

7. Uma experiência de integração dos atendimentos médicos em uma zona rural

os desafios da implantação

Nassera Touati
André-Pierre Contandriopoulos
Jean Louis Denis
Rosario Rodriguez
Claude Sicotte
Hung Nguyen

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

TOUATI, N., *et al.* Uma experiência de integração dos atendimentos médicos em uma zona rural: os desafios da implantação. In: HARTZ, ZMA., and SILVA, LMV. orgs. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde* [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, pp. 255-275. ISBN: 978-85-7541-516-0. Available from: doi: [10.7476/9788575415160](https://doi.org/10.7476/9788575415160). Also available from in ePUB from: <http://books.scielo.org/id/xzdnf/epub/hartz-9788575415160.epub>



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

UMA EXPERIÊNCIA DE INTEGRAÇÃO DOS ATENDIMENTOS MÉDICOS EM UMA ZONA RURAL: OS DESAFIOS DA IMPLANTAÇÃO¹

Nassera Touati
André-Pierre Contandriopoulos
Jean Louis Denis
Rosario Rodriguez
Claude Sicotte
Hung Nguyen

INTRODUÇÃO

Há alguns anos, a integração dos serviços é um conceito que age como um mito racional (HATCHUEL, 1996) nos meios da saúde. Espera-se, sobretudo, que esta integração melhore a eficiência (PROVAN; MILWARD, 1995) e a eficácia da prestação de serviço (ACKERMAN, 1992; SHORTELL e outros, 1993). Isto posto, uma grande confusão envolve esta noção de «integração» (DAVIES, 1999) e os desempenhos de tais sistemas suscitam numerosas questões (WALSTON e outros, 1996).

Quanto a nós, ficamos com a definição de Shortell e outros, de um sistema integrado, ou seja,

Um sistema de serviços de saúde e de serviços sociais integrados é uma rede de organizações interdependentes e coordenadas nos planos funcional, clínico e financeiro responsável pela saúde de uma população dada, à qual ele fornece um *continuum* de serviços adaptados às necessidades desta população.

Definida sumariamente, a integração clínica corresponde aos meios empregados para melhorar a coordenação dos serviços clínicos. Estes meios

podem ser de natureza organizacional (ex.: constituição de equipes multidisciplinares, de comitês clínicos), ou instrumental (ex.: divisão de protocolos clínicos). Quanto à integração funcional, ela tem a ver com o sistema de gerência e visa particularmente a coordenar as funções administrativas (gestão dos recursos humanos, gestão da qualidade, planejamento estratégico, articulação dos sistemas de informação para a tomada de decisão prioritariamente administrativa) e com o alinhamento de incentivos entre os diferentes níveis de atendimento (gestão financeira), inclusive as que estão relacionadas com o papel dos médicos.

O sistema de saúde do Quebec submetido, a exemplo de outros países, às pressões exercidas pela ação simultânea do desenvolvimento dos conhecimentos e das técnicas, do envelhecimento da população e da mundialização dos mercados financeiros (CONTANDRIOPOULOS, 2000), não escapa à onda de racionalização. Atualmente no Quebec, inúmeros projetos experimentais de integração dos serviços de saúde estão sendo instalados para que se possa justamente apreender os desafios da implantação desses sistemas e avaliar seus impactos em termos de melhoria da qualidade e da eficiência dos atendimentos.

Entre os projetos experimentais financiados pelos Fundos de Adaptação dos Serviços de Saúde (FASS), figura um projeto de integração dos serviços de saúde em zona rural. Este projeto parece-nos particularmente interessante pois, como veremos, ele visa uma integração dos atendimentos sobre uma base populacional, diferentemente de outros projetos, cujo alvo eram clientes específicas. No âmbito deste artigo, nos propomos a resumir os principais ensinamentos dessa experiência. Esses ensinamentos, tirados essencialmente da análise das entrevistas com os atores chave deste projeto (27 entrevistas²), da observação participante e não participante de reuniões de trabalho e da análise dos artefatos de mudança, ilustram perfeitamente a complexidade da instalação de um sistema integrado de atendimento.

Mais precisamente, este artigo que trata da avaliação da implantação³ (CHAMPAGNE; DENIS, 1992) está estruturado da maneira seguinte:

- em um primeiro momento, faremos a descrição do contexto da experimentação;
- em seguida, apresentaremos o modelo de intervenção, tal como planejado;

- na etapa posterior, resumiremos os resultados obtidos, isto é, o modelo realizado;
- em um quarto momento, interpretaremos, colocando em evidência os fatores de sucesso e os obstáculos para a implantação, os progressos realizados, bem como as lacunas que ainda persistem;
- finalmente, como conclusão, iniciaremos uma discussão sobre a aplicação dessas transformações ao conjunto da rede de saúde.

O CONTEXTO DA EXPERIMENTAÇÃO: AS FORÇAS E AS DIFICULDADES DO SISTEMA LOCAL DE ATENDIMENTO

A experimentação em questão concerne uma região rural com 25 000 habitantes, constituída por duas comunidades culturais relativamente separadas, de francófonos e de anglófonos. O sistema local de atendimento compreende:

- um hospital de curta permanência, com 49 leitos oferecendo principalmente serviços de medicina, de cirurgia geral, de geriatria e alguns serviços de diagnóstico, bem como serviços ambulatoriais.
- um Centro Local de Serviços Comunitários (CLSC) com um equivalente a 62,24 empregados com tempo integral e prestando serviços paramédicos, psico-sociais e alguns serviços médicos, sobretudo no âmbito do programa de saúde mental;
- um centro de atendimento de longa permanência (CHSLD) com 60 leitos divididos entre 53 leitos de ocupação permanente e 7 leitos de ocupação temporária;
- 15 médicos generalistas repartidos entre três clínicas médicas.

Embora a área seja relativamente «bem dotada» em recursos institucionais, inúmeros atores consideram que ela sofre de uma deficiência grave em serviços especializados (entre outros, em serviços de readaptação); o que, segundo eles, acaba prejudicando a continuidade do tratamento. A ausência de meios de transporte agrava o problema do acesso aos serviços de saúde, particularmente para a população mais idosa e para as pessoas de baixa renda.

Por outro lado, cabe lembrar que a comunidade anglófona, ao contrário da comunidade francófona mais próxima do CLSC e do CHSLD, se identifica bastante, por razões históricas, com o hospital e contribui financeiramente para a oferta de serviços. Por este motivo, o hospital ocupa um lugar importante na organização dos serviços ; o que, para alguns atores, representa uma lacuna do sistema, pois este hospitalocentrismo penaliza a prevenção. Estes mesmos atores reconhecem uma capacidade ociosa do potencial dos serviços do CLSC na medida que o hospital poderia justamente servir melhor como referência e remeter-se a seu parceiro para os serviços ambulatoriais.

No que concerne mais especificamente à prática médica, devemos sublinhar que todos os médicos da região participam do Conselho dos Médicos, Dentistas e Farmacêuticos do hospital; o que, evidentemente, favorece a coordenação desses serviços. Além dos esforços de coordenação, os médicos da região têm uma prática médica polivalente, de tipo medicina familiar. Trabalhando simultaneamente em suas clínicas, no hospital e na emergência, eles assumem naturalmente o acompanhamento de sua clientela entre os diferentes atos. Os médicos se organizam igualmente para assegurar uma acessibilidade aos serviços médicos e isto durante as horas regulares (em certos casos, inclusive no início da noite e durante os fins de semana). Uma sondagem efetuada (CROP, 2000) no âmbito desta avaliação revelou que entre 70 e 75% da população se beneficia de um médico de família. Conforme podemos constatar, a área é relativamente bem aquinhoadada por força de sua primeira linha de atendimento. Se a oferta de serviços médicos parece *a priori* satisfatória em seu conjunto, ela é julgada unanimemente como frágil. A impossibilidade de substitutos, a falta de recursos e a idade relativamente avançada dos médicos explicam este sentimento de fragilidade.

Resumindo, estamos diante de um contexto de experimentação que reúne as forças e as fragilidades seguintes: uma prática de medicina familiar, relações de trabalho cordiais entre os prestadores de atendimento, segundo as entrevistas (o que se traduz, por exemplo, por uma facilidade na comunicação), um engajamento da população com relação ao seu sistema de saúde mas, *a contrario*, uma falta de serviços de saúde de referência, problemas de recrutamento médico no funcionamento organizacional e profissional do Sistema Local de Saúde (apesar das relações amigáveis entre

aqueles que prestam atendimento). Embora todos os atores tenham tido sempre a consciência destas forças e fragilidades, como a análise das entrevistas confirma, foi preciso esperar a ocorrência de circunstâncias excepcionais, que ameaçavam o *status quo*, para que o processo de mudança pudesse se iniciar.

As primeiras etapas do projeto datam de 1997-1998. Durante estes anos, o sistema de saúde quebequense teve que absorver compressões orçamentárias consideráveis para permitir à província equilibrar seu orçamento. Uma reestruturação da oferta de atendimento surgiu como a melhor maneira de rentabilizar estes recursos. Na municipalidade, o temor do fechamento do hospital deu origem a um projeto, iniciado pelo hospital, de fusão administrativa dos três estabelecimentos (o hospital, o CHSLD e o CLSC). Entretanto, a Regional não aceitou esta opção por causa da oposição feita pelo CLSC, que temia que os serviços hospitalares tomassem a dianteira no que diz respeito à primeira linha. Dentro das discussões sobre a reunião dos estabelecimentos, o CLSC havia, sobretudo, pensado em abrir um ponto de serviços nas dependências do hospital, com o objetivo de ser mais amplamente conhecido, de aumentar o número de referências e assegurar um *continuum* de atendimentos mais completo em meio comunitário. No entanto, esses projetos não vingaram. Em situação de impasse, a implantação de um projeto experimental de integração dos serviços de saúde, financiado pelo Fundo para a adaptação dos serviços de saúde (FASS), que deveria escalonar-se de abril de 1999 a março de 2001, surgiu então como uma possibilidade de melhoria da oferta de serviços. Tanto mais que, nessa região, a primeira linha sempre ocupou um lugar de destaque e isto constituía um exemplo interessante para experimentar um novo modelo de integração de atendimentos (PRINGLE e outros, 2000; DEVERS e outros, 1994; DENIS e outros, 1999). Por força de seu interesse, vários atores foram mobilizados em torno deste projeto, tais como: o Regional, os conselhos de administração dos estabelecimentos, os médicos da região, os gestores, os profissionais e uma equipe de pesquisadores do Gris, encarregada da avaliação. Convém mencionar que alguns membros da equipe de avaliação também tinham sido envolvidos no momento da elaboração do modelo de intervenção e, em certa medida, na pilotagem deste projeto.

A seção seguinte fornecerá mais detalhes sobre o modelo de intervenção planejado.

A INTERVENÇÃO: O MODELO PLANEJADO

Conforme mencionamos anteriormente, a intervenção se afigurava como uma tentativa de integrar os serviços de saúde para o conjunto da população, baseando-se amplamente no papel da primeira linha. É graças, entre outros fatores, ao reforço do papel do médico de família, através do trabalho de colaboração com uma enfermeira como elemento de integração, que o tratamento global, contínuo e coordenado do usuário que enfrentava problemas de saúde diversos, tornou-se possível.

Conforme foi submetido ao FASS, o projeto de integração dos serviços previa duas fases de experimentação. A primeira fase consistia essencialmente na implantação dos componentes clínicos e administrativos do modelo. Um financiamento através de captação (*per capita*) deveria ser introduzido posteriormente a fim de criar um estímulo suplementar para a integração. Durante a primeira fase da experimentação, apesar do financiamento não ter sido ainda implantado enquanto tal, uma alocação financeira foi gradativamente introduzida a fim de vincular a utilização do orçamento do FASS à colaboração entre os estabelecimentos da Municipalidade e à criação de projetos comuns.

A partir de agora, descreveremos as duas vertentes do modelo de intervenção que constituem a primeira fase da experimentação, ou seja, os modelos clínico e administrativo.

Submodelo clínico:

- 1) O médico de família é o gestor dos atendimentos, a «porta de entrada» do sistema e o coordenador do conjunto dos serviços;
- 2) Os atendimentos e os serviços solicitados pelas pessoas que perderam a autonomia são coordenados por um gestor de caso;
- 3) Os serviços de primeira linha são privilegiados, assim como o trabalho em equipes multidisciplinares. Principalmente, está previsto que os médicos de família disponham de pessoal de enfermagem em sua clínica. A enfermeira deve desempenhar um papel no ensino, no acompanhamento sistemático da clientela que sofre de problemas de saúde crônicos, e na coordenação dos serviços. Isto representa uma inovação importante;

- 4) As informações clínicas de base tornam-se acessíveis em todos os pontos de serviços;
- 5) A prática interdisciplinar é estimulada;
- 6) A prevenção e o acompanhamento sistemático de algumas clientela devem possibilitar que se evite recorrer a recursos de serviços terciários ou de alta complexidade.

Em um primeiro momento, os esforços de integração visavam quatro tipos de clientela: as pessoas idosas com perda de autonomia, as pessoas com problemas de saúde mental, as pessoas com problemas cardiovasculares e finalmente, a clientela ambulatorial. É preciso lembrar que, por um lado, essas clientela já totalizam 80% do consumo de atendimentos e serviços na região e que, por outro lado, são elas que deveriam se beneficiar mais com a integração dos atendimentos.

Submodelo administrativo

- 1) As decisões são tomadas, para o conjunto da rede, por uma única entidade decisória, resultante da fusão dos três estabelecimentos da região;
- 2) Os médicos participam da organização dos serviços. Esta contribuição é remunerada mediante um valor estipulado;
- 3) Um sistema de informação integrado orienta os gestores em suas decisões. Este sistema reúne os dados a respeito da clientela, os procedimentos de atendimentos, os serviços prescritos e recebidos, assim como seus custos, os agentes envolvidos etc;
- 4) A entidade decisória assina os entendimentos com os estabelecimentos fora do território;
- 5) A Direção delega à entidade decisória a responsabilidade de organizar os serviços no território. A Direção se reserva um papel no controle da gestão e dos resultados (qualidade dos atendimentos e dos serviços, efeitos sobre a saúde da população do território).

O que aconteceu com o modelo planejado?

RESULTADOS: O MODELO REALIZADO

EM QUE MEDIDA O MODELO ADMINISTRATIVO FOI IMPLANTADO?

O projeto de fusão dos estabelecimentos fracassou pelas razões que explicitaremos posteriormente. Para contornar este problema, um comitê diretor, que reúne representantes da Direção Regional, os diretores de estabelecimentos, o chefe do projeto e representantes da equipe de avaliação foi constituído. Este comitê devia controlar a correta utilização do envelope financeiro do FASS, selecionando corretamente os projetos que contemplam uma integração dos serviços. Por outro lado, para assegurar um impulso aos projetos aprovados, os estabelecimentos deviam contribuir com o financiamento do projeto.

Apesar do projeto de fusão administrativa não ter se concretizado, cabe sublinhar que a integração funcional entre os atores do sistema (GILLIES e outros, 1993) foi objeto de esforços consideráveis. Além de coordenar a utilização do orçamento FASS e de selecionar os programas clínicos a serem desenvolvidos, os gestores dos estabelecimentos decidiram entrar em acordo para planejar as formações associadas ao projeto de integração dos serviços. Eles também decidiram organizar os serviços de saúde durante o período de verão, quando há falta de pessoal e quando é preciso então otimizar a utilização dos recursos. Uma certa mobilidade dos profissionais foi igualmente estimulada. Em suma, a função de gestão dos recursos humanos (formação, organização do trabalho etc.) se beneficiou amplamente com o desenvolvimento de uma visão comum.

EM QUE MEDIDA O MODELO CLÍNICO FOI IMPLANTADO?

Levando em conta o fracasso da integração administrativa, os atores em campo se concentraram na colaboração dos recursos clínicos para implantar um sistema de atendimento integrado. Nesta perspectiva, os profissionais dos estabelecimentos da rede local e os médicos na prática privada trabalharam em comitês multidisciplinares para identificar as necessidades prioritárias da população em termos de atendimento e elaboraram a partir de então, diferentes projetos clínicos interestabelecimentos. Esses projetos clínicos oferecem um triplo interesse:

- todos os estabelecimentos estão envolvidos na gestão dos casos, o que permite a continuidade do tratamento durante o percurso do usuário (no hospital, nas unidades ambulatoriais, a domicílio);
- eles harmonizam as práticas clínicas na medida que os estabelecimentos devem praticar os mesmos protocolos;
- eles são um remédio contra a deficiência de certos serviços especializados na região, melhorando assim a continuidade do tratamento. Evitar o apelo a recursos pesados constitui o aspecto mais vantajoso do desenvolvimento desses serviços. Isto ocorre, por exemplo, para os serviços de readaptação ao seu meio de vida para as pessoas com problemas de saúde mental ou serviços especializados em oftalmologia para a clientela diabética, entre outros casos.

Foi implantado um total de vinte programas clínicos. Esses programas, por si mesmos, contribuem para a integração dos serviços. Por exemplo, a implantação de serviços ininterruptos para a clientela idosa com problemas cognitivos (serviços assistidos pelos recursos do CHSLD da região) permitiu estabelecer mais vínculos entre o CHSLD e o CLSC: os usuários remetem-se prioritariamente ao neuro-psicólogo do CHSLD, as discussões de caso são animadas pelos participantes dos dois estabelecimentos.

Isto significa, segundo opinião de vários atores, que a experimentação do trabalho multidisciplinar em clínica médica reúne certamente o maior potencial em matéria de integração dos atendimentos, pois é a enfermeira que é responsável por estabelecer as ligações entre os programas e por tecer as relações entre todos os prestadores de atendimento. O sistema de informação clínica implantado vincula as clínicas médicas aos outros estabelecimentos do sistema, permitindo assim o acesso rápido e fácil (sem ter necessidade de passar por uma pilha de dossiês) aos resultados de laboratório, bem como aos relatórios dos serviços de emergência. Este constitui seguramente um instrumento essencial de coordenação.

Do ponto de vista global, as enfermeiras e os médicos julgam satisfatório o balanço do trabalho multidisciplinar na clínica. Alguns médicos atribuem ao recrutamento da enfermeira na clínica a possibilidade de poder passar mais tempo com os casos complicados e menos tempo com os mais sim-

ples, pois a enfermeira ajuda na avaliação destes últimos. A evolução da prática médica não se deu de um dia para o outro. No início, os médicos tinham a tendência de refazer o histórico dos casos, mesmo quando a enfermeira já tinha se dado ao trabalho de redigi-lo. A confiança entre os dois profissionais se constrói progressivamente. Mesmo que a avaliação da enfermeira conclua que o paciente não tem necessidade de um exame médico, este exame não será por isso anulado. Apesar dessas lacunas, o recrutamento de uma enfermeira na clínica médica contribuiu efetivamente, segundo opinião das enfermeiras e outros profissionais, para reforçar os vínculos entre as clínicas médicas e os outros estabelecimentos. A título de ilustração, para a clientela diabética, existe, no território, um *continuum* de serviços integrados na medida que subsistem relações permanentes entre o médico clínico e a clínica especializada. Esse funcionamento permitiu iniciar certos tratamentos fora do hospital; o que representa, é claro, um aumento da eficiência.

Deixando de lado a melhoria da coordenação entre os prestadores de atendimento no interior da região, o projeto também ambicionava a formalização dos vínculos com os estabelecimentos fora do território. Somente o programa «saúde mental» do CLSC pareceu desenvolver esforços notáveis para atingir este objetivo. Procedimentos, por exemplo, junto a um hospital psiquiátrico situado em uma área vizinha, foram empreendidos a fim de que este comunique imediatamente, caso ocorra a internação de usuários, com o intuito de retorná-los rapidamente para dentro da comunidade. Estes procedimentos de busca ativa de casos demonstram o domínio de um princípio fundamental do modelo de intervenção, a saber, a responsabilidade populacional.

Em suma, segundo a voz de numerosos atores do sistema local de atendimento, os progressos realizados durante esta primeira fase de experimentação mostram-se significativos. Mais precisamente, eles reconhecem a melhoria da coordenação, um reforço da prevenção e um acompanhamento rigoroso da clientela atingida por problemas de saúde crônicos.

No entanto, vários entrevistados sublinham que ainda faltam esforços a serem realizados para melhorar a integração do sistema de atendimento. Em particular, eles admitem que certos serviços foram desenvolvidos de modo paralelo, não existindo complementaridade entre eles. É o caso dos serviços de televigilância desenvolvidos pelo hospital para as pessoas com

perda de autonomia, e, de ambas as partes, dos serviços de plantão 24/7 implantados pelo CLSC. Alguns, dentre os quais, profissionais não médicos, se questionam igualmente sobre a validade de argumentos apresentados por alguns médicos da comunidade anglófona, que não concordam com que todos os leitos de atendimento paliativo estejam localizados no CHSLD (como foi sugerido pelo grupo de trabalho), embora isto represente um ganho de eficiência; eles se perguntam se a pouca pressão desses médicos em encaminhar seus pacientes para o CHSLD em questão, assegurando-lhes a continuidade do acompanhamento médico, não está no fundo ligada à clivagem existente entre as duas comunidades⁴ ou às rivalidades para se aquinhoar mais recursos.

Para outros também, enquanto o papel de gestor de caso⁵ não for institucionalizado, o objetivo visado com a integração, sobretudo se quisermos sistematizar o acompanhamento junto a pessoas idosas com perda de autonomia ou junto a pessoas com problemas de saúde mental, não será atingido. É preciso saber que alguns médicos não aceitam completamente a noção de gestão de caso e isto se explica por duas razões: seja porque eles duvidam que o gestor de caso possa ajudá-los a assumir seu papel de gestor de atendimento⁶, seja porque consideram que cabe ao médico desempenhar o papel de gestor de caso. Até o momento, apenas o setor de «saúde mental» se esforça no sentido de implantar a gestão de caso.

Como conclusão a esta parte, podemos afirmar que todos os atores do sistema de atendimento local estimam que o balanço desta experimentação é globalmente positivo. Podemos perceber, entretanto, um empenho menor por parte de alguns atores no sentido de ir mais longe na integração dos atendimentos, “reação” que, como veremos na próxima seção, pode ser facilmente compreendida.

Do nosso ponto de vista de equipe de avaliação do projeto, cabe-nos assinalar primeiramente que os impactos da experiência ainda não foram avaliados, quanto à utilização dos serviços de saúde particularmente, e isto por falta de disponibilidade de bases de dados administrativos⁷. Podemos, contudo, estimar que as mudanças introduzidas na região são positivas. Certos índices sustentam esta afirmação: por um lado, as observações dos atores que, embora reconhecendo que estas podem ser «artificiais», nem por isso deixam de ter um certo valor. Por outro lado, alguns dos exemplos citados neste texto nos levam a crer que progressos efetivos estão ocorren-

do. Embora prudentes em nossas conclusões, podemos *a priori* considerar que o modelo de intervenção experimentado se anuncia como promissor. Sem uma busca de mudanças notadamente no plano financeiro, a perenidade dos progressos observados nos parece ameaçada. Mais adiante, teremos a ocasião de retomar esta crítica.

OS FATORES DE SUCESSO E OS OBSTÁCULOS DESSE PROCESSO DE MUDANÇA: O EFEITO DETERMINANTE DO CONTEXTO, DO MODELO DE INTERVENÇÃO E DAS MODALIDADES DE PILOTAGEM DA MUDANÇA

O desenvolvimento desta experimentação nos leva a tirar vários ensinamentos quanto aos fatores de sucesso e aos obstáculos encontrados durante este tipo de mudança. Estes fatores nos remetem na verdade ao contexto distintivo do projeto, à natureza do modelo de intervenção e às modalidades de pilotagem da mudança.

Como o contexto do projeto pode sustentar a mudança ou, ao contrário, prejudicá-lo?

Ocorre que diversas características do contexto do projeto, a saber o clima de trabalho harmonioso, a preexistência de boas relações de trabalho (RING; VAN DE VEN, 1994) entre alguns atores da rede, a pouca extensão do território, que favorece o estabelecimento de laços, o engajamento da população com relação ao sistema de saúde, um capital social coletivo importante (PUTNAM, 1993; PEPPER, 1995; LERNER e outros, 1995), útil, entre outras coisas, para viabilizar o financiamento de programas clínicos valorizados pela comunidade mostraram-se fatores de sucesso dessa experimentação. É claro que a força da primeira linha constitui a chave do processo de mudança. Isto significa dizer que, em certos momentos, a natureza da prática médica na região, ou seja, uma medicina familiar «muito próxima» da clientela, motivou provavelmente a resistência de alguns médicos a mudanças de prática. As barreiras encontradas para a implantação da gestão de caso ilustram este estado de coisas. Do quadro geral que apresentamos, nós destacamos o engajamento dos médicos da região, particularmente de três deles, com respeito ao processo de mudança, considerado por vários, sobretudo os administradores e os quadros da Direção Regional, como admirável; isso figura entre os fatores de sucesso determinantes desta experimentação.

No entanto, as dificuldades de recrutamento de algumas categorias de profissionais (médicos, fonoaudiólogos) particularmente presentes nas zonas rurais explicam, em parte, o sucesso parcial da implantação de alguns programas clínicos. A incerteza quanto ao final do projeto não permitiu manter o entusiasmo do pessoal.

Além do problema da fusão dos postos de trabalho, as rivalidades entre as duas comunidades culturais distintas constituíram, sem sombra de dúvida, um obstáculo à integração dos serviços. Com efeito, o apego das comunidades ao seu estabelecimento e as desavenças quanto à composição do conselho de administração impediram a concretização do projeto de fusão administrativa dos estabelecimentos, apesar da insistência da Direção sobre a necessidade desta junção. A Direção regional, obrigada a legitimar suas decisões pelas vias democráticas, não dispunha de poder para impor sua autoridade neste processo, tanto mais que este não possuía todos os dados comprobatórios necessários para convencer os membros dos conselhos de administração da importância desta integração administrativa. Para inúmeros entrevistados, o fracasso era por sinal previsível, pois os membros dos conselhos de administração não captavam o interesse da integração e consideravam a fusão mais como uma medida burocrática, que ameaçava a autonomia dos estabelecimentos. Fora a perda de tempo ocasionada pelas negociações em torno da fusão, vários atores sustentam que o aborto do projeto de fusão, durante esta primeira fase, não se revelou prejudicial à experimentação na medida que não impediu de forma significativa a progressão no sentido da integração clínica. Com o desaparecimento do financiamento do FASS, a necessidade de desenvolver uma direção unificada não mais se impunha, com toda certeza. De fato, a questão do financiamento dos programas interestabelecimentos só se colocaria neste momento específico.

Como o modelo de intervenção pode favorecer ou, ao contrário, entrar a mudança ?

Esta experimentação mostra o interesse em atribuir um papel preponderante ao médico de família, ator indispensável do sistema de atendimento, e de implantar medidas organizacionais, bem como estímulos para uma cooperação maior deste médico na integração dos atendimentos. Isto responde a orientação atual das reformas dos sistemas de saúde que privilegia uma revalorização dos serviços primários (DEPARTMENT OF HEALTH,

1997; HEALTH SERVICES RESTRUCTURING COMMISSION, 1999; COMISSÃO DE ESTUDOS SOBRE OS SERVIÇOS DE SAÚDE E SERVIÇOS SOCIAIS, 2000; COMMISSION ON MEDICARE, 2001). Neste sentido, a introdução de medidas de incentivo, sob a forma de uma remuneração dos médicos para participarem da organização dos serviços, parece ter sido, no âmbito deste projeto, um fator determinante de sucesso. Infelizmente, os mecanismos de incentivo aos médicos não tentaram melhorar, no âmbito da experimentação, a eficiência da prestação de serviços médicos; conseqüentemente, bloqueios nas práticas (como algumas redundâncias entre enfermeira e médico) foram constatados. Cabe mencionar, contudo, que durante os últimos meses da experimentação, uma evolução dos modos de remuneração dos médicos foi aventada e negociações foram agendadas neste sentido⁸. Podemos então esperar que essas mudanças repercutam nas práticas profissionais, confirmando «o sucesso» conseguido pela introdução, durante a primeira fase do projeto, de incentivos econômicos com vistas a uma integração real dos médicos.

Do mesmo modo, o recurso a incentivos para favorecer uma maior colaboração dos estabelecimentos (regras de utilização dos novos recursos aportados pelo FASS) desempenhou um papel essencial neste projeto. Infelizmente, esses incentivos guardam um alcance limitado e efêmero na medida que o essencial dos financiamentos dos estabelecimentos provém de fontes independentes; isso explicaria a estagnação nos progressos realizados. Com efeito, o não-alinhamento dos incentivos contribui para que os estabelecimentos não reconheçam verdadeiramente sua independência e não invistam muito nesta independência para desenvolver mais efetivamente a cooperação; logo, o *status quo* nas relações interorganizacionais (GRAY, 1989; LEVINE; WHITE, 1961; OUCHI, 1980). É preciso, neste caso, «impor» uma fusão administrativa dos estabelecimentos, mesmo que se tenha que forçar uma integração funcional? Esta experimentação traz à luz o fato de que a passagem crítica entre integração funcional – integração dos médicos não constitui necessariamente a única maneira de se chegar a uma integração dos atendimentos, conforme foi sugerida pelo modelo teórico de Shortell e outros (1993). Como já explicamos anteriormente, em certas circunstâncias, a fusão parece ameaçadora para as organizações constituídas, pois ela questiona os poderes adquiridos, sem esquecer que os atores, como revelam as entrevistas analisadas, não vislumbram necessariamente

a importância da integração administrativa. De fato, do modelo de intervenção, eles apreendem essencialmente as dimensões clínicas (harmonização dos procedimentos, acompanhamento sistemático etc.). Através destes exemplos, podemos levantar a hipótese de que, no início, pode parecer mais coerente fazer com que os atores trabalhem em cima de projetos clínicos, que fazem mais sentido para eles, e fazê-los progressivamente evoluir para uma maior integração funcional. Esta experimentação sugere que trajetórias de mudança, diferentes do encaminhamento linear, integração funcional (integração dos médicos) – integração dos atendimentos, podem ser consideradas.

Enfim, uma outra lição capital desta experimentação diz respeito ao interesse pelo princípio da responsabilidade populacional, no sentido pleno do termo. Isto se verifica em campo, onde os atores não medem esforços para, de um lado, estabelecer vínculos entre os diferentes programas clínicos e, de outro, buscar ativamente os usuários que necessitam de serviços de saúde, prática pouco difundida no resto da rede no Quebec.

Em que as modalidades de pilotagem de mudança podem favorecer ou desfavorecer esta mudança?

As modalidades de condução da mudança constituem seguramente fatores que determinam o sucesso do processo. Esta experimentação levanta mais uma vez a questão da importância da liderança exercida na pilotagem do projeto (HOSKING, 1988). Na verdade, segundo numerosos entrevistados, a presença de uma visão estratégica mobilizadora constitui um fator que, na opinião de várias pessoas, mostrou-se deficiente, durante a experimentação. Vários atores teriam preferido uma liderança administrativa mais forte. Aparentemente, o dispositivo de gestão deste projeto, composto por um chefe de projeto e por uma diretoria (já apresentado), não foi plenamente satisfatório, na medida que não conseguiu desenvolver uma visão estratégica que reunisse o conjunto dos atores envolvidos. Outros gostariam que a Direção regional desempenhasse esse papel de liderança. A Direção se limitou a uma atitude benevolente com relação ao projeto. Este contentou-se em encorajar os atores da região a se organizarem, em função de suas próprias necessidades, apostando na «descentralização» da tomada de decisão. A este respeito, os representantes do Consórcio trabalharam especialmente no sentido de trazer um suporte para os procedimentos empreendidos pelos atores em campo. Este papel técnico (anima-

ção de reuniões, redação de atas etc.) foi efetivamente apreciado pelos membros dos comitês; entretanto, resta saber se não deveria ter tido também um papel mais estratégico. Embora tenha desempenhado um papel de animador do processo de aprendizado, o consórcio não teria ousado ir ao encontro de uma descentralização da tomada de decisão.

À estas lacunas constatadas na liderança administrativa, soma-se uma certa fragilidade da liderança médica. É claro, sublinhamos várias vezes, a participação dos médicos em grupos de trabalho e nos comitês, como contribuição bastante apreciável. Sem pretender que este papel de liderança caiba apenas aos médicos, devemos constatar que nenhum deles assumiu verdadeiramente a liderança do processo de reorganização dos serviços. Além do problema de disponibilidade de tempo, vários consideram seu modo de prática habitual como adequado e eficiente; diante da ampla satisfação presumida dos pacientes, torna-se então difícil identificar as mudanças necessárias, as transformações a serem introduzidas, bem como compreender as exigências e a necessidade de uma integração maior dos atendimentos na região. Para alguns médicos, o projeto permite sobretudo diminuir certos fatores inconvenientes de sua condição de trabalho do que defender uma nova visão integrada dos atendimentos.

Isto quer dizer que se a falta de liderança prejudicou uma implantação mais bem sustentada de mudança no quadro desta experimentação, esta reuniu, contudo, inúmeros outros fatores de sucesso, explicando assim o balanço globalmente positivo do projeto. Dentre esses fatores figura o caráter democrático (TOURAINÉ, 1994) e participativo do processo (VROOM; JAGO, 1988) de pilotagem da mudança. Embora um modelo de intervenção tenha sido proposto desde o início do projeto, este ficou em segundo plano ao longo do processo. De qualquer maneira, este modelo de intervenção amplamente «lacunar» como qualquer modelo (no sentido em que ele indicava apenas as linhas mestras) necessitava bastante ser completado e contextualizado. Na verdade, todos os detalhes do modelo clínico (quais os serviços que deveriam ser desenvolvidos? Quem faz o que? Quais são os protocolos clínicos a serem adotados? etc.) foram definidos pelos comitês constituídos pelos participantes provenientes dos diferentes estabelecimentos. Isso foi determinante no processo de apropriação da mudança.

Por outro lado, a criação dos comitês interestabelecimentos, que desempenhavam sobretudo o papel de estruturas de mediação (BRYSON;

CROSBY, 1992), contribuiu bastante para o desenvolvimento de uma visão comum que favorecia automaticamente uma melhor integração dos serviços na região. É o caso dos comitês clínicos, entre outros, que se compõem de representantes dos diferentes estabelecimentos. Esses comitês tornaram possível a confrontação de várias visões a respeito do modelo de intervenção (exemplo: qual é o perfil adequado de uma enfermeira para uma clínica privada? Qual deverá ser o seu papel? Quais são os mecanismos de coordenação que devem ser previstos?) que levam progressivamente a soluções aceitáveis para os diferentes protagonistas e trazem mudanças positivas às práticas.

Dentre os fatores de sucesso desta experimentação, não podemos nos esquecer de assinalar também o papel da equipe de avaliação, embora esta, tendo em vista seus limites (falta de dados comprobatórios para construir um consenso, papel da intervenção não inteiramente legitimado etc.), não tenha tido a amplitude esperada. Muitos entrevistados se disseram tranquilizados pelo papel de «muro de proteção» assumido pela equipe de avaliação. Eles também apreciaram a formação oferecida por esta equipe. Os comentários emitidos em certas ocasiões pelos membros da equipe de avaliação suscitaram igualmente alguns questionamentos e foram sugeridas algumas vias possíveis para a melhoria da organização dos serviços. Em suma, mais uma vez, a aproximação dos atores egressos da esfera acadêmica e dos gestores parece ter se revelado benéfica para a instalação do processo de mudança, especialmente quando estes se mostram complexos.

CONCLUSÃO

A QUESTÃO DA TRANSFERIBILIDADE DESSE MODELO DE INTERVENÇÃO

A questão que pode ser levantada por qualquer um pode ser enunciada assim: em que medida este modelo de intervenção, baseado na responsabilidade populacional, pode ser generalizado dentro do resto da rede de saúde no Quebec?

À primeira vista, tudo nos leva a crer que a implantação de uma abordagem populacional, similar à descrita neste artigo, não deveria trazer problemas em outras regiões rurais do Quebec. Poderíamos até esperar que a aplicação do modelo em outras regiões se efetuasse relativamente de modo

mais fácil, tendo em vista (comparativamente à experiência relatada aqui), que escapariam à dificuldade de ter que conciliar duas comunidades culturais distintas: além das raras exceções, dentre as quais a região aqui considerada, as regiões rurais do Quebec são geralmente habitadas unicamente por francófonos. A integração dos serviços de saúde nas zonas rurais, por causa de seu potencial de melhoria da eficiência e eficácia, permanece uma via interessante para facilitar o acesso aos serviços, problema considerado mais sério nesse tipo de zona. Essa via merece ser explorada, considerando-se o fracasso experimentado das medidas de incentivo aplicadas pelo governo para estimular o estabelecimento dos médicos na região (FOURNIER, 2001).

Com relação à questão da generalização do modelo nas zonas urbanas, sem que isso seja impossível, poderíamos *a priori* afirmar que estaria confrontada a desafios específicos que tornam mais complexo o processo de mudança. Com efeito, nesse meio, a prática médica não é semelhante à da medicina familiar, no sentido em que a prática de consultas sem marcação e dos serviços de emergência são preponderantes (DEMERS; BRUNELLE, 2000). Nas cidades, não existe a tradição de um acompanhamento médico contínuo.

- a rede de serviços parece muito mais complexa: entre outros, há relativamente muito mais cobertura para os papéis desempenhados pelos diferentes produtores de atendimento (por exemplo, entre os CLSC, as clínicas médicas privadas, as clínicas médicas nos hospitais). Por outro lado, os recursos são mais numerosos. Se isso representa, por um lado, uma vantagem na medida que a mobilização de alguns desses recursos (recursos comunitários, programas de readaptação etc.) permite evitar que se recorra a recursos mais pesados, constituindo assim um atrativo para a melhoria da eficiência, por outro lado, a coordenação de todos esses recursos torna-se uma tarefa necessariamente mais delicada.
- enfim, o contexto, associado ao perfil da clientela, mostra-se igualmente mais complexo: de um lado, os hábitos de consumo dos usuários são mais difíceis de serem acompanhados (em outras palavras, não é possível estar perto da população); por outro, existe, nas zonas urbanas, uma variedade cultural maior, repercutindo diretamente na demanda de serviços.

Concluindo: estes são desafios que devemos enfrentar para a implantação de uma abordagem populacional integrada nas zonas urbanas.

NOTAS

¹ Traduzido de *Une expérience d'intégration des soins dans une zone rurale: les enjeux de la mise en oeuvre. Ruptures*, v. 8 n. 2, p. 93-108, 2001.

² Divididos da maneira seguinte: 5 profissionais não médicos, trabalhando em estabelecimento, 5 médicos, diretor do projeto, diretores de estabelecimentos, responsáveis pelos atendimentos de enfermagem nos estabelecimentos, 3 enfermeiras das clínicas, 4 quadros da Direção.

³ Definida sumariamente, a avaliação da implantação busca compreender como o contexto (profissional, organizacional etc.) interage com a intervenção e como essa interação afeta os desempenhos obtidos.

⁴ Outros, ao contrário, estão conscientes que a concentração de leitos seria prejudicial para o acesso aos atendimentos.

⁵ Na região, vários atores consideram que a enfermeira na clínica privada não pode assumir o papel de gestora de caso, pois ela não está a par do cotidiano nem da vivência do usuário.

⁶ Na verdade, eles temem que a tarefa de comunicação com o gestor de caso venha aumentar sua carga de trabalho.

⁷ Os dados posteriores à data da implantação dos projetos ainda não foram fornecidos pelas instâncias envolvidas. A equipe de avaliação poderia eventualmente organizar-se para negociar junto a essas instâncias a recepção em tempo real dos dados administrativos. Isso exigiria recursos humanos que a equipe não dispunha. Considerando a duração da experimentação, a equipe concentrou seus esforços na avaliação dos processos.

⁸ A questão é saber se as mudanças de modos de remuneração adotados fazem com que os médicos de primeira linha contribuam efetivamente com a implantação de um sistema integrado de atendimentos.

REFERÊNCIAS

ACKERMAN III, F.K. The movement toward vertically integrated regional health systems. *Health Care Management Review*, v. 17, n. 3, p. 81-88. 1992.

BRYSON, J.M.; CROSBY, B.C. *Leadership for the common good: tackling problems in a shared power world*. San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers, 1992.

CHAMPAGNE, F.; DENIS, J.L. Para uma avaliação sensível ao meio ambiente das intervenções: a análise da implantação. *Serviço Social: L'avenir des Services ou Services d'Avenir*, v. 41, n. 1, p. 143-163, 1992.

COMISSÃO DE ESTUDOS SOBRE OS SERVIÇOS DE SAÚDE E SERVIÇOS SOCIAIS. *Les solutions émergentes*. Governo do Quebec, Canadá, 2000.

- COMMISSION ON MEDICARE. *Caring for medicare. Sustaining a quality system*. Saskatchewan, Canadá, 2001.
- CONTANDRIOPOULOS, A.P.; POUVOURVILLE, G.; POUILLIER, J.P.; CONTANDRIOPOULOS, D. Em busca de uma terceira via: os sistemas de saúde no século XXI. In: POMEY, M.P.; POUILLIER, J.P.; LEJEUNE, B. (eds.). *Santé publique: états des lieux, enjeux et perspectives*. Paris: Ellipses Éditions Marketing, 2000. p. 637-667.
- CROP. *Enquête sur les services de santé*. MRC Haut Saint-Laurent, 2000.
- CROZIER, M.; FRIEDBERG, E. *L'acteur et le sistema*. Paris: Editions du Seuil, 1997.
- DAVIES, P. Making sense of integrated care in New Zealand. *Australian Health Review*, v. 22, n. 4, p. 25-44, 1999.
- DEMERS, M.; BRUNELLE, Y. *Organisation de l'omnipraticque au Québec entre 1994-1999*. Québec: Ministério da Saúde e Serviços Sociais, 2000.
- DENIS, J.L.; LAMOTHE, L.; LANGLEY, A.; VALETTE, A. The struggle to redefine boundaries in health care systems. In: BROCK, D.M.; POWELL, M.J.; HININGS, C.R. (eds.). *Restructuring the professional organization*. New York, NY: Routledge, 1999. p. 105-130.
- DEVERS, K.J.; SHORTELL, S.M.; GILLIES, R.R.; ANDERSON, D.A.; MITCHELL, J.B.; ERICKSON, K.L.M. Implementing organized delivery systems: an integration scorecard. *Health Care Management Review*, v. 19, n. 3, p. 7-20, 1994.
- FOURNIER, M.A. Políticas de mão-de-obra médica no Quebec: balanço 1970-2000. *Ruptures*, v. 7, n. 2, p. 79-98, 2001.
- GILLIES, R.R.; SHORTELL, S.M.; ANDERSON, D.A.; MITCHELL, J.B.; MORGAN, K.L. Conceptualizing and measuring integration: findings from the health systems integration study. *Hospital and Health Services Administration*, v. 38, n. 4, p. 467-489, 1993.
- GRAY, B. *Collaborating: finding common ground for multiparty problems*. San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers, 1989.
- HATCHUEL, A. *Comment penser l'action collective? Théorie des mythes rationnels*. In: Annales littéraires de Besançon, série AGON, obra coletiva coordenada por André Tosel e Robert Damien. Laboratório de pesquisas em filosofias do Agir, 1996.
- HEALTH SERVICES RESTRUCTURING COMMISSION. *Primary health care strategy: advice and recommendations to the honourable Elizabeth Witmer, Minister of Health*. Ontario, Canadá, 1999.
- HOSKING, E. Organizing, leadership and skillful process. *Journal of Management Studies*, v. 25, n. 2, p. 147-166, 1988.
- LERNER, W.M. e outros. Governance in integrated delivery systems: serving the public's interest. *Frontiers of Health Services Management*, v. 11, n. 3, p. 44-46, 1995.
- LEVINE, S.; WHITE, P.E. Exchange as a conceptual framework for the study of interorganizational relationships. *Administrative Science Quaterly*, v. 5, p. 583-601, 1961.

- OUCHI, W.G. Markets, bureaucraties and clans. *Administrative Science Quarterly*, v. 25, p. 557-582, 1980.
- PEPPER, H.L.P. Addressing social and economic responsibilities through governance. *Frontiers of Health Services Management*, v. 11, n. 3, p. 40-43, 1995.
- PRINGLE, D.; LEVITT, C.; HORSBURGH, M.E.; WILSON, R.; WHITTAKER, M.K. A colaboração interdisciplinar e a reforma dos atendimentos de saúde primários. *Canadian Journal of Public Health*, v. 91, p. 2, p. 87-88, 2000.
- PROVAN, K.G.; MILWARD, H.B. A Preliminary theory of interorganizational network effectiveness: a comparative study of four community mental health systems. *Administrative Science Quarterly*, v. 40, p. 1-33, 1995.
- PUTNAM, R.D. The prosperous community. Social capital and public life. *The American Prospect*, v. 13, p. 35-42, 1993.
- RING, P.S.; VAN DE VEN, A. Developmental cooperative relations between organizations. *Academy of Management Review*, v. 19, p. 841-856, 1994.
- SHORTELL, S.M.; GILLIES, R.R.; ANDERSON, D.A.; MITCHELL, J.B; MORGAN, K.L. Creating organized delivery systems: the barriers and facilitators. *Hospital and Health Services Administration*, v. 38, n. 4, p. 447-466, 1993.
- SHORTELL, S.M. e outros. *Remaking health care in America. Building organized delivery systems*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1996.
- TOURAINE, A. *Qu'est ce que la démocratie?* Paris: Fayard, 1994.
- VROOM, V.H.; JAGO, A.G. *The new leadership: managing participation in organizations*. Englewood Cliffs, N.J., Toronto, Prentice Hall, 1988.
- WALSTON, S.L.; KIMBERLY, J.R.; BURNS, L.R. Owned vertical integration and health care: promise and performance. *Health Care Management Review* v. 21, n. 1, p. 83-92, 1996.

Este livro foi composto no formato 160 x 230 mm.

Miolo papel Pólen Bold 70 g/m².

Tiragem de 1000 exemplares.

Reimpressão, CTP e acabamento: Imprinta Express Gráfica e Editora Ltda.