

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

**LUCIANO BUSATO**

**PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA: OPORTUNIDADE DE  
READEQUAÇÃO ESTRATÉGICA PARA O HOSPITAL DE CARIDADE  
DE CANELA NO PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE.**

Porto Alegre

2005

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO

LUCIANO BUSATO

PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA: OPORTUNIDADE DE READEQUAÇÃO ESTRATÉGICA PARA O HOSPITAL DE CARIDADE DE CANELA NO PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE.

Monografia apresentada ao Curso de Especialização do Programa de Pós Graduação em Gestão em Saúde, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS, RS), como requisito para obtenção do grau de **Especialista em Gestão em Saúde.**

**Orientador: Prof. Dr. Roger dos Santos Rosa**

Porto Alegre – RS

2005

## Resumo

O presente estudo faz um apanhado geral sobre o panorama atual do sistema de saúde brasileiro, principalmente no que diz respeito às organizações filantrópicas de saúde. Em seguida, faz observações de como vem se construindo o processo de regionalização descentralizada da saúde abordando, especificamente, o processo de cooperação intermunicipal a partir da Programação Pactuada e Integrada. Por meio da análise do perfil administrativo-gerencial do hospital de Caridade de Canela, procura identificar quais devem ser as medidas de readequação estratégica a serem adotadas pela organização para que se efetive o processo de regionalização hierarquizada da saúde na microrregião das Hortênsias. Espelhado nos resultados de sucesso obtidos por outras organizações de saúde e adaptando-os às necessidades locais conduz à postura de readequação estratégica a ser implementada pela organização, possibilitando a adequada inserção do hospital no processo de regionalização, contemplando as diretrizes da legislação do SUS.

PALAVRAS-CHAVE:

REGIONALIZAÇÃO – ESTRATÉGIAS – HOSPITAIS COM MENOS DE 100 LEITOS – HOSPITAIS FILANTRÓPICOS – SUS

## Lista de Abreviaturas

AIH: Autorização de Internação Hospitalar  
BAs: Boletins de Atendimento  
CIB: Comissão Intergestores Bipartite  
COREDE: Comissão de Desenvolvimento Regional  
ECG: Eletrocardiograma  
FEE: Fundação de Economia e Estatística  
GSPM: Gestão Plena do Sistema Municipal  
HCC: Hospital de Caridade de Canela  
IDESE: Índice de Desenvolvimento Socioeconômico  
IPEA: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada  
NOAS: Norma Operacional de Assistência a Saúde  
NOB: Norma Operacional Básica  
PA: Pronto Atendimento  
PDI: Plano Diretor de Investimento  
PIB: Produto Interno Bruto  
PDR: Plano Diretor de Regionalização  
PPI: Programação Pactuada e Integrada  
SES: Secretaria Estadual da Saúde  
SIS-PPI: Sistema de lançamento de dados da PPI; Sistema PPI  
SUS: Sistema Único de Saúde  
T/O: Traumatologia-ortopedia  
UP: Unidades de Produção  
UTI: Unidade de Tratamento Intensivo

## Glossário

**COREDE:** Conselho Regional de Desenvolvimento, entidade de direito privado, organizada sob forma de associação civil, sem fins lucrativos, constituída por representantes do governo, da sociedade civil, com fim de desenvolver projetos de interesse regional.

**GESTÃO PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE:** Toda a rede de unidades prestadoras de serviços de saúde fica vinculada ao gestor municipal, que é responsável por todas as atividades de gestão dos serviços e ações de saúde do município, ambulatoriais e hospitalares. Executa as ações de vigilância sanitária, de epidemiologia e controle de doenças.

**DESCENTRALIZAÇÃO:** É um processo eminentemente político, pois significa governo próprio para as entidades descentralizadas.

**DESCONCENTRAÇÃO:** É um processo eminentemente administrativo, pelo qual determinado governo desconcentra suas atividades administrativas (Mello 1991 apud Misoczky & Bastod, 1997).

**HOSPITAL REFERÊNCIA:** Hospital com diferencial em alguma especialidade, sendo referência para uma determinada região.

**MICRORREGIÕES DE SAÚDE:** Menor unidade de Sistema Regional de Saúde. Qualificação baseada em variáveis como capacidade instalada, fluxo de usuários, produção de serviços e a demanda estimada (perfil epidemiológico dos municípios).

**COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE (CIB):** É o fórum de negociação entre o Estado e os Municípios na implantação e operacionalização do Sistema Único de Saúde (SUS). Como colegiado bipartite, a CIB é composta paritariamente por seis representantes da Secretaria de Estado da Saúde e por seis representantes do Conselho de Secretários Municipais de Saúde. Portaria Ministério da Saúde 545/93, de 20 de maio de 1993.

**REGIÃO DE SAÚDE:** Base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do estado, a ser definida pela Secretaria Estadual de Saúde, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada estado, considerando as características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras. Dependendo do modelo de regionalização adotado, um estado pode se dividir em macrorregiões, regiões e/ou microrregiões de saúde. Por sua vez, a menor base territorial de planejamento regionalizado, seja uma região ou uma microrregião de saúde, pode compreender um ou mais módulos assistenciais.

**MÓDULO ASSISTENCIAL:** Módulo territorial com resolubilidade correspondente ao primeiro nível de referência, definida no Item 8 – Capítulo I NOAS-SUS 01/02, instituído por um ou mais municípios, com área de abrangência mínima a ser estabelecida para cada Unidade da Federação, em regulamentação específica, e com as seguintes características:

- Conjunto de municípios, entre os quais há um município-sede, habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM) ou em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPAB-A), com capacidade de ofertar a totalidade dos serviços de que trata o Item 8 – Capítulo I da NOAS-SUS 01/02, com suficiência, para sua população e para a população de outros municípios a ele adscritos; ou
- Município em Gestão Plena do Sistema Municipal ou em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPAB-A), com capacidade de ofertar com suficiência a totalidade dos serviços de que trata o Item 8 – Capítulo I NOAS-SUS 01/02 para sua própria população, quando não necessitar desempenhar o papel de referência para outros municípios.

**MUNICÍPIO-SEDE DO MÓDULO ASSISTENCIAL (GPSM ou GPAB-A):** Município existente em um módulo assistencial que apresente a capacidade de ofertar a totalidade dos serviços de que trata o Item 8 Capítulo I da NOAS-SUS 01/02, correspondente ao primeiro nível de referência intermunicipal, com suficiência, para sua população e para a população de outros municípios a ele adscritos.

**MUNICÍPIO-PÓLO (GPSM ou GPAB-A):** Município que, de acordo com a definição da estratégia de regionalização de cada estado, apresente papel de referência para outros municípios, em qualquer nível de atenção.

**CENÁRIOS:** Ferramentas para nos ajudar a fazer previsões em mundo de grandes incertezas. (Schwartz apud Cavalcanti, 2001)

**NORMAS OPERACIONAIS BÁSICAS (NOBS):** Diretrizes de orientação do SUS. A partir da avaliação do estágio de implantação e desempenho do SUS, se voltam, mais direta e imediatamente, para a definição de estratégias e movimentos táticos, que orientam a operacionalidade deste Sistema.

**CONSULTA POPULAR ESTADUAL:** Plebiscito público, realizado pelos Conselhos Regionais de Desenvolvimento (COREDES) com a finalidade de atender às diretrizes dos Programas Prioritários da SES/RS.

**NORMA OPERACIONAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE (NOAS):** Norma que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.

**LEI ORGÂNICA DA SAÚDE:** LEI Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

**PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO:** Instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada estado e no Distrito Federal, baseado nos objetivos de definição de prioridades de intervenção coerentes com as necessidades de saúde da população e garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção.

**SIS-PPI:** O SIS-PPI é um instrumento informatizado, desenvolvido na linguagem Visual Basic, pelo Ministério da Saúde, para registro dos dados da programação assistencial realizada pelos estados e municípios, mantendo consonância com o disposto na Norma Operacional de Assistência à Saúde 01/02 (NOAS).



## Sumário

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>DELIMITAÇÃO DO TEMA</b>	<b>4</b>
<b>3</b>	<b>FORMULAÇÃO DO PROBLEMA</b>	<b>5</b>
<b>4.</b>	<b>JUSTIFICATIVA</b>	<b>6</b>
<b>5</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>8</b>
<b>6</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b>	<b>9</b>
<b>6.1</b>	O sistema de saúde no Brasil	9
<b>6.2</b>	A regionalização da assistência à saúde	11
<b>6.3</b>	Consensos na formação dos consórcios de saúde	15
<b>6.4</b>	Plano Diretor de Regionalização da Saúde	17
<b>6.4.1</b>	Criação das macrorregionais e a organização da atenção a saúde no Rio Grande do Sul	17
<b>6.4.2</b>	O processo de descentralização no Rio Grande do Sul	18
<b>6.4.3</b>	Microrregião das Hortênsias	19
<b>6.5</b>	Planejamento da readequação estratégica para os hospitais	21
<b>6.6</b>	Lógica do planejamento da atenção em saúde na atualidade	22
<b>6.7</b>	O panorama local	24
<b>6.8</b>	Criação de cenários no auxílio da readequação estratégica	27
<b>6.9</b>	Modificações gerenciais como forma de readequação estratégica ao Hospital de Caridade de Canela	29
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>35</b>
<b>8</b>	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>38</b>
<b>9</b>	<b>ANEXOS</b>	<b>44</b>

---

## 1 Introdução

Atualmente, no Brasil, a assistência à saúde é feita predominantemente por hospitais de pequeno porte (60%), com tecnologia simples e em municípios com menos de 20.000 habitantes (57%), conforme dados publicados pela Coordenação de Atenção Hospitalar do Ministério da Saúde (BRASIL/MS, 2004).

É de amplo conhecimento a difícil situação que atravessam a maioria dos hospitais filantrópicos de pequeno e médio porte no país. Analisando dados do IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada) publicados em 2002, sobre a oferta de serviços em saúde nos estabelecimentos com internação hospitalar, fica demonstrada uma tendência de estagnação de leitos e de hospitais e, conseqüentemente, queda da relação de leito/habitante nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste (Viavaca & Bahia, 2002). A tendência geral do número de leitos parece convergir para a média nacional de 2 a 3 leitos por 1000 habitantes.

Conforme dados da Secretaria de Atenção à Saúde (BRASIL/MS, 2004), verifica-se em grande parte dos municípios da região Sul capacidade ociosa nos hospitais de pequeno e médio porte com uma taxa média de ocupação de 30%, quando o parâmetro ideal é de 80% de ocupação. Ressalta-se ainda uma baixa produtividade e resolutividade dos serviços especializados, tanto clínicos quanto cirúrgicos prestados por estes hospitais (BRASIL/MS, 2002).

Em meio a este cenário encontra-se o município de Canela-RS que, segundo dados do anuário estatístico da Fundação de Economia e Estatística (FEE, 2003) integra o COREDE (Conselho Regional de Desenvolvimento) das Hortênsias, com outros 7 municípios, que em conjunto ocupam uma área de 9.979,0 km<sup>2</sup> e uma população 132.719 habitantes.

O município de Canela tem 36.721 habitantes, sendo a maior parte da sua população de origem ítalo-germânica. As principais atividades econômicas estão relacionadas à indústria moveleira e tem no turismo seu principal motor econômico. Economicamente apresentou um PIB per capita de R\$ 7.392,00 em 2002, ocupando o 16º lugar no IDESE (Índice de Desenvolvimento Socioeconômico) com escore de 0,720.

Em conformidade com as condições de gestão constantes na NOB 96, o município de Canela está habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM) desde 1997. A cidade possui apenas um hospital de porte II (até 100 leitos). O Hospital de Caridade de Canela (HCC), fundado em janeiro de 1948, responde à 5ª Coordenadoria Regional de Saúde de Caxias do Sul da SES/RS (Secretaria Estadual da Saúde). É uma sociedade civil de direito privado, sem fins lucrativos, composta por sócios contribuintes e beneméritos. A presidência do hospital é cargo voluntário, assim como as vagas do Conselho Diretor e Fiscal que são ocupadas por representantes da comunidade, eleitos por mandatos de dois anos.

Em sua estrutura física dispõe de 72 leitos, dos quais 57 destinados ao SUS. Sua estrutura operacional conta com o apoio das quatro especialidades básicas (Clínica Médica, Obstetrícia, Pediatria e Cirurgia Geral). No campo das especialidades cirúrgicas dispõe de Cirurgia Vascular, Otorrinolaringologia, Oftalmologia, Urologia, Traumatologia e Neurocirurgia. As especialidades clínicas que atende são: Cardiologia, Nefrologia, Pneumologia, Endocrinologia. Oferece ainda procedimentos de média complexidade, com serviços de patologia clínica, ultra-sonografia, radiologia simples e contrastada. Dispõe de Terapia Renal Substitutiva, como serviço de alta complexidade, que está credenciado para prestar atendimento ao SUS.

O hospital, desde sua fundação, passou apenas por pequenas adequações em sua estrutura física, não havendo, até o momento, qualquer planejamento estrutural de longo prazo. Durante o ano de 2004, reuniões com o corpo clínico sinalizavam para a necessidade de investimentos na estruturação física do hospital, visando sua modernização e ampliação. A prioridade definida foi o remodelamento do centro cirúrgico. Inúmeras discussões no Conselho Municipal de Saúde culminaram, após consenso, em apoio a construção de uma nova ala anexa ao hospital, que dará lugar a um centro cirúrgico, composto de 3 salas cirúrgicas totalizando 335m<sup>2</sup>. A obra terá fundamental importância na qualificação dos serviços prestados a comunidade. O financiamento da obra foi proveniente de verbas da Consulta Popular Estadual de 2003 e 2004. O início da obra está previsto tão logo se conclua o processo de licitação, possibilitando a expansão do número de procedimentos cirúrgicos de pequeno, médio e grande porte oferecidos pelo hospital. O corpo médico é formado por profissionais habilitados em diversas

especialidades cirúrgicas e, atualmente, têm sua capacidade de produção limitada pela precariedade da única sala cirúrgica disponível no hospital.

Há vários anos, o hospital tem seu atendimento voltado eminentemente para comunidade local. Apesar de inúmeros problemas financeiros, se apresenta como a organização de saúde mais bem equipada da região das Hortênsias. Tem o maior número de especialidades clínico-cirúrgicas à disposição da comunidade e o serviço de Hemodiálise têm papel fundamental para os municípios adjacentes.

No ano de 2004, o hospital em conjunto com algumas especialidades, provou sua primeira experiência em ofertar serviços a outras instituições. Isto se deu por meio da celebração de um contrato de prestação de serviços entre o hospital e a Prefeitura Municipal de Gramado para atendimento nas especialidades de Endocrinologia, Otorrinolaringologia, Neurologia e Urologia, com resultados bastante animadores.

Paralelamente às obras de ampliação do hospital e, antecedendo o processo de pactuação, teve início a re-estruturação dos serviços médicos oferecidos. As repercussões positivas, consequência dos resultados da prestação de serviços, serviram de embrião para despertar na organização o desejo de estar apta a atender a demanda dos municípios circunvizinhos em algumas áreas carentes; por exemplo, consultas e cirurgias especializadas. Entretanto, para concretizar esse desafio maior não bastam desejo e esforços isolados de articulação e pactuação, é imprescindível a clara compreensão macro-estrutural das diretrizes de regionalização sugeridas no Sistema Único de Saúde (SUS) e a participação plena de todos os atores responsáveis pela gestão do SUS e demais instâncias envolvidas neste processo.

As atuais políticas de assistência à saúde que estimulam a reorganização regional do sistema de saúde estão expressas na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) e implicam na elaboração de planos e de programas cujas bases territoriais ultrapassam as fronteiras municipais. Este estímulo à organização da assistência à saúde de forma regional ressalta a importância do Plano Diretor de Regionalização (PDR), apoiado pelas diretrizes da Programação Pactuada e Integrada (PPI), pois juntos dão subsídios tanto ao gestor municipal, quanto ao administrador do hospital para concretização do processo de regionalização.

## **2 Delimitação do Tema**

O tema abordado neste estudo se refere à utilização das diretrizes constantes na Programação Pactuada e Integrada (PPI) como instrumento para estudar quais as medidas a serem adotadas pelo Hospital de Caridade de Canela na busca da readequação estratégica de seu papel, à luz das atuais necessidades do SUS, dentro do processo de descentralização regionalizada. Como resultado se espera uma maior resolutividade do SUS na região.

### **3      Formulação do problema**

A inércia na efetivação do processo de regionalização da assistência a saúde no país, se estende desde a edição das NOBs e NOAS. Este estudo ganha relevância no momento em que aborda dois tópicos ainda controversos, que interferem na materialização das políticas de regionalização do SUS. Inicialmente, argumenta a respeito de qual a melhor forma de estruturação deste processo. Debate ainda o papel dos diferentes atores envolvidos na prestação da assistência à saúde sob o paradigma da regionalização. O segundo aspecto considerado, diz respeito a qual deve ser a configuração mais adequada do sistema descentralizado, tanto na forma de inter-relacionamento entre referência e contra-referência, quanto na relação dos hospitais das pequenas cidades em relação aos centros de maior complexidade.

Outra questão abordada e bastante polêmica é a da formação da rede hierarquizada de atenção e suas relações de competência com as demais instâncias envolvidas no complexo processo de atenção a saúde no Brasil. A constante busca de equilíbrio para efetiva implementação de um sistema regional descentralizado e hierarquizado é debatida sob a luz dos atuais indícios de crescente necessidade de mudança no perfil de assistência que vem sendo prestada pelos hospitais, principalmente dentro das microrregiões de saúde.

## 4 Justificativa

A proposta de regionalização não constitui uma novidade no debate sobre a organização dos sistemas de saúde. A idéia de regionalização já está presente na literatura desde o final do século XIX, conforme publicação do *Select Committee of the House of Lords on Metropolitan* de Londres em 1892.

No Brasil ao final dos anos 80, a Constituição Federal (CF, 1988) estabeleceu que as ações e serviços públicos de saúde deviam estar organizados de forma regionalizada (CF, 1988 art.198) e previa ainda a cooperação intergovernamental como requisito ao “equilíbrio do desenvolvimento e do bem estar em âmbito nacional” (CF, 1988 art. 23). Do mesmo modo, na Lei Orgânica da Saúde a regionalização figura como um dos princípios do SUS (Art. 7º da Lei 8080).

Nos anos 90, o intenso processo de descentralização da assistência a saúde foi orientado pela edição das NOBs (Normas Operacionais Básicas) do SUS – NOB 91, NOB 92, NOB 93 e NOB 96. Em seu conjunto, elas representam os instrumentos de regulação do processo de descentralização e tratam eminentemente dos aspectos da divisão de responsabilidades, relações entre gestores e critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios.

A questão de regionalização passa a ser destaque no debate setorial ao final da década, com a publicação em janeiro de 2001 da NOAS 01/01. Editada após um consenso mínimo entre todos os responsáveis pela reforma setorial: Ministério, Comissões Bi e Tripartite e o Conselho Nacional de Saúde, com o objetivo de “Promoção de maior equidade na alocação de recurso e no acesso da população às ações de saúde em todos os níveis de atenção” (BRASIL/MS, NOAS 01/01). A NOAS define a regionalização como uma macro-estratégia de reorganização assistencial.

Observa-se que os hospitais têm papel extremamente relevante no atual processo de descentralização e regionalização da assistência a saúde, principalmente quando visto nos municípios de pequeno e médio porte. Nestes municípios, os hospitais são as principais e, por vezes, as únicas opções de

atendimento à população. O reconhecimento e entendimento das necessidades microrregionais do SUS podem trazer maior resolutividade local aos problemas de saúde, desviando o fluxo desordenado de pacientes aos grandes hospitais metropolitanos. A maior contribuição resultante desta postura é o incentivo ao surgimento de centros microrregionais de saúde em consonância com os centros de saúde hierarquicamente superiores.

Apoiados nesta nova dinâmica, os hospitais devem aproveitar-se da estrutura de serviços disponíveis como forma de subsídio para elaboração de projetos de mudança estratégica. Assim, aqueles que primeiro se organizarem orientados pelas novas diretrizes, estarão em vantagem e em harmonia com os objetivos do SUS e da PPI. O conjunto das ações de re-estruturação do hospital, com objetivo de qualificar os serviços dirigidos aos municípios interessados ou até mesmo deficitários no atendimento de diferentes especialidades, aproximam a organização das metas definidas no plano de regionalização.

Os hospitais locais, candidatos a hospital-sede dentro de uma microrregião, devem se moldar à nova realidade de articulação com os demais centros de saúde de diferentes níveis de complexidade dentro da microrregião. É essencial que ofereçam serviços organizados e atrativos aos gestores e ao sistema local de saúde, agora, interligado e hierarquizado. Em decorrência disso, haverá otimização da capacidade de produção, com melhora das taxas de ocupação de leitos, com um desempenho mais adequado das organizações de saúde. Modificações internas da estrutura dos serviços ofertados, aliadas a modificação no relacionamento dos hospitais com os gestores dentro da sua microrregião também são esperadas. Uma das ferramentas auxiliares neste processo é sem dúvida a utilização da Programação Pactuada e Integrada (PPI).



## 5 Objetivos

Por se tratar de um assunto de grande relevância na atualidade, principalmente para os gestores das organizações de saúde e pela lentidão com que os processos de pactuação vêm ocorrendo, julgou-se pertinente desenvolver este estudo, visando incentivar a concretização das PPIs.

### 5.1 Geral

Sugerir um método para a readequação estratégica do Hospital de Caridade de Canela com o objetivo de sediar a assistência hospitalar dentro da sua microrregião por meio da PPI.

### 5.2 Específicos

Para atingir o objetivo geral proposto será necessário o desenvolvimento dos seguintes objetivos específicos:

- 1 – Descrever a situação do Hospital de Caridade de Canela dentro da microrregião e qual o seu papel no processo de regionalização;
- 2 – Conhecer as metas do processo de regionalização definidas para a microrregião que engloba o hospital;
- 3 -- Descrever o estágio de implantação do processo, procurando detectar possíveis pontos de estrangulamento do sistema de saúde na região;
- 4 – Apresentar estratégias para readequação da organização, buscando qualificar a assistência hospitalar dentro da microrregião.

## 6 Revisão da Literatura

### 6.1 O Sistema de Saúde no Brasil

No atual contexto da saúde nacional, é extremamente grave a situação experimentada, principalmente, pelos hospitais públicos e pelos privados filantrópicos. O setor enfrenta uma realidade de sucateamento e de inadequação da maior parte da rede hospitalar. Como consequência, fica complicado o acesso da população à assistência hospitalar especializada, principalmente nas pequenas cidades brasileiras. Esta situação é mais bem entendida quando se compreende que o sistema de saúde brasileiro opera em um país de dimensões continentais (8,5 milhões Km<sup>2</sup>), com particularidades regionais que dificultam o estabelecimento de uma política de saúde homogênea. Prevalece ainda forte relação paradoxal entre as unidades federadas que têm sua coexistência entre autonomia federativa e práticas político-administrativas centralizadoras.

Dados do Ministério da Saúde indicam que 90% da população brasileira é, de algum modo, usuária do SUS. A situação é agravada pela ineficiente atuação do setor privado de forma complementar ao setor público, como previsto na Constituição de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde de 1990. Na prática essa suplementação não tem ocorrido. Ao contrário, há um processo de retração progressiva da oferta de serviços para o SUS (Cecílio, 1997).

A crise enfrentada pelo setor, segundo relatório preliminar do CONASS de agosto de 2004, se manifesta em três dimensões principais: a dimensão da escala, a dimensão gerencial e a dimensão do sub-financiamento.

A dimensão da escala mostra uma rede inadequada, fortemente marcada pela presença de pequenos hospitais. A situação da rede hospitalar do SUS, no Brasil, em 2001 era a seguinte: 36,5% com menos de 30 leitos; 21,7% de 31 a 50 leitos; 21,7% de 51 a 100 leitos; e apenas 20,1% com mais de 100 leitos (Mendes, 2002). Comparativamente, no Reino Unido, dados do *IHSM* (Institute of Health Services

Management) publicados no *Health and Social Services Yearbook 1996/97* (HOWLAND, 1997) indicam que 64% dos leitos vinculados ao Serviço Nacional de Saúde estão localizados em hospitais de mais de 200 leitos.

Esse quadro revela duas situações distintas, uma realidade nacional onde há inúmeros hospitais de pequeno porte com pouca densidade tecnológica e escasso suporte multidisciplinar, defasando o atendimento a eventos agudos e a casos de média complexidade na maior parte das cidades do interior do Brasil. Como resultado há uma atenção ineficiente e de má qualidade, já que existe uma associação entre escala hospitalar e qualidade dos serviços prestados. Por outro lado, convive-se com uma grande concentração de hospitais bem estruturados técnica e tecnologicamente nas grandes cidades, resultando em enormes filas a espera de atendimento, com represamento da demanda e prejuízo à população.

O resultado da ineficiência gerencial pode ser atestado pelas taxas de ocupação média dos hospitais privados que prestam atendimento ao SUS. Essa taxa, em 1995, foi de apenas 54%, tendo diminuído para 48% em 1999 (BRASIL/MS, 2000). Conclui-se que a taxa de ocupação dos leitos do SUS é muito baixa e declinante. Esses resultados podem ser devidos à falta de interesse dos hospitais em abrigar os pacientes do SUS, pois o que se vê na prática é a centralização dos atendimentos em grandes hospitais federais e ou universitários. Até mesmo casos de baixa complexidade que poderiam ser resolvidos no município de origem são encaminhados para hospitais terciários. Este afluxo desordenado de usuários sem a devida triagem aos hospitais terciários contribui para o estrangulamento do sistema.

A terceira dimensão da crise hospitalar é a do sub-financiamento do custeio. Ela representa o fator central da crise, uma vez que influencia, direta ou indiretamente, as duas outras dimensões.

O problema do sub-financiamento, que há vários anos vem assolando principalmente os hospitais de pequeno e médio porte, tem seu foco na inadequada remuneração da tabela SUS aos procedimentos de baixa e média complexidade. As constantes inovações tecnológicas incorporadas à prática médica e o emprego de terapêuticas modernas ajudam a garantir a qualidade e o aumento da expectativa de vida da população, entretanto, elevam os custos dos tratamentos oferecidos. É

evidente que o aumento nos custos do financiamento da saúde é responsável direto pela crise no setor.

Segundo Leucovitz (1995 apud Cecílio 1997), os recursos destinados ao setor saúde têm sido insuficientes e a adoção de políticas econômica de ajuste estrutural tem conduzido à restrição do volume de recursos financeiros para a saúde na ordem de um terço do montante disponível há cerca de 5 anos, ao passo que se elevou em um terço a demanda pelos serviços públicos.

A remuneração oriunda das AIHs (autorização de internação hospitalar), na maioria das vezes, não cobre sequer o custo hospitalar para o tratamento dos pacientes. Desta forma, hospitais que têm a maior parte de sua receita dependente da remuneração do SUS, como é o caso do Hospital de Caridade de Canela, onde 75% dos atendimentos são destinados ao SUS, acumulam balanço negativo mensal. Esse padrão remuneratório impossibilita que os hospitais invistam em aperfeiçoamento da sua estrutura, essenciais para resolução dos problemas de saúde de suas comunidades, contribuindo cada vez mais para manutenção das “ambulancioterapias” e conseqüente truncamento do sistema.

## **6.2 A Regionalização da Assistência à Saúde**

A partir da discussão e implementação das diretrizes apontadas nas NOBs e NOAS, se inicia o processo de mudança no panorama das relações de saúde, com forte inclinação para descentralização regionalizada e hierarquizada. Se a construção de um sistema hierarquizado e descentralizado segue a estratégia da municipalização, oportuniza também que os hospitais interessados em absorver as demandas existentes no SUS busquem remodelamento estratégico para implementação de suas atividades. A correta inserção dos hospitais neste processo de integração só será possível com a readequação estratégica das organizações, através do uso de ferramentas gerenciais modernas e muitas vezes específicas para os serviços de saúde. Esse processo habilitará as organizações a participar efetivamente da construção de um serviço de saúde loco-regional eficaz.

Outras duas situações observadas que poderão ser passíveis de correção pelos hospitais são a baixa oferta de serviços de maior complexidade tecnológica e a de médicos especialistas em determinadas microrregiões. A negociação por meio da PPI viabiliza que se disponibilizem serviços segundo as necessidades regionais, auxiliando no manejo racional e controlado das demandas existentes. A pactuação de ações garante ainda incorporação tecnológica, com rateio dos custos entre os municípios participantes.

Entretanto, observa-se que o processo de regionalização ainda ocorre de forma isolada e incipiente. Para Souza (2002), isto tem uma derivação multifatorial. Os estados não assumiram plenamente as funções de coordenação e regulação dos sistemas municipais de saúde e das redes intermunicipais de atenção. Além disso, o pequeno porte da maior parte dos municípios brasileiros traz dificuldades no sentido de planejamento do sistema, já que não há como garantir a oferta de serviços de média e alta complexidade em todos os municípios brasileiros. O autor menciona ainda que a utilização da PPI tem sido efetiva em poucos casos, dificultando a integração intermunicipal.

Neste cenário em construção, o hospital pode contribuir de forma imprescindível para a efetivação da descentralização regionalizada da assistência a saúde. Como candidato a hospital referência deve, obrigatoriamente, estar receptivo às mudanças necessárias para absorver as demandas oriundas do referenciamento e contra-referenciamento microrregional, demonstrando estar habilitado para proporcionar resolutividade dentro do seu nível de complexidade com os serviços oferecidos na pactuação.

Conforme Artmann e Rivera (2003), a macro-estratégia da NOAS é instaurar uma lógica de planejamento integrado de maneira a conformar sistemas funcionais de saúde. As três estratégias que permitem encaminhar este processo são:

- Formulação do Plano Diretor de Regionalização por Estados (PDR);
- Fortalecimento das capacidades gestoras do SUS, de regulação, planejamento, controle e avaliação;

- Atualização de critérios e do processo de habilitação de estados e municípios às condições de gestão do SUS.

O PDR se constitui em uma ferramenta essencial no processo de descentralização, pois delimitando as regiões e microrregiões, possibilita a realização de diagnóstico dos principais problemas e formas de intervenção, definindo módulos assistenciais resolutivos com a orientação racional dos fluxos de referência e contra-referência municipal e intermunicipal.

Além do PDR, a NOAS prevê outros dois instrumentos importantes de planejamento integrado:

- *A Programação Pactuada Integrada (PPI)*: Processo instituído no âmbito do SUS para a alocação dos recursos da assistência à saúde nos estados e municípios brasileiros resultante da definição, negociação e formalização dos pactos entre os gestores, das prioridades, metas, critérios, métodos e instrumentos no sentido de definir de forma transparente os fluxos assistenciais no interior das redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços bem como os limites financeiros destinados para cada município, explicitando a parcela destinada à assistência da própria população e das referências recebidas de outros municípios (MS, 2002).
- *Plano Diretor de Investimentos (PDI)*: Instrumento de planejamento que deveria registrar as necessidades de investimentos, tanto em recursos como em procedimentos de uma dada complexidade nos municípios.

Para efetivação e sucesso do processo de regionalização cada município deverá obrigatoriamente ofertar, em seu território, os serviços de atenção primária à saúde. Os serviços de atenção secundária deverão ser contratados na microrregião, ofertados por prestadores públicos ou privados, preferentemente em hospitais filantrópicos e centralizados no município-pólo. O cumprimento de padrões de densidade tecnológica e de qualidade são pré-definidos e determinados por sistemas de certificação e regulação rigorosos.

Entretanto, para que o SUS possa operar com eficiência e qualidade, as microrregiões deverão ter no mínimo de 100 a 150 mil habitantes (Bengoa, 2001), o

que corresponde, na experiência internacional, a escala mínima para operar sistemas de saúde econômicos e de qualidade. Exemplos bem sucedidos de consórcios intermunicipais microrregionais estão espalhados pelo Brasil. Os resultados de ganho de eficiência na oferta de serviços foram dados pelo Consórcio Distrital de Saúde da Grande Santa Rosa (CODS) – RS, onde o objetivo de aumentar a resolutividade da rede e desconcentrar serviços foi atingido (Ribeiro, 1999). O mesmo autor relata a experiência mineira vivida em São Lourenço – MG, onde o consórcio assegurou a contratação de serviços médicos não disponíveis pelo SUS, através do pagamento da tabela de procedimentos em dobro aos consultórios associados. Já a experiência do Consórcio Intermunicipal de Saúde de Penapólis (CISA)-SP que, para muitos autores, figura como modelo bem sucedido de cooperação, viabilizou uma clínica de especialidades médicas, outra de moléstias infecciosas e um laboratório de análises clínicas. Até mesmo um projeto de formação de recursos humanos na área de enfermagem foi desenvolvido (Bastos & Misoczky, 1997).

A pactuação intermunicipal propicia ainda a orientação correta dos fluxos de interrelacionamentos que garantem acesso a todos os níveis de atenção necessários para o amplo e integral atendimento ao usuário, moldando e consolidando o sistema de descentralização proposto.

Segundo Ribeiro (1994), as práticas de cooperação intermunicipais com as parcerias intergestores se apresentavam como saída para muitos municípios, especialmente os de pequeno porte, para unidos enfrentarem problemas crônicos como a falta de recursos diagnósticos e de atendimento especializado.

Analisando as experiências de sucesso dos consórcios intermunicipais nos diversos estados brasileiros e comparando os dados de abrangência com os dados de tamanho de população, constata-se que os consórcios atingem 12% da população brasileira em 22% dos municípios, sendo que 60% dos municípios atingidos possuem populações menores que 10.000 habitantes (Lima, 2000). Considerando esses dados, fica claro que a maioria das regiões consorciada é formada por municípios de pequeno porte. Esta afirmativa confirma o discurso da maioria dos prefeitos sobre a necessidade de formação de parcerias para a viabilização do sistema de saúde nestes municípios.

### 6.3 Consensos na formação dos consórcios de saúde

A temática da criação dos consórcios de cooperação intermunicipal vem sendo bastante debatida na literatura. De modo geral, os consórcios intermunicipais de saúde, criados pelas pactuações apresentam as seguintes características:

- Formam sociedades civis de direito privado;
- Ampliam e ordenam a oferta de serviços em municípios de pequeno e de médio porte, principalmente por meio de especialistas médicos e suporte para diagnóstico;
- Compram serviços e contratam profissionais segundo regras de mercado;
- Concentram a decisão política em conselhos de prefeitos;
- Delegam a operação do sistema aos secretários de saúde da região e/ou técnicos qualificados e, em alguns casos, integram sua atuação com os conselhos de saúde ;
- Flexibilizam a remuneração dos profissionais com pagamento de incentivos;
- Buscam, via medidas de otimização dos recursos regionais disponíveis, melhorar o acesso e a qualidade do SUS;
- Concentram as atividades de maior complexidade em um município-pólo.

Para Mendes (1996), os pontos chaves dos consórcios de saúde no Brasil estão sintetizados a seguir:

- a) Os consórcios intermunicipais de saúde surgem espontaneamente, das necessidades dos municípios em resolver problemas e, não, como resultado de políticas nacionais ou estaduais deliberadas;
- b) Tal como o nome indica, é uma organização exclusiva de municípios, sem a participação dos estados, a não ser, em alguns casos, com vaga referência às instâncias regionais das secretarias estaduais de saúde;
- c) São, por conseqüência, experiências pontuais, frutos de um processo de comunicação horizontal entre municípios em que se estabelece relação não-



hierarquizada e em que se procura preservar a autonomia política dos governos locais;

d) Têm como âmbito de ação uma microrregião de pertença econômica, social, cultural e sanitária;

e) Em sua maioria organizam-se para ofertar serviços hospitalares, de atenção médica ambulatorial especializada, sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico e, menos freqüentemente, a distribuição de medicamentos;

f) Apresentam uma estrutura básica, com algumas variações: uma instância deliberativa, o Conselho de Prefeitos; uma instância fiscalizadora, o Conselho Fiscal ou Conselho Curador e uma Secretaria Executiva. Há uma tendência à formação de Conselhos Intermunicipais de Saúde, para exercer o controle social, e de assessorias técnicas;

g) O financiamento é feito por meio de recursos federais, dentro da sistemática do SUS, e com recursos próprios dos municípios. Os recursos municipais são repassados por cotas mensais a um fundo comum ou ao município-sede e seus valores calculados como porcentagem fixa do Fundo de Participação dos Municípios ou mediante critérios que combinam população e serviços recebidos. A participação estadual tem sido pouco relevante;

h) Em alguns casos, há a presença de universidades apoiando os consórcios.

Uma revisão crítica da literatura permite que se trace um panorama atualizado dos consórcios intermunicipais de saúde no Brasil. Da mesma forma é essencial o conhecimento de como se comportam as organizações de saúde, mais especificamente, os hospitais que fazem parte da rede que compõe o SUS dentro desse processo. O debate das diretrizes de posicionamento estratégico das organizações dentro do ambiente de regionalização tem extrema relevância neste estudo.

Para auxiliar no cumprimento dos objetivos, se destacam da literatura resultados publicados em um estudo recente que avaliou a caracterização gerencial dos hospitais filantrópicos brasileiros. Segundo os autores, grande parte dos hospitais analisados na amostra apresenta um desenvolvimento gerencial incipiente

(83%), destes 98% são de baixa e média complexidade, 85% possuem menos de 100 leitos e 88% são de micro ou pequeno porte financeiro. Estes resultados derivaram da avaliação de alguns aspectos institucionais previamente definidos, tais como: estrutura da direção e a presença de instrumentos de planejamento, serviços de informação; gestão de recursos humanos e estrutura logística. Ainda considerou elementos de suas relações com o mercado de saúde suplementar e com a rede pública do SUS (Lima et al, 2004).

É consenso na literatura especializada, conforme resultados de Stanwick et al (1995) e Zey-Ferrel (1979) que uma estruturação organizacional bem desenhada é condição necessária, ainda que não suficiente para o bom desempenho de uma organização.

Com base nesses dados, a habilitação de um hospital como referência microrregional deve passar por um adequado planejamento estratégico em conformidade com a política de regionalização, sempre pautada pelas definições constantes no PDR. O adequado gerenciamento estratégico do hospital pode, sem dúvida, auxiliar em muito para que seu município se torne município-pólo e referência microrregional. A adequação técnica disponibilizando serviços de média e alta complexidade no hospital da microrregião (Ex. Psiquiatria) é uma alternativa que vai ao encontro das diretrizes gerais deste novo processo de descentralização.

## **6.4 Plano Diretor de Regionalização da Saúde**

### **6.4.1 Criação das macrorregionais e a organização da atenção à saúde no Rio Grande do Sul**

O Estado do Rio Grande do Sul possui uma área territorial de 282.674 Km<sup>2</sup>. Está dividido em 497 municípios, que em sua maioria são de pequeno porte. No ano de 2001, 45,7% destes municípios tinham uma população abaixo de 5 mil habitantes e 68% abaixo de 10 mil habitantes.

A divisão administrativa na área da saúde que efetivou a descentralização político-administrativa do SUS no Rio Grande do Sul está representada pela criação das 19 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), existentes desde 1999 e formalizadas através do Decreto 39.961 de 30 de agosto de 1999. Substituíram as antigamente denominadas de Delegacias Regionais de Saúde. As coordenadorias são as instâncias responsáveis pela coordenação dos sistemas de saúde microrregionais e módulos assistências correspondentes à sua área de atuação.

No Rio Grande do Sul a atenção à saúde foi regionalizada em sete macrorregiões: Centro-Oeste, Metropolitana, Missioneira, Norte, Serra, Sul e Vales. Utilizando a mesma lógica foram definidas microrregiões dentro de cada macrorregião por meio de critérios específicos (Anexo 1).

#### **6.4.2 O processo de descentralização no Rio Grande do Sul**

Em 1999, no Estado do Rio Grande do Sul se acelerou o processo de descentralização. Na área ambulatorial, passos importantes na descentralização dos serviços ocorreram. As especialidades pioneiras e que mais avançaram foram a Oftalmologia e, particularmente, a Oncologia, com a abertura de Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) em todas as macrorregiões. No ano de 2000, a Terapia Renal Substitutiva também já estava descentralizada em todas as 7 macrorregiões.

O principal problema que atrasa o progresso da descentralização continua sendo a concentração de serviços nas cidades pólos das macrorregiões. Os serviços de assistência hospitalar e os serviços ambulatoriais de diagnose e terapêutica de maior complexidade são os de ajuste mais complexo.

Dados publicados em 2002 no Plano Diretor de Regionalização da Saúde já apresentavam as macrorregiões e suas microrregiões, totalizando 93 microrregiões e 173 módulos assistências em todo estado.

A macrorregião Serra, pertencente a 5ª CRS, tem como principal pólo assistencial à cidade de Caxias do Sul. É formada por 50 municípios, com uma população de 953.995 habitantes. Dentro dessa macrorregião foram definidas 11 microrregiões.

#### **6.4.3 Microrregião das Hortênsias**

Na região das Hortênsias há duas microrregionais, a de Feliz e a microrregião Canela/Gramado. Centraremos foco desse estudo na microrregião Canela/Gramado, pois é onde se situa o Hospital de Caridade de Canela. É composta pelas cidades de Canela, Gramado, Picada Café e Nova Petrópolis, com total de 86.202 habitantes. Concorrem como prováveis municípios-sede do módulo assistencial as cidades de Gramado, Canela e Nova Petrópolis.

Este conjunto de municípios deverá lançar mão da PPI e iniciar os processos de pactuação horizontal entre os gestores municipais para assegurar o acesso da população de seu território aos serviços de acordo com as necessidades, independente do local onde ele será prestado. Há a possibilidade de pactuações com outros municípios pertencentes a microrregional de Feliz, devido à proximidade geográfica entre os municípios dessas duas microrregiões, caso haja afinidade e consenso entre os gestores. As pactuações com municípios pertencentes a outras CRS deverão ser efetivadas a nível estadual. Os acordos pactuados devem estar construídos em bases sólidas e apoiados em instrumentos de gestão que garantam as condições pactuadas. A participação do gestor estadual no processo se dará por meio das instâncias regionais.

Analisando o PDR encontram-se as diretrizes voltadas para os hospitais que integrarão o Sistema de Referência Regional. Percebe-se que a rede hospitalar foi classificada obedecendo a parâmetros definidos na resolução 81/2000 da bipartite. As organizações ficam qualificadas como: unidades locais, hospitais microrregionais, hospitais regionais, hospitais macrorregionais e hospitais especializados (Anexo 2).

Respeitando esses parâmetros o Hospital de Caridade de Canela pode ser caracterizado como hospital microrregional. Dentro da microrregião Gramado/Canela o processo de pactuação entre os gestores tem evoluído de forma lenta. A denominada PPI ambulatorial pouco avançou até o momento, devido à inércia nos processos de negociação. Por outro lado, a PPI hospitalar teve início de maneira unilateral, por meio de uma decisão administrativa do gabinete municipal. Foram ofertadas cirurgias especializadas no programa SIS-PPI sem a devida discussão com o hospital e a equipe de especialistas, resultando no seu cancelamento poucos meses após, sem que nenhum atendimento hospitalar fosse prestado. Na prática, a PPI hospitalar não foi efetivada.

A forte atuação do COREDE da região das Hortênsias é uma característica regional que deve ser respeitada. Alguns municípios do COREDE situados fora da 5ª CRS, como as cidades de São Francisco de Paula e Cambará do Sul, que pertencem a 2ª CRS são atendidos pelo hospital de Canela, devido à proximidade geográfica do hospital ser maior que a do hospital referência de seu município-pólo.

Desde o ano de 2000, o Hospital de Caridade de Canela tem o serviço de Terapia Renal Substitutiva reconhecido como referência microrregional. Esta vocação vem sendo reforçada pela crescente qualificação técnica incorporada ao hospital, por meio do ingresso de vários especialistas no corpo clínico. O projeto de ampliação do centro cirúrgico também teve apoio incondicional de vários pequenos municípios, que informalmente, também reconhecem o hospital como referência microrregional.

A adequada aplicação das ferramentas disponíveis na PPI apoiadas na readequação estratégica a ser executada pelo Hospital de Caridade de Canela em busca da ampliação da ofertas de serviços fará com que o hospital cumpra satisfatoriamente seu papel como coadjuvante no processo de regionalização.

Há dois anos o Hospital de Canela vem efetuando mudanças no seu perfil de atendimento na busca de qualificação e ampliação da oferta de serviços especializados. O início desse processo se deu com a ampliação da área física do setor de Hemodiálise, seguida da modernização dos equipamentos da unidade. Concomitantemente, a realização de cirurgias urológicas e de otorrinolaringologia

possibilitou a resolução local de parte da demanda represada de doentes nestas especialidades.

## **6.5 Planejamento da readequação estratégica para os hospitais**

Mesmo utilizando como pano de fundo o conteúdo das diretrizes da Programação Pactuada e Integrada para uma melhor compreensão das táticas de readequação estratégica para o hospital, se faz necessária a observação de algumas considerações extraídas do campo da Teoria Geral da Administração. Sabe-se que a formação de uma estratégia é um espaço complexo e abrangente (Mintzberg et al, 2000). A teoria aponta ainda que para um correto planejamento estratégico a organização deve passar por uma redefinição de sua missão. Necessita um aperfeiçoamento dos processos de identificação de problemas e tomada de decisão, flexibilizando suas ações, aumentando assim a sensibilidade e a capacidade de adequação às necessidades do ambiente onde esta inserida. Para Motta (2001) é essencial ainda à valorização da intersectorialidade, uma análise crítica de riscos e incertezas e um adequado julgamento de valores.

Trabalhos conduzidos por Luis Carlos de Oliveira Cecílio desde 1994, abordando a condução dos processos de mudança nos hospitais, são bastante expressivos, motivando debates na literatura. Aproveitando-se da vasta experiência pessoal, avalia e critica, em suas publicações, vários aspectos das organizações de saúde. Como resultado alguns modelos de gestão são sugeridos.

Na abordagem do terreno da readequação dos hospitais é essencial o reconhecimento de algumas características particulares, muito singulares vistas nos vários processos encontrados dentro das organizações de saúde. Na avaliação destas organizações é preciso ainda, muito conhecimento das relações de poder que se estabelecem internamente. Esse ambiente especial não deve ser desconsiderado quando se dá início aos processos de gestão da mudança nas organizações hospitalares, pois do contrário invariavelmente estarão condenados ao fracasso (Cecílio, 2000a).

No momento que se propõem mudanças nas organizações de saúde é fundamental o estabelecimento de objetivos claros para não incorrer em erros ou atrasos em sua execução. Este “projeto” de mudança deve contemplar dois aspectos fundamentais: a missão da organização dentro de metas pré-definidas, que no caso do SUS são reflexos das necessidades locais ou loco-regional do sistema de saúde. O segundo aspecto ressalta que todas as modificações planejadas e efetuadas dentro das organizações têm cada vez maior centralidade de foco no usuário. Quando esses conceitos que em última análise são responsáveis pelo “novo hospital” são observados, as chances do processo de mudança ocorrer de forma favorável são aumentadas. O transporte desses conceitos para dentro do sistema de regionalização da saúde, vislumbrando a re-configuração de um hospital geral num hospital-sede microrregional contribuem em muito para o sucesso e efetivação das readequações estratégias propostas.

As idéias embutidas nas novas metas do hospital devem fluir no interior da organização, se espalhando a todos os serviços e setores, “contaminando” os diferentes coletivos de profissionais envolvidos nos processos de atenção à saúde, com objetivo de oferecer excelência técnica nos serviços prestados pelo hospital (Cecílio, 2000b).

## **6.6 Lógica do planejamento da atenção em saúde na atualidade**

Entretanto, antes de apresentarmos as ferramentas gerenciais que são comumente utilizadas na readequação dos hospitais, dentro de modelos já conhecidos, é prudente estar atento para não se perpetuar o modelo hospitalocêntrico que está difundido no país. O modelo de pirâmide do SUS também é alvo de críticas. Para Cecílio, os serviços hierarquizados, com fluxos ordenados e racionais através de níveis crescentes de complexidade muitas vezes não funcionam. Na prática, esta racionalidade não ocorre em grande parte das regiões, resultando em uma grande irracionalidade da organização da atenção à saúde (Cecílio, 2000b).

As razões que auxiliam na compreensão dos motivos pelos quais ocorre ineficiência do sistema como ele se apresenta na atualidade, foram sugeridas por Cecílio em 1997, onde se destacam:

1. A rede básica de serviços de saúde não tem conseguido se tornar a “porta de entrada” mais importante do sistema. Este papel continua sendo executado pelos serviços de urgência/emergência e pelos ambulatórios dos hospitais. Não está claro o suficiente qual o verdadeiro papel das unidades básicas, apesar de extensos debates na literatura nos últimos anos.
2. Levantamentos sobre o perfil de morbidades que são atendidas nas emergências e urgências dos hospitais mostram elevadas taxas de prevalência (50%) de atendimentos a patologias de baixa complexidade, que deveriam ser absorvidas pela rede básica.
3. Dificuldade de acesso aos ambulatórios especializados, mesmo com a exigência do preenchimento dos formulários de referência pelas unidades básicas. Isto se deve primeiro, porque alguns ambulatórios mantêm “clientelas cativas”, que poderiam seguir acompanhamento na rede básica. A segunda questão remete ao fato que freqüentemente os médicos generalistas se “livram” dos pacientes potencialmente complicados encaminhando-os aos especialistas.
4. Há um paradoxo com o qual os pacientes convivem, onde há coexistência de uma grande dificuldade de acesso a serviços de alta complexidade com ociosidade na utilização de recursos e equipamentos existentes e disponíveis.

A complexidade do SUS se torna terreno fértil para diferentes teorias sobre qual é a melhor forma de prestar atendimento à população. São discutidas, ainda hoje, formas de efetivar a materialização das políticas de saúde iniciadas com a reforma sanitária. Tenta-se definir com precisão qual o papel mais adequado a ser desempenhado pelos diferentes elementos que compõem a cadeia de apoio do sistema, sejam eles os postos de saúde, os ambulatórios de especialidade e até mesmo hospitais terciários.



As avaliações da rede hospitalar sugerem que os problemas de ordem estratégica e gerencial vividos pelos hospitais são muito semelhantes e estão estreitamente interligados. Este momento é propício para aqueles hospitais capacitados estrategicamente experimentarem, por exemplo, a vanguarda na efetivação da PPI hospitalar.

Toda idéia de readequação bem montada passa por uma espécie de “desenho prévio”, conhecido como etapa de diagnóstico ou de preparação para a mudança. Nela são analisados diferentes indicadores, planilhas e balanços financeiros, à procura de um adequado mapeamento de problemas, possibilitando firmar um diagnóstico da situação da instituição e ao mesmo tempo identificar as variáveis importantes para se alcançar os resultados previstos no projeto (Cecílio, 1997). As observações extraídas dessa etapa pavimentam o caminho das correções que devem ser realizadas posteriormente. Sem dúvida, contribuem para a afirmação da nova política de assistência que pretende ser prestada.

## **6.7 O panorama local**

Analisando-se a estrutura administrativo-gerencial do Hospital de Caridade de Canela, apontamos diferentes características passíveis de mudanças. A primeira aborda a predominância de fluxos verticais de comandos, com direção exercida essencialmente no sentido topo-base dentre os vários corpos profissionais. A segunda diz respeito à ausência de espaços organizacionais adequados para encontros de discussão e avaliação das equipes de trabalho. Há ainda, sistemas de direção de baixa responsabilidade e sem qualificação específica. Evidencia-se a ausência de mecanismos institucionais de avaliação. Merecem destaque os grandes bloqueios de comunicação entre a área administrativa e a área operacional e assistencial, com um excessivo formalismo nas comunicações entre os vários setores do hospital. Percebe-se ainda, que os modelos de chefia predominam sobre as atuais concepções de gerências com forte autoritarismo nas relações entre diferentes níveis hierárquicos dentro da organização e isolamento da direção superior.

Algumas dificuldades técnicas serão discutidas, invariavelmente as mais problemáticas e de difícil solução são as que abordam a interface de relacionamento entre a equipe médica e as regras impostas pelo sistema. Destacam-se o desconforto e resistência do corpo médico no registro de informações essenciais no prontuário, determinando uma performance inadequada do faturamento do hospital. A falta de interesse em conhecer as particularidades do laudo AIH e a real importância de seu adequado preenchimento pode ser entendida pelo perfil de autonomia dos profissionais médicos. Este aspecto é de fácil constatação quando se verifica a inadequada especificação dos procedimentos nas AIHs, gerando subfaturamento nos pagamentos ao hospital.

A predominância de médicos prestadores de serviço, sem vínculo empregatício com a instituição, obriga o hospital complementar financeiramente à tabela do SUS, como forma de incentivo para a realização de procedimentos cirúrgicos.

A sazonalidade local característica da região, que concentra as internações nos meses de inverno, faz com que em muitos meses o hospital não utilize o número de AIHs disponíveis, que atualmente é de 230 internações/mês. Em contrapartida a escassez de recursos financeiros por parte do hospital, limita a complementação da tabela SUS, cerceando a capacidade de produção da equipe cirúrgica, tornando o hospital essencialmente clínico. A não intervenção cirúrgica gera filas à espera de atendimento contribuindo com a perda de receita por parte do hospital, determinando a manutenção deste círculo vicioso.

O saldo é a baixa resolutividade local, com excessivo encaminhamento dos pacientes de baixa complexidade aos grandes centros, atrapalhando o controle de desempenho, dificultando o planejamento, limitando as receitas e contribuindo para a fragmentação do atendimento.

Outro resultado preocupante é a constante ameaça de redução do teto de remuneração do hospital. Segundo o gestor municipal, analisando os laudos de AIH, o hospital apresenta uma produção inferior a qual poderia realizar e não condizente com o montante de recursos repassados ao hospital. Entretanto, grande parte dos recursos destinados ao hospital é utilizada na implementação dos honorários

médicos do setor de urgência/emergência para manutenção da cobertura 24h, na complementação da tabela SUS para realização de procedimentos cirúrgicos e também para remunerar os médicos responsáveis pela internação clínica.

Diante do exposto fica claro o desafio a ser enfrentado para correção destas distorções. São essenciais mudanças estratégicas e de relacionamento com os profissionais. Porém esse padrão organizacional não é privilégio somente do HCC, sendo amplamente encontrado em grande parte das organizações de saúde de pequeno e médio porte.

Torna-se nítido que a plena afirmação do modelo de assistência constante nas diretrizes do SUS, garantindo à população universalidade e equidade de acesso ao sistema de saúde enfrenta grandes barreiras. Para a consolidação do modelo assistencial proposto é essencial a completa implementação das diretrizes definidas em seu planejamento teórico, resultando em um sistema com suporte adequado às diferentes necessidades dos cidadãos, sendo efetivamente resolutivo do ponto de vista prático da assistência global a saúde. Não só as dificuldades políticas deverão ser vencidas, há que se convencerem os gestores de que os modelos de administração tradicionais adotados pelos hospitais funcionam como barreiras internas e acabam contribuindo, em muito para o agravamento desta problemática.

O conhecimento detalhado das nuances do processo de construção das políticas públicas de saúde que vêm sendo praticadas, aliada à capacidade da organização de “olhar para seu interior” dentro do “locus” no qual está inserida, projetando a partir daí seu futuro, sempre orientada pelas necessidades locais, permitirá maior consistência dos resultados obtidos através da readequação estratégica.

A avaliação crítica e contínua do impacto gerado pelas etapas concluídas do processo de readequação trarão a certeza de se “está no rumo certo”. Isto possibilita maior aceitação das mudanças por todos os níveis da organização. O resultado desse esforço conduzirá o hospital a uma postura que garanta sustentabilidade com possibilidade de expansão estrutural e sua correta inserção no novo cenário que será desenhado.

## 6.8 Criação de cenários no auxílio da readequação estratégica

Outra abordagem que deve ser observada no processo de remodelamento das organizações de saúde é a utilização de cenários como forma de planejamento estratégico das organizações. Conforme apresentou Bender em sua monografia, a criação de cenários auxilia na correta inserção das organizações no ambiente que enfrentam, não apenas no presente, mas principalmente no futuro (Bender, 2004).

O desenvolvimento de cenários segue algumas etapas que são descritas a seguir:

**1ª Etapa:** *Identificação da questão ou decisão principal:* O processo de desenvolvimento de cenários deve ser iniciado de dentro para fora da organização, e não ao contrário.

**2ª Etapa:** *Identificação das principais forças no ambiente local:* Levantar os principais fatores que influenciam o sucesso ou o fracasso das decisões tomadas. São fatores: cientes, novas tecnologias e tendências, políticas de saúde, entre outros.

**3ª etapa:** *Identificação das forças motrizes:* Identificar como os fatores locais podem ser influenciados pelas variáveis macro-ambientais. Como exemplo, aspectos do desenvolvimento econômico e social, panorama político, demografia.

**4ª Etapa:** *Classificação por importância e incerteza:* Nessa etapa é imprescindível elaborar um ranking de fatores ou tendências motrizes principais. Baseados em dois critérios:

- Estabelecer o grau de importância para o sucesso da questão ou decisão principal identificada na 1ª etapa.
- Quantificar o grau de incerteza que envolve esses fatores e tendências.

**5ª Etapa:** *Selecionando a lógica do cenário:* Utilizando resultados da 4ª etapa, deverão ser obtidos os eixos ao longo dos quais os cenários vão se diferenciar.

Vários cenários deverão ser construídos e as diferenças entre eles deverão ser significativas para os tomadores de decisão.

**6ª Etapa:** *Detalhamento dos cenários:* Etapa que exige grande capacidade de análise e talvez muita experiência, pois cada fator e tendência devem receber atenção em cada cenário escolhido. As dificuldades aparecerão na hora de identificar qual incerteza exerce mais influência em que cenário. É aconselhável acompanhar opiniões de pessoas que ocupem importantes posições, as quais estão aptas a falar sobre as tendências econômicas, financeiras, sociais e tecnológicas. Podem ser relevantes para se avaliar acontecimentos futuros, os quais poderão contribuir para o sucesso ou o fracasso dos objetivos contidos em certos cenários.

**7ª Etapa:** *Conseqüências:* Após o detalhamento feito na etapa anterior, é prudente voltar a questão ou decisão principal, que foi identificada na 1ª etapa. Esse procedimento é denominado de ensaiar o futuro. Se a decisão parece ser boa em apenas um de vários cenários, então ela pode ser considerada de alto risco.

**8ª Etapa:** *Seleção de indicadores e sinalizadores principais:* Nesta etapa, se busca conhecer, de forma rápida, qual dos cenários mais se aproxima da realidade quando essa for conhecida. Portanto, torna-se importante a definição de quais os indicadores relacionados com quais fatores serão acompanhados para efeito de avaliação dos cenários escolhidos.

É importante à distinção clara entre cenários e previsões. Frequentemente, previsões não passam de simples extrapolações de tendências. Cenários, por sua vez, são sistemas complexos, que buscam revelar sinais precoces de alterações do futuro (Bender, 2004).

O propósito dos cenários é apresentar uma imagem significativa de futuros prováveis, em horizontes e tempos diversos. A partir deles os administradores podem projetar o inter-relacionamento de sua organização com o ambiente daqui a alguns anos.

## 6.9 Modificações gerenciais como forma de readequação estratégica ao Hospital de Caridade de Canela

Antes de apresentar ao Hospital de Caridade de Canela algumas propostas de como pensar a sua readequação estratégica dentro do processo de regionalização da saúde, contribuindo assim para a efetivação da PPI hospitalar, alertamos que as mudanças devem atingir amplamente a organização, tanto na esfera administrativa quanto do ponto de vista técnico. Alterações profundas na maneira com que define e executa seus processos de produção, na forma como interage com a equipe médica e de enfermagem e como se relaciona com o poder público, são alvos das mudanças esperadas.

Em defesa de novas formas de pensar a estratégia de organização dos hospitais, Cecílio indica algumas ferramentas gerenciais que podem ser utilizadas em sua execução:

1. *Adoção de espaços reais de trabalho das equipes como centro de toda lógica da gestão.* Efetivadas pela criação de Unidades de Produção (UP), criação de organogramas horizontalizados com fim das direções verticais.
2. *Gestão unificada das unidades de produção.* Substituição do “chefe” pelo gerente da unidade.
3. *Trabalhar em equipe, planejando, organizando e avaliando todas as etapas do processo de trabalho de forma a quebrar as rígidas relações de hierarquia existentes intra e intercorporações profissionais.*
4. *Avaliação contínua da qualidade da assistência prestada e dos resultados obtidos por cada uma das categorias profissionais.* Implementação de protocolos terapêuticos individualizados e multi-profissionais. Discussão de casos, Criação de comissões (prontuário, ética, revisão de óbitos, etc).
5. *Combinar autonomia das unidades funcionais com coordenação centralizada do hospital.* Produção e análise de indicadores de resultados confiáveis. Criação de

colegiados de gerência. Atividades de supervisão da alta administração mais próximas das gerências.

6. *Organizar todo processo de trabalho com foco no usuário e avaliar de forma permanente sua satisfação.* Criação de questionários de satisfação.

7. *Desburocratização dos problemas cotidianos e agilização da comunicação interna.* Delegação de autonomia aos gerentes, enfatizar a comunicação lateral.

8. *Estimular a adesão de todos trabalhadores para o projeto de mudança do hospital,* empregados celetistas, equipe de enfermagem ou prestadores de serviços como os médicos.

9. *Romper o “espírito de corpo” existente no hospital entre diferentes classes de colaboradores* (Enfermeiros, médicos, auxiliares e técnicos de enfermagem, etc.)

10. *Construção de “novos gerentes”, necessários para condução das mudanças propostas.* Incentivos a sua preparação e diferenciação com cursos e workshops, remuneração adequada e disponibilidade de tempo para função gerencial. Criação de programas de incentivo.

11. *Descentralização do poder administrativo-financeiro no sentido topo-base.*

12. *Possibilitar um maior controle social sobre o hospital.* Aproximação com o Conselho Municipal de Saúde.

13. *Contribuir para reverter à lógica hospitalocêntrica atual.* Utilizar a estrutura do serviço de urgência/emergência que acaba servindo de porta de entrada para corrigir as distorções no atendimento, ficando responsável pelo encaminhamento adequado do paciente ao espaço tecnológico condizente, compatível com a complexidade exigida.

14. *Garantir uma continuidade político-administrativa que dê suporte temporal às medidas pretendidas.*

15. *Buscar a autonomia financeira para desenvolvimento de políticas próprias para o hospital.* Investimentos em tecnologia, sistema de gratificações financeiras por desempenho.

A observância destes quesitos serve como balizador para o início do processo de mudança. O próprio autor reforça que estas indicações não devem ser vistas como receita de sucesso, mas como pauta de cuidados e preocupações a serem observadas. As particularidades inerentes a cada organização e aos serviços oferecidos devem ser respeitadas e, se necessário, corrigidas. O acolhimento de práticas que já se mostraram efetivas em outros hospitais, serve como modelo às mudanças necessárias, respeitando as particularidades de cada organização, para concretização do processo de mudança.

Contudo, alertamos para a grande carga de trabalho resultante do início do processo de mudança, que muitas vezes o torna de difícil implantação. Seja pelo desgaste a que é submetido enquanto não mostra resultados consistentes, seja pela resistência imposta por determinados setores que já criaram seu “Status Quo” com práticas viciadas e contraproducentes. Campos em 1997 concluiu, resumidamente, que as coisas e as pessoas são duras às mudanças.

Levando em consideração o exposto, os planos de mudança devem oferecer rotas alternativas para sua execução, não sendo prudente se ater a um projeto imutável e estanque. Geralmente, a solução de um problema quase sempre resulta no surgimento de outro, necessitando invariavelmente de flexibilidade para sua resolução satisfatória. A conclusão das etapas de mudança quase nunca ocorre de maneira simultânea em toda organização. O que se verifica na prática é que ela se dá por blocos. Conseqüentemente, alguns obstáculos somente serão ultrapassados com o decorrer do tempo, e invariavelmente, mobilizados pela pressão que o bloco de processos executados com êxito exerce sobre a parcela ainda estagnada da organização, dando legitimidade ao processo de readequação estratégica.

A mudança não deve ocorrer apenas no nível estratégico, mas deve ser absorvida por todos, penetrando em cada nicho do nível tático e operacional, envolvido diretamente na produção do resultado.

À medida que se estabelece a mudança, ou quando ela se completa em determinado setor, é prudente se certificar que ela percorreu todos os níveis dentro da organização, alterando, em última análise as características do atendimento. O clima de mudança deve estender-se a todos os serviços sejam eles próprios ou



terceirizados (imagenologia, nutrição, esterilização, banco de sangue, suprimento, manutenção e lavanderia, entre outras). A permanência de setores trabalhando em dissonância dentro da mesma organização é fator gerador de atritos e põe em risco todo processo de mudança. A premissa que se interpõe nas interfaces de negociação deve estar baseada no “ganha-ganha” e não se prender a lógica corrente que estabelece que em processos de negociação há sempre um prejudicado.

A avaliação de qualidade dos serviços prestados pelas organizações de saúde é de difícil quantificação, devido à complexidade dos processos envolvidos em sua produção. Por este motivo, é cada vez maior a busca da satisfação do usuário. Com esse pensamento é que o hospital deve desenvolver mecanismos próprios de avaliação e controle como, por exemplo, as planilhas de resultado. Nelas se fixam escores ótimos como meta e, através delas se medem os resultados alcançados e se define em que tempo o hospital pretende cumpri-los. Em última análise, elas refletem com grande fidelidade a melhora ou não do padrão assistencial quando comparados aos mesmos indicadores obtidos antes do início das medidas de readequação estratégica.

Com intuito de promover a coesão de todos os envolvidos no processo de readequação estratégica iniciado na Santa Casa do Pará, planilhas semelhantes foram utilizadas. Nelas estavam relacionados os indicadores a serem observados e as metas propostas no projeto de readequação daquela instituição. A saber:

1. *Taxa de infecção hospitalar geral 2%;*
2. *Percentual de preenchimento de fichas de controle de infecção preenchidas na obstetrícia 100%;*
3. *Percentual de casos de toxi-infecção alimentar em pacientes 0%;*
4. *Tempo médio de permanência geral 4 dias;*
5. *Tempo médio de permanência na clínica obstétrica 2,5 dias;*
6. *Tempo médio de permanência na clínica médica 6 dias;*

7. *Taxa de ocupação média geral 85%;*
8. *Taxa de ocupação da clínica cirúrgica 85%;*
9. *Percentual de recém-nascidos do berçário servidos com leite humano 100%;*
10. *Percentual de AIHs encaminhadas em relação ao número de altas no mês 100%;*
11. *Percentual de boletins de atendimento (BAs) encaminhados em relação ao nº de consultas realizadas 100%;*
12. *Percentual de BAs encaminhados com erro sobre o nº de BAAs encaminhados 100% e*
13. *Percentual de AIHs com erros sobre o total de AIHs emitidas no mês 0%.*

A utilização de um roteiro a ser seguido facilita a implementação e compreensão dos “porquês” da remodelação. Indicadores confiáveis e disponíveis na literatura podem ser readequados a cada realidade individual. Duas considerações são extremamente relevantes em relação à montagem das planilhas: primeiro, a escolha dos indicadores. Eles refletem as preocupações da equipe do hospital em função dos problemas particulares que enfrentam. Assim cada indicador é montado visando correção de falhas percebidas dentro da organização. Em segundo lugar, a montagem dos indicadores e sugestão de metas, abre espaço para participação direta dos funcionários envolvidos nos processos. Essas duas oportunidades facilitam o alcance dos objetivos constantes no projeto.

Segundo o autor deste estudo, percebe-se que apesar da literatura indicar inúmeras alternativas para a materialização do SUS, há ainda muito a avançar. A transposição das inúmeras dificuldades macro-estruturais próprias da complexidade do sistema é a primeira etapa a ser vencida. Imprimir grandes esforços no combate ao despreparo administrativo de grande parte dos hospitais que prestam serviços ao SUS é a outro hiato que ainda precisa ser preenchido.

Como ameaças diretas à construção do processo de regionalização estão, entre outros, a falta de interesse político dos gestores municipais por puro desconhecimento da lógica do sistema, temendo, por vezes, perda da autonomia. Há ainda a disputa entre hospitais dos diferentes municípios dentro da mesma microrregião, induzindo relações competitivas, incompatíveis com a proposta de regionalização solidária, que demanda formas de articulação mais igualitárias, horizontais e flexíveis. Observam-se, além disto, a ausência de definição precisa das responsabilidades em relação ao financiamento das três esferas envolvidas no processo de regionalização (Federal, Estadual e Municipal). Para muitos autores a indefinição financeira se torna o maior obstáculo para a progressão da regionalização. Há ainda a falta de clareza dos papéis relativos à regulação, planejamento, execução, acompanhamento, controle e avaliação dos processos.

O sucesso das estratégias definidas depende da adesão e cooperação não apenas daqueles atores sociais mais atuantes e partícipes dos espaços de formulação da política setorial, mas de todos aqueles indiretamente envolvidos na sua implementação que, no caso da saúde, inclui gestores, profissionais/trabalhadores de saúde, usuários e provedores de serviços.

## 7 Considerações Finais

Há vários anos, o Sistema Único de Saúde vem buscando sua consolidação norteada pelos preceitos de universalidade, equidade e integralidade. Entretanto, sua concretização ainda é incipiente, decorrente de problemas estruturais inerentes à dimensão do país, muitas vezes, agravada pelas dissonâncias entre o recomendado na legislação e o realmente encontrado na prática, resultado da ineficiência da esfera política e da falta de um consenso da melhor forma de materializar os princípios doutrinários do SUS. Mesmo se excluindo a grave crise financeira por que passam as organizações de saúde e os percalços encontrados na configuração adequada do sistema de saúde no Brasil, o SUS ainda se revela um sistema frágil e excludente do ponto de vista de acesso.

É importante salientar que a efetivação da regionalização esbarra frequentemente na conjuntura das competências compartilhadas, que exigem a cooperação entre as várias esferas de governo, cada uma com papéis importantes e pré-definidos dentro da assistência à saúde. Esta participação envolve acordos complexos dependentes da solução de conflitos de interesse de diversas naturezas, com enfoque para os político-partidários. Estes importantes aspectos, em virtude da limitação de tempo e do escopo deste estudo, não foram detalhados e devidamente analisados.

O autor revela, neste estudo, a fragilidade da articulação dos gestores locais com a administração estadual e com os outros gestores dos municípios limítrofes. Até o término deste estudo não havia indícios de atos concretos no sentido de consolidação de pactos intermunicipais e, tampouco com o estado, objetivando a regionalização. Dessa forma, o atendimento amplo e integral à população dentro da microrregião das Hortênsias aguarda sua materialização.

Entretanto, este estudo capacita o leitor a reconhecer alguns pontos de indefinição, que permanecem sem o devido esclarecimento dentro do complexo processo de estruturação da regionalização. A primeira dificuldade está na inércia da efetivação da PPI. Outro tópico que dificulta a implementação do processo de regionalização local, sendo considerado de fundamental relevância, é a falta de um

posicionamento estratégico adequado e coerente de grande parte dos hospitais que compõem a microrregião das Hortênsias e particularmente o HCC, com as atuais políticas de saúde.

O autor recomenda a utilização da lógica de projeção de cenários ao HCC como metodologia auxiliar no planejamento de sua remodelação estratégica levando em consideração o PDR e a PPI, com o objetivo de avançar neste que parece ser o caminho mais coerente e racional de mudança do SUS para a consolidação de um sistema verdadeiramente hierarquizado e descentralizado.

Contudo, não há como avançar, visando à efetiva construção da rede de assistência à saúde sem o reconhecimento, por parte dos hospitais, de seu despreparo gerencial e da inadequação estratégica de sua postura frente ao novo modelo de regionalização proposto. As estratégias e o novo planejamento, determinando um “novo pensar” da organização, que forem sugeridas devem considerar que os hospitais são organizações complexas e com muitas particularidades. Outra possibilidade apresentada é a de se partir de ações já reconhecidas como efetivas em outras organizações como forma de direcionar e orientar as mudanças necessárias ao Hospital de Caridade de Canela.

O processo de readequação estratégica não deve desconsiderar que o processo de mudança é uma grande oportunidade de aproximação da administração com o corpo médico, com o propósito de obter uma maior vinculação destes profissionais com as metas a serem atingidas. Estas ações dão legitimidade ao processo e determinam melhor atendimento aos pacientes. Pois, considerar o médico como um dos clientes do hospital, além do paciente, é imprescindível para o sucesso e perpetuação da nova estratégia.

A correção das falhas ou omissões gerenciais é possível com a capacitação oportuna dos recursos humanos, aliada a concordância dos executores com os objetivos planejados. Como resultado se espera a construção de um sistema de atenção à saúde mais adequada à lógica da PPI.

Ao Hospital de Caridade de Canela propõe-se a absorção dos conceitos aqui compilados para que, paralelamente ao seu processo de remodelação físico-estrutural, dê início também ao processo de readequação estratégica.

Convictos e seguros que a adoção dessas medidas resulta em qualificação no atendimento ao paciente e, em última análise, viabilizam e garantem a sobrevivência do hospital com uma postura mais adequada às necessidades regionais. Como consequência há ganho não só para o hospital, mas para todos os envolvidos na construção da árdua tarefa de assistência à saúde de forma plena.

Finalizando, o processo de regionalização na região das Hortênsias aguarda negociações mais dinâmicas entre os gestores municipais através da PPI. Com certeza, a re-estruturação estratégica do HCC vem ao encontro dos propósitos do SUS e instrumenta as diretrizes do PDR. Entretanto, se espera ainda uma clara definição das competências das três esferas de governo, com uma atuação mais significativa da SES na condução deste processo, fazendo valer seu papel de gestora regional do SUS. Certamente, a efetivação de mecanismos formais de referência e contra-referência, oportunizando o acesso aos procedimentos de maior complexidade somente se concretizará por intermédio da SES.

Todos esses esforços têm como objetivo final o aperfeiçoamento do SUS. Eles acabam funcionando como facilitadores no transporte para o cotidiano daquelas ações exigidas na legislação e auxiliando, ainda, na construção dos modelos de regionalização constantes no PDR e na PPI. A efetivação das conclusões resultantes desse estudo oferece um alicerce sólido aos hospitais e tem a pretensão de contribuir para a construção de um sistema de saúde verdadeiramente universal, integral e equânime.

## 8 Referências Bibliográficas

ARTMANN, E; Rivera, FRJ. **Regionalização em Saúde e mix público-privado**. mimeo, jul. 2003.

BENDER, Juliane Maria. **Quais os possíveis papéis de um serviço hospitalar comunitário localizado numa microrregião composta por pequenos municípios**. 2004. 41 f. Monografia (Curso de Especialização em Equipes Gestoras de Sistemas e Serviços de Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Administração, Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

BENGOA, R. **Questões teórico-conceituais e resultados já obtidos em países que adotaram a separação de funções de financiamento e provisão de serviços de saúde**. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE/BANCO MUNDIAL – Seminário a separação do financiamento e da provisão de serviços no Sistema Único de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2001.

BARBOSA, Pedro Ribeiro. et al. **Hospitais Filantrópicos no Brasil**. BNDES, Rio de Janeiro (BNDES Social; 5) 3V p.196. 2002.

CAVALCANTI, Marly; COLENCI, Alfredo Jr.; CATROPA, Amauri. **Gestão Estratégica de Negócios: evolução, cenários, diagnósticos e ação**. Ed. Pioneira Thomson Learning. São Paulo, 2001.

### **Convergências e Divergências sobre Gestão e Regionalização do SUS.**

Conass/ Progestores – Versão preliminar. Agosto, 2004. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/dad/PactoGestao/docs/ConverDiver.pdf>. Acessado em 04 dez.2004.

BRASIL, Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL, Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. art 23 – parágrafo único Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL, 1990a. Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, v. 128, n. 182, pp. 18055-18059, 20 set. 1990.

BRASIL, 1990b. Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde – Coordenação de Atenção Hospitalar. **Reforma da Atenção Hospitalar**. Abril, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde – Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2001. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde – **Regionalização da Assistência à Saúde: Aprofundando a Descentralização com Equidade no Acesso**. Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/02 (Portaria MS/GM nº373, de 27/01/2002).Brasília - DF.

BRASIL. Ministério da Saúde – Portaria nº 1101/GM. **Parâmetros de cobertura assistencial no SUS**, de 12 de Junho de 2002. Brasília-DF.



BRASIL. Ministério da Saúde – **Assistência hospitalar no SUS**. Brasília, SAS/MS, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde – **Relatório sobre as revisões da tabela SUS**. Brasília, MS/SAS, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde – **Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2002** (Portaria MS/GM nº373, de 27/01/2002). Brasília - DF.

BRASIL. Ministério da Saúde – **Uma estratégia alternativa de Organização e financiamento**. Brasília, MS/SAS/ Coordenação Geral de Atenção Hospitalar, Abril 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde – **Regionalização**. Departamento de Apoio a Descentralização –Coordenação Geral de Integração Programática. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/dad/CgalP/regionalizacao.htm>. Acesso em 22 de Janeiro 2005.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. **Mudar modelos de gestão para mudar o hospital: Cadeia de apostas e engenharia de consensos**. Rev. Espaço para a saúde. Londrina, V1, n.2,p.04-26, jun 2000.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. **Trabalhando a missão de um hospital como facilitador da mudança organizacional: limites e possibilidades**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v16,n.4,p.973-983. out-dez, 2000b.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. **Modelos tecno-assistênciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v13,n3,p.469-478. jul-set, 1997.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira, et al. **Inventando a Mudança na Saúde**. Editora Hucitec, 1997. pg 187 cap 5.

**Consórcios Intermunicipais de Saúde: Será o Remédio?--** Disponível em: <http://corporativo.bibliomed.com.br/lib/emailorprint.cfm?id=178&type=lib>>. Acesso em 10 Fev.2005.

FERGUSON, B; Trevor, A S; Posnett, J. Introduction. In: FERGUSON, B., TREVOR, A S. & POSNETT, J. (Editors) – **Concentration and choice in healthcare. London, FT Healthcare, 1997.**

HOWLAND G, ed. **IHSM health and social services yearbook 1996/97**. London: Institute of Health Services Management (Section 14), 1997.

LEUCOVITZ, Eduardo. **Políticas de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas**. Revista Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.6,n.2,p.269-91, 2001.

LIMA, Ana Paula Gil. **Os Consórcios Intermunicipais de Saúde e o Sistema Único de Saúde**. Cadernos Saúde Pública, Rio de Janeiro, v16,n 4, p.985-996, Out-Dez, 2000.

MATOS, C. A; Pompeu, J.C. **Onde estão os contratos? Análise da relação entre prestadores privados de serviços de saúde e o SUS**. Revista Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.8,n.2,p.629-43, 2002.

MENDES, E.V. **Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas**. Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MINTZBERG, H, Ahlstrand, B, Lampel, J. **Safári de estratégia: um roteiro pela selva do planejamento estratégico**. Porto Alegre: Bookman, 2000.

MISOCZKY, M.C.; BASTOS, F.A. **Avançando na implantação do SUS: consórcios intermunicipais de saúde**. Série Pesquisa em Saúde 9, Porto Alegre: Dacasa Editora, 1998.

MOTTA, Paulo Roberto. **Transformação organizacional: a teoria e a prática de inovar**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2001.

RIBEIRO, José Mendes. **Os Consórcios Intermunicipais no SUS: parceria e cooperação técnica**. Espaço para a Saúde, v. 3, n.3, p. 41-2, mar. 1994.

RIBEIRO, José Mendes. **Regionalização da assistência à saúde no Brasil: Os consórcios municipais no Sistema Único de Saúde**. Planejamento e políticas públicas, nº 22, 2000.

RIBEIRO, Jose; Costa, Nilson. **Consórcios Municipais no SUS**. IPEA Textos para discussão nº 669. Brasília 1999.

RIO GRANDE DO SUL. Fundação de Economia e Estatística – **Anuário Estatístico do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: FEE, 2003.

RIO GRANDE DO SUL. Secretária da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização**. SEGRAF Ed., 2002. 152p.

Report on the metropolitan hospitals from the select committee of the House of Lords. Indexed under territorial and affiliation system for hospitals. London, HMSO, 1892. Disponível em: [http://www.nhshistory.net/regions\\_&\\_districts.htm#References](http://www.nhshistory.net/regions_&_districts.htm#References)  
Acessado em 17 dez.2004.

SOUZA, Rosimery Gonçalves. **Inovações na intermediação entre setores público e privado na assistência a saúde.** Revista Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.7, n.3, p.481-92, 2002.

STANWICK P. A; Pleshko L. P. **Relationships of environmental characteristics formalized planning and organizational design to performance.** International Journal of Organizational Analysis 1995;3:175-97.

VIAVACA, Francisco & Bahia, Ligia. **Oferta de serviços de saúde: uma análise da pesquisa assistência médico-sanitária de 1999.** IPEA Texto para discussão nº 915. Brasília, 2002. Disponível em <[http://www.ipea.gov.br/pub/td/2002/td\\_0915.pdf](http://www.ipea.gov.br/pub/td/2002/td_0915.pdf)>  
Acessado 20 set de 2004.

ZEY-FERREL, M. **Dimensions of organizations: environment, context, structure, process and performance.** Santa Monica: Goodyear Publishing Company; 1979.

## 9 Anexos

### **Anexo 1. Critérios utilizados na definição de uma microrregião.**

1. Todos os municípios devem realizar os procedimentos da Atenção Básica Ampliada, constantes dos anexos 1 e 2 da NOAS:
  - a) A rede ambulatorial básica não deve se restringir a um Pronto-Atendimento de 24h. Deve minimamente atender as quatro áreas básicas, desenvolvendo ações de promoção e acompanhamento da saúde dos usuários;
  - b) A rede deve, ainda, oferecer acompanhamento ambulatorial em saúde mental.
2. Toda população deve ter acesso, na microrregião, a todos os procedimentos constantes do grupo M1 (Anexo 3<sup>A</sup> da NOAS):
  - a) Os procedimentos traumato-ortopédicos deverão ter apoio de radiodiagnóstico e, onde houver possibilidade, realizar o elenco de procedimentos do grupo M2;
  - b) Na atenção em saúde mental, as microrregiões deverão contar com NAPS/CAPS, ou similares e internação em hospital geral.
  - c) Dependendo da concentração urbana e/ou incidência de AIDS, deverá haver referência ambulatorial para atendimento dos portadores de HIV/AIDS;
  - d) A oferta de ultra-sonografia, além de ginecologia e obstetrícia, deverá contemplar ultra-som abdominal;
  - e) Assistência hospitalar seguirá os critérios contidos na política de reordenação de assistência hospitalar no Rio Grande do Sul (Saúde Solidária).

Fonte: Plano Diretor de Regionalização, SES/RS, 2002.

**Anexo 2. Classificação da rede hospitalar, segundo a resolução 81/2000 da Bipartite.**

CLASSIFICAÇÃO	SERVIÇO
<b>Unidades Locais</b>	Hospital-dia, internação domiciliar, suporte aos programas, unidade mista, centro de referência regional.
<b>Hospital Microrregional</b>	4 especialidades básicas, PA, radiologia, ECG, bloco cirúrgico e laboratório 24h, cirurgias eletivas e atendimento a acidentes de trabalho, rol mínimo de procedimentos.
<b>Hospital Regional</b>	T/O 24h, 2 outras especialidades, eco 24h, UTI geral e/ou pediátrica.
<b>Hospital Macrorregional</b>	Sala de procedimentos e observação, reanimação cerebrocardio-respiratória, politraumatizados graves, duas especialidades conforme a necessidade regional, EEG, tomografia de encéfalo, avaliação da função pulmonar, fibrobroncoscopia 24h, UTI geral e pediátrica, diagnóstico de morte cerebral.
<b>Hospitais Especializados</b>	PA, internação e recursos diagnósticos e terapêuticos na sua especialidade.

Fonte: Plano Diretor de Regionalização, SES/RS, 2002.