

ISBN 978-95-89026-60-5



9 789589 026605

As organizações de saúde necessitam de gerentes que tenham competência para enfrentar os desafios gerados pela complexidade do setor Saúde e as exigências por qualidade nos serviços prestados à população. Para desempenhar esta função é necessário conhecer o planejamento, as estratégias para intervenção, a programação; entender sobre as formas de contrato, sobre gestão dos processos de trabalho e do conhecimento, entender a organização da rede de saúde, além das questões relacionadas à infraestrutura predial das unidades de saúde e sua manutenção.

Antes de tudo, o gerente precisa cuidar de sua equipe, precisa ser e atuar como um líder; e ter a capacidade de escutar e orquestrar.

Na realidade brasileira, principalmente em organizações públicas de saúde, os desafios para uma melhor formação de gerentes são enormes, assemelhando-se aos desafios da própria consolidação do SUS e da estratégia de expansão das Unidades Primárias de Saúde.

A ideia de uma oferta que se pretende útil de alguma forma, e que necessariamente pode ser aperfeiçoada, demanda escuta. Neste contexto, sua sugestão é bem-vinda!



5300E / 4300E

MANUAL DO GERENTE

desafios da média gerência na saúde



desafios da média gerência na saúde



**MANUAL DO
GERENTE**

desafios da média gerência na saúde



MANUAL DO GERENTE

desafios da média gerência na saúde

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde/Fiocruz
Biblioteca de Saúde Pública

Manual do Gerente: desafios da média gerência na saúde / organizado por Luisa Regina Pessôa, Eduardo Henrique de Arruda Santos e Kellem Raquel Brandão de Oliveira Torres / autores Camilla Maia Franco, Simone Agadir Santos e Monica Ferzola Salgado – Rio de Janeiro, Ensp, 2011.

208 p. : il.
ISBN: 978-85-88026-60-5

1. Gerência em Saúde. 2. Gestão do Conhecimento. 3. Processo de Trabalho. 4. Incorporação Tecnológica. 5. Linha de Cuidado. 6. Planejamento e Avaliação. I. Pessôa, Luisa Regina; Santos, Eduardo Henrique de Arruda; Torres, Kellem Raquel Brandão de Oliveira (Org.). II. Título.

CDD – 600

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rua Leopoldo Bulhões, 1.480
Prédio Professor Joaquim Alberto Cardoso de Melo
Manguinhos – Rio de Janeiro – RJ
CEP: 21041-210
www.ensp.fiocruz.br

Luisa Regina Pessôa
Coordenação

Rio de Janeiro, 2011

Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz

PRESIDENTE

Paulo Ernani Gadelha

DIRETOR DA ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA

Antônio Ivo de Carvalho

VICE-DIRETORIA DE ESCOLA DE GOVERNO EM SAÚDE /ENSP

Marcelo Rasga Moreira

Programa de Qualificação da Incorporação de Tecnologias em Saúde

COORDENAÇÃO

Luisa Regina Pessôa

Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro

PREFEITO

Eduardo Paes

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL

Hans Fernando Rocha Dohmann

SUBSECRETÁRIA GERAL

Anamaria Carvalho Schneider

SUBSECRETÁRIO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA VIGILÂNCIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE

Daniel Soranz

Copyright © 2011 dos autores

Todos os direitos de edição reservados à Fundação Oswaldo Cruz/Ensp

SUPERVISÃO EDITORIAL

Luisa Regina Pessôa

Eduardo Henrique de Arruda Santos

REVISÃO

Maria José de Sant'Anna

PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO

Mary Paz Guillén

ILUSTRAÇÕES

Fernando Motta

CAPA

Marcio Alexandre Bella (Bragga)

AUTORES

Camilla Maia Franco

Eduardo Henrique de Arruda Santos (organizador)

Kellem Raquel Brandão de Oliveira Torres (organizadora)

Luisa Regina Pessôa (organizadora)

Monica Ferzola Salgado

Simone Agadir Santos

Túlio Batista Franco¹

COLABORADORES

Alvaro Kniestedt

Heloisa Helena Rousselet de Alencar

Marta Helena Buzatti Fert

Max André dos Santos

VALIDADORES

Ana Catarina Busch Loivos

Alexandre Modesto

Alexandre Wellos

Áurea Bittencourt

Carlos Alberto Linger

Carlos Rubens Cardoso

César Roberto Braga Macedo

Cristina G. Veneu

Cyntia Amorim Guerra

Edson Borga

Érica da Silva Zanardi

Fernanda Christine Dutra Bastos

Gert Wimmer

Helena Seidl

Ildary Mesquita Machado

Leonardo de Oliveira El-warrak

Letícia Thomaz de Almeida

Luciana Costa Carvalho

Marcelo Ferreira Motta

Marcelo Menezes de Andrade

Patrícia Dias Martins

Regina Daibes Silva

Vanessa M. F. Teles

AUDIOVISUAL

Camilla Leal Ferreira Ravagnani

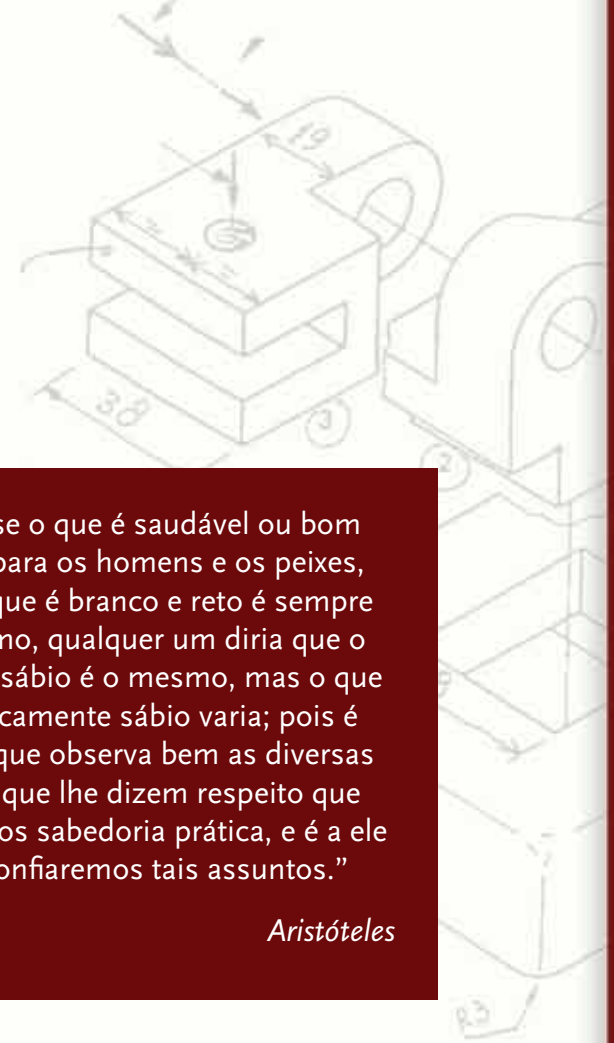
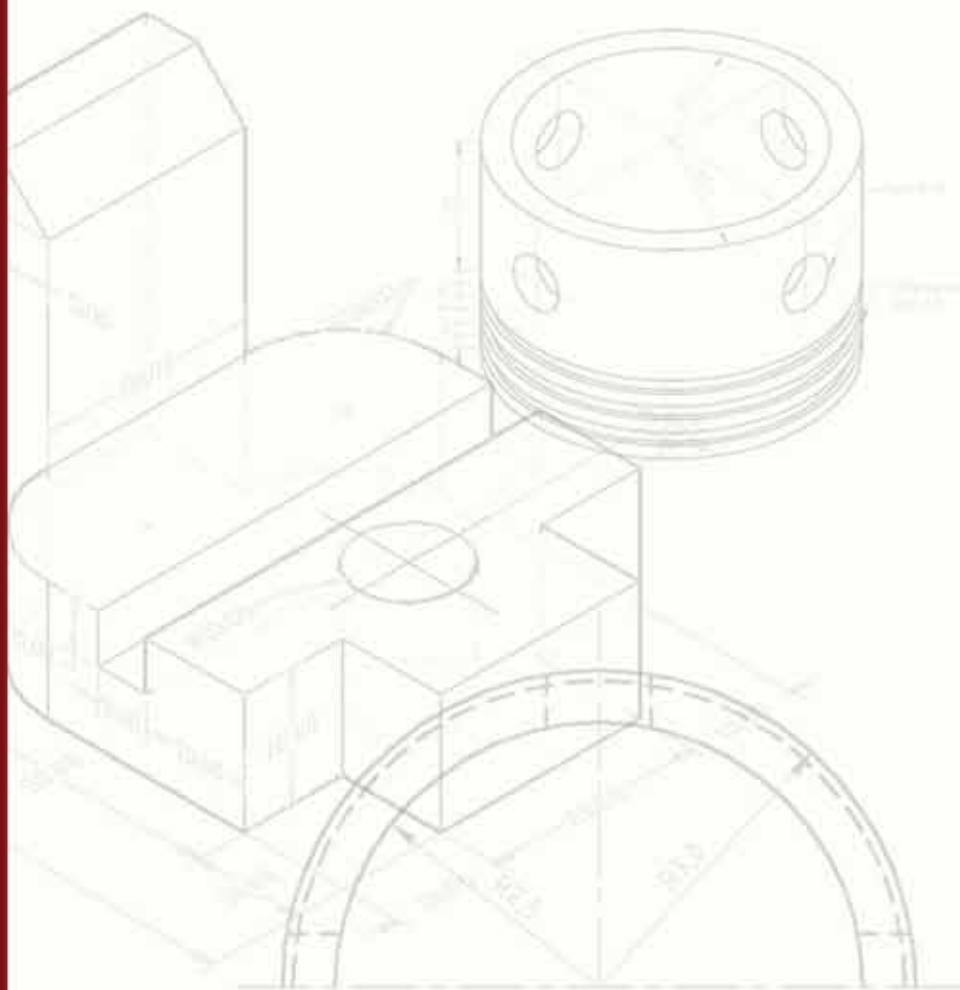
Frederico Pessoa Cardoso

Marcio Alexandre Bella (Bragga)

Paula de Castro Santos

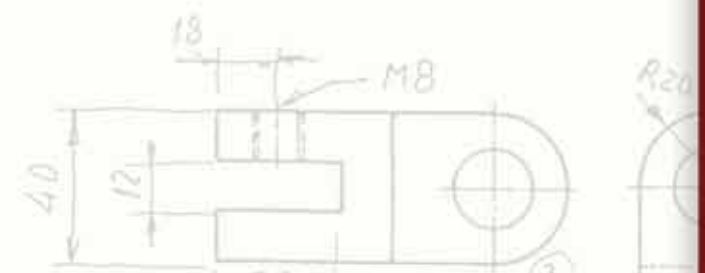
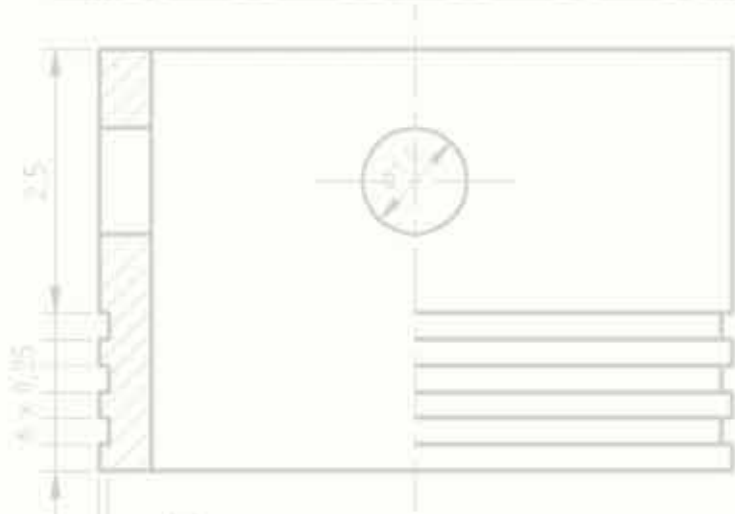
Rogério Frazão Bulcão Fonseca

¹Participou do Capítulo Linha de Cuidado Integral



“Ora, se o que é saudável ou bom difere para os homens e os peixes, mas o que é branco e reto é sempre o mesmo, qualquer um diria que o homem sábio é o mesmo, mas o que é praticamente sábio varia; pois é àquele que observa bem as diversas coisas que lhe dizem respeito que atribuímos sabedoria prática, e é a ele que confiaremos tais assuntos.”

Aristóteles



A technical drawing of a mechanical part, possibly a shaft or a component of a machine, shown in a perspective view. The drawing includes various lines, circles, and dimension lines, indicating its complex geometry and engineering specifications. The drawing is rendered in a light gray color, providing a background for the text.

Prefácio

Prefaciar um manual para a gerência intermediária de serviço, redes e sistemas de saúde. Eis um desafio de bom tamanho! É tarefa realizável somente porque se trata de um empreendimento da arquiteta, sanitarista e defensora radical do Sistema Único de Saúde (SUS) Luisa Regina Pessôa, cuja seriedade conheço há alguns anos. O compromisso ético e político da organizadora convoca a tomar contato com a proposta do livro neste formato, tão avesso à lógica produtivista do “mundo da ciência” que nos envolve a todos.

E o primeiro espanto é o público ao qual se destina: a gerência intermediária (a média gerência) do sistema de serviços de saúde. Este segmento da direção dos serviços para os quais se produzem inúmeras portarias e procedimentos operacionais, de um lado, e cadeias de comando de outro, e que é invisível em investimentos do âmbito da aprendizagem criativa. E veja-se que há alguns anos falamos da micropolítica do trabalho, a partir das contribuições de Merhy¹ e tantos outros, e no estudo das políticas, as ciências sociais já nos alertaram que a fase de implementação, autônoma e, muitas vezes, independente, pode ordenar processos de trabalho em direção diametralmente distinta daquela indicada até a etapa normativa do ciclo da política. Também contribuí para evidenciar a relevância desta produção o reconhecido contexto de complexidade no qual está imersa a área da saúde, com situações multideterminadas e

com fluxos cruzados, que gera problemas pouco estruturados, fazendo com que somente conhecimentos instrumentais e técnicas padronizadas não tenham capacidade de abordá-los de forma efetiva. Assim, rapidamente, chegamos a uma evidência argumentativa de que a gerência intermediária é o elo mais complexo da estrutura de gestão do sistema de saúde. Portanto, estratégico do ponto de vista de alimentar seu compromisso com certo modo de organizar o seu trabalho e de produzir aprendizagens no cotidiano.

Sim, utilizo-me da expressão “gestão” para me referir a parte do trabalho desses atores – mesmo sendo autor de diversos textos conceituais demonstrando distinções entre a “gerência” – relativa ao campo de conhecimentos e práticas da administração aplicado à direção de serviços de saúde, e à “gestão”, relativa a um plano interdisciplinar de conhecimentos e práticas, com ênfase na Saúde Coletiva, aplicado à direção de redes e sistemas de saúde. No caso desta produção, não há confusão conceitual, mas sim a decisão política de diálogo com o “gestor” que existe em cada gerente intermediário; a gestão com “g” minúsculo, como nos alertou Merhy, para dizer de uma ação em rede que fazemos todos, em favor ou em oposição ao constructo ético e político do SUS, e não apenas a gestão com “G” maiúsculo, aquela que fazem os dirigentes dos escalões superiores dos sistemas de saúde. Organizar o cotidiano do trabalho explicitamente em oposição ao SUS ou mesmo tornar-se imobilizado por insuficiências e deficiências em certos aspectos de sua implementação pode produzir o mesmo efeito: descrédito, reatividade e imaginários sociais contrários a essa conquista da população brasileira que é a nossa política de saúde atual. Aí está a gestão no cotidiano dos gerentes, que também podem mobilizar criativamente os recursos para superar os problemas do cotidiano, imperfeito como ele é, em afirmação ao SUS, como aposta esta publicação.

Mesmo o conhecimento instrumental e a técnica, quando aparece na coletânea de textos que compõem a produção, estão mobilizados não apenas pela lógica instrumental,

de aplicação direta sobre problemas visíveis, mas para fazer certo estranhamento ao pensamento e mobilizar o compromisso político com o SUS. Como explicar, de outra maneira, um capítulo sobre a gestão do trabalho tomado pelas ideias da micropolítica, avizinjado a outro, sobre gestão de recursos físicos e tecnológicos, tomado por roteiros e dicas operacionais?; ou mesmo o capítulo de linhas de cuidado, com ideias sobre a integralidade do cuidado e a organização de práticas cuidadoras, no mesmo conjunto com um texto sobre planejamento em saúde, com uma revisão mais instrumental de recursos e técnicas para o cotidiano do serviço de saúde? Não é a adesão cega à técnica, mas uma provocação ao melhor da capacidade de mobilizar as condições locais na superação dos problemas do cotidiano o que me parece dar sentido à combinação. Não há purezas epistemológicas e padrões de verdade na produção; há ofertas de abordagens coletadas na produção teórica e nos saberes da prática, de muitos e intensos anos em contato com o cotidiano do sistema de saúde. Nesse sentido, também é uma “caixa de ferramentas”, expressão que aparece em alguns momentos do texto.

Sim. Embora em alguns momentos tenhamos o olhar ofuscado pelo imaginário de ferramentas no sentido físico, como tecnologia dura ou mesmo leve-dura, no dizer de Merhy, ou até de teorias e conceitos fechados, a proposta predominante na publicação é a de provocar o pensamento a resolver os problemas do cotidiano. Como nos disse Deleuzeⁱⁱ, a teoria opera como “caixa de ferramentas” quando produz efeito de multiplicação na sua própria produção; quando ela “funciona” não apenas na direção da aplicação do conhecimento formal produzido no contexto de certas relações de poder, que se tornam prevalentes em certos contextos históricos e sociais, mas quando ela suscita novos arranjos que ajudem a superar os problemas do cotidiano. Uma teoria que opera como caixa de ferramentas não pretende esclarecer ou iluminar; pretende transformar. O gerente intermediário que utilizar esta publicação como “caixa de ferramentas” terá de estar preparado

para “falar por si próprio”, como nos alertou Deleuze. Se a intenção for adentrar num discurso que busca explicações para o imobilismo e grandes teorias de impossibilidade, ainda é tempo de buscar outras leituras... Aqui o convite é ao fazer no cotidiano, de transversalizar os problemas mobilizando os recursos disponíveis; é fazer uma saúde mais forte e mais generosa, como nos reivindica o ideário do SUS.

Pois é, isso nos coloca diante de outra tensão: é um “manual” ou é uma “caixa de ferramentas”? Um chamando à prática mais instrumental e outro provocando a uma prática de pensamento voltado à ação. Suspeito, no estágio de leitura em que escrevo este prefácio, que se trata de mais uma provocação dos organizadores ao pensamento do leitor. Como numa citação de Nietzsche disponível logo adiante, penso que o que está em jogo é uma aposta no “gerente original”: não um iluminado pela técnica e pela teoria que tenha a capacidade de “ver antes dos demais”; mas um gerente implicado que, tomado pelo compromisso ético e político com a saúde, olhe o que todos já vimos e enxergue novas potências para fazer, no cotidiano do serviço que dirige, o SUS dar mais alguns passos em direção ao direito à saúde integral que temos todos.

Boa leitura!

Alcindo Antônio Ferla

(médico, doutor em educação na saúde, professor adjunto do Bacharelado em Saúde Coletiva da UFRGS, pesquisador em saúde coletiva).

ⁱ MERHY, E.E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

ⁱⁱ DELEUZE, G. Os intelectuais e o poder: conversa entre Michel Foucault e Gilles Deleuze. Em: FOUCAULT, M. Microfísica do poder. 10ª Edição. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

26

Processo de Trabalho

58

Linha de Cuidado Integral

76

Planejamento e Avaliação em Saúde

116

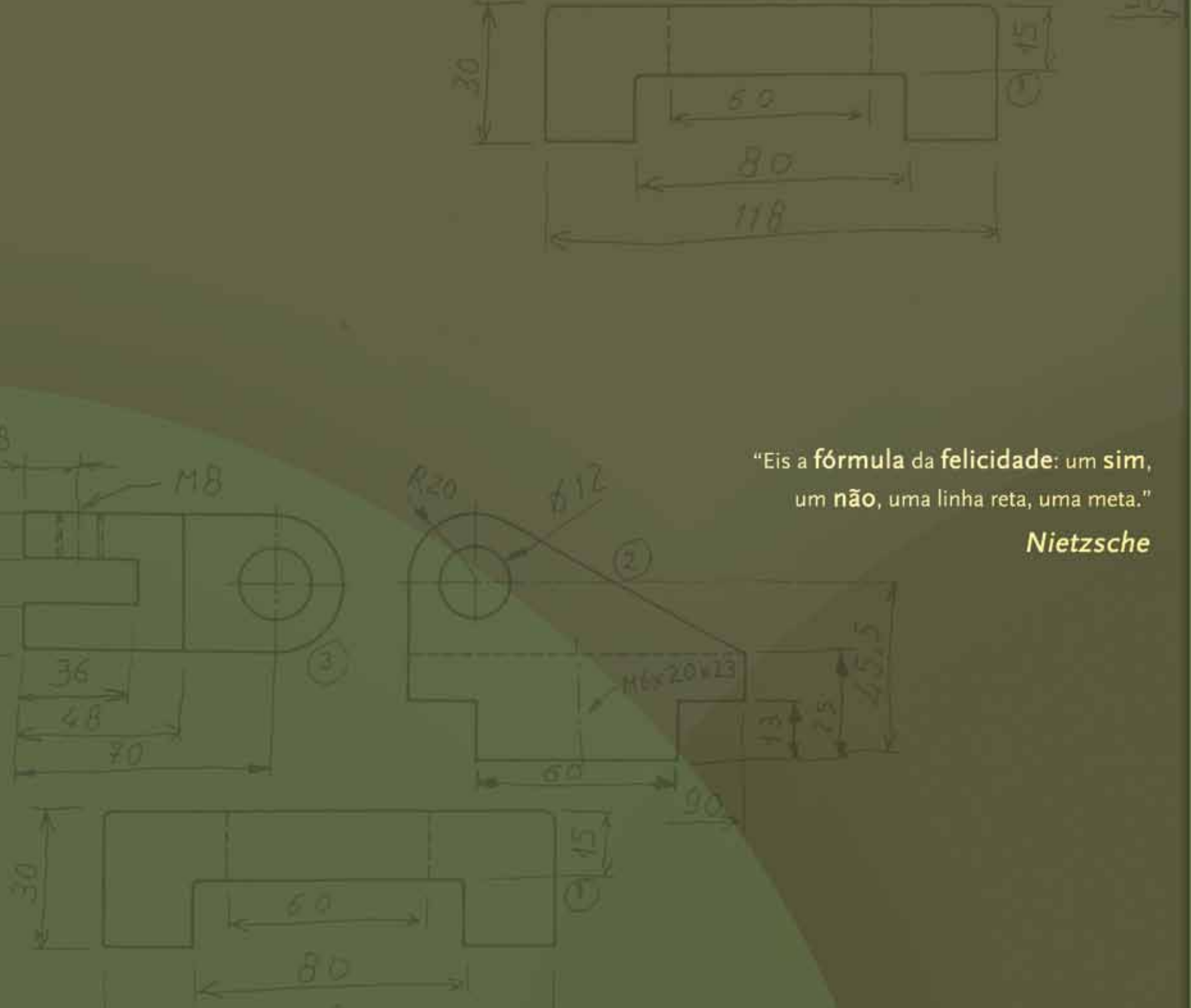
Gestão do Conhecimento

162

Recursos Físicos e Tecnológicos

198

Caixa de Ferramentas



“Eis a fórmula da felicidade: um sim,
um não, uma linha reta, uma meta.”

Nietzsche

Linha de Cuidado Integral:

Uma proposta de organização da rede de saúde

Para o início da nossa conversa, sugerimos que assistam ao vídeo *Linha de Cuidado para paciente cardiopata*. Esta animação é fruto do trabalho apresentado à disciplina Gestão do Sistema de Saúde, do curso de enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Ela mostra a Linha de Cuidado do Sr. João, cardiopata, usuário do SUS em Belo Horizonte/MG.



Disponível em: <http://youtu.be/EfFSMtjr7vg>, acesso em 20/10/2011

Após assistir ao vídeo, perceba que a primeira dúvida do Sr. João é: Para onde ir? Qual o caminho certo para um melhor atendimento dentro do SUS?

Apesar de conseguir utilizar a rede de serviços, Sr. João ainda encontra algumas barreiras, tais como: novos registros (outra numeração de prontuário), filas (mesmo classificado inicialmente como um caso relativamente grave) e falta de leitos para internação (apesar de já ter sido transferido para a Unidade Hospitalar).

Após sua alta hospitalar, a equipe do Centro de Saúde é informada sobre o problema do Sr. João, mas este só é identificado quando sua medicação acaba e ele (espontaneamente) procura o Centro de Saúde.

Será que você tem um Sr. João na sua área?

Este capítulo está estruturado em dois módulos: o primeiro, “Linhas de Cuidado Passo a Passo”, busca introduzir a discussão da formulação de Linhas de Cuidado Integral para organizar as redes de saúde, sem o objetivo de trazer uma receita pronta, ou um *modus operandi* único, compreendendo que a Linha de Cuidado por si só não consegue resolver todos os problemas que chegam à Unidade de Saúde. O texto aponta algumas das possibilidades para construção e gestão das Linhas de Cuidado, elegendo o Acolhimento, o Vínculo e a Responsabilização como diretrizes da Linha de Cuidado Integral. Já o segundo módulo aponta os referenciais teóricos escolhidos pelos autores para abordar a temática.

Módulo 1 - Linhas de Cuidado Passo a Passo

O que é Linha de Cuidado?

Linha de Cuidado é a imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, a fim de atender às suas necessidades de saúde. É como se ela desenhasse o itinerário que o usuário faz por dentro de uma rede de saúde, incluindo segmentos não necessariamente inseridos no sistema de saúde, mas que participam de alguma forma da rede, tal como entidades comunitárias e de assistência social.

A Linha de Cuidado é diferente dos processos de referência e contrarreferência, apesar de incluí-los também. Ela difere, pois não funciona apenas por protocolos institucionalmente estabelecidos, mas também pelo reconhecimento de que os gestores dos serviços podem pactuar fluxos, reorganizando o processo de trabalho, a fim de facilitar o acesso do usuário às Unidades e Serviços dos quais necessita. É uma ferramenta que ajuda a organizar a rede, logo, ela por si só não é suficiente e não garante que a rede irá funcionar.

Para existir rede não basta só estrutura. É preciso ter sistema de governança e logística combinado com a intencionalidade das equipes de trabalhadores em operar fluxos entre si e os diversos serviços, para fazer a devida integração entre as estruturas. O que diferencia **sistema** e **rede** é que o primeiro prescinde uma estrutura já existente e é fragmentado, já na rede a estrutura está interligada através dos sistemas de governança, logística e a atividade de fluxo e conexão entre os trabalhadores e serviços.

A Linha de Cuidado não tem a pretensão de resolver todos os problemas da unidade, mas ela pode ser um balizador... Por isso a importância de se ter um bom sistema de governança com pactuações efetivas.

Por que se deve chamar Linha de Cuidado Integral?

Porque a Linha de Cuidado Integral incorpora a ideia da integralidade na assistência à saúde, o que significa: unificar ações de promoção da saúde, de prevenção a agravos, curativas e de reabilitação; proporcionar o acesso a todos os recursos tecnológicos de que o usuário necessita, desde visitas domiciliares realizadas pela Estratégia Saúde da Família e outros dispositivos como o Programa de Atenção Domiciliar, até os de alta complexidade hospitalar; e ainda requer uma opção de investimento na política de saúde e nas boas práticas dos profissionais. O cuidado integral é pleno, feito com base no ato acolhedor do profissional de saúde, no estabelecimento de vínculo e na responsabilização diante do problema de saúde trazido pelo usuário.

Acolhimento, Vínculo e Responsabilização são diretrizes da Linha de Cuidado Integral?

Sim. O próprio nome já diz que Linha de Cuidado Integral só cuida de fato do usuário se os serviços de saúde organizarem seus processos de trabalho, de modo que haja o Acolhimento dos usuários pelos trabalhadores, o que significa atender bem, fazer uma escuta qualificada do seu problema de saúde, resolver e, se necessário, fazer um encaminhamento seguro. Isso só é possível se esta rede estiver operando com base na Linha de Cuidado Integral.



dica A Linha de Cuidado Integral é definida por normas e ações no cotidiano do processo de trabalho pactuado e construída de maneira coletiva, como visto no capítulo anterior sobre Processo de Trabalho.

É necessário que os trabalhadores estabeleçam **Vínculo** com os usuários, a fim de acompanhar seus processos por dentro da rede, e se responsabilizem, procurando facilitar o seu “caminhar na rede” para atendimento às suas necessidades de saúde. Para que isso ocorra é necessário organizar os processos de trabalho, isto é, o modo como cada um trabalha, para que estas diretrizes se tornem rotina nas práticas dos profissionais. O processo de trabalho é a chave da questão, porque é através dele que se produz o cuidado aos usuários.

Como funciona a Linha de Cuidado Integral?

Ela funciona com base nos Projetos Terapêuticos, ou seja, o que queremos dizer é que o Projeto Terapêutico aciona, ou dispara a Linha de Cuidado Integral. O que é isto? Projeto Terapêutico é o conjunto de atos assistenciais pensados para resolver determinado problema de saúde do usuário, com base em uma avaliação de risco. O risco não é apenas clínico, é importante enfatizar isto, ele é também social, econômico, ambiental e afetivo, ou seja, um olhar integral sobre o problema de saúde vai considerar todas estas variáveis na avaliação do risco. Com base no risco é definido o Projeto Terapêutico e a partir dele o trabalhador de saúde vai orientar o usuário a buscar na rede de serviços os recursos necessários ao atendimento à sua necessidade.

Todo projeto terapêutico deve ser elaborado pela equipe com a participação do usuário, pois este é cogestor e corresponsável pelo sucesso do seu tratamento.

Com a Linha de Cuidado Integral organizada, o serviço de saúde opera centrado nas necessidades dos usuários, e não mais na oferta de serviços, o que geralmente limita o acesso.



Como fazer para uma Linha de Cuidado Integral funcionar?

A efetivação de um pacto entre os gestores das Unidades de Saúde e entre os gestores municipais, de acordo com a regionalização da rede assistencial, é fundamental para que as Linhas de Cuidado

funcionem. É necessário que haja um acordo de funcionamento, feito por todas as chefias, coordenações, gerências, em relação aos fluxos entre os que coordenam as Unidades da Atenção Básica, a rede de apoio diagnóstico e terapêutico, os serviços de urgência e hospitalares, assim como as áreas-meio da Secretaria de Saúde. É o pacto firmado sobre a compreensão de que os serviços de saúde devem se organizar centrados no usuário, que vai garantir que os fluxos entre os diversos serviços funcionem de forma harmônica, tranquila e organizada, assegurando o acesso aos usuários.

Você deve estar se perguntando: Como eu posso garantir o funcionamento de uma Linha de Cuidado para além da Unidade de Saúde que gerencio? Como fazer isso, se não tenho tamanha governabilidade? A garantia de uma organização interna no funcionamento dos serviços que a Unidade de Saúde oferta à população já faz grande diferença para aqueles que necessitam desses serviços. Quanto melhor pudermos ofertar nossos serviços à população melhor será sua eficácia, e o reconhecimento pelos usuários da resolutividade, aumentando, assim, a sua legitimidade junto à população.

Como montar as Linhas de Cuidado Integral?

Para montar as Linhas de Cuidado Integral é necessário o envolvimento de todos os que de alguma forma devem estar implicados com o cuidado em saúde. Pela ordem propomos:

1. Em primeiro lugar é necessário **identificar** a rede de serviços de saúde, e aqueles que devem estar envolvidos, e propor que a discussão para a construção das Linhas de Cuidado Integral se dê de forma coletiva.
2. A segunda questão é **definir e priorizar** quais Linhas de Cuidado Integral serão montadas. Isto porque sabemos que os serviços de saúde têm inúmeros fluxos de cuidado funcionando, para cada grupo nosológico, ou programa de cuidado. Então se devem escolher as Linhas de Cuidado Integral que serão prioritariamente organizadas. O critério para esta definição pode ser a prevalência de determinado problema de saúde na população, a carência de cuidados em alguma área específica, a dificuldade de acesso, a facilidade em montar a Linha de Cuidado Integral e outros que a

própria equipe pode definir. Por exemplo, podemos pensar como prioritárias as Linhas de Cuidado em Saúde Materno-Infantil, a Saúde do Idoso, a Saúde Mental, a Hipertensão Arterial e a Saúde Bucal. Isto significa que para cada segmento de cuidado destes, deve haver uma pactuação e um trabalho em equipe coletivo para construção dos fluxos de acesso e cuidado aos usuários.

3. Realizar as oficinas de trabalho com todos aqueles implicados com determinado segmento de cuidado e nesta oficina produzir os pactos, e definir os fluxos de cuidado aos usuários. Só um **processo coletivo** pode garantir que haja um bom funcionamento das Linhas de Cuidado Integral após a sua organização. A discussão e pactuação conjunta garantem o compromisso de cada um, ativa a ideia de que o usuário é o centro dos serviços de saúde, e os fluxos de acesso aos serviços devem proporcionar um acesso seguro e tranquilo a estes usuários.

4. O importante na oficina é **mapear** todas as possibilidades de acesso aos serviços, e usar a criatividade para garantir que o sistema trabalhe com base nas necessidades dos usuários, desobstruindo entraves burocráticos de acesso aos serviços. A confiança, a solidariedade, o espírito de equipe, de trabalho em redes, a colaboração mútua são fundamentais para que as Linhas de Cuidado Integral funcionem adequadamente, como fluxos ininterruptos de cuidado integral à saúde. Para que a equipe seja criativa ela deve ter liberdade para pensar e agir, tomando decisões que melhor convêm ao bom funcionamento dos serviços de saúde. É importante advertir que para montar as Linhas de Cuidado Integral a equipe pode necessitar da ajuda de um profissional que entende de fluxos de rede de serviços, e detém uma metodologia adequada para a condução das oficinas que vão trabalhar na organização das Linhas.

A Linha de Cuidado Integral pode se formar dentro de uma Unidade de Saúde, por exemplo, uma Unidade Básica, Policlínica ou Hospital, ou pode ser referenciada regionalmente. Sua dimensão vai depender de que recursos ela alcança nos fluxos que foram pactuados, e onde estão estes recursos. Se há uma dimensão regional para a rede de saúde, a Linha pode ter o alcance localregional. Não há um limite predefinido, a realidade de cada local e as pactuações desenvolvidas vão definir sua dimensão.

E depois de organizadas as Linhas de Cuidado Integral, como fazer para manter o seu funcionamento?

É muito importante que cada Linha de Cuidado organizada tenha um gestor, ou um colegiado gestor – como for melhor –, pensando e operacionalizando seus fluxos, garantindo que os caminhos de acesso aos serviços permaneçam desobstruídos e fazendo uma “vigilância” pela não burocratização destes fluxos. Portanto, percebemos que a gestão das Linhas de Cuidado Integral é fundamental. O gestor ou colegiado gestor pode ser composto por aquele que detém o conhecimento dos fluxos e tem trânsito entre todos os serviços; ou, no caso do colegiado, por aqueles indicados por cada serviço para fazer esta gestão. A gestão das Linhas de Cuidado Integral deve estar atenta aos processos instituintes, isto é, às mudanças do processo de trabalho, aos novos fluxos que surgem, às inovações no ato de cuidar.

O grupo gestor deve procurar perceber essas inovações como elementos que enriquecem o que foi anteriormente definido para os fluxos assistenciais. Não é porque algo não estava previsto anteriormente nos fluxos, que pode ser prejudicial ao mesmo. Muitas vezes a novidade que surge é um aperfeiçoamento ao processo pensado originalmente, e, portanto, deve ser contemplado. Liberdade anda junto com criatividade, e esta é a maior fonte de enriquecimento e aperfeiçoamento das Linhas de Cuidado Integral.

Módulo 2 - Referenciais Teóricos Para Discussão das Linhas de Cuidado Integral

Introdução

A assistência integral à saúde permanece como um grande desafio, na medida em que é necessário combinar todas as dimensões da vida para a prevenção de agravos e recuperação da saúde. E neste sentido a atenção básica e os diversos níveis de especialidades, apoio diagnóstico e terapêutico, média e alta complexidade.

Os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) convivem com uma grande pressão de demanda por estes recursos assistenciais, à qual não se consegue responder, gerando muitas vezes longas filas de espera para alguns procedimentos. Porém, estes serviços representam vultosos gastos para o orçamento da saúde. A questão da integralidade de atenção à saúde deve ser vista sob o aspecto não apenas da organização dos recursos disponíveis, mas especialmente do fluxo do usuário para o acesso aos mesmos. Para garantir a integralidade é necessário operar mudanças na produção do cuidado, a partir da rede primária, secundária, atenção à urgência e todos os outros níveis assistenciais, incluindo a atenção hospitalar.

A organização dos processos de trabalho surge como a principal questão a ser enfrentada para a mudança dos serviços de saúde, a fim de colocá-lo operando de forma centrada no usuário e suas necessidades. Prevalece no atual modo de produção de saúde, o uso de tecnologias duras (as que estão inscritas em máquinas e instrumentos), em detrimento de tecnologias leve-duras (definidas pelo conhecimento técnico) e leves (as tecnologias das relações) para o cuidado ao usuário (MERHY, 1997).

Mudar o modelo assistencial requer uma inversão das tecnologias de cuidado a serem utilizadas na produção da saúde. Um processo de trabalho centrado nas tecnologias leves e leve-duras é a condição para que o serviço seja produtor do cuidado.

Construindo as “Linhas de Cuidado Integral”

A proposta pensada para vencer os desafios de ter uma assistência integral à saúde começa pela reorganização dos processos de trabalho na rede de atenção básica e vai somando-se a todas as outras ações assistenciais, seguindo aquilo que nos diz Cecílio e Merhy, 2003:

(...) uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, vão compondo o que entendemos como cuidado em saúde. A maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta, em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores (...).

Portanto, a integralidade começa pela organização dos processos de trabalho na atenção básica, onde a assistência deve ser multiprofissional, operando através de diretrizes como a do acolhimento e vinculação de clientela, onde a equipe é corresponsável pelo cuidado ao usuário. A organização do trabalho requer que se pense no seguinte:

1. O conhecimento do ato de cuidado, ou seja, os saberes técnicos estruturados como o da clínica são fundamentais.
2. O correto uso dos instrumentos e protocolos, sem deixar que o trabalho fique amarrado e engessado no que dizem estas diretrizes, mas procurem nos protocolos uma referência e apoio para o trabalho cotidiano.
3. O ato de cuidar como campo solidário, humanizado de relações, onde acontecem fluxos de afetos entre trabalhador e usuário, que faz com que este se sinta protegido pelos atos assistenciais.



Veja mais no capítulo Processo de Trabalho.

Estes requisitos para organização do processo de trabalho vão permear os vários campos da saúde, como as vigilâncias à saúde, cuidados clínicos e toda a rede de saberes e práticas em saúde. Neste sentido é fundamental, por exemplo, que a rede primária de assistência à saúde tenha o máximo de resolutividade. Ela deve ser levada ao limite das suas possibilidades diagnósticas e terapêuticas.

Imaginamos que a Linha de Cuidado Integral se forma com base nas Unidades de Saúde disponíveis na rede assistencial. E em uma só Unidade Básica de Saúde é possível perceber que existem várias microunidades que se comportam como um lugar de produção do cuidado.¹

¹Ver: Franco, Túlio Batista. Fluxograma Descritor e Projetos Terapêuticos em Apoio ao Planejamento: o caso de Luz (MG); in Merhy, E.E. et al, O Trabalho em Saúde: Olhando e Experienciando o SUS no Cotidiano. Hucitec, São Paulo, 2003.

Consideramos que em cada lugar do serviço de saúde onde o usuário é atendido, onde se produzem atos de intervenção sobre um determinado problema de saúde do qual o usuário é portador, resultam produtos bem definidos. Esta combinação, trabalho/ produtos caracterizam uma Unidade de Produção de Saúde.

Assim, o serviço de saúde aqui exemplificado, uma Unidade Básica de Saúde (UBS), contém:

- Unidade de Produção de Recepção aos usuários: Primeiro contato, acolhimento, esclarecimentos, orientações...
- Unidade de Controle e Produção de Prontuários: Cadastramento do usuário (identificação), arquivamento do prontuário...
- Unidade de Produção de Ações de Enfermagem: Acolhimento, triagem, classificação de risco...
- Unidade de Produção de Consulta Médica: anamnese, diagnóstico, encaminhamento, receita médica...
- Unidade de Dispensação de medicamentos: Controle de medicação, orientação ao usuário...
- Unidade de Produção de Exames Laboratoriais: acolhimento, coleta, orientações, entrega de resultados.

As Unidades de Produção podem estar integradas e operando em um mesmo processo produtivo ou atuarem de forma compartimentada, autônomas umas em relação às outras. O que define o modo como se integram estas Unidades de Produção é o processo de trabalho desenvolvido no seu espaço próprio.

O processo de trabalho, desenvolvido de forma interativa entre os diversos profissionais, formando no espaço do trabalho em ato, a interação de saberes e práticas, pode servir de elemento integrador entre os diversos processos produtores de saúde, existentes no interior de cada Unidade Produtiva do serviço de saúde. Assim, ele pode dar

a “liga” entre os diversos produtos das Unidades, funcionando como uma “cadeia produtiva” dos “projetos terapêuticos”, levando aos resultados esperados em relação à resolução do problema de saúde do usuário. Por outro lado, se os processos de trabalho não estão integrados, se são compartimentados, cada Unidade Produtiva vai operar de forma autonomizada, alienando os seus diversos produtos de um projeto terapêutico em curso.

Portanto, Projetos Terapêuticos e Unidades de Produção estão intrinsecamente ligados.

O primeiro como o conjunto de atos de saúde pensados para resolver determinado problema e o segundo como o lugar onde se opera esta produção, com os recursos inerentes e necessários à mesma. O trabalho aparece como o elemento propulsor dos processos produtivos, perpassando tanto um quanto outro.

Os Projetos Terapêuticos como um fio condutor da Linha de Cuidado Integral

O usuário, quando entra na Unidade Básica em busca da resolução de um determinado problema de saúde, e é inserido no atendimento, passa em primeiro lugar por uma avaliação do risco de adoecer ou mesmo, por uma impressão diagnóstica, se já se instalou um processo mórbido qualquer. Após esta definição o profissional que o atendeu, imagina, compartilhando com o usuário, um conjunto de atos assistenciais que deverão ser encaminhados com o objetivo de resolver seu problema de saúde. **Este conjunto de atos assistenciais pensados para resolver um problema de saúde é o “projeto terapêutico”.**

Portanto, o projeto terapêutico pode ser definido por um profissional, por exemplo, pelo médico em processos de trabalho médicos-centrados, ou por vários profissionais em processos de trabalho multiprofissionais. Os projetos terapêuticos são estruturados para produzir o cuidado ao usuário. O profissional precisa decodificar o usuário, identificando suas necessidades através

de uma visão integral. A produção do cuidado pode ser realizada através de uma excessiva carga prescritiva, com relações sumárias e burocráticas, centrado na “produção de procedimentos”, utilizando para sua execução centralmente as tecnologias duras/leve-duras; ou por outro lado pode estar centrado em uma abordagem “light” do problema de saúde, sobretudo com relações solidárias e conhecimento técnico, executado principalmente através das tecnologias leves/leve-duras.

É importante registrar que o “projeto terapêutico” é sempre um conjunto de atos pensados, neste sentido ele só existe enquanto é idealizado e programado mentalmente. É neste estágio que ele é “projeto terapêutico”. Ele ganha materialidade, se for executado através da ação do trabalho sobre o usuário “portador de problemas de saúde” e isto ocorrendo, deixa de ser “projeto” para se transformar em atos concretos assistenciais. Um “Projeto Terapêutico” pode ou não se transformar em “Atos Assistenciais”, dependendo para isto do mesmo ter sido executado no todo ou em parte, ou seja, de ter-se aplicado trabalho, como a fonte transformadora de uma coisa (projetos) em outra (atos concretos).

Aqui estamos diferenciando “projetos terapêuticos” de “atos assistenciais”. O primeiro, enquanto uma instância idealizada, tem como estruturante de si mesmo o **conhecimento** de modo geral, seja ele o conhecimento técnico estruturado, ou aquele obtido através das experiências de vida e de trabalho. Articulamos aqui a ideia de Pierre Lévy, (1995); de Patrimônio de Conhecimentos como organizadores dos projetos terapêuticos. Já os atos assistenciais de “per si”, são estruturados pela ação do trabalho, através do qual, aqueles ganham concretude assumindo a configuração de produtos, incorporando “valor-de-uso” (GONÇALVES, 1979). Afinal, o trabalho se realiza a partir de determinadas **tecnologias de trabalho**.

Entendemos tecnologia como o conjunto de conhecimento utilizado para realizar algo, neste caso, para realizar a assistência à saúde (GONÇALVES, 1994) ou executar o projeto terapêutico. Sendo assim, tecnologias, ou seja, toda tecnologia emana do conhecimento. A máquina (tecnologia dura) nada mais é do que conhecimento incorporado, que ganha materialidade e valor com o trabalho. Por sua vez, o conhecimento, ou os saberes usados para formular determinado projeto terapêutico, vão determinar por

assim dizer as práticas de saúde, se aquele projeto for executado. São saberes originados, seja da clínica, da epidemiologia, da psicanálise, da sociologia da saúde, das relações humanas estruturadas, ou não; outros originados da incorporação de novas tecnologias inscritas em máquinas e instrumentos que ganham inserção nos serviços de saúde; e ainda os saberes que são acumulados através da experiência de trabalho e experiência de vida, e que servem à resolução de problemas de saúde, desde que haja espaço nos serviços para que o trabalho opere com o máximo de “graus de liberdade”; ou que o “trabalho vivo em ato” esteja apto à ação criadora e criativa nas relações estabelecidas com o usuário (MERHY, 2002).

O projeto terapêutico é o fio condutor para o fluxo da linha de cuidado. Estes fluxos devem ser capazes de garantir o acesso seguro às tecnologias necessárias à assistência. Trabalhamos com a imagem de uma linha de produção do cuidado, que parte da rede básica de saúde, ou qualquer outro lugar de entrada no sistema, para os diversos níveis assistenciais. Esta discussão dá sentido para a ideia de que, a Linha de Cuidado Integral é fruto de um grande pacto que deve ser realizado entre todos os atores que controlam serviços e recursos assistenciais. No caso, o usuário é o elemento estruturante de todo o processo de produção da saúde, quebrando com um tradicional modo de intervir sobre o campo das necessidades, de forma compartimentada. Neste caso, o trabalho é integrado e não partilhado, reunindo na cadeia produtiva do cuidado um saber-fazer cada vez mais múltiplo.

A Gestão das Linhas de Cuidado Integral

Além de organizar a Linha de Cuidado, do ponto de vista dos fluxos assistenciais, define-se que a equipe da Unidade Básica de Saúde (UBS) ou a Equipe Saúde da Família (ESF), que tem responsabilidades

sobre o cuidado, é cogestora do projeto terapêutico elaborado para o usuário e, portanto, deverá acompanhá-lo, garantindo o acesso aos outros níveis de assistência, assim como todos os fluxos assistenciais, para que o vínculo continue com a equipe da Unidade Básica, que tem a missão de dar continuidade aos cuidados ao usuário. Desenvolver as Linhas de Cuidado Integral e colocá-las operando é uma inovação nas propostas assistenciais do SUS.

Na sua construção, torna-se imperativo identificar os diversos atores que controlam os recursos das Linhas de Cuidado Integral propostas para serem implantadas, sendo que estes deverão formar um colegiado gestor, do qual participam as pessoas com função de organizá-la e fazer funcionar os fluxos assistenciais. Este deverá produzir a necessária pactuação para que a Linha de Cuidado Integral funcione. O pacto para a construção da Linha de Cuidado Integral se produz a partir do “desejo”, adesão ao projeto, vontade política, recursos cognitivos e materiais, ele é o centro nervoso de viabilização da proposta, associado a toda reorganização do processo de trabalho em nível da rede básica. Elas se organizam com grande capacidade de interlocução, negociação, associação fina da técnica e política, implicação de todos os atores dos diversos níveis assistenciais em um grande acordo assistencial que garanta:

1. Disponibilidade de recursos que devem alimentar as Linhas de Cuidado, especialmente a ampliação da oferta pontual de atenção secundária e de regulação pública de toda a rede prestadora do SUS, principalmente dos seus fluxos e contratos do setor privado.
2. Fluxos assistenciais centrados no usuário, facilitando o seu “caminhar na rede”.
3. Instrumentos que garantam uma referência segura aos diversos níveis de complexidade da atenção.
4. Garantia de fluxos também da atenção especializada para a ESF's na Unidade Básica, onde deve se dar o vínculo e acompanhamento permanente da clientela sob cuidados da rede assistencial.
5. Determinação de que a equipe da Unidade Básica é responsável pela gestão do projeto terapêutico que será executado na linha de cuidado, garantindo um acompanhamento seguro do usuário.

6. Análise permanente das prioridades assistenciais para orientar os encaminhamentos.

7. Gestão colegiada envolvendo os diversos atores que controlam recursos assistenciais.

8. Busca da garantia da intersectorialidade como política estruturante na intervenção positiva também na questão dos processos de saúde e doença.

É importante reconhecer que há uma Linha de Cuidado Integral operando internamente na Unidade Básica de Saúde, e que ganha relevância se considerarmos que a maior parte dos problemas de saúde pode ser resolvida neste nível da assistência.



SUS - Formando a rede de serviços de saúde.

Neste vídeo, que compõe o material didático do Curso de Gestão de Projetos de Investimentos e Gestão de Recursos Físicos e Tecnológicos em Saúde (EAD/ENSP-FIOCRUZ), podemos conhecer como se forma uma rede de atenção a saúde para o SUS. Esta rede pode acontecer entre estados, municípios, e também entre regiões de um mesmo município.

Disponível em: http://youtu.be/kGJ9_1kvYM, acesso em 20/10/2011.

Reflexões Finais

A principal pergunta e desafio que precisamos ter em mente é: Qual o papel do gerente no processo de construção das Linhas de Cuidado integral? Qual a sua responsabilidade como gerente? O gerente precisa saber identificar os problemas de saúde da população do seu território e transformá-los em oportunidades de mudança. Para isso precisa saber envolver e comprometer toda sua equipe com o projeto.

Que tal exercitar? Identifique quais os problemas prioritários da sua área e sobre quais você e sua equipe possuem governabilidade para promover mudanças. Elabore (junto com a sua equipe) uma **Linha de Cuidado**, levando em consideração os serviços promovidos internamente pela Unidade e possíveis pactuações com o sistema (UPA, UBS, ESF, e outros).

Referências:

CECÍLIO, L.C.O. E MERHY, E.E.; **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**, Campinas (SP), 2003. (mimeo).

FRANCO, T.B & Magalhães Jr., H. **A Integralidade e as Linhas de Cuidado**; in Merhy, E.E. et al, O Trabalho em Saúde: Olhando e Experienciando o SUS no Cotidiano. Hucitec, São Paulo, 2003.

FRANCO, T.B. **Fluxograma Descritor e Projetos Terapêuticos em Apoio ao Planejamento: o caso de Luz (MG)**; in Merhy, E.E. et al, O Trabalho em Saúde: Olhando e Experienciando o SUS no Cotidiano. Hucitec, São Paulo, 2003.

GONÇALVES, R.B.M.; **Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde**; HUCITEC, São Paulo, 1994.

GONÇALVES, RBM; **Medicina e História: Raízes Sociais do Trabalho Médico**; Tese de mestrado defendida na USP, São Paulo, 1979.

LÉVY, P. **As Árvores de Conhecimentos**, Ed. Escuta, 1995.

MERHY, E.E. e ONOCKO, R. (Orgs.); **Agir em Saúde: um desafio para o público**; São Paulo, Hucitec, 1997.

MERHY, E.E.; **A cartografia do trabalho vivo**; São Paulo, Hucitec, 2002.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE; **BH-VIDA: Saúde Integral**; Belo Horizonte, 2003. (mimeo).