

EXPERIÊNCIA EM CO-GESTÃO EM UNIDADE DE CARDIOLOGIA DE HOSPITAL PÚBLICO TERCIÁRIO.

Maria Cristina Batista dos Santos

2009

Cardiologia

Hospital de Base de Brasília

1-INTRODUÇÃO:

Hoje, percebe-se o desgaste progressivo na atuação do atendimento em relação à Saúde Pública em parte gerado por estruturas baseadas em modelos de gestão taylorista que baseava-se no comando e controle que pressupõem concentração de Poder.

A centralização do poder em núcleos de gerência ainda é a pedra de toque das múltiplas variedades de métodos de gestão hoje existentes. Estes aspectos se deparam com desafios encontrados nas dificuldades à realização de práticas de Atenção à Saúde com desempenhos satisfatórios, que seja para o usuário, quer seja para o trabalhador de saúde. Como resultado deste impasse contamos com Serviços de Saúde que atuam em direção contrária aquilo que se propõem ou seja, gerar e promover qualidade de vida para todos os seres. Nesta busca de soluções deparamo-nos com propostas de “Fazer Saúde” em tempos passados com a Grécia, tempo em que sentava-se em roda para discutir Saúde e como promovê-la, um conceito chamado “Paidéia” (Gastão W, 2005).

Paidéia refere-se ao “processo de formação do homem grego”. A sugestão: reorientar as práticas de saúde voltando-as para ampliar a capacidade de análise e de co-gestão dos Sujeitos(1). Capacidade para lidar com as limitações impostas pelo contexto e com as nossas próprias. Uma prática construtiva, processual e que procure na medida do possível, facilitar que os Sujeitos reconheçam e expressem seus interesses e desejos para em seguida recompor-se segundo interesse e necessidade dos outros, segundo o contexto e segundo as imposições institucionais (Gastão W, 2003)

Em realidade a Vigilância à Saúde precisa ser tomada em perspectiva ampliada, já que tem múltiplas dimensões e sua ação eficaz depende de projetos que assegurem seu desenvolvimento nestas várias dimensões. Assim, a Vigilância é uma organização, e nesse sentido faz parte do SUS- uma rede de pessoas, equipamentos, recursos, com autoridade legal para intervir sobre ambiente, sobre setor produtivo, serviços de saúde e

até mesmo sobre a vida particular das famílias e pessoas. Mas a Vigilância à Saúde é também um conjunto de conhecimentos (um pedaço da saúde coletiva) sobre produção de saúde e doença e é ainda um conjunto de procedimentos técnicos considerados potentes para assegurar saúde às pessoas. Uma organização com poder legal e um campo de conhecimento especializado ao mesmo tempo. (Gastão W, 2003)

2- OBJETIVOS:

Promover uma Experiência em um modelo de gestão que não segue os moldes tradicionais que corresponde aos do Taylorismo ou seja a centralização administrativa com hierarquias traduzidas por organogramas e estruturas burocratizadas. Este modelo de co-gestão aplicado em Unidade de Cardiologia de Hospital Público .

3- MATERIAL E MÉTODOS:

O nosso instrumental baseia-se na tentativa de resolução de nossa realidade de Atenção à Saúde ou seja através do Apoio institucional promovermos rodas de conversa para que possamos avaliar e encontrar soluções para desafios vivenciados. A unidade de cardiologia constitui-se em especialidade clínico/cirúrgica pois conta com serviço de cardiologistas clínicos e cirurgiões cardíacos voltada para procedimentos cardiológicos terciários. Contamos com setores de emergência, enfermagem e ambulatório especializado em procedimentos de imagem e gráficos que servem de apoio e diagnóstico para as enfermidades cardiológicas atendidas. Contamos com a hemodinâmica que hoje trabalha como unidade mas atua conjuntamente com a Cardiologia. Através de reuniões dos setores descritos e formação de Colegiados que tem poder deliberativo em relação à pactuações nos setores da Unidade, temos o encaminhamento de propostas para os desafios vivenciados onde estes são pactuados com toda equipe multidisciplinar. O trabalho será encaminhado desta forma descrita e a avaliação dos resultados em produção de saúde far-se-á através da avaliação de indicadores que foram listados em Manual de Monitoramento e Avaliação na Política Nacional de Humanização na Rede de Atenção e Gestão do SUS (MS, 2006).

Deverão ser comparados indicadores nos dois anos que precedem a atual experimentação com dois anos posteriores e os dados estatísticos serão retirados do Banco de dados da Secretaria de saúde do site www.saude.df.gov/ses em números . Em princípio os seguintes indicadores foram escolhidos:

-Produtividade do serviço e produção (número de atendimentos e procedimentos em nossa especialidade ou seja Cardiologia)

-Redução do tempo de espera médio considerando os diferentes procedimentos cardiológicos como cirurgias cardíacas por exemplo.

- Taxa de ocupação de leitos(número de pacientes internados/número de leitos disponíveis por tempo de ocupação)
- Médias de permanência(tempo ou prazo médio de internação)
- Giro de rotatividade ou índice de renovação(número de saídas sobre número de leitos)
- Taxas de cirurgias realizadas
- Taxas de cirurgias canceladas
- Taxas de mortalidade hospitalar
- Prevalência de doenças relacionadas ao trabalho e acidentes de trabalho
- Porcentagem de absenteísmo de trabalhadores por qualquer motivo.

4-CRONOGRAMA:

Este trabalho teve início em junho de 2006 e tem término previsto para 2010.

5-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Brasil,Ministério da Saúde,(2004).HUMANIZA SUS GESTÃO PARTICIPATIVA CO-GESTÃO.Brasília:MS.

.....,Ministério da Saúde,(2006).Monitoramento e Avaliação na Política Nacional de Humanização na Rede de Atenção e Gestão do SUS.Brasília:MS.

Wagner,Gastão de Souza Campos,(2005).Um Método para Análise e Co-Gestão de Coletivos,2º edição .São Paulo:Editora HUCITEC.

(1).....,(2003).Saúde Paidéia.São Paulo:Editora HUCITEC.

Tenório,Gustavo,Cunha,(2005).A construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica.São Paulo:Editora HUCITEC.