

## **Regionalização docente-assistencial e níveis de assistência\***

MÁRIO M. CHAVES\*\*

*1. Introdução; 2. Saúde como resultante; 3. O processo gerador de saúde; 4. Regionalização docente-assistencial; 5. A regionalização docente-assistencial como instrumento de mudança; 6. Da teoria à prática; 7. Uma metodologia para o trabalho em áreas docente-assistenciais; 8. Resumo.*

### **1. Introdução**

Meu propósito no presente trabalho é analisar o tema que me foi proposto como parte integrante de um processo evolutivo de modernização administrativa do setor saúde, envolvendo aspectos de inovação na educação das profissões da saúde. A análise é feita à luz da realidade brasileira e com vistas à aplicação prática, em curto prazo, do que preceitua recente texto legal da mais alta transcendência.<sup>1</sup>

\* Trabalho apresentado em 26 ago. 75 no Seminário sobre Hospitais de Ensino realizado no Hotel Sheraton, Rio de Janeiro, e organizado pelo Programa Nacional de Treinamento de Executivos. Os conceitos apresentados neste trabalho são de responsabilidade exclusiva do autor, representando seu ponto de vista pessoal sobre o tema que lhe foi proposto.

\*\* Representante da Fundação W. K. Kellogg, na América Latina.

<sup>1</sup> Lei n.º 6.229, de 17 jul. 1975, que dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde.

## 2. Saúde como resultante

A saúde, como resultante de um processo dinâmico de interação do indivíduo com seu meio ambiente, pode ser vista sob quatro dimensões fundamentais:<sup>2</sup>

1. o indivíduo, como ser biológico, com um potencial genético e um grau de atualização desse potencial num instante dado, consequência de suas vivências anteriores;
2. o meio ambiente em que ele vive, visto este em sua mais ampla dimensão ecológica e social;
3. o seu modo especial de relacionar-se ou interagir com o meio ambiente, isto é, seu estilo de vida;
4. o grau de suporte que ele recebe de um sistema social de serviços pessoais para proteção e recuperação da saúde.

Destas quatro dimensões, a que nos concerne mais diretamente neste seminário é a última, que abrange a área de prestação de serviços a pessoas. Apesar de envolver custos sociais elevados, ela tem limitações óbvias, pois sabemos historicamente que níveis elevados de saúde para populações como um todo dependem mais das três primeiras dimensões. No entanto, seria utópico pensar que ela poderia ter sua importância reduzida, quando a demanda por serviços médicos é sempre crescente. Nossa responsabilidade é de participar em sua orientação com vistas à racionalização do sistema, otimizando-o sob o ponto de vista de custo-benefício, dentro do atual *estado de arte* e dos recursos disponíveis.

## 3. O processo gerador de saúde

A visão das quatro grandes dimensões do processo gerador de saúde, cuja envergadura abrange todo o projeto de desenvolvimento nacional revelamos, em sua essência, a necessidade fundamental de coordenação intra e intersetorial.

*Coordenação intra-setorial* — as normas para esta coordenação acabam de nos ser dadas pela Lei nº 6.229,<sup>3</sup> que dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde. Seu arcabouço consta de seis artigos, dos quais o primeiro define as responsabilidades dos vários ministérios, dos estados e municípios. O segundo define as três grandes áreas para a coordenação intra-setorial: 1. a de ação sobre o meio ambiente; 2. a de prestação de serviços a pessoas; 3. a de atividades de apoio, e chama a atenção para o papel do Conselho de Desenvolvimento Social, “com vista a preservar as diretrizes de coordenação geral compatível, definidas nos planos nacionais de desenvolvimento”. O art. 3º caracteriza as ações próprias e supletivas da União e o quarto recomenda “estabelecer mecanismos de coordenação in-

<sup>2</sup> Lalonde, Marc. *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa, Governo do Canadá, 1974. p. 31.

<sup>3</sup> Lei n.º 6.229, de 17 jul. 1975, citada.

tersetorial". O quinto, de grande importância para este seminário, e em especial para o tema que me foi proposto, recomenda a elaboração de programas regionais. Finalmente o sexto visa ordenar o crescimento da rede hospitalar, por meio de planejamento com base em necessidades, instituições de normas técnicas e de um mecanismo de incentivos e sanções.

*Coordenação intersetorial* — se atentarmos bem para o texto da lei, veremos que suas ações, exatamente porque ela é uma lei setorial, se orientam fundamentalmente para duas das quatro dimensões já citadas: *meio ambiente*, em seu sentido físico, e *serviços pessoais de saúde*. As outras duas dimensões *indivíduo* e *estilo de vida*, e também a parte social da ecologia humana, só são modificáveis fundamentalmente por ações extra-setoriais.

Na realização do potencial genético do indivíduo, tem papel fundamental a alimentação adequada da gestante e da criança. Diz a lei que compete ao Ministério da Saúde assistir o Governo na formulação da política nacional de alimentação e nutrição. Na implementação da política, no entanto, caberá um papel fundamental ao Ministério da Agricultura no que tange à produção agrícola e ao desenvolvimento rural.

Com relação ao *estilo de vida*, está este intimamente ligado ao desenvolvimento socioeconômico como um todo. Nos países industrializados, esta dimensão se refere mais aos riscos de saúde auto-impostos pelo indivíduo em suas opções na sociedade de consumo: superalimentação e obesidade, fumo, falta de exercício físico, álcool, drogas, tensões e frustrações na vida competitiva diária. Nos países em desenvolvimento, este tipo de riscos auto-impostos não é o fundamental, pois se limita a um estrato relativamente pequeno da população. Para a grande maioria o *estilo de vida* é imposto pelas próprias condições de vida e de trabalho, inerentes ao estágio de desenvolvimento do país.

O II Plano Nacional de Desenvolvimento, como projeto nacional de desenvolvimento econômico e social, é o marco de referência para a coordenação intersetorial, do mesmo modo que a Lei nº 6.229 o é para a coordenação intra-setorial. Pela primeira vez, dispomos de uma lei de caráter tão abrangente. Representa ela um grande desafio para todos os técnicos que militam no setor saúde. Cabe-nos estudá-la com isenção de ânimo, despidos de quaisquer interesses criados, institucionais ou pessoais, com a vista voltada para a melhoria dos níveis de saúde do povo brasileiro, naquilo que é alcançável através de ações setoriais, mas chamando sempre a atenção para tudo aquilo em que a ação dos outros setores é indispensável.

#### **4. Regionalização docente-assistencial**

Travei conhecimento com a expressão *regionalização docente-assistencial* há cerca de 20 anos, em relação com o Serviço Nacional de Saúde do Chile. Como é sabido, foi este um dos primeiros países da América Latina a criar um serviço bastante amplo, unindo o que em outros ainda é uma dicotomia entre os serviços de saúde ligados aos ministérios da saúde e os da previdência social. Com exceção do hospital principal da Universidade

do Chile na zona Norte de Santiago, os demais hospitais de ensino pertencem ao Serviço Nacional de Saúde. A regionalização docente-assistencial lá era, pois, quase uma consequência necessária da utilização para fins docentes de um sistema de saúde regionalizado. Desde essa época, sinto que a expressão vem tendo uso cada vez mais freqüente, difundindo-se com uma inexorabilidade histórica, como reflexo que ela é de uma sadia filosofia de trabalho.

A meu ver, a regionalização docente-assistencial é um pressuposto lógico da regionalização assistencial. Tem esta última precedência histórica sobre a primeira. O estabelecimento de áreas assistenciais e de áreas docente-assistenciais poderá ser fenômeno concomitante em nosso país, se no processo de implantação do Sistema Nacional de Saúde estimularmos o desenvolvimento sincrônico de dois processos: o de modernização administrativa do setor saúde e o de inovação educacional na área das profissões da saúde.

A expressão *regionalização docente-assistencial* não tem tradução fácil para o inglês, embora o conceito transpareça em trabalhos recentes, entre os quais o de um conferencista que nos honra com sua visita, Dr. Edmund Pellegrino, intitulado *Regionalização da medicina acadêmica: metamorfose de um conceito*.<sup>4</sup> Em minhas atividades nestes quatro últimos anos, tenho estado envolvido em um programa latino-americano de medicina comunitária, auspiciado pela Federação Pan-americana de Associações de Faculdades de Medicina com a colaboração da Fundação Kellogg, e no qual participam 10 faculdades de medicina do hemisfério, distribuídas por igual número de países e em que os princípios básicos da regionalização docente-assistencial são adotados em extensão variável.

A regionalização docente-assistencial se institucionaliza com base em acordos entre universidades e várias instituições do setor saúde que permitem que regiões assistenciais predefinidas sejam utilizadas para fins docentes em seus vários níveis, participando ao mesmo tempo as universidades no aprimoramento dos serviços nas áreas abrangidas. Não implica ela uma absorção das responsabilidades normais dos serviços de saúde pelas faculdades ou universidades e sim uma inserção dos hospitais universitários, quando eles existem, na rede de serviços de saúde, com o grau de integração que as circunstâncias permitirem.

A regionalização docente-assistencial tem sua fundamentação teórica em aspectos assistenciais e aspectos docentes. Começemos pelos primeiros:

*Aspectos assistenciais* — a regionalização assistencial é consequência lógica da aplicação de princípios gerenciais aos sistemas de serviços de saúde a pessoas, tanto que ela é adotada em países com diferentes sistemas políticos, mas tendo como valores comuns princípios de justiça social que procuram igualar as oportunidades de acesso aos serviços, ampliar a cobertura dos mesmos e obter a máxima eficiência dos recursos alocados ao setor.

A regionalização assistencial repousa sobre critérios geográficos e demográficos. Ela se relaciona com o tamanho do país. No nosso, ela não deve

<sup>4</sup> Pellegrino, E. D. The regionalization of academic medicine: the metamorphosis of a concept. *Journal of Medical Education*, v. 48, p. 119-33, Feb. 1973.

ser confundida com as macrorregiões, reunindo grupos de estados, mas sim com as microrregiões, abrangendo municípios, grupos de municípios ou partes de áreas metropolitanas.

Vejam os princípios para organizar os serviços dentro de uma região. São eles, resumidamente, de três tipos:

1. *Princípios epidemiológicos* — numa região dada, existem doenças muito freqüentes, pouco freqüentes, raras e muito raras. Existem doenças banais, autocuráveis, doenças que exigem cuidados médicos como elemento crucial no seu desfecho, e doenças que evoluem para a morte, com ou sem cuidados médicos. Chama-se por isso atenção hoje para a diferença entre *cuidar* e *curar*. A experiência tem mostrado que, de um modo geral, cerca de dois terços (68%) dos casos que ocorrem num sistema de cuidados médicos primários são de doenças freqüentes, banais, autocuráveis, a exigir cuidados mínimos ou a simples aplicação de rotinas preestabelecidas. As doenças graves, matadoras potenciais, representam cerca de 5% da morbidade total. As doenças crônicas de longa duração e causadoras de incapacidade permanente representam os restantes 27%. Estes dados são de Fry,<sup>5</sup> *general practitioner* da Inglaterra, hoje de fama mundial pela profundidade das análises que fez de seus próprios registros médicos acurados, mas constituem, com variações de pequena monta, uma experiência quase universal da distribuição da morbi-mortalidade em clientela de clínicos gerais.

Ainda o conhecimento epidemiológico nos permite, para várias doenças, identificar riscos diferentes entre vários grupos populacionais, ou entre indivíduos de um mesmo grupo. A susceptibilidade a certas doenças, o risco de adoecer e de morrer das mesmas, variam de acordo com o grupo etário, profissional ou socioeconômico a que cada indivíduo pertence.

Da análise epidemiológica, podemos pois tirar subsídios para estruturação do sistema com base numa hierarquização de problemas de saúde, e de riscos relativos aos vários grupos populacionais.

2. *Princípios tecnológicos* — consideramos como tecnologia uma dada composição ou mistura de recursos materiais e humanos usados de acordo com certas normas ou rotinas para fazer face a um problema de saúde. Do mesmo modo que pode haver uma hierarquização de problemas e de riscos com base epidemiológica, pode haver uma hierarquização de tecnologia com base em sua complexidade. Os problemas mais freqüentes, e por isso de maior repercussão social, podem ser abordados nos diferentes níveis do sistema de acordo com a severidade do caso, desde que os pacientes possam ser classificados à luz de conceitos de *risco*, e as tecnologias possam ser distribuídas nos níveis do sistema de acordo com a sua complexidade, tanto no que se refere a aparelhagem como a pessoal envolvido em sua utilização, desde o auxiliar até o superespecialista.

3. *Princípios organizacionais* — partindo dos princípios anteriores, a questão da regionalização se centrará em como alocar certos recursos tecnoló-

<sup>5</sup> Fry, John. *Profiles of disease*. Edinburgh, Livingstone, 1966. p. 9.

gicos a certos problemas epidemiológicos. Da teoria organizacional em si surgirão idéias como a de descentralização de autoridade administrativa para o nível da microrregião, coordenação íntima dos serviços das três áreas do setor saúde (meio ambiente, pessoas e serviços de apoio) em nível regional, estrutura matricial para programas e serviços quando estes forem multiinstitucionais, utilização de sistemas comuns de informação para o planejamento, controle e avaliação, entre muitas outras.

A organização de serviços regionalizados, uma vez hierarquizados os problemas, riscos e tecnologias, torna-se fundamentalmente um problema gerencial. Do conhecimento epidemiológico que temos sobre a distribuição das doenças e do conhecimento tecnológico sobre a maneira de enfrentá-las, surge naturalmente a idéia de distribuir os serviços de saúde numa região sob a forma de níveis de complexidade crescente para prestação de assistência médico-hospitalar. A forma mais comum de fazer referência aos cuidados prestados aos níveis fundamentais do sistema é classificando-os como primários, secundários e terciários, e assim definindo-os.

*Cuidados primários* — são os cuidados prestados no nível periférico do sistema. São prestados principalmente pelo médico *geral* ou médico de família e seus auxiliares. O nível primário serve como ponto de entrada, primeiro contato, triagem e referência para o resto do sistema de cuidados de saúde. Deve prover o espectro de serviços básicos necessários à preservação da saúde, à prevenção da doença e ao tratamento das doenças e afecções comuns da clientela a ser servida. Deve ele assumir responsabilidade pelo manejo contínuo e coordenação dos cuidados pessoais de saúde através de todo o processo, quer seja o paciente ambulatorio ou acamado, quer esteja em casa quanto internado em uma instituição como o hospital; quer esteja recebendo cuidados em nível secundário como em nível terciário, quer os serviços estejam sendo proporcionados pelo sistema de cuidados primários propriamente dito ou mesmo por instituições auxiliares. Em resumo, o nível de cuidados primários é o fundamento de um sistema regionalizado de três níveis. É o nível capaz de solucionar dois terços dos casos que normalmente se apresentam ao consultório médico. É o nível que pode reduzir a internação em hospitais, onde a assistência médica tem necessariamente um custo maior.<sup>6</sup>

*Cuidados secundários* — são os cuidados prestados nos hospitais *de comunidade*, de 100 a 200 leitos, e também nos consultórios de especialistas. Incluem serviços médico-cirúrgicos, gineco-obstétricos e pediátricos, usam tecnologias intermediárias, e servem populações abrangidas por várias unidades primárias.<sup>7</sup>

<sup>6</sup> Andreopoulos, Spyros. *Primary care. Where medicine fails*. New York, John Wiley & Sons, 1974. p. 23.

<sup>7</sup> Bravo, A. L. Esquemas de organización para otorgar prestaciones médicas al nucleo familiar urbano, suburbano y rural. Washington, OPS/OMS, 1974. p. 34-5, mimeogr.

*Cuidados terciários* — são os cuidados prestados em hospitais gerais completos, com as especialidades mais comuns da medicina e da cirurgia, constituindo o recurso máximo de saúde da região, à qual servem como hospital de base ou de referência. Nele trabalham superespecialistas, usando tecnologia complexa e preocupados também com doenças mais raras ou complexas. Em geral, tais hospitais servem para o ensino de faculdades de medicina e formação de especialistas.<sup>8</sup>

Convém citar ainda como cuidados quaternários os prestados em hospitais altamente especializados, onde a pesquisa e o desenvolvimento de tecnologias os tornam instituições únicas num país, servindo a várias regiões.

Num sistema regionalizado de três níveis, os cuidados primários são prestados em unidades periféricas (postos de saúde, centros de saúde) servindo a populações pequenas de mil a 5 mil habitantes ou mais. É no nível primário que o trabalho do médico *geral* pode ser ampliado, prolongado geograficamente, com pessoal *paramédico* de vários tipos: os *physician extenders* dos Estados Unidos, os *feldscher* da União Soviética, os *médicos de pés descalços* da China, os *auxiliares de medicina simplificada* da Venezuela. Pode-se mesmo dizer, pensando em nossa extensão geográfica e em cuidados de saúde para populações esparsas, que é muito provável que a real interiorização da medicina venha a ser feita com base em sistemas regionalizados utilizando pessoal paramédico e apoiados por médicos gerais, em extensa rede de cuidados primários.

O papel de hospital *de comunidade* para apoio da rede primária, servindo a populações de 100 mil habitantes ou mais, e dos hospitais de base ou de referência, prestando cuidados terciários a populações de um milhão de habitantes, ganha perspectiva na medida em que exista um sistema efetivo de cuidados primários na periferia do sistema.

*Aspectos educacionais* — as motivações usuais para o interesse docente na regionalização docente-assistencial têm tido uma origem pragmática. Por um lado, o número crescente de alunos nas escolas de medicina, em desproporção com os leitos hospitalares disponíveis; por outro, os problemas relacionados com o financiamento dos hospitais universitários ou de ensino. Não têm sido destacados suficientemente, no entanto, os aspectos de valores e de filosofia educacional envolvidos.

Quanto aos valores, a regionalização docente-assistencial é um instrumento para a humanização do produto das escolas médicas e das demais profissões da saúde. Ela permite que o estudante viva a realidade do sistema de saúde, percorrendo no aprendizado seus diversos níveis. Dessa vivência participam os professores que os auxiliam e beneficia-se a universidade como um todo, vinculando-se efetivamente com a realidade do país.

Do ponto de vista de filosofia educacional, a regionalização docente-assistencial representa uma mudança da fase flexneriana para a fase piagetiana do ensino médico. O Relatório Flexner, hoje criticado por alguns, centrou o ensino médico em torno do binômio *ensino-pesquisa* e influen-

<sup>8</sup> *Idem.*

ciou por mais de meio século o desenvolvimento do ensino da medicina em nosso hemisfério. Há necessidade agora de uma abordagem educacional assentada sobre o binômio *ensino-trabalho*, inspirada em boa parte na obra de Piaget e mais adequada ao que se espera hoje da universidade nos países em desenvolvimento.

As inovações curriculares na educação médica, odontológica ou de enfermagem estiveram numa certa fase presas a aspectos burocráticos do ensino: criação ou não de disciplinas, desdobramento ou não de cátedras, adoção deste ou daquele sistema de créditos, ordenamento das disciplinas do currículo desta ou daquela forma. O avanço da tecnologia instrucional com sua base behaviorista ou skineriana veio atuar mais profundamente na eficiência do processo, enfatizando o ensino por objetivos, a auto-instrução, e o uso de múltiplos recursos tecnológicos como veículos da informação e objeto de interação com o aluno. No entanto, como bem diz Ferreira,<sup>9</sup> a ênfase em objetivos instrucionais não resultou, como se pretendia, em mudanças de fundo no ensino médico. As limitações do movimento de tecnologia instrucional foram cedo percebidas na América Latina e a regionalização docente-assistencial parece ser o grande marco de referência para a harmonização das duas abordagens educacionais: o microensino e as técnicas de auto-aprendizagem e instrução programada servirão para a modernização do processo; o macroensino e a integração ensino-trabalho contribuirão para a humanização do produto.

##### **5. A regionalização docente-assistencial como instrumento de mudança**

Recomenda a nova lei que as universidades participem “do processo de avaliação e planejamento das atividades regionais de saúde”. Ao participar do planejamento das atividades de saúde em áreas docente-assistenciais, têm as universidades a oportunidade de trazer um ponto de vista e uma experiência adicional aos pontos nevrálgicos da programação local: a integração das atividades preventivas e curativas na área dos serviços de saúde a pessoas e a integração desta nos planos setoriais. É difícil visualizar, em nível local, uma unidade sanitária ou centro de saúde que não servisse ao mesmo tempo às três áreas, pois isso seria ferir o espírito da lei e ir contra a idéia básica de sistema.

A integração operacional em nível local levará a uma agregação de recursos de várias fontes que permitirão a programas importantes, como o materno-infantil, desenvolverem-se em ritmo acelerado. A aplicação de conceitos como o de *risco reprodutivo*, *risco obstétrico*, *risco pediátrico* em um sistema com níveis bem definidos de assistência médica, poderá reduzir a pressão de internação nos hospitais de ensino de nível terciário, reservando-lhes a missão de atender os casos de *alto risco* que lhes correspondem. As taxas de morbi-mortalidade materna e infantil poderão ser reduzidas por ações coordenadas dos hospitais de ensino com os hospitais

<sup>9</sup> Ferreira, J. R. Dados fornecidos pessoalmente.

comunitários e serviços periféricos. Desse modo, tornar-se-á realidade o que preceitua a lei quando fala em organização dos recursos “segundo hierarquia técnica condizente com a área assistida e os pontos de convergência para atendimento de riscos especiais”.

Sendo o planejamento um instrumento de mudança, pode-se dizer que as áreas docente-assistenciais pela necessidade inerente de planejamento metuculoso e pela própria filosofia integrativa que as norteia, poderão vir a representar o mais poderoso agente de mudança operando no sistema de saúde brasileiro.

## 6. Da teoria à prática

As implicações da regionalização docente-assistencial para a educação médica e para o sistema de saúde são da maior importância. O segundo relatório da Comissão de Ensino Médico<sup>10</sup> deu-lhe a merecida ênfase. Recente documento que define os objetivos institucionais e as bases operacionais para o hospital universitário da Universidade Federal do Rio de Janeiro<sup>11</sup> define o conceito e reitera a importância da área docente-assistencial. Temas como o da formação do médico geral e o do desenvolvimento de serviços simplificados de saúde para projeção rápida dos benefícios do Sistema a áreas rurais encontram nela uma forma de tornar-se operacionais. A Lei nº 6.229 a recomenda nos seguintes termos: “Promover a integração progressiva dos hospitais e institutos de treinamento de pessoal de saúde no Sistema Nacional de Saúde, aparelhando-os para desempenhar as funções que lhe forem atribuídas pelo Sistema e ampliando a área de treinamento pela utilização de outras instituições de prestação de serviços pessoais de saúde do Sistema Nacional de Saúde.”

Estamos, pois, em plena fase de passar da teoria à prática; estamos no período entre a aprovação da lei e sua regulamentação, entre o normativo e o operativo, entre uma definição do *que* e a escolha do *como*.

O Sistema considera os setores público e privado como partes integrantes do Sistema Nacional de Saúde. Sabemos, como bem destacou Donabedian,<sup>12</sup> que a conciliação da posição liberal com a posição igualitária no que se refere à organização da assistência médica não é fácil de ser feita. Há que conciliar, por exemplo, elementos conflitantes como a liberdade de fixação de qualquer profissional liberal em qualquer ponto do território nacional com o desejo de corrigir a má distribuição e igualar as oportunidades de acesso aos serviços médicos dentro de um espírito de justiça social. Enfim, a tarefa de regulamentação por certo será trabalhosa, mas não parece existir entrave para iniciativas que possam ter começo já dentro do espírito

<sup>10</sup> *Ensino e serviço na formação do médico*. Documento n.º 2 da Comissão de Ensino Médico. DAU-MEC, Brasília, 1973. mimeogr.

<sup>11</sup> Universidade Federal do Rio de Janeiro. *Hospital Universitário — objetivos institucionais e bases operacionais*. Rio de Janeiro, 1975. mimeogr.

<sup>12</sup> Donabedian, Avedis. *Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care*. Harvard University Press, 1973, p. 24-7.

da lei, que é normativa e pode significar para o setor saúde o que a Lei de Diretrizes e Bases significou para o setor educação muitos anos atrás.

Temos necessidade de experiências autóctones em nível dos vários estados, em que o *know-how* gerencial se associe ao *know-how* pedagógico de que dispomos, para que a regionalização possa efetivamente ter lugar. A implantação de experiências de desenvolvimento de áreas docente-assistenciais deve tomar em consideração desde já a atribuição que foi dada aos estados de instituir, em caráter permanente, o planejamento integrado de saúde de cada unidade federada. Planos nacionais, macrorregionais e estaduais repousarão, em última análise, sobre uma infra-estrutura de planos microrregionais e municipais que representam de fato o cenário efetivo das ações de saúde em seu contato mais íntimo com a clientela do Sistema.

A liderança técnica deve ser compartilhada entre os grupos de serviços e universitários, em coalizão modernizante com o corpo político e líderes comunitários. As coações ou restrições do Sistema são óbvias. Hegemonias de longos anos não vão, por passe de mágica, transformar em convergências, um paralelismo de raízes profundas. As alternativas foram apresentadas e discutidas em detalhe na V Conferência Nacional de Saúde<sup>13</sup> e analisadas em documento recente do Ministério da Previdência Social.<sup>14</sup> Não vejo, pois, empecilhos para que se comecem, com a possível brevidade, experiências de integração operacional em nível de municípios ou de microrregiões.

## **7. Uma metodologia para o trabalho em áreas docente-assistenciais**

Enquanto não existe regulamentação detalhada, creio que a necessidade de usar a técnica de administração por projetos nas áreas docente-assistenciais é quase imperiosa. Chegou às minhas mãos, em começos deste ano, um manual da Organização Mundial de Saúde<sup>15</sup> que li com interesse e voltei a examinar recentemente. Pareceu-me muito viável a técnica de formulação e implementação de projetos nele proposta para o caso específico das áreas docente-assistenciais em vias de se constituírem em nosso país.

A criação de uma área docente-assistencial envolve um problema administrativo complexo do qual se tem pouca experiência e que reúne todas as características que levam normalmente a uma decisão de administração por projetos. A terminação ocorreria no momento em que a matéria fosse inteiramente regulamentada ou institucionalizada, ou mais tarde, se isso fosse aconselhável.

Nos termos da técnica mencionada, o processo de formulação dos projetos poderia ser feito em prazos curtos, de cerca de 60 dias, envolvendo

<sup>13</sup> *Sistema Nacional de Saúde (Tema I)*. Documento da V Conferência Nacional de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 1975. mimeogr.

<sup>14</sup> *Sistema Nacional de Saúde. Contribuição para a discussão do tema*. Ministério da Previdência e Assistência Social. Brasília, 1975. mimeogr.

<sup>15</sup> OMS. *Health project management manual. Project systems analysis*. Genebra, 1974.

grupos de trabalho de seis a oito pessoas. Tais grupos seriam constituídos por um coordenador escolhido de comum acordo entre a instituição auspiciadora e o grupo de instituições participantes, em reunião de nível executivo alto. Nos termos da Lei nº 6.229, parece ser natural que a instituição auspiciadora seja a Secretaria Estadual de Saúde.

Cada grupo de trabalho seria orientado por um grupo de consulta, com o qual se reuniria periodicamente, em etapas importantes da formulação do projeto. Os termos preliminares de referência do grupo de trabalho seriam definidos nas reuniões interinstitucionais iniciais.

Nove etapas de formulação levam o grupo desde a preparação para a formulação, através da análise situacional, fixação de objetivos e de metas operacionais, identificação dos obstáculos, escolha de estratégias até a redação da proposta de projeto. Este último documento, uma vez aprovado, seria o instrumento básico para a constituição da área docente-assistencial.

Há necessidade de diversidade nas experiências a se realizarem e de criação de uma massa crítica de projetos municipais, microrregionais e até estaduais em estados pequenos, podendo ser realizados vários projetos nos estados mais populosos.

Um gerente do projeto, apoiado em equipe multiinstitucional, poderia administrar as experiências de áreas docente-assistenciais enquanto a lei não for regulamentada.

Se forem desenvolvidas várias experiências, os modelos de áreas docente-assistenciais serão tão variados quanto os tipos de hospitais universitários e comunitários envolvidos, o grau eventual de participação na área de hospitais do setor privado, e os tipos e número de unidades periféricas de cuidados primários.

No caso das universidades federais que possuem hospitais próprios e de amplos recursos, sua posição de hospital de base, prestador de cuidados terciários em uma dada região, é indiscutível. Já não é o mesmo, o caso das faculdades de medicina privadas em cidades pequenas, usando hospitais comunitários de nível secundário. Poderão estas faculdades consorciar-se com faculdades maiores que possuam hospitais de nível terciário, desta forma dando melhor cobertura de assistência médico-hospitalar às populações de suas áreas.

Tive oportunidade de assistir este ano a importante reunião de diretores de hospitais próprios da Previdência Social em que foi em algum momento mencionada a hipótese de que os hospitais próprios, possuidores de maiores recursos, e os hospitais menores, conveniados, pudessem de algum modo estabelecer uma divisão de trabalho, implicando algo semelhante à idéia de rede para cuidados secundários e cuidados terciários. Não há dúvida de que o processo gradual de regionalização da assistência médico-hospitalar, que agora ganha alento com a Lei nº 6.229, ocorrerá independentemente da existência de faculdades de medicina, já que, como frisei, a área docente-assistencial é apenas um caso particular da área assistencial, pelo menos no que se refere à formação de médicos em nível de cursos de graduação.

## 8. Resumo

No presente trabalho, procurei elaborar alguns conceitos sobre regionalização docente-assistencial que me pareceram fundamentais para que os hospitais de ensino possam de fato integrar-se no Sistema Nacional de Saúde. Fui mais além. Procurei desenvolver a tese de que as universidades devem participar, como agentes ativos, no processo de mudança que a implantação do Sistema está a exigir. Na parte final, sugeri um tipo de metodologia que permitiria operacionalizar o sistema em nível de microrregiões, abrangendo populações em torno de 1 milhão de habitantes, usando a técnica de administração de projetos, e gerando experiências que poderiam ser úteis aos técnicos encarregados da regulamentação da lei.

## Summary

The author tries to develop some concepts in the area of regionalization of school-hospitals that he considers as fundamental for the latter's integration into the National Health System.

He also tries to develop the thesis that universities should be active agents of the change process which will establish the System.

Moreover, he suggests a methodology to render the System operational on a micro-regional level, through the use of project management.

This could result in useful experiences for the technicians in charge of regulating the law which establishes the organization of the National Health System.

## **MARQUE UM ENCONTRO COM VAN GOGH**



Vincent Van Gogh (40 x 50)

Os mais belos quadros dos grandes mestres estão agora ao seu alcance.

Reproduções sobre tela, importadas da Itália, que não devem nada aos originais, (a não ser no preço) para valorizar o seu ambiente.

A escolha é sua.

Livrarias da Fundação Getúlio Vargas

RIO — S. PAULO  
BRASÍLIA