades da FCM-UNICAMP e reitoria da UNICAMP, ocorreu uma mudança atípica, com a renúncia antecipada do superintendente.

Durante 10 meses o hospital foi comandado *pro tempore* por uma Superintendência nomeada diretamente pela reitoria da UNICAMP. Após este momento, o reitor deu posse ao mesmo superintendente para um novo período, depois da eleição direta realizada por consulta à comunidade do hospital e da Faculdade de Ciências Médicas, do mandato de 2006 - 2010. No discurso de posse o superintendente assume que planejamento estratégico realizado é a base de algumas metas prioritárias: como trabalhar a demanda assistencial na grande região de Campinas, ampliar as ações de alta complexidade, recuperar o parque tecnológico de equipamentos e revisar os processos de trabalho. Apresenta o tema da relação dos departamentos da FCM-UNICAMP, afirmando que as atividades assistenciais do HC-UNICAMP estão mais sob gestão dos departamentos do que da Superintendência, ficando esta somente com a administração das atividades-meio, dificultando o papel assistencial. Reconhece que esta situação precisa ser ajustada para aprimorar o processo gerencial e administrativo ¹³.

Apesar dos impasses, logrou-se uma continuidade de processos mudancistas dentro da instituição. Em geral, durante o período dessa investigação, pode-se constatar que não houve ação institucional explícita que impedisse os avanços para implementar tais diretrizes, possibilitando certa agenda reformista de pensar o trabalho. Não se produziu quebra ou rompimento do movimento de mudança sobre os modos de funcionamento do hospital. Podemos afirmar que ocorreu o avesso do reverso, houve um aprofundamento do debate.

No momento no qual está organicamente inserido o contexto da pesquisa, o que aconteceu foi a intervenção real, com intencionalidade clara do

novo grupo dirigente, de avançar na estrutura do trabalho de assistência e de buscar a profissionalização da gestão.

A nova administração do HC-UNICAMP, primeiro como intervenção, depois eleita, conservou e ampliou um “espaço” de mudanças dentro dos objetos da gestão, buscando aproximar o hospital do SUS com arranjos mais concretos e compondo uma reorganização da gestão e do trabalho em saúde. Agenda que explicita a defesa da atenção qualificada para os usuários, reconhecendo a necessária organização dos processos de trabalho nos serviços, indo além do recorte econômico-financeiro. Inicia-se um processo de entendimento de que a inserção do hospital no SUS macro-regional depende da introdução de novos projetos intra-institucional, ampliando a compreensão e permitindo reconhecer que tal a intenção dependeria da reorganização de processos internos de gestão e de assistência, para além da mera organização de um sistema de referência e contra-referência. O debate que se abre busca produzir uma gestão capaz de assumir estas complexidades, pensando o papel do HC-UNICAMP no SUS.

Neste contexto, busca-se estimular uma nova concepção de trabalho em saúde, capaz de ressignificar a intervenção dos profissionais e o saber clínico, de modo que possa haver maiores responsabilidades na atenção individual e coletiva de forma comprometida e na articulação do sistema de saúde.

Considere-se que todas estas mudanças devem dialogar com a especificidade e com a missão declarada do HC-UNICAMP. É preciso, pois, compreendê-lo, como Hospital Universitário (HU) no seu conjunto de atribuições, que o reproduz enquanto equipamento e legitimidade ¹⁴.

O projeto deveria considerar o papel do HC-UNICAMP em assistência, ensino e pesquisa. Esta condição conforma um quadro complexo de relações, um hospital com diferentes papeis, obrigado a estabelecer relações políticas com a FCM-UNICAMP, com a universidade UNICAMP, com a Secretaria Estadual de Saúde (SES), com o MS, Ministério da Educação (ME) e Ministério de Ciência e Tecnologia (MCT). É fato que estas relações são determinantes para o

desempenho do HC-UNICAMP, interfaciadas o tempo todo por vários interesses. Assim, esta pluri-institucionalidade produz conflitos, jogos de interesse e de poder que não devem ser ignorados quando se estuda a dinâmica do hospital.

A missão assistencial do HC-UNICAMP pode ser caracterizada como um serviço de referência hospitalar macro-regional, estadual e nacional, de atenção em alta complexidade, como serviço terciário e quaternário. No entanto, a realidade é que o HC-UNICAMP acaba realizando um conjunto considerável de ações e atenção especializada de caráter secundário, dificultando uma administração do custeio e da incorporação tecnológica. Vivenciamos e observamos que esta condição de “confundimento” assistencial se faz tanto em razão dos profissionais e trabalhadores do hospital, como em decorrência das dificuldades de resolutividade da rede de atenção especializada regional do SUS. Aspecto muito relevante é que, apesar de todo seu caráter assistencial, o HC-UNICAMP não é reconhecido como fazendo parte do SUS, situação semelhante à realidade de outros hospitais, caracterizando uma condição cultural do espaço hospitalar e representando um paradoxo particular do HU como o papel de formação distante da realidade da política de saúde. Fomos observando que, ao longo de nossa pesquisa, os trabalhadores consideram o SUS como todo o conjunto de serviços externos e dos vários municípios e não se reconhecem como fazendo parte do sistema de saúde. Ou seja, o SUS estaria fora do hospital segundo o imaginário predominante.

A história do HC-UNICAMP está organicamente ligada à FCM-UNICAMP. O ensino é, portanto, um fato marcante nessa instituição, ainda quando a dimensão da assistência, sua qualidade, o dimensionamento da demanda e a importância da humanização da atenção são essenciais também para o ensino. Esta segunda dimensão. O ensino amplia o confronto entre projetos políticos institucionais, alguns mais voltados para a produção do ensino e da pesquisa, onde diversas concepções pedagógicas são organizadas num amplo conjunto entrecortado ao papel assistencial, o que determina a constituição de múltiplos micropoderes, territorializados em vários espaços nos cursos de

medicina, enfermagem, fonoaudiologia e farmácia. Como espaço de formação e qualificação profissional, há também um conjunto organizativo de processos que se dá com pós-graduação e residência médica em que os papéis de ensino e pesquisa se interpenetram de maneira a consolidar espaços de poder e afirmação entre as 44 especialidades e 580 sub-especialidades médicas.

A gestão do HC-UNICAMP se faz na lógica de um organograma hierarquizado, com vários níveis de mando, com departamentos fragmentados entre profissões e especialidades médicas. A articulação desse mosaico ocorre, em alguma medida, no cotidiano e na chamada administração superior do hospital composta por conselho superior do HC-UNICAMP, Conselho Executivo de Administração (CEA), Superintendência, Coordenadoria de Assistência (CAst), Coordenadoria de Administração (Cadm) e mais a Diretoria Clínica.

Esta característica marcante e predominante da gestão no HC-UNICAMP, que é a forma de organização da gestão por categoria profissional e supervisão, produz verticalidade de comando por corporação. Uma forma de arranjar o processo produzindo efeitos no padrão de gestão, tanto em sua dimensão técnica quanto política, tendo como resultado um sistema de gerência por profissão, com múltiplas autoridades e poder de decisão institucional ¹⁵, reforçando a divisão social do trabalho e a hegemonia da profissão médica sobre todas as outras.

Esse formato operacional de gestão, o sistema de gerenciamento por profissão de saúde, determina a existência de várias linhas gerenciais e profissionais com uma miscelânea de interesses privados do ponto de vista das diversas categorias, com regras informais que vão delineando relações a partir das competências profissionais e do reconhecimento técnico, pouco articuladas com os objetivos e projetos institucionais do hospital. Mesmo para os objetivos mais reconhecidos da administração hospitalar, nos aspectos que garantam melhor eficiência, este processo de gestão fragmentado tem causado problemas,

induzindo mecanismos de controle insuficientes para a superação de conflitos e impasses.

Dentro do contexto e da lógica do processo de gestão e administração do hospital, criou-se no ano de 1997, o grupo da Qualidade, que funciona como assessoria técnica dentro do hospital ¹⁶. O grupo da Qualidade está ligado diretamente à Superintendência e tem o papel de desenvolver o Programa de Qualidade utilizando alguns conceitos bem marcados, cujo referencial teórico está baseado nos preceitos da administração contemporânea, anunciando um discurso gerencial como forma de legitimar a intervenção nos serviços e de consolidar um método de gestão por processos, com base na teoria dos sistemas. O Comitê Técnico de Melhoria da Qualidade (CTMQ), como é definido institucional e formalmente, iniciou seu trabalho se vinculando e operando seus processos de gestão vinculados à Superintendência, produzindo e sustentando um trabalho de administração tradicional e o modelo gerencial hegemônico.

Algumas concepções são priorizadas na intervenção deste CTMQ e o que tem nos chamado atenção é o conceito e o uso do termo de “redesenho de processo”. O CTMQ foi constituindo também uma relação estreita com algumas estruturas-órgãos da Universidade e participou de toda uma ampla capacitação na UNICAMP, conhecido como curso Metodologia de Gestão por Processo (GEPRO) ¹⁷, consolidando um *staff* com participação dos gerentes do HC-UNICAMP.

Percebemos que as terminologias utilizadas como “cliente, melhoria, excelência de desempenho, negócio”, entre outros, são oriundos da lógica da Qualidade Total (QT), pautada em princípios e valores de certificação e acreditação, que priorizam a lógica da produtividade/custo e o hospital como empresa.

Neste sentido reconhecemos que há diferenças significativas: por um lado a concepção da QT, ligada aos processos de eficiência, marcada pela lógica da abordagem econômica-financeira e se aproximando da idéia da reforma de Bresser, em outra margem a concepção de gestão e planejamento do campo da

Saúde Coletiva e da concepção Paidéia com a qual trabalhamos na construção das diretrizes de mudança para o HC-UNICAMP.

III) O MÉDICO SANITARISTA NO HOSPITAL

A produção teórica do DMPS da FCM-UNICAMP sempre esteve associada às experiências concretas junto aos serviços e às secretarias municipais de saúde, desenvolvendo assessorias dos componentes do grupo ou através do Laboratório de Planejamento e Administração (LAPA) desde os anos de 1990, constituindo um grupo formulador nos temas de modelo de atenção e modelo de gestão no campo da Saúde Coletiva brasileira. Esta produção concebe um instrumental metodológico a partir da intervenção nas diversas políticas e programas de organização de serviços da rede básica, da atenção especializada, na saúde mental e na organização hospitalar, sintetizando o Modelo em Defesa da Vida.

Embora o LAPA perdesse sua relação formal institucional, a matriz discursiva permanece, em várias outras experiências, com os remanescentes do grupo, nas universidades e na vida da política de saúde.

Experiências importantes como a gestão da secretaria municipal de saúde de Campinas foram protagonizadas por Gastão Wagner de Sousa Campos, implementando conceitos e metodologia para a Saúde Pública, dando importância e qualificando o papel dos serviços públicos e da política de saúde do SUS. Mais recentemente, a experiência do modelo Paidéia trouxe novas tendências para o setor saúde, particularmente quanto a política de humanização do SUS (Humaniza-SUS), em novos programas e políticas no âmbito nacional, com Gastão Wagner novamente em Campinas e posteriormente a frente da Secretaria Executiva do MS.

Especificamente na organização hospitalar, podemos identificar várias experiências do DPMS da FCM-UNICAMP. Experiências que foram detalhando conceitos e experimentando concepções diferentes, principalmente do ponto de vista da organização da atenção e de como ocorre a inserção do Médico Sanitarista no hospital. No contexto regional, na articulação do DPMS com a UNICAMP, identificamos a experiência do Hospital Estadual Sumaré (HES) ¹⁸.

A experiência da nossa pesquisa, entretanto, define uma relação muito orgânica com o HC-UNICAMP, se inserindo no projeto de maneira a constituir intervenção na centralidade do trabalho em saúde e nos propósitos do modelo de gestão. Consideramos que esse momento se constitui em uma possibilidade até então inédita de articulação entre Saúde Coletiva e gestão hospitalar.

Dentro desse processo de reestruturação do HC-UNICAMP, resolveu-se compor um Núcleo de Saúde Coletiva e Apoio Institucional a gestão do hospital, estreitando a relação com o DMPS. Para isto foram contratados, por meio de concurso público, Médicos Sanitaristas que se inserem na articulação entre DMPS e HC-UNICAMP, particularmente quanto as suas vivências profissional na região de Campinas.

A inserção dos Médicos Sanitaristas e do grupo do DMPS se deu no espaço do grupo da Qualidade, gerando conflitos e contraposições em torno do modo de organizar a gestão e o trabalho em saúde do HC-UNICAMP. O CTMQ propõe a organização hospitalar a partir de gestão por processos, definido como um fluxo de entradas e saídas na linha produtiva, no conceito de “fornecedor – processo – cliente” ¹⁹. De acordo com Demming, a gestão da QT se baseia em 10 princípios. O redesenho de processos é o princípio que define o trabalho do CTMQ.

Podemos observar que estas diferenças desenvolveram tensões no encontro do CTMQ com os Médicos Sanitaristas oriundos do DMPS, portadores de concepções oriundas da Saúde Coletiva, particularmente do referencial de Gastão Campos. Isto acabou produzindo uma relação de disputa e de resistência às mudanças para novas diretrizes que foram sendo construídas. Estas tensões ganharam relevância, entre outros fatores, já que se tentou submeter o trabalho dos médicos ligados ao DMPS ao processo geral do CTMQ.

O aspecto conceitual dos modelos de atenção e dos métodos de gestão que nós Médicos Sanitaristas oferecíamos eram bastante evidenciados na marca da reorganização institucional, já que pensamos em construir espaços coletivos,

co-gestão participativa e compreender as relações de poder objetivando sua democratização. A metodologia de intervenção do Apoio Institucional, pressupondo o método para gestão de envolvimento dos atores sociais, foi o principal objeto de atrito do campo de intervenção dentro da instituição, já que se encontrava com o papel definidor do CTMQ dentro do hospital. A lógica de se colocar gestores, técnicos assessores, profissionais e usuários como sujeitos do encontro, envolvendo relação pedagógica nos espaços de deliberação das equipes e dos gestores, construindo a participação nas etapas de elaboração e implantação das novas diretrizes, foram as questões de grande dissenso. Acreditamos, e o método de Apoio Institucional aposta neste caminho, no processo de produzir maior envolvimento, mesmo se constatando também o diferente grau de envolvimento dos trabalhadores e gestores. O CTMQ trabalha com relação prescritiva, na valorização dos instrumentos, das regras metodológicas, tabelas e planilhas, não explora a importância do diálogo com os trabalhadores e profissionais, não estimula processo criativo, uma postura com baixa abertura para análise do trabalho, falta de conceitos e ordenações sobre a Clínica, não permite a participação e a tomada de decisões de forma compartilhada. A Superintendência sustentou a manutenção dessa duplicidade durante todo o processo analisado neste trabalho. Podemos afirmar que, mesmo entre os formuladores das diretrizes essenciais, havia diferentes propostas para organizar a gestão da instituição.

Outra diferença central entre as concepções é que apostamos em desenvolver um processo de gestão articulando, ao máximo, a Clínica e Saúde Coletiva desenvolvidas no hospital, sempre buscando e aprimorando a gestão compartilhada do trabalho em saúde ²⁰. Compreendemos que o processo do CTMQ pretende do lugar de fora, ou periféricamente aos grupos e equipes de trabalhadores, reformularem a organização da gestão, fazendo-o sem atentar para as tecnologias e a organização produtiva específica do setor saúde, numa abstração metodológica, encarando que a gestão e o trabalho em saúde poderiam ser qualificados como meros padrões de racionalidade e objetivação.

Esse marco teórico definiu o território conceitual de diferença sobre o processo de construção e de implementação das diretrizes institucional, tal conflito se explicitou a partir da entrada do profissional Sanitarista e da introdução da concepção Paidéia na cultura do HC-UNICAMP. Percebemos que existia todo um instrumental, discursos e conceitos consolidados nos processos de gestão do hospital, determinando práticas gerenciais que de alguma forma estabelecia um campo de conflito com vários objetivos e concepções das novas diretrizes. Os Médicos Sanitaristas trouxeram o debate sobre o trabalho em saúde, a organização da Clínica e Saúde Coletiva, autonomia dos sujeitos e os modos subjetivos de reconhecer a doença como processo social. Toda esta compreensão concretizava um território de diferenças, que tencionava o cotidiano na organização. Constatamos haver ainda uma terceira concepção sobre gestão e trabalho no hospital predominante entre a maioria dos médicos e enfermeiros, no caso, predominava uma visão tradicional, com ênfase na bio-medicina, que recusava interferência de ordem administrativa ou gerencial. Observamos que a concepção do grupo de qualidade interferia pouco na prática assistencial e que tinham maior inserção em áreas de apoio administrativo. Observamos que, ao contrário do que imaginávamos, não houve resistência expressiva dos trabalhadores, especialistas e docentes diante das novas propostas levadas pelos Sanitaristas. Talvez porque as fomos apresentando como temas para reflexão, com algumas evidências oriundas de outros hospitais que haviam experimentado aplicar os conceitos e métodos de trabalho que estávamos trazendo. A intervenção valendo-se do método de Apoio Institucional procurou valorizar a tradição do hospital com a introdução de novos conceitos e modelos. Na medida em que as novas propostas eram apresentadas, percebemos um acirramento das diferenças entre a perspectiva da QT e da co-gestão com que tentávamos trabalhar.

Pensar o papel do Médico Sanitarista no hospital tem sido um bom desafio para o grupo envolvido com a pesquisa. A investigação do trabalho proposto pelo grupo do DMPS da FCM-UNICAMP é o de se aproximar das estruturas da atenção e do trabalho em saúde da organização hospitalar,

rompendo com os aspectos tradicionais dos processos administrativos tão comuns da administração gerencial hegemônica. Estas questões nos pareceram bastante instigantes em se compreendendo ser o hospital um local adverso para as perspectivas teóricas e práticas. Um espaço que apresentou muitas contradições por que atravessado por projetos em disputa, dificultando organizar o saber e sobre os modos de operá-lo na relação com os sujeitos.

Estamos entendendo que a denominação “Sanitarista”, ainda que possa ser considerada ultrapassada, continua sendo a melhor maneira de expressar e denominar ao especialista em Saúde Coletiva. Entendemos que faz parte do núcleo de saberes e práticas da Saúde Coletiva, entre outros, também o “apoio aos sistemas de saúde, elaboração de políticas e construção de modelos buscando explicações para os processos saúde / enfermidade / intervenção” ²¹.

Considerando o núcleo e campo de saberes e de práticas do Sanitarista, como poderia ser organizado seu trabalho no interior de um hospital?

Trabalhamos segundo duas lógicas. Em uma linha de trabalho de uma perspectiva transversal, com a missão do especialista em Saúde Coletiva de influenciar e transformar saberes e práticas de outros agentes, apoiando a construção de ações de saúde e novos processos de trabalho, contribuindo para mudanças do modelo de atenção. O que, em tese, poderia acontecer também em um hospital, foi o que tentamos ao longo desse período, ou seja, a intervenção do Apoio Institucional na lógica da organização do trabalho em saúde, inserido nas equipes multiprofissionais de forma matricial. Produzimos também a nossa inserção orgânica, diretamente integrada ao sistema de gestão, nos integramos à assessoria da Superintendência e à alta direção do hospital, procurando trabalhar o Apoio Institucional no desenvolvimento de programas de organização do novo processo de gestão participativa, influenciando as estratégias de implementação das diretrizes e arranjos, formulando a intervenção e dando sentido aos conceitos em debate. Este lugar orgânico refletia sobre os modos de funcionamento dos serviços de saúde e as redes constitutivas.

Com base nessa discussão, foi organizado o trabalho dos Sanitaristas no HC-UNICAMP. Um primeiro exercício para o desenvolvimento das práticas foi pensar a organização da nossa intervenção como Apoio Institucional como mediadores entre gestores e as equipes, atuando tanto nos espaços de poder formal, quanto junto aos trabalhadores, docentes e alunos. Havia que se definir esta relação de modo objetivo, definindo os espaços concretos de intervenção. O local institucional definido pela Superintendência para o especialista em Saúde Coletiva foi junto ao CTMQ, e que, portanto, passou a situar duas lógicas muito diferentes para o desenvolvimento do trabalho. Podemos localizar essas diferenças nos seguintes aspectos: concepção de gestão no processo institucional, método de intervenção e o compartilhamento da gestão com o trabalho em saúde.

O conceito de “gestão por processos para melhoria” do grupo do CTMQ apresentava-se como franca contraposição com a gestão e o trabalho em saúde, conforme concebiam os especialistas em Saúde Coletiva. Contraposições que foram se revelando nas ações cotidianas dos Sanitaristas levando para o espaço os saberes específicos de gestão e planejamento em saúde, atravessados por saberes da epidemiologia, da sociologia da saúde, da política, da informação, comunicação em saúde, vigilância e da concepção Paidéia. Resolvemos, com concordância da direção, realizar nossas ações com base na essência do método de Apoio Institucional, isto é, sempre buscando envolver os atores no processo de compreensão, de tomada de decisão e de implantação das diretrizes definidas.

Inicialmente, definiu-se que o espaço de intervenção prioritária para os Sanitaristas seria a relação do HC-UNICAMP com a rede regional do SUS e a investigação do trabalho foi construindo formas de pensar a inserção institucional no sistema regional, agindo e pensando na política de saúde e a forma de organizar o modelo de gestão e da atenção. O Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Campinas, as reuniões de secretários municipais de saúde da Divisão Regional de Saúde (DIR) 12 / Departamento Regional de Saúde (DRS) 07

Campinas, os Colegiados de Gestão Regional (CGR) na lógica do Pacto pela Saúde foram os principais cenários da intervenção do espaço macro-regional.

No espaço intra-hospitalar o Apoio Institucional ficou na relação com o grupo da Superintendência e particularmente próximo da CAst. Esta relação com a CAst propiciou iniciar a formulação, no plano macro-institucional, de diretrizes e de alguns arranjos do modelo, caracterizando uma nova forma de funcionamento para a gestão e para o trabalho clínico, discutindo a sua estratégia de implantação. Esta dinâmica aproximou o Apoio Institucional da implementação das novas diretrizes junto ao cotidiano da gestão e do trabalho em saúde, envolvendo trabalhadores e profissionais nos respectivos serviços dentro do hospital.

O Apoio Institucional e o seu processo se constituíam, portanto, como uma relação em que ofertávamos a nova concepção para o modelo de atenção e de gestão, rompendo a lógica e o papel tradicional de assessoria que atuam somente junto à Superintendência. Esta dinâmica permitia contratar intervenções e metodologia no dia-a-dia, bem como dialogar sobre a implementação dos arranjos do modelo com grande número de pessoas que participavam de maneira indireta da alta gestão do hospital, fato muito comum nas instituições de saúde, provocado pela baixa capacidade dos dirigentes ampliarem e capilarizar o debate nos espaços concretos de ação em saúde dos trabalhadores.

Fomos desenvolvendo um sistema de comunicação entre a direção e os serviços, reconhecendo a tessitura singular dos vários arranjos e espaços coletivos, identificando e compreendendo os objetos nucleares de gestão e trabalho em saúde como proposição das novas diretrizes institucionais e da organização da modelagem. Cada arranjo era firmado no espaço macro e, na seqüência, ia sendo discutido e praticado com os departamentos e equipes.

IV) Os OBJETIVOS DA PESQUISA

A pesquisa tem a finalidade geral de refletir, descrevendo e analisando, as principais propostas como diretriz do modelo de gestão e de atenção em desenvolvimento no HC-UNICAMP. Embora reconhecendo que o modelo se faz com uma diversidade de práticas, saberes, instrumentos, tecnologias e de como se concebe o processo saúde-doença, iremos identificar um conjunto de arranjos organizativos que foram sendo desenhados no processo de implementação no hospital, como forma de identificar e estudar a essencialidade das propostas.

Como objetivo específico da pesquisa pretendemos descrever e analisar a contribuição do DMPS, especificamente de Sanitaristas formados em Saúde Coletiva, com a co-produção singular de um processo de mudança em um HU, avaliando, em alguma medida, a utilização do método de Apoio Institucional.

Um modelo assistencial, que inclui a gestão e o trabalho em saúde, é conceito complexo que engloba pensar forma de produzir saúde como resultado das intervenções dos sujeitos (usuários, trabalhadores e gestores) através de ações e práticas cotidianas, pelo modo de representar interesses e conformação de consciência política em defendê-lo, pelo modo de organização da gestão da vida, do trabalho e das instituições, e também pela forma de pensar o trabalho dando sentido ao seu objetivo, objetivos e processo que o organiza.

Nesse estudo, em alguma dimensão, estamos olhando para todo este campo que conforma o modelo, mas centraremos o olhar em dois componentes que possibilitam organizar o pensamento da nossa pesquisa: gestão e o trabalho em saúde. Estamos assim, caracterizando certa compreensão figurativa de que estes componentes entrelaçados na conformação do modelo apresentam-se com tessituras diferentes na identificação dos arranjos proposto pela instituição.

Os objetivos específicos são descrever e analisar algumas das principais diretrizes da proposta, a saber: Unidade Produtiva, o papel dos Chefes de Atenção Clínica, a proposta do Colegiado de Gestão, o Protocolo Assistencial, o Contrato de Gestão e as estratégias de integração do HC-UNICAMP no SUS macro-regional.

Esse recorte dentre uma série de outras diretrizes do conjunto organizativo do HC, e dentro da concepção mais ampla de modelo, foi escolhido porque estes foram os arranjos que mais foram valorizados e exercitados ao longo da elaboração e implementação do projeto de mudança e, portanto, foram os itens mais acompanhados durante o trabalho de pesquisa.

V) A METODOLOGIA DA PESQUISA

Esta pesquisa é o relato analítico da interação do pesquisador, um Médico Sanitarista, com o desenvolvimento de um projeto institucional em um hospital público e universitário, com características muito próprias, com papel de assistência, ensino e pesquisa.

A pesquisa se desenrolou, portanto, num contexto e num processo de interação de fatos e teorias, vivências e significações, interpretações e sínteses que apreendem a intervenção dos sujeitos na realidade para transformá-la. Estamos considerando que o objeto do estudo é o fenômeno observado do conjunto de proposições para uma nova organização e do conjunto de práticas visando a produção de uma instituição de saúde reformulada.

A interação de fatos e teorias tem para a pesquisa, portanto, que a ciência e a sua produção não se fazem somente por conclusões das observações empíricas dos fenômenos em corpos materiais, se fazem também com as idéias e as interpretações dos problemas criados e intenções conflitantes explicando a realidade ²². Não estamos lidando com uma apreensão de um fenômeno com a força da lei natural, mas um conteúdo semântico e a experimentação induzida de determinados fatos e coisas, envolvendo sujeitos e suas intencionalidades, na dependência de força da vontade, do desejo e da política. Para a pesquisa, a constituição da idéia de um modelo parte da escolha autônoma da identificação, definição e da interpretação de coisas que vão ocorrendo no cotidiano, observando o acontecimento dos fatos produzidos pelas pessoas em seus momentos de decisão. Um processo indivisível do ponto de vista da investigação e da participação do pesquisador, mas que é vivenciado por diversos agentes, sujeitos protagonistas, sujeitos assujeitados, pessoas em agrupamentos, grupos organizando certa produção.

A metodologia da pesquisa utilizou-se dos documentos oficiais produzido durante o processo de intervenção de Apoio Institucional. Este material foi sendo selecionado, coletado e, posteriormente, realizado leitura, procedendo-

se a análise dos seus conteúdos. Os documentos foram selecionados diretamente de fontes de informação registradas no hospital HC-UNICAMP.

Considerando que tais documentos fazem parte do discurso oficial institucional, estes foram vistos e entendidos como forças de enunciado no espaço institucional. Compreendemos que o enunciado tem a força e o status de propostas como diretrizes que entra em campo ou no jogo das operações e ações estratégicas, provocam posicionamentos e publicizando intencionalidades dos atores institucionais ²³.

Foram utilizados os documentos oficiais como portarias normatizadoras que instituem os arranjos da organização da gestão e do trabalho em saúde, atas de reuniões dos espaços coletivos, relatórios gerenciais, documentos de planejamento e de projetos institucionais formulados durante o processo de intervenção e realização da nossa pesquisa.

Foram também analisados instrumentos estruturados e definidos como Contrato de Gestão e Protocolo Assistencial, em implementação dentro da instituição. Foram analisados como descrições dos processos de mudança, já que eram elaborados pelas equipes e negociados com a direção, bem como para sistematizar alguns conceitos que o hospital vem adotando para a reorganização da gestão e do trabalho em saúde.

Outra fonte importante foi a produção de um diário de campo pelo pesquisador, que registrou considerações e observações dos espaços coletivos e dos fatos em acontecimento vivenciados na investigação com outros sujeitos no campo de intervenção.

Na análise dos documentos utilizaram-se conceitos ou categorias com a capacidade de sintetizar os arranjos nas suas funções e seus propósitos de mudanças no hospital. Os conceitos utilizados, que serão considerados como categorias de análise, constituíram uma matriz analisadora de síntese dos arranjos como diretrizes institucionais para a aposta de reorganizar o trabalho em saúde e

a gestão. Algumas destas categorias foram utilizadas por Campos que as denominou de Núcleos Temáticos de Análise para orientar as intervenções nos espaços coletivos e facilitarem novas sínteses, capacidade de análise e intervenção na realidade.

A estruturação da metodologia e a construção de instrumento enquanto categorias de análise parte do conceito de práxis. Um sentimento de que o sujeito que age precisa compreender suas ações e práticas sociais, o que lhe ampliaria o caráter criativo a partir das possibilidades objetivas e subjetivas da realidade. Adotamos o princípio teoria-prática ou prática-teoria em que prática é a atividade humana e a teoria nesta relação conforma graus de consciência, apropriação e produção de conhecimento.

As categorias e as formas de análises pressupõem o caráter teleológico da atividade, sua ação humana e a transformação do objeto em determinado fim 24.

As categorias de descrição são: Objeto / Objetivos / Meios / Atores. Utilizaremos com a função de refletir sobre a organização da gestão dentro do modelo assistencial proposto do hospital.

A categoria “Objeto” tem a possibilidade de definir os arranjos / propósitos do modelo circunscrevendo uma conceituação.

Os “Objetivos” tem a perspectiva de apontar as finalidades ou os fins do propósito, entendo qual resultado se esperar da proposta da diretriz institucional.

Os “Meios” podem apresentar quais os caminhos, as apostas, forma de operar e desenvolver alguma mudança, implantação e implementação do modelo assistencial.

Os “Atores” como categoria identifica os sujeitos envolvidos com o desenvolvimento de cada diretriz no conjunto da nova proposta.

Além do interesse da pesquisa em descrever os arranjos das diretrizes institucionais, propomos certa natureza analítica a partir da intervenção de Apoio Institucional, como se deu o diálogo com os profissionais e trabalhadores no processo de mudança e implementação das diretrizes.

As seguintes categorias de análise serão utilizadas para o trabalho do Apoio Institucional: Ações / Processos de Trabalho / Práticas / Resultados. Utilizaremos estas categorias com o papel de reconhecer a mudança ou não dentro da organização da atenção no modelo assistencial do hospital.

“Ações” será considerada o conjunto das ofertas que compõe o perfil do hospital e sua lógica de pensar a sua inserção na rede.

“Processos de Trabalho” é considerado como o modo de produção para organização cotidiana do modelo assistencial.

“Práticas” será entendida como a forma dos atores se colocarem no novo processo produtivo, suas posturas e como se interagem no novo modelo proposto.

“Resultados” é analisado a partir de um conjunto de indicadores compatíveis com o modelo e que poderá ser comparativo com os “Objetivos” definidos enquanto proposta.

VI) AS PROPOSTAS DO PROJETO INSTITUCIONAL DO MODELO ASSISTENCIAL:

ORGANIZAÇÃO DA GESTÃO E DO TRABALHO EM SAÚDE NO HC - UNICAMP

As propostas no conjunto definem um projeto do grupo dirigente e é assim considerado como institucional porque teve a dimensão de construir ao longo do processo de organização dos espaços coletivos nos aspectos da gestão e do trabalho em saúde.

Podemos apontar outras dimensões na construção do projeto, além de suas propostas decompostas, que é a consideração sobre o poder e os atores no espaço institucional, bem como o campo de intervenção em que se deu o desenvolvimento do trabalho de Apoio Institucional.

VI. 1) CONSIDERAÇÕES SOBRE PODER E ATORES NO HOSPITAL

Como fazer para gerar mudanças no hospital? O HU e sua estrutura, objetiva e subjetiva, poderão ser instigados a reconhecer e produzir outra forma de se organizar, do seu trabalho, das relações entre os sujeitos e poderes institucionais, da sua inserção no SUS regional e da capacidade de lidar com outras formas de pensar o processo de trabalho em saúde?

Utilizamos o conceito de Modelo Assistencial que será compreendido nos eixos gestão e trabalho em saúde, desdobrados nas categorias analíticas citadas anteriormente na metodologia. Esta nucleação pensa em delimitar objetivamente e didaticamente a multiplicidade dos saberes-práticas da gestão e planejamento em saúde. O modelo configura certa forma de organização dos serviços e a concepção que se tem de trabalho em saúde, gestão da instituição e os objetos de intervenção que apreendemos.

O modo de organização do trabalho em saúde e as relações de produção são influenciados por uma série de lógicas que podem ser determinadas pela composição de processos produtivos, pela questão do poder, por ações estruturadas, por práticas singulares e tecnológicas, definidas pela concepção do objeto e dos objetivos que se pretende alcançar 25, 26, 27.

As diretrizes propostas pelo grupo dirigente do HC-UNICAMP, em alguma medida, buscavam fazer este debate, ou seja, acenava em como praticar outro modelo de gestão, alternativo, portanto, diferente do que se experimentara até então. Dentro desta proposta de diretrizes de um novo modelo, alguns conceitos são oriundos das pesquisas e estudos do DMPS da FCM-UNICAMP. Conceitos aplicados em outras experiências, com outros coletivos e momentos.

No conjunto estes conceitos sistematizam outras formas de apreender o objeto, os meios de intervenção e seus objetivos, buscando novas relações de poder com a gestão compartilhada e a Clínica Ampliada 3, 20.

Observamos que no HC-UNICAMP as forças produtivas, suas relações e modos de produção institucional revelaram e nos permitiram identificar mais

claramente a dimensão do poder na organicidade e no cotidiano institucional ²⁴. Utilizaremos da produção de Testa, categorias que possam abstrair a dimensão particular na experiência vivenciada da realidade. O autor organiza categorias para se pensar o poder no setor com a polaridade em três relações: Poder Técnico, Poder Administrativo e Poder Político ²⁸. Ao identificar esta relação podemos nos deparar com a seguinte situação no HC, apontando:

- o Poder Administrativo é exercido pela Superintendência do hospital na forma de mobilizar, apropriar e organizar recursos;

- o Poder Técnico é facilmente identificado com a profissão médica que define uma forma de organizar o trabalho e a informação que constitui a realização das atividades de atenção em saúde;

- o Poder Político é a capacidade de impor suas perspectivas, pautando as necessidades e interesses que serão atendidos, estando fortemente identificado com a FCM.

Esta forma de organizar o pensamento nos revelou que o poder se concentra no médico docente, já que, inclusive, ocupam os vários espaços de poder e decisão institucional.

Os espaços de exercício de poder estão condicionados à intervenção do médico docente. Na Superintendência, é definido como regra que o cargo deva ser ocupado pelo corpo docente médico formal da UNICAMP. Na atuação técnica é principalmente o poder médico que pauta a forma de produzir atenção em saúde. O corpo profissional médico em grande maioria é docente, ligado aos departamentos e cadeiras das respectivas especialidades. Na organização e constituição da FCM se concentra a participação privilegiada dos docentes, definindo os rumos do hospital.

Portanto, a docência reúne e agrega os espaços de poder que atravessam a vida do hospital, garantido hegemonia e poder das decisões ao

médico docente, que definem objetivos da assistência, ensino e pesquisa. Isto tem repercussões interessantes do ponto de vista da mudança e a sua relação com o poder instituído.

Imaginamos que a mudança poderia ser a resultante da multiplicação de espaços de poder compartilhados, num processo de transformação e tensão entre atores diferentes. Entretanto, a tradição é que o hospital está dominado pela docência como ator hegemônico e que não investe em espaços de diálogos, não havendo assim elemento que possibilite o encontro dos interesses com os outros atores no jogo social e político do HC-UNICAMP. Entretanto, compreendemos que há diferenças entre vários agrupamentos médicos e que a relação se deu no intra-poder, entre os diversos departamentos no espaço da FCM, nem sempre com posições comuns.

Compreendemos também que apesar de haver hegemonia do corpo docente e médico, notava-se alguma influência de outros cursos e profissões, particularmente da enfermagem.

Esta relação de poder e a proposta do método de gestão, assim observada e preconizada, encontravam dificuldade em se armar uma estratégia de cima para baixo, ou seja, da Superintendência para os departamentos e equipes. Esse tipo de movimento, numa relação direta, se fazia pouco efetivo do ponto de vista de tomar decisões e adotar novas posições. Para arquitetar uma estratégia que viabilizasse alteração do poder e do modelo assistencial, o caminho é a proposição de diretrizes organizadas mediante um esforço coletivo, de composição entre diferentes autores, objetivando organizar nova estrutura de produção de trabalho, onde os modos e as relações de produção se dariam em outras condições objetivas, evocando a insurgência de outros atores e interesses.

Constatamos que pensar e reorganizar o HC-UNICAMP no sistema de saúde macro-regional constituiu-se, de fato, em um movimento que fortaleceu os propósitos de mudança que induziu esta relação de transformação para dentro do

hospital, sacudindo as determinações históricas que pautavam o papel da organização do hospital.

Do ponto de vista da Reforma Sanitária, acreditamos que pensar tanto a reforma da relação do hospital com a rede, quanto sua organização interna, é uma grande oportunidade para se alterar o lugar de epicentro do modelo biomédico hegemônico e o processo de formação dentro do setor saúde. Portanto, o coração do Dragão ²⁹.

A proposta do HC-UNICAMP explicita que a atenção de qualidade depende da inserção do hospital no sistema de saúde, avançado além do recorte econômico-financeiro utilizado pela cultura da administração hospitalar. Preconiza estimular novos projetos intra-institucional, assumindo a complexidade da gestão e do trabalho em saúde, aumentando as possibilidades da Clínica redefinir seus objetos, ampliando o olhar sobre os processos saúde-doença-intervenção, criando graus maiores de responsabilização profissional com cuidado em saúde individual e coletivo, de forma articulada com o sistema e redes assistenciais. Para tanto, o hospital deveria repensar a atenção em saúde, de modo a garantir acesso às tecnologias necessárias a uma nova produção do setor, com integração no campo de saberes e práticas, capaz de mobilizar os recursos e os serviços, com os objetivos de cura, tratamento, reabilitação, prevenção de agravos, promoção de saúde e produção de autonomia. O desafio estaria em articular a gestão da Clínica, considerando a Saúde Pública como uma a construção de um sistema de proteção, envolvendo os trabalhadores e o seu compromisso.

Trabalhamos com a concepção de que o trabalho, a construção e a operação cotidiana das diretrizes pudessem ser desenvolvidos de maneira solidária, reconhecendo que os sujeitos disputam seus interesses, jogam e produzem relações, a partir de suas opções e visão de mundo. Propomos uma lógica não maniqueísta, buscando uma posição anti-gregária e com a idéia de considerar os diversos atores como sujeito do encontro, do diálogo, da negociação

e do contrato entre partes para a construção do sistema de saúde e as redes de atenção.

Observamos que as reflexões sobre as diretrizes institucionais se enriqueceram na medida em que os fatos foram ocorrendo, desenvolvendo assim a temática de maneira cronológica no processo de intervenção. Entendemos que houve certa construção estratégica em cada momento ao se apresentar e organizar os arranjos das diretrizes de modelo dentro do hospital e que, mesmo assim, houve continuidade e descontinuidade, num movimento que implicava a multiplicidade de análises dos sujeitos envolvidos, produzindo regras numa dispersão temporal que são partes constitutivas deste objeto de pesquisa. Pensamos que houve linearidade e cronologia no processo de mudança e que esta investigação deverá abordar os temas dentro desta lógica, que condensa espaços heterogêneos, compondo momentos de analisar, negar, assimilar, experimentar e institucionalizar como componente oficial da organização do HC-UNICAMP ³⁰.

VI.2) ANALISANDO O CAMPO E O PROJETO DE INTERVENÇÃO

No campo de intervenção temos o hospital e a rede de atenção de serviços municipais, com lógicas organizações, papel no sistema e recortes técnico-político diversos e, como se podem perceber, conflitantes. Ao se tentar modificar a relação do HC-UNICAMP com a rede regional observamos que estávamos transitando entre a dimensão hospitalocêntrica e a dimensão municipalista da constituição do sistema de saúde. Isto não é pouco.

O hospital, de forma geral e como equipamento social, tem a sua legitimidade reconhecida enquanto espaço de ações em saúde. Reconhecimento influenciado por condições históricas e culturais em que predomina o trabalho profissional médico e a sua Clínica como atos de produção de exames, de procedimentos e com a utilização de recursos tecnológicos avançados de acordo com o senso comum.

Observamos que o HC-UNICAMP não foge a esta regra geral, sua organização reproduz as formas de intervir no campo da saúde em que o objeto da ação é a doença e suas transformações orgânico-biológicas no corpo físico. Um recorte que sustenta e é sustentado pelo pensamento cartesiano do organismo humano enquanto máquina, elevando em grau máximo a objetivação de entendimento de saúde e doença.

Enquanto modo de operar a gestão, prevalece no hospital o padrão no de super-hierarquia, bastante segmentada, onde predomina a forma de governo para as profissões, com os princípios, caracteristicamente, burocrático-administrativos de gestão de coisas. O HC-UNICAMP, particularmente, apresenta o CTMQ que ordena e aprofunda esta concepção, buscando certa normatividade para a identificação do hospital como empresa.

Neste processo de intervenção, portanto, temos o hospital e a rede de serviços, cuja relação se faz a partir da atenção especializada e os mecanismos de regulação, capacidade de ofertas, regionalização dos serviços entre muitos entraves quando se pensa o hospital como prestador e a resolutividade da atenção especializada nos municípios.

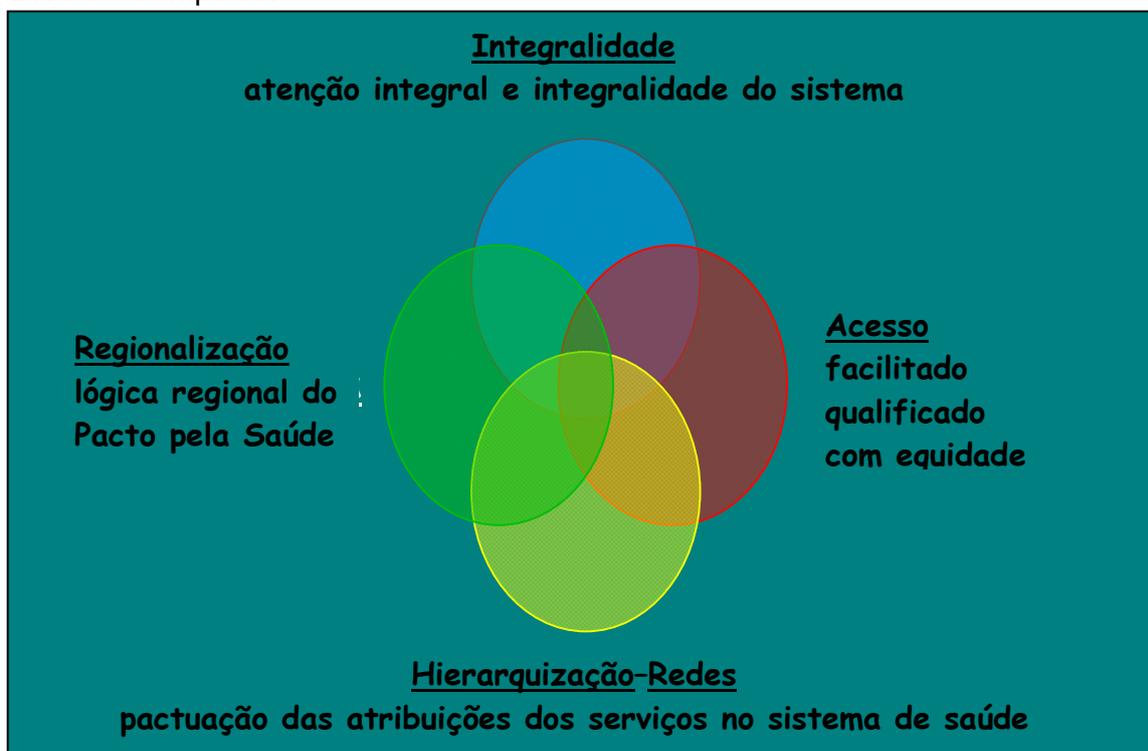
Compreendemos que para iniciar a articulação foi necessário introduzir nova linguagem para dentro do hospital e iniciar algum movimento com a rede, dando significado, definindo algum consenso e compreensão. Imaginamos que para lidar com espaços de governo e com concepções diferentes entre o hospital e a rede, talvez um território desconhecido para ambos, foi necessário dialogar sobre um conjunto de conceitos que pudessem construir os primeiros encontros reais, que apontaram para o debate e para o consenso de algum projeto em comum com a rede.

Utilizamos então, os Sanitaristas com o encargo de trabalhar um novo projeto para a relação entre HC-UNICAMP e rede regional, os conceitos Integralidade, Rede-Hierarquização, Regionalização e Acesso. Discutimos estes conceitos e seus desdobramentos práticos para dentro da Superintendência e em reunião de secretários municipais de Saúde do DRS 07–Campinas.

A figura abaixo representa os conceitos que foram considerados estruturantes e fundantes das diretrizes institucionais, com os quais se iniciou o debate com o espaço formal do hospital e o com as secretarias municipais de saúde.

Representamos a figura utilizada para promover essa reflexão:

Figura 01. Conceitos do campo de intervenção do HC-UNICAMP na região da DRS 07-Campinas.



Integralidade: (construir a articulação intra-institucional, discutindo o modelo biomédico e a articulação de ações nos diferentes serviços no sistema de saúde regional).

O conceito de Integralidade nos trouxe questões interessantes a pensar. Aceitamos o conceito como algo a ser perseguido e que a realização plena da integralidade é um estado difícil de ser alcançada na prática. Mas que nos coloca em permanente busca enquanto compreensão do objeto da intervenção em saúde.

As pesquisas e o pensamento teórico da Clínica Ampliada formulado por Campos têm refletido sobre a intervenção da Clínica e o diálogo com o modelo biomédico ³¹.

É irrelevante falarmos da contribuição e do valor de uso da Clínica enquanto prática e forma de intervenção no campo da saúde. Ela traz o encontro profissional com o seu objeto. Apostamos na possibilidade de reconstrução-reformulação, fazendo com que este encontro seja resolutivo, nos aspectos patológicos e de disfunção do organismo; e radical, no compromisso do cuidado e da função social-coletiva que a sociedade tanto espera dos serviços de saúde.

Temos aprendido no cotidiano que os semblantes da Clínica são determinados por fatores complexos e que tem potencial de ação política, do ponto de vista de confrontar interesses no processo de produção entre os usuários e trabalhadores nos serviços. Uma Clínica “consumida” por um significado mais forte, integrador, ambiciosa, revolucionário num sentido de movimento, mudanças e transformações nos processos de trabalho.

A intenção essencial foi esta de operar sobre a estruturação do trabalho em saúde, debruçando-se nos processos instituídos operados pelos trabalhadores, refletindo e criando outras formas de organização produtiva em saúde. Uma intervenção atual extremamente condicionada pela privatização de atos em saúde que foi articulada em espaços coletivos de gestão e de atenção. Este encontro, gestão e atenção, foi o propósito da institucionalidade formal da conformação das Unidades Produtivas para dentro do hospital, seus respectivos Colegiados e equipes multiprofissionais. Identificamos que essa extensão acontecia, em alguma medida, na organização do sistema, como a modelagem das equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) como proposta de outras experiências do nosso trabalho na Atenção Básica.

Aspecto que consideramos importante são o enfoque e o conceito de Integralidade como forma de articulação dos serviços numa rede mais complexa que transcenda os próprios serviços e na relação entre eles numa composição local-regional (*i.e.* sistema de saúde) para dar conta das necessidades no território. Esta idéia trouxe o objetivo de amarrar um conceito de Atenção Integral com o desenvolvimento de processos produtivos capazes de acessar a

organização e densidades tecnológicas dos estabelecimentos de saúde na rede de serviços ³².

Rede-Hierarquização: (atuar na lógica da pactuação de atribuições dos serviços considerando uma relação de redes horizontais no sistema de saúde).

O olhar do hospital na relação com o sistema esteve, no início, muito condicionado ao seu papel terciário e quaternário, representando a relação do tipo hierarquizado. Esta postura e este reconhecimento era o grande motivo de se apostar em mudanças dentro do HC-UNICAMP e por isso aproveitamos esta compreensão para possibilitar a saída para o campo de produção da atenção em saúde.

Do ponto de vista organizacional do sistema e como diretriz do SUS, a hierarquização propõe estabelecer certo “caminho natural” dentro do sistema para a atenção num fluxo de ir e vir, mas que se mostrou impotente quando projetado na lógica piramidal de primário como menos complexo até o topo do sistema ³³. O eterno debate da dificuldade de implementar mecanismos de referência e contra-referência foram insuficientes e demonstraram o quanto este instrumento foi sendo burocratizado no cotidiano dos trabalhadores da saúde.

Acreditamos que uma nova ordenação seja possível se avançarmos e conseguirmos negociar mais, contratar novas atribuições para os serviços e as redes assistenciais, ou seja, menos regra e mais negociação ³⁴. Concordamos que a construção dos Protocolos Assistenciais contratasse os serviços organizados em redes assistenciais, reconhecendo suas atribuições, organização, capacidade resolutiva, adensamento tecnológico para articular suas competências na resolução de problemas de saúde, desconfigurando a lógica de hierarquia no sistema e abrindo o debate de continuidade da atenção co-responsabilizada no território ou região. Algumas experiências vêm demonstrando a potencialidade da lógica em rede conformando a transversalidade, definindo e aumentando graus de resolutividade para os usuários nos sistemas locais de saúde ³⁵.

O sentido da nossa configuração de rede foi apostar na construção de objetivos comuns entre os serviços, configurando maior co-gestão da atenção em saúde e problematizando as questões como responsabilidade na atenção e no sistema. Construir a filosofia da rede de atenção comprometida em buscar novas organizações de trabalho, de oferta assistencial e recursos tecnológicos pactuados entre os diversos atores interessados, experimentando, explorando a parceria solidária-cooperativa e superando a lógica de complementaridade.

O debate da solidariedade que se apresenta é outro paradigma na cultura de disputas de recursos entre os serviços e também entre os municípios. Na prática, o que se observa é certa busca individual e solitária na busca de recursos dos gestores municipais e dos usuários no sistema, onde se impera mais competição e o negócio de balcão do que solidariedade. Podemos até afirmar que esta relação acaba abrindo espaços para acordos nos bastidores, ocultos, que são justificados por interesses privados, desconsiderando as prioridades epidemiológicas e assistências do poder local.

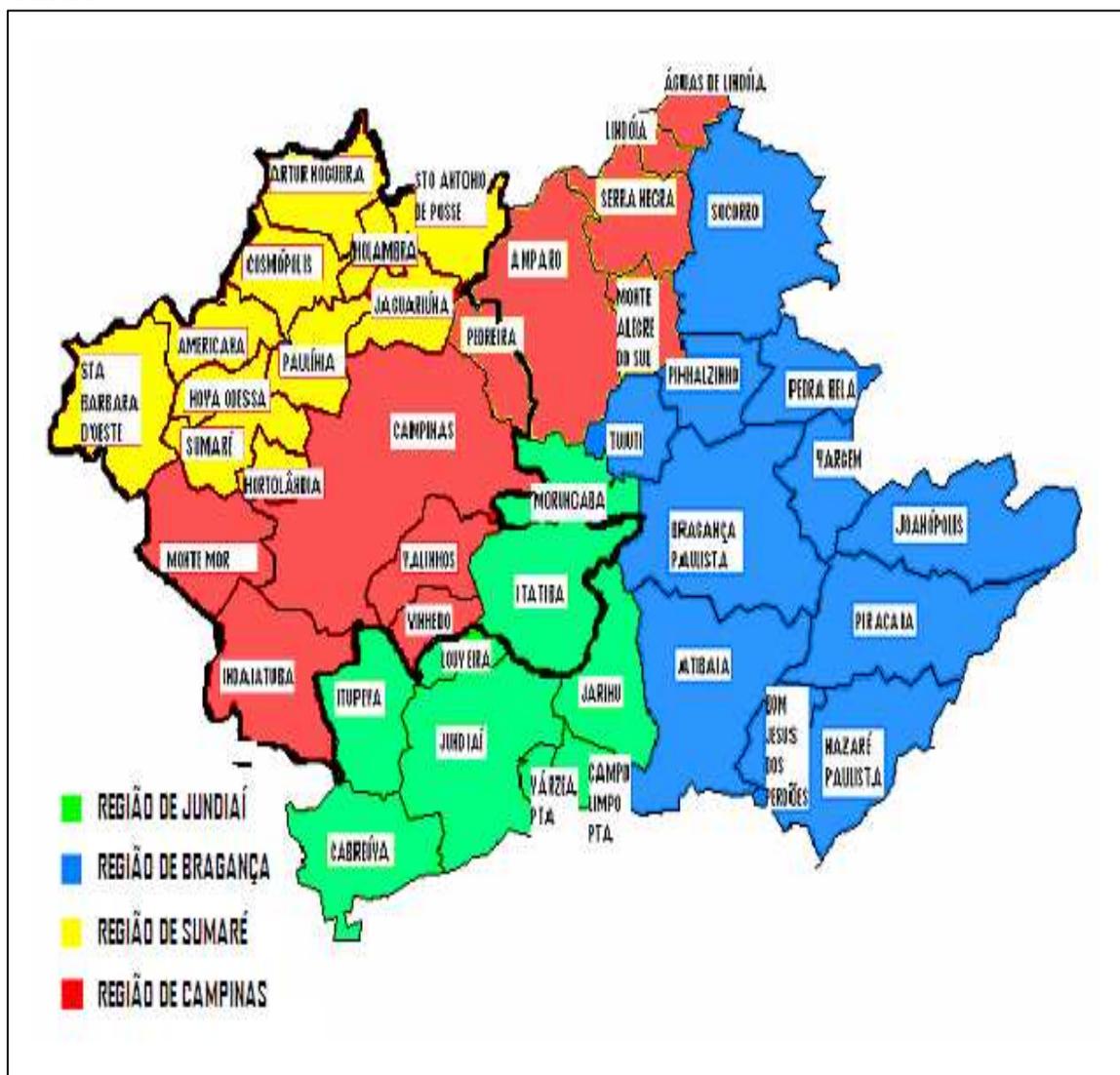
Regionalização: (inserção dinâmica e reconfiguração das regiões de saúde do Pacto pela Saúde).

O Pacto pela Saúde ³⁶ apresenta-se bastante potente, intenso enquanto movimento de mobilização e repactuação para a construção do SUS. A definição de regiões de saúde, na dimensão do Pacto de Gestão ^{37, 38, 39, 40}, caminhou na bela perspectiva de construir ações e projetos entre os municípios numa regionalização solidária e cooperativa, definindo intervenções mais próximas das realidades locais. Podemos dizer que um movimento que se aproxima da máxima matusiana: planeja quem faz.

Imaginar a grande diversidade de competências-habilidades organizacionais do sistema e dos serviços de saúde, a heterogeneidade técnica-política dos sujeitos, a multiplicidade de projetos locais e a diversidade de apreensão de conceitos do SUS nos pareceram quase infinitos. De maneira

desafiadora, podemos afirmar o quanto esta pluralidade agregou e fortaleceu as forças a favor da política de saúde.

Figura 02. Divisão das Regiões de Saúde da DRS 07 – Campinas no Pacto pela Saúde.



Pensar também que a relação do hospital seria padronizada e que teria resposta uniformizada capaz de resolver problemas diferentes num território como este, era possibilidade nada inteligente. Acreditamos, veementemente, no potencial destas diferenças para construir ações singulares para as questões

particulares e específicas. É preciso entender que a relação da atenção hospitalar horizontal com a rede e em rede pode superar ou resolver alguns problemas, mas que apresentou mais capacidade de utilizar sua estrutura e qualificar a gestão da atenção no sistema.

Consideramos apropriados que o debate da Regionalização, quando apoiado pelo conceito de região, consegue configurar e construir uma nova forma de organização do sistema ⁴¹, re-territorializando as relações dos usuários com os serviços e criando novos dispositivos numa concepção de saúde que envolva aspectos culturais, econômicos, sociais e comunicacionais. Esta visão deva ser sustentada e influenciadora, esperamos isto, quando do movimento da organização do hospital com estas regiões, ou seja, compreender estes valores e construir um desenvolvimento de pactos que enxergue os potenciais tecnológicos para a produção de saúde quando olhamos território e os seus recursos.

Acesso: (garantir uma relação qualificada às tecnologia de maneira facilitada, desburocratizando, com equidade e capacidade de avaliar os riscos e necessidades).

Consideramos que a nossa posição com este conceito claro e inteligível no Campo de Intervenção é fundante, estruturante para o trabalho de Apoio Institucional e para o desenvolvimento da pesquisa.

O debate do Acesso tem consumido grande parte das discussões dos profissionais, gestores e usuários comprometidos com a consolidação do SUS. Um conceito nem sempre claro que revela uma complexidade de entendimentos e compreensões.

O conceito que utilizamos é originário de uma matriz discursiva e um conteúdo que procura a diversidade cotidiana, a sua fecunda capacidade de produzir os embates, provocando rupturas nas relações de poder difusas na divisão social do trabalho, nas intervenções político-ideológicas mascaradas pelo discurso pragmático e objetivante da atualidade.

Acesso poderia ser apresentado sobre muitos matizes, disfarçadas, podendo incorrer no erro de definir o termo como produzir quantidade de serviços e de produtividade, pautando muito das apostas dos PA`s que alguns gestores têm definido para resolver tal debate. Assim, buscou-se o caminho de ir construindo a idéia de Acesso no espaço de produção do lugar do setor público, da Saúde Coletiva, da gestão e do planejamento em saúde para apresentar a idéia. Este “percurso” temporal-espacial vem sistematicamente, acompanhado da capacidade de produzir conhecimento no movimento de militância do nosso propósito, se utilizando do pensamento, de afirmações e de interpretações do olhar contextualizado da prática e da ação.

O Acesso na relação com o hospital poderia ser visto sobre diversos ângulos, mas é na relação da organização do trabalho médico ou dos profissionais especialistas que tem nos interessado a reflexão da relação do hospital com o sistema. Abordamos a dimensão do trabalho médico especialista e de outros profissionais como atenção especializada, admitindo que o caráter especializante seja o que estrutura e organiza trabalho, definindo práticas e saberes e sua inserção na política de saúde ⁴².

A reflexão parte do princípio de que há necessidade de repensar a inserção das especialidades e novas organizações do modelo assistencial nos serviços de atenção especializada. A agenda importante para estas preocupações foi pensar a inserção mais compromissada deste profissional, não ficando somente nos aspectos normativos de cumprir carga horária ou dar conta de uma quantidade de atendimentos para produtividade. Entendia-se também a importância da “assunção” do compromisso técnico e profissional na atenção em saúde dos serviços públicos, tangenciado por capacidade resolutive e de organização destes serviços.

Traremos uma idéia figurada de fronteira que apreendeu a possível dinâmica de aproximar-se de limites que, se ultrapassados, poderiam engendrar mudança positiva da organização do trabalho em saúde na atenção especializada.

Então, as fronteiras são linhas divisórias que estabelecem lugares consagrados e introjetados, de um lado, e caminhos imprevisíveis e incertos, de outro. Limites que podem sugerir ou precipitar um movimento de transformação para certos impasses, sem respostas aparentes.

A idéia de mudança está considerada na capacidade de análise e reflexão para intervenção na organização dos serviços. Entretanto, a lógica é que se pudessem criar interrogações para investigação de novos processos produtivos e tecnológicos que configurem práticas singulares dos trabalhadores nos estabelecimentos de saúde.

A fronteira **Território-Campo de Intervenção**: o debate do conceito de território no campo da saúde foi considerada a primeira fronteira a ser explorada. Aqui, o sentido de território foi usado para pensar o campo onde está sendo processado o trabalho da atenção especializada.

Este campo possui a dimensão das determinações no processo saúde-doença interferindo no modo de produzir agravos nos indivíduos. A dimensão que aparece de forma muito objetiva, e como consequência, da doença presente nas pessoas, com suas transformações orgânico-fisio-biológicas em processo debilitante para o corpo. A identificação destas alterações é o que interessado ao trabalho especializado.

Outra dimensão do campo é imaginar o quanto este processo de produzir intervenção em saúde tem dependência de outros serviços como da atenção primária. Parte da tecnologia de recursos diagnósticos e terapêuticos está diluída no sistema, nos diversos serviços de saúde e com diversos profissionais, médicos e não médicos. A expressão dessa relação aparece nas constantes dificuldades de referência e contra-referência ou continuidade da atenção entre os trabalhadores dos diversos serviços.

Este campo, onde a intervenção se processa como profissional especializado pode ser organizada com mais relações neste território, onde é

produzida a doença e onde se organiza o processo produtivo em saúde dos vários serviços, incluindo o próprio HC-UNICAMP.

Saúde Coletiva-Intervenção para Prevenção e Promoção: os objetivos da Saúde Coletiva vêm quase sempre se definindo como a busca de identidade do saber. O que a fortalece no núcleo, mas que também limita a importância do uso das ações de prevenção e de promoção na Clínica, dando pouca importância em operar para estes fins 43, 44, 45.

Pode-se imaginar o quanto a especialidade tem lugar privilegiado de observar, a partir do trabalho, os maiores problemas de saúde na sua relação de atenção e desencadear ações coletivas para o seu campo de intervenção para o saber especializado? O saber especialista poderia ser melhor utilizado por e nestes serviços, desenvolvendo projetos de intervenção com o sistema, intersetorial e multiprofissional.

A possibilidade de uma intervenção ativa e a construção de enfrentamentos para os agravos foram reorganizadas a partir do reconhecimento de problemas coletivos que estão sob a sua responsabilidade da atenção em saúde com a gestão municipal e trabalhadores. A redefinição de produção de saúde com os objetivos da Clínica e da Saúde Coletiva foi possível de ser articulada na atenção especializada, antecipando-se ao projeto conservador, limitado e normativo de carga horária e produção de consultas.

Descentralização do máximo e no possível: muito se tem apontado sobre o modelo hospitalocêntrico, da forma centrada na atenção médica e em procedimentos, do foco individual e especializante do modelo biomédico hegemônico. Estas expressões aparecem muito comumente nas análises dos críticos de plantão. E, de fato, é bem perceptível como estas concepções se apresentam nos programas e nas políticas de saúde.

O tema da descentralização foi temática bastante discutida no processo da pesquisa com o sentido de reconstruir as responsabilidades dos gestores com

as ações perto de problemas reais. Um sentido mais socializante é considerar a descentralização como processo dialético à centralização numa representação democrática para a construção de poder público ⁴⁶.

Esta temática tem causado bastante tensão quando entendida como esvaziamento da atenção especializada ou desospitalização. Mas, de verdade, é preciso compreender com muita força que é necessário utilizar melhor o saber do especialista, re-territorializando as atribuições dos serviços e permitindo que o trabalho especializado use de fato seu conhecimento aprofundado para os agravos que o cuidado necessite.

O fato observado é que, normalmente, usa-se muito pouco do especialista em grande conjunto dos serviços; ou porque não se tem tecnologia que produza ações resolutivas para sua intervenção ou porque se tem uma imensa demanda de usuários com baixo risco para o saber na especialidade. É possível observar a capacidade de movimento centrípeto rumo atenção especializada e hospitalar dentro do sistema, cuja relação dos serviços se torna bastante frágil.

Reprodução do Saber Especializado: fronteira cujo significado pode produzir valorização, compromisso e ampliação da função dos serviços e seus respectivos especialistas no sistema de saúde. Esta perspectiva apresentou-se bem aceita no debate, mas pouco explorada na organização dos modelos assistenciais ou organizações locais. A incorporação de processos pedagógicos (educação continuada e educação permanente) como objeto de ação em saúde, seja para democratizar o conhecimento de determinados agravos, seja para produzir consciência sanitária é tarefa a ser aprofundada. Fomos propondo como garantia de aprimoramento profissional, difundindo e dotando os profissionais de um bom nível de informações atualizadas no seu núcleo de saber a partir das oficinas e discussão dos docentes Chefes de Atenção Clínica na implementação dos Protocolos de Atenção com a rede.

Este papel de produzir educação em serviço buscou também os talentos nos sistemas locais-regionais, utilizando forma de dispositivo para comprometer os trabalhadores como responsável para os aspectos de informação e de qualificação pedagógico-educativa para um maior interesse de investigação no serviço público.

A Atenção Especializada precisa ser objeto de discussão da Reforma Sanitária no sentido e na perspectiva de ser constituída integrada aos modelos assistenciais do SUS local. O modelo deveria pensar em serviços voltados para a sua própria organização, sem perder a capacidade de relação com o sistema e desenvolvendo o perfil que cumpra com o seu papel, ciente e atento às exigências de um sistema público de qualidade ⁴⁷.

Entendemos que as idéias podem ser concretizadas na micro-política, no lugar de chão de fábrica, onde as forças conservadoras e progressistas, reacionárias e mudancistas, normativas e estratégicas, autoritárias e democráticas se encontram na produção social do trabalho.

Para a pesquisa, ainda, o processo de mudança na atenção especializada e hospitalar, na relação com o trabalho médico e não médicos deve considerar:

- o trabalho criativo e a energia transformadora do cotidiano vivenciado pelos trabalhadores da saúde;
- a constituição de grupos sujeitos e a pluralidade de projetos em disputa;
- toda ação de mudança deve ser aceita como certa aposta em disputa.

É assim, a pesquisa torna-se ação em trânsito, processo de pedagogia em risco, em aberto, exposto ao novo, aprendendo no fazer, aceitando os lugares de existir das pessoas, provocando vetores no governo das práticas de saúde.

VI.3) Os CHEFES DE ATENÇÃO CLÍNICA

Quadro 01. Matriz analisadora de síntese conceitual para o arranjo Chefe de Atenção Clínica da diretriz institucional do HC-UNICAMP.

Matriz Analisadora de Síntese Conceitual
<u>CHEFE DE ATENÇÃO CLÍNICA</u>
Objeto (o que é?)
- Organização da atenção especializada dentro do hospital com representação do FCM no HC-UNICAMP.
Objetivos (seus fins)
- Definição de oferta assistencial do HC-UNICAMP para a rede SUS. - Articulação de atenção em saúde dos agravos da especialidade. - Articulação da atenção nas várias Unidades Produtivas do HC-UNICAMP.
Meios (o desenvolvimento)
- Construção de Protocolos de Atenção Clínica. - Participação nos espaços coletivos do HC-UNICAMP junto a Superintendência. - Participação nos espaços de gestão dos Secretários Municipais de Saúde da DRS 07-Campinas
Atores (sujeitos da ação)
- Médicos docentes ou não docentes representantes dos Departamentos das Especialidades Médicas da FCM-UNICAMP.

A Organização do arranjo dos Chefes de Atenção Clínica é visto como um arranjo específico do modelo assistencial do HC-UNICAMP, se configurando como arranjo que compete trabalhar no eixo trabalho em saúde dentro das diretrizes institucionais.

A constituição do Chefe de Atenção Clínica foi necessária para disparar a organização de processo de trabalho em algumas áreas especializadas e

garantir uma representação clara que articulasse o espaço de pesquisa médica, a formação e poder médico. Inicialmente a sua identidade é pautada no reconhecimento técnico de especialistas. Acredita-se que esta representação envolve uma articulação de um diálogo mais institucional do Poder Técnico da profissão médica com as diretrizes e direção do hospital. A organização permitiu uma representação dos médicos e os respectivos saberes dos especialistas.

Inicialmente nas áreas especializadas mais gerais (Pediatria, Clínica Médica, Neurologia, Ortopedia, Cirurgia Geral, Oftalmologia) para iniciar a operação da proposta mais elementar da direção que é buscar articulação da atenção do hospital com as redes do SUS regional da atenção básica, atenção especializada e hospitalar.

O Chefe de Atenção Clínica garantiu o olhar as especificidades técnicas das especialidades e a composição da capacidade de comunicação institucional dos sujeitos legitimados na relação com outros trabalhadores e com os diversos serviços dentro do hospital. Configurava-se, portanto, um trabalho transversal articulando o conjunto de ações da especialidade nos diversos espaços de atenção ou Unidades Produtivas, constituindo atenção específica da especialidade, diminuindo os atravessamentos do comando paralelo.

Questão marcante é compreender que o papel dos Chefes de Atenção Clínica venha discutir a assistência em saúde na instituição e sua relação com a rede de serviços, aprimorando a organização da atenção especializada, a qualificação técnica de apoio para a assistência e oferta assistencial nos espaços de atenção hospitalar, como também com a rede de serviços no sistema macro-regional.

Algumas das especialidades necessitaram de ações estruturadas, de organização de saberes e de intervenções muito diferenciadas entre elas, concentrando e adensando tecnologias em serviços específicos.

A construção do papel e das atividades dos Chefes de Atenção Clínica foram melhor definidos em espaço coletivos, podendo ser reavaliada na execução de suas ações realizadas no processo de implementação dos seus próprios projetos com as Unidades Produtivas, Colegiados de Gestão ou equipe de trabalho. Pela importância do tema, a construção coletiva passava pela definição da direção do hospital, organizando momentos de oficina de trabalho para a síntese de uma proposta e definição de atividades. O registro das atividades iniciais foi elaborado em documentos oficiais para ser analisado nas instâncias de decisão do hospital.

VI. 4) AS UNIDADES PRODUTIVAS

Quadro 02. Matriz analisadora de síntese conceitual para o arranjo Unidade Produtiva da diretriz institucional do HC-UNICAMP.

Matriz Analisadora de Síntese Conceitual
<u>UNIDADE PRODUTIVA</u>
Objeto (o que é?)
- É uma estrutura funcional que se organiza segundo a lógica dos serviços e produtos específicos gerados com a finalidade de atender as necessidades do hospital e usuários.
Objetivos (seus fins)
<ul style="list-style-type: none"> - Organizar os processos de trabalho. - Definir os produtos, ofertas ou ações de trabalho em saúde. - Garantir os espaços Colegiados de Gestão para organização do serviço e o trabalho em equipe multiprofissional. - Definir os recursos e atividades para o funcionamento das atividades.
Meios (o desenvolvimento)
<ul style="list-style-type: none"> - Ações de gestão através de um Colegiado de Gestão. - Ações de atenção em saúde através de equipe multiprofissional. - Coordenado por um Diretor. - Relação com a Superintendência através de um Contrato de Gestão.
Atores (sujeitos da ação)
<ul style="list-style-type: none"> - Equipe de trabalhadores. - Direção escolhido pela Superintendência em acordo com o Colegiado Gestor.

O arranjo da Unidade Produtiva é espaço central que conforma, ao mesmo tempo, ações que possibilita intervir na organização da gestão e do trabalho em saúde dentro do modelo assistencial em desenvolvimento no hospital.

A configuração das Unidades Produtivas foi se constituindo em formas de organizar novas linhas de mando na instituição, desfragmentando, rompendo com a tradicional e cultural gestão das corporações e das categorias profissionais.

Compreendemos que debate importante foi sobre a concepção de gestão e trabalho em saúde que vai ser organizando contra o modelo gerencial hegemônico e taylorista. Modelo de gestão característico da administração hospitalar e muito presente na concepção da Qualidade, engendrado no complexo hospitalar.

As Unidades Produtivas consideram a complexidade da organização hospitalar e objetivam o desenvolvimento das especificidades e poderes locais, envolvendo capacidade de reconhecer as equipes em processo de trabalho, com os seus objetos de intervenção específicos e seus produtos. Distinguimos três tipos nos arranjos destas unidades que se conjugaram dentro da complexidade do hospital. Percebemos a necessidade de garantir Unidade Produtiva ligada ao arranjo que garantisse a organização do saber clínico específico de determinada especialidade (Neurologia, Ortopedia); outro que possibilite pensar um conjunto de organizações tecnológicas ou espaços definidos e específicos de atenção (PS e UTI); por fim, Unidade Produtiva que configurasse uma relação de Apoio a atenção em saúde (Manutenção, Nutrição e Dietética).

De maneira geral, as Unidades Produtivas tiveram o papel de identificar seus objetos e reagrupá-los para constituir processos de trabalhos específicos, organizarseus recursos, definir seu padrão de atenção e garantir os seus produtos.

A reorganização do trabalho em equipe para um processo mais coletivo e multiprofissional depende da capacidade das Unidades Produtivas pensarem o trabalho em saúde e seus produtos numa relação mais ampliada, agregando capacidade de identificar e compreender os objetos da intervenção em saúde e suas especificidades. Definir e compreender seus objetivos, seus papéis, seus produtos.

Dentro do processo de formação e constituição das Unidades Produtivas, organizaram-se também os Colegiados de Gestão, exercitando a co-gestão nos serviços de saúde (gerentes e trabalhadores), criando espaço de decisões compartilhadas com olhar mais integral do trabalho e no serviço, qualificando o processo da participação e decisão. Vários dos Colegiados criados antecederam a constituição formal das Unidades Produtivas.

A composição da Unidade Produtiva incorporava a noção de trabalho em equipe em que o arranjo da Equipe de Referência ganharia sentido e definiria novos padrões de vínculo e responsabilização do trabalho com os usuários dos serviços. A compreensão de Equipe de Referência exige também novas formas de inserção dos trabalhadores, de maneira mais horizontal, estabelecendo graus de comunicação e construção de consensos, onde a troca de saberes se faz fundamental.

A instituição das Unidades Produtivas começou como processos informais e culminou com a constituição de um Regimento Geral das Unidades Produtivas, publicado oficial como força de diretriz da direção do hospital (Anexo I).

VI.5) Os Colegiados de Gestão das Unidades Produtivas

Quadro 03. Matriz analisadora de síntese conceitual para o arranjo Colegiado de Gestão da diretriz institucional do HC-UNICAMP.

Matriz Analisadora de Síntese Conceitual
<u>COLEGIADO DE GESTÃO</u>
Objeto (o que é?)
- Grupo de trabalhadores das diversas categorias profissionais da Unidade Produtiva para exercer a gestão e o trabalho em saúde das especificidades da missão e dos processos produtivos do serviço local do hospital.
Objetivos (seus fins)
<ul style="list-style-type: none"> - Propor um conjunto de metase executar os planos de ação. - Garantir a representação e a participação multiprofissional e multidisciplinar da Unidade Produtiva. - Garantir a participação proporcional dos profissionais envolvidos considerando a atenção horizontal em todo o hospital. - Garantir agilidade e funcionalidade na gestão e no trabalho em saúde da Unidade Produtiva. - Implementar a lógica de gestão participativa. - Facilitar informação e comunicação institucional. - Definir projetos e planejamento para as ações de gestão e de assistência. - Constituir espaço de negociação entre gerência local e Unidade Produtiva. - Implementar e monitorar decisões pactuadas nas reuniões.
Meios (o desenvolvimento)
<ul style="list-style-type: none"> - Reuniões periódicas e sistematizadas. - Gerente da Unidade Produtiva coordenará as atividades inerentes ao trabalho do Colegiado Gestor na relação com a missão e os objetivos da Unidade Produtiva. - Desenvolver planejamento participativo. - Definindo pautas de interesse da Unidade Produtiva e da Superintendência.
Atores (sujeitos da ação)

- Equipe de Trabalhadores multiprofissionais e multidisciplinar da Unidade Produtiva e de outras áreas mais essenciais para o trabalho do serviço local hospitalar.
- Coordenação designada pela Superintendência em comum acordo com a Unidade Produtiva.
- Outros profissionais que necessitem Apoio da Unidade Produtiva dentro do complexo hospitalar.

Os Colegiados de Gestão foram compostos por grupos profissionais que exerce atividades na gestão das Unidades Produtivas, buscando também a representatividade do conjunto de profissionais e os processo de trabalho constitutivos do espaço de gestão e do trabalho em saúde das Unidades Produtivas.

O Colegiado de Gestão define o espaço de gestão participativa e co-gestão como o arranjo de espaços colegiados nas diversas instâncias do hospital com possibilidade de implementar a participação dos trabalhadores e profissionais de saúde.

Consideramos, nesta produção de modelo, que os Colegiados de Gestão têm a potencialidade de construir a democracia institucional, incentivar nova recomposição de poder entre os membros de equipe bem como as várias instâncias no hospital.

A relação dos Colegiados de Gestão com as respectivas Unidades Produtivas conforma uma rede colegiada configurando um sistema de gestão participativa do projeto institucional. O espaço torna-se instância de decisão, facilitando a informação e comunicação institucional, através da construção de ações de projetos singulares e das diretrizes macro-institucional, constituindo espaço de negociação entre gerência local e Unidade Produtiva.

Os Colegiados de Gestão tem o trabalho de construir o papel das Unidades Produtivas através dos Contratos de Gestão, com organização de

planejamento com metas e indicadores da atenção. Suas atividades foram sendo construídas em reuniões periódicas definidas pelo próprio grupo e facilitando a presença de todos os membros, sistematizadas como forma de definir pautas e temas de interesse da equipe, promovendo o aperfeiçoamento operacional e gerencial das Unidades Produtivas.

Compreendemos que a tarefa dos Colegiados de Gestão apresenta o desafio de incorporar a prática da co-gestão entre trabalhadores e gestores, num espaço institucional adverso pelo caráter das várias linhas de mando e do predomínio do poder do médico no hospital.

Não temos dúvida de que o arranjo de Colegiado de Gestão tenciona a cultura institucional quando propõe a construção de espaços coletivos e decisões compartilhadas do trabalho em saúde, que sempre foram definidos pelo Poder Técnico do médico.

A concepção de espaços coletivos, gestão participativa e co-gestão não fazem parte do dia-a-dia da maioria dos serviços e instituições de saúde, não faz parte da cultura do hospital onde a possibilidade de participação e decisão são ainda muito remotas, por isto um arranjo que precisa de ser sistematizado e organizado as suas pautas.

O debate e o exercício dos Colegiados de Gestão foram sintetizados num documento conhecido como “Diretrizes para formação de Colegiados Gestores nas Unidades de Produção”, elaborado e aprovado em instâncias colegiada do hospital. (Anexo II)

VI.6) OS PROTOCOLOS DE ATENÇÃO CLÍNICA: HC - UNICAMP E REDES DE
SERVIÇOS

Quadro 04. Matriz analisadora de síntese conceitual para o arranjo Protocolo de Atenção Clínica da diretriz institucional do HC-UNICAMP.

Matriz Analisadora de Síntese de Conceitual
<u>PROTOCOLO DE ATENÇÃO CLÍNICA: HC - UNICAMP E REDE DE SERVIÇOS</u>
Objeto (o que é?)
- Instrumento de pactuação de atenção Clínica para os agravos prevalentes para as regiões de saúde e suas necessidades
Objetivos (seus fins)
- Pactuar atribuições de atenção Clínica. - Reorganizar o papel das redes assistenciais. - Reorganizar os recursos das redes assistenciais no sistema regional. - Produzir Educação em Serviço e entre as redes assistenciais.
Meios (o desenvolvimento)
- Participação nas reuniões técnicas das regiões de saúde. - Instrumentação para a organização da regulação na macro-região.
Atores (sujeitos da ação)
- Chefes de Atenção Clínica do HC - UNICAMP. - Técnicos da Regulação da DRS 07 - Campinas. - Técnicos representantes das Secretarias Municipais de Saúde da DRS 07 - Campinas.

Os Protocolos de Atenção Clínica tiveram o papel de ser instrumento de pactuação do hospital com a rede de serviços regional. Apresenta-se como forma de organizar, no concreto, uma relação objetiva de pensar os agravos em saúde. Instrumento que possibilitou o encontro dos profissionais para o debate de questões concretas que pudessem estimular a reflexão do seu fazer cotidiano para a atenção e o trabalho em saúde.

A implementação do protocolo priorizou o enfrentamento de agravos importantes do ponto de vista epidemiológico, do risco, da prevalência, da transcendência e da vulnerabilidade, qualificando a assistência para os problemas de saúde importantes quanto a morbi-mortalidade. Os Protocolos de Atenção possuem o grande potencial de ser instrumento de educação em serviço com o papel de organizar novas informações, democratizando na relação com a rede, possibilitando organizar os recursos de atenção e tecnológicos no conjunto da rede, repactuando atribuições e qualificando o acesso nas redes assistenciais. Fundamental é garantir o Protocolo de Atenção Clínica como instrumento de regulação.

Este instrumento, em alguma medida, organizou a reflexão de ações em saúde estratégicas do sistema de saúde regional, construindo processos pedagógicos permanentes como: a) dispositivo de capacitação na lógica da educação continuada, permitindo acesso a novos conhecimentos sobre o agravo em questão, o recorte técnico-científico sobre as informações atuais do conhecimento do especialista e o papel de difundir para o SUS local um saber tecnológico da atenção especializada, podendo ser a institucionalização do papel do hospital para produção de conhecimento; b) dispositivo para educação permanente em saúde, possibilitando a reflexão sobre a organização das práticas, processo de trabalho e de ações de atenção em saúde do agravo em debate; c) dispositivo para pensar a organização dos serviços e sua organização tecnológica com a construção da competência resolutiva, recursos e atribuições para os diferentes serviços em rede; d) pactuar petição, contratos e compromissos dos serviços em rede como instrumento que cria a comunicação entre os serviços com critérios como processo de contratação no SUS local.

O Protocolo de Atenção Clínica HC-UNICAMP e Redes de Serviços foi discutido com os Chefes de Atenção Clínica e apresentado para alguns municípios (Anexo III).

VI. 7) Os CONTRATOS DE GESTÃO DAS UNIDADES PRODUTIVAS

Quadro 05. Matriz analisadora de síntese conceitual para o arranjo Contrato de Gestão da diretriz institucional do HC-UNICAMP.

Matriz Analisadora de Síntese Conceitual
<u>CONTRATO DE GESTÃO</u>
Objeto (o que é?)
- Instrumento de contratualização e pactuação entre a Direção do hospital e as Unidades Produtivas para os aspectos de gestão e trabalho em saúde.
Objetivos (seus fins)
<ul style="list-style-type: none"> - Estabelecer pactuação de trabalho entre as Unidades Produtivas e a Direção do hospital. - Estabelecer gestão pactuada transversal entre as Unidades Produtivas. - Estabelecer a missão da Unidade Produtiva, seus produtos e serviços. - Estabelecer metas pactuadas para um tempo determinado. - Garantir ação coordenada da Superintendência entre as Unidades Produtivas no contexto do projeto institucional.
Meios (o desenvolvimento)
<ul style="list-style-type: none"> - Construção do Contrato de Gestão pelo Colegiado Gestor da Unidade Produtiva com vigência de 12 meses. - Avaliação semestral com participação da Superintendência, Gerente e Colegiado Gestor da respectiva Unidade Produtiva. - Alteração do Contrato de Gestão por termo aditivo em concordância. - Acompanhamento e monitoramento realizados pelo Conselho Executivo do hospital.
Atores (sujeitos da ação)
<ul style="list-style-type: none"> - Superintendência, Coordenadoria de Assistência e de Administração. - Gerente e Colegiado Gestor da Unidade Produtiva. - Conselho Executivo do hospital.

Os Contratos de Gestão das Unidades Produtivas estabeleceu a relação das Unidades Produtivas e a direção do hospital. O instrumento possibilitou petição, contratos e compromissos garantindo e explicitando o papel dos entes gestores e trabalhadores, entre as Unidades Produtivas e a direção do hospital.

O Contrato de Gestão incluiu o compromisso de organizar a gestão colegiada em cada Unidade Produtiva, além de aspectos organizativos, planejamento e metas. Estabeleceu a comunicação transversal entre as várias Unidades Produtivas, também diminuindo os atravessamentos para a definição dos objetos da gestão e do trabalho em saúde. A construção do conteúdo do Contrato de Gestão foi realizado nos espaços coletivos com participação das equipes e do Colegiado Gestor, permitindo a equipe construir seus projetos e objetivos comuns.

O aprimoramento da gestão passa pela capacitação permanente dos dirigentes do hospital através do debate e diagnósticos situacionais da realidade, propondo e experimentando novas ações de saúde a serem desenvolvidas, mas também por adotar instrumentos de contratos e compromissos em que os objetivos institucionais possam ser explicitados e colocados em análise pelo conjunto dos sujeitos envolvidos na produção de serviço.

O instrumento de Contrato de Gestão contribuiu para o debate de como as Unidades Produtivas podem definir suas metas com a direção do hospital. Outros instrumentos agregados foram necessários, por exemplo, um conjunto de indicadores de produção, de processos de trabalhos ou de dados de morbimortalidade que pudessem induzir padrões de novos objetivos institucionais para a gestão e trabalho em saúde.

O Contrato de Gestão tem o papel de garantir mais governabilidade do projeto institucional em execução e permite uma ação coordenada para a organização complexa do hospital.

O instrumento Contrato de Gestão deveria ser formalizado em espaços coletivos com o seu tempo de execução definido, criando compromisso de Apoio da direção do hospital com as Unidades Produtivas, avaliado pelos atores no período vigente (Anexo IV).

VII) Os RESULTADOS DA INTERVENÇÃO DO APOIO INSTITUCIONAL PARA O
PROCESSO DE MUDANÇA DO HC-UNICAMP

Os resultados encontrados indicam que o estudo co-existiu na relação de múltiplos processos internos e externos que interferiram na elaboração da pesquisa que se estabeleceu no HC-UNICAMP. Encontrou-se que parte da força e da potência das diretrizes estudadas estavam dentro de um conjunto de propostas de organização do hospital e suas diversas interfaces, numa dimensão pluri-institucional, atravessando a gestão e o trabalho em saúde enquanto funções como equipamento de saúde, no papel assistencial, de ensino e pesquisa.

É importante reconhecer a agenda de reformas colocada naquele momento pela gestão do HC-UNICAMP. Agenda que explicitava a defesa da qualificação da atenção para os usuários, reconhecendo uma necessária organização nos processos de trabalho da instituição e o papel no sistema de saúde.

Pareceu-nos haver um novo ordenamento de poder no HC-UNICAMP pautado na competência técnica, especializante e hegemônica do trabalho médico, influenciado e influenciando interesses de pesquisa e do ensino, determinando a formação de “quadros” no campo da saúde. A história institucional produziu a cultura e uma tradição considerada como lógica natural, pouco sensível ao papel assistencial do hospital dentro da política (s) pública (s). Uma reprodução automatizada de que a “vida é assim e vamos fazendo” o modo de trabalho de sempre, garantindo o salvo conduto a alguns, onde as possibilidades de invenção, criatividade e rupturas estão escondidas, mascarados na pele do discurso da ação pragmática e da razão instrumental, sob as forma de ser e de agir dos sujeitos. O discurso estéril de que nada é possível aparece com força, negando novos discursos e ações.

Eis a peleja: produzir novas ações e buscar nova lógica para as ações em reprodução. Bem desafiante, porque difícil, no sentido do complexo. Bem instigante, porque aposta, na perspectiva do empírico. Foi necessário regra e liberdade, razão e riscos, construção e desconstrução, no co-existir da relação e no paradoxo institucional. Um contexto que se apresentava como um contrário, com a adversidade e as disputas inerentes ao processo de intervenção. A ação

cotidiana identificou o “não ser” que se faz existir nos propósitos de mudanças, uma dimensão dentro do hospital que se conformou um projeto de organização nele e com ele. Aceitamos ainda a dimensão libertária em que o papel do Apoio Institucional não fez parte das diretrizes enquanto método de gestão, e a dimensão anárquica em que parte das diretrizes estudadas são construídos num outro conjunto de ações e apostas do hospital, envolvido com os seus múltiplos poderes (institucionais ou não), que se fazia em legitimar e produzir hegemonia. Um plano é possível? A idéia de Movimento cabe bem naquela lógica de diretrizes organizacionais. Um sentido de base forte e plástica que sustenta transformações em torno de movimentos mais ou menos precisos para o caminhar de uma experiência da Reforma Sanitária na macro-região de Campinas. Movimento que se encontrou com forças conservadoras e progressistas emergindo do território do hospital e na rede de municípios, conseguindo dar passos curtos e rápidos, projetando avanços internos longos e vagarosos, numa dinâmica de caminho aberto para um belo horizonte no infinito, imprevisível no processo.

As diretrizes de mudança experimentadas no HC-UNICAMP apresentam certa unidade ou coerência, permitindo a construção de consensos entre os atores, permitindo o diálogo de maneira a explicitar as intenções ou os propósitos da Superintendência. Podemos reconhecer que as diretrizes definem um conjunto de arranjos que constituem um modelo assistencial claro para a organização da gestão e do trabalho em saúde. Dentro da lógica de HU, esta definição se torna marca e direciona um objeto para a gestão.

A gestão se orienta e propõe uma agenda na vida do hospital, estabelecendo padrões de articulação das várias instâncias de gestão, dos diversos serviços internos, com a universidade e FCM-UNICAMP.

Consideramos como evidência da intenção de mudança no HC-UNICAMP os movimentos de quanto o hospital constituiu os Chefes de Atenção Clínica e as respectivas Unidades Produtivas nos vários serviços, pensando no aprimoramento do processo de trabalho na lógica de Unidade de Produção. Mais especificamente, em cada Unidade Produtiva, houve ainda recomposição de

espaços coletivos com a formação dos Colegiados de Gestão, configurando um incipiente sistema de co-gestão participativa, uma rede de espaços democráticos e participativos que incluíram vários profissionais de distintas formações, produzindo certo diálogo entre os poderes dentro do hospital.

A implementação dessas diretrizes internas dependeu da participação do HC-UNICAMP nos espaços regionais, constituindo no primeiro e importante papel dos Médicos Sanitaristas na discussão da política de saúde e num contexto de inserção do hospital na rede de serviços do SUS macro-regional. Podemos apontar alguns fóruns de participação mais permanente como o CMS do município de Campinas e a reunião de secretários municipais de saúde da DIR 12 / DRS 07.

O espaço com os municípios foi de vital importância na constituição das regiões de saúde do Pacto pela Saúde, ora em desenvolvimento e implementação, em que novas regiões de saúde foram organizadas, descentralizando e caracterizando melhor as especificidades territoriais de cada uma das 04 regiões definidas na DRS 07.

Esta participação produziu a compreensão de que o HC-UNICAMP entra em processo de atenção na relação com redes muito heterogêneas e que, portanto, o seu papel para determinadas regiões são também diferentes. Percebemos que a rede de atenção especializada e hospitalar, como os principais espaços de atenção que fazem interface com o HC, apresentam-se com capacidades e graus de resolutividade diferentes, sejam no adensamento tecnológico de apoio diagnóstico-terapêutico, seja na qualidade ou disponibilidade destes profissionais. Estes padrões diferentes recompunham, então, os critérios de continuidade de atenção na rede de serviços municipais e HC, com diferenças significativas para as necessidades de ações de saúde, distribuição de cotas, critérios de encaminhamentos e retorno para a continuidade da atenção no âmbito municipal.

Ainda dentro do aspecto da organização da gestão, podemos reconhecer o papel dos Sanitaristas, formulando e organizando a intervenção, na

relação do projeto de pesquisa e no desenvolvimento das diretrizes do modelo assistencial do HC-UNICAMP. Fomos identificando que o Apoio Institucional, enquanto método de gestão, não fazia parte das diretrizes institucionais para a organização da gestão. Mas, reconhecemos que teve um papel importante e protagonista para as ações em implementação.

Este processo de mudança no hospital exigiu uma gama de processos e saberes internos e externos, no campo da gestão e da assistência, no campo pedagógico e da análise institucional com objetivos de qualificar o trabalho em saúde e a gestão na instituição. É importante considerar a necessidade de que o processo assistencial e de gestão passou por ampliar as relações do hospital com SUS local e regional. Portanto, deve-se ter este conhecimento da política de saúde e os espaços de construção e decisões para a sua implementação. Com isto, foi necessária a participação externa ao HC-UNICAMP bem definida na DRS VII-Campinas: CGRs e grupos de estudo para implementar o Pacto pela Saúde, principalmente a Programação Pactuada Integrada (PPI).

Internamente, o Apoio Institucional participou dos espaços coletivos do HC-UNICAMP como: Comitê Técnico de Qualidade; Comitê Estratégico da Superintendência; Reunião de Gerentes; Colegiado de Gestão. Podemos identificar que o Apoio também desenvolveu e implementou mecanismos de organização de trabalho em saúde da instituição que garanta relação assistencial com os serviços da rede SUS: reunião da Câmara Técnica de Especialidades do município de Campinas; reunião da Câmara Técnica de Urgência / Emergência do município de Campinas; organizar o trabalho dos Chefes de Atenção Clínica no campo assistencial dentro da instituição e com os municípios da DRS VII-Campinas.

O Apoio Institucional coordenou e implementou mecanismos de organização da gestão institucional que garanta participação na construção da política de saúde: reuniões temáticas dos Chefes de Atenção Clínica com a rede de serviços; reuniões com a regulação dos municípios e DRS VII-Campinas. Um quantidade de tarefas do Apoio com os gerentes de serviços do HC foi

necessária para organização do trabalho em saúde e da gestão: construir projetos de intervenção; organizar processo de avaliação, assessorar a CAst, a CAdm e a Superintendência do HC-UNICAMP.

Priorizaremos as duas grandes temáticas propostas da pesquisa que são a organização da gestão e do trabalho em saúde para um melhor detalhamento dos resultados da intervenção e da pesquisa.

VII.1) MUDANÇAS NA ORGANIZAÇÃO DA GESTÃO DO HC-UNICAMP

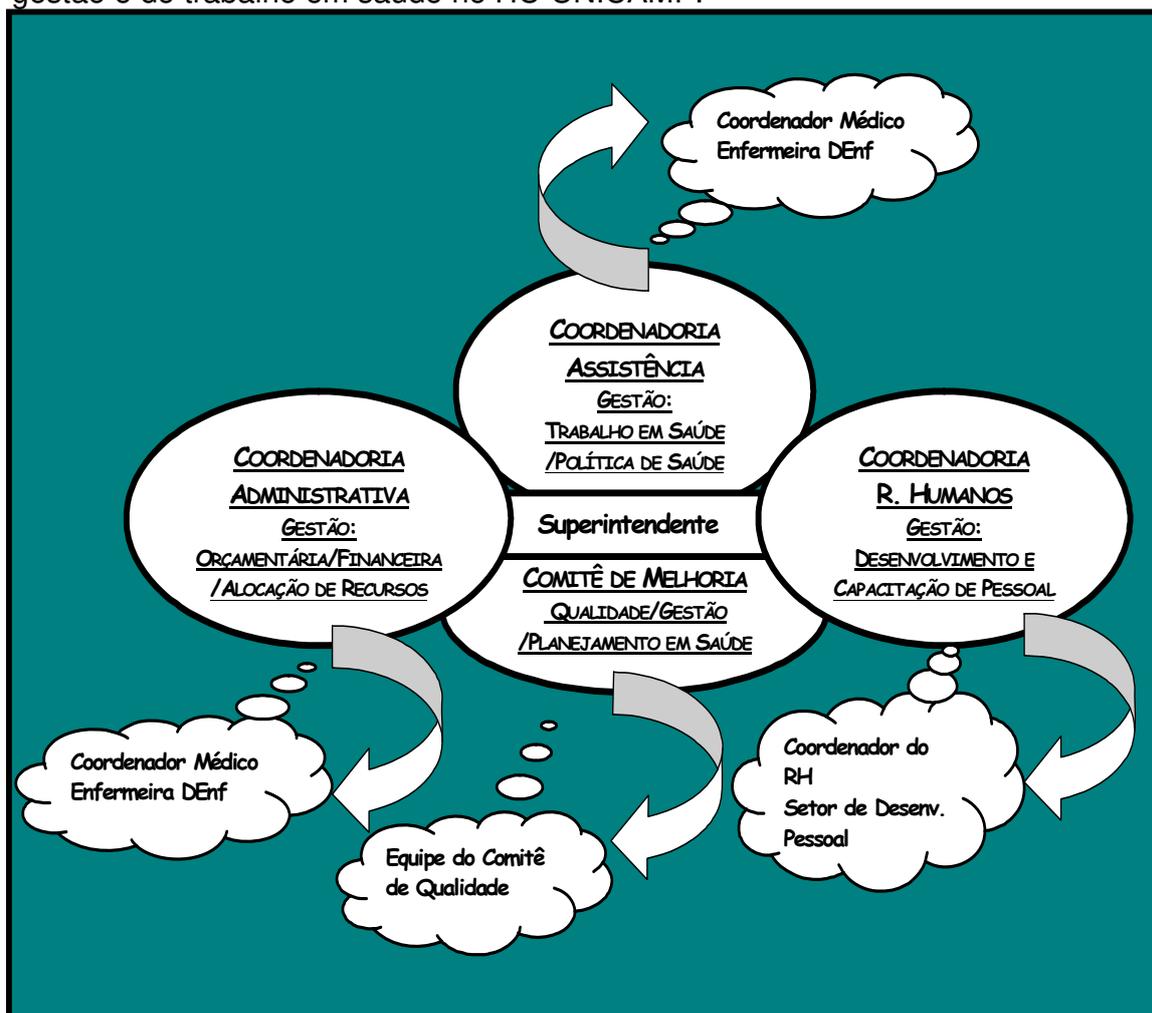
Pensar um processo de gestão organizado numa instituição complexa como os serviços hospitalares é tarefa nada fácil. Poderemos apontar e reconhecer que o HC-UNICAMP desencadeou um movimento para construir um novo processo de gestão, a partir da definição de diretrizes que delimitam certo caminho para a construção do debate e da comunicação macro-institucional, num entendimento de que o debate e a agenda desenvolvida ultrapassaram os limites do hospital, recompondo relações de poder e organização política da FCM, universidade e o território do DRS-07 Campinas.

As diretrizes apontam a construção de uma nova forma da gestão se organizar dentro do hospital e com os trabalhadores. Podemos reconhecer que as diretrizes estudadas conformam o pilar do projeto do período da gestão e objeto do planejamento da Superintendência, reorganizando um processo técnico-político da gestão e de atenção, orientado por princípios que atravessam as instâncias da CAst, da CAdm, do CTMQ, DEnf, do Setor de Recursos Humanos (RH) e Gestão de Pessoal(GP). Pensamos que estas questões conformaram a agenda política como objeto da gestão para os dirigentes em situação de governo.

O processo de gestão das diretrizes institucionais necessitou uma nova dimensão da relação da Superintendência com núcleos mais próximos, definidos pelo organograma formal, ampliando para outros espaços como DEnf, GP e CMTQ com a visão macro-institucional de fortalecer e capilarizar a implementação de uma nova lógica de modelo assistencial. É interessante identificar que o objeto central do debate se tornaram as diretrizes da organização do trabalho e da atenção em saúde, fortalecendo e definindo o papel da CAst e do planejamento no hospital como espaço central das relações da Superintendência com a instituição. Esta situação poderia nos parecer muito óbvia, mas esta assunção e o resgate do papel da CAst centrando seu processo de gestão ao objeto do modelo assistencial são muitos significativos para o desenvolvimento das ações em saúde e dos processos de trabalho no HC-UNICAMP.

A Figura abaixo sintetiza esta inter-relação entre os espaços estratégicos com o papel de fazer a gestão da implementação das diretrizes da organização da gestão e do trabalho em saúde.

Figura 04. Estratégia de estruturação da Superintendência para a organização da gestão e do trabalho em saúde no HC-UNICAMP.



A CAadm retoma ao lugar de desenvolver tarefas meio, subordinadas à organização do modelo e da CAst que devam fortalecer o caráter da atenção, a qualidade das ações e das práticas em saúde para os usuários.

Nesta perspectiva, os processos e os objetivos do DEenf e GP assumem outras características, o grupo da Qualidade desenvolve outros olhares, a CAst procura se apropriar de novos conceitos e a CAadm orienta novos investimentos.

A estratégia de organização da Superintendência “redesenha” certo organograma e constitui uma gestão que prioriza o trabalho em saúde, incluindo o DEenf numa relação junto às Coordenadorias e fortalecendo o papel de GP no espaço institucional.

Valeria salientar alguns aspectos que nos parecem importantes do ponto de vista da mudança na organização da gestão nos espaços estratégicos da Superintendência.

A **Coordenadoria de Assistência** traz pra si o debate da atenção e do trabalho em saúde numa perspectiva nova, rompendo com aspectos normativos de tabelar consultas ou exames e com as lógicas corporativas de responder as solicitações de aquisição de equipamentos, autorizações de exames ou compra de medicamentos exigidos pelo corpo clínico.

Percebemos que outros objetos se projetam a partir da implementação dos arranjos que são movimentos que atuam no cuidado intra-hospitalar e no sistema de saúde, articulando com alguns processos da política de saúde e compreendendo a rede de serviços. No trabalho e na relação interna podemos perceber o papel que foi se aproximando junto aos Chefes de Atenção Clínica redefine uma extensão da CAst às áreas de Unidade de Produção e aos Departamentos da FCM.

Como demonstração destes novos objetos e movimentos, podemos exemplificar os novos processos que se tornam atribuições da CAst dentro do hospital e fora dele, se pautando com o objetivo principal de compor ações e tarefas que representam uma visão de plano macro como formulação da intervenção.

Podemos apontar resultados muito importantes como participações e ações da CAst no plano macro-regional do DRS 07-Campinas na organização das Redes de Atenção Especializada.

Na Rede Cardiovascular foi definido o papel de cada hospital e as responsabilidades de incorporação tecnológica, foi construído o protocolo e os fluxos entre os serviços para garantir o acesso facilitado e qualificado. Estabeleceu-se uma referência profissional para cada hospital e o comunicação pessoal entre estes, foi reorganizado um conjunto de cotas de maneira a garantir o acesso com equidade, estabeleceu-se norma e rotinas de cuidado multiprofissional no HC-UNICAMP.

A organização da Ortopedia-Traumatologia redefiniu o conjunto de principais problemas ou agravos em saúde, as necessidades cirúrgicas e ações em saúde como ofertas definidas para cada equipamento cumprir o papel na regionalização, envolvendo os hospitais HC-UNICAMP, Mário Gatti, Ouro Verde e Estadual de Sumaré.

A Rede de Oftalmologia trouxe uma articulação interessante a partir de problemas identificados com a demanda reprimida com o tema “descolamento de retina” e o papel dos serviços para a urgência e emergência oftalmológica, envolvendo os serviços de referência HC-UNICAMP e Raskin de Campinas, incluindo as ações dos PA`s dos municípios e a comunicação da central de regulação do DRS 07 Campinas. A construção de um fluxo com critérios de encaminhamentos foi tema de reunião dos especialistas de maneira que envolveu as instituições hospitalares e municípios da macro-região.

O quadro a seguir mostra uma esquemática de como analisamos o movimento da CAst no contexto de mudança do HC-UNICAMP, suas relações objetivas com as diretrizes.

Quadro 07. Processo de gestão da Coordenadoria de Assistência para organização do trabalho em saúde e do modelo de atenção no HC-UNICAMP.

<u>Objeto</u>	<u>Ações Estratégicas</u>
<p>Gestão do Modelo de Atenção</p>	<p>Organização do Trabalho em Saúde e do Modelo Atenção:</p> <ul style="list-style-type: none"> - atuação na formulação e implementação de políticas de saúde; - reorganização da atenção como complexidade terciária e quaternária; - inserção regionalizada no SUS regional; - organização do processo de trabalho em Saúde na lógica de Unidade de Produção.
<u>Tarefas</u>	
<ul style="list-style-type: none"> - Definir "Chefes de Atenção Clínica" junto a FCM. - Definir Unidades Produtivas de Atenção (UER-PS/Enfermarias/Ambulatórios/CentroCirúrgico/UTI/Laboratório/Radiologia/Oncologia). - Implementar Colegiado Gestor nas Unidades Produtivas de Atenção. - Participação do representante do HC nos fóruns regionais que discutem a política de saúde (CMS de Campinas/Reunião de Secretários Municipais de Saúde da DRS-07 Campinas/outros fóruns desdobrados). - Implementar as redes de Atenção Especializada do MS com outras instituições hospitalares de ensino da região (Hospitais Escola de Bragança Paulista, Jundiaí, PUC-Campinas) e outros hospitais referência (Mário Gatti, Ouro Verde, Estadual de Sumaré). - Desenvolver as principais redes: Cardiovascular, Neurocirurgia, Ortopedia-Traumatologia, Oftalmologia. - Monitorar Protocolos que organize a atenção com garantia de continuidade do cuidado na rede de serviços municipais e HC. - Reorganizar a lógica do agendamento Ambulatorial e Cirúrgico com o DRS municípios permitindo mais equidade na distribuição das cotas/vagas da oferta do HC. - Apoiar a construção de ações em saúde (ofertas de serviços). - Estimular novas inserções profissionais nas Unidades de Produção com trabalho em equipe multiprofissional na discussão de caso e visitas no leito. 	

A **Coordenadoria de Administração** inicia nova reestruturação dentro do hospital, observando uma relação de capacidade orçamentária-financeira com critérios mais próximos dos programas e políticas em execução no MS, ao mesmo tempo propondo investimentos à SES que possam qualificar a relação do HC-UNICAMP na macro-região.

Certa mudança pode ser reconhecida no processo de gestão da CAdm, principalmente na organização dos trabalhos, dos processos e fluxos administrativos para as Unidades de Produção. Esta lógica desenvolveu mecanismos de criar inteligência e autonomia administrativa para os gerentes das Unidades Produtivas, definindo os papéis de capacidade de registro da produção assistencial, discussão de informações e capacidade de análise de custos das Unidades Produtivas. A Idéia de criar unidade orçamentária descentralizada, organizar planejamento para alocação de recursos e definição de investimentos a partir das Unidades Produtivas foi temático e apareceu na ordem do dia com a construção dos Contratos de Gestão.

Experiência importante foi o debate da PPI junto ao CAAAS, na perspectiva de participar junto aos serviços de Saúde da UNICAMP, o papel assistencial e os compromissos assumidos com a macro-região do DRS 07-Campinas. Foi desenvolvido um processo de diagnóstico com técnicos administrativos dos serviços de Gastrocentro, Hemocentro, CEPRE, CIPOI, CECOM e HC-UNICAMP.

Aspecto desenvolvido pela CAdm foi a organização da Informação com a criação de um grupo de trabalho. Este grupo é composto pelos técnicos dos setores de Informática, de Estatística, do Faturamento, do CMTQ e da própria CAdm, realizando encontros periódicos. O trabalho constituiu em elaborar uma política e gestão local da Informação em Saúde que consiga articular qualidade do registro, agilidade e democratização das informações nos aspectos da produção, da epidemiologia e de indicadores de qualidade da atenção hospitalar. Portanto, o debate instigava implementar novo Sistema de Informação com a necessidade de desfragmentar a lógica da produção da informação entre os diversos setores do

hospital, trabalhar informação para uso local na agilidade necessária e democrática junto aos gerentes e trabalhadores nas Unidades Produtivas, e Usuários.

A constituição dos Chefes de Atenção Clínica, das Unidades Produtivas, dos Colegiados e dos Contratos de Gestão exigiram que a informação e a comunicação alcançassem um caráter institucional abrangente com a Superintendência, coordenadores, assessores, técnicos da Qualidade, gerentes e trabalhadores. Foi necessário discutir uma nova sistemática de informação com as Unidades Produtivas com objetivo de qualificar a abrangência dos dados e produção de indicadores singulares, discutir a produção da informação e seu uso como ferramenta gerencial no nível local das Unidades Produtivas com os respectivos Colegiados de Gestão num fluxo de produção da informação como: registros / dados / informação / decisão gerencial. Este processo de gestão da informação necessitou de um tempo dos setores da informação, organizando uma sistemática e periodicidade de relatórios respeitando as especificidades das Unidades Produtivas, bem como a demanda dos Colegiados de Gestão. Ou seja, a implementação da lógica do Método Paidéia, com a oferta estratégica da informação às Unidades Produtivas, como dispositivo externo, rompendo com a cegueira institucional a qual todo coletivo possa estar submetido. Outra lógica é com a demanda do próprio Colegiado de Gestão ou Chefe de Atenção Clínica para o núcleo de informação, como apropriação da realidade e das questões cotidianas, ampliando a capacidade de análise intervenção dos coletivos em processo de trabalho produtivo em saúde.

O quadro na seqüência sistematiza a configuração da CAdm para este novo processo.

Quadro 08. Processo de gestão da Coordenadoria de Administração para organização do trabalho em saúde e modelo de atenção do HC-UNICAMP.

<u>Objeto</u>	<u>Ações Estratégicas</u>
<p>Gestão Orçamentária, Financeira de Projetos</p>	<p>Organização dos recursos e das estruturas dos serviços no HC-UNICAMP:</p> <ul style="list-style-type: none"> - identificação de recursos que possam estabelecer novos tetos financeiros para ações de saúde estratégicas para a macro-região; - qualificação da informação de produção (procedimentos e consultas) do hospital; - identificação de novas ações em saúde para problemas de demanda reprimida da macro-região; - formulação de projetos incentivados pelo MS; - descentralização de ações administrativas para as Unidades Produtivas.
<u>Tarefas</u>	
<ul style="list-style-type: none"> - Organizar o Apoio administrativo descentralizado para as Unidades Produtivas. - Organizar Unidade Produtiva de caráter administrativo como Estatística e Informação, Informatização e Informática. - Construir o Contrato de Gestão das Unidades Produtivas. - Estudar a distribuição das cotas financeiras no CAAAAS, em conjunto com a FCM e as outras unidades de saúde da UNICAMP. - Identificar a produção hospitalar que têm ultrapassado teto financeiro para consultas ambulatoriais, procedimentos especializados e cirurgias eletivas no HC-UNICAMP respeitando limites de necessidade da demanda. - Identificar produção hospitalar que incorpore oferta assistencial com novos orçamentos respeitando limites de necessidade da demanda e complexidade de atenção dos níveis terciário e quaternário. - Organizar das ofertas e ações de saúde construídas na PPI. - Criar estrutura centralizada que identifique e reorganize os registros estratégicos que impactam positivamente no faturamento. - Ampliar estrutura para Atenção Humanizada em setores estratégicos como UER, Internação e UTI adulto/infantil. 	

O **Setor de Recursos Humanos e Gestão de Pessoal** entra no espaço estratégico da Superintendência. Amplia o objeto de gestão que vai além da lógica de departamento de recursos humanos e se vincula ao processo de apoiar a compreensão das diretrizes institucionais, resignificando os conceitos de política pública, princípios do SUS, conceitos de trabalho em saúde e sua organização tecnológica, debatendo os espaços de poder e a defesa dos usuários de saúde.

O Setor de RH/GP assume seu lugar de importância trazendo a reflexão para os técnicos da área na compreensão de necessidades e a organização da Clínica Ampliada. Propõe uma organização interna que consiga se aproximar dos espaços de decisão política das Unidades Produtivas, com a perspectiva de contribuir no desenvolvimento dos processos de trabalho e de obter melhores resultados na produção de saúde. Buscou e criou espaços de reflexões das práticas em saúde, propondo concordância com as diretrizes institucionais de “(...) estabelecer uma definição adequada da responsabilidade de cada pessoa, para que se obtenha o resultado esperado, bem como seja atingida a missão da instituição (...)” ⁴⁸. A GP assume a dupla responsabilidade de coordenar a própria área e assessorar a Superintendência para todos os setores do hospital quanto aos problemas de pessoal.

A área de RH/GP desenvolve o entendimento de que o papel dos gerentes das Unidades Produtivas deve contemplar ações de gestão de pessoal em articulação com o setor. Construiu mecanismos e instrumentos de gestão do trabalho em saúde, indicadores de avaliação de desempenho, readequação de função profissional, explorar novas inserções no processo de trabalho e desenvolver de atuar em espaços colegiados do novo modelo. Este processo de descentralização de gestão de pessoal é temática desenvolvida no processo de construção das Unidades Produtivas e Colegiado de Gestão, sendo garantido como “clausula” nos documentos de Contrato de Gestão das várias Unidades Produtivas. A GP preconiza agregar valor de competência ao trabalho dos

gerentes, quebrar com modelo taylorista ⁴⁹, utilizando saberes e influenciando a formação de uma nova cultura gerencial no hospital.

Vale ressaltar alguns apontamentos considerados objetivos da GP:

- atuar de modo a prover o hospital da melhor estrutura de pessoal e contribuir para que as pessoas no HC tenham as melhores condições de trabalho;
- apoiar e operacionalizar sistemas e práticas que deverão ser compreendidos e utilizados pelos gerentes, de forma integrada e participativa;
- divulgar e promover o debate para os trabalhadores e profissionais da importância das diretrizes da área de gestão de pessoal e torná-la dinâmica nos micro e macro processos de trabalho.

O grupo técnico de GP faz o seu processo interno de se apropriar da compreensão de que o objeto de gestão de trabalho em saúde deve ser compartilhado com os trabalhadores nos seus processos de trabalhos em que estão inseridas, considerando o trabalho em saúde essencialmente relacional. Percebemos, então, que entram em cena, e com certa tensão na cultura organizacional, os aspectos das diretrizes de organização da gestão e do trabalho em saúde desenvolvidos em equipamento de serviço público, tendo como política pública o SUS, assumindo a qualificação da assistência humanizada, centrada no usuário portadores de direito, contribuindo no processo de formação de recursos humanos enquanto HU.

Os resultados do setor de RH dependem do próprio caminho que o projeto institucional do HC-UNICAMP tomará, pois as ações de GP são tomadas como base no avanço da implementação das diretrizes institucionais, produzindo outras abordagens no espaço do hospital.

Identificamos que as ações são norteadas pelos seguintes aspectos:

- 1) conceitos do modelo assistencial: gestão participativa, trabalho em equipe multiprofissional e relação com o SUS enquanto política pública;
- 2) qualificação dos profissionais e trabalhadores da saúde: implementando processos pedagógicos permanentes para a manutenção e a melhoria da qualificação profissional e o aprimoramento dos processos de trabalho;
- 3) gestão, valorização e humanização dos trabalhadores no desenvolvimento do trabalho: avaliação de desempenho para a realização individual e em equipe, promovendo aprimoramento;
- 4) desenvolvimento de tecnologias em GP: sistema de informações gerenciais, desenvolvendo adequada política de GP e realizar adequações para o desenvolvimento das potencialidades dos trabalhadores;
- 5) ações voltadas a segurança e saúde do trabalhador: garantir ambiência e estrutura para a realização do trabalho, identificar as principais ocorrências de doenças relacionadas ao trabalho no hospital, conhecer doenças mais prevalentes nos trabalhadores do hospital, garantir ações de prevenção e promoção da saúde para qualidade de vida e segurança no trabalho;
- 6) sistema de comunicação: promover a comunicação entre os HC-UNICAMP e diversas instâncias institucionais e da universidade.

O quadro abaixo mostra uma síntese da mudança que consideramos avanço considerável no processo e organização da gestão no HC-UNICAMP.

Quadro 09. Processo de gestão do Setor Recursos Humanos e Gestão de Pessoal para organização do trabalho em saúde e do modelo de atenção no HC-UNICAMP.

<u>Objeto</u>	<u>Ações Estratégicas</u>
Gestão de Pessoal	<p>Organização de Política de <i>Gestão de Pessoal</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> - implementação de Processos Pedagógicos Permanente em Saúde; - ação de apoiar as diretrizes institucionais dos processos de mudança para organização da gestão e do trabalho em saúde; - criação de mecanismos de gestão do trabalho em saúde; - organização de programa de saúde do trabalhador; - descentralização de ações de gestão de pessoal para as Unidades Produtivas.
<u>Tarefas</u>	
<ul style="list-style-type: none"> - Definir Planejamento do Setor RH/GP com a Universidade e CTMQ. - Criar Colegiado Gestor para aprimorar o Processo de <i>Gestão</i> no Setor. - Desenvolver Projeto Pedagógico de Educação Continuada adequando perfil dos Trabalhadores para as singularidades das Unidades Produtivas. - Desenvolver Projeto de Educação Permanente para os Trabalhadores no Modelo de Atenção do HC-UNICAMP inserido no SUS. - Desenvolver Projeto de Qualificação em <i>Gestão</i> e Trabalho em Saúde para as Unidades Produtivas. - Desenvolver Projeto Saúde do Trabalhador e a criação do Colegiado Permanente do HC-UNICAMP e SRH/HC, DGRH - SST, CECOM. - Apoiar a <i>Gestão de Pessoal</i> com referência no Setor de RH/GP para as Unidades Produtivas. - Construir Avaliar Desempenho dos Trabalhadores e Gerentes respeitando as singularidades das Unidades Produtivas. - Criar Banco de Dados para qualificar a <i>Gestão de Pessoal</i>. 	

O **Departamento de Enfermagem** produz mudança significativa na organização do setor, definindo algumas diretrizes a partir de 2006, quando consolida seu planejamento através de um amplo processo democrático com envolvimento dos serviços de atenção dentro do hospital, orientado por uma produção que respeitasse a complexidade da instituição nos diversos espaços do trabalho da Enfermagem.

Compreendemos que percorremos um caminho que promovesse a criação, a organização e a consolidação do trabalho da enfermagem, propiciando a sua inserção nos espaços coletivos, sustentando compromissos com a gestão participativa e nova dimensão de trabalho em saúde para a mudança institucional.

Podemos sintetizar que o DEnf articula uma melhor integração institucional com os diversos serviços do HC e FCM-UNICAMP. Ação mais do que necessária é a contribuição do Depto para integração com o SUS na macro-região de Campinas, garantindo pactuar interesses da comunidade interna e externa ao HC-UNICAMP.

Outra preocupação é contribuir com um modelo de atenção para o HC-UNICAMP. Conceitos como integralidade e essencialidade do trabalho da enfermagem redefine a organização do departamento nos aspectos técnicos para os serviços, avançando também para o debate do trabalho em saúde e organização das Unidades Produtivas para muitas diretoras de enfermagem. O DEnf recorre ao processo de definição da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) como instrumento metodológico que necessita organizar as técnicas da profissão dentro de um contexto do modelo de atenção, em que a necessidade do trabalho em equipe profissional é parte do processo de trabalho da enfermagem dentro do hospital e a intervenção nuclear para o processo de cuidar. A SAE considere a complexidade da assistência, a especificidade das Unidades Produtivas, preconiza a abordagem individual, familiar e coletiva, garantindo a qualificação profissional em cada área dentro do HC-UNICAMP e sua relação com o SUS.

Aspecto muito importante e que demonstra um novo processo, articulando o papel de GP, é a integração que ocorre com o DEnf e o setor de RH. O DEnf sempre apresentou muita autonomia na organização do RH, quase que repetindo o papel do Setor de RH/GP do HC-UNICAMP. Estes dois espaços reorientaram suas funções com GP integrando o debate de Educação Permanente num único núcleo a partir da Educação Continuada do DEnf e do Desenvolvimento Profissional do setor de RH/GP, produzindo momentos de reflexão em espaços coletivos sobre a política de Saúde, SUS e importância de integração do HC-UNICAMP com a rede de serviços macro-regionais.

O DEnf possui uma lógica de gestão que estrutura o papel de diretores dentro do departamento, se vinculando ao papel de gestão da categoria. Com o novo processo de gestão, os diretores assumem um papel importante nas Unidades Produtivas, ampliando o seu objeto de gestão e principalmente entrando numa nova relação com os Chefes de Atenção Clínica. Presenciamos que a Enfermagem investe em coordenação das visitas multiprofissional, garante as reuniões dos Colegiados de Gestão, passam a compartilhar o debate da inserção do pessoal de enfermagem numa relação democrática na construção do trabalho em saúde e no processo de tomada de decisão na organização da gestão das Unidades Produtivas.

Quadro 10. Processo de gestão do Departamento de Enfermagem para organização do trabalho em saúde e do modelo de atenção no HC-UNICAMP.

<u>Objeto</u>	<u>Ações Estratégicas</u>
<p>Trabalho em Saúde</p>	<p>Organização do DEnf no HC-UNICAMP.</p> <ul style="list-style-type: none"> - integração institucional; - sistematização da atenção em enfermagem; - inserção nos espaços coletivos.
<u>Tarefas</u>	
<ul style="list-style-type: none"> - Integração HC - UNICAMP e Sistema Único de Saúde na Macro-região de Campinas. - Integração dos Serviços / Especialidades / Áreas no HC-UNICAMP. - Gestão garantindo singularidades dos Serviços / Especialidades / Áreas do HC-UNICAMP - Gestão pactuando interesses da comunidade interna e externa ao HC-UNICAMP. - Integração Depto de Enfermagem / HC e Depto Enfermagem / FCM UNICAMP. - Implementar o processo da Sistematização da Assistência de Enfermagem dos níveis Terciário e Quaternário e inserido na lógica Regionalizada do Sistema Único de Saúde. - Implantar Trabalho de Enfermagem em Equipe Multiprofissional Referenciada com Vínculo e Responsabilização pelo pacientes/acompanhantes/família. - Desenvolver Mecanismos de Referência e Contra-Referência. - Participação no grupo de humanização. - Implantar Visita Clínica e Estudo de Casos. - Desenvolver Projeto de Qualificação Profissional para o novo papel assistencial do pessoal de enfermagem no HC-UNICAMP. - Desenvolver Projeto de Qualificação Profissional adequando o perfil do pessoal de enfermagem para as especificidades das Unidades Produtivas. - Desenvolver Projeto de Qualificação em Gestão e Planejamento para os Diretores e Supervisores do Depto de Enfermagem HC-UNICAMP. - Estruturação de Espaços Colegiados para Gestão Participativa. 	

VII.2) MUDANÇAS NA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE DO HC-UNICAMP

O debate e a organização do trabalho em saúde no hospital trouxeram um conjunto de proposições relacionadas com as diretrizes para um novo modo de funcionamento da instituição. Foi tema central e a partir de uma compreensão de trabalho em saúde que se organizou um processo de gestão que facilitasse o processo de mudança, subordinando o papel da gestão ao modo de produzir o trabalho em saúde dentro do hospital.

Compreendemos que a organização do trabalho em saúde enfrentou a lógica de produção de cuidados especializados como vocação do hospital, determinando a instituição como lugar central de produzir atenção em saúde, num processo que desvincula o serviço hospitalar de outros espaços tecnológicos de prestar cuidados. Estas questões nos pareceram muito importantes: por um lado, o trabalho especializado que configura a forma de intervenção profissional para todas as profissões, definindo que as ações e os processos de trabalho fossem dados por um conhecimento técnico procedimental, transformando os espaços de atenção como o lugar de responsabilização profissional para a técnica de procedimentos; por outro lado, o hospital reconhecendo a necessidade de assumir o seu papel como tal (especializado) e procurando mecanismos de articulação com a rede, mas estabelecendo processos de trabalho e ações em saúde que não reconhece a potencialidade resolutiva do sistema regional de saúde.

Um primeiro passo no processo de pesquisa e intervenção do Apoio Institucional foi abordar estas questões de forma coletiva, produzindo espaço pedagógico para reconhecer o imaginário dos trabalhadores e profissionais, produzido a partir da oficina de trabalho: “Organização do Trabalho em Saúde do HC-UNICAMP e a Inserção da Assistência na Rede de Serviços SUS dos municípios”. Momento que definiu os objetivos de desenvolver o papel do Chefe de Atenção Clínica e iniciou reflexão dos processos do modelo de gestão e de assistência com o grupo dirigente da Superintendência e discutiu ações em saúde com inserção na rede SUS. Podemos destacar que esta oficina produz a grande aproximação com atores institucionais muito importantes da macro-região, permitindo espaço de comunicação da presidência do COSEMS-SP

representando os secretários municipais de saúde e do coordenador regional do DRS 07-Campinas representado o Secretaria Estadual de Saúde. Um conjunto de 40 pessoas do hospital entre docentes, gerentes, enfermeiros, serviço social, fisioterapia, farmácia, representantes da Superintendência e da FCM debateram os princípios do SUS, a organização dos Chefes de Atenção Clínica e os projetos que poderia se iniciar numa nova lógica de processos de trabalho com a rede de serviços macro-regional.

Estas questões centrais no trabalho em saúde são assumidas como objeto de trabalho também dos Chefes de Atenção Clínica, reconhecendo que a essência da sua intervenção no processo de mudança fosse desenvolver propostas junto com os Sanitaristas a cerca do modelo de atenção, priorizando a definição de ações em saúde como oferta do hospital para cumprir o seu papel no sistema. Papel fundamental foram a busca de novos processos para organizar o trabalho em saúde para uma nova Clínica, outros processos produtivos que provocassem rupturas na lógica especialista e procedimental.

Vamos identificar algumas proposições que nos parecem relevantes no movimento dos Chefes de Atenção Clínica no HC-UNICAMP.

O Chefe de Atenção Clínica da Cirurgia inicia o trabalho com as preocupações de definir um conjunto de agravos cirúrgicos que possa refletir no papel do hospital, desenvolve a partir disso uma discussão da organização do Centro Cirúrgico e a definição de gerência como organização de um espaço enquanto Unidade Produtiva. Foi definida uma enfermeira para cargo de gerência local da Unidade Produtiva e formado o colegiado gestor representado por diversas especialidades cirúrgicas e outros processos de trabalho local. Compreendia-se que estas produziam a essencialidade do trabalho neste espaço tecnológico que é o centro-cirúrgico, problematizando o papel do centro cirúrgico como espaço de intervenção que necessita de acordos mais claros entre os espaços de Enfermaria, UTI e PS-UER.

Vale destacar a organização do trabalho em saúde para o agravo obesidade mórbida. O HC-UNICAMP constitui o lugar definido para cirurgia bariátrica enquanto alta complexidade, organizando o acompanhamento pré-operatório no próprio hospital com equipe multiprofissional, realizando vários encontros para que o usuário possa se adaptar e tomar conhecimento do procedimento cirúrgico, tendo consciência das conseqüências após a cirurgia. Entendíamos que esta abordagem pré-operatória poderia ser trabalho da rede de serviços e que se apropriasse de um conjunto de riscos da obesidade mórbida. Nesta perspectiva o Chefe de Atenção Clínica da Cirurgia descentralizou este trabalho multiprofissional, incorporando a lógica de promoção de saúde para os obesos mórbidos para alguns municípios, na condição de acompanhar antes e depois do procedimento numa relação de co-produção de cuidado com a equipe do HC-UNICAMP. Este processo se deu a partir do Protocolo Assistencial e a construção de ações de prevenção para a obesidade. Algumas cidades criaram seu programa municipal de enfrentamento da Obesidade, cumprindo este papel de desenvolver ações de prevenção e promoção, considerando obesidade como problema de saúde pública, criando ações em saúde multiprofissional com médico endocrinologista, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, serviço social, farmacêuticos e enfermagem.

Podemos perceber que este movimento cria programas mais estruturados de intervenção para a obesidade até então totalmente inexpressivos nos municípios. O próprio HC-UNICAMP percebe a importância do tema e passa a desenvolver o programa comunitário “Caminhada de Prevenção à Obesidade” coordenado pelo grupo multiprofissional do ambulatório de cirurgia bariátrica, momento que os profissionais especialistas assumem outras características do trabalho em saúde prestando orientação nutricional, cálculo de índice de massa corpórea (IMC), teste de glicemia (Diabetes), teste de acuidade visual, medida de pressão arterial e técnicas de alongamento, articulando médicos, alunos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos e professores e alunos da Faculdade de Educação Física da UNICAMP. O HC-UNICAMP assume que o tratamento da obesidade não pode ter como o único recurso a cirurgia bariátrica e compreende

que os programas de prevenção e promoção podem reduzir a prevalência da doença.

As pesquisas do grupo da UNICAMP mostram que estes programas multiprofissionais abordando os aspectos da promoção e prevenção, para a própria obesidade ou outras morbidades relacionadas, interferido positivamente, diminuído a mortalidade pós-cirúrgica e reduzindo complicações. Este trabalho multiprofissional consiste em desenvolver responsabilidade no trabalho em saúde para os obesos até o momento da cirurgia e principalmente buscar outros métodos terapêuticos alternativos. A parceria com os municípios tem contribuído para atender um a um número maior de pacientes, articulando o cuidado com a rede de atenção macro-regional, facilitando a vida dos usuários e redefinindo o papel dos serviços na rede.

Na especialidade de Pediatria, o trabalho do Chefe de Atenção Clínica também mostra uma boa intervenção na relação com os municípios a partir do desenvolvimento do Protocolo Assistencial, na organização ambulatorial e nas várias sub-especialidades, reconhecendo o papel da atenção básica como muito importante para o trabalho em saúde na especialidade. Fomos compreendendo que a especialidade da Pediatria apresentava uma especificidade de que os agravos possuem uma relação muito adensada na atenção básica e na atenção de complexidade secundária, identificando que a capacidade e a necessidade tecnológica de resolver problemas poderiam estar aquém da atenção terciária e quaternária, ou seja, fora do hospital.

As considerações sobre um processo de desospitalização cabem bem para as especificidades da atenção em saúde para a Pediatria. No entanto, o espaço de atenção secundária está muito densamente concentrado no HC-UNICAMP e menos na rede de serviços macro-regional. O que caracterizou muito objetivamente esta conclusão foi o debate de organização da atenção para os agravos de Diabetes e Infecção do Trato Urinário na Infância.

A intervenção do Chefe de Pediatria produziu encontros nos municípios com profissionais ligados diretamente com a atenção primária, discutindo os Protocolos de Atenção das sub-especialidades de Gastro-pediatria, de Endócrino-pediatria e de Nefro-pediatria. Outra lógica construída foi a oferta do espaço da atenção ambulatorial hospitalar como local de capacitação profissional, junto aos docentes e residentes, para os profissionais médicos e de enfermagem, contratando referência de cuidado e comunicação entre as instâncias dos serviços de saúde.

A Especialidade de Clínica Médica também apresentou a sua especificidade, observada na diversificada de saberes das sub-especialidades com inúmeros profissionais e processos tecnológicos, criando várias linhas de mando e organizações de trabalho em saúde, muito diferentes entre si. Percebemos que o movimento do Chefe da Clínica Médica se tornava difícil e diluído, justamente pela fragmentação do poder das várias especialidades. Observamos que algumas especialidades tendiam a se aproximar e agregar-se a Unidades Produtivas na lógica de atenção cirúrgica e outras se identificavam com a singularidade do cuidado. Por exemplo, a Cardiologia produz mais relações no cotidiano do trabalho em saúde com a Cirurgia Cardíaca, a Pneumologia com a Cirurgia Torácica. Percebemos também que algumas especialidades dentro do Depto de Clínica Médica possuem características muito particulares de cuidado agregando um conjunto de recursos.

Devemos reconhecer na Infectologia com atenção a DST/AIDS que implementaram uma Unidade Produtiva com a construção do hospital-dia e a enfermagem coordenando um processo radical de mudança no trabalho em saúde. A constituição da Unidade Produtiva de Infectologia compôs todo um trabalho com a Enfermaria, PS/UER e UTI. Mas no hospital-dia é que podemos destacamos alguns aspectos capazes de revelar as mudanças no trabalho em saúde, desenvolvendo processos pedagógicos permanentes em saúde. A organização do Acolhimento produziu necessidade de estruturação da inserção profissional com um médico horizontal, garantindo atenção articulada da

enfermagem em equipe multiprofissional. Para isto foram discutidos e criados os Protocolos de Atenção garantindo uma melhor avaliação de risco para os casos de demanda espontânea adscritos ao serviço. Podemos reconhecer também que o Acolhimento instaurou a necessidade de compreender a não adesão de parte dos usuários por condições diversas, seja por parte dos próprios usuários, seja pela própria organização para o acesso ao serviço programado. Neste último sentido, a definição do atendimento das consultas com horário marcado, estabeleceu novo padrão de relação usuários-serviço.

Outra organização muito importante dentro do trabalho em saúde do Chefe de Atenção Clínica da Clínica Médica foi o projeto da Alta Referenciada desenvolvido nos Ambulatórios. Este projeto definiu a necessidade de fazer a busca ativa de pacientes que poderiam ser melhor cuidado na rede de serviço dos municípios, mas que estavam dentro do hospital. A equipe de trabalho elaborou um processo de comunicação com os técnicos da secretaria que participavam do processo de regulação e agendamento, referenciando a alta ambulatorial para os municípios. O projeto entendia que a alta ambulatorial de usuários de longa data de atendimento no hospital reverteria os papéis dos serviços de saúde, adequando os cuidados e a facilitação do acesso para os usuários. Este trabalho pretendia aumentar o número de vagas e qualificar a oferta assistencial enquanto HU, cumprindo seu papel de alta complexidade compatível com a sua função no sistema macro-regional. Esta intervenção de referenciar os pacientes apresentou processos de organização de trabalho em saúde muito interessantes que foram a construção de critérios clínicos adequados e a disponibilidade de novas vagas na atenção ambulatorial hospitalar do HC-UNICAMP. Esta questão se apresentava como forte debate no encontro com os municípios, que era a baixa oferta assistencial da alta complexidade para a rede de serviços municipais, restringindo a capacidade complementar e resolutive da atenção secundária, produzindo enormes quantidades de demanda reprimida. O projeto alterou a lógica na busca da solução fácil a que estava acostumado no hospital que é fechar o agendamento na regulação do sistema sem nenhuma forma de comunicação e pactuação com os municípios. Este projeto conclui o fato de que é necessário rever o cuidado de

pacientes de longa permanência na atenção ambulatorial hospitalar, pois de 434 pacientes que receberam alta ambulatorial referenciada, apenas 02 precisaram retornar ao HC-UNICAMP.

A equipe de Geriatria e Gerontologia dentro da Clínica Médica também apresentaram o debate da organização da gestão e do trabalho em saúde, discutindo o processo inovador de constituir a disciplina como nova especialidade dentro do hospital. O Grupo de Estudos e Pesquisas do Ambulatório de Geriatria e Gerontologia (GEPAG) realizou seu planejamento, assumindo o papel pluri-institucional do HC e definindo com clareza estes papéis na definição de 04 eixos de trabalho: Ensino, Pesquisa, Extensão e Assistência. Podemos reconhecer que estes eixos são núcleos de organização do trabalho no HC-UNICAMP e que respeitaram as diretrizes institucionais do contexto do hospital. Encontramos ali um contexto de significação da atenção e do trabalho em saúde para o saber multiprofissional em Geriatria e Gerontologia, tão necessário para impactar nos cuidados da atenção ao idoso. Percebemos que o grupo de pesquisa compreendia que a organização do trabalho em saúde, no campo de atenção aos idosos, deveria revisitar o olhar crítico para a atenção médica biologizante. Então, o processo de organização do trabalho em saúde do GEPAG institui os núcleos de saberes na dimensão multiprofissional com abordagem em três dimensões: i) biologia do envelhecimento; ii) psicologia do envelhecimento; iii) ciências sociais e envelhecimento. Para os padrões do HC-UNICAMP e no campo da atenção ao idoso, podemos considerar que avançamos em conformar estas dimensões.

O grupo define que a organização de trabalho no eixo assistencial se fará no modelo de atenção da equipe multiprofissional, construindo a noção de equipe de referência no ambulatório, respeitando as dimensões anteriores na figura da profissão médica, da enfermagem, da psicologia e do serviço social. Os membros do grupo de pesquisa se dividiriam na lógica do Apoio Matricial com docente de medicina interna, educador físico, fisioterapia, nutrição e terapia ocupacional, buscando avançar na integração das especialidades dentro do HC-UNICAMP como psiquiatria, neurologia, oftalmologia, e otorrinolaringologia.

Durante o processo de organização o GEPAG redefiniu o perfil assistência, criando os critérios de admissão e referência com o município de Campinas a partir do Centro de Referência do Idoso (CRI) municipal.

Podemos reconhecer que o coletivo buscou diversos processos de trabalho que configurasse a atenção em equipe multiprofissional com as iniciativas de criar prontuário-clínico integrado e a realização de encontros mensais, debatendo o núcleo e o campo na construção dos papéis profissionais. Podemos destacar também que alguns instrumentos estruturados surgiram destes encontros, mostrando a construção coletiva destes espaços e conseguindo colocar no centro das discussões a organização do trabalho em saúde para atenção ao idoso. Estes instrumentos foram os protocolos geral e interdisciplinar e se concretizavam no protocolo interdisciplinar de avaliação geriátrica global, protocolo interdisciplinar de prevenção de quedas e estruturação da ficha de inscrição de primeira consulta com a realização da anamnese única para todos os profissionais da equipe.

Aspecto muito importante na organização do trabalho do ambulatório foi o espaço de Sala de Espera com os objetivos de ampliar as ações da equipe multiprofissional e do GEPAG, possibilitando a intervenção dos profissionais para os temas da prevenção de doenças e promoção da saúde no campo da atenção ao idoso. A Sala trabalhou o acolhimento dos usuários, familiares, atividades psicoterapêuticas e de qualidade de vida, incorporando ações de atividade física. Este espaço produziu uma reflexão importante na compreensão do papel do hospital nas atividades de promoção, definindo funções objetivas dos profissionais, criando ou apontado programas e projetos como “passaporte saudável” e “Projeto Qualidade de Vida”.

O trabalho realizado com o Chefe de Atenção Clínica de Ortopedia e Traumatologia produziu resultados no espaço de enfermaria, onde o debate foi importante, no sentido de reconhecer a necessidade de qualificação do trabalho em saúde no hospital. A Enfermaria de Ortopedia contou com participação da direção da Enfermagem no papel de diretoria da área. Destacamos que o espaço organizou e implementou o núcleo de gestão para implantar a nova organização

de trabalho em saúde. Os primeiros movimentos foram a tarefa de instituir a inserção horizontal do residente de maior graduação na enfermaria, reformulando toda grade de escala do Depto de Ortopedia junto a FCM, constituindo o papel de referência com a equipe de enfermagem, com o os objetivos de implementar o trabalho em equipe profissional. Este processo de trabalho em saúde, portanto, passa a fazer parte dos espaços pedagógicos de ensino-aprendizagem no processo de formação, avançando na linha de reflexão das ações e das práticas na atenção hospitalar. Podemos apontar os processos de trabalho essenciais que consolidaram o trabalho em equipe como a mudança na organização do trabalho em saúde na enfermaria de ortopedia: inserção horizontal com responsabilização do residente no espaço de atenção da enfermaria; instituição da visita Clínica multiprofissional diária, além da visita acadêmica; implementação de um núcleo gestor para avaliação do próprio processo em implantação.

O processo na enfermaria trouxe outras questões, colocando como centralidade e a preocupação da equipe com a qualidade da atenção. O núcleo gestor identificou que as co-morbidades no pacientes internados necessitam de um saber clínico mais específico e que esta complexidade necessitaria da intervenção da Clínica Médica. Discutiram e construíram o arranjo do Apoio Matricial da Clínica Médica, definindo o residente da especialidade como o profissional de referência para visita programada e para os momentos descompensação Clínica na enfermaria, sejam para os pacientes pré ou pós-cirúrgicos. Estes movimentos aconteceram com a participação orgânica do Depto de Ortopedia, do DEnf e do Serviço Social, ocorrendo a desfragmentação do trabalho em saúde e das linhas de mando das profissões. Podemos destacar que o Serviço Social assume outras características do trabalho, quando do processo de alta hospitalar e a articulação da enfermaria com os Serviços de Internação e Atendimento Domiciliar (SAID) com os municípios da macro-região. Este trabalho do Serviço Social disparou, a partir da enfermaria de ortopedia, várias intervenções em outros espaços de internação do hospital, construindo protocolos de alta programada, com critérios pactuados entre o HC-UNICAMP e o SAID do município de Campinas, instigando olhar para a lógica da desospitalização e

estabelecendo novos papéis no trabalho em saúde da internação. Este processo iluminava o olhar sobre a média de permanência e a rotatividade nos leitos, definindo melhor uso dos recursos hospitalares e o seu papel de acesso facilitado no sistema.

A Neurologia organizou vários debates em torno dos agravos no campo da especialidade na atenção hospitalar e ambulatorial. Os agravos prevalentes se tornaram temas importantes com epilepsia, cefaléia, demências e doença encéfalo vascular como acidente vascular cerebral. Identificamos que o trabalho da organização da atenção ambulatorial com o município de Campinas foi produtivo no sentido de articular toda a atenção de complexidade secundária dos serviços da Policlínica II, Complexo Ouro Verde, Hospital Mário Gatti e PUC-Campinas. Organizamos um grupo de trabalho com muito protagonismo do município de Campinas especialmente com a Câmara Técnica de Especialidades, grupo composto por representante dos serviços e dos Distritos de Saúde, em que foi construído os Protocolos Assistenciais com os especialistas e médicos generalistas da rede. Estes Protocolos foram objetos de capacitação descentralizada com atuação referenciada dos especialistas para os respectivos serviços da atenção básica nos próprios distritos. Este trabalho configurou o quanto possuímos uma atenção secundária estruturada, com profissionais especialistas formados pela própria FCM-UNICAMP, atuando de maneira fragmentada. Fomos realizando vários encontros para organização do acesso aos ambulatórios do HC-UNICAMP, acostumado a lidar com uma enorme quantidade de sub-especialidades em múltiplos códigos na especialidade neurologia e dificultando as ações de saúde ou oferta assistencial para a rede de serviços macro-regional.

Um novo processo de trabalho foi desenvolvido na lógica de implementar a alta referenciada e definir uma porta de acesso como Neurologia Geral no ambulatório do HC, facilitando os critérios do protocolo definidos tradicionalmente pelas sub-especialidades. Critérios baseados na capacidade de apoio diagnóstico e menos na competência Clínica, o que é a potencialidade da

rede de atenção especializada e do saber do especialista municipal. Esta dependência do apoio diagnóstico para definição do diagnóstico se tornava muito mais critérios de exclusão, por isso a idéia de definir uma oferta assistencial a partir da Neurologia Geral do HC com os serviços especializados, organizando uma estrutura de referência desta atenção secundária para as UBS's.

A especialidade de Oftalmologia conseguiu um belo movimento com o CGR Oeste do DRS 07-Campinas, com a participação do Chefe de Atenção Clínica da área, demonstrando um desempenho e total compreensão da organização dos serviços da rede municipal. Estes encontros produziram uma capacidade de entender as especificidades da especialidade na atenção Clínica e cirúrgica, o problema de demanda reprimida e as necessidades de uma profunda organização tecnológica dos serviços na rede para os agravos em oftalmologia. Estes encontros talvez tenham produzidos os melhores efeitos de discussão do Protocolo Assistencial e nestes momentos que conseguimos perceber a utilidade e a potencialidade deste instrumento, permitindo definir um processo estratégico para o DRS na organização da atenção secundária. Este processo por outro lado, revelou a fragilidade e a falta de inteligência para coordenação da regulação, tema complexo, que vindo sendo debatido sistematicamente com o processo da PPI, mas que o Estado de São Paulo não conseguiu desenvolver uma política clara para o tema, com baixo valor tecnológico agregado na relação do papel do governo do estado com os municípios e os espaços de atenção hospitalar.

A participação da oftalmologia no CGR Oeste construiu as atribuições das redes de atenção para a especialidade com os papéis da atenção primária, secundária e terciária, definindo com os municípios as atribuições garantindo resolutividade, suas incorporações tecnológicas e a relação dos agravos enquanto seqüelas das doenças prevalentes crônicas como DM e HAS. Percebemos que havia possibilidade de organizar novas ações em saúde nas redes, que não é compreendido enquanto papel da oftalmologia e que toda e qualquer organização do trabalho em saúde sempre passava pela lógica de aquisição de equipamentos. Sem negar esta dimensão, mas não ficando refém a ela, abrimos muitas

possibilidades para os serviços da rede e para o HC-UNICAMP, no que importasse sobre o aumento de novas vagas no hospital, o processo de capacitação para os especialistas da atenção secundária nos municípios e destes para a rede das UBS's, cumprindo o papel da especialidade de complexidade secundária. Podemos apontar mudanças ainda a partir da análise dos Contratos de Gestão definidos pelas equipes e Colegiado de Gestão das respectivas Unidades Produtivas.

Identificamos que a construção dos Contratos de Gestão das Unidades Produtivas com a Superintendência trabalhou a idéia do compromisso geral de garantir: 1º) as condições estruturais específicas dos serviços, como equipamentos e adequação de espaços físicos; 2º) a premissa transversal de manter a produção de acordo com o pactuado com o SUS; 3º) o aprimoramento da importante porta de entrada ambulatorial especializada na co-gestão da atenção em saúde do hospital com a rede de serviços regionais-municipais e; 4º) a descentralização de apoio a gestão de pessoal e administrativos pertinentes, incluindo a atenção á saúde do trabalhador. A outra idéia é garantir o compromisso com novas ações e processos de trabalho em saúde do caráter particular de cada serviço constituindo a singularidade enquanto Unidade Produtiva nas diretrizes macro-institucional.

A organização da Unidade Produtiva da UER apresentou questões da atenção da urgência e emergência e foram temas bastante debatidos dentro do HC-UNICAMP, que passava pela abordagem da estrutura física predial, sua relação com o SUS macro-regional e organização do trabalho em saúde da unidade. O PS da UNICAMP vem sendo reorganizado na lógica de Unidade de Urgência Referenciada (UER) e para isto necessitou da gerência local participar do Câmara Técnica de Urgência e Emergência (CTUE) de Campinas e do Comitê Técnico Regional de Urgência e Emergência (CTRUE) do DRS 07-Campinas. Participação que incluiu a UER no programa de capacitação da PNH junto com os diversos serviços de Campinas, constituindo com clareza a regionalização da

atenção municipal na lógica de definir o papel do PA`s, bem como a relação da UER com os vários municípios.

A UER assume que a atenção e cuidado em saúde na urgência e emergência envolve uma complexidade que atravessa a organização do sistema de saúde. A definição do papel deste lugar de intervenção requer a capacidade destes serviços se articularem com o SUS local bem como criar processos de organização interna para a gestão do cuidado. Algumas intervenções foram sendo realizadas no sentido de compreender os “espaços de atenção” na UER como lógicas diferentes e sistemáticas internas com suas especificidades: porta da demanda espontânea, urgência referenciada, observação e internação. Percebemos que as dificuldades da organização interna, a relação do serviço com a atenção municipal, a interlocução com a retaguarda de UTI, internação terciária e secundária ou geral produziam as inconformidades do espaço de trabalho. Algumas proposições foram ofertas como apostar na “invenção” de arranjos e dispositivos para a organização da atenção e do trabalho em saúde.

Nesta linha foi constituído um projeto de intervenção específico com a diretriz de organização de Unidade Produtiva com os eixos da gestão do serviço e gestão da atenção em saúde. O diagnóstico da equipe passava em compreender e explicitar, na instituição hospitalar, a especificidade e a natureza do trabalho das intervenções em saúde dos serviços de urgência e emergência. Alguns recortes tipo a demanda excessiva, ou superutilização, como conseqüência da baixa resolutiva e dificuldades do acesso aos serviços, a (des) humanização e a (des) qualificação do cuidado por falta de leitos de retaguarda hospitalar foram temas que sustentaram o debate da urgência. Para nós, o serviço de atenção em urgência referenciada deveria estar integrado e cumprindo seu papel no SUS regional, se definindo como serviço de intervenção para o agravo à saúde que implique em risco iminente de morte ou sofrimento intenso, necessitando de assistência imediata, estabilizar as condições clínicas (salvar, recuperar, proteger a vida) e garantir local ideal de continuação do cuidado.

A organização do processo de gestão apresentava o desafio de integrar os vários processos organizativos e profissionais para as ações em saúde da UER, implementando o papel do gerente local para desfragmentar o processo decisório e instituir o Colegiado Gestor, com participação de representantes de profissionais da equipe ou dos processos de trabalho dos “espaços de atenção” da UER.

O debate e a intervenção para a organização do trabalho em saúde nos faziam dar especial atenção às macas da observação e leitos da internação, buscando qualificar a assistência de maneira a otimizar o tempo de estabilização Clínica e diminuir a permanência do enfermo na UER. Este debate se tornou bastante complexo quando entendemos que as especialidades produziam diferentes relações com o papel de ensino e assistência pelos diferentes processos de intervenção e tecnologias utilizadas para garantir a atenção na UER, necessitando assistência integrada às especialidades, às unidades do HC como centro cirúrgico, UTI, enfermarias, ambulatórios e apoio diagnóstico.

Sistematizamos alguns recortes essenciais para os “espaços de atenção”, por exemplo, a organização da assistência em saúde para a demanda espontânea dependia qualificar o acesso e o risco em saúde de maneira a diminuir a demanda espontânea de usuários não referenciados, reorganizar o Acolhimento de Risco, capacidade de melhor comunicação com os usuários e com O SUS local-regional da atenção primária, secundária e PA`s.

Consideramos que o serviço deveria incorporar mais saberes para a gestão de pessoal e do trabalho na articulação com o setor de RH/GP e DEnf para discutir a inserção dos profissionais em trabalho em equipe, de forma mais horizontal da medicina e da enfermagem, principalmente. Alguns processos da UER foram incorporados e garantidos como novas possibilidades de produzir melhor gestão do trabalho em saúde como identificar os principais serviços que originam demanda espontânea, proposta de novos contratos e compromissos com a rede. Nos leitos de observação e internação foi definida equipe multiprofissional horizontal coordenado por médico diarista, utilizando-se de visita nos leitos,

definindo, ao longo de um processo permanente de negociação compartilhada, os critérios de continuidade, alta, admissão e retaguarda com Deptos da FCM, UTI, enfermarias, centro cirúrgico e atenção hospitalar secundária com a regulação de leitos macro-regional.

A Unidade Produtiva da Saúde Mental amplia a relação de seguimento horizontal com a UER e enfermaria, esboçando o caráter de transversalidade da atenção nos vários espaços de atenção hospitalar. A UER e enfermaria serão assistidas pela equipe multidisciplinar por visita diária, confiando na integração da equipe e com estes espaços de atenção. Algumas questões se tornam objetos de gestão da atenção como tempo de internação na UER e a entrada para a retaguarda hospitalar de enfermaria, avaliando a permanência de 72 horas, iniciando a transferência para a rede de serviços substitutivos de atenção em saúde mental nos municípios. Além do Contrato de Gestão em explicitar uma lógica de articulação e integração com a política de saúde mental mais próximo da reforma psiquiátrica e da política de saúde mental adotada pelo MS, o corpo docente envolvido inicia um processo de readequação de campos de estágios de residência nos CAPS`s do município de Campinas. Outra agenda importante para o grupo de atenção em saúde mental se refere ao trabalho de capacitação para o tabagismo com os profissionais da rede.

A UTI adulto elabora o seu Contrato de Gestão e assume deste o início do processo de mudança a implantação do seu Colegiado de Gestão. Assume a necessidade de sistematizar e avaliar os indicadores de forma periódica com o objetivo de qualificar e fazer a gestão da atenção e do trabalho em saúde da Unidade Produtiva. Estas preocupações da produção e uso da informação local vão sendo baseados em critérios internacionais de indicador de qualidade dos serviços de UTI. Podemos apontar alguns processos propostos como mudança a ser incorporada na Unidade Produtiva da UTI como definir seguimento de atenção mais horizontal com visita multiprofissional coordenada por médico responsável de referência. Esta reorganização do trabalho em equipe dispara muitos outros processos de gestão de pessoal, de readequação de jornada de médicos,

avaliação da carga de trabalho da enfermagem e adequação do quadro de pessoal da fisioterapia. A Unidade Produtiva da UTI desenvolve toda uma grande articulação com as várias Unidades Produtiva do hospital, determinando de fato as características singulares deste serviço, tanto com as áreas fins assistenciais como as unidades de apoio como CCIH, GTH, RH/GP, DEnf entre outros. A mudança é significativa também na relação e comunicação com os familiares dos usuários definindo espaço de privacidade e a utilização da sala da família, espaço de Apoio aos familiares construído pelos profissionais do serviço social.

O serviço de Imagenologia também avança de maneira significativa se tornando a singularidade de Unidade Produtiva com características de apoio diagnóstico e terapêutico para vários processos de atenção em saúde nas várias outras Unidades Produtivas com características de atividade fim. Parecem óbvias estas considerações ou condições de como se estabeleceria esta relação assistencial e diagnóstico-terapêutica, mas no cotidiano o trabalho da Imagenologia se tornava fim em si mesmo quando não atendia as necessidades de tempo adequado para a intervenção em saúde. Fato muito comum neste cotidiano são as queixas do tempo de resposta da UER com a Imagenologia. Algumas ações e processos de trabalho conformaram está idéia lógica como instituir o indicador de 100% de exames laudados para tomografia e ressonância; estabelecer tempo de resposta (entre data do pedido e data de resposta) em 60 dias ou conforme pactuações singulares como Oncologia e UER, criar a lógica de referência e vínculo dos médicos radiologistas para as Unidades de Oncologia e UER, reorganizar a oferta de vagas disponibilizadas entre as várias Unidades Produtivas com a definição de protocolo de solicitação de exames diagnóstico-terapêuticos. Estas mudanças produziram outros processos de gestão do trabalho e de pessoal com a necessidade de ampliar a carga horária dos médicos com mais horizontalidade e adequação do pessoal de enfermagem do ponto de vista de atualização tecnológica e quantidade para o aumento da oferta para demanda pactuada.

Para um final que pretende delimitar os avanços com o processo da pesquisa, os resultados apresentados estão organicamente associados com o processo de intervenção do Apoio Institucional, experimentando a implantação das diretrizes institucionais. Afirmamos que os resultados conquistados dependeram da potência do método, do conjunto de experiência acumulada e da sensibilidade de transitar em espaços tão adversos e diversos. Construimos um conjunto essencial para as diretrizes que permitiu uma matriz discursiva clara e objetiva no campo de intervenção complexo, dentro e fora do hospital.

*VIII) REFLEXÕES TEÓRICO-METODOLÓGICAS REALIZADAS A PARTIR DA
EXPERIÊNCIA DE APOIO INSTITUCIONAL NO HC-UNICAMP: REPENSANDO O
APOIO PARA O PROCESSO DE MUDANÇA DA ORGANIZAÇÃO DA GESTÃO E DO
TRABALHO EM SAÚDE*

O trabalho e o desenvolvimento da teoria do Apoio Institucional na pesquisa obrigaram-nos a refletir sobre a atuação do pesquisador enquanto profissional que participa do processo de construção e implementação do projeto.

Reflexões que possibilitaram ordenar a nossa prática enquanto sanitaria e a compreensão da singularidade do serviço hospitalar, bem como a especificidade do HU, sua pluri-institucionalidade do ponto de vista de interações de sujeitos, atores e papéis no sistema de saúde.

Neste sentido, a necessidade de refletir e colocar em análise o próprio método do Apoio Institucional no contexto da pesquisa pareceu-nos importante, na perspectiva de trazer contribuições no campo da gestão e do trabalho em saúde, na organização do trabalho em equipe e na qualificação da atenção em saúde.

VIII. 1) CONSIDERAÇÕES SOBRE O MÉTODO DE APOIO INSTITUCIONAL

"Valeria aprofundar métodos para ofertar coisas (...)". Esta frase é retirada do texto de Campos em que o autor debate os recursos metodológicos para o exercício da função de Apoio Paidéia. Consideramos que estas são nucleares (método e oferta) para refletirmos sobre o papel desempenhado pelo Médico Sanitarista no hospital ^Z. Entendemos que são fatores que revelam as dificuldades e facilidades dos sujeitos na lida do Apoio Institucional, sejam aqueles que exercem a função, sejam as equipes de trabalho ou os equipamentos sociais da saúde objetos da relação com o apoiador. Articulado ao conjunto técnico nuclear (método e oferta), abordamos os aspectos práticos políticos (sujeitos apoiadores, equipes de trabalhadores e serviços) organizando certa reflexão para a caracterização e especificidade deste tipo de trabalho.

De alguma maneira, a elaboração ora apresentada é a sistematização vivenciada e experimentada em vários momentos, e com grupos diferentes, pelo pesquisador. Vivências que trabalharam com o sentido objetivo de aprofundar a teoria do Apoio Institucional a partir do DMPS da FCM-UNICAMP, particularmente dos estudos de Campos. Por isso a reflexão é apontada em 3ª pessoa do plural, permitindo reconhecer o quanto foi produzido na interação com outras experiências de Apoio e, principalmente e, sobretudo, num movimento cotidiano com os trabalhadores.

Neste sentido objetivo, poderemos afirmar que optamos por lógicas significativas e imanentes da realidade para a produção criativa, permitindo que o inusitado e o imprevisível atravessem a realidade, colocando desafios e possibilidades para a construção novos processos dos coletivos nos serviços. Procuramos entender que a intervenção de Apoio Institucional se faz na procura de melhores caminhos, portanto, lidando com a co-produção que busca a participação destes vários grupos de interesse, inscrevendo estas formas de ações práticas e produzindo suas verdades, substituindo conjunto de valores e adequando-os à realidade ⁵⁰.

Poderíamos citar alguns momentos bem importantes neste percurso de

vivenciar a experiência de Apoio Institucional. Entre tantos momentos, estamos refletindo a partir de experiência no campo da gestão hospitalar de um HU, nas atividades desenvolvidas em algumas secretarias de saúde e exercícios de processos pedagógicos com profissionais para o desenvolvimento da intervenção como pesquisador e do trabalho enquanto Apoio Institucional. Estamos nos remetendo à peleja complexa e desafiadora que é a consolidação da política pública de saúde atravessado na investigação, abordando o recorte mais específico sobre este trabalho, utilizando o tema de Apoio Institucional na intenção militante.

Temos experimentado o Apoio Institucional numa perspectiva participativa, construindo exercícios democráticos institucionais para a co-gestão que requerem encontros com os coletivos organizando seus processos de trabalho. Esta lógica exige aproximação com campos disciplinares distintos, um varal de busca, capazes de subsidiar a relação subjetiva e a operação objetiva com os coletivos envolvidos.

Estamos adotando o termo de Apoio Institucional compreendendo que esta denominação revele melhor o propósito cotidiano em que as ações desenham um jeito de ordenar a intervenção sua relação com os coletivos em espaços organizacionais dos serviços. Estamos considerando a lógica em reconhecer os sujeitos com seus objetos, objetivos do trabalho e produtos.

Entendemos que o uso da palavra Institucional no termo engloba lidar com as organizações, o que ela contém de especificidades produtivas e seu contexto singular, procurando a constituição de grupos e de trabalho em equipe envolvidos no processo da produção do serviço. Um complexo envoltório: os produtos e relação com os usuários, os cidadãos e suas expectativas com os trabalhadores e sua produção.

Existe, portanto, uma relação muito circulante afetada por múltiplos fatores entre os serviços, os trabalhadores, o processo produtivo, o produto e usuários.

Pode-se apontar, em situações diversas, a atuação semelhante deste papel em vários agentes com outras roupagens ou denominações: Assessor, Supervisor, Analista Institucional, Apoio Técnico-Pedagógico, Facilitador de Educação Permanente, Consultor etc. Contudo, há diferenças significativas na forma de intervenção, nos propósitos metodológicos, seus recortes temáticos, de sentidos e de intenções. Não teremos a preocupação de apontar as diferenças ou semelhanças entre as várias nomeações. Evidente que estes papéis são operados, praticados e vivenciados de maneiras muito diversas, determinadas tanto a partir das demandas institucionais quanto pelo significado e interpretação do agente que as apóia. Fato bastante comum é a dificuldade que estes agentes externos têm em traduzir técnico e politicamente os pedidos. Muitas ocasiões, o que aparece é certo molde metodológico imposto, sem análise da demanda e do próprio método.

A deixa de que é possível aprofundar métodos abre-nos a uma dimensão empírica, experimental, cujo desenvolvimento da tarefa de Apoio Institucional possibilita desenhar três campos com respectivas abordagens conceituais num processo de pensar e agir. São eles: 1) referencial temático para a intervenção em co-gestão; 2) orientações metodológicas para análise do trabalho em saúde; 3) o campo ou espaços de intervenção.

As ofertas temáticas nos invocam para a característica da plasticidade com que se deve encarar o **Referencial Temático**, possível de ser constituído no processo de relação dos sujeitos, grupos e coletivos. Temas como gestão e planejamento em saúde têm sido bastante importantes nas experiências institucionais.

A **Análise do Trabalho em Saúde** diz respeito a uma dimensão prática ou pragmática, num sentido de mudança da realidade. Abordaremos a práxis social do trabalho em saúde, reconstruindo didático e pedagogicamente uma compreensão de ações, práticas e processo de trabalho em saúde.

Outro aspeto que nos aparece com certa riqueza é o espaço de

intervenção em que se transitam os agentes desta relação. Os setores produtivos quando de relações intersetoriais *latu senso*, as especificidade dos equipamentos na rede de serviços e o território de governo dos sujeitos serão reconhecidos como **Campo de Intervenção**. Podemos nos reconhecer na articulação dos diversos espaços de poder do gestor institucional, gestores locais e equipes de saúde, transitando em diversas instâncias de decisão institucional.

Faremos nos blocos seguintes, as aproximações sucessivas destas abordagens conceituais e de certas categorias de análise que tem nos possibilitado produzir o método de gestão preconizado por Campos, nesta proposta de dimensão empírico-experimental para apresentar a dimensão metodológica do Apoio Institucional.

VIII.2) REFERENCIAL TEMÁTICO UTILIZADO COMO OFERTA DO APOIO

INSTITUCIONAL

O trabalho de Apoio Institucional tem apresentado a necessidade de um campo temático com assuntos variados no que diz respeito à capacidade de ofertas de Apoio, compreensão e análise da demanda para intervenção, capacidade de co-produção de mudanças e de conhecimento a partir dos momentos realizados com os trabalhadores, gestores e usuários nos serviços de saúde.

Estamos considerando que alguns temas têm sido permanentes no encontro do Apoio Institucional com os sujeitos e os espaços organizacionais dos serviços. Percebemos que há a inter-relação dos sujeitos nas equipes de saúde com os serviços e a dos usuários com a produção das equipes. Por isso, compreendemos que há a necessidade de articular a gestão e o trabalho em saúde numa organização que envolve direção, trabalhadores e usuários, na dinâmica que implica o “como” e o “para quê” necessária capaz de revelar os processos velados. Dois temas têm nos parecidos bem importantes, gestão e planejamento e de processos pedagógicos, principalmente pela naturalização com que têm sido abordados estes conceitos na agenda de trabalho e nos *slogans* de construção e de processos de mudança. Não desejamos reconceituá-los, mas refletir sobre estes temas à luz do cotidiano que temos presenciado.

Gestão e Planejamento em Saúde. O “debate” do planejamento tem apontado dilemas, produzido conhecimento e desenvolvido um campo teórico que vem se tornando produção de identidade dos formuladores e, em alguns momentos, questionado como instrumento útil capaz de organizar trabalho no campo da saúde.

Ainda convivemos com o dito planejamento normativo, mascarado pelo preenchimento de planilhas e das realizações de diagnósticos, consumido pelo tal “levantamento de informações para a tomada de decisão”. É muito comum perceber os coletivos preencherem suas planilhas de forma burocrática e gastarem muito tempo definindo conceitos sem compreendê-los, formalizando os seus planos deslocados da realidade. O planejamento, como meio, vira fim.

Atrelado a isto, o cotidiano da gestão também anuncia uma boa reflexão sobre a eficácia das teorias problematizadas e suas vivências na construção de ações que executem os projetos nas instituições de saúde. Os dirigentes e os técnicos, na utilização do instrumental oferecido pelo saber do planejamento, convivem com a preocupação que os situam nos seguintes pólos: o tempo político do acontecimento das coisas (o projeto e seus resultados) e o tempo técnico de produzir conhecimento e sujeitos políticos capazes de sustentar mudanças (produção de sujeitos e de contra-hegemônicos). Estas questões apresentam-se, muitas vezes, como antagônicas e atravessam as decisões, divergindo opiniões de gestores preocupados com a legitimação de suas ações, com o futuro das instituições e com a consolidação de projetos que se tornem perenes.

Os programas individuais, os propósitos coletivos de grupos organizados em espaços de governo, os projetos-programas de saúde institucionais e o recorte na gestão são múltiplas demandas que estão explícitas ou implícitas quando o planejamento é chamado a operar. Múltiplos também são os discursos, alguns mais conservadores e outros progressistas. Temos considerado o referencial teórico do agir comunicativo, da democracia para a mudança, da intervenção em organizações complexas e também do planejamento como instrumental e técnicas ⁵¹.

Na atenção hospitalar vem sendo legitimado a lógica da QT com a instrumentalização e o recorte do hospital como empresa, com conceito de ambiente competitivo e o mercado como oportunidade. Os argumentos são de que a gestão dos serviços públicos tem sido ameaçada pela sua incompetência, ineficiência e ineficácia, portanto seriam necessários, segundo estes argumentos, implementar a precisão do discurso e da prática da gerência por resultados.

Percebemos que a conseqüência é o predomínio e sedução do planejamento como lógica dura de operar, apostando produzir objetividade da eficiência e competência para implementar estes projetos no campo de ações

deterministas. Esta objetividade perde outras tantas intenções como ações descentralizadas, organização das estruturas, agilidade da máquina burocrática, desconstrução de discursos da normatividade, romper com mecanismos de assujeitamento e implementação de cultura de planejar nos serviços etc.

Mas também há o campo de governo de quem não é governo e as ações deterministas tornam-se deslocadas do real. O planejamento se transforma em documento formal com pouca capacidade de apreensão da realidade.

Compreendemos o planejamento, por isto então, com o sentido mais libertário, podendo tornar-se ameaçador para os sujeitos de plantão no poder, transformando a concentração de forças em desconcentração indutora de poder local. A gestão na relação com o planejamento pode alavancar um movimento de mudanças ou processos instituintes com a necessidade de produzir reformas nas organizações. Há também a possibilidade de outro movimento, o de reafirmar lógicas instituídas consolidando certa hegemonia das idéias e jeito de pensar a saúde. Não estamos explicitando nenhum juízo de valor de que o instituinte seja positivo e o instituído, negativo. Podemos, entretanto, afirmar que há poderes e contra-poderes atravessando estes movimentos.

Lidamos com alguma outra posição, quando consideramos que estes movimentos são pautados pela compreensão de que o poder seja a organização de forças produtivas que pretendem ocupar espaços de decisão nas organizações ou nas dinâmicas institucionais? É possível falar em anti-poder e compreender movimentos que supõem estar em outros planos, indo além da reprodução das forças que pretendem espaços de governo, potencializando a produção de projetos de autogestão imanentes da peleja e das tensões periféricas das estruturas centrais?

Imagina-se que a gestão e planejamento em saúde, aceitando como democrático participativo, tenha o papel de fortalecer a circularidade destes movimentos (poder, contra-poder e anti-poder) entre os sujeitos no encontro. É nesta perspectiva que se reconhece, na gestão e no planejamento, a capacidade

de produção do novo, de criatividade, de intersecções e superação de que as técnicas sejam suficientes para tal. A teoria da co-produção, estudo e experimentação que vem sendo elaborado por Campos, aponta a dimensão importante em que a polaridade possa ser superada, aumentando a capacidade de análise e de intervenção dos coletivos ⁵².

É possível se reconhecer em situação e apontar questões presentes em experiências vivenciadas com equipes de gestores, trabalhadores e usuários, em organização de plano de trabalho para as instituições de saúde e seus respectivos projetos. O planejamento estratégico tem sido muito utilizado e com isto prevalecendo a certa normatividade política apontada por Testa no livro Pensar em Saúde, 1992, cujo método é traçado anteriormente sem a relação com o contexto presente. Não é insignificante perceber que há falta de recolocar o próprio método em situação de análise numa perspectiva sócio-analítica, ou seja, há elementos analisadores que se fazem necessários reconhecerem nas relações das instâncias (pessoas, grupos e organização) institucionais, produzindo e reproduzindo normas de funcionamento e estabelecendo contratualidades ⁵³.

É comum os grupos acostumados com realização de planejamento em serviços apontar que os métodos tem enquadrado os propósitos institucionais, conforme os conceitos de Testa e seu Postulado de Coerência. Alguns temas mereceriam maiores investigação como: centralismo democrático, objetivos para uso eficiente de recursos, plano como dominação ideológica, normatividade das ações e programas e ⁵⁴.

O entendimento de governar nos processos de trabalho em saúde tem significado a compreensão de gestão em saúde como ponto de partida. Inicia-se do fato de que gestão é mais do que administração reconhecendo que "(...) a gerência e a organização de serviços de saúde no Brasil têm valorizado principalmente os aspectos administrativos (...)" ⁵⁵. Esta ação, portanto, deve ser encarada como uma parte do saber dos atores em situação de governo. Esta parte do saber está relacionada ao que Weber define como burocracia. Lógica

muito existente nas instituições e com grande capacidade de aprisionar os gestores como a única forma de trabalho e objeto de ação nas instituições. Que a burocracia faça parte de maneira relativa e seja abordada com as devidas competências é aceitável para nós. Um processo produtivo intermediado pela lógica de gestão de coisas e das regras.

A cultura moderna objetivante da realidade têm produzido o olhar pragmático ⁵⁶ dos gerentes em que o componente subjetivo, poder, alienação e outras categorias de análise de abordagem sócio-política estão sempre secundárias na prática da gestão ⁵⁷. No concreto, temos percebido o quanto a forma de trabalho da “Qualidade” tem demonstrado estas problemáticas. Temos classificado esta situação como plano de secundarização subjetivista da QT.

Contra isto, tema importante para a nossa compreensão de Gestão é o território da política nas instituições. É nos território-relações que se constroem a partir de diversos interesses dos sujeitos dos coletivos organizados para a produção de acordo com a concepção Paidéia. Adotamos esta perspectiva no sentido de que podemos olhar os equipamentos não somente como Organização, como adotado pela teoria geral da administração, em que seus objetos de intervenção são organizados para processos estruturados e previsíveis. Ignoram o poder existente nestes espaços e entre as pessoas, onde operam com seus interesses, muitas vezes em conflito entre si e até mesmo podendo apresentar certas contradições com o papel institucional dos serviços.

Compreendemos que os espaços e os interesses dos coletivos são também importantes e que podem ter grande sentido para que estejam participando da produção institucional, reconstruindo o sentido de um lugar comum de se fazer a experiência da realidade ⁵⁸. Imaginamos ter um diálogo atento com estes interesses para que se possa compreender este território da vida institucional, a política. Acreditamos que esta dimensão da inserção dos sujeitos acontece de maneira permanente e que estão permeados por disputas e recomposição de poder.

Não se pode negar a importância que a gestão tem para a produção da democracia institucional e de espaços coletivos. Temos denominado de co-gestão participativa esta potencialidade do encontro de usuários, trabalhadores e gerentes para produzir sujeitos capazes de exercitar as lutas, as negociações, a democracia no interior das organizações.

Apostamos que o modelo e a prática do fazer gestão devam romper com o discurso asséptico e fatalista de que nada é possível, criando espaços coletivos, experimentando arranjos ou instâncias de comunicação, decisão coletiva e exercício da democracia. Consideramos que estes espaços coletivos devam ser produzidos com a intermediação nas relações de poder, contra-poder e anti-poder necessárias na prática dos gestores, disparando novas territorializações políticas, mais transparentes, mais públicas, conformando os campos de governo para os sujeitos que vivenciam a instituição, incluindo os usuários. Entendemos que a gestão e o planejamento em saúde devam buscar para si os temas da organização dos serviços, das ofertas preventivas e de promoção, articuladas com a Clínica e a reabilitação, pautar-se para reconhecer as necessidades sanitárias, desenvolvendo espaços coletivos para estas produções e a constituição da democracia institucional.

Propomos que uma das funções da gestão é construir um projeto macro-institucional e, a partir dele, se comunicar com os atores interessados. Concordamos com os trabalhadores e usuários quando exigem que os gestores explicitem suas intenções de governo. É preciso submeter, a intenção e os próprios gestores, aos espaços coletivos, promovendo o anunciando (noticiar) e enunciando (expressar) as suas diretrizes, mesmo parciais e gerais.

Entendemos que estas declarações são momentos importantes de um processo de tradução técnico-política, que vai se realizando em tempos e espaços institucionais organizativos diversos e que vão construindo consensos de forma bidirecional, ascendente e descendente, ou talvez circular entre os gestores, trabalhadores e usuários.

Apostamos e acreditamos que este movimento seja muito necessário. Percebe-se que os projetos que se iniciam, trazem novas linguagens, matriz discursiva até então desconhecidas ou ausentes da pauta dos serviços. Daí a oportunidade dos encontros e espaços coletivos criar a necessária significação, apreendendo o projeto macro-institucional, criando a materialidade do pensamento e das idealizações.

Processos Pedagógicos Permanentes. Temos considerado esta temática uma questão importante para as habilidades e competências na gestão e no trabalho em saúde. É importante assegurar capacidade pedagógica aos atores nos serviços de saúde, aprimorar suas técnicas no exercício da gestão, promovendo e proporcionando a capacidade criativa dos coletivos. Imaginamos que este recorte na construção do saberes em gestão tem sido pouco aproveitado e, no entanto, o debate da educação está mais ligado aos temas de trabalho em saúde. Por um lado, a educação continuada é expressão desta tradição. Por outro, tem sido muito difundido o conceito de educação permanente com certos tensionamentos no campo da formação profissional no setor da saúde, seja para os profissionais em formação, seja para os profissionais já atuando nos espaços concretos dos serviços.

Temos utilizado a palavra pedagogia no sentido de nos aproximarmos da raiz o problema, compreendendo que a educação permanente e continuada são expressões da forma de organizar, portanto, seus processos pedagógicos, com matizes diferentes. Não utilizaremos educação porque pode não refletir o propósito aqui apresentado, ou seja, um desenvolvimento de processos pedagógicos como forma de produção de novos conhecimentos e investigação do cotidiano do trabalho.

Observamos que este saber pedagógico também contribui para a capacidade de permitir trocas e saberes, potencializando as atividades no campo da saúde, produzindo aprendizado e enriquecimento profissional. Ou seja, a gestão deve possibilitar que a prática diária no trabalho seja produtora de investigação e novos conhecimentos profissionais, produzindo conhecimento

institucional. A palavra educação ainda nos remete ao sentido de produzir saberes a alguém e o que se debate é a pedagogia caracterizada como processos organizados de co-produção de conhecimentos e novas compreensões da realidade.

Afirmamos que o debate da educação na saúde deveria ter outra lógica. O termo pedagogia nos aproxima de conceitos indeterminados e a palavra educação já implica em algo a ser considerado como um sentido de produzir saberes a alguém. Estar educando pode nos remeter a algo que já parte do princípio que educar é fazer algum ajustamento, alguma estruturação que compõe certa forma e regra para o outro.

A palavra pedagogia me parece que seja uma matriz em que processos de educação estão presentes como parte organizada, e somente parte, e que, portanto, a educação como forma de ajustar, seja parte também como um dos objetivos da pedagogia e que pode ser uma pedagogia que produz opressão e submissão.

Nesta linha pensamos que o termo processos pedagógicos permanentes seja o mais correto. Poderíamos aprender e incentivar a pedagogia do risco ⁵⁹ que busca outras interações, estudos e experiências no campo pedagógico. Desenvolvemos neste trabalho, a dimensão técnica e política de organizar estas idéias quando não podemos abrir mão de oficinas estruturadas e organizadas com características metodológicas da educação permanente.

Percebemos e, então, apostamos nos processos pedagógicos que ocorrem a todo o momento, no campo afetivo e dos conflitos, e que esta dimensão atravessa a gestão e a atenção em saúde cotidianamente e permanentemente. Deveria ser, portanto, um atributo dos sujeitos gestores e trabalhadores, e que estes deveriam produzir a revolução permanente nas relações de micro-poderes. A verdadeira mudança é aquela que é construída e conquistada a cada momento, nos momentos de fissura do encontro com o outro. Por isso pode dispensar espaços institucionais estruturados.

É muito comum, por exemplo, que equipes em situação de governo de projetos de saúde se importem em criar os núcleos de educação, criando uma nuclearidade que tira o potencial pedagógico do encontro casual e desestruturado da intervenção cotidiana. Estes espaços estruturados podem apresentar o paradoxo que é a programação do outro. Uma metodologia que conduz a refletir sobre que queremos chegar, ou seja, um lugar de chegada já programado.

A pedagogia em risco seria assim o encontro do desajustamento, da ruptura no equilíbrio em que os sujeitos se encontram. É possível que estas formatações pedagógicas tradicionais tenham apontando a opção pela segurança, pelo certo, pelo que já é dado como reproduzível. Isto pode parecer uma falsa opção, possa ser uma anulação do potencial criativo de cada um. Esta segurança é o padrão social e castrador que impossibilita as pessoas apostar em outras coisas diferentes, em outros caminhos e vamos abdicando de nós mesmos e da expressão de novas/nossas liberdades cognitivas.

Poderíamos olhar assim, produzir esta tensão no equilíbrio do outro, em atos anti-padrão, criando pensamentos desmedidos, um arriscar para sair do lugar comum.

VIII. 3) ANÁLISE DO TRABALHO EM SAÚDE

A **Análise do Trabalho em Saúde** poderia ser definida como desenvolvimento da práxis em saúde em que os coletivos deveriam analisar as ações dos serviços, suas práticas e processo de trabalho em saúde.

Estamos considerando que a compreensão do termo práxis utilizado diz respeito á transformação da realidade, produtora de mudanças, em que o sentido idealista deve plasmar-se nas atividades cotidianas do trabalho em saúde. Por outro lado, reconhecer que estas produzem a capacidade de reconstruir o pensamento dos sujeitos na transformação dos seus objetos de trabalho. Uma relação a ser considerada em que a atividade humana intervém transformando ou modificando o objeto e ao mesmo tempo é transformada por este ⁶⁰.

Estamos considerando que esta poderia ser a essência da Análise do Trabalho em Saúde: transformação dos sujeitos e mudanças das atividades cotidianas em saúde.

A práxis tem um mundo da objetividade e da subjetividade do agir e do pensar sobre a realidade em que se está inserido o sujeito. Um mundo em que a práxis tenha a capacidade de criar outra realidade, a dimensão de tornar objetivas as questões imateriais e subjetivas. É necessário também refletir sobre esta realidade, trazer o pragmatismo da ação e torná-lo objeto e exercício de reflexão. Pensamos que possa ser esta imersão de criar outro mundo a partir do conhecimento do próprio mundo, com a realidade que se apresenta e com as pessoas.

Mas como poderemos materializar esta relação subjetividade-objetividade para a realidade produzindo análise e intervenção com os trabalhadores da saúde?

Propomos que a análise do trabalho em saúde faça esta materialização objetivo-subjetiva que consiste em relacionar, de maneira didática e pedagógica, as categorias: ações de saúde / práticas em saúde / trabalho em saúde.

Ações de Saúde. Primeiro elemento que se pode lançar mão para a

abordagem com os trabalhadores é considerar acerca das ações de saúde desenvolvidas nos seus espaços de organização de trabalho.

Estamos reconstruindo uma compreensão de “ações” como um conjunto de ofertas realizadas nos serviços para dar conta da realização do seu papel. O que os serviços ofertam para a realização do seu papel?

Estamos dizendo que as ações no serviço de saúde se prestam a realizar atividades estruturadas com objetivo de cumprir as atribuições dos serviços. Ações que são desenvolvidas para oferecer um conjunto de atividades com capacidade de atender as demandas e os problemas de saúde dos usuários.

Compreendemos, então, ações de saúde como o conjunto de ofertas assistenciais organizadas para atender à demanda nos serviços de saúde com a finalidade de cumprir o seu papel.

Podemos imaginar, portanto, que os equipamentos de saúde buscam certa estruturação institucional para dar conta deste fim. Os coletivos organizados podem, então, reconhecer e analisar as atividades que vão sendo desenvolvidas. É interessante que os coletivos possam identificar e perceber quais as ações estão sendo desenvolvidas nos serviços cujo papel teria sua finalidade determinada.

Deparamo-nos com situações muito comuns no serviço hospitalar, (atenção ambulatorial especializada de enfermagem e urgência, por exemplo), com o desenvolvimento de ações de saúde que podem não corresponder com o que se propõe ou o que se espera dele. Ações de saúde definidas por interesses diversos dos gestores, trabalhadores e usuários que vão distorcendo o papel essencial dos serviços e dificultando cumprir o papel institucional no sistema, quando da relação entre os serviços.

Processos de Trabalho em Saúde. O processo de trabalho em saúde tem sido tema importante de debate que muitas vezes é mal caracterizado pelos coletivos. Estamos considerando este termo como a forma de organização e

produção das ações em saúde em que saberes e técnicas são definidos na realização destas ações. Em qualquer organização institucional é possível apontar arranjos de trabalho como meios estruturantes para a realização das ofertas assistenciais. Então, tal análise se faz necessário para que os coletivos possam perceber como é a organização das ações de saúde, como utilizam seus recursos, quais os meios utilizam para desenvolver as ações etc.

Temos utilizado alguma metodologia para refletir sobre os processos de trabalho e tem facilitado a análise situacional dos problemas com que as equipes têm se deparado. Podemos representar na seguinte matriz:

Quadro 06. Categorias de análise do processo de trabalho em saúde do Apoio Institucional no HC-UNICAMP.

Objeto	Meios	Objetivos	Resultados	Sujeitos
Problemas Temas Fatos Questões	Como estão organizadas as ações?	O que queremos?	O que estamos produzindo na realidade?	Os atores e relações desenvolvidas.

Fonte: Campos, GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos. Hucitec, 2000. Sánchez Vázquez, A. Filosofia da Práxis. Clasco, Expressão Popular, 2007.

A matriz analisadora do processo de trabalho implica que há um conjunto analítico que pode ser facilitador em apropriar-nos da situação, do real, da forma constitutiva do mundo ao que estamos submetidos. Tem sido interessante refletir com os coletivos, os agentes das forças produtivas e as suas relações na produção.

Estamos considerando que os processos de trabalho são determinados pelos modelos assistenciais e que, portanto, estão estruturados também conforme a concepção de trabalho em saúde. Neste sentido, a construção de processos de trabalho alternativos, com outras engenharias, outros artesanatos podem arquitetar outras lógicas que impactem nos resultados.

Práticas em Saúde. Vamos reconstruir uma compreensão do que possamos chamar de práticas em saúde. Queremos considerar que este termo tem sido amplamente utilizado no campo da Saúde Coletiva brasileira. Encontramos, portanto, muitos sentidos para esta denominação. Mas não temos o objetivo de reconceituar e sim continuar desenhando uma abordagem possível para apoiar as equipes numa dimensão objetiva e subjetiva, atuando na realidade como práxis social na transformação dos sujeitos e das atividades cotidianas nos serviços de saúde.

Imaginamos e apostamos que esta categoria tem a grande potência para as equipes repensarem a especificidade do trabalho em saúde.

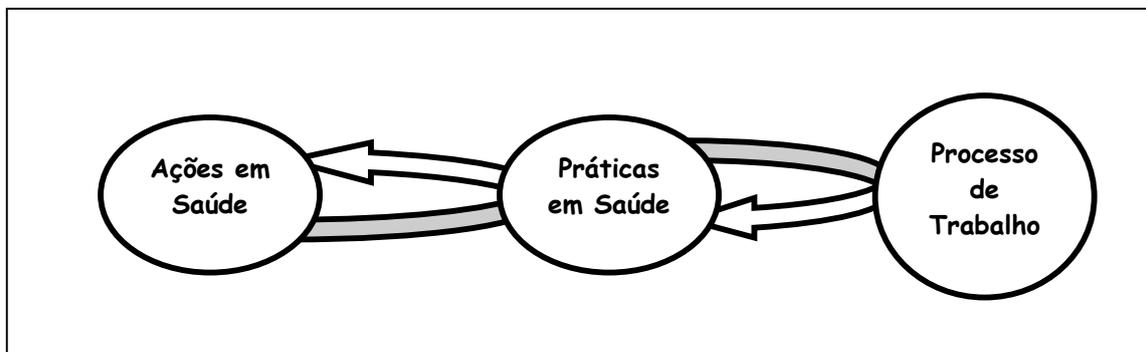
As práticas podem ser entendidas como o desenvolvimento de atitudes e modos de intervenção dentro das ações de saúde e nos processos de trabalho. Temática que nos remete para a compreensão da singularidade do trabalho em saúde. Trabalho que envolve uma dimensão entre sujeitos e que a autonomia dos trabalhadores está sempre presente na tomada de decisão, na execução das técnicas, no exercício do saber dos núcleos profissionais e na apreensão das necessidades dos usuários pelos trabalhadores. Compreendemos que as práticas estão por “dentro”, acontecendo nos modos dos processos produtivos das ações e do trabalho em saúde. Podemos considerar que as práticas têm alto potencial de produzir mudanças, mesmo reconhecendo que elas possam estar determinadas por ações e a processo de trabalho. As práticas em saúde são capazes de intermediar as relações mais singulares possíveis em que caracteriza a Clínica e a forma de existir dos trabalhadores diante de seu objeto, conseqüentemente determinando o modo da atividade exercida.

Como operar com esta lógica: 1º) a prática em saúde como sendo o “momento” da transformação que possa mudar processos de trabalho e constituir novas ações e, 2º) ações de saúde e processos de trabalho que reformule as práticas, aumentando graus eficácia e qualidade das práticas.

Podemos esquematizar o seguinte diagrama para caracterizar o

desenho proposto como análise do trabalho em saúde:

Figura 03. Conceitos e suas relações para análise do trabalho em saúde do Apoio Institucional no HC-UNICAMP.



VIII. 4) CAMPO DE INTERVENÇÃO

Os debates que temos realizando em torno do trabalho de Apoio Institucional revelam o aspecto que consideramos ter muita riqueza, ou seja, os espaços de intervenção e sua tessitura, as características destes espaços e os objetos de trabalho das equipes que os constituem, cujos objetivos e organização produtiva são muito variadas. Podemos afirmar que estes espaços institucionais compõem um campo que articula diversos espaços coletivos, alguns reconhecidos com objetos mais específicos da gestão e planejamento e outros, do trabalho em saúde.

Nessa lógica podemos identificar a inserção do Apoio com a relação aos projetos institucionais com funções muito variadas. Ora com a finalidade de apoiar a implementação de diretrizes de um projeto macro que acaba representando a gestão e o projeto junto às equipes, ora está com o propósito de apoiar organização de trabalho sem, necessariamente, estar representando o projeto institucional. Esta "divisão" ou estas diferenças estão muito juntas no cotidiano, mas que provoca grande tensionamento no processo do Apoio Institucional.

Podemos nos reconhecer na intervenção interagindo com estes diversos espaços, cuja articulação somente é possível se pensarmos como ação em trânsito na relação entre espaços de gestão central, gerência local, equipes de saúde e participação popular. Estamos negando em ser Apoio "secretário" da gestão central ou ser Apoio refém representante das equipes. Este acoplamento impede de fazermos ofertas que permitam capacidade de análise das equipes.

Algumas vezes as demandas para o Apoio Institucional têm um caráter mais como análise institucional, outras, com perspectiva de apoiar projetos institucionais. Estas demandas produzem relações e subjetividades com características muito singulares com as equipes e serviços, determinando fortemente o papel do Apoio e sua capacidade de lidar com estas definições, que se misturam, mas que deve ser explicitada e compreendida pelos gestores, pelas equipes e principalmente pelo Apoiador como agenciador desta inter-relação.

Imaginamos que há inúmeras possibilidades de refletir sobre o Apoio Institucional. Compreendemos que as vivências cotidianas podem enriquecer o debate e a teoria. Assumimos também que a atividade humana experimentada é mais rica do que o registro da comunicação escrita e dos discursos descolados da realidade, mas que o Apoio Institucional tem se tornado trabalho concreto nas nossas experiências e que vem sendo experimentado apostando na capacidade de inventar novas formas de organização da gestão e do trabalho em saúde.

IX) CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo pelo qual passamos centrou a nossa atenção para vivenciar e experimentar fatos e acontecimentos que foram construindo as possibilidades da pesquisa. Uma investigação que não trabalhou a partir de teorias e, sim, tomou da ação prática o desafio de construir algum pensamento, a possibilidade de mostrar o caminho percorrido numa relação crítica, que é a produção do discurso reflexivo sobre o próprio processo. Se entendíamos que o nosso processo era estar na relação com caminhos ainda improváveis, indefinidos, não poderíamos definir regras rígidas para o nosso pensar nem para o nosso agir.

Aceitamos ir discernindo a complexidade dos acontecimentos na construção do nosso agir com a pretensão de contribuir com um projeto político. Um projeto político que não contemplava uma relação grupal dos dirigentes com o grupo de pesquisadores, mas que vislumbrava algo em comum, que tocava algo no âmbito da militância, a crença de avançar e fincar bandeiras. Uma sensação de estar simultaneamente no plano da macro-estrutura e da micro-política institucional, que operava o concreto da vida e as lógicas do pensamento. Sentíamos que enfrentávamos procurar a verdades das coisas, reconciliando as profundas diferenças dos sujeitos do encontro, sem que isto fosse uma aceitação passiva, pelo contrário, comportando-se como a busca de conquistar mais um espaço público que produzisse nossa visibilidade.

Neste encontro com a realidade, fomos inscrevendo então os caminhos e registrando os fatos. Estes caminhos eram o tempo todo dimensionados para os recortes possíveis de se assumir enquanto pesquisa e enquanto compromisso de produzir a intervenção. Esta relação, pesquisa e intervenção, foram se apresentando como uma relação de interdependência. Esta relação conformou os espaços de explorar as tessituras das diretrizes institucionais e enriqueceu a capacidade de formulação para a pesquisa. Ao mesmo tempo, a pesquisa subsidiou graus maiores de potência ou capacidade de ir refletindo sobre a própria realidade, com mais capacidade no discurso e de ação a partir da formulação em processo de produção que se tornava importante para a intervenção.

É possível perceber o quanto a intervenção e o recorte da formulação fez parte da vida do hospital no projeto de gestão. Foi a essencialidade das propostas da gestão e do trabalho em saúde que anunciava a novidade e a diferença do então grupo dirigente. As diretrizes foram se tornando objetos de gestão e do trabalho das coordenadorias, dos diretores e dos gerentes.

Vivenciamos na prática que todos os arranjos e diretrizes foram operadas em todo o conjunto do hospital, envolvendo uma estruturação orgânica dos Chefes de Atenção Clínica, com as Unidades Produtivas, os seus Colegiados de Gestão e respectivos Contratos de Gestão.

Esta condição e o seu processo de implementação necessitaram que a pesquisa buscasse o olhar sobre a melhor forma de ir inventando esta transformação, de um momento e lugar em que os atores envolvidos nunca haviam experimentados tal vivência ou debate. Momentos que se utilizava de linguagem e conceitos próprios do nosso núcleo de saberes

Então se considerarmos que a implementação dos arranjos significou os produtos do ponto de vista da intervenção e da força da ação, a construção do material de pesquisa também passa por esta questão que é a formulação em produto de tese de pesquisa. Na formulação percebemos que foi sendo desenhada esta dinâmica de ir apresentando uma coerência que pretendeu seguir os movimentos da ação prática.

A proposição da ordenação dos capítulos no produto da tese tem pretendido ser coerente com o processo de intervenção e construção da ação, momentos que foram sendo articulados o conjunto de saberes que iluminassem a nossa prática de Apoio Institucional, produzindo sua relação pedagógica com os sujeitos, sempre buscando algo a ofertar para a capacidade de entendimento e compreensão dos conceitos, dos espaços e arranjos produzidos e da própria ação em rumo nos vários momentos de encontro.

A experiência de relatar o próprio processo apresenta as suas vantagens e desvantagens, com as possibilidades de perder certa visão institucional por estar imerso na demanda e no exercício cotidiano, repleto de avanços e retrocessos. Uma dinâmica que vai sendo também ofuscada por várias questões ou projetos novos que podem mudar a direcionalidade, perdendo o sentido fundamental de estar no processo de intervenção produzindo as mudanças para determinadas lógicas, para superação de condições culturais como é as do hospital em geral e em particularmente do HU.

As diretrizes institucionais foram inscritas nos “anais” e documentos oficiais da instituição HC-UNICAMP, foi garantindo como normas para o funcionamento, possibilitando que tamanho investimento de tempo, de conhecimento e com envolvimento de pessoas possam ser tornar mais perenes, acreditando que possibilitará maior qualidade da atenção aos usuários e satisfação para os trabalhadores.

X) REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRESSER-PEREIRA, LC. Reflexões sobre a reforma gerencial brasileira. Revista do serviço público 50 (4): 5-30, 1999.
2. CAMPOS, GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos. Hucitec, 1ª edição. São Paulo, 2000.
3. CAMPOS, GWS; Amaral, MA. A Clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. Ciência & Saúde Coletiva, 12(4): 849-859, 2007.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Reforma do Sistema da Atenção Hospitalar brasileira. Cadernos da atenção especializada. Vol. 3. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.
5. OPAS. A Transformação da gestão de hospitais na América Latina e Caribe – Brasília: OPAS/OMS, 2004.
6. CARAPINHEIRO, G. Saberes e poderes no hospital. Edições afrontamento, 4ª edição. Porto, 2005.
7. CAMPOS, GWS. Paidéia e a gestão: indicações metodológicas sobre o Apoio. In: Saúde Paidéia (Gastão Wagner de Sousa Campos), 85-102. Hucitec. São Paulo, 2003.
8. Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas. Planejamento Estratégico. MERHY, EE; CECÍLIO, LC. Relatórios e materiais da Assessoria de Qualidade. Campinas, 2003.
http://www.HC.UNICAMP.br/ouvidoria/01_planejamento2003.pdf
9. CAMPOS, GWS. Paidéia e modelo de atenção: ensaio sobre a reformulação do modo de produzir saúde. In: Saúde Paidéia (Gastão Wagner de Sousa Campos), 85-102. Hucitec. São Paulo, 2003.

10. Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas. Planejamento Estratégico Participativo do Departamento de Enfermagem do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas. ALVES, FL. Campinas, 2004.
11. Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas. Planejamento da organização geral da Ouvidoria do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas. ALVES, FL. Campinas, 2005.
12. Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas. A Ouvidoria no Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas - possibilidades e dilemas. BUENO, FMG. Campinas, 2004.
13. Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas. Posse do superintendente do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas. Notícias: (03/07/2006) Reitor da UNICAMP dá posse ao novo superintendente do HC. Campinas, 2006. <http://www.HC.UNICAMP.br/imprensa/not-posse060703.shtml>
14. VASCONCELOS, C.M. A mudança nos hospitais universitários. Diário de Natal/Caderno Da Vinci, Natal-RN-Brasil, v. II, 15, p. 01 - 01, 24 fev. 2001.
15. CECÍLIO, LCO. O desafio de qualificar o atendimento prestado pelos públicos. In: Agir em saúde: um desafio para o público (MERHY, EE; ONOCKO CAMPOS, RT), 293-319. Hucitec - São Paulo & Lugar Editorial - Buenos Aires, 1997.
16. Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas. Comitê Técnico de Melhoria da Qualidade do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas. <http://www.HC.UNICAMP.br/qualidade/qualidade.shtml>
17. Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas. Metodologia de Gestão por Processos. Pró-Reitoria de Desenvolvimento Universitário da Universidade Estadual de Campinas. http://www.prdu.UNICAMP.br/gestao_por_processos/Metodologia_22102007.pdf

18. FREIRE, JB. O desafio de operar as ferramentas de avaliação para os hospitais públicos: o caso do Hospital Estadual Sumaré-SP. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva. Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2008.
19. DEMING, WE. Qualidade: a revolução da administração. Marques Saraiva, 1982.
20. CAMPOS, GWS. Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas: Teoria Paidéia e a reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: Tratado de Saúde Coletiva (CAMPOS, GWS; MINAYO, MC; AKERMAN M; DRUMOND JÚNIOR, M; CARVALHO, YM). (1), 53-93. Hucitec. São Paulo, 2006.
21. CAMPOS, GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. (5), 2, 219-230. Ciência & Saúde Coletiva, 2000.
22. FEYERABEND, PK. Contra o método. Tradução Cezar Augusto Mortari. Editora Unesp. São Paulo, 2007.
23. SCHONS, CR Saberes anarquistas: reiteraões, heterogeneidades e rupturas. Universidade de Passo Fundo. Passo Fundo, 2000.
24. SÁNCHEZ VASQUEZ, A. Filosofia da práxis. Tradução María Encarnación Moya. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLASCO). Pensamento social latino-americano dirigida por Emir Sader. Expressão popular. Buenos Aires, 2007.
25. GONÇALVES, RBM. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. Hucitec. São Paulo, 1994.
26. MERHY, EE. A saúde pública como política: um estudo de formuladores de política. Hucitec, São Paulo, 1991.

27. CAMPOS, GWS. Reforma da reforma: repensando a saúde. Hucitec. São Paulo, 1992.
28. TESTA, M. Pensar em saúde. Artes médicas, 1992.
29. CECÍLIO, LCO et al. Inventando a mudança na saúde. Hucitec. São Paulo 1994.
30. FOUCAULT, M. A arqueologia do saber. Forense Universitária. Rio de Janeiro, 1995.
31. CAMPOS, GWS. A clínica do sujeito: por uma Clínica reformulada e ampliada. In: Saúde Paidéia (Gastão Wagner de Sousa Campos), 51-67. Hucitec. São Paulo, 2003.
32. CECÍLIO, LCO; MERHY, EE. A integralidade como eixo da gestão hospitalar. Campinas, 2003.
33. CECÍLIO, LCO. Modelos tecno – assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Caderno de Saúde Pública, 1997.
34. SILVA, SF et al. Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e as redes regionalizadas de ações e serviços de saúde. IDISA: CONASEMS, 2008
35. SANTOS, RC. Saúde todo dia: uma construção coletiva. Hucitec, 2006.
36. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Pacto pela Saúde. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, volume 01, 2006.
37. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Pacto pela Saúde. Regulamento dos pactos pela vida e de gestão, volume 02, 2006.
38. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Pacto pela Saúde. Regionalização solidária e cooperativa: orientações para sua implementação no SUS, volume 03, 2006.

39. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Pacto pela Saúde. Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde, volume 05, 2006.
40. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Pacto pela Saúde. Colegiado de Gestão regional na região de saúde intraestadual : orientações para organização e funcionamento, volume 10, 2009.
41. CAMPOS, GWS. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? Ciência & Saúde Coletiva, 2007.
42. CAMPOS, GWS. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégia para integrá-las ao SUS. Caderno de Saúde Pública, 1997.
43. CAMPOS, GWS. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In Inventando a mudança na saúde (Cecílio et al). Hucitec, 1994.
44. CAMPOS, RO. A promoção da saúde e a Clínica: o dilema “promocionista”. In SUS: ressignificando a promoção da saúde (Castro, A; Malo, M et al). Hucitec: OPAS< 2006.
45. CARVALHO, SR. Saúde Coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança. 2ª ed. Hucitec, 2007.
46. JUNQUEIRA, LP. A descentralização e a reforma do aparato estatal em saúde. In Ciências sociais e saúde (Canesqui, AM et al). Hucitec, Abrasco, 1997.
47. CAMPOS, GWS. Equipe de referência e Apoio especializado matricial: um ensaio sobre a organização do processo de trabalho em saúde. Ciência e Saúde Coletiva, 1999.
48. Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (HC-UNICAMP). Plano de Trabalho: projeto de melhoria contínua para a área de gestão de pessoal do hospital de Clínicas da UNICAMP. Documento elaborado por Flora Marta Giglio Bueno. 2007. obs: resultados gestão de pessoal.

49. CAMPOS, GWS. O anti – Taylor: sobre a invenção de um método para co – governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. Caderno de Saúde Pública, 1998.
50. FOX, J. O essencial de Moreno: textos sobre psicodrama, terapia de grupo e espontaneidade. Agora, 2002.
51. ONOCKO, RC. O planejamento no labirinto: uma viagem hermêutica. Hucitec. São Paulo, 2003.
52. CAMPOS, GWS. Efeito Paidéia e o campo da saúde: reflexões sobre a relação entre o sujeito e o mundo da vida. Trabalho, Educação e Saúde, 2006.
53. LOURAU, R. Analista institucional em tempo integral. Hucitec, 2004.
54. MERHY, EE. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências do planejamento em saúde no Brasil. In Razão e planejamento: reflexões sobre política, estratégia e liberdade (Gallo, E et al). Abrasco, 1995.
55. CAMPOS, G WS. Planejamento sem normas. Hucitec. São Paulo, 1989.
56. ONFRAY, M. A política do rebelde: tratado de resistência e insubmissão. Tradução Mauro Pinheiro. Rocco. Rio de Janeiro, 2001.
57. ONOCKO, RC. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In: Saúde Paidéia (CAMPOS, GWS), 122-149. Hucitec. São Paulo, 2003.
58. TELLES, SV. Direitos sociais: afinal do que se trata. Ed UFMG. 2ª reimpressão. Belo Horizonte, 2006.
59. GALLO, S. Pedagogia do risco: experiências anarquistas em educação. Papyrus, 1995.
60. AROUCA, S. Dilema Preventivista. Contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. Ed. UNESP/Fiocruz, 2003.

XI) ANEXOS

Anexo I

Regimento Geral das Unidades Produtivas do HC – UNICAMP.

Artigo 1º – Estrutura de Gestão da Unidade Produtiva

A **Unidade Produtiva (UP)** é uma estrutura funcional que se organiza segundo a lógica dos serviços e produtos gerados com a finalidade de atender as necessidades dos clientes internos (outras UP's, alunos e pesquisadores) e dos clientes externos (pacientes).

A UP desenvolverá suas ações de gestão através de um **Colegiado Gestor**, sendo um membro designado **Diretor**. A INSTRUÇÃO NORMATIVA CEA – Nº. 009/2008 dispõe sobre a criação de diretrizes para formação de Colegiados Gestores nas Unidades de Produção¹.

A UP será criada, provisoriamente, através de portaria interna da Superintendência do HC (SHC), que disporá sobre a missão, a composição do Colegiado Gestor e a designação do diretor da UP.

A relação entre a UP e a SHC se dará através de Contratos de Gestão, com vigência máxima de um ano, que a qualquer momento podem sofrer modificações, conforme interesse e acordo entre as partes.

Artigo 2º – Papéis e Compromissos

I São atribuições da SHC:

- elaborar anualmente, de forma participativa, o **Plano de Metas do HC²**, que é desdobrado a partir dos objetivos do Planejamento Estratégico do HC;
- prover, dentro dos limites do orçamento do hospital, os recursos e as

¹ A Instrução Normativa CEA – Nº. 009/2008

<http://intranet.HC.UNICAMP.br/documentos/portarias/2008.shtml>

² Plano de Metas e Planejamento Estratégico do HC estão disponíveis em <http://intranet.HC.UNICAMP.br/documentos>

condições operacionais para o desenvolvimento das atividades da UP;

- firmar **Contrato de Gestão** com as UP's, priorizando objetivos que estejam alinhados com o Plano de Metas Anuais do HC;

- elaborar e divulgar, quando couber e por proposta do Colegiado Gestor da UP, portaria interna que disponha sobre deliberações do Colegiado Gestor da UP;

- acompanhar, periodicamente, o **Contrato de Gestão** (anexo) e o **Plano de Ação** (anexo) da UP

II. São atribuições do Colegiado Gestor da UP:

- deliberar sobre os assuntos de interesse da UP, através de reuniões periódicas documentadas;

- promover o aperfeiçoamento operacional e gerencial da UP, elaborando propostas de ação e definindo prioridades;

- elaborar e aprovar o **Contrato de Gestão** com a SHC, onde conste: *i)* objetivos, *ii)* importância do contrato para a UP, para a SHC e para os clientes da UP, *iii)* principais processos relacionados com o contrato, *iv)* premissas, restrições e riscos, *v)* metas e indicadores;

- fiscalizar o cumprimento do **Contrato de Gestão** e do **Plano de Ação** da UP (anexos) e seu cronograma de execução.

III. São atribuições do diretor da UP:

- administrar a UP, de acordo com as diretrizes da SHC e as deliberações do Colegiado Gestor da UP;

- convocar e presidir as reuniões do Colegiado Gestor da UP;

- programar e coordenar a execução das deliberações do Colegiado Gestor da UP e o cumprimento das ações e metas do **Contrato de Gestão e Plano de Ação**;

- representar a UP junto a SHC, no Fórum dos Gerentes do HC e nas demais instâncias onde se fizer necessário;

- promover a comunicação institucional com os profissionais da UP e a comunicação lateral com outras UP's;

- liderar os profissionais de todas as categorias profissionais envolvidos com a produção da UP.

Artigo 3º – Das disposições finais

- Fica definido o Conselho Executivo de Administração (CEA) como fórum para a deliberação de casos não resolvidos.

Anexo II

Diretrizes para formação de Colegiados Gestores nas Unidades de Produção

As seguintes diretrizes devem ser consideradas na composição dos colegiados gestores nas unidades de produção:

1. Gestão colegiada: entende-se como colegiado gestor de uma unidade de produção o grupo de profissionais que exerce a gestão da organização e do trabalho em saúde (**administrativa**) da Unidade Produtiva, comprometendo-se com o delineamento de metas e a execução dos planos de ação para alcançar os resultados propostos.

2. Liderança da gestão colegiada: a liderança do colegiado gestor é designada pela Superintendência em comum acordo com o colegiado e terá a função de coordenar os trabalhos da Unidade Produtiva na relação com a Superintendência e Colegiado Gestor da respectiva Unidade Produtiva.

3. Multidisciplinaridade: o colegiado deve ser composto de profissionais nas diversas categorias, de acordo com a missão e os processos produtivos envolvidos de cada Unidade Produtiva. Nas unidades assistenciais o colegiado deve contemplar no mínimo a participação dos profissionais: médico, enfermeiro e administrativo. A proporcionalidade da representação dos profissionais depende da proporcionalidade na participação do cuidado assistencial. Outras categorias profissionais devem ser incluídas, sempre que considerados estratégicas para o cuidado e a produção assistencial.

4. Abrangência horizontal do colegiado gestor: a composição do colegiado gestor deve considerar a linha horizontal da assistência ao paciente que inclui os cuidados realizados nas unidades de internação, diagnóstico, emergência e ambulatório.

5. Número de profissionais no colegiado gestor: a composição do colegiado gestor deverá ser ampla o suficiente para permitir a adequada articulação com os segmentos internos da unidade de produção, mas concisa o suficiente permitir funcionalidade e agilidade nas decisões.

6. Definição da composição do colegiado gestor: a primeira composição do colegiado gestor será formalizada por ato da Superintendência. Esse colegiado então constituído, no prazo máximo de um ano, deverá elaborar proposta de adequação da composição do Colegiado às características da Unidade Produtiva, proposta que será apreciada pela Superintendência e aprovada pelo Conselho Executivo, sendo formalizada através de portaria interna.

7. Todos os colegiados devem ter pelo menos um profissional que esteja fazendo o curso de Gestão Hospitalar.

Anexo III

Protocolo Assistencial: HC - UNICAMP e Rede de Serviços SUS
ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO E PACTUAÇÃO DA RESPONSABILIDADE DOS SERVIÇOS NO SISTEMA.

Agravo em Saúde:

Definição do Agravo em Saúde:

Sinais e Sintomas:

Recursos Diagnósticos:

Recursos Terapêuticos:

Classificação de Risco:

Papel / Atribuição dos Serviços de Atenção Primária

Diagnóstico:

Terapêutico:

Critérios de Encaminhamento / Referência para Atenção Secundária:

Papel / Atribuição dos Serviços de Atenção Secundária

Diagnóstico:

Terapêutico:

Critérios de Alta / Contra - Referência para Atenção Primária:

Critérios de Encaminhamento / Referência para Atenção Terciária e Quaternária:

Papel / Atribuição dos Serviços de Terciária e Quaternária

Diagnóstico:

Terapêutico:

Critérios de Alta / Contra - Referência para Atenção Secundária ou Primária:

Critérios de Encaminhamento de Inter - Consulta para Atenção Integral no Serviço Terciário e Quaternário:

Critérios de Classificação de Risco para definição de Retorno no Serviço Terciária e Quaternária:

Anexo IV

CONTRATO DE GESTÃO

Unidade de Produção:

Cláusula primeira: Missão da Unidade de Produção:

<definir a missão da Unidade Produtiva, estabelecendo seu objeto de trabalho e seus principais produtos e serviços.>

Cláusula segunda: Estrutura de gestão da Unidade de Produção

A unidade de produção _____ desenvolverá suas ações de gestão através do colegiado gestor interno, coordenado pelo gerente da Unidade de Produção e composto por representantes dos serviços ou setores que compõe a UP. O gerente da UP é o representante do colegiado gestor interno junto à administração do HC. O desempenho do gerente da Unidade de Produção será avaliado pela Superintendência e pelo Colegiado Interno da UP e pelo cumprimento das metas dos indicadores da UP. A Unidade de produção _____ desenvolverá e fará cumprir Regimento Interno (Anexo 1- Modelo de Regimento Interno) que regule as atividades desenvolvidas na UP.

Cláusula terceira: Compromissos da Superintendência do Hospital

A Superintendência do HC/UNICAMP compromete-se a prover, através do Orçamento Mensal do HC ou de projetos específicos, os recursos e as condições operacionais para o desenvolvimento das atividades da UP.

<incluir restrições e premissas, se necessário>

Cláusula quarta: Integração e interação com outras Unidades de Produção

A Unidade de Produção _____ compromete-se a participar do Colegiado de Gerentes do HC/UNICAMP, através da representação do gestor do colegiado interno para a coordenação, acompanhamento e compatibilização dos objetivos, metas e prioridades gerais do HC quanto ao ensino, pesquisa e extensão.

Cláusula quinta: Indicadores de Desempenho e Metas

A Unidade de Produção _____ compromete-se a orientar o seu aperfeiçoamento operacional e a desenvolver seu controle gerencial através do acompanhamento e mensuração mensal dos indicadores selecionados e de plano de ação específico para o alcance das metas contratadas (**Anexo 2 – Plano de Ação 5W2H**).

Cláusula sexta: Prazo e controle

O presente contrato entra em vigor por um período de doze (12) meses tendo início em __/__/__ e término em __/__/__.

Este contrato será regulado por sistemática de avaliação semestral com a participação da Superintendência do HC, gerente da UP _____ e colegiado gestor interno, quando seu conteúdo e cláusulas podem ser alterados através de termo aditivo, com a concordância das partes e com acompanhamento e monitoramento realizados pelo Conselho Executivo do HC

Data: < data de quando o contrato foi firmado >

Superintendente

Gerente da Unidade de Produção

MODELO MÍNIMO DE REGIMENTO DAS UNIDADES DE PRODUÇÃO

Estrutura da unidade de produção

Atribuições da gerência da unidade de produção

Atribuições do colegiado gestor interno (definição dos membros do colegiado)

Definição do organograma da unidade de produção

Definição da missão e objetivos da unidade de produção

Definição dos produtos e serviços oferecidos na unidade de produção, com detalhamento para as diversas categorias profissionais

Enfermagem

Corpo médico

Psicologia

Serviço social

Terapia ocupacional

Nutrição

Fisioterapia

Administrativos

Normas internas de funcionamento

Objetivo do Contrato de Gestão

Estabelecer a gestão pactuada entre uma Unidade Produtiva e a direção do hospital.

Elementos mínimos do Contrato de Gestão

Definição da relação de gestão entre a Unidade Produtiva e a direção do hospital

Definição básica da forma de gestão interna.

Definição da relação de gestão entre a Unidade Produtiva em questão e as demais unidades do hospital.

Definição da missão da Unidade Produtiva e seus principais produtos e serviços

Metas a serem pactuadas para um determinado prazo

Fatores importantes na organização da gestão por contratos das unidades de produção

Definição de restrições e premissas, quando houver.

Definição de setor responsável na Superintendência para acompanhamento dos contratos.

Garantia de ação coordenada entre as unidades de produção para pactuar requisitos e compromissos entre estas unidades.

Anexos V

DESENHO DO PROJETO DE GESTÃO HC-UNICAMP

É importante reconhecer e aproveitar a agenda progressista hora colocada pela nova gestão do HC - UNICAMP. Agenda que explicita a defesa de uma atenção qualificada para os usuários, reconhecendo uma necessária organização no processos de trabalho da instituição.

O atores da vez iniciam um processo de entender que a assistência qualificada depende da inserção do hospital no sistema de saúde e da introdução de novos projetos internamente. O debate que se abre neste contexto é qualificar a gestão em assumir estas complexidades pensando o papel do HC.

Está-se diante de um ordenamento de poder pautado na competência técnica, especializante e hegemônica do trabalho médico influenciado e influenciando interesses de pesquisa e do ensino determinando a formação de "quadros" no campo da saúde. O historicismo institucional fadado como lógica natural é pouco sensível ao papel assistencial do hospital dentro da política (s) pública (s). Uma reprodução automatizada de que a "vida é assim e vamos fazendo" o modo de trabalho garantindo o salvo conduto pessoal, onde as possibilidades de invenção, criatividade e rupturas estão ali, escondidas e mascarados na pele do discurso da ação pragmática e da razão instrumental sobre o império das forma de ser e de agir dos sujeitos. O discurso estéril de que nada é possível aparece com força, negando novos discursos e ações.

Eis a peleja: produzir novas ações e buscar nova lógica para as ações em reprodução. Bem desafiante, porque difícil (complexo). Bem instigante, porque aposta (empírico). É necessário regra e liberdade, razão e loucura, construção e desconstrução. Este co-existir na relação com o Leviatã, este paradoxo em que o contrário do eu é inerente. Ou, é com este não ser que me faz existir nele e com ele. Esta dimensão libertária e anárquica que se faz correr mais em direção a ele, no sentido de um dia transformá-lo, dominá-lo.

Um plano é possível? A idéia de Movimento cabe bem naquela lógica de Plataforma Organizacional. Um sentido de base forte e plástica que sustenta transformações em torno de movimentos mais ou menos precisos para o caminhar de uma experiência da Reforma Sanitária na Macro - Região de Campinas.

Movimento que se encontra com forças conservadoras e progressistas emergindo do território dentro do hospital e na rede de municípios, conseguindo dar passos curtos e rápidos ou longos e vagorosos, numa dinâmica de caminho aberto para um belo horizonte no infinito, imprevisível no processo.

A seguir a expressão deste momento sintetizado num Desenho de Macro - Plano.

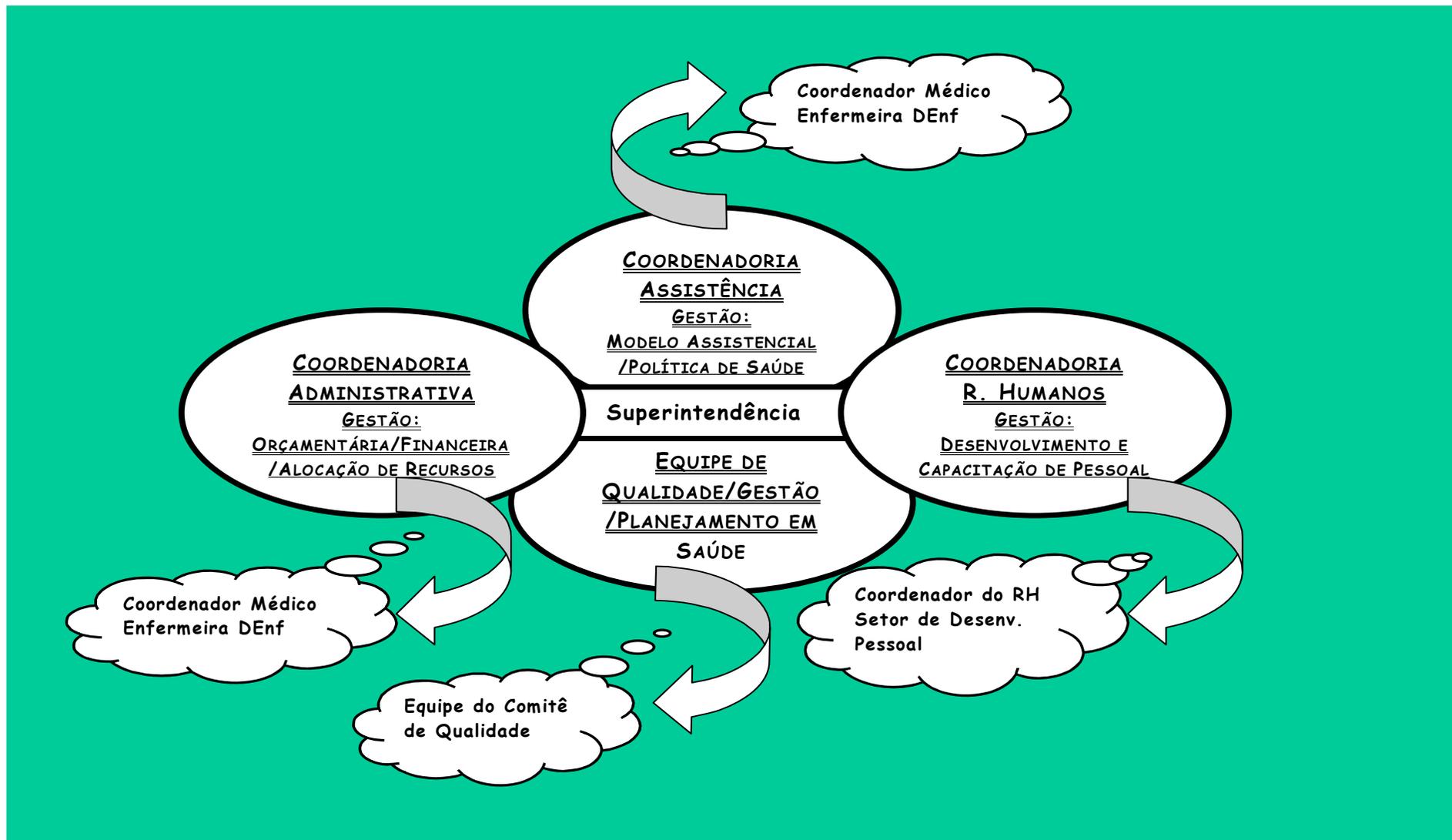
Princípios do Projeto de Gestão

Qualidade na Atenção para o Usuário
Valorização do Trabalhador
Gestão Participativa
Integração HC no SUS

Eixos Estruturantes do Projeto de Gestão

Gestão do Modelo de Assistência
Gestão de Pessoal
Gestão Orçamentária / Financeira
Gestão de Processos
Gestão da Informação / Comunicação

Superintendência e Gestão Colegiada do Projeto de Gestão



Anexos VI

ORGANIZAÇÃO DO MACRO PLANO DO PROJETO DE GESTÃO DO HC-UNICAMP

<u>Eixos Estruturantes</u>	<u>Ações Estratégicas</u>
Gestão do Modelo de Assistência	Definir um Modelo Assistencial: Hospital atuante na formulação e implementação de políticas de saúde; Assistência nos níveis terciário e quaternário; Inserção hierarquizada e regionalizada do SUS; Organização do Processo de Trabalho em Saúde na lógica de Unidade de Produção.
Gestão de Pessoal	Definir Política de Gestão de Pessoal: Criar mecanismos de valorização do Trabalhador; Desenvolvimento de Educação Continuada e Educação Permanente em Saúde; Construir Banco de Talentos e permitir potencialidades; Implementar Avaliação de desempenho.
Gestão Orçamentária e Financeira	Buscar recursos institucionais que financiem ações de saúde, articulada com a UNICAMP; Rever produção de procedimentos e consultas do hospital em função da demanda; Novas Ações de Saúde serem definidas com a Superintendência; Identificar financiamentos a serem negociados com as Secretarias Municipais e Estaduais, e com Min. Saúde.
Gestão de Processos	Implementar Revisão de Processos (Racionalização / Agilidade / Qualidade) para melhoria contínua em áreas críticas e estratégicas; Implementar Programa de Vigilância Sanitária Contínua Intra - Hospitalar
Gestão da Informação e Comunicação	Implementar novo Sistema de Informação: Desfragmentar o lógica da produção da informação; Trabalhar informação para uso local; Informação ágil e democrática junto aos Gerentes, Trabalhadores e Usuários.

Operações Estratégicas para os Eixos Estruturantes no Macro Plano do Projeto de Gestão

<u>Eixo Estruturante</u>	<u>Ações Estratégicas</u>
Gestão do Modelo de Assistência	Definir um Modelo Assistencial: Hospital atuante na formulação e implementação de políticas de saúde; Assistência nos níveis terciário e quaternário; Inserção hierarquizada e regionalizada do SUS; Organização do Processo de Trabalho em Saúde na lógica de Unidade de Produção.
Tarefas	
<ol style="list-style-type: none"> 1) Definir "Gerente Assistencial" junto a FCM nas Áreas / Especialidades de Clínica Médica / Pediatria / Cirurgia. 2) Definir Unidades Produtivas de Atenção (UER - PS / Enfermarias / Ambulatórios / Centro Cirúrgico / UTI / Laboratório / Radiologia / Oncologia). 3) Implementar Colegiado Gestor nas Unidades Produtivas de Atenção. 4) Criar "Colegiado Assistencial" (Gerente Assistencial / Coordenador Médico e Diretoria de Enfermagem das Unidades Produtivas de Atenção). 5) Participação do representante do HC nos fóruns regionais que discutem a política de saúde (CMS de Campinas / Comissão Executiva da DIR 12 / Reunião de Secretários Municipais de Saúde da DIR 12 / outros fóruns desdobrados). 6) Construir Protocolos que organize a Assistência com garantia de continuidade do cuidado na rede de serviços municipais e HC (acesso facilitado com equidade, regionalização e hierarquização). 7) Reorganizar a lógica do agendamento Ambulatorial e Cirúrgico com a DIR e municípios permitindo mais justiça na distribuição das cotas / vagas da oferta do HC. 8) Qualificar a necessidade da atenção dos usuários no HC e permitir retorno às redes municipais de saúde quando complexidade permitir. 9) Implementação de Atenção / Visita Multi-Profissional nas Unidades de Produção de Atenção. 	

Operações Estratégicas para os Eixos Estruturantes no Macro Plano do Projeto de Gestão

<u>Eixo Estruturante</u>	<u>Ações Estratégicas</u>
Gestão de Pessoal	Definir Política de <i>Gestão de Pessoal</i> : Criar mecanismos de valorização do Trabalhador; Desenvolvimento de Educação Continuada e Educação Permanente em Saúde; Construir Banco de Talentos e permitir potencialidades; Implementar Avaliação de desempenho
<u>Tarefas</u>	
<ol style="list-style-type: none"> 1) Desenvolver um Planejamento Específico para o Setor em parceria com a Universidade e Comitê Técnico de Qualidade do HC. 2) Implementar Colegiado Gestor para aprimorar o Processo de <i>Gestão</i> no Setor. 3) Desenvolver Projeto de Educação Continuada Profissional adequando e readaptando o perfil dos Trabalhadores para as singularidades das Unidades Produtivas de Atenção. 4) Desenvolver Projeto de Educação Permanente para o papel assistencial dos Trabalhadores no Modelo Assistencial do HC-UNICAMP inserido no SUS. 5) Desenvolver Projeto de Qualificação em <i>Gestão / Planejamento / Organização</i> da Assistência para os Gerentes e Supervisores das Unidades Produtivas de Atenção. 6) Desenvolver Projeto de Humanização e Trabalho Solidário para qualificação das relações entre Trabalhadores do HC-UNICAMP. 7) Desenvolver Projeto Saúde do Trabalhador e a criação do Colegiado Permanente com SRH/HC, DGRH - SST, CECOM e setores com grande quantidade de Pessoal do HC-UNICAMP. 8) Apoiar a <i>Gestão de Pessoal</i> nos setores com grande quantidade de Pessoal do HC-UNICAMP. 9) Construir Planilha para Avaliar Desempenho dos Trabalhadores e Gerentes respeitando as singularidades das Unidades Produtivas de Atenção. 10) Criar Banco de Dados para qualificar a <i>Gestão de Pessoal</i>. 	

Operações Estratégicas para os Eixos Estruturantes no Macro Plano do Projeto de Gestão

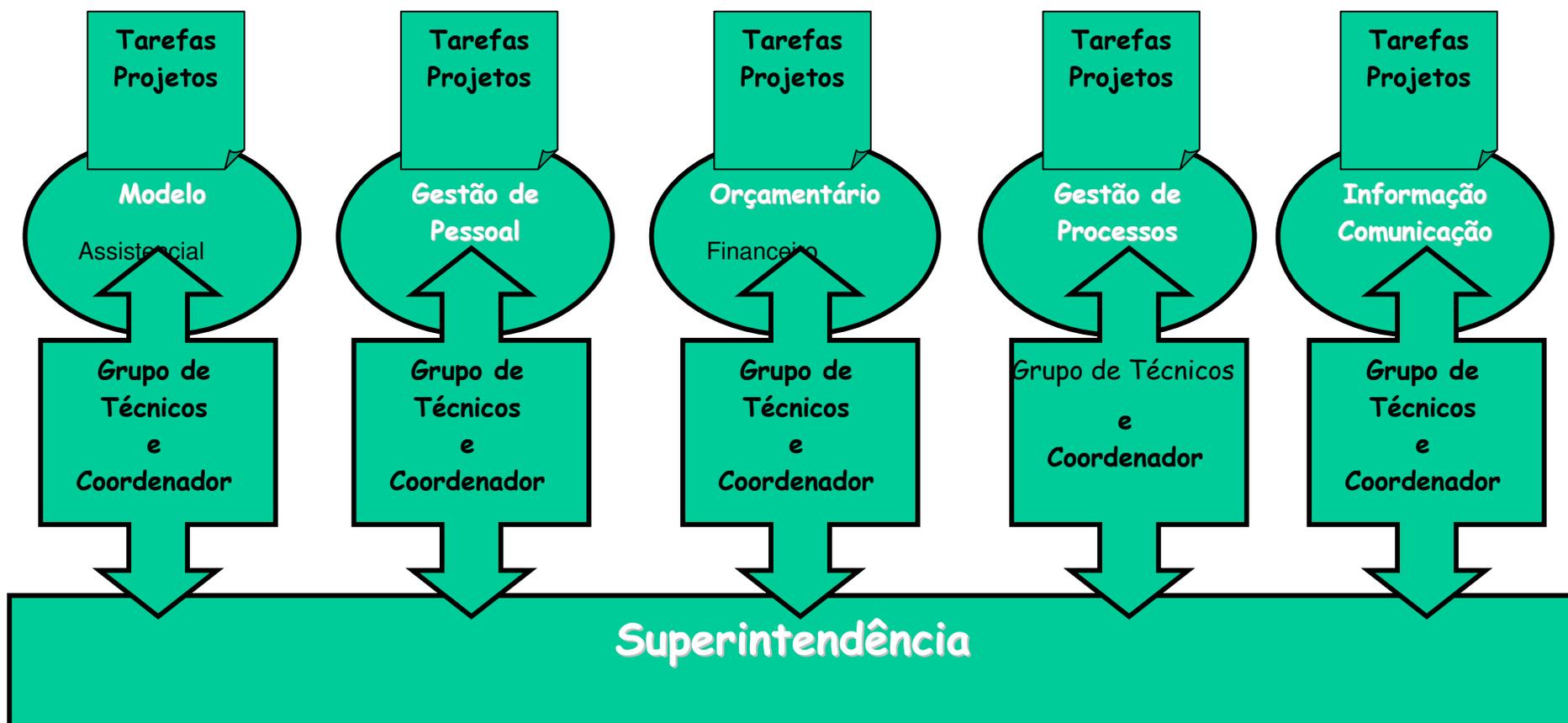
<u>Eixo Estruturante</u>	<u>Ações Estratégicas</u>
Gestão Orçamentária e Financeira	<p>Buscar recursos institucionais que financiem ações de saúde, articulada com a UNICAMP; Rever produção de procedimentos e consultas do hospital em função da demanda; Novas ações serem definidas com a Superintendência; Identificar financiamentos a serem negociados com as Secretarias Municipais e Estaduais, e com Min. Saúde.</p>
Tarefas	
<p>1) Estudar a distribuição das cotas financeiras no CAAAAS, em conjunto com a FCM e as outras unidades de saúde da UNICAMP.</p> <p>2) Articular com a Universidade e a Faculdade de Ciências Médicas, a alocação de recursos para renovação de equipamentos, cujo uso se destine primordialmente ao ensino.</p> <p>3) Identificar e reorganizar a produção nas Especialidades Médicas que têm ultrapassado seu teto financeiro para consultas ambulatoriais, procedimentos especializados e cirurgias eletivas no HC-UNICAMP respeitando limites de necessidade da demanda.</p> <p>4) Identificar e reorganizar a produção nas Especialidades Médicas que possam incorporar oferta assistencial que garanta novos orçamentos respeitando limites de necessidade da demanda e complexidade de atenção hierarquizada dos níveis terciário e quaternário.</p> <p>5) Criar estrutura centralizada que identifique e reorganize os registros estratégicos que impactam positivamente no faturamento.</p>	

Operações Estratégicas para os Eixos Estruturantes no Macro Plano do Projeto de Gestão

<u>Eixo Estruturante</u>	<u>Ações Estratégicas</u>
Gestão de Processos	Implementar Revisão de Processos (Racionalização / Agilidade / Qualidade) para melhoria contínua em áreas críticas e estratégicas; Implementar Programa de Vigilância Sanitária Contínua Intra - Hospitalar.
Tarefas	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Priorizar Áreas de Apoio e realizar redesenhos de processos (Laboratórios, Agendamento Ambulatorial e Cirúrgico, Lavanderia, Portaria, Recepção, DSG, SAME, Serviço de Nutrição). 2. Elaborar projeto de revisão de processo que qualifique e agilize a manutenção e aquisição de equipamentos e imobiliários. 3. Implantar em larga escala o padrão dos manuais de normas e rotinas do hospital. 4. Elaborar Projeto de Vigilância Sanitária com objetivo de produzir ação, fiscalização, monitoramento e avaliação das condições e melhorias da ambiência hospitalar para os Trabalhadores e Usuários de forma constante / permanente. 5. Elaborar Projeto de Vigilância Ambiental para destino dos resíduos hospitalares. 	

Operações Estratégicas para os Eixos Estruturantes no Macro Plano do Projeto de Gestão

<u>Eixo Estruturante</u>	<u>Ações Estratégicas</u>
Gestão da Informação e Comunicação	Implementar novo Sistema de Informação: Desfragmentar a lógica da produção da informação; Trabalhar informação para uso local; Informação ágil e democrática junto aos Gerentes, Trabalhadores e Usuários.
Tarefas	
<ol style="list-style-type: none"> 1) Organizar Núcleo de Informação com encontros periódicos dos Técnicos (Informática / Estatística / Faturamento) para pensar a Política e Gestão da Informação. 2) Discutir o novo Sistema de Informação com as Unidades Produtivas de Atenção com objetivo de qualificar a abrangência dos Dados e produção de Indicadores Singulares. 3) Discutir a Produção da Informação e Uso como Ferramenta Gerencial no Nível Local com os Trabalhadores e Gerentes (registros / dados / informação / decisão gerencial). 4) Organizar acesso descentralizado, ágil e democrático da Informação no espaço interno do HC-UNICAMP. 5) Articular as fontes de Informação dos vários setores (Informática / Estatística / Faturamento / UER / Ouvidoria / Agendamento / outros). 6) Organizar sistemática e periodicidade de relatórios respeitando as especificidades das Unidades Produtivas de Cuidado. 7) Criar Projeto de Comunicação Institucional (Superintendência / Coordenadores / Acessores / Técnicos da Qualidade / Gerentes / Trabalhadores / Usuários). 8) Criar Projeto de Comunicação Humanizada e Informativa de Fluxo Interno para os Usuários. 	



Anexos VII

PLANO OPERATIVO DOS PROJETOS DE INTERVENÇÃO DOS CHEFES DE ATENÇÃO CLÍNICA
ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE DO HC - UNICAMP E
A INSERÇÃO DA ASSISTÊNCIA NA REDE DOS SERVIÇOS SUS DOS MUNICÍPIOS

Matriz do Plano Operativo para os Projetos
Atenção Clínica - Cirúrgica: Ortopedia e Traumatologia (Dr. Maurício).

Projetos Prioritários / Estratégicos	Objetivos Estratégicos			
- Ajuste da demanda de Ortopedia e Traumatologia no HC-UNICAMP com ênfase na Atenção em Urgência e Emergência (UER - PS).	- Minimizar a presença de pacientes na UER. - Minimizar o período de espera de procedimentos cirúrgicos em traumatologia.			
Ações / Tarefas Concretas	Prazos		Responsáveis	Avaliação / Monitoramento
	Início	Término		
1) Mapear os Serviços e seus recursos na Região da DIR 12.	- jan de 07	- fev de 07	- Mauricio, Luis Cláudio, Fábio, Mauro - DIR	- Serviços Referências.
2) Otimizar a estrutura do Centro Cirúrgico do HC.	- jan de 07	- abril de 07	- Mauricio, Cristina, Chaim	- Nº. de Cirurgias.
3) Equipar e adequar a tecnologia para a atenção em Ortopedia e Traumatologia.	- jan de 07	- contín	- Mauricio, Chaim, Adilson	- Pacote de Equipamentos.
4) Ampliar o número de leitos na enfermaria de Ortopedia e Traumatologia.	- fev 07	- março de 07	- Miranda, Zeferino, Mauricio, Renata	- Nº. de Leitos.

Projetos Prioritários / Estratégicos	Objetivos Estratégicos			
- Organização da Atenção Clínica aos pacientes da Enfermaria de Ortopedia e Traumatologia.	- Garantir Atenção Clínica pré e pós-operatória. - Integração da Atenção com o Depto. de Clínica Médica. - Incorporar o Trabalho em Equipe na Enfermaria de Ortopedia e Traumatologia.			
Ações / Tarefas Concretas	Prazos		Responsáveis	Avaliação / Monitoramento
	Início	Término		
1) Organização da grade da Residência Médica de Ortopedia e Traumatologia.	- jan de 07	- fev de 07	- Maurício, Miranda, Guilherme	- Permanência do Residente.
2) Ampliar o número de Residentes de Ortopedia e Traumatologia.	- fev de 07	- fev de 08	- Maurício, José Barreto	- Vagas para Residência.
3) Discutir a inserção da Clínica Médica na Enfermaria de Ortopedia e Traumatologia.	- jan de 07	- março de 07	- Maurício, Wilson, Sandra	- Permanência do Residente.
4) Introduzir reuniões técnico-administrativas multiprofissionais.	- jan de 07	- fev de 07	- Maurício, Wilson, Fábio, Renata	- Frequência das Reuniões.

Matriz do Plano Operativo para os Projetos
Atenção Clínica - Cirúrgica: Neurologia - Neurocirurgia (Dr. AnaMarli).

Projetos Prioritários / Estratégicos	Objetivos Estratégicos			
- Reorganização da Atenção em Neurologia Clínica.	- Qualificar Referência e Contra - Referência. - Identificar Serviços / Profissionais na Rede para Continuidade da Atenção.			
Ações / Tarefas Concretas	Prazos		Responsáveis	Avaliação / Monitoramento
	Início	Término		
1) Definir Patologia como Perfil Assistencial.	- fev de 07	- marco de 07	- Dra. AnaMarli, Docentes da Neurologia Clínica, DIR 12, profissionais da rede	- Problemas de Saúde definido.
2) Definir Critérios para Complexidade 3ª e 4ª.	- fev de 07	- marco de 07	- Dra. AnaMarli, Docentes da Neurologia Clínica, DIR 12, profissionais da rede, Dr. Fábio	- Perfil Assistencial definido.
3) Desenvolver Protocolos de Atenção.	- marco de 07	- marco de 07	- Dra. AnaMarli, Docentes da Neurologia Clínica, DIR 12, profissionais da rede, Dr. Fábio	- Caderno de Protocolo da Neuro - Clínica.
4) Reorganização a oferta para agendamento na DIR 12.	- marco de 07	- marco de 07	- Dra. AnaMarli, Dra. Sônia, DIR 12	- Nº. de Casos agendados.
5) Capacitação dos Profissionais da Rede.	- marco de 07	- marco de 07	- Dra. AnaMarli, DIR 12, Dr. Fábio	- Nº. de Profissionais capacitados.

Projetos Prioritários / Estratégicos		Objetivos Estratégicos			
- Reorganização da Atenção em Neuro - Cirurgia.					
Ações / Tarefas Concretas	Prazos		Responsáveis	Avaliação / Monitoramento	
	Início	Término			
1) Reestruturação do Equipamento Cirúrgico.	- fev de 07	- contín	- Dra. AnaMarli, Docentes da Neuro - Cirurgia, Dr. Manoel, Dr. Adilson	- Pacote de Equipamentos.	
2) Desenvolver Protocolos de Atenção.	- marco de 07	- marco de 07	- Dra. AnaMarli, Docentes da Neuro - Cirurgia, DIR 12, profissionais da rede, Dr. Fábio	- Caderno de Protocolo da Neuro - Cirurgia.	

Matriz do Plano Operativo para os Projetos
Atenção Clínica: Clínica Médica (Dra. Sandra Costa).

Projetos Prioritários / Estratégicos		Objetivos Estratégicos			
- Qualificação do Sistema de Referência e Contra-Referência.		- Qualificar a comunicação dos Ambulatórios de Clínica Médica do HC - UNICAMP com os Profissionais e Serviços da Rede. - Agilizar e Qualificar o Acesso. - Organização do Perfil Assistencial na Complexidade da Atenção (Atenção 1ª, 2ª, 3ª, 4ª)			
Ações / Tarefas Concretas	Prazos		Responsáveis	Avaliação / Monitoramento	
	Início	Término			
1) Instituir uma ficha estruturada para preenchimento da Contra - Referência nos Ambulatórios de Clínica Médica do HC - UNICAMP.	- março de 07	- contínuo	- Dra. Sandra Costa, Dra. Sônia, Docentes das Especialidades, Enfermeiros do HC, Profissionais da Rede	- Ficha definida disponível para as Especialidades. - Nº. de Contra - Referência.	
2) Avaliar a demanda com critérios para definir o Perfil Assistencial na Complexidade da Atenção em alguns agravos em Saúde do Adulto / Clínica Médica.	- março de 07	- abril de 07	- Dra. Sandra Costa, Dra. Sônia, Docentes das Especialidades	- Diagnósticos mais atendidos.	
3) Definir mecanismos de retorno dos pacientes aos serviços da rede quando necessário.	- março de 07	- março de 07	- Dra. Sônia, Enfermeira Miriam, Assistente Social do Ambulatório do HC - UNICAMP, Profissionais da Rede, Dir. 12	- Nº. de Retornos efetuados.	

Projetos Prioritários / Estratégicos		Objetivos Estratégicos			
- Reorganização da Atenção em Oncologia.		- Agilizar o Acesso e atendimento dos pacientes com câncer. - Qualificar a articulação da Atenção com a Rede de Serviços. - Adequação da Tecnologia para a Atenção.			
Ações / Tarefas Concretas	Prazos		Responsáveis	Avaliação / Monitoramento	
	Início	Término			
1) Instituir Colegiado Multiprofissional no Serviço do HC - UNICAMP.	- fev de 07	- contín	- Dra. Carmem, Dra. Sandra Costa, Dr. Fábio.	- Frequência das Reuniões.	
2) Construir / Adequar o Protocolo de Atenção Clínica com os Serviços da Rede.	- fev de 07	- março de 07	- Dra. Cardem, Dra. Silvia Santiago, Enfermagem, Profissionais da Rede.	- Qualidade das Referências / Encaminhamentos.	
3) Identificar os recursos necessários para a adequação tecnológica.	- fev de 07	- fev de 07	- Dra. Carmem, Dr. Manuel	- Pacote de recursos.	

Projetos Prioritários / Estratégicos		Objetivos Estratégicos			
- Gastro - Enterologia: Atenção aos pacientes cirróticos.		- Articulação da Atenção com a Rede de Serviços da Região da DIR 12. - Permitir o Acesso facilitado com qualidade.			
Ações / Tarefas Concretas	Prazos		Responsáveis	Avaliação / Monitoramento	
	Início	Término			
1) Construir o Protocolo de Atenção Clínica com os Serviços da Rede.	- fev de 07	- fev de 07	- Docente da Gastro, Dra. Sandra Costa, Dra. Sônia, Profissionais da Rede	- Caderno do Protocolo definido.	
2) Organizar Capacitação com os Profissionais com a Rede.	- março de 07	- contín	- Docente da Gastro, Enfermeiro do Serviço, Profissionais da Rede, DIR 12	- Números de Profissionais capacitados.	
3) Garantir continuidade da Atenção com os Serviços da Rede.	- março de 07	- contín	- Dra. Sônia, Docente da Gastro, Enfermeiro, Assistente Social, Profissionais da Rede, DIR 12	- Alguns serviços como referência.	

Projetos Prioritários / Estratégicos		Objetivos Estratégicos			
- Anti - Coagulação descentralizada na região da DIR 12		- Qualificar a Rede de Serviços para Atenção aos pacientes. - Evitar internações desnecessárias e otimizar retaguarda nos leitos.			
Ações / Tarefas Concretas	Prazos		Responsáveis	Avaliação / Monitoramento	
	Início	Término			
1) Identificar os recursos necessários.	- fev de 07	- fev de 07	- Docente da Cardiologia e da Neurologia	- Pacote definido.	
2) Identificar os Serviços e os recursos da Rede.	- fev de 07	- março de 07	- Docente da Cardiologia e da Neurologia, Profissionais da Rede e DIR 12	- Serviços definidos.	
3) Construir Protocolo de Atenção Clínica.	- fev de 07	- fev de 07	- Docente da Cardiologia e da Neurologia, Profissionais da Rede	- Caderno de Protocolo.	

Projetos Prioritários / Estratégicos		Objetivos Estratégicos			
- Atenção em Nefrologia para os pacientes internados no HC - UNICAMP.		- Reorganizar a Atenção em Nefrologia em espaço físico adequado.			
Ações / Tarefas Concretas	Prazos		Responsáveis	Avaliação / Monitoramento	
	Início	Término			
1) Identificar Recurso e Tecnologias necessárias.	- fev de 07	- março de 07	- Docente da Nefrologia, Dra. Sandra Costa	- Pacote de necessidades.	
2) Identificar espaço físico adequado para a Atenção no HC - UNICAMP.	- fev de 07	- março de 07	- Docente da Gastro, Dra. Sônia, Dr. Wilson, Dr. Falcão, Dr. Manuel	- Área definida.	
3) Implantar e Implementar da Atenção no novo "Serviço".	- fev de 07	- março de 07	Docente da Gastro, Dr. Luiz Cláudio	- Serviço em atividade.	

Matriz do Plano Operativo para os Projetos
Atenção Clínica: Pediatria (Dra. Elizete).

Projetos Prioritários / Estratégicos	Objetivos Estratégicos			
- Organização da Atenção Ambulatorial de Pacientes Nefróticos ITU em Pediatria.	- Definir Protocolo de Atenção Clínica com a Rede de Serviços. - Pactuar o Perfil Assistencial do Agravo em Saúde para os Serviços. - Aumentar Resolutividade para as Equipes de Trabalhadores da A.Básica.			
Ações / Tarefas Concretas	Prazos		Responsáveis	Avaliação / Monitoramento
	Início	Término		
1) Pactuação do Projeto com Ambulatório de Nefro - Pediatria / Chefe de Atenção Clínica / Superintendência.	- jan de 07		- Dra. Elizete, Dra. Vera, Dr. Fábio	
2) Encontro com Trabalhadores do Ambulatório de Nefro - Pediatria e da Rede de Serviços DIR 12.	- 1ª quinzena de fev de 07		- Dra. Vera, Dra. Elizete, Enfermeiro, Dr. Fábio	- Definição das Diretrizes do Projeto.
3) Fechamento do Protocolo de Atenção Clínica	- 2ª quinzena de fev de 07		- Dra. Vera, Dra. Elizete, Enfermeiro, Médico e Enfermeiro da Rede	- Protocolo de Atenção Clínica Definido.
4) Desenvolvimento de Ações de Capacitação e Apoio Matricial	- março de 07	- abril de 07	- Dra. Vera, Dra. Elizete, Enfermeiro, Dr. Fábio, Médico e Enfermeiro da Rede	- Nº. de Trabalhadores Capacitados da DIR.
5) Implantação e Implementação do Protocolo	- março de 07	- abril de 07	- Dra. Vera, Dra. Elizete, Dr. Fábio, Médico e Enfermeiro da Rede, DIR 12	- Caracterizar o Perfil Assistencial dos Serviços (demanda atendida, complexidade, encaminhamentos)

Projetos Prioritários / Estratégicos	Objetivos Estratégicos			
<p>- Organização da Atenção Ambulatorial de Pacientes Diabéticos em Pediatria.</p>	<p>- Definir Protocolo de Atenção Clínica com a Rede de Serviços. - Reorganização de Referências para Atenção Secundária aos Pacientes Diabéticos em Pediatria.; - Pactuar o Perfil Assistencial do Agravo em Saúde para os Serviços. - Aumentar Graus de Resolutividade para as Equipes de Trabalhadores da Atenção Secundária e Atenção Básica.</p>			
Ações / Tarefas Concretas	Prazos		Responsáveis	Avaliação
	Início	Término		
<p>1) Pactuação do Projeto com Ambulatório de Diabetes em Pediatria / Chefe de Atenção Clínica / Superintendência.</p>	<p>- jan de 07</p>		<p>- Dra. Elizete, Dra. Sofia e Dr. Fábio</p>	
<p>2) Encontro com Trabalhadores do Ambulatório de Diabetes - Pediatria e da Rede de Serviços de Campinas (Atenção 1ª e 2ª).</p>	<p>- 1ª quinzena de fev de 07</p>		<p>- Dra. Sofia, Dra. Elizete, Enfermeiro e Dr. Fábio</p>	<p>- Definição das Diretrizes do Projeto e das Diretrizes do Protocolo.</p>
<p>3) Fechamento do Protocolo de Atenção Clínica.</p>	<p>- 2ª quinzena de fev de 07</p>		<p>- Dra. Sofia, Dra. Elizete, Enfermeiro, Médico e Enfermeiro da Rede, DIR 12</p>	<p>- Protocolo de Atenção Clínica Definido.</p>
<p>4) Desenvolvimento de Ações de Capacitação e Apoio Matricial.</p>	<p>- março de 07</p>	<p>- junho de 07</p>	<p>- Dra. Sofia, Dra. Elizete, Enfermeiro, Dr. Fábio, Médico e Enfermeiro da Rede</p>	<p>- Nº. de Trabalhadores Capacitados em Campinas.</p>
<p>5) Implantação e Implementação do Projeto com os Serviços de Campinas</p>	<p>- março de 07</p>	<p>- abril de 07</p>	<p>- Dra. Sofia, Dra. Elizete, Dr. Fábio, Médico e Enfermeiro da Rede, DIR 12</p>	<p>- Serviços que seguem o Protocolo.</p>

Matriz do Plano Operativo para os Projetos
Atenção Clínica - Cirúrgica: Cirurgia Geral (Dr. Chaim).

Projetos Prioritários / Estratégicos	Objetivos Estratégicos			
- Redefinir ou Reafirmar o Perfil Assistencial do Depto. de Cirurgia no HC - UNICAMP.	- Organizar a Atenção Cirúrgica adequada para o Papel do HC no SUS. - Atender as necessidades para os Agravos Cirúrgicos prevalentes.			
Ações / Tarefas Concretas	Prazos		Responsáveis	Avaliação / Monitoramento
	Início	Término		
1) Definir as Patologias para a Atenção Cirúrgica das Disciplinas do Depto. de Cirurgia no HC - UNICAMP.	- fev de 07	- março de 07	- Chefes das Disciplinas, Dr. Chaim.	- "Rol" de Patologias Definidas.
2) Construir os Protocolos de Atenção com a rede de serviços e DIR 12 para as Patologias definidas nas Disciplinas do Depto. de Cirurgia.	- março de 07	- março de 07	- Chefes das Disciplinas, Dr. Chaim, DIR 12, Dr. Manoel, Dr. Fábio.	- Caderno de Protocolo definido.
3) Aprovar as Patologias e os Protocolos no Conselho Departamental.	- abril de 07	- abril de 2007	- Chefes das Disciplinas, Dr. Chaim, Dr. Zeferino	
4) Reorganizar o agendamento das Consultas pautado na quantidade de cirurgias realizadas por Patologia.	- março de 07	- março de 07	- Chefes das Disciplinas, Dr. Chaim, DIR 12, Dra Sônia, Enf Miriam, Dr. Fábio.	- Vagas na DIR 12.
5) Transformar a UER Cirúrgica somente para casos de Urgência / Emergência Referenciada.	- fev de 07	- fev de 07	- Dr. Chaim, Dr. Paulo Madureira, Enf Fátima	- Nº de Casos Referenciado

Projetos Prioritários / Estratégicos		Objetivos Estratégicos			
- Reorganização do uso da Unidade do Centro Cirúrgico.		- Organização do Processo de Trabalho no Centro - Cirúrgico. - Garantir maior Eficiência na Atenção Cirúrgica.			
Ações / Tarefas Concretas	Prazos		Responsáveis	Avaliação / Monitoramento	
	Início	Término			
1) Adequar o Parque Tecnológico para a Atenção Cirúrgica no HC - UNICAMP.	- fev de 07	- contín	- Dr. Chaim, Enf Centro - Cirúrgico, Dr. Adilson	- Pacote de Equipamentos.	
2) Aumento o Número de Cirurgias com pagamento Extra - Teto.	- março de 07	- contin	- Dr. Chaim, Dr. Djalma, Simone, Dr. Zeferino, Chefes das Disciplinas	- Pacote de Cirurgias.	
3) Organizar os espaço do Centro - Cirúrgico (sala fixa, sala aberta, circulantes).	- fev de 07	- março de 07	- Dr. Chaim, Enf Centro - Cirúrgico, Chefes das Disciplinas	- Produção do Centro - Cirúrgico.	
4) Redefinir a relação com a Anestesia.	- fev de 07	- março de 07	- Dr. Chaim, Dra. Cristina, Dra Adilson, Dr. Manoel	- Processo de Trabalho da Anestesia.	
5) Redefinir a relação de continuidade de cuidado com UTI e Enfermarias.	- fev de 07	- março de 07	- Dr. Chaim, Dr. Falcão, Enf Bete, Dr. Wilson, Enf da Enfermarias, Dr. Luiz Cláudio	- Nº. de Leitos na Enfermaria. - Nº. de Leitos no SUS.	
6) Transformação do Centro - Cirúrgico Ambulatorial em Centro - Cirúrgico de Rotina.	- fev de 07	- março de 07	- Dr. Chaim, Dr. Manoel, Dr. Luiz Cláudio	- Produção da Cirurgia Ambulatorial.	

Anexos VIII

INDICADORES
(OBJETO DE GESTÃO DOS COORDENADORES NAS UNIDADES PRODUTIVA)

Unidade de Emergência Referenciada (Dr. Paulo Madureira)

Unidade de Atenção	Desempenho	Acesso	Qualidade	Integração SUS	Gestão
Urgência / Emergência	<ul style="list-style-type: none"> - Nº. de Atendimento. - Nº. de Internações. - Média de Permanência. - Taxa de Ocupação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tempo de espera para Atendimento. - Número de Acolhimento de Avaliação de Risco. 	<ul style="list-style-type: none"> - Taxa de Mortalidade. - Taxa de Complicações / Intercorrências. - Tempo de espera para Enfermaria. - Tempo de espera para Cirurgia. - Protocolo de Atenção Clínica (interno). 	<ul style="list-style-type: none"> - Relação Casos de Urgência / PA. - Relação de Continuidade da Atenção (uso de leitos na rede / uso de serviços de Atenção Domiciliar). - Perfil Assistencial. - Protocolo de Atenção Clínica com a Rede. 	<ul style="list-style-type: none"> - Relação Pessoal / Leito. - Relação Médicos Especialistas / Não Especialistas. - Trabalho em Equipe (Visitas / Alta Programada). - Colegiado de Gestão.

Enfermarias (Dr. Wilson Nadrusz Jr)

Unidade de Atenção	Desempenho	Acesso	Qualidade	Integração	Gestão
Enfermaria	<ul style="list-style-type: none"> - Nº. de Internações (total. UER, UTI, CC, Ambulatorio). - Média de Permanência. - Taxa de Ocupação. - Número de Internações canceladas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tempo de espera para Internação com origem da UER. - Tempo de espera para Internação com origem da UTI. - Tempo de espera para Internação com origem do Centro Cirúrgico. - Tempo de espera para Internação para procedimentos Eletivos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Taxa de Mortalidade. - Taxa de Complicações / Intercorrências. - Taxa de Infecção. - Tempo de espera para Cirurgia. - Protocolo de Atenção Clínica (interno). 	<ul style="list-style-type: none"> - Relação de Casos de Alta / Baixa Complexidade. - Relação de Continuidade da Atenção (uso de leitos na rede / uso de serviços de atenção domiciliar). - Perfil Assistencial. 	<ul style="list-style-type: none"> - Relação Pessoal / Leito. - Relação Médicos Especialistas / Não Especialistas. - Trabalho em Equipe (Visitas / Alta Programada). - Colegiado de Gestão.

Unidade de Tratamento Intensivo (Dr. Falcão)

Unidade de Atenção	Desempenho	Acesso	Qualidade	Integração	Gestão
UTI	<ul style="list-style-type: none"> - Nº. de Internações. - Média de Permanência. - Taxa de Ocupação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tempo de espera para Internação com origem da UER. - Tempo de espera para Internação com origem do Centro Cirúrgico. 	<ul style="list-style-type: none"> - Taxa de Mortalidade. - Taxa de Complicações e Intercorrências. - Protocolo de Atenção Clínica (interno). 	<ul style="list-style-type: none"> - Relação de Casos de Alta / Baixa Complexidade. - Relação de Continuidade da Atenção (uso de leitos na rede). - Perfil Assistencial. 	<ul style="list-style-type: none"> - Relação Pessoal / Leito. - Relação Médicos Especialistas / Não Especialistas. - Trabalho em Equipe (Visitas / Alta Programada). - Colegiado de Gestão.

Centro Cirúrgico (Dr. Chaim)

Unidade de Atenção	Desempenho	Acesso	Qualidade	Integração	Gestão
Centro Cirúrgico	<ul style="list-style-type: none"> - Nº. de Cirurgias realizadas (Eletivas, Urgência, Ambulatorial). - Média de Cirurgias por dia. - Nº. de Cirurgias Canceladas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tempo de espera para Procedimento Cirúrgico (Eletivo, Urgência e Ambulatorial). 	<ul style="list-style-type: none"> - Taxa de Mortalidade. - Taxa de Complicações e Intercorrências. - Protocolo de Atenção Clínica (interno). 	<ul style="list-style-type: none"> - Relação de Casos de Alta / Baixa Complexidade. - Perfil Assistencial 	<ul style="list-style-type: none"> - Relação Pessoal / Sala Cirúrgica. - Ociosidade (Uso das Salas Cirúrgicas).

Ambulatórios de Especialidades (Dr. Sônia Lorena)

Unidade de Atenção	Desempenho	Acesso	Qualidade	Integração	Gestão
Ambulatório	<ul style="list-style-type: none"> - Nº. de Agendamento. - Nº. de Atendimento. - Nº. de Faltosos. - Atendimento por profissionais não Médicos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tempo de espera para Consulta Ambulatorial. - Nº. de Casos Novos / Retorno. - Vagas na Regulação / Interna. 	<ul style="list-style-type: none"> - Resolutividade (Taxa de Alta para a Rede). - Protocolo de Atenção Clínica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Relação de Casos de Alta / Baixa Complexidade. - Relação de Continuidade da Atenção (Referência de Serviços na Rede). - Perfil Assistencial. - Procedência dos Usuários. - Mecanismos de Contra-Referência. - Protocolos de Atenção com a Rede. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ociosidade (Uso do Espaço de Consultório). - Trabalho em Equipe (Discussão de Casos). - Colegiado de Gestão.

Anexos IX

OFICINA DE ORGANIZAÇÃO DE REDES ASSISTENCIAIS HC-UNICAMP E REGIÃO OESTE DA DRS VII

Identificação dos principais problemas e construção de propostas para relação estabelecida entre HC-UNICAMP e região de saúde.

Tema	Problemas	Propostas
Comunicação Regional	<p>Os mecanismos de Comunicação entre HC, DRS e municípios são falhos.</p> <p>Não existem espaços de encontro entre HC, DRS e municípios para organização da atenção ambulatorial especializada na região.</p> <p>Não há conhecimento sobre a capacidade resolutiva da rede, assim como as ofertas assistenciais do HC.</p> <p>Informações fornecidas pelo HC aos pacientes não condizem com as fornecidas aos Municípios.</p>	<p>Retomar fórum de ambulatório no HC com composição multiprofissional para qualificar a gestão sobre esse espaço.</p> <p>Criar espaços colegiados permanentes entre HC e municípios da região para discutir e pactuar a organização do fluxo ambulatorial e da urgência e emergência.</p> <p>Levantar os recursos que os municípios dispões para atenção a saúde: Primária, Especializada e Hospitalar.</p> <p>Levantar as ofertas ambulatoriais do HC.</p> <p>Informar à população sobre a organização do sistema de saúde e a articulação entre HC, DRS e municípios visando ampliar a capacidade resolutiva da rede de modo que o HC atenda apenas casos de maior complexidade.</p>
Comunicação Serviços / Trabalhadores	<p>Não há devolutiva para os municípios dos casos atendidos no HC.</p> <p>Contra-referência em geral não é encaminhada para o</p>	<p>Padronizar contra-referencia no HC.</p> <p>Criar referência nas especialidades no HC para os municípios</p>

	<p>município.</p> <p>Não há conhecimento do seguimento terapêutico dos pacientes após alta ambulatorial do HC.</p>	<p>Viabilizar espaços de encontro entre profissionais para discussão de casos</p>
Acesso	<p>Critérios utilizados pelo HC criam dificuldade para acesso em determinadas especialidades: ortopedia, neuro, endócrino, vascular / varizes, c. ginecológica no CAISM.</p> <p>Oferta de vagas limitadas: nefro, endocrinologia, cirurgia ginecológica, dermatologia. oftalmo.</p> <p>Ambulatórios sempre fechados: neuropediatria, neurocefaléia, neuroconvulsão, neurocirurgia, ortopedia (mão, ombro, quadril, coluna), varizes, tireóide, oncologia, oftalmologia, reumatologia, nefrologia, cabeça e pescoço, etc.</p>	<p>Identificar quais são as especialidades que apresentam critérios que reprimem o acesso para revê-los.</p> <p>Incentivar alta ambulatorial referenciada para os municípios de pacientes acompanhados no HC</p> <p>Identificar necessidade de vagas para realização de cirurgia na região visando ampliar a oferta cirúrgica</p> <p>Organizar Acesso das Redes: Ortopedia, Oftalmologia, Neurologia, Cardiologia.</p>
Regulação	<p>Falta de clareza sobre a oferta de vagas para as especialidades na região</p> <p>Falta de clareza sobre os critérios para acesso nas especialidades.</p> <p>Falta de clareza sobre o número de vagas que a central - DRS - disponibiliza para cada município.</p> <p>Utilização inadequada das vagas com perda do atendimento.</p> <p>Mesmo após investigação, seguindo os Protocolos exigidos, e diagnóstico de patologia de resolução complexa, existe dificuldade no encaminhamento de casos.</p> <p>Não é realizada priorização de determinados agravos em razão da não utilização critérios de risco na regulação.</p>	<p>Criar Grupo Técnico Permanente de Regulação da Oeste com participação de profissionais ligados à regulação para construção de diretrizes, / construir e apresentar um plano de intervenção a partir da avaliação de necessidades e ofertas assistenciais.</p> <p>Qualificar a regulação através da utilização de critérios de risco para priorizar agravos com maior necessidade</p> <p>Cotizar Oferta para os municípios e qualificar a gestão sobre a regulação.</p>

	Dificuldade no encaminhamento de urgências	
Resolutividade	Grande percentual de casos que chegam ao HC poderiam ser resolvidos em outros níveis de atenção no próprio município ou em municípios próximos. Municípios não têm para onde mandar casos de maior complexidade (deslocamento de retina e cirurgias de maior complexidade). Baixa resolutividade da atenção primária e secundária	Montar grupos permanentes para Região Oeste: Atenção a Criança e ao Adulto. Organizar estrutura de Apoio Matricial na Região Oeste visando fortalecimento da Atenção Básica.
Oferta e Necessidade	Oferta limitada de atendimento secundário e de procedimentos cirúrgicos. Irregularidade na oferta de vagas para determinadas especialidades HC repete exames que são realizados nos municípios HC encaminha para os municípios a realização de exames que os mesmos não tem condição de realizar (Tomo, ecografia, teste ergométrico, ecodoppler, colo, RNM) Oferta de exames não atende a demanda do município ou não possuem referência (teste ergométrico, tomo, urografia excretora, US/ Doppler, colono).	Realizar levantamento do perfil epidemiológico da região para identificar o que seria esperado de necessidades de saúde e o que seria necessário ofertar em serviços de saúde Mapear demandas apresentadas para atenção especializado nos municípios da Região Oeste. Mapear ofertas de Atenção em Saúde dos Serviços Estratégicos da Região Oeste. Mapear oferta de exames de Apoio diagnóstico visando racionalizar a realização dos mesmos.
Processo de Trabalho nos Serviços	Pressão externa e falta de vagas para admissão ambulatorial. Acolhimento desestruturado. Interface com o corpo clínico da unidade de saúde com outros profissionais.	Criar espaços coletivos com participação dos profissionais de saúde ligados a assistência para discussão de Protocolos clínicos e processos de trabalho, na lógica da educação permanente.
Estrutura	Escassez de RH, financiamento e equipamentos no HC. Há apenas 01 telefone na central de agendamento da DRS.	Ampliar da infra-estrutura de agendamento da DRS
Definição de	Indefinição responsabilidades do HC e de seu papel na	Definição de rede de referência para atenção à

Atribuições	<p>região</p> <p>Indefinição das atribuições dos municípios na atenção especializada</p> <p>Não há definição de papéis e responsabilidades para seguimento de pacientes que utilizam medicação de alto custo na rede e que não precisam de seguimento no HC</p>	<p>saúde</p> <p>Identificar profissionais de referência no HC e nos municípios para determinadas áreas Clínicas.</p> <p>Organização de Protocolos assistenciais para as patologias mais prevalentes que definam atribuições dos diferentes níveis de atenção: primário, secundário e terciário.</p>
--------------------	---	---