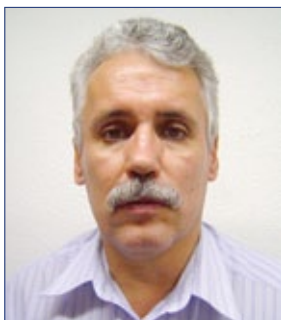


Gestão de Recursos Físicos e Tecnológicos da Saúde



**José Mauro Carrilho
Guimarães**

é Servidor Público Municipal
da Prefeitura da Cidade do
Rio de Janeiro - PCRJ.

RESUMO

Refit são os chamados Recursos Físicos e Tecnológicos da Saúde. A gestão Refit trata dos recursos de infraestrutura da Saúde, recursos de equipamentos médicos, inventários e diagnósticos dos parques tecnológicos, manutenções (preventivas, corretivas e preditivas), terceirização, treinamento e capacitação dos profissionais, planejamento, controle e fiscalização, software como ferramenta, criar e manter indicadores, pensar em incorporações tecnológicas futuras, incorporar recursos humanos (arquitetos, engenheiros civil, elétrico, eletrônico, mecânico, clínico, biomédico, tecnólogos e técnicos), contratos, documentações e normas, como atividades e atribuições. O Gestor deve ter habilidade (saber fazer), atitude (saber ser) e conhecimento (saber), pois são ingredientes fundamentais. Conhecer e viver a rede de saúde (da básica aos grandes hospitais), a hierarquização da rede, política e burocracia do processo, situações micro e macro e de interdependências de realidades locais (cada caso é um caso), ser agregador dos profissionais que compõem o processo, conhecer normas e leis (Lei 8.666, RDC 50 etc.), planejamento como um todo, capacidade de decisão, administrar recursos físicos, financeiros e humanos com eficiência e eficácia e ter compromisso com o SUS. E o que a sociedade espera desse novo ator social? Capacidade de planejar para otimizar os recursos, cada vez mais escassos, articular com as esferas



envolvidas, visão ao longo do prazo para a tecnologia disponível, visão estratégica, capacidade gerencial e operacional, ser bom mediador, objetivo em ações, exerça liderança, ética profissional para com o SUS, delegar, capacidade crítica para novos investimentos e manter os existentes, capacidade gerencial, possuir dinamismo com a política da rede SUS e como atores sociais, a fim de que se possa aplicar os conhecimentos e ensinamentos adquiridos em cada uma de nossas regionais por um Brasil de grandes dimensões e de práticas e costumes diferenciados.

Palavras-chave: Recursos Físicos e Tecnológicos da Saúde, Gestor de REFIT, Incorporações tecnológicas futuras na Saúde

1. NASCE O GESTOR DE REFIT

Ao longo dos séculos, vários foram os estudiosos que buscaram entender a lógica do funcionamento das organizações, conformando-se, nesse processo, novas “formas de pensar e compreender” que deram suporte às diferentes correntes (ou escolas) que compõem as Teorias da Administração.

Em síntese, para que as empresas possam sobreviver, precisam ter a capacidade de se modificarem internamente pela criação de novas ou diferentes partes constituintes, adaptando-se, desta forma, às novas necessidades a elas impostas.

As exigências impostas às empresas contemporâneas no sentido de adaptação às contingências, sejam elas internas ou externas, de modo a adequar suas partes constituintes às necessidades intrínsecas dos processos de produção, possibilita a organização de cada uma destas partes segundo os princípios norteadores de cada Escola anteriormente referida.

Essa configuração pressupõe a necessidade de um modelo organizativo que possibilite a coexistência de uma estrutura mais rígida para dar conta do sistema hierárquico de mando, afeto às atividades de apoio técnico e logístico, com uma estrutura mais flexível e participativa relativa às atividades assistenciais.

Por outro lado, as organizações hospitalares podem ser enquadradas no modelo de organização tipo profissional (MINTZBERG apud AZEVEDO, 1993:40) à qual se atribui uma autoridade de natureza profissional, em que o poder advém do conhecimento (no caso, o conhecimento médico), da especialização, da profissão, que apresenta processo de trabalho complexo e especializado, com resultado de difícil mensuração. Em resumo, as organizações hospitalares situam-se dentre as mais complexas organizações da sociedade contemporânea (WILSON apud BRAGA NETO, 1991:50).

Apesar desta constatação, a gestão hospitalar é problemática recente: “... tornou-se recente, na área da saúde, uma preocupação mais acentuada com os problemas administrativos.” (MOTTA, 1990:1). Estas inquietações ganharam uma relevância a partir das recomendações

formuladas pela 30ª Assembleia Mundial de Saúde, reunida em 1977, e das discussões realizadas na Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde, em Alma Ata, em 1978. Ambas estabeleceram a meta global de alcançar saúde para todos no ano 2000, constando, entretanto, que um dos entraves para sua concretização reside na escassez de recursos disponíveis, principalmente nos países do denominado Terceiro Mundo.

Em se tratando de otimizar recursos numa organização profissional, dá-se destaque às intervenções nas áreas administrativas e de apoio logístico. Em face do alto custo de operação destas organizações, é fundamental que estas áreas tenham bom desempenho gerencial.

No bojo das discussões para formulação de instrumentos gerenciais e estratégias de ação que viabilizem o objetivo proposto, surgem alguns questionamentos quanto à eficiência e eficácia da gerência da rede física de serviços de saúde, isto é, destacam-se dentre os recursos disponíveis os recursos físicos e tecnológicos, compreendendo o prédio, suas instalações e equipamentos.

Constata-se, no momento da discussão relativa à otimização dos recursos, que tanto a manutenção da rede em funcionamento como os mecanismos adotados para a adaptação e ampliação da rede física existente ocorrem de forma desordenada. Ao mesmo tempo, reconhece-se que a incorporação de tecnologia inerente ao processo de transformação e de expansão da rede física no setor saúde também tem ocorrido de modo desordenado, contribuindo provavelmente para elevar desnecessariamente os custos, já altos, do setor.

O sistema de saúde vigente em no Brasil foi modelado há relativamente pouco tempo, culminando um processo de mudanças que remonta a década de 70, acelera-se ao longo dos anos 80 e adquire estatuto institucional no fim dessa década. Fruto de um processo interno de forte densidade política e social, mas também influenciado por diversos modelos externos, em particular por aqueles vigentes nos *welfare states*, nosso sistema foi estabelecido pela Constituição Federal de 5 de outubro de 1988, estando reguladas pelas Leis 8.080 e 8.142, ambas de 1990. É conhecido como Sistema Único de Saúde (SUS) justamente porque a formulação correspondeu a uma unificação de vários subsistemas existentes até então, superando a fragmentação institucional que prevalecia tanto no interior da esfera federal (saúde previdenciária, saúde pública etc.) quanto entre as diferentes esferas governamentais (federal, estadual e municipal) e, também, separando o setor estatal do setor privado.

Ao estabelecer princípios como a universalidade, a equidade e a integralidade da atenção, e como as diretrizes

organizacionais da descentralização e da participação da sociedade, o SUS rompeu com o sistema anterior, fundou novas bases institucionais, gerenciais e assistenciais para o provimento das ações e dos serviços de saúde no país, então considerados como direito universal da cidadania e dever do Estado. Além disso, ele foi desenhado e institucionalizado na contramão de uma tendência que, no plano internacional, já naquele momento apontava para uma revalorização do mercado, como uma alternativa ao modelo clássico do *welfare*, tido como inviável em razão da crise fiscal e legitimidade do Estado.

Enquanto o mundo discutia o ajuste estrutural da economia, a diminuição do aparelho do Estado e a contenção dos gastos públicos, aqui se expandiam os direitos sociais e se ampliava a responsabilidade estatal com o seu provimento.

A nova institucionalidade do setor Saúde começou a ser desenhada em 1986, por ocasião da VII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília. A Conferência contribuiu decisivamente para formar consensos quanto ao diagnóstico crítico sobre o sistema de saúde vigente e quanto a uma agenda de mudanças, que ficou conhecida como a Agenda da Reforma Sanitária. Consagrou a saúde como direito universal e como dever do Estado, sob o lema **Saúde: direito de todos, dever do Estado**. A Constituição Federal de 5 de outubro de 1988 apresenta, na sua Seção II, os preceitos que governarão a política setorial nos anos seguintes, sendo que os princípios podem ser resumidos em alguns pontos básicos: as necessidades individuais e coletivas. Elas são consideradas de interesse público e seu entendimento, um dever de Estado; a assistência médico-sanitária integral passa a ter caráter universal e destina-se a assegurar a todos o acesso aos serviços; esses serviços devem ser hierarquizados segundo parâmetros técnicos e a sua gestão, descentralizada. O sistema deverá ser custeado, essencialmente, por recursos governamentais originários da União, estados e municípios. Os serviços de caráter empresarial comprados devem ser complementares e subordinados às estratégias mais gerais da política setorial. As ações governamentais serão submetidas a organismos colegiados oficiais, os Conselhos de Saúde, representação paritária entre usuários e prestadores dos serviços. Serão consagradas à descentralização político-administrativa e a participação social.

No plano do arcabouço legal, o direito de todos manifesta-se na garantia do acesso universal e igualitário aos serviços, isto é, nos preceitos da universalidade e da equidade. O dever do Estado se expressa num pacto de solidariedade do conjunto da sociedade e funda-se num modelo de financiamento em que é estabelecido que a

responsabilidade pelo financiamento do SUS seja das três esferas de governo, e cada uma deve assegurar o aporte regular de recursos ao respectivo Fundo de Saúde, conforme determina o Artigo 194 da Constituição Federal, em que a Saúde integra a Seguridade Social, junto à Previdência e à Assistência Social.

O financiamento é um obstáculo importante ao desempenho público do SUS, pois os recursos são insuficientes, as fontes não são estáveis e a divisão de responsabilidade no seu provimento não é clara. Foi implementado, por meio da Portaria Conjunta nº 1.163/00, o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos (Siops), um instrumento de planejamento, gestão e controle social do Sistema único de Saúde cujo objetivo é a melhoria da gestão e da avaliação dos gastos públicos em saúde; o fortalecimento do controle social; o dimensionamento da participação dos estados e dos municípios no financiamento da Saúde; e, o acompanhamento da Emenda Constitucional nº 29/2000. Essa portaria conjunta foi substituída em 16/03/04 pela Portaria Interministerial nº 446.

É importante destacar que os repasses federais aquém das necessidades dos sistemas locais induzem a ajustes na agenda da Saúde por meio de inovações organizacionais relacionadas à contenção de custos, ao uso de recursos próprios, ao orçamento prospectivo, ao teto orçamentário, a contratos de gestão e à flexibilidade da gestão pública.

A Rede SUS do século XXI conta com 5.881 unidades hospitalares, 36.512 unidades básicas e 5.218 unidades de SADT (Serviço de Apoio à Diagnose e Terapia ou Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia) totalizando 47.611 estabelecimentos de saúde. Entretanto, deste total, 4.351 (9,1%) se localizam na região Norte; 15.322 (32,1%) na região Nordeste; 15.458 (31,2%) na região Sudeste; 8.963 (18,8%) na região Sul e 3.517 (7,4%) na região Centro-Oeste (AMS/IBGE/DATASUS, 2002)

Embora os números expressem desaceleração no incremento de novas unidades hospitalares, isso não significa que se investirá menos nesse tipo de unidade; muito pelo contrário, as tabelas e gráficos editados mostram que, apenas, se inicia um novo modelo de investimento na Rede Hospitalar do SUS; que voltado à transformação das unidades hospitalares existentes, de modo que estas possam incorporar novas tecnologias. Nesse contexto, a palavra chave é reorganizar.

Por sua vez, Dimas (2003) comenta que os custos para a operação e a manutenção da Rede existente tornam-se cada vez mais um desafio. Nas sociedades contemporâneas, as condições da incorporação de tecnologias em saúde e, mais especificamente, na assistência médico-

-hospitalar, ampliam a capacidade de o homem intervir sobre os fenômenos da vida, permitindo minorar o sofrimento humano e proporcionando significativo aumento da duração e da qualidade da vida, embora acarrete acréscimo dos custos econômicos daí decorrentes.

No processo de incorporação de tecnologias, o Sistema único de Saúde, vivencia a dualidade na prioridade de investimentos, uma vez que, por um lado, seria preciso incorporar novas e modernas máquinas para a atenção curativa terciária, que surgem cada vez mais rápido, como nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. Por outro lado, buscam-se ainda novas tecnologias de promoção e prevenção de saúde para lidar com as chamadas “doenças da pobreza por meio da atenção básica, como, por exemplo, a Estratégia de Saúde da Família.

Paralelamente, os avanços científicos e tecnológicos disponibilizam soluções eficientes para cada vez mais problemas de saúde, sobretudo, para quem pode pagar por eles, aumentando a pressão em relação ao financiamento do setor sem que estudos de custo-efetividade sejam operacionalizados para balizar escolhas e prioridades na alocação de recursos de investimentos e, conseqüentemente, na incorporação de novas tecnologias de atenção à saúde.

É indiscutível que o processo de incorporação de tecnologias na assistência médico-hospitalar ocorre de modo acelerado, irreversível e implacável. Tal processo é marcado por quatro dimensões “estruturantes”, que lhe imprimem maior grau de complexidade:

- a incorporação de máquinas e equipamentos biomédicos não substitui a mão de obra existente;
- a incorporação de tecnologias para o apoio ao diagnóstico é cumulativa – uma nova tecnologia não prescinde da anterior;
- a incorporação de tecnologias na saúde pressupõe a formação/capacitação constante de operadores;
- as incorporações de tecnologias na saúde pressupõem cuidados redobrados com “a saúde” do parque tecnológico, com vistas à confiabilidade.

Se levar em conta o aporte das novas e complexas tecnologias das últimas décadas, expressas pelo incremento de serviços de alto custo e da alta complexidade, como as Unidades de Terapia Intensiva e a difusão significativa de serviços de média complexidade (como os serviços de imagem, de métodos gráficos e métodos óticos), ver-se-á que existem grandes lacunas, quantitativa e qualitativamente falando, em relação à mão de obra técnica capacitada para operar e manter como: Técnicos de Enfermagem,

Técnicos de Biodiagnósticos, Técnicos de Raios-X, Técnicos de Manutenção de Equipamentos Biomédicos, entre outros, que necessitam ser incorporados à força de trabalho do SUS.

Segundo documento do Ministério da Saúde, nos últimos anos, o que se observou foi o subaproveitamento e desperdício de recursos, duplicação de esforços e dificuldade de se definir o alvo para a ação social. Este quadro é agravado e caracterizado pela má escolha de critérios para alocação de recursos oriundos de emendas e recursos externos e pelo excessivo peso político na decisão de alocação desses recursos.

Por outro lado, a sustentabilidade e resultados efetivos são preteridos em prol de resultados físicos, sem a devida avaliação do impacto da determinada ação sobre a saúde pública.

Como resultado, “temos um sistema de saúde pública que, a despeito de ter melhorado nos últimos anos, apresenta desempenho muito aquém do necessário para o desenvolvimento econômico e para a impressão de justiça social.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005)

Se tentar entender o que significa o crescimento destas unidades de saúde ao longo das três últimas décadas, impulsionados por Projetos de Investimentos que ocorreram no período, e focalizando-se uma dada região específica – em um dado território de saúde – poder-se-á observar o processo de conformação e organização atual da Rede de Unidades de Saúde do SUS.

A missão de perseguir objetivos contando, em geral, com os recursos menores que as necessidades, a fim de enfrentar situações dinâmicas ainda que se submeta a constantes transformações, significa também com a incerteza, em menor ou maior grau.

Planejar neste contexto passa a ser uma necessidade cotidiana, mas precisa ser um processo permanente, para que se possa garantir a direcionalidade das ações desenvolvidas. Para se corrigir rumos, enfrentar imprevistos e buscar sempre caminhar em direção aos objetivos que se quer alcançar. Planejar é pensar antes, durante e depois de agir. Envolve o raciocínio (a razão) e, portanto, pode-se entender que o planejamento é um cálculo (racional) que precede (antes) e preside (durante e depois) a ação. É um cálculo sistemático que articula a situação imediata e o futuro, apoiado por teorias e métodos.

O ator que planeja não pode se apropriar de todas as complexidades situacionais. Portanto, deve considerar tanto as propostas dos especialistas (ou o ponto de vista técnico - científico), como também as diferentes visões ou pontos de vistas dos políticos que cap-

tam a realidade para buscar realizar seus projetos ou compromissos.

Entende-se que estratégia é, basicamente, uma maneira de construir viabilidade para um plano elaborado que vise alcançar determinados objetivos.

Propõe-se o desenvolvimento do planejamento como processo participativo, possibilitando a incorporação dos pontos de vista dos vários setores sociais, inclusive a população. Neste processo, vários atores sociais explicitam suas demandas, propostas e estratégias de solução, numa perspectiva de negociação dos diversos interesses em jogo. Essa participação enriquece o processo de planejamento criando uma corresponsabilidade dos atores com a efetivação do plano de ação, dando mais legitimidade e, mesmo, viabilidade política ao plano. Portanto, o conceito de ator social é muito importante. Ou seja, ter clareza de quem é o ator que planeja e de quais outros atores também estão envolvidos na situação é fundamental para o “sucesso” do plano.

Também é fundamental considerar que cada ator vê e atua sobre a realidade a partir de percepções diferentes. Desta forma, torna-se necessário desenvolver uma ação central (não centralizadora, mas aglutinadora) capaz de construir uma coerência global entre as ações parciais dos diversos atores sociais.

Um ator social é definido como um coletivo de pessoas ou, no seu extremo, uma personalidade que, atuando em uma determinada situação, é capaz de transformá-la. Para tanto, é fundamental que o ator tenha um projeto de intervenção, o controle ou capacidade de mobilizar os recursos necessários ao plano e uma organização minimamente estável para executá-lo.

No ano de 2006, tendo como cenário a Saúde e o SUS, nasce o ator social com a denominação de Gestor de Refit, que são os chamados Recursos Físicos e Tecnológicos da Saúde, a partir de formação como Especialista em Recursos Físicos e Tecnológicos, curso sob tutela da Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ em conjunto com a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca-ENSP, com participações de profissionais das áreas de Arquitetura, Engenharia e Engenharia Clínica, oriundos de Secretarias Estaduais e Municipais, Vigilância Sanitária, Hospitais Universitários e do próprio Ministério da Saúde vindos do Ceará, Pernambuco, Mato Grosso do Sul, Distrito Federal, Minas Gerais, Rio Grande do Sul e do próprio Rio de Janeiro, reunidos mensalmente, com o árduo desafio de implementar a Gestão Refit no Sistema Único de Saúde, que tiveram a proposta inicial de serem ditos Tutores em 2006, após a conclusão do curso. Sendo então replicadores de co-

nhcimentos para outros, inicialmente um número de 600 (seiscentos) profissionais espalhados no território nacional, fato este que até o presente momento não foi concretizado.

O desafio posto pela realidade é o de adequar a incorporação tecnológica à estrutura de necessidades de saúde, pois não existe no mundo e muito menos num país como o Brasil, recursos financeiros suficientes para suportar a lógica dos diagnósticos e exames complementares, baseados na tecnologia dos equipamentos de custo altíssimo e de rápida obsolescência. É preciso redefinir o papel dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde - EAS na organização da atenção, mediante a valorização da atenção ambulatorial e domiciliar, da articulação da demanda variável a uma oferta organizada de serviços e da utilização do saber epidemiológico e social na realização das práticas de saúde.

O uso do conhecimento epidemiológico, a tecnologia da informação e o monitoramento permanente e qualificado dos clientes/pacientes podem ser aspectos de um novo modelo de atenção voltado à qualidade de vida, em que as políticas de saúde visarão à promoção da saúde, à prevenção de doenças, à recuperação dos que adoecem e à reabilitação máxima daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida. Além disso, a adoção desse modelo pode representar uma saída não apenas de baixo custo, mas, principalmente, de maior resolutividade.

O reconhecimento da integralidade como princípio ou diretriz, que contemple as dimensões biológicas, psicológicas e sociais do processo saúde doença mediante a promoção, proteção, recuperação e reabilitação, visando à integralidade do ser humano, deve ser difundido como uma nova cultura da saúde na educação profissional.

A integralidade do cuidado procura ver o cliente/paciente como um todo, resolvendo os seus problemas de forma integral pela equipe de saúde na qual se insere o profissional, por exemplo, o profissional de nível técnico.

As questões éticas que devem permear o trabalho humano em qualquer atividade adquirem uma conotação peculiar na prática permanente dos profissionais de saúde. É fundamental que esses profissionais coloquem, prioritariamente, em suas ações, a ciência, a tecnologia e a ética a serviço da vida. A ética a serviço da vida diz respeito ao comprometimento com a vida humana em quaisquer condições, independentemente da fase do ciclo vital, do gênero a que pertença ou do posicionamento do cliente/paciente na pirâmide social.

A ideia de saúde como um fim em si mesmo, enquanto condição de cidadania, aponta para certas especificidades no trabalho dos profissionais da área. A diversificação dos campos de atuação dos profissionais de saúde hoje, com a dessetorização de suas práticas, à medida que envolva modelos de atenção voltados à qualidade de vida, exige dos trabalhadores uma visão ampliada de saúde.

A moderna visão de qualidade em saúde inclui a humanização da assistência; o respeito à autonomia do paciente/cliente; bem como aos seus direitos como consumidor dos serviços; a satisfação das necessidades e das expectativas individuais; a tecnologia em seu sentido mais amplo e a valorização da autonomia das pessoas na gestão das questões da sua saúde.

Na área da estrutura das edificações e na área de infraestrutura das instalações hospitalares, observa-se idêntica situação, a carência de profissionais na gerência e manutenção da infraestrutura física em saúde, uma vez que a vida útil de uma edificação, principalmente na área hospitalar, está diretamente relacionada à qualidade e regularidade da sua manutenção adequada, com a efetiva ação de rotinas e procedimentos preventivos e corretivos.

Pode-se ainda observar que as ocorrências nos contratos de manutenção, seu acompanhamento técnico quanto à qualidade do que é feito, deve-se à inexistência em muitas das unidades hospitalares de especialistas em gestão de manutenção (engenheiros clínicos, engenheiros de manutenção, engenheiros biomédico, técnicos etc.), limitando-se às organizações a prática de um acompanhamento burocrático dos contratos feitos por profissionais, que em vários casos, carecem de conhecimentos técnicos nessa área específica.

Em 2012, a Rio+20 convocará o posicionamento dos governos, empresários e movimentos sociais sobre a sustentabilidade do desenvolvimento, incluindo a dos sistemas de saúde, pois a tendência mundial e devido a possível deterioração dos tradicionais sistemas de proteção social, é a de priorizar as políticas universais de saúde. O SUS, fundamentado na concepção sobre a determinação social da saúde, possui todas as credenciais de sistema sustentável. Que em 2012 a boa fama internacional do SUS seja saúde presente no cotidiano de todos nós (BAHIA, 2011).

A saúde precisa de mais recursos. Mas que estes precisam vir obrigatoriamente atrelados a contratos de gestão bem claros e transparentes. Para assim ampliar, de fato, a universalidade do direito de saúde (CÓRTEZ, 2011).