

A INTEGRALIDADE DO CUIDADO COMO EIXO DA GESTÃO HOSPITALAR

LUIZ CARLOS DE OLIVEIRA CECILIO

EMERSON ELIAS MERHY

Campinas, março de 2003.

Uma definição inicial de integralidade

Nossa primeira tarefa, quando nos ocupamos de pensar o tema da integralidade da atenção no hospital, é tentar construir uma definição de integralidade que sirva de guia para a condução de nossas reflexões. Partindo do senso comum e correndo o risco de uma tautologia, poderíamos dizer que a atenção integral de um paciente no hospital seria o esforço de uma abordagem completa, holística, portanto integral, de cada pessoa portadora de necessidades de saúde que, por um certo período de sua vida, precisasse de cuidados hospitalares. Tal abordagem implicaria em garantir desde o consumo de todas as tecnologias de saúde disponíveis para melhorar e prolongar a vida, até a criação de um ambiente que resultasse em conforto e segurança para a pessoa hospitalizada. Cuidado integral em saúde ocorreria a partir de uma combinação generosa e flexível de tecnologias duras, leve-duras e leves (MERHY, 2002) ¹. “Tecnologia” e “Humanização” combinadas, no desafio de adotar o “lugar” do paciente e suas necessidades singulares como ponto de partida para qualquer intervenção hospitalar. Achamos que tal tipo de definição, em princípio, é bastante razoável como ponto de partida para a construção do texto, mas não é suficiente. Outras

¹ Tecnologias duras: aquelas ligadas a equipamentos, procedimentos; tecnologias leve-duras: aquelas decorrentes do uso de saberes bem estruturados, como a Clínica e a Epidemiologia; tecnologias leves: aquelas relacionais, no espaço intersubjetivo do profissional de saúde e paciente.

questões precisam ser agregadas a ela, na perspectiva de se tratar a integralidade da atenção como tema da gestão hospitalar. A integralidade da atenção hospitalar pode ser problematizada a partir de dois ângulos: a integralidade da atenção olhada *no* hospital e *a partir do* hospital (a integralidade tendo como referência o atendimento no ambiente hospitalar *em si*) e a integralidade tendo como referência a inserção do hospital no “sistema” de saúde. Exploramos, a seguir, estes dois ângulos.

A integralidade do cuidado *no* hospital: o cuidado como síntese de múltiplos cuidados.

O cuidado, nas organizações de saúde em geral, mas no hospital em particular, é, por sua natureza, necessariamente multidisciplinar, isto é, depende da conjugação do trabalho de vários profissionais. Mecanismos instituídos de dominação e de relações muito assimétricas de poder entre as várias corporações profissionais ocultam a imprescindível colaboração que deve existir entre os vários trabalhadores, como operadores de tecnologias de saúde, para que o cuidado aconteça. O cuidado, de forma idealizada, recebido/vivido pelo paciente é somatório de um grande número de pequenos cuidados parciais que vão se complementando, de maneira mais ou menos consciente e negociada, entre os vários cuidadores que circulam e produzem a vida do hospital. Assim, 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 do hospital.

O cuidado hospitalar ocorre no contexto de uma crescente racionalização das práticas hospitalares (CARAPINHEIRO, 1998), caracterizada, entre outras

coisas, pela decomposição do ato médico global em inúmeros outros atos diagnósticos e terapêuticos, realizados por vários trabalhadores diferentes. Para ilustrar este fato, basta imaginarmos os cuidados de um paciente com diabetes internado com um quadro de descompensação. Além dos cuidados iniciais do plantonista, que o recebe e interna a partir do pronto-socorro, ele receberá também cuidados da enfermagem, poderá ser visto, em algum momento, pelo cirurgião vascular, pelo cardiologista, pelo endocrinologista, pela nutricionista, pela assistente social e pela psicóloga. Além do mais, terá seu corpo escrutinado por uma bateria de exames, alguns deles bastante complexos, realizados em serviços diferentes e por profissionais disitntos. Uma das sobrecargas - talvez a maior - do processo gerencial do hospital contemporâneo é conseguir coordenar adequadamente este conjunto diversificado, especializado, fragmentado de atos cuidadores individuais, que resulte em uma dada coordenação do cuidado (MERHY & CECILIO , 2002). Esta dinâmica, cada vez mais presente na vida dos hospitais, é um aspecto central a ser considerado na discussão da integralidade e na sua correlação com o processo de gestão. Uma coisa é pensar o trabalho em equipe “como somatória de ações específicas de cada profissional, como linha de montagem do tratamento da doença, tendo a cura como ideal (...) a hierarquia e a rigidez de papéis codificados” (NICÁCIO *apud* SILVEIRA, 2003); a outra, é pensar arranjos institucionais, modos de operar a gestão do cotidiano sobre a micropolítica do trabalho que resultem em uma atuação mais solidária e concertada de um grande número de trabalhadores envolvidos no cuidado. Nesta medida, parece-nos que o tema da integralidade do cuidado no hospital, como nos demais serviços de saúde, passa, necessariamente, pelo aperfeiçoamento da coordenação do trabalho de equipe como uma tema para a gestão hospitalar.

O hospital *no* “sistema de saúde”: o outro ângulo da integralidade.

“Sistema de saúde” (entre aspas) já sinaliza a discussão que nós pretendemos fazer. A noção de sistema traz implícita a idéia de funcionamento harmonioso entre partes, cada qual com sua “função”, que contribua para o bom funcionamento do todo. O conceito de “sistema de saúde” denota uma concepção idealizada, de caráter normativo da saúde, que não se sustenta na prática. Qualquer observador atento do Sistema Único de Saúde (SUS), seja ele um investigador engajado em uma pesquisa, seja um dirigente ou gerente, sabe que o denominado “sistema de saúde” é, na verdade, um campo atravessado por várias lógicas de funcionamento, por múltiplos circuitos e fluxos de pacientes, mais ou menos formalizados, nem sempre “racionais”, muitas vezes interrompidos e truncados, construídos a partir de protagonismos, interesses e sentidos que não podem ser subsumidos à uma única racionalidade institucional ordenadora. Mais do que um “sistema”, deveríamos pensar em uma rede móvel, assimétrica e incompleta de serviços que operam distintas tecnologias de saúde e que são acessados de forma desigual pelas diferentes pessoas ou agrupamentos, que deles necessitam. Uma das conseqüências desta forma de funcionamento é a imensa dificuldade de se conseguir a integralidade do cuidado, quando nosso ponto de observação é o usuário e não este ou aquele serviço de saúde. A integralidade do cuidado que cada pessoa real necessita, freqüentemente transversaliza todo o “sistema”. Não há integralidade radical sem esta possibilidade de transversalidade. A integralidade do cuidado só pode ser obtida em rede. Pode haver algum grau de integralidade “focalizada” quando uma equipe, em um serviço de saúde, através de uma boa articulação de suas práticas, consegue escutar e atender, da melhor forma possível as necessidades de saúde trazida por cada um (CECILIO, 2001). Porém, a “linha de cuidado” pensada de forma plena, atravessa inúmeros serviços de saúde. O hospital pode ser visto como um componente fundamental da integralidade do cuidado pensada de forma ampliada, como uma “estação” no circuito que cada indivíduo percorre para obter a integralidade de que necessita. Como desdobramento de

tal premissa, nos fica a tarefa de pensar quais dispositivos podem ser pensados, no hospital, que o “conectem”, de forma mais adequada à rede de serviços de saúde. Como pensar a integralidade, “olhando” desta estação que é o hospital.

A forma mais tradicional de se pensar o hospital no “sistema de saúde” é como referência em determinadas situações de maior complexidade ou gravidade. Por tal concepção, o hospital contribuiria para a integralidade do cuidado, fazendo uma adequada contra-referência após realizar o atendimento. Com certeza, seria já um grande ganho a implementação efetiva desses circuitos base-topo e topo-base, que, na prática, sabemos bem, nem sempre são muito bem sucedidos (porém, entender melhor porque os sistemas de referência-contrareferência pouco funcionam com a racionalidade pretendida continua sendo um bom tema de investigação). Mesmo se funcionassem bem, novas possibilidades de se pensar a contribuição do hospital deveriam ser imaginadas. Sabemos, por exemplo, que, por mais que se amplie e se aprimore a rede básica de serviços, as urgências/emergências hospitalares seguem sendo importantes portas de entrada da população no seu desejo de acessar o SUS. Sem querer apontar as explicações para tal fato, o que queremos reter, aqui, é que não temos sabido trabalhar de forma mais cuidadosa esta demanda espontânea que tanto aflige os trabalhadores e os gerentes nos seus cotidianos. Atender, dia após dia, esta demanda interminável, torna-se uma tarefa desgastante e de resultados sempre duvidosos, se o critério é uma avaliação dos impactos sobre a saúde da população. No entanto, as urgências/emergências seguem funcionando de forma tradicional, na base da queixa-conduta, resultando em um Clínica reducionista e ineficaz, que, em princípio, aponta para tudo, menos para a integralidade. Porque as pessoas continuam buscando atendimento nos serviços de urgência? Uma forma de explicar este fenômeno tão observado, é reconhecê-lo como uma estratégia intuitiva e “selvagem” das pessoas na busca da integralidade! Um aparente paradoxo, mas também um sintoma que caberia aos serviços

examinarem sem nenhum preconceito ou *a priori* e, mais do que isso, buscar inventar novos dispositivos e novas formas de escuta para tais “ruídos”. Um bom ponto de partida parece ser a organização de equipes de acolhimento nos serviços de urgência capacitadas para o reconhecimento e encaminhamento de pacientes que necessitam de cuidados mais regulares e apropriados em outros serviços da rede. Neste caso, o hospital é quem faria a referência para outros serviços, colocando em questionamento a idéia do senso comum de que a alta complexidade está “no topo”, lá onde fica o hospital. Para o hipertenso ou o portador de qualquer doença crônica, seja adulto ou criança, o “topo”, em determinado momento da vida, é acessar a rede “básica”, ser bem acolhido e estar vinculado a uma equipe. (CECILIO, 1997).

Se pensamos o hospital como uma estação pela qual circulam os mais variados tipos de pessoas, portadoras das mais diferentes necessidades, em diferentes momentos de suas vidas singulares, podemos imaginar ainda outras formas de trabalhar a integralidade. Por exemplo, o momento de alta de cada paciente deve ser pensado como um momento privilegiado para se produzir a continuidade do tratamento em outros serviços, não apenas de forma burocrática, cumprindo um papel do contra-referência”, mas pela construção ativa da linha de cuidado necessária àquele paciente específico. O período da internação pode, inclusive, ser aproveitado para apoiar o paciente na direção de conquistar uma maior autonomia e na reconstrução de seu modo de andar a vida. Retornaremos a esses pontos ao apresentarmos, baseados em algumas experiências que temos acompanhado, modos de se fazer a gestão hospitalar a partir do eixo do cuidado.

A integralidade da atenção como balizador da gestão hospitalar: *as linhas de produção do cuidado como estratégia gerencial.*

Por todas as questões apontadas acima, é que temos procurado pensar, nos últimos dois anos, modos de fazer a gestão que tomem como referência a produção do cuidado da forma mais integral possível e que nos servisse, ao mesmo tempo, como referencial para a intervenção na gestão da micropolítica do trabalho em saúde, nestes estabelecimentos, fazendo a modelagem da gestão como um todo a partir do cuidado ao paciente. Desde o início da década de 1990, como a que vivenciamos na Santa Casa do Pará (CECILIO, 1994), já vínhamos experimentado novas formas de “governar o hospital”, a partir de dois movimentos principais: redução dos níveis decisórios (“achatamento dos organogramas”) e condução colegiada das decisões, tanto na alta direção, como nas equipes prestadoras de serviço. Descentralização e democratização das decisões: os dois eixos capazes de reinventar um hospital de tradição centralizadora e com fortes esquemas instituídos de dominação e controle. A aposta de fundo deste tipo de opção era que seria possível, a partir de uma condução mais participativa do hospital, obter um maior grau de adesão dos trabalhadores para o projeto de construção de hospitais públicos de boa qualidade. Claro que outros arranjos e dispositivos foram sendo implementados na perspectiva da qualificação da assistência, porém, o que queremos destacar é que, esses modos de fazer a gestão que fomos experimentando, por suas premissas de democratização do modo de governar), eram devedores de uma concepção política do mundo caracterizada, entre outras coisas, pela defesa radical de uma sociedade mais igualitária e participativa, mais solidária e inclusiva que, entre outras coisas, conseguisse viabilizar um sistema público de saúde universal, qualificado e sob controle social. Trabalhávamos um projeto para os hospitais, especificamente, que, no fundo, para além da racionalização gerencial, era um desdobramento de um projeto para a sociedade brasileira. Gestão democrática, adesão dos trabalhadores, construção de hospitais públicos de boa qualidade, implantação do SUS, transformação da sociedade: a cadeia de

apostas (quase seqüencial) que implicitamente os novos modelos de gestão faziam!

Com tudo que conseguimos experimentar e inovar, percebemos, no correr dos anos, que o nosso desejo de “democratizar a vida do hospital” , apesar de nos parecer tão justo e necessário, encontrava dificuldades na sua implementação, e só parcialmente ocorria. Algo como se o hospital funcionasse com lógicas instituídas que teimavam em “escapar” dos novos arranjos mais coletivos que íamos experimentando. Algo como se os espaços de transparência e explicitação de compromissos públicos (com a qualidade do cuidado) que íamos experimentando não conseguissem ser totalmente continentais para o mundo real do hospital, com suas características singulares de funcionamento. Sem desconhecer que tais arranjos que propiciaram uma reflexão mais coletiva e solidária seguem sendo importantes estratégias de gestão (tanto é que continuamos adotando, sempre que possível, modos colegiados de fazê-la), começamos a nos interrogar que outras lógicas do hospital, que nos fugiam, precisavam ser melhor compreendidas e trabalhadas na e pela gestão. Foi a partir deste tipo de indagação que nos voltamos de uma maneira mais precisa para o tema da produção do cuidado. Não que ele não estivesse presente nas formulações anteriores, mas tratava-se, agora, de radicalizá-lo como o eixo do processo gerencial hospitalar. E, além disso, tínhamos mais elementos conceituais para abordar a produção do cuidado com a discussão da micropolítica do trabalho vivo em saúde (MERHY, 2002) e temática da sua coordenação nos hospitais (MERHY & CECILIO, 2002).

Pensar a gestão de um hospital é, antes de mais nada, tentar estabelecer da forma mais clara possível, quais os mecanismos de coordenação adotados para tocar, da melhor maneira possível, o seu cotidiano. Convivem, nos hospitais, múltiplas formas de coordenação, apoiadas em lógicas bem diferentes. Há um modo de coordenar que se apoia, claramente, na lógica das profissões. O pessoal de enfermagem conversa entre si para estabelecer as escalas de trabalho, as rotinas, as trocas de plantão, como cobrir as faltas de colegas, etc. Seria uma “conversa entre enfermeiros” para organizar o mundo do trabalho da enfermagem. A referência para este grupo profissional é a chefia ou diretora de enfermagem do hospital. Os médicos conversam entre si para cobrir escalas, para solicitar pareceres técnicos de outros colegas, em particular para buscar apoio nas horas em que os problemas dos pacientes são mais desafiadores e exigem uma “outra opinião”. A mesma forma de coordenação pode ser identificada entre os assistentes sociais, os psicólogos, os dentistas, os fisioterapeutas e outros profissionais de nível universitário que atuam diretamente na assistência aos pacientes. Há um outro modo de se fazer a coordenação que segue a lógica de “unidades de produção”, ou seja, é uma coordenação voltada para “produtos” ou serviços, envolvendo, necessariamente, múltiplos tipos de trabalhadores ou uma equipe, como ocorre nas chamadas “áreas meio”, qual seja, aquelas produtoras dos insumos que serão usados no cuidado ao paciente. Exemplos desta coordenação por unidades de produção: a coordenação do laboratório, da nutrição e dietética, da radiologia, do almoxarifado, etc. O fornecimento do serviço ou produto que caracterizam estas unidades (sua missão) é garantido pela coordenação de distintos processos de trabalho de vários tipos de profissionais, que é bem diferente da lógica de coordenação por profissões. Só que neste últimos casos, quando vamos olhar como se faz a coordenação das unidades tipicamente assistenciais, não é possível identificarmos uma coordenação ou gerência única. Quando observamos a coordenação das unidades produtoras de cuidado, não há, normalmente, esta

coordenação unificada (“um chefe único”), na medida em que esta se faz, de forma mais visível, pela lógica das profissões: chefia médica do CTI e chefia de enfermagem do CTI; chefia médica da maternidade e chefia de enfermagem da maternidade, e assim por diante. Desta maneira, se é possível nomear e reconhecer, de fato, um chefe (de toda a equipe) do laboratório, um chefe (de toda a equipe) do almoxarifado, o mesmo não ocorre nas unidades assistenciais: cada profissão zela para preservar seus espaços de poder e autonomia, segue um lógica própria de trabalho e de práticas profissionais e, portanto, de coordenação dos seus cotidianos. Seria possível dizer que o “chefe” (médico) do CTI coordena, de fato toda a equipe? Que ele tem poder para interferir na lógica de coordenação do trabalho da enfermagem? Sabemos que não. Então, como se explica que, afinal, se consegue realizar o cuidado ao paciente de forma integral, com começo, meio e fim, do momento da internação até a hora da alta, (ou da entrada no PS ou até a saída com uma receita...) caracterizando uma terceira (e crucial) lógica de coordenação: aquela baseada no cuidado?

O delicado processo de coordenação do cuidado se faz através de dois mecanismos principais. O primeiro deles, é a criação de “pontes” ou pontos de contato entre as lógicas da profissão: médicos e enfermeiros e os outros profissionais têm que conversar para que o cuidado se realize. Uma coordenação “em ato”, o encontro de duas práticas, de dois saberes, em geral caracterizada por uma situação tipo comando-execução, principalmente na relação entre médico e enfermeiros/corpo de enfermagem. A prática da enfermagem (e dos outros profissionais) é, em boa medida, “comandada”, modelada, conduzida, orientada pelo ato médico (central) que detém o monopólio do diagnóstico e da terapêutica “principal”. Tal fato, estabelece uma relação de “determinação” da prática médica em relação às outras práticas profissionais, mesmo sem desconsiderar que os profissionais não-médicos, todos eles, conservam sua especificidade e um bom grau de autonomia próprios de suas “profissões”. Pode-se afirmar que estes pontos de contato, estes canais, nem sempre são “livres”, bem definidos e vistos ou aceitos como regras do jogo institucional e, por isso mesmo, são fonte permanentes de ruídos, de tensões e de disputas. A questão que nos interessa é: seria possível pensar uma forma de coordenação mais horizontal, mais desobstruída, mais regular, mais “institucionalizada” entre os vários profissionais, centrada no cuidado?

A segunda estratégia para o sucesso da coordenação na lógica do cuidado é o papel quase “silencioso” da prática da enfermagem, no cotidiano, de garantir todos os insumos necessários ao cuidado: a enfermagem articula e encaminha todos os procedimentos necessários à realização de exames complementares, supervisiona as condições de hotelaria, dialoga com a família, conduz a circulação do paciente entre as áreas, é responsável por uma gama muito grande de atividades que resultam, afinal, no cuidado .

A proposta de se fazer a gestão a partir da integralidade do cuidado tenta dar conta destas complexas questões. Tem a pretensão de criar mecanismos que facilitem a coordenação das práticas cotidianas do hospital de forma mais articulada, “leve”, com canais de comunicação mais definidos, mais solidária, mais democrática, menos “ruidosa”, em particular a coordenação da prática dos vários profissionais envolvidos no cuidado.

Como fazer isso? A primeira coisa foi compreendermos que a custosa coordenação do hospital se faz seguindo várias lógicas, de forma que a lógica de funcionamento de cada unidade de produção/cuidado (que esperávamos poder compreender ou “capturar” nos colegiados de cada unidade) é apenas um delas. A lógica de coordenação das corporações é um instituído muito poderoso na vida da organização hospitalar e que, por sua natureza - lugar de construção de identidades profissionais, de defesa de espaços de autogoverno, de relações de dominação - escapa das dimensões mais coletivas da coordenação e segue reproduzindo-se. A própria lógica, em si, da produção do cuidado, e sua micropolítica, “transborda” o processo de coordenação e as atribuições de uma equipe assistencial, na medida que só pode ser realizada de forma transversalizada, isto é, percorrendo várias unidades de cuidado do hospital. Mais do que isso, podemos dizer que, na perspectiva da integralidade, a transversalidade do cuidado realiza-se em uma rede mais ampla de serviços, na qual o hospital é apenas uma estação, como afirmamos antes.

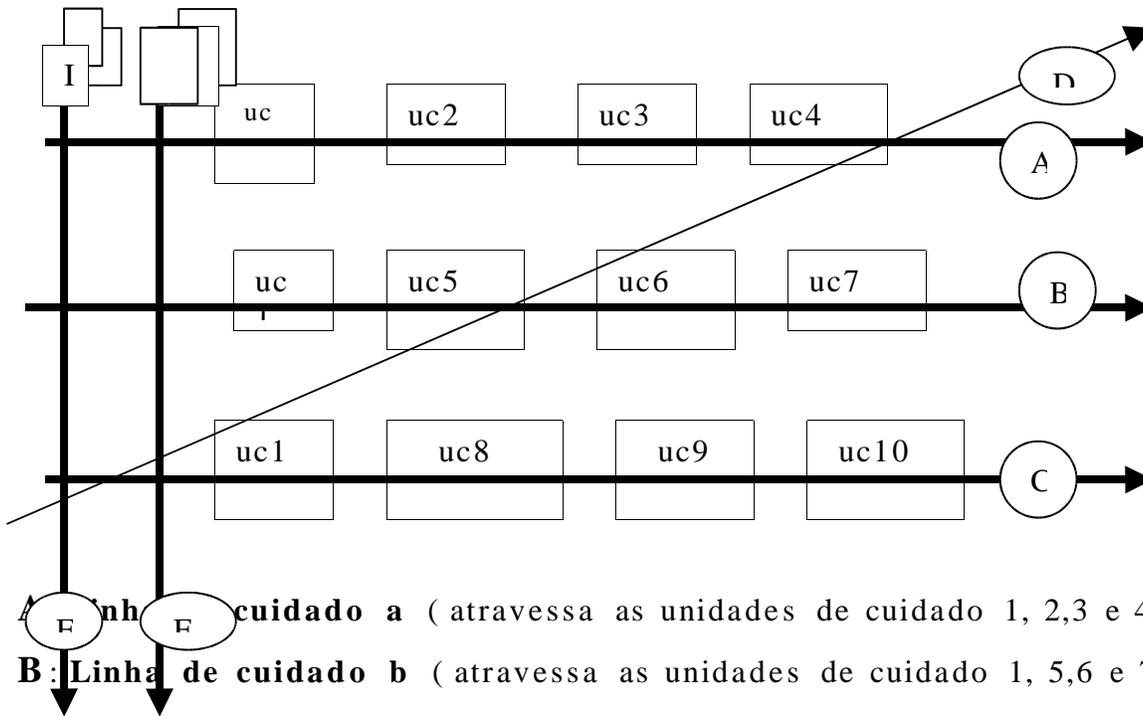
Tratava-se, pois, de partir das experiências de gestão participativa que vínhamos experimentando, desde o início dos anos 90, para tentarmos pensar novos arranjos e dispositivos que fossem capazes de interrogar, absorver, transformar, sem negá-los, alguns instituídos que identificávamos que tinham muita força no imaginário da organização. Atuar sobre a lógica da coordenação das corporações, como percebemos, é um dos melhores desafios para isso. Como

respeitar a coordenação da enfermagem como corporação profissional, com seus valores, suas representações, sua lógica de funcionamento, que lhe garante sua identidade, mas integrando-a, ao mesmo tempo, a uma lógica de coordenação mais horizontal e interdisciplinar do cuidado? Como respeitar a autonomia inerente à prática médica, incorporando-a, no entanto, à lógica do cuidado pensada de forma mais integral? Como construir a gestão de forma que a responsabilização pelo cuidado se desse em uma linha de produção do cuidado, contínua e que se transversaliza, atravessando, sem descontinuidade, vários lugares do hospital ou mesmo outros serviços de saúde? Como subsumir toda a lógica da produção dos insumos hospitalares à lógica da produção do cuidado? Como recriar os espaços colegiados de forma a torná-los mais continentais a essas várias lógicas? Estas foram algumas das questões centrais que orientaram os novos desenhos organizacionais que vimos experimentado, ultimamente. Entendemos que as linhas de produção do cuidado são centradas em processos de trabalho marcados de modo muito claro pela micropolítica do trabalho vivo em ato, enquanto as linhas de produção de insumos, como regra, obedecem a outros arranjos de micropolítica, nos quais a dimensão do trabalho morto é muito mais presente (MERHY, 2002) e (MERHY & CECILIO, 2002).

Na seqüência, apresentamos, o modelo básico de remodelagens que temos trabalhado em três hospitais: O Hospital Materno Infantil Presidente Vargas de Porto Alegre/RS, o Hospital São João Batista em Volta Redonda/RJ e o Centro Infantil Dr. Boldrini em Campinas/SP. São hospitais com histórias diferentes de intervenção, mas que compartilham, neste momento, desenhos de gestão construídos sobre o princípio da integralidade e da qualidade do cuidado, nas direções que apontamos até agora. A idéia geral do modo de fazer a gestão que consiga combinar, de forma mais abrangente, as várias lógicas de coordenação do hospital, tornando-as mais explícitas para o coletivo gestor como suas

matérias primas de intervenção gerencial, tem a seguinte representação gráfica, em geral:

Fluxograma de modelo de gestão centrado na coordenação do cuidado



A: Linha de cuidado a (atravessa as unidades de cuidado 1, 2,3 e 4).

B: Linha de cuidado b (atravessa as unidades de cuidado 1, 5,6 e 7).

C: Linha de cuidado c (atravessa as unidades de cuidado 1,8,9 e 10).

D: Linha de ensino e pesquisa (atravessa/transversaliza todas as unidades de cuidado).

E: Linha de apoio administrativo (suprimento, finanças, RH, serviços gerais, etc).

F: Linha de apoio técnico (laboratório, Imagem, Banco de sangue, Nutrição, etc).

Esta é a representação do esquema geral que tem sido adotado nos três hospitais citados, com variações em função de suas especificidades. A primeira diferenciação diz respeito ao número e composição das linhas do cuidado. No

Centro Infantil Boldrini, um hospital (filantrópico) pediátrico especializado de nível terciário/quaternário, as linhas de cuidado são duas: cuidados com crianças portadoras de câncer e cuidados com as crianças portadoras de patologias hematológicas. No **Hospital Materno Infantil Presidente Vargas** de Porto Alegre, as linhas de cuidado são quatro: linha maternidade segura, linha de cuidado de crianças e adolescentes, linha de cuidado da mulher e linha de cuidado da saúde mental da mulher. Em Volta Redonda, o **Hospital Municipal São João Batista** está trabalhando com duas linhas de cuidado: a linha de pacientes adultos clínico-cirúrgicos e uma linha de cuidado materno-infantil.

As linhas de cuidado são coordenadas, sempre, por uma dupla formada por um profissional médico e por um profissional enfermeiro, pelo menos, pois há situações nas quais equipes multiprofissionais fazem parte desta composição, como no caso do Boldrini. Busca-se, com este arranjo, incorporar a lógica das corporações mais importantes, porém subsumida, ou pelo menos interrogada de modo claro pela lógica horizontalizada do cuidado. Cada unidade de produção de cuidado, que pode ser atravessada por mais de uma linha de produção de cuidado, tem uma coordenação unificada, isto é, tem um coordenador responsável pela coordenação de todo o trabalho da equipe. Este coordenador de unidade pode ser um enfermeiro, um médico ou qualquer outro profissional de nível universitário.

Os coordenadores de linha têm como atribuições principais:

1. facilitar e estimular uma boa articulação funcional entre as várias unidades de cuidado atravessadas pela linha, buscando a maior integralidade possível da sua produção. Um bom exemplo da importância desta atribuição é pensar o quanto uma assistência qualificada ao parto depende de uma boa articulação

entre os profissionais que fazer a recepção da paciente, a garantia de vaga na maternidade, o acesso à sala de parto, os cuidados com a puérpera e com o neonato, a eventual necessidade de leito em unidade de terapia intensiva para a mãe e para o filho, o uso do banco de leite. Uma linha contínua e articulada de cuidados que vão sendo realizados em unidades de cuidado diferentes.

2. Apoiar os coordenadores das unidades de cuidado no exercício de suas atribuições.
3. Fazer uma interlocução direta com médicos e enfermeiros, em todos os aspectos de sua vida funcional e profissional, tendo sempre a perspectiva do cuidado. A lógica de coordenação das corporações respeitada, mas inserida na perspectiva horizontal do cuidado.

Algumas modificações importantes têm sido realizadas nos organogramas hospitalares em função da adoção de coordenação por linhas de cuidados. Uma delas é a criação de uma diretoria colegiada do hospital composta pelos coordenadores de linha de produção do cuidado, pelos coordenadores das linhas de produção de insumos e pela coordenação da linha de ensino e pesquisa. Com tal composição, pretende-se criar um espaço matricial de direção superior do hospital centrado na lógica da produção do cuidado, mas contemplando sua necessária articulação com as lógicas de coordenação das profissões e de produção de insumos. Ao mesmo tempo, criam-se colegiados técnicos em cada linha de produção de cuidado, dos quais participam os coordenadores daquela linha, os coordenadores ou gerentes das unidades assistenciais atravessadas pela linha e “convidados” para a discussão de temas ligados ao cuidado. Por exemplo, das reuniões do colegiado técnico da linha de cuidado da atenção à maternidade, participam os coordenadores da linha (um profissional médico e um profissional enfermeiro), os gerentes do ambulatório (onde se faz o pré-natal), o gerente do bloco obstétrico, a gerente do alojamento conjunto, o gerente do CTI neonatal e o gerente do CTI de adultos, mas poderão ser convidados o gerente do

laboratório ou do banco de sangue ou da nutrição e dietética para discutir e deliberar sobre todas as questões específicas afetas ao cuidado (rotinas, fluxos, protocolos de atendimento, etc). Como os dois coordenadores de linha presentes à reunião fazem parte da direção superior do hospital (diretoria colegiada), cria-se um arranjo institucional que facilita a “conexão”, digamos assim, de processos decisórios (referentes à micropolítica do hospital) autônomos, descentralizados e agilizados com a direcionalidade mais geral pretendida pelo hospital.

Trabalhando com a concepção do hospital como uma “estação” de uma intrincada rede de cuidados, os coordenadores das linhas de produção do cuidado terão, como uma das suas atribuições, ajudar na criação e estabilização de linhas que rompem os limites do hospital e se transversalizam por outros serviços visando a integralidade do cuidado. Basta pensar como uma linha de cuidados cirúrgicos, por exemplo, lida com pessoas que “vêm de algum lugar” e depois “deverão ir para outro lugar”, para imaginar a constituição da integralidade do cuidado. Queremos dizer, com isto, que todo o processo de acesso à agenda do bloco cirúrgico, o pré-operatório, o ato cirúrgico e o acompanhamento pós-operatório compõem um *continuun* de equipes, profissionais e responsáveis que estão dentro, mas também fora do espaço físico restrito do hospital. Os coordenadores de linha de cuidado deverão ter a preocupação de buscar uma melhor articulação entre estas várias “estações cuidadoras”. Isto vale para todas as linhas. A assistência ao parto, por exemplo, só pode ser pensada na sua integralidade quando o hospital consegue se articular adequadamente com a rede básica de serviços, na qual a produção do cuidado se inicia (pré-natal), mas continua após o parto (cuidados com a puérpera e com o recém-nascido, anticoncepção, etc) e assim por diante. A integralidade do cuidado é tarefa de rede. A gestão do hospital centrada no cuidado deverá aprender a trabalhar, de forma radical, o hospital como apenas uma das “estações” da rede de cuidado. Nesta medida, reiteramos, que o papel do hospital no “sistema de saúde” não pode se restringir a fazer

contrareferência de pacientes encaminhados. Dos coordenadores das linhas de produção de cuidado, espera-se uma postura mais ativa na construção destes fluxos institucionais, estabilizados e regulares de pacientes entre as “estações” produtoras de cuidados. Para isso são necessários processos de negociação com outros atores extra-hospitalares, em particular com as secretarias municipais de saúde ou outros gestores, com as coordenações de distritos (ou regiões) de saúde (onde existirem) e com as unidades básicas. Este fato agrega novas tarefas para os coordenadores de linhas de produção do cuidado que, com toda a certeza, não são simples e desprovidas de dificuldades. Mas possíveis, e necessárias, com certeza. O desenho de fóruns gestores, mais unificados para a gestão integral das linhas de cuidado, precisam ser experimentados.

BIBLIOGRAFIA

CARAPINHEIRO, G. *Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares*. Porto/Portugal: Editora Afrontamento, 1998, 3ª edição.

CECILIO, L.C.O. *Inventando mudança na saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1994.

CECILIO, L.C.O. “Modelos tecno-assistenciais: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada”. *Cadernos de Saúde Pública*: Rio de Janeiro, 13 (3):469-478, jul-set, 1997.

CECILIO, L.C.O. “As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde” IN: Pinheiro, R. e Mattos, R.A (org) *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ-ABRASCO, 2001.

MERHY.E.E. & CECILIO, L.C.O. “O singular processo de coordenação dos hospitais”. Campinas, Mimeo (no prelo da revista Saúde em Debate), 2002.

MERHY, E.E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: HUCITEC, 2002.

SILVEIRA, L.T. “Construindo indicadores e escutando ‘ruídos’: uma estratégia combinada de avaliação de uma política de saúde, por um autor/ator implicado.

O Qualis/Zerbini/SP (uma modelagem do PSF)”. Campinas: DMPS/FCM/Unicamp.
Tese de doutorado, 2003.