

**JOSÉ MAURÍCIO DE OLIVEIRA**

*Este exemplar corresponde à versão final da Tese de Doutorado, apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, para obtenção do Título de Doutor em Saúde Coletiva.*

*Campinas, 13 de Agosto de 2004.*

*Profa. Dra Ana Maria Malik*  
*Orientadora*

**NOVAS CONFIGURAÇÕES ORGANIZACIONAIS EM  
HOSPITAIS BRASILEIROS: ENTRE O DESEJO E A  
REALIDADE**

**CAMPINAS**

**2004**

***JOSÉ MAURÍCIO DE OLIVEIRA***

***NOVAS CONFIGURAÇÕES ORGANIZACIONAIS EM  
HOSPITAIS BRASILEIROS: ENTRE O DESEJO E A  
REALIDADE***

*Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação  
da Faculdade de Ciências Médicas da  
Universidade Estadual de Campinas para  
obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva*

***ORIENTADORA: Profa. Dra. Ana Maria Malik***

***CAMPINAS***

***2004***

|            |              |
|------------|--------------|
| UNIDADE    | Bc           |
| Nº CHAMADA | 716/Unicamp  |
|            | 064n         |
| V          | EX           |
| TOMADA DE  | 62024        |
| PROJ.      | 16-P-0086-05 |
| PREÇO      | 11,00        |
| DATA       | 10/02/05     |
| Nº CPD     |              |

Bibid: 341774

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
UNICAMP**

OI 4n      Oliveira, José Maurício de  
               Novas configurações organizacionais em hospitais brasileiros: entre  
               o desejo e a realidade / José Maurício de Oliveira. Campinas, SP :  
               [s.n.], 2004.

Orientador : Ana Maria Malik  
 Tese ( Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade  
 de Ciências Médicas.

1. Comportamento organizacional. 2. Mudança. 3. Poder. 4.  
 Estrutura. I. Ana Maria Malik. II. Universidade Estadual de  
 Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

# Banca examinadora da tese de Doutorado

**Orientador: Profa. Dra. Ana Maria Malik**

## **Membros:**

**1. Profa. Dra. Ana Maria Malik**

**2. Prof. Dr. Everton Soeiro**

**3. Prof. Dr. Paulo Roberto de Mendonça Motta**

**4. Profa. Dra. Elizabeth de Leone Monteiro Smeke**

**5. Prof. Dr. Emerson Elias Merhy**

Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

**Data: 13/08/2004**



## ***DEDICATÓRIA***

*Para a Silvia, Lucas, André e Daniel, por tudo.*

*Aos amigos e companheiros de jornada que guardam consigo o sentido da paz e com quem compartilho o desejo e o agir por um mundo mais justo, solidário e fraterno.*

## *AGRADECIMENTOS*

---

À Ana Maria Malik que orientou séria e cuidadosamente todo o processo de construção deste trabalho, pelo aprendizado propiciado ao longo de todos esses anos.

Ao Everton Soeiro, parceiro de muitas jornadas, pelo convívio amigo e solidário e pelo apoio crítico sem o qual este trabalho teria sido muito mais difícil do que foi.

Ao Emerson Elias Merhy, pela disponibilidade para discussão, tendo sua ajuda sido fundamental para amadurecimento das reflexões acerca da análise deste trabalho.

Aos amigos do sul: Lisiane Boer Possa, Maria Lectícia Macrhy de Pelegrini e Alcindo Ferla, pela solidariedade nos momentos de incerteza e pelas discussões que enriqueceram muito este trabalho.

À amiga de Minas, Cláudia Tassotti Krauss, pela constante injeção de ânimo e pelo incentivo para o término deste trabalho.

Aos queridos amigos e companheiros do ex-departamento de Medicina Social e Preventiva da PUCCAMP, com quem compartilho uma experiência de 20 anos e com quem me sinto comprometido num projeto coletivo.

Às professoras Maria Ceci Misoczky, da UFRGS, e Maria Christina Siqueira de Souza Campos, da USP, que no início deste trabalho se dispuseram a discutir a proposta de investigação.

Às amigas de muitas jornadas: Flavia Risaliti, Ana Maria Consentino Muller, Ângela Renões.

Ao João Claudenir Antunes, pela paciência e solidariedade.

À Leoci, pela imensa disposição de ajudar.

Às Diretorias dos hospitais estudados, pelo apoio e disponibilização de informações que subsidiaram este estudo.

Aos meus pais, Adriano e Miriam, pelo amor, pelo incentivo e pela presença constante.

À minha companheira Silvia e aos meus filhos Lucas, André e Daniel, pelo carinho, solidariedade, compreensão e ajuda nessa fase tão conturbada.

|                                                             | <i>Pág.</i>  |
|-------------------------------------------------------------|--------------|
| <b>RESUMO.....</b>                                          | <i>xxiii</i> |
| <b>ABSTRACT.....</b>                                        | <i>xxvii</i> |
| <b>1 - INTRODUÇÃO.....</b>                                  | 31           |
| <b>2 - CONFIGURAÇÕES ORGANIZACIONAIS.....</b>               | 39           |
| 2a - A organização burocrática.....                         | 41           |
| 2b - As novas configurações organizacionais.....            | 44           |
| <b>3 - O HOSPITAL COMO ORGANIZAÇÃO.....</b>                 | 53           |
| <b>4 - O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE.....</b>                 | 65           |
| <b>5 - A TEORIA NO CAMPO DA ANÁLISE ORGANIZACIONAL.....</b> | 75           |
| 5a - Primeiro Artigo.....                                   | 77           |
| 5b - Segundo Artigo.....                                    | 96           |
| <b>6 - PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....</b>                 | 107          |
| 6a - Amostra.....                                           | 112          |
| 6b - Pesquisa bibliográfica.....                            | 113          |
| 6c - As Categorias analíticas.....                          | 114          |
| 6d - Instrumentos.....                                      | 119          |

|                                                                |            |
|----------------------------------------------------------------|------------|
| 6e - Pré-teste.....                                            | 121        |
| 6f - Trabalho de campo.....                                    | 122        |
| 6g - Descrição do material coletado.....                       | 123        |
| 6h - Procedimentos para a análise e conclusão.....             | 124        |
| <b>7 - O HOSPITAL ESPECIALIZADO.....</b>                       | <b>127</b> |
| 7a - Apresentação.....                                         | 129        |
| 7b - A formulação de uma nova configuração organizacional..... | 136        |
| 7c - A configuração organizacional anterior à mudança.....     | 143        |
| 7d - A configuração organizacional formulada-implementada..... | 159        |
| 7e - Análise.....                                              | 174        |
| 7f - Conclusões.....                                           | 203        |
| <b>8 - O HOSPITAL GERAL.....</b>                               | <b>211</b> |
| 8a - Apresentação.....                                         | 213        |
| 8b - A formulação de uma nova configuração organizacional..... | 218        |
| 8c - A configuração organizacional anterior à mudança.....     | 220        |
| 8d - A configuração organizacional proposta.....               | 222        |
| 8e - A configuração organizacional implementada.....           | 235        |
| 8f - Análise.....                                              | 269        |
| 8g - Conclusões.....                                           | 305        |

|                                                                                                  |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>9 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>                                                             | <b>315</b> |
| <b>10 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>                                                      | <b>321</b> |
| <b>11 - ANEXOS.....</b>                                                                          | <b>339</b> |
| ANEXO.1 - Roteiro de entrevista.....                                                             | 341        |
| ANEXO.2 - Questionário para caracterização do Hospital (período: dois<br>últimos anos).....      | 343        |
| ANEXO.3 - Questionário para caracterização da gestão hospitalar da<br>configuração proposta..... | 345        |

## ***LISTA DE TABELAS***

---

|                                                                                                                      | <b><i>Pág.</i></b> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| <b>Tabela 1 -</b> Capacidade instalada do Hospital Especializado 2003.....                                           | 130                |
| <b>Tabela 2 -</b> Internações, taxa de ocupação e média de permanência do Hospital Especializado de 1998 a 2002..... | 132                |
| <b>Tabela 3 -</b> Consultas por especialidade, do Hospital Especializado, 2001-2002...                               | 133                |
| <b>Tabela 4 -</b> Outras produções hospitalares Hospital Especializado, 2001 e 2002...                               | 133                |
| <b>Tabela 5 -</b> Trabalhadores por tipo de vínculo, Hospital Especializado, 2002.....                               | 134                |
| <b>Tabela 6 -</b> Receitas (R\$) do Hospital Especializado, 2001 e 2002.....                                         | 135                |
| <b>Tabela 7 -</b> Despesas do Hospital Especializado, 2001- 2002.....                                                | 135                |
| <b>Tabela 8 -</b> Capacidade instalada do Hospital Geral.....                                                        | 214                |
| <b>Tabela 9 -</b> Produção hospitalar por área, Hospital Geral, 2002-2003.....                                       | 216                |
| <b>Tabela 10 -</b> Receitas e despesas, em reais, Hospital Geral de 2002 e 2003.....                                 | 217                |

## LISTA DE QUADROS

---

|                                                                                                   | <i>Pág.</i> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| Quadro 1 - Visão Geral dos imperativos de mudança.....                                            | 51          |
| Quadro 2 - <i>Continuum</i> de Configurações Organizacionais.....                                 | 57          |
| Quadro 3 - Os quatro paradigmas sociológicos.....                                                 | 89          |
| Quadro 4 - Proposta de organização das áreas assistenciais para o Hospital Especializado.....     | 164         |
| Quadro 5 - Desenho de matriz para as unidades da área assistencial do Hospital Especializado..... | 165         |
| Quadro 6 - Estrutura organizacional proposta para o Hospital Especializado.....                   | 174         |
| Quadro 7 - Modelo de atenção à saúde do Hospital Especializado.....                               | 181         |
| Quadro 8 - Estrutura organizacional do Hospital Especializado.....                                | 191         |
| Quadro 9 - Poder como elemento da configuração organizacional do Hospital Especializado.....      | 203         |
| Quadro 10 - Desenho matricial nas áreas de internação no Hospital Geral.....                      | 278         |
| Quadro 11 - Modelo de atenção à saúde do Hospital Geral.....                                      | 286         |
| Quadro 12 - Estrutura organizacional do Hospital Geral.....                                       | 300         |





## ***RESUMO***

Este trabalho se constitui em uma análise qualitativa sobre mudanças em configurações organizacionais de hospitais, sob a perspectiva dos modelos de atenção.

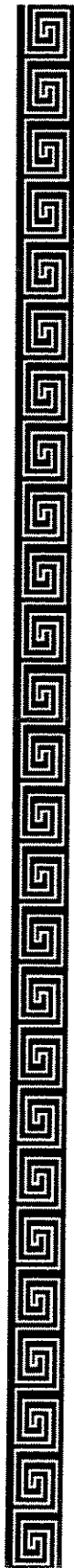
O objetivo principal foi identificar se e como os modos de produzir o cuidado são considerados na construção de novos formatos organizacionais.

A pesquisa de campo foi realizada para constituir um estudo de casos múltiplos onde foram analisados dois hospitais: um geral, público, de grande porte e um filantrópico, especializado, de médio porte, ambos localizados em Campinas, São Paulo. Foram consideradas como categorias analíticas: modelo de atenção à saúde, estrutura organizacional e poder.

Através desse estudo foi possível identificar as novas configurações formuladas e implementadas bem como interrogar e estudar as formas como os modelos de atenção foram considerados. Os ruídos observados mostraram as dificuldades, falhas e contradições dos processos de implantação, nos dois hospitais estudados.

Identificou-se também que, na formulação, os modelos de atenção foram eixos prioritários da construção dos novos formatos, em ambos, enquanto que na implementação ficou evidenciada a dificuldade na efetivação das mudanças pretendidas.

Este trabalho se pretende um instrumento para os trabalhadores em saúde, como uma reflexão sobre os problemas detectados, colaborando para criar novas e diferentes formas de se realizar as mudanças em serviços de saúde.



## ***ABSTRACT***

This thesis is a qualitative analysis about changes in the organizational structure of hospitals, oriented by the health care delivery model.

The main objective was to find out whether alternative models of providing care are taken into account while new organizational designs considered.

The actual research was built as a multiple case study, analyzing two hospitals: one of them public, general, with over 150 beds and the other one private, non profit, specialized and with between 50 to 150 beds. Both of them are in Campinas, São Paulo. Analytic categories were health care delivery model, organizational structure and power.

This study showed the new formulated and implemented designs. It enabled the researcher to study how the delivery models were considered. Differences between formulated and implemented models showed difficulties, flaws and contradictions in the implementation processes, in both hospitals.

Care delivery models were relevant in the formulation, in both hospitals, but there were many intervenient difficulties in the implementation of the intended changes.

This thesis is an instrument for health workers, as food for thought regarding identified problems, helping to create alternative ways to create change in health services.



## ***1 - INTRODUÇÃO***

A realização deste trabalho teve como ponto de partida certas inquietações e dúvidas sobre os processos de mudança em hospitais. Acredita-se que a escolha do objeto e dos objetivos da pesquisa traz consigo implicações do pesquisador, seus valores e concepções em relação ao objeto que pretende explorar. Assim, reconhece-se de antemão que a escolha desse recorte específico da realidade não foi neutra.

Uma multiplicidade de aspectos pode ser identificada na construção dessa escolha. A mais direta é o envolvimento do pesquisador com processos de mudança em hospitais brasileiros nos últimos 15 anos. Nas experiências vividas, compartilhadas e estudadas, um dos aspectos que mais chamava a atenção era o papel secundário que freqüentemente assumiam, nessas mudanças, os modos de se organizar e realizar o cuidado. Os hospitais mudam por muitos e variados motivos: para incluir novas modalidades assistenciais; para incorporar novos equipamentos nas linhas de produção; para atender novos usuários/clientes, entre outros.

Para a abordagem do tema procurou-se estabelecer conversações com pesquisadores de dois campos específicos: 1) *o campo dos estudos organizacionais* e mais especificamente de pesquisadores com interesse em discutir e analisar novos arranjos teóricos e práticos para organizações e, além disso, voltados para o desenvolvimento de alternativas à conformação burocrática; 2) *o campo da saúde coletiva*, especialmente com aqueles pesquisadores comprometidos com a discussão e construção de novos modos de organizar e realizar o cuidado, de modo a se aproximar das necessidades/desejos do cidadão usuário e da democracia institucional.

As configurações organizacionais são tema importante e constante na literatura especializada. Nos últimos anos observa-se um crescimento do número de publicações que discutem o surgimento de novos formatos. Uma parte dessas publicações representa o modelo modernista de organização, navegando por uma perspectiva gerencialista. A outra parte, na verdade, não é uma perspectiva homogênea e sim um leque de abordagens que recebem várias denominações: pós-modernas (Clegg, 1990; Dellagnello, 2000), flexibilidade organizacional (Tenório, 2000), organização pós-burocrática (Caldas, 1999), novos paradigmas em administração (Burrell, 1997).

As críticas à concepção de organização segundo o modelo burocrático podem ser vistas como o ponto de partida dessas novas propostas de configuração organizacional. Entretanto, sua superação ou flexibilização apontam para uma multiplicidade de pontos de chegada. Segundo Wood (2001), *“não se pode mais falar de one best way, de uma estrutura ideal, mas de uma variedade de formas, que vão desde a simples flexibilização do modelo tradicional até arquiteturas significativamente diferentes”*.

Utilizam-se neste trabalho expressões que representam conceitos polares — burocrático e pós-burocrático, moderno e pós-moderno. O moderno é representativo do pensamento tecnocêntrico, racionalista com perspectiva de progresso linear e controle do comportamento humano (Parker, 1992). O pós-moderno refere-se à heterogeneidade e à diferença. Segundo Gergen e Thatchernkery (1996), não existe razão para se acreditar em um processo racional único. As principais características do pós-moderno são desintegração, descentralização, fragmentação, textos e discursos diversos, incomensurabilidade e relativismo.

Para Reed (1993), o pós-moderno caracteriza-se pela pluralidade, relatividade e incomensurabilidade, ao contrário de consenso, objetividade e racionalidade, passando a caracterizar o universo intelectual dos teóricos organizacionais.

A expressão *organização pós-burocrática* foi tratada com referência à flexibilização do modelo burocrático, descrito por Weber, e não obrigatoriamente à sua total ruptura ou superação, ainda que existam propostas nesse sentido.

O reconhecimento da hegemonia burocrática tem levado vários autores a criticar a subordinação do ser humano às necessidades organizacionais e a propor novos formatos organizacionais em que haja predomínio da razão substantiva. Em parte das propostas de organizações pós-burocráticas existe a busca de nova racionalidade que signifique a perda da hegemonia da lógica instrumental e a busca de novos sentidos do que se conceitua organização (Guerreiro Ramos, 1984; Chanlat, 1993; Pizza Júnior, 1990).

Outros autores postulam, a partir de pesquisa empírica, que grande parte das formas pós-burocráticas se baseie essencialmente na racionalidade tecnocrática, cujo eixo é o estabelecimento de prioridades em que as necessidades do sistema precedem as das pessoas (Heydebrand, 1989).

Com o objetivo de reconhecer essas diferenças entre as organizações, optou-se neste estudo por abordar os conceitos *configuração*, *forma* e *formato* de forma ampla, envolvendo a estrutura organizacional e o que alguns autores denominam de lógica gerencial.

Neste trabalho, os conceitos de forma, formato ou configuração organizacional são tratados como sinônimos. São entendidos como a representação de uma determinada lógica de ação que, nas organizações burocráticas, é a razão instrumental. Nadler (1993) também já vinha trabalhando com um conceito que apontava para maior abrangência do conceito de estrutura. Esse autor utiliza o termo *arquitetura organizacional* incluindo a estrutura formal, as propostas de práticas de trabalho, os processos de seleção, socialização dos trabalhadores e a natureza da organização informal.

Dijksterhuis, Van den Bosch e Volderba (1999) utilizam o sentido de lógica gerencial que melhor se molda a este trabalho. Esses autores apresentam o conceito como um conjunto de significados, valores e crenças que influenciam a prática e a teoria gerencial, visando abordar a questão das configurações por uma ótica integradora dos condicionantes da própria organização, reconhecendo que apenas parte das configurações organizacionais pode ser explicada pela determinação do ambiente e que é necessária a consideração de outras influências, principalmente a intenção gerencial.

McKelvey (1982) é outro autor que propõe um conceito amplo de forma que envolve os processos e funções organizacionais além da estrutura. Esse autor dá ênfase à tecnologia existente no ambiente de trabalho que denomina de competência dominante. Qualquer aspecto da tarefa básica ou do gerenciamento do trabalho que module a natureza dos resultados define essa competência da organização. O recorte oferecido pelo autor parece útil na construção deste trabalho na medida em se enfoca a articulação das tecnologias do cuidado com as determinações das configurações organizacionais de hospitais

Esse conjunto de significados (racionalidade, estrutura, lógica gerencial e competência dominante) alimenta a formulação e construção dos formatos das organizações, e envolve questões como qual é a natureza das organizações, quais são as relações entre as organizações e as pessoas que as compõem e constroem.



Com esse entendimento, faz-se necessário analisar as formas organizacionais, reconhecendo sua articulação com os conceitos e os pressupostos existentes sobre gestão e, no caso, a gestão de serviços de saúde.

As discussões sobre configurações organizacionais têm como objeto, neste trabalho, os hospitais. Justifica-se este tema pelo contexto do setor saúde brasileiro, em que permanece a percepção por especialistas, da pouca utilização dos recursos/ferramentas gerenciais, pelos dirigentes dessas organizações no Brasil (Malik, Vecina Neto, 1990). Por outro lado, existe na literatura da área de administração grande número de estudos que apontam para novas formas de organização.

Perrow (1986), referindo-se ao século XX até as décadas de 1970-80, afirma que todas as organizações complexas nos Estados Unidos eram burocracias. Os hospitais são freqüentemente incluídos entre as organizações complexas devido ao grande número de especializações. Mintzberg (1979), ao criar uma tipologia de organizações aponta que os hospitais são um tipo especial de burocracia, a profissional. Essa denominação decorre da grande autonomia que seu núcleo técnico, os operadores profissionais, especialmente os médicos, têm em relação à direção. Etzioni (1976), também discutindo sobre organizações complexas, aborda um aspecto central nos hospitais — o conflito entre o poder administrativo (hierarquia) e o poder dos especialistas (conhecimento).

Há evidências de que, no Brasil, parte das organizações hospitalares — principalmente nos maiores centros urbanos — venha buscando criar novas formas organizacionais segundo modelos pós-burocráticos. Na área de saúde, as publicações sobre formas organizacionais e modelos de gestão de hospitais são escassas, tanto na literatura nacional quanto na internacional (quando se compara com as demais áreas). Entretanto, identificam-se alguns artigos que trabalham com foco mais ligados a uma abordagem gerencialista como Grabois (1995) e Gonçalves (1998), e outros que se enquadram numa perspectiva mais crítica como Abrahão Silva (1999); Cecílio, (1996); Cecílio, (1997); Merhy, (1997); Onocko e Amaral, (1997); Rollo e Oliveira, (1997); Souza Campos, (1998, 1999).; Uribe Rivera (1995).

Uma questão relevante para este trabalho é: o que leva as organizações a elaborarem e construírem determinadas configurações.

Na construção de novos formatos de serviços de saúde — e particularmente dos hospitais — reconhecem-se fatores específicos que podem influenciar a modelagem organizacional. Destaca-se neste trabalho um dos determinantes dessas configurações: a tecnologia. Ela é especialmente focada nos vários entendimentos e modos de se construir e realizar os cuidados em saúde. O interesse é, portanto, na tecnologia assistencial, no *modelo assistencial* ou *modelo tecnoassistencial* ou *modelo de atenção à saúde*. Esses conceitos foram tratados como sinônimos e definidos como o conjunto de conhecimentos, atividades, técnicas ou práticas necessárias para provocar mudanças no estado de saúde das pessoas que procurem os serviços de saúde (Mehry, 1997).

Vários autores apontam a importância dos modelos tecnoassistenciais na determinação das configurações organizacionais de serviços de saúde. Perrow (1965) coloca a congruência entre tecnologias assistenciais e o desenho organizacional como das mais importantes para o desempenho das organizações de saúde, principalmente os hospitais. Como assinalado acima, MacKelvey (1982) destaca o uso da tecnologia no ambiente de trabalho, — que denomina de competência dominante — como elemento básico das formas organizacionais.

Este trabalho teve como objetivo realizar uma investigação sobre a maneira pela qual os modelos tecnoassistenciais têm influenciado (ou não) a construção de novas configurações organizacionais em hospitais.

Para tanto, estudou algumas das novas configurações organizacionais de hospitais, e buscou identificar *se* e *como* os modos de se realizar o cuidado foram considerados tanto na formulação quanto na sua implementação. O interesse, portanto, eram os processos em hospitais que colocassem como um dos seus eixos de mudança os modos de realizar a assistência à saúde.

Na investigação, buscando alcançar os objetivos propostos, foi utilizada uma abordagem qualitativa. O aprofundamento e o detalhamento desejados apontaram para a escolha dessa metodologia. O método escolhido foi o estudo de casos. A pesquisa

pretendeu identificar os significados das experiências em estudo e foi realizada em dois serviços hospitalares selecionados segundo o recorte pretendido: um hospital especializado privado filantrópico e um hospital geral público, ambos de Campinas-SP.

O trabalho foi organizado conforme as partes descritas abaixo e apresentadas a seguir.

O primeiro bloco apresenta e discute a revisão bibliográfica sobre os temas julgados relevantes para a realização da pesquisa e as abordagens teóricas no campo da análise organizacional:

**Capítulo 2 Configurações organizacionais**

**Capítulo 3 O hospital como organização**

**Capítulo 4 O modelo assistencial**

**Capítulo 5 A teoria no campo da análise organizacional**

No segundo bloco são apresentados os procedimentos metodológicos adotados neste trabalho e os resultados da pesquisa, sob forma de dois casos.

**Capítulo 6 Procedimentos metodológicos**

**Capítulo 7 O Hospital Especializado**

**Capítulo 8 O Hospital Geral**

**Capítulo 9 Considerações Finais**

Na sequência são apresentadas: as referências bibliográficas utilizadas neste trabalho e os documentos anexos.



## ***2 - CONFIGURAÇÕES ORGANIZACIONAIS***

## 2a - A ORGANIZAÇÃO BUROCRÁTICA

Na visão clássica, as organizações têm seus formatos pré-determinados a partir de variáveis como porte, número de unidades operacionais e tecnologia. Child (1973) destaca a complexidade como uma variável que ajuda na construção de configurações organizacionais. A complexidade é tratada, por este autor, como variável relacionada à maior ou menor especialização de papéis, de funções e ao nível de qualificações.

Essas variáveis apontadas, quando associadas à formalização e à centralização, produzem, na visão clássica, o melhor formato para as organizações.

Apesar de toda discussão sobre novas formas organizacionais, são vários os autores que reconhecem a existência e a relevância das burocracias na vida das organizações atualmente (Clegg, 1997; Latour, 1993).

A forma clássica de planejar e operar as organizações privilegia a eficiência, a rotina, a confiabilidade e, principalmente, a previsibilidade do seu comportamento.

Essa perspectiva de organização ficou conhecida como *burocracia*. Max Weber, no plano teórico, formula o modelo da burocracia, identificando-a como fenômeno social e descrevendo suas principais características como organização a que, reunidas na sua forma mais completa, denominou de tipo ideal (Weber, 1966).

A burocracia descrita por Weber entende a organização como um instrumento que, auxiliado por mecanismos de normas e regras fixas e escritas e por uma hierarquia de autoridade, opera com base no conhecimento técnico e em direção à obtenção de objetivos bem definidos. A idéia subjacente é de que essas características, quando presentes na organização, possibilitariam a construção de um sistema social racional. A formalização das relações e o exercício do controle, que estão na base desse entendimento, favoreceriam a predominância da racionalidade funcional. Motta (1997) coloca que a organização burocrática tem como um dos seus eixos a fundamentação racional da autoridade.

Destaca-se, portanto, entre suas principais características, a busca da otimização dos meios através da ação cada vez mais racional a fim de alcançar resultados máximos. O sentido do racional aqui é o do técnico ou funcional. Weber (1969) coloca essa

racionalidade como instrumental ou funcional, ou seja, que está a serviço da organização, no sentido de propiciar o alcance da maior eficiência. As organizações regidas pela racionalidade instrumental utilizam os seres humanos para o alcance dos seus objetivos, subordinando-os às necessidades organizacionais (Guerreiro Ramos, 1984; Pizza Júnior, 1990; Sievers, 1990). A essência das críticas apresentadas por estes autores é a subordinação do ser humano às necessidades da organização. Em outras palavras, ao predomínio da racionalidade funcional (própria dos sistemas produtivos) em detrimento do que é próprio do ser humano, dos seus interesses/desejos ou da racionalidade substantiva.

As formas organizacionais burocráticas, na medida em que estão associadas a um estado de relações ordenadas entre partes bem definidas em uma determinada ordem (eficiência, rotina, confiabilidade), são associadas a um modo de ser mecânico das organizações. A própria origem da palavra organização, que vem do grego *organon*, traz o sentido de ferramenta ou instrumento, reforçando essa imagem, Morgan (1995) afirma que as organizações operadas como se fossem máquinas são comumente chamadas de burocracias.

A partir da Revolução Industrial, com a grande utilização de máquinas no processo produtivo, torna-se mais evidente a adaptação das organizações ao ritmo, características, enfim, às exigências das máquinas.

Weber, no estudo das características das organizações burocráticas, reconhece o paralelismo entre a mecanização da indústria e o crescimento das formas burocráticas, apontando que essas formas rotinizam a vida organizacional na mesma medida em que as máquinas rotinizam a produção. Esse autor, reconhecido como um dos fundadores da sociologia moderna, preocupou-se em estudar os impactos sociais da proliferação da burocracia na sociedade e na capacidade que esse enfoque tem de rotinizar e mecanizar a vida em sociedade. A tradução da sua obra por um grupo de sociólogos norte-americanos encobriu os aspectos mais críticos dos escritos weberianos nos quais aparece o reconhecimento da tendência para a mecanização, especialização e burocratização. Além disso, aponta como uma potente força social de consequências graves para a sociedade, o seu potencial de esvaziamento de formas mais democráticas de organização (Burrell, 1997; Morgan, 1995; Prestes Motta, 1991).

Outros autores são reconhecidos pela sua contribuição teórica, só que, em contraste com Weber, trabalham no sentido do aprofundamento da burocratização da vida organizacional. Suas idéias tornaram presentes no cotidiano das organizações muitos princípios mecanicistas. Entre esses autores dois são aceitos como os que melhor caracterizam essa perspectiva: Henry Fayol e Frederick Taylor.

Taylor (1960) desenvolveu uma teoria da prática organizacional que buscava o alcance da produtividade máxima. Para tanto, propôs transferir toda a responsabilidade da organização do trabalho do trabalhador para o gerente; uso de "método científico" para determinar a maneira mais eficiente de fazer o trabalho; seleção da melhor pessoa para desempenhar aquele trabalho já definido; treinamento do trabalhador para realizar o trabalho eficientemente e monitoramento do desempenho do trabalhador para assegurar que os procedimentos apropriados sejam seguidos e os resultados alcançados.

Pode-se depreender desses conceitos que a gerência é concebida como o espaço de quem pensa o trabalho. Fica estabelecida a separação entre o planejamento e a execução do trabalho. Ao gerente cabe estabelecer qual a tarefa, como realizá-la, treinar e exercer vigilância sobre o trabalho dos operários. Essas propostas tayloristas determinaram forte impacto nos processos de trabalho gerando grande especialização horizontal e vertical (Prestes Motta, 1991; Morgan, 1995).

Outro aspecto relevante na perspectiva clássica é a concepção rígida e prescritiva utilizada na construção dos formatos organizacionais. Dentre os autores clássicos, Henry Fayol é representante típico daqueles que tiveram como foco o planejamento da organização total. Suas idéias levaram à elaboração de métodos que enfatizam o planejamento e o controle racional. Motta (1991) afirma que as formas clássicas de se organizar baseiam-se em fatores específicos como especialização do trabalho, distribuição de poder, autoridade e responsabilidade.

Algumas abordagens — mais recentes — que utilizam desse modelo são conhecidas como neoclássicas ou neotayloristas, pois mantêm o caráter prescritivo, pressupondo um enxugamento da burocracia. Prestes Motta (2001) afirma que, na verdade, essas abordagens não podem ser entendidas como novas teorias e sim como instrumentos de administração. São exemplos os programas de qualidade total, a flexibilização, a eliminação de níveis hierárquicos, a reengenharia, entre outras.

Uma vez implementados os critérios clássicos, cria-se um tipo de configuração organizacional onde existe um padrão de cargos precisamente definidos e organizados de maneira hierárquica. Os padrões de autoridade/responsabilidade são utilizados para dar direcionalidade à ação da organização e estabelecer a subordinação das pessoas aos interesses organizacionais. Um dos principais objetivos dos teóricos clássicos é, com essas especificações, assegurar que as ordens emitidas no topo da organização fluam pelos diversos níveis de forma a alcançar os objetivos desejados.

Todo esse arcabouço teórico é básico para a construção das formas burocráticas mais tradicionais que Morgan (1995) denomina de burocracia centralizada e Mintzberg (1979) de burocracia mecanizada, bem como na forma modificada conhecida como forma divisionada.

Esses critérios são o fundamento principal para a construção das configurações organizacionais na primeira metade do século XX. Vários são os autores que constatarem que essas configurações continuam sendo muito utilizadas até os dias de hoje (McKendrik; Carrol, 2001; Morgan, 1995).

## **2b - AS NOVAS CONFIGURAÇÕES ORGANIZACIONAIS**

A partir da segunda metade do século XX, há o reconhecimento do surgimento de formas organizacionais que respondem às exigências advindas de um mundo onde mudanças tecnológicas, econômicas e sociais ganham velocidade e caráter de imprevisibilidade.

As mudanças tecnológicas são as mais frequentemente apontadas como responsáveis pelo nascimento de novos formatos. Vários autores (Drucker, 1988; Peters, 1989; Handy, 1990) apontam para o caráter revolucionário das inovações tecnológicas, questões relacionadas à globalização (mercado, cultura, turismo etc.), o aumento do acesso à escola e o número de anos de escolaridade, a democratização das relações sociais ou sua maior horizontalização, o aumento da participação feminina no mercado de trabalho e a crescente exigência dos



consumidores. Os que olham por este prisma pensam em um processo de transformação com caráter evolutivo, isto é, um processo regular de mudanças que apresenta movimentos harmônicos não alterando sua essência. Seu eixo é a adaptação das organizações aos novos padrões da modernidade.

Outros entendem que essa nova realidade se refere a uma descontinuidade com os preceitos da modernidade. Há uma percepção de ruptura com o primado da ciência, do progresso econômico e da razão. Esse grupo é muito heterogêneo, não sendo possível identificar consensos sólidos. Neste trabalho não se discute a distinção entre a modernidade e os vários sentidos atribuídos à chamada pós-modernidade. Trata-se de lidar com o que Motta (1997) chama de valores da pós-modernidade gerencial e seus desdobramentos nas configurações organizacionais.

As formas emergentes têm sido largamente reconhecidas e estudadas segundo múltiplos prismas: flexibilidade organizacional (Tenório, 2000), organizações pós-burocráticas (Dellagnelo, 2000), organização pós-industrial (Huber, 1984), novos paradigmas organizacionais (Burrell, 1997; Clegg, 1990; Parker, 1992), novas formas organizacionais (Dijksterhuis, Bosch, Volberda, 1999), novas configurações organizacionais (Wood, 2001), pós-fordismo (Tenório, 2000), organizações de aprendizagem (Nevis, DiBella, Gould, 1995) e outras.

Uma parte significativa desses trabalhos — talvez a maior — identifica as novas formas organizacionais como reativas ao ambiente turbulento e imprevisível. Dellagnelo (2000) afirma que nessa perspectiva o princípio orientador é a busca do melhor arranjo organizacional para a obtenção da maior efetividade. Esses trabalhos reconhecem a insuficiência dos ditames burocráticos na determinação de formatos organizacionais capazes de lidar com um mundo que perdeu o horizonte de estabilidade (tecnológica, demanda, social) reinante nos cinquenta primeiros anos do século XX.

Nesse grupo encontram-se arranjos organizacionais que questionam os modelos tayloristas e fordistas de produção. A busca é no sentido de criar formas mais flexíveis e que, segundo Huber (1984), apontem para processos de tomada de decisão mais rápida, com maior frequência e de natureza mais complexa; voltados para inovação com ênfase no

aprendizado organizacional; e para obtenção de informações tanto do ambiente externo como do interno de maneira contínua e ampla. Segundo alguns autores nessa perspectiva, abordam-se as novas alternativas organizacionais como um aperfeiçoamento da abordagem contingencial (Thompson, 1993; Tsoukas, 1992).

Um segundo grupo de trabalhos — ainda que também fazendo a crítica à adoção de práticas que utilizem o paradigma da produção em massa (Daft e Levin, 1993; Doll e Vonderembse, 1990) — procura identificar formas diversas de organização para além do espaço econômico visando estudar modelos não-convencionais que representem a efetivação de modos de racionalidade diferentes da burocrática e das formas orgânicas. Nesse aspecto se encontra o fundamental dessas propostas — a construção de configurações organizacionais que tenham como eixo principal racionalidades voltadas para o substantivo.

Autores como Reed e Hughes (1992) afirmam que a grande amplitude de formas organizacionais desenvolvidas a partir da década de oitenta não pode ser compreendida, pelo menos parte delas, pelos modelos racional e de sistemas.

Dellagnelo (2000) afirma que nesse segundo grupo de estudos estão aqueles com afinidades com a teoria crítica na análise organizacional e que tratam esse tema como manifestação das diversas formas de se entender as organizações nos dias de hoje, coerentes com a diversidade que marca a sociedade em diferentes espaços e em diferentes contextos.

Esse segundo grupo tem como foco as discussões sobre novas configurações organizacionais sob o prisma de representação de uma lógica de ação voltada para o humano diferente da instrumental típica dos modelos burocráticos e também dos contingenciais (Clegg, 1990; Parker, 1992; Prestes Motta, F. C., 1992 ; Caldas, 2000).

O reconhecimento do surgimento de configurações organizacionais alternativas à burocracia aponta para a necessidade de identificar e analisar evidências empíricas dessas novas formas. Clegg (1990) afirma que esses novos formatos têm como característica fundamental a desdiferenciação como processo básico na sua estruturação. Afirmar ainda

que a lógica de ação subjacente às práticas organizacionais nesses contextos evidencia modos de racionalidade diferentes da funcional e que ela pode ser apreendida da natureza das soluções tomadas frente aos problemas da organização.

Hassard (1993) aponta que as características estruturais dessas novas configurações podem ser relacionadas às teorias de especialização flexível e às abordagens pós-fordistas (Tenório, 2000). O autor relaciona: estratégia mercadológica voltada para nichos específicos, trabalhadores multifuncionais ou quase artesanais, e sistemas de produção flexíveis como evidências empíricas.

Um outro pesquisador que relaciona evidências dessas organizações pós-burocráticas é Heydebrand (1989). Este estudioso apresenta algumas dimensões como tamanho da força de trabalho, o objeto de trabalho, os meios de trabalho, a divisão do trabalho, o controle do trabalho e a propriedade e controle da organização que caracterizariam essas organizações.

Tenório (2000) afirma que padrões "emergentes" podem ser agrupados em seis categorias básicas: esforço permanente para a melhoria simultânea da qualidade, dos custos e dos serviços de entrega; proximidade dos clientes para entender suas necessidades e ser capaz de se adaptar para satisfazê-las; busca de maior proximidade com os fornecedores; utilização estratégica da tecnologia visando à obtenção de vantagem competitiva; utilização de estruturas organizacionais mais horizontalizadas e menos compartimentalizadas e utilização de políticas inovadoras de recursos humanos

A gênese das configurações organizacionais tem sido abordada de várias maneiras por alguns autores. A análise das novas configurações organizacionais, segundo o que Miller (1987) denomina imperativos, pode favorecer a identificação de características que indiquem modos de racionalidade burocrática ou não. O autor reconhece nos imperativos forças que limitam a variedade organizacional e que em determinado momento um deles será predominante na determinação da configuração. São quatro, segundo o autor, os imperativos principais: estrutura, ambiente, liderança e estratégia.

Aqueles que acreditam na construção de configurações organizacionais que tenham como principal imperativo a estrutura ressaltam que a existência de uma hierarquia claramente definida, de regras, procedimentos e autoridade gerencial profissional garantem maior eficiência às organizações. A preocupação é com a redução das incertezas e o aumento da confiabilidade. As raízes desse entendimento estão na abordagem clássica (Morgan, 1995; Motta, 1991; Weber, 1966).

Com o imperativo do ambiente, a determinação dos formatos organizacionais perde o caráter antecedente e passa a se conformar a seus ambientes (Burns, Stalker, 1961; Lawrence, Lorsch, 1967). Segundo Wood (2001), constituem ambiente os fatores e entidades como perfil dos consumidores, natureza e grau de competição, tecnologia de operação. Seus proponentes defendem a necessidade de adaptação às mudanças ambientais. Motta (1991), ao reconhecer um sentido de flexibilização das formas organizacionais, refere-se especificamente a: hierarquia, objetivos organizacionais e formalização de procedimentos em função da divisão do trabalho. São várias as abordagens teóricas que se enquadram neste imperativo: Ecologia Organizacional (Hannan, Freeman, 1973; Singh, Lumsden, 1990), Economia Industrial (Porter, 1980), Teoria da Contingência (Lawrence, Lorsch, 1967; Donaldson, 1995).

Os que acreditam que a liderança é um imperativo para as configurações organizacionais valorizam o papel dos líderes na formulação de políticas, estratégias e estruturas. Zelenick (1975) afirma o interesse em estudar as aplicações da psicanálise freudiana à liderança e à teoria da organização. Um dos aspectos centrais desses estudos é o reconhecimento da forte influência da personalidade dos líderes ou executivos-chefe na origem dos formatos organizacionais. Na década de 80 surge a expressão *organização neurótica* com referência a organizações nas quais os usos defensivos do poder revelam mecanismos próprios do sofrimento neurótico (Kets de Vries, Miller, 1984; Kets de Vries, 1991). Wood (2001) coloca que a possibilidade da influência desses empreendedores é maior nas situações em que eles conhecem o suficiente de suas organizações para tomar as decisões mais relevantes, e que isso pode ser mais viável em empresas de pequeno porte.

Os proponentes da estratégia como imperativo da configuração argumentam que os formatos organizacionais decorrem da estratégia (Chandler, 1962; Porter, 1980; Mintzberg e Quinn, 1992). Esses autores reconhecem uma influência mútua em que muitas

vezes um determinado formato é escolhido para efetivar novas estratégias, bem como a escolha de determinadas estratégias pode ser influenciada, do mesmo modo, pela configuração organizacional existente. O tipo de associação entre formato organizacional e estratégia depende do direcionamento estratégico formulado.

Alguns autores referem-se a outros imperativos, muitas vezes sem essa denominação, mas que se enquadram na idéia de forças criadoras de novas configurações organizacionais. Motta (1997), trabalhando com os processos de transformação organizacional, aponta para alguns modelos de intervenção. Esses modelos têm focos que refletem olhares específicos do fenômeno organizacional. O autor reconhece que esses modelos são indispensáveis para compreender os processos de transformação das organizações, uma vez que cada um deles valoriza fatores específicos e infere um padrão de mudança. Entretanto, ressalta o risco de perder a visão de outras seis perspectivas organizacionais também importantes — estratégica, estrutural, tecnológica, humana, cultural e política.

Cabe destacar a perspectiva cultural na transformação das organizações. Nessa visão destaca-se o processo de socialização e subjetivação, preocupando-se com as crenças, valores e hábitos coletivamente compartilhados. Dimensões organizacionais como autoridade, formas de comunicação, sistemas de recompensa/reconhecimento, definição de tecnologia e estrutura, são entendidas como expressões culturais nesta perspectiva. Motta (1997) afirma que a mudança, nessa visão, coloca como necessidade a substituição da programação coletiva com o intuito da construção de novos sentidos de identidade. Os proponentes deste imperativo podem ser divididos em pelo menos duas vertentes: críticas e interpretativas. Ambas compartilham a base epistemológica da fenomenologia, mas apresentam importantes diferenças nas suas propostas.

Dessas vertentes fenomenológicas, a perspectiva crítica — que associa a fenomenologia ao estruturalismo — é a que valoriza a estrutura organizacional no sentido de articulá-la com a ação através da comunicação. Nas palavras de Motta (1997): *"A ação revela o significado contingencial da comunicação, e a estrutura, o resultado da construção histórica da moldura do poder econômico, político e social onde se passa a comunicação. A ação é compreendida no sentido comunicativo, e a organização como uma*

*estrutura sistemática das interações comunicativas*". Benson (1977) apud Campos (1981) é um dos autores mais referidos dessa vertente. Ele assume explicitamente a utilização da teoria marxista para explicar a produção de determinadas estruturas organizacionais. Sua abordagem é conhecida como abordagem dialética. Entretanto, ao procurar entender a forma pela qual os atores dentro das organizações definem os padrões de interação, as situações e o grau de envolvimento, reconhece que o mundo social (e as organizações como parte desse mundo) está em permanente estado de construção. Assume que os participantes das organizações têm autonomia — ainda que modulada por determinações do contexto social — concebendo-os como participantes ativos na construção da sociedade e das organizações.

A vertente fenomenológica interpretativa compartilha com a vertente anterior a concepção das pessoas como participantes ativos do mundo e das organizações, rejeitando, entretanto, as estruturas da sociedade e das organizações na compreensão da ação dos seus participantes. Nessa visão, a organização existe em função da interação das pessoas. Segundo Motta (1997), os princípios fenomenológicos interpretativos deram base à criação de microteorias de mudanças nas organizações tanto no setor público como no privado. Silverman (1971), com a Abordagem de Ação, e Guerreiro Ramos (1981) são autores reconhecidos pelas suas propostas de abordagem mais global para as organizações.

Apresenta-se no quadro 1 uma visão geral desses imperativos.

**Quadro 1 - Visão Geral dos imperativos de mudança.**

| Imperativos                         |                                                                          |                                                                                                      |                                                                                               |                                                                                |                                                                   |
|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
|                                     | Ambiente                                                                 | Estrutura                                                                                            | Liderança                                                                                     | Estratégia                                                                     | Cultura                                                           |
| Modelo teórico ou paradigma         | Teoria da Contingência<br>Ecologia Organizacional<br>Economia industrial | Dependência de recursos<br>Teoria das burocracias                                                    | Teoria da personalidade<br>Literatura sobre psicodinâmica                                     | Diretrizes de negócios<br>Planejamento estratégico                             | Abordagem de ação<br>Abordagem dialética<br>Análise institucional |
| Fonte de influência                 | Desafios ambientais<br>Competição<br>Tecnologia                          | Restrições estruturais e padrões de interação                                                        | Motivos, metas, fantasias, neuroses e talentos do dirigente (presidente, executivo-chefe,...) | Conceitos normativos de estratégia, planos e competências distintas            | Fenomenologia<br>Existencialismo                                  |
| Temas e elementos                   | Adaptação da estrutura e estratégia ao ambiente e a tecnologia           | Controle do ambiente da tarefa por meio da estrutura<br>Foco interno<br>Cooptação do ambiente        | Estratégia, estrutura e ambiente refletem a personalidade do dirigente                        | Estratégias e planos explícitos<br>Vantagem competitiva<br>Seleção de mercados | Intersubjetividade<br>Auto análise<br>Auto gestão<br>Autonomia    |
| Condições de aplicação              | Ambiente incerto e dinâmico<br>Muita competição<br>Pequeno porte         | Barreiras à entrada<br>Ambiente estável<br>Grande porte<br>Proteção comercial, patentes e monopólios | Poder e propriedade centralizados<br>Fase de nascimento no ciclo de vida<br>Pequeno porte     | Compromisso com a estratégia<br>Mudanças radicais                              | Compromisso com mudança da ordem social                           |
| Tipos ilustrativos                  | Empresa orgânica                                                         | Máquina burocrática<br>Eadocracia                                                                    | Organizações paranóicas e obsessivas                                                          | Conglomerados                                                                  | Holográficas                                                      |
| Racionalidade predominante          | Funcional                                                                | Funcional                                                                                            | Funcional                                                                                     | Funcional                                                                      | Substantiva                                                       |
| Natureza da mudança na configuração | Adaptação responsiva ao ambiente<br>Mudança rápida, incremental          | Isolamento e resistência à adaptação ou revoluções como resposta a crises                            | Aderência a uma orientação básica que resiste a dissolução até a saída do dirigente           | Mudança pró-ativa que busca oportunidades                                      | Agir comunicativo                                                 |

Fonte: Adaptado e modificado de Miller (1997) e Wood (2000)



### ***3 - O HOSPITAL COMO ORGANIZAÇÃO***



O reconhecimento de que os hospitais são organizações complexas se deve principalmente à diversidade dos processos de trabalho que eles incorporam. Essa complexidade reveste-se de algumas singularidades que colocam a necessidade de maior aprofundamento (Etzioni, 1976; Souza Campos, 1992). Os hospitais passam a ter a estruturação atual a partir das primeiras décadas do século XX, num movimento que combina o avanço da medicina científica fundamentada na unicausalidade e na explicação biológica e fisiopatológica com a focalização da atenção à saúde nos serviços hospitalares.

Simultaneamente a esse processo, ocorre uma concentração nos médicos do poder de cura, em detrimento das outras profissões da área de saúde. Nogueira (1994) aponta a discussão do Relatório Flexner<sup>1</sup> como um momento de aumento da legitimidade social dos médicos como possuidores desse poder.

Essa convergência do papel predominante dos hospitais na prestação de serviços de saúde e a grande legitimidade social dos médicos contribuíram para a construção de configurações organizacionais com características específicas. Mintzberg (1979) denominou esse tipo de organização de burocracia profissional onde estão incluídos os hospitais e as universidades.

O termo profissional é utilizado pelo autor com referência aos trabalhadores que, em razão das suas tarefas especializadas serem complexas, mantêm grau considerável de autonomia sobre elas. Esse grau de autonomia por parte dos trabalhadores dos serviços de saúde favorece uma das características mais marcantes desse tipo de organização — o poder médico. O controle que esses trabalhadores possuem sobre o seu processo de trabalho determina uma diminuição da capacidade de direção dos dirigentes. O conflito, entre a administração e os médicos, é uma das chaves para melhor compreensão das organizações de saúde.

O mecanismo básico de coordenação do trabalho nessas organizações é denominado por Mintzberg (1979) de padronização das habilidades e conhecimentos. As habilidades e o saber necessários para a realização dos processos de trabalho próprios da assistência são adquiridos, na sua maior parte, em experiências de formação que antecedem

---

<sup>1</sup> Abraham Flexner publicou, em 1910, relatório em que avalia a educação médica nos Estados Unidos da América e no Canadá. Entre suas propostas destacam-se: expansão do ensino clínico em hospitais, ênfase na pesquisa biológica como forma de superar o empirismo do ensino médico e o estímulo à especialização médica (Fox, 1980).

o vínculo com os hospitais. Como resultado tem-se que esses trabalhadores tendem a manter grande autonomia na realização das tarefas e a apresentar maior compromisso com sua categoria profissional do que com a organização.

Essa característica do trabalho médico em hospitais determina que seu núcleo operacional<sup>2</sup> assuma papel-chave na organização, pois esses profissionais são selecionados segundo habilidades e conhecimentos previamente definidos, sendo, por isso, dado a eles considerável controle sobre seu trabalho.

São burocracias na medida em que sua coordenação é, na essência, obtida pelo delineamento de padrões que pré-determinam o que deve ser feito. O delineamento revela a natureza burocrática particular desse tipo de configuração profissional. Enquanto na burocracia tradicional<sup>3</sup> quem determina os padrões de trabalho é um grupo de profissionais especialmente criado para estabelecer como o trabalho deve ser feito, na profissional esses padrões são estabelecidos principalmente fora das organizações, nas faculdades ou nas associações de categorias profissionais (Mintzberg, 1979). Diferindo da burocracia tradicional — que é altamente centralizada — a profissional, em decorrência da grande quantidade de poder dos operadores sobre o trabalho operacional, possui estruturas altamente descentralizadas.

A legitimidade social do médico como aquele profissional possuidor do poder de cura — tornando-o o profissional central da assistência — e a autonomia com que se coloca na realização das tarefas, têm oferecido base para a modelagem de hospitais orientada por critérios de especialização dos conhecimentos, levando à construção de unidades de acordo com as tradicionais especialidades médicas, como Clínica Médica, Cirurgia, Pediatria, Psiquiatria, Radiologia, Patologia etc. Mintzberg (1979) denomina esse critério como funcional ou por função, que compreende os critérios de agrupamento em unidades por conhecimento, habilidade, processo de trabalho e função<sup>4</sup>.

---

<sup>2</sup>Núcleo operacional é a parte da organização que realiza os trabalhos essenciais da organização (Mintzberg, 1979).

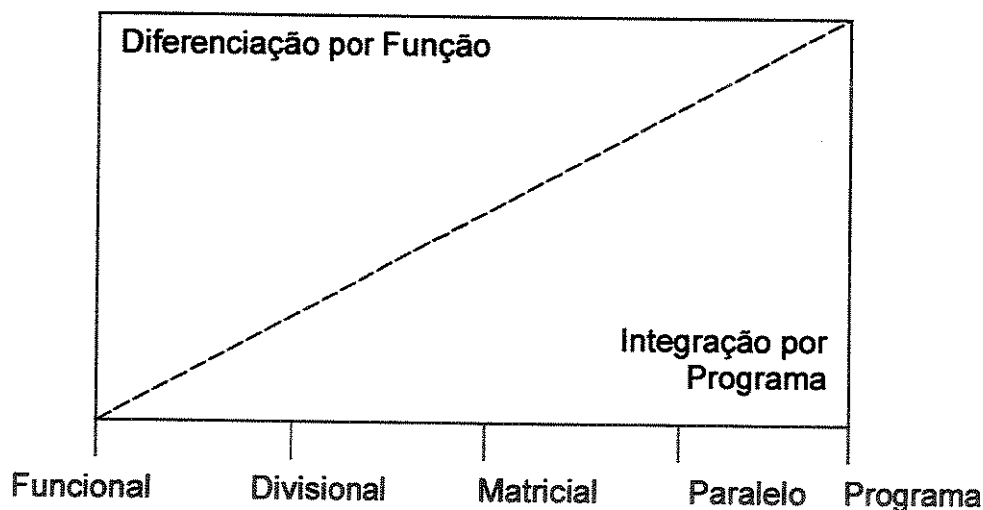
<sup>3</sup>Para Mintzberg (1979), essa configuração é chamada de burocracia mecanizada.

<sup>4</sup>Segundo o autor, nas organizações profissionais onde os operadores atendem diretamente seus próprios clientes, agrupar os operadores por conhecimento, ou habilidade, ou processo de trabalho equivale à mesma coisa. O outro grande critério de agrupamento, apontado por Mintzberg, é o que denomina de *mercado*, que engloba as bases de resultado, cliente e local. Em outras palavras, a diferença fundamental é agrupar pelos *fins*, isto é, pelos serviços que produz, os clientes que satisfaz e o local onde os fornece, ou pelos *meios*, ou seja, processos de trabalho, habilidades e conhecimentos.

A modelagem organizacional dos hospitais, na sua forma mais tradicional, reflete esse critério e o poder médico. Cria-se unidades organizacionais que correspondem às especialidades médicas (conhecimento e habilidades), isto é, Unidade de internação pediátrica, Unidade de internação obstétrica etc., ou então se criam unidades segundo critérios de processos de trabalho como Unidade de Terapia Intensiva.

Leatt, Shortell e Kimberly (2000), ao discutirem as configurações dos serviços de saúde atualmente, afirmam que o formato burocrático apresentado acima é um dentre uma variedade de formatos organizacionais existentes. Segundo esses autores, os formatos mais comuns podem ser descritos por um *continuum* de configurações como apresentado no quadro abaixo.

**Quadro 2 - *Continuum* de Configurações Organizacionais.**



Fonte: Adaptado por Leatt, Shortell e Kimberly (2000) de Chames e Smith-Tewksbury, Collaborative Management in Health Care, San Francisco: Jossey-Bass, 1993, P. 28, Figura 21.

Em um dos extremos desse *continuum* encontram-se os formatos que colocam grande ênfase na diferenciação funcional, estando aqui no geral as burocracias. No outro extremo estão as modelagens que apresentam o máximo de integração organizacional.

As configurações que se baseiam na diferenciação funcional são tipicamente de organizações pequenas e mais simples, com pequena variedade de serviços. Com o crescimento e o conseqüente aumento da diversificação de serviços dessas organizações, a coordenação entre as unidades torna-se insuficiente, tendendo as decisões a concentrar-se no topo da organização. Leatt, Shortell e Kimberly (2000) afirmam que esse tipo de configuração era o mais encontrado em serviços de saúde há vinte anos. Essa observação é consistente com o período da pesquisa de Mintzberg (1979), a década de 70 do século passado.

As formas divisionadas são encontradas em grandes hospitais com atividades acadêmicas que operam sob condições de alta complexidade tecnológica e condições de incerteza ambiental exacerbada pelo relacionamento com as escolas médicas. São mais apropriadas para as situações em que se consegue fazer divisões com clareza dentro da organização e haja a necessidade de criar unidades semi-autônomas. O critério principal de agrupamento continua sendo as especialidades médicas tradicionais. Entretanto, existem atualmente questionamentos quanto à propriedade desses tipos de agrupamento. Observa-se algum deslocamento para a inclusão de linhas de produtos/serviços que se cruzam com as unidades tradicionais. Um exemplo disso é a criação de linhas de serviços voltadas para as pessoas com câncer (Heyssel; Gaintner; Kues; Jones; Lipstein, 1984).

O divisionamento descentraliza as tomadas de decisões para as bases operacionais das organizações, sendo que cada unidade individual tem considerável autonomia para as operações financeiras e para o processo assistencial. Entretanto, essa descentralização é verticalmente limitada, na medida em que é grandemente circunscrita por padronizações de resultados estabelecidos centralmente e que compõem um sistema de controle do desempenho (Mintzberg, 1979).

A preocupação com a superação dos limites das formas funcionais e divisionadas levou ao desenvolvimento de formas matriciais, que envolvem o incentivo aos mecanismos de coordenação lateral e fluxo de informação. Entre suas características principais está um sistema dual de autoridade com unidades funcionais e linhas de serviços e clientes, ambos com poder sobre os trabalhadores e se reportando a um superior comum. São tipicamente utilizadas em áreas altamente especializadas que tenham como foco a

inovação. Geralmente requerem o trabalho de equipes multidisciplinares, favorecendo a coordenação dessas equipes e permitindo que cada membro contribua com o seu conhecimento específico. Ao mesmo tempo em que é um dos pontos fortes desse formato, a dupla linha de comando pode apresentar algumas desvantagens como sentimentos de ambigüidade e conflitos de expectativas. Outra desvantagem freqüentemente apontada é ela ser um formato mais dispendioso que as configurações eminentemente funcionais devido à duplicidade de orçamentos, sistemas de avaliação e sistemas de recompensas.

A utilização do formato matricial nos serviços de saúde tem aumentado, particularmente nas organizações que enfatizam as abordagens multidisciplinares no cuidado ao paciente. É muito freqüente os serviços de saúde apresentarem, em algum grau, características da organização matricial sem receberem formalmente a denominação. Por exemplo, muitos profissionais de saúde — enfermeiras, psicólogas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais — terem relações com departamentos funcionais e simultaneamente responderem aos gerentes de unidades assistenciais em relação à qualidade do cuidado oferecido.

Segundo Shortell e Kaluzny (2000), a configuração paralela tem sua origem como mecanismo de promover qualidade de vida no trabalho. A parte da organização que tem características funcionais ou burocráticas fica com a responsabilidade das atividades rotineiras da organização, enquanto o lado paralelo responde pela resolução dos problemas complexos que requerem mecanismos participativos. É muito comum esse tipo de configuração em organizações que estejam trabalhando com implementação de Programas de Qualidade Total ou Programas de Aperfeiçoamento Contínuo da Qualidade. Os participantes do lado paralelo são trabalhadores que estão nos vários níveis hierárquicos do lado funcional e por trabalhadores das áreas envolvidas no processo a ser modificado.

As configurações desenhadas por programa ou por linha de produtos/serviços são definidas como os arranjos organizacionais em que uma pessoa assume a responsabilidade por todos os aspectos de um dado produto ou serviço. O formato por linha de produto coloca sob a responsabilidade do gerente a coordenação de todos os recursos (financeiros, planejamento, materiais etc.) e as pessoas necessárias para a adequada prestação dos serviços. O critério mais comumente utilizado para a definição de quais

linhas de produto criar é a similaridade de tecnologia, similaridade de mercado, de processo de produção, no processo de distribuição e na utilização de recursos humanos. A busca é — ao agruparem-se produtos/serviços usando essas similaridades — obter-se economia de escala e sinergia (Leatt, Shortell e Kimberly, 2000).

Leatt, Lemieux-Charles, Aird, (1994) apud Shortell e Kaluzny (2000) apontam alguns fatores de sucesso para as configurações tipo linha, produto ou programa: forte sistema de informações que ligue dados clínicos, financeiros e de produção; forte sistema financeiro-orçamentário que possibilite trabalhar com custos e resultados; sistema de recompensas que incentive inovação e assunção de riscos; envolvimento dos médicos, enfermeiras e outros profissionais de saúde a lidar com novas tecnologias, padrões de diagnóstico e tratamento, qualidade e aspectos relativos à comodidade dos pacientes; forte suporte especialmente nas áreas de finanças, planejamento e marketing; necessidade de alinhar autoridade e responsabilidade; necessidade de mecanismos de integração que liguem as várias linhas de produtos — como um comitê de direção; necessidade de programa de desenvolvimento gerencial que enfatize a habilidade para trabalhar com mais de um gerente, habilidade de comunicação, habilidade em lidar com situações de conflito, alfabetização no uso de computadores e criatividade.

Esse *continuum* de configurações reflete as alterações ocorridas tanto nos estudos quanto nas práticas organizacionais desde as concepções rígidas que já foram a regra — sendo a burocracia e suas variações seu exemplo mais importante — para concepções que refletem a busca da construção de flexibilidade estrutural. Motta (1991) aponta que a construção dessa flexibilidade passou por algumas etapas. A primeira se refere à perspectiva sistêmica, que teve início na década de 60 e que rompe com a idéia das concepções rígidas, estáticas e antecedentes, recolocando-a como um dos instrumentos de ação organizacional que deve adaptar-se às dimensões internas da organização e às demandas do ambiente externo.

Uma segunda etapa se caracteriza pela acentuação da dependência das estruturas aos fatores externos, proposta identificada com a chamada teoria da contingência estrutural. É nessa fase que se abandona definitivamente a idéia de *best way* ou de tipo ideal de se formatar uma organização, tendo como consequência o surgimento de propostas de

fim das burocracias. Como o ambiente é percebido como cada vez mais dinâmico e mutante, as configurações adquirem um caráter dinâmico e variável, dependente do que acontece no entorno das organizações. Foi nesse contexto que surgiram as propostas de flexibilização como a *adhocracia*<sup>5</sup> e principalmente a perspectiva matricial.

Essa predominância dos fatores externos é relativizada na terceira etapa, pós-contingencial, que se caracteriza pela interdependência entre fatores externos e internos na determinação das configurações organizacionais. Verifica-se que as previsões do fim das burocracias não se concretizaram. Segundo Motta (1991), há o reconhecimento de que outras dimensões como o tipo de sistema social das organizações, os processos gerenciais e a estratégia entre outros, são interdependentes e necessitam de um planejamento integrado para a criação de formatos adaptáveis às condições externas das organizações.

As modificações nas configurações das organizações, passando de abordagens mecanicistas, rígidas, para abordagens orgânicas<sup>6</sup>, não modificaram o caráter instrumental dessas formulações. Os princípios orientadores são as necessidades de adaptação das organizações ao ambiente e a adaptação das pessoas aos sistemas técnicos das organizações (Morgan, 1995). Apesar da existência de extensa crítica a esse tipo de formulação apontada neste trabalho em capítulo anterior, na literatura de estudos organizacionais a discussão mais freqüente permanece em torno dos tipos ideais burocrático e orgânico (Wood 2001).

Nessa perspectiva, pode-se apontar que os hospitais mostram tendência de desenvolver configurações mais flexíveis (orgânicas), com ênfase nos desenhos que se deslocam das atividades-meio para as atividades-fim (cliente, mercado), com utilização freqüente de equipes assistenciais.

As perspectivas da teoria gerencial que trabalham com a busca da construção de configurações organizacionais cujo eixo principal sejam racionalidades voltadas para o substantivo — apresentam como temas principais: a democracia, a participação, o poder no

---

<sup>5</sup> *Adhocracia*, segundo Motta (1991), foi idealizada por Warren Bennis e formulada como proposta por Mintzberg (1979). Esse formato se baseia em equipes temporárias criadas *ad hoc* para a realização de tarefas específicas. Tipicamente não utilizam qualquer tipo de formalização ou padronização estrutural. A coordenação entre os vários grupos de trabalho ocorre por ajustamento mútuo entre os participantes dos processos.

<sup>6</sup> Burns (1961) propôs o termo orgânico — em oposição aos sistemas organizacionais mecanicistas — como uma organização estruturalmente adaptável às condições ambientais externas.

coletivo e os processos de produção não-tayloristas (divisão do trabalho intelectual/braçal, alienação, relação trabalhador/ tarefa, etc.). Além dessas questões, os serviços de saúde apresentam especificidades que podem ter impacto na definição dos formatos dessas organizações. A maneira de entender os processos de adoecimento, o entendimento de como se dará a participação das pessoas sob cuidados e da família na definição e condução dos cuidados a serem oferecidos — e a própria organização do cuidado — estão entre as principais singularidades.

Katz e Kahn (1970) apresentam uma estrutura democrática, em oposição às burocracias, cujas características centrais são o poder de voto, a formulação de regras, a contratação e demissão nas mãos de todos os participantes da organização.

Rothchild e Allen (1989) denominam essas organizações de *organização coletivista democrática* e apresentam as dimensões que as diferenciam das configurações burocráticas. Nas organizações coletivistas democráticas a autoridade pertence ao coletivo de trabalhadores, a obediência vem do consenso alcançado nesse coletivo, construído através de processos de negociações abertos e permanentes; existe um mínimo de regras; as decisões são individualizadas, tomadas *ad hoc* e avaliadas nos aspectos éticos envolvidos na situação; o controle social dentro das organizações é primariamente baseado em apelos personalísticos ou moralistas e na seleção de trabalhadores homogêneos; as relações sociais se dão com base num ideal de comunidade, relacionando, as pessoas, pelos seus valores pessoais; os critérios de empregabilidade são baseados na amizade, em valores sociais e políticos e em atributos de personalidade, sendo o conhecimento e as habilidades avaliadas informalmente; o avanço na carreira não é significativo pois não há posições hierárquicas; a orientação para o trabalho é voltada para a auto-realização; a estratificação social dentro da organização é essencialmente igualitária e, quando ocorre, deve-se à decisão da coletividade; a divisão do trabalho e a separação entre trabalho intelectual são mínimas; e observa-se a desmistificação do especialista.

Essas formulações, na verdade, são tipos ideais de organizações (Prestes Motta, 1991), ou talvez pudessem ser entendidas também num *continuum* de tipos de configurações estando — esses tipos descritos — mais próximos da aplicação, na prática, em organizações de pequeno porte.



Não são muitas as publicações que apresentam propostas e experiências de configurações organizacionais, nessa perspectiva, para hospitais. Um dos grupos que produziu contribuições teóricas e propostas práticas de novas configurações para os serviços de saúde — incluindo propostas específicas para hospitais — foi o Laboratório de Planejamento e Administração em Saúde (LAPA), ligado ao Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Estadual de Campinas. Suas propostas foram formuladas tendo como diretriz central a contribuição para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro (Cecílio, 1994, 1997; Onocko e Amaral, 1997; Souza Campos, 1992, 1998, 2000; Mehry, 1994).

Seus princípios fundamentais são gestão democrática, saúde como direito de cidadania e serviço público de saúde voltado para a defesa da vida individual e coletiva (Mehry, Cecílio e Nogueira, 1991). No caminho para a construção de novas maneiras de se gerir os serviços de saúde, os pesquisadores do LAPA (Souza Campos, 1998; Mehry, 1999) fazem coro com inúmeros críticos (Campos, 1981; Pizza Jr, 1990): às abordagens mecanicistas e prescritivas do fayolismo e do taylorismo; à falta de preocupação com a democracia observada na Teoria Geral da Administração; ao marxismo, pela incapacidade na tarefa de democratizar as instituições; às abordagens que favoreçam subjetivações normalizadoras (Guattari e Rolnik, 1993) dos trabalhadores.

Cabe destacar, nesse último aspecto das propostas do LAPA, a procura de criar arranjos organizacionais que estimulem processos que produzam sujeitos individuais e coletivos dotados de autonomia para buscar seus interesses e desejos e, ao mesmo tempo, que sejam capazes de estabelecer compromissos com outros sujeitos em contraposição às lógicas organizacionais produtoras de alienação e perda de potência. Souza Campos (1999) afirma que a cultura e a subjetividade são socialmente produzidas e, portanto, podem ser mudadas pela ação das pessoas. Daí a conclusão de que a estrutura, o funcionamento organizacional e a ordenação dos processos de trabalho são co-determinantes de modos de subjetivação e de culturas organizacionais.

A configuração proposta tem como base a construção de unidades assistenciais e de apoio (técnico e administrativo) onde se agrupariam todos os profissionais envolvidos em um mesmo tipo de trabalho, rompendo com o critério funcional ou por conhecimento.

Equipes formadas por todos os trabalhadores envolvidos naquela unidade de produção assumiriam a responsabilidade pela assistência às pessoas que estivessem sob algum tipo de cuidado, sendo denominadas equipes de referência. Acredita-se que as mudanças nos processos de trabalho favoreçam: a superação da hegemonia do saber médico no cuidado e a criação de vínculo terapêutico entre as equipes e usuários, o que estimularia novos padrões de responsabilidade para com as pessoas sob cuidados.

Na medida em que as equipes de referência necessitassem de apoio de outros profissionais, poderiam acionar equipes específicas (exemplo, infecção hospitalar) que se comportariam como uma matriz. As equipes de referência se disporem no sentido vertical e no horizontal a linha de apoio matricial.

As diretrizes da gestão colegiada se referem a democratização das organizações. O processo decisório desenhado coloca para os participantes de cada unidade da organização comporem-se num colegiado com responsabilidades de elaborar planos de trabalho e avaliar periodicamente as metas estabelecidas. Cada colegiado tem um coordenador, com caráter executivo, sobre as deliberações tomadas. Todos os coordenadores de unidades comporiam um Colegiado de Direção composto também pela direção geral do hospital, os supervisores da linha matricial e assessores. Esta instância seria o nível máximo de deliberação da organização, onde se compatibilizariam os projetos das unidades de produção entre si e com as diretrizes do sistema de saúde. A direção geral do hospital teria caráter executivo semelhante ao dos coordenadores das unidades.

As mudanças nos modelos de atenção à saúde — outro pilar desse novo arranjo — que se referem a saberes e valores, (como a Clínica, a Epidemiologia), os conceitos do processo saúde-doença, o entendimento do papel das pessoas que procuram os serviços de saúde, as concepções de trabalho em equipe — serão discutidas em capítulo específico.



## ***4 - O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE***

A construção de configurações organizacionais de serviços de saúde reveste-se de especificidades, como apontado no capítulo anterior. Destacam-se neste trabalho os modelos assistenciais como um dos determinantes da modelagem organizacional de hospitais.

Denomina-se modelo assistencial os modos de produzir saúde ou a produção de saúde por meio de determinados arranjos institucionais dos serviços de saúde. Esses arranjos envolvem uma composição de saberes como conceitos de saúde e doença, o desenho do processo de trabalho (quantas tarefas, extensão da padronização, habilidades necessárias, especialização) e a concepção de trabalho em equipe.

As várias maneiras de produzir saúde não são neutras. Expressam, na verdade, visões de mundo, projetos políticos que representam disputas entre interesses hegemônicos: do mercado, identificado na indústria farmacêutica e de equipamentos; corporativos, como dos médicos; e interesses contra-hegemônicos como associações de usuários, movimentos de reforma sanitária, movimentos populares, entre outros.

Alguns autores, ao conceituarem modelo assistencial, expressam esse entendimento. Mehry e colaboradores (1991) conceituam modelos tecnoassistenciais como *"a organização da produção de seus serviços de saúde a partir de um determinado arranjo dos saberes da área, bem como de projetos de construção de ações sociais específicas, como estratégia política de determinados agrupamentos sociais"*.

Silva Junior (1998) coloca os modelos assistenciais como práticas sociais articuladas com a totalidade social, em suas dimensões econômicas, políticas e ideológicas. Afirma que *"essas práticas podem ser redefinidas na reconcepção de seu objeto, o processo saúde doença, e na análise de seus elementos constitutivos (sujeitos, meios de trabalho, processo de trabalho, organização das relações técnicas e sociais), ao mesmo tempo contribuindo, na interação com as práticas sociais, para a modificação mais ampla das relações sociais"*.

Merhy (1997) é dos autores que, sem negar as dimensões macroestruturais, afirma que as questões micropolíticas dos processos de trabalho em saúde (conformação dos processos de trabalho operados no dia-a-dia e os ruídos que surgem no cotidiano dos serviços) — referindo-se aos modos pelos quais as ações são apropriadas,

construídas e reconstruídas pelos trabalhadores — têm potência para criar mudanças que apontem para a construção de formas de trazer dignidade ao trabalhador da saúde e para o usuário.

O hospital, na sua feição atual, surge com as descobertas no campo da biologia e microbiologia dos séculos XVIII e XIX que ensejaram a franca hegemonia das explicações biológicas do processo saúde-doença (Quadra, 1983) e com a sua eleição como local de trabalho da medicina científica. O modelo assistencial predominante nos serviços de saúde, inclusive nos hospitais, utiliza-se desse enfoque biologicista. Nesse modelo, o médico e as demais profissões de saúde tomam como objeto a doença, como evento único, abstraído da pessoa que adoece, das relações sociais e econômicas em que vive — um ser ahistórico. Esse modelo se desenvolve a partir da Clínica e, portanto, favorece a que o universo dos serviços de saúde se centralize em torno do saber médico. Esse modelo de atenção mantém clara relação com a prática liberal-privativista pela qual a lógica do mercado move o exercício da medicina, caracterizado por: ênfase nas práticas curativas; tendência de medicalizar o processo saúde-doença; incorporação crescente de aparato tecnológico na forma principalmente de equipamentos e insumos; e estímulo à realização de procedimentos impostos por interesses econômicos (Souza Campos, 1992).

A Epidemiologia, da mesma forma que a Clínica, apresenta-se como saber determinante na construção de modelos de assistência. Quando incorporada como estruturante desses modelos, busca superar a abordagem da Clínica e do saber médico na determinação das necessidades em saúde. Nesse caso, o instrumental epidemiológico ofereceria o predomínio das ações voltadas para o coletivo em detrimento daquelas que se destinam ao indivíduo. Os que advogam esse modelo acreditam que a utilização da Epidemiologia favorece o enfrentamento do conjunto de problemas vivenciados por determinadas populações, possibilitando o resgate de questões como a equidade social e o exercício de cidadania, do trabalhador coletivo em saúde e da produção assistencial (Schraiber, 1993). Na área hospitalar, essa proposta tem sido utilizada em modelos assistenciais operativos suplementares ao modelo hegemônico. Como exemplo aponta-se o gerenciamento de doenças como apresentado à frente. Os modelos calcados na Clínica e na Epidemiologia têm sido criticados pela insuficiência em lidar com os aspectos individuais do adoecer, com os desejos e interesses apresentados pela demanda (Souza Campos, 1992).

Souza Campos (1992) aponta um aspecto essencial para a elaboração de modelos de cuidados — o entendimento do papel de quem os procura para ser atendido. Nesse sentido, é importante destacar que as práticas de saúde são práticas sociais produtoras de subjetividade. Esse conceito de práticas de saúde reconhece que, como prática social, mantém relação com a totalidade social nas dimensões econômicas, ideológicas e políticas (Domangelo, 1975; Gonçalves, 1994).

Nessa perspectiva, há o reconhecimento de que determinadas práticas sociais estabelecem relações nas quais as pessoas são despossuídas de desejos e tratadas como objeto. Os modelos assistenciais, como práticas sociais, podem estimular a sujeição das pessoas ao saber técnico dos profissionais de saúde, ou podem assumir um papel de favorecimento a que as pessoas envolvidas no cuidado — tanto os profissionais como as pessoas sob cuidados — possam compartilhar a construção do processo de cuidado e de cura.

A proposta desenvolvida pelo LAPA coloca como central a questão da construção de modelos assistenciais em que tanto os profissionais de saúde como as pessoas sob cuidados estabeleçam relações entre profissionais de saúde e pessoa sob cuidados, capazes de criar modos de assistir que se baseiem no doente e não na doença, e na cura entendida como ampliação do coeficiente de autonomia da própria pessoa. Silva Junior (1998) coloca a questão dos sujeitos como um dos elementos constitutivos dos modelos de assistência. Essa questão pode ser entendida de várias formas.

A postura mais comum é a do *paciente* que, como o próprio nome diz, coloca a pessoa na condição daquele que se submete, que espera; ser passivo que deve aceitar as determinações dos profissionais da saúde.

Outra vê o doente como *usuário*, o cidadão que têm direitos sociais, entre eles o acesso a serviços de saúde. A Constituição brasileira de 1988 destaca, no capítulo da saúde, o direito de todo brasileiro aos serviços de saúde e o dever do Estado de provê-los.

A sociedade de consumo de bens e serviços, quando bem organizada, oferece aos seus membros a condição de *cliente*, isto é, estabelece que o consumidor que paga tem direitos sobre a qualidade do serviço ou do produto consumido. No Brasil, o Código de Defesa do Consumidor garante tais direitos sobre produtos e serviços, estando os serviços de saúde contemplados nesse Código.

Uma postura singular é a de que as pessoas que estão sob cuidados dos serviços de saúde devem assumir o papel de *co-construtores* ou de *sujeitos* do seu processo de cura. Ao se olhar a pessoa que adoece como resultante de um processo que articula aspectos psicológicos e determinações sociais — e que freqüentemente está alienada da compreensão do que acontece com ela — reconhece-se como essencial seu envolvimento na construção do próprio processo de melhora.

Apresentadas essas questões, é possível identificar alguns modelos operativos encontrados em hospitais e que se baseiam:

- **na doença e na morte:** daí a escolha de uma assistência centrada no médico e nos procedimentos técnicos. Por esse olhar, a pessoa é objeto da atenção, adquirindo o papel de *paciente* (submetido e submisso). O trabalho em equipe, quando ocorre, está sob a égide do multiprofissional, isto é, da justaposição dos conhecimentos com a conseqüente compartimentalização da assistência e do paciente. Esses modelos baseiam-se no gerenciamento de doenças e casos. Visam principalmente, com a criação de foco assistencial, ganhos de eficiência como redução de tempo de internação, redução do número de internações e principalmente diminuição dos custos totais do cuidado. Surgem como proposta principalmente de operadoras de planos de saúde, a partir do aumento dos gastos relacionados às doenças crônicas.

Um exemplo é a Atenção Gerenciada (Managed Care) — modelo tecnoassistencial desenvolvido nos EUA a partir das três últimas décadas do século XX — que tem como um dos seus eixos a subordinação das decisões clínicas à racionalidade administrativa, voltada prioritariamente para a solução da crise financeira do setor saúde norte-americano, e tem sido exportado para alguns países da América do Sul (Mehry, Iriart, Waitzkin, 1998; Iriart, Mehry, e Waitzkin, 2000).

Outro exemplo é o Gerenciamento de Casos (Case Management). Este é um modelo voltado para um número pequeno de pacientes com problemas complexos, com múltiplas patologias, sendo, portanto, de alto risco e custo (Friedhoff, 1999).

- **na especialização do conhecimento:** quando se discute a questão de modelo assistencial nos hospitais, a abordagem mais comum refere-se ao trabalho da enfermagem. O modelo tradicional baseia-se nas propostas tayloristas de divisão e especialização das tarefas.

As propostas que questionam esse modelo referem-se à fragmentação do cuidado, isto é, à sua compartimentalização. As críticas concentram-se na especialização horizontal. A questão da separação entre a decisão e a operação, isto é, a especialização vertical, na maioria das vezes não faz parte das preocupações. Essas propostas, alternativas ao modelo taylorista, são genericamente denominadas de modelos de assistência integral.

Os modelos centrados em médicos são muito pouco citados, embora sejam os predominantes. O profissional nuclear da atenção é o médico. Ao seu trabalho ocorre uma justaposição dos outros profissionais da saúde.

Nesses modelos centrados na especialização do conhecimento, o eixo da atenção oferecida são os profissionais, principalmente o médico.

- **nas principais causas de morbimortalidade da população:** nesse caso, o recurso mais importante é o da epidemiologia. A assistência organizada sob essa lógica coloca-se centrada nas ações com impacto na saúde das coletividades humanas, deslocando-se do cuidado médico individual. O objetivo do cuidado neste modelo é a redução do impacto na população de determinados agravos à saúde. As pessoas continuam submetidas a esses interesses, mantendo-se no papel de *paciente*. Este modelo é encontrado em situações específicas na atenção hospitalar, como em palcos de guerra ou de epidemia.

O Gerenciamento de Doenças de grande incidência/prevalência (Disease Management) é um modelo de abordagem de detecção e tratamento de agravos que envolvam questões como definição da melhor técnica e qualidade com o menor custo possível. São modelos voltados para doenças crônicas e/ou de alta incidência/prevalência e para os quais seja possível o estabelecimento de uma intervenção padronizada através da



utilização de protocolos/guidelines. Exemplos desse modelo são os cuidados aos pacientes portadores de doenças crônicas (Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial etc.), ou doenças de alta incidência como quadros respiratórios agudos em períodos de clima frio (Friedhoff, 1999).

■ **nas práticas de consumo individual e coletivo** e que, como consumidores, apresentam expectativas e exigências de qualidade de atendimento e preço compatível e competitivo. Nesse modelo, as pessoas que procuram os serviços são entendidas como *clientes*. Várias têm sido as denominações que esse modelo assume. Uma das mais conhecidas é a “assistência focada no paciente”; outra é a “atenção gerenciada” que tem como um dos seus fundamentos a progressiva transformação de usuário/cidadão para *cliente/consumidor*, como estratégia de garantir que seus direitos sejam respeitados (Iriart, Mehry, e Waitzkin, 2000).

As várias abordagens da qualidade aplicadas aos serviços de saúde trabalham com o conceito de *cliente*. A questão aqui colocada é a legitimação das necessidades e demandas dos clientes (Nogueira, 1994; Schiesari, 1999).

Cecílio (1997), ao apresentar um delineamento de modelos gerenciais alternativos para hospitais, inclui uma ênfase na satisfação dos clientes, apontando para a realização regular de avaliação da qualidade dos produtos oferecidos.

- **na garantia do acesso a serviços** reconhecidos como um direito de cidadania. No Brasil, a Constituição de 1988 estabeleceu que todo brasileiro tem direito à saúde e que é responsabilidade do Estado garantir o acesso universal, gratuito e igualitário. Sob essa perspectiva, quem procura atendimento em serviços de saúde assume o papel de *usuário/cidadão* de um serviço a que tem direito.
- **na integralidade biopsicossocial**, pelo entendimento de que as pessoas que procuram os serviços de saúde não são as doenças de que são portadores, e sim, seres que na expressão do seu sofrimento são constituídos e se

constituem em dimensões biológicas/orgânicas, psicológicas e sociais. Portanto, o seu cuidado deve ser voltado para essa integralidade. Souza Campos (1992) coloca a necessidade dos serviços trabalharem com o que denomina de *clínica ampliada*, lidando com o doente como sujeito em um projeto de produzir saúde e que inclua a família e o seu contexto de vida. O objetivo desses arranjos é aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade em que vive. O grupo do LAPA denominou essa proposta de "Em Defesa da Vida" (Mehry e col., 1991).

- no entendimento de que os serviços de saúde devem agir para que as **pessoas** que estão sob seus cuidados assumam o papel de **co-construtores ou assumam-se como sujeitos** do seu processo de cura (Souza Campos, 1992).

Esses modelos assumem, freqüentemente, caráter complementar, como por exemplo, modelos que trabalhem com a lógica de usuário/cidadão e cliente. Outros são claramente excludentes, como os que assumem o eixo da atenção ao paciente e os que trabalham com a perspectiva da constituição do sujeito.

Podem-se analisar os modelos de assistência utilizando-se dos modos de racionalidades subjacentes, à semelhança do critério aplicado para o estudo das configurações organizacionais. Assim, a maioria dos modelos assistenciais acima apresentados, aponta para a égide da utilidade e da eficiência, regendo-se pela lógica da instrumentalidade das relações assistenciais.

Ao escolher os processos de trabalho que valorizem a compartimentalização da pessoa sob cuidados tem-se uma das bases para a construção de estruturas organizacionais que tenham como critério a especialização do conhecimento. O mais freqüente, no caso dos hospitais, é o conhecimento médico e suas especialidades. Nesse tipo de estrutura o processo de assistência é realizado pelos vários profissionais de saúde de forma justaposta. O trabalho está baseado no conhecimento e na ação de um agrupamento de profissionais com uma abordagem multiprofissional. Essa arquitetura da assistência favorece a fragmentação do cuidado nas especialidades envolvidas, não permitindo uma abordagem global e integrada da pessoa sob cuidados. A razão dominante nessas arquiteturas é a instrumental, onde a técnica assume o papel central do cuidado.

Um aspecto da mesma questão é a utilização dos modelos tayloristas em que as tarefas assistenciais são subdivididas em subtarefas executadas por trabalhadores especializados e que perdem o sentido da relação com a pessoa, salientando-se a relação com execução técnica do trabalho. Como já destacado acima, alguns modelos de assistência (de enfermagem e de médicos) utilizam esta abordagem.

O reconhecimento de determinações mais amplas que as explicações biológicas do processo saúde-doença, e a valorização do vínculo terapêutico no cuidado a ser oferecido oferece um eixo transformador dos modelos de assistência. Enseja a criação de modelos mais singularizados, onde cada paciente teria um profissional ou uma equipe de profissionais que se responsabilizaria pela assistência oferecida, favorecendo o estabelecimento de compromissos mútuos entre a equipe e as pessoas sob cuidados na produção da saúde. Outro aspecto é a reordenação dos processos de trabalho com ênfase em modelos que reduzam a especialização horizontal e vertical, e com isso possibilitem a efetivação das diretrizes do vínculo terapêutico e do estímulo ao compromisso dos trabalhadores.

Abre-se com isso espaço para a construção de formatos organizacionais que privilegiem a atenção horizontalizada, o trabalho em equipes multiprofissionais, apontando para a utilização de bases de criação de unidades assistenciais que tenham como foco a pessoa sob cuidados.



## ***5 - A TEORIA NO CAMPO DA ANÁLISE ORGANIZACIONAL***

A proposta de se construir um referencial teórico para este trabalho foi motivada por duas razões principais. A primeira refere-se ao desejo de desenhar um mapa onde algumas das indagações que apareceram ao construir as categorias analíticas pudessem ser mais bem exploradas.

A segunda razão vem da percepção de que parte das propostas de mudanças das configurações tem como origem primeira questões teóricas dos seus formuladores e não necessariamente aspectos advindos da prática nas organizações.

Esse capítulo é apresentado na forma de dois artigos, pois foram escritos como trabalhos de duas disciplinas do curso de doutorado. Desde o início houve a preocupação de que fossem reflexões que formassem o referencial teórico da tese.

Ao ler os dois trabalhos será possível observar alguma repetição que nos pareceu inevitável devido à preocupação com a clareza e coerência de cada texto. No primeiro artigo procuraram-se identificar as modificações ocorridas no campo explanatório da análise organizacional no período pós-hegemônico positivista, utilizando-se, para tanto, do conceito de paradigma. No segundo artigo se faz um aprofundamento numa abordagem específica — a análise institucional — que pareceu representar um recurso analítico interessante, estando em campo teórico anti-positivista, e também porque propõe uma ação organizacional.

## **5a - PRIMEIRO ARTIGO:**

### **PARADIGMAS DE ANÁLISE ORGANIZACIONAL**

#### **Introdução**

Utiliza-se neste artigo o conceito de *paradigma* como fio condutor de uma discussão sobre os caminhos que a teoria das organizações vem percorrendo ao longo deste século. Esse conceito alcançou a repercussão atual a partir do livro “A Estrutura das Revoluções Científicas” de Kuhn, publicado em 1962. Muitas discussões foram suscitadas com suas idéias. Uma das mais importantes é a multiplicidade de significados que o autor dá ao termo *paradigma*, com mais de 20 diferentes sentidos no referido livro.

Neste trabalho, optou-se por utilizá-lo no sentido do conjunto de concepções, teorias, perspectivas que um conjunto de cientistas admite como suficientes para explicar o seu campo de estudo. Um conceito estreitamente ligado a essa idéia é de “ciência normal”, também utilizada por Kuhn (1962). Segundo esse autor, a ciência normal consiste na aplicação do conhecimento daqueles fatos que o paradigma apresenta como relevantes, acarretando um aumento na correlação entre esses fatos e suas predições, articulando-se ainda mais com o próprio.

No percurso deste trabalho, procuram-se apresentar de forma sintética os antecedentes da chamada Teoria das Organizações que remonta ao final do século XVIII e início do século XIX — com a publicação dos trabalhos de Saint Simon — e ao começo do século XX, com as idéias de Taylor e Fayol (Reed, 1997). Não se pretende aprofundar neste trabalho as condições históricas da emergência dos vários paradigmas. Entretanto, é relevante reconhecer a relação com a Revolução Industrial, na segunda metade do século XVIII, a profunda alteração no modelo de produção e as origens da preocupação com a organização racional do trabalho.

Já no século XX, a partir da década de 50, emerge a mais duradoura influência na análise e teoria das organizações — as publicações de Talcott Parsons (Bertero, 1975). Seus trabalhos tornam o *funcionalismo* o paradigma dominante nessa área, inicialmente marcado pelo estruturalismo e depois pela teoria dos sistemas abertos.

Com o funcionalismo, os estudos nesse campo passam a incluir as organizações nos sistemas sociais em que atuam e a utilizar os recursos das ciências sociais, principalmente da sociologia, da ciência política e da psicologia social. Essa mudança marca a transição da teoria da administração para a teoria das organizações. O objeto dos estudos deixa de ser o trabalho e seu controle e passa a ser as organizações inseridas nos sistemas sociais.

A supremacia do funcionalismo na Teoria das Organizações começa a ser questionada nos anos sessenta, nos Estados Unidos, a partir de uma situação de mobilização popular contra a guerra do Vietnã, de discriminação racial e de pobreza urbana. Silverman (1971) aponta algumas diferenças fundamentais entre a abordagem *funcionalista* e, como

ficaram conhecidas, as abordagens *alternativas*. Segundo esse autor, essas novas abordagens opõem-se às abordagens funcionalistas na medida em que colocam: a pluralidade de situações no lugar da singularidade que advém dos objetivos organizacionais; a interpretação oposta à lógica da explicação causal; a construção social como antagônica ao determinismo social; e a colocação dos atores como opostos ao sistema.

A discussão sobre paradigmas alternativos ao modelo funcionalista é realizada utilizando-se o esquema proposto por Burrell e Morgan (1979). No texto apontam-se quatro paradigmas — o *funcionalista*, o *estruturalista radical*, o *humanista radical* e o *interpretativo*.

### **A questão dos paradigmas na teoria das organizações**

Vários autores da área da teoria organizacional vêm utilizando esse conceito (Campos, 1981; Hassard, 1991; Keinert, 1994, Scherer, 1998;) e reconhecendo sua utilidade na compreensão das transformações deste campo.

A discussão sobre paradigmas na área da teoria das organizações torna-se mais presente a partir do início da década de 70 do século XX, quando se observa um aumento no número de artigos em publicações de língua inglesa.

Uma das razões que explicam essa escassez de trabalhos, no período anterior aos anos 70, é o domínio que pesquisadores funcionalistas exerceram sobre as principais publicações da área, criando uma espécie de *reserva de mercado* e dificultando, assim, a circulação de idéias contrárias aos seus postulados (Clegg e Hardy, 1997).

Outro aspecto a considerar é a postura de isolamento dos autores de abordagens alternativas ao funcionalismo. Estes, em sua maioria, colocam a idéia de incomensurabilidade dos paradigmas, professando a impossibilidade de comunicação entre eles. Essa questão envolveu um debate que se estendeu durante toda a década de 80 e que tem reflexos até hoje.

Retratando essa questão, Jackson e Carter (1991) colocam que para aqueles pesquisadores que vêem o funcionalismo como uma prática intelectual imperialista, a postura isolacionista oferece meios de legitimar as abordagens negadas pela abordagem dominante, oferecendo-lhes um nicho protegido.

Clegg e Hardy (1997) entendem esse debate como *“uma luta por espaço acadêmico entre indivíduos com valores, hipóteses e agendas muito diferentes (...) Os protecionistas dos paradigmas defendem deliberadamente uma estratégia política para definir os estudos organizacionais ao investir a velha elite com poder necessário para selecionar as abordagens alternativas”*.

No início da década de 60, Kuhn, ao discorrer sobre paradigma e ciência normal, já observava esse comportamento colocando que aqueles que não se filiam a esse campo são obrigados a trabalhar isoladamente e, portanto, com poucas chances de veicular suas idéias e trabalhos na comunidade científica hegemônica.

Outra questão refere-se à desilusão quanto à promessa de que os incrementos tecnológicos e organizacionais ofereceriam maior inclusão e justiça social. Nas palavras de Campos (1981), *“ao longo do novo século, o desenvolvimento das ciências sociais sofreu profunda influência positivista (...) Se, a princípio, essa orientação foi reforçada pelo otimismo em torno do que se podia esperar da ciência e do empirismo, constata-se hoje que o produto de tal esforço não alcançou relevância em termos de resultados práticos e substantivos. Pelo contrário, o avanço das chamadas ciências sociais parece coincidir, no tempo, com o agravamento de situações sociais e políticas que se confirmaram inaceitáveis (...). As teorias de organização não estão isentas dessas críticas e não podem ignorar o desafio que lhes coloca em termo de relevância”*. (Campos 1981).

Essa constatação por vários atores sociais ofereceu e oferece um contexto social e político favorável a maior ressonância de vozes discordantes. Assim, as abordagens alternativas e seus paradigmas ganharam maior visibilidade nas publicações da área.

Fortes vozes colocam a insuficiência dessa abordagem na compreensão e explicação das organizações. Os pressupostos das organizações como entidades racionais e éticas são contestados em trabalhos dos anos 80 e 90. Reed (1997) afirma: *“O caráter*



*incremental das pesquisas dentro do campo do funcionalismo está rompido. Os pressupostos desse paradigma sobre o objeto e os modelos de interpretação deixaram de ter o caráter hegemônico e são contestados tanto em suas fundamentações ideológicas e epistemológicas como se verá à frente”.*

Burrell (1997) afirma que as vozes discordantes da ortodoxia funcionalista ganharam espaço e poder na área da teoria das organizações nem tanto pela força das novas abordagens teóricas e seus paradigmas, porém, muito mais devido ao reconhecimento externo alcançado pela administração. Afirma ainda que esta passou a ser considerada um fenômeno importante a ser explicado e que a ilusão da superioridade institucional das estruturas burocráticas já não se sustentava no campo de análise organizacional. Nas palavras desse autor, “(...) muitas pessoas influentes imaginaram que a administração fosse um fenômeno importante a ser explicado (o explanandum), sem levar em consideração o quadro explanatório usado, que no caso era positivista e estrutural (o explanans)”.

### **Os antecedentes**

Os estudos organizacionais têm origens na preocupação com a produtividade que ganha relevo a partir do final do século XVIII, com a Revolução Industrial. A mudança do modo de produção determinado pelo capitalismo industrial trouxe um desaparecimento relativamente rápido das formas de produção artesanal e em pequena escala.

No final do século XVIII e início do século XIX, alguns escritos de Saint-Simon apresentam uma leitura das transformações estruturais ocorridas devido ao capitalismo industrial. Esse autor antecipa os ideais tecnocráticos dos séculos seguintes apontando a organização como uma forma de poder regida por *princípios científicos*, independentemente da vontade das pessoas. Segundo Motta (1986), “*Inspirado nas ciências naturais, Saint-Simon imagina as linhas gerais da “fisiopolítica”, disciplina que trataria da direção científica da sociedade (...). É em grande medida um precursor do planejamento e da racionalização do trabalho*”. Esse pensamento coloca que uma sociedade cujas organizações fossem desenhadas segundo bases científicas resolveria os conflitos entre as necessidades coletivas e as vontades individuais.

A partir do final do século XIX, as grandes unidades organizacionais substituíram definitivamente as formas de produção em pequena escala. A preocupação com a complexidade e intensidade do trabalho coletivo impulsionaram estudos como os de Taylor e Fayol, os quais representam a chegada ao campo da administração dos princípios da razão propostos por Descartes. Segundo Motta (1986), esse foi o último campo da área social a receber a influência racionalista. Na essência, o entendimento trazido por esses autores é de que as estruturas administrativas racionalmente desenhadas colocariam os interesses individuais e sectários a serviço dos objetivos coletivos.

No início do século XX ocorre um verdadeiro esforço de sistematização de conhecimentos referentes ao planejamento e à organização do trabalho. A visão eminentemente racional da natureza humana proporcionava a busca da maximização da eficiência do trabalho com o conseqüente aumento da rentabilidade econômica das fábricas. Suas principais idéias e métodos ficaram conhecidos como Administração Científica, devido ao esforço de pautar seu trabalho por meios racionais, sistemáticos e qualitativos, inspirando-se em métodos e abordagens próprios da ciência, apesar das objeções que esse termo sofreu (Wahrlich, 1986). Taylor propôs o estudo sistemático das diferentes fases da produção e dos movimentos necessários à sua execução, definindo a melhor maneira de realizá-lo. Com a determinação dos padrões de produção, estabelecia-se a seleção das pessoas mais adequadas para aquele trabalho, o treinamento e a remuneração por produção.

Outro pilar dos primórdios da Teoria das Organizações são as idéias desenvolvidas por Fayol na França, também no início deste século. Seu trabalho voltava-se inicialmente para a racionalização da estrutura administrativa e a sistematização do trabalho do dirigente. Observa-se também o caráter racionalista e mecanicista desse trabalho, por destacar o poder da razão em dominar elementos que constituem as relações humanas e em dirigi-las para alcançar fins pré-determinados.

Esse modelo mecanicista e racionalista marcou ideológica e teoricamente os estudos organizacionais, sendo que essas concepções foram hegemônicas na primeira metade deste século. Esse pensamento foi um dos alicerces para o desenvolvimento dos estudos sobre a organização burocrática, que ganhou legitimação científica como forma de poder organizado e que, baseada em funções técnicas objetivas, oferecia uma ordem social fundada na autoridade racional.

## Da Teoria da Administração para a Teoria das Organizações

As abordagens apontadas anteriormente são freqüentemente enquadradas dentro da teoria da administração devido a dois aspectos. O primeiro é ter como objeto privilegiado o trabalho operário ou o trabalho gerencial, e o segundo é a busca da eficiência máxima, entendida como a rentabilidade máxima dos recursos, inclusive o homem. Utiliza-se do paradigma racionalista/mecanicista, cuja principal inspiração teórica são os modelos científicos das ciências naturais (física, biologia, etc.) em suas versões tradicionais, oferecendo uma construção com caráter prescritivo/normativo.

A partir da década de 50 pode-se começar a falar em Teoria das Organizações. Busca-se estudar o sistema social em que a administração está inserida. É mantida a preocupação com a eficiência, entretanto, com o foco na eficiência do sistema.

A Teoria das Organizações abre o campo de estudo deslocando seu objeto para o âmbito das organizações em si mesmas. Ruben et alli (1996) coloca a teoria das organizações como “(...) o *locus próprio das significações instituidoras do sócio histórico* (Castoriadis, 1983 *apud* Ruben et alli, 1996), onde o trabalho é concebido, realizado e reproduzido, seja ele o do gerente, funcionário, do técnico, do operário, etc.”

Nesse novo campo de conhecimento busca-se compreender o espaço onde o trabalho está inserido — tanto o ambiente micro quanto o macrossocial.

A produção teórica desse período, no campo da teoria e da análise organizacional, passou a ser balizada por duas abordagens principais. A primeira advém dos estudos sobre comportamento organizacional e a segunda dos chamados funcionalistas.

Pode-se considerar que o primórdio dos estudos da abordagem comportamentalista surge no final da década de 30 com a publicação do livro “The Functions of the Executive” (1938) de Chester Barnard. Apesar do título, seu foco é a organização, na medida em que concebe os estudos sobre o trabalho dos gerentes (executivos) dentro de um espaço social de atuação. Define também a organização como um sistema cooperativo racional.

Com Herbert Simon (1970), o *behaviorismo* (como também é conhecida essa abordagem) ganha impulso através do estudo do processo de tomada de decisão nas organizações. Rejeitando o modelo simplista do homem econômico no qual se baseia a abordagem taylorista, o autor formula uma série de conceitos sobre o aspecto racional daquele modelo de homem e discute os limites dessa racionalidade que, para ele, é dada por um complexo de processos afetivos e cognitivos que definem influência como a que se vê e, portanto, estabelece uma ordem de preferência nas decisões, isto é, reconhece aspectos psicossociais e culturais que relativizam os aspectos racionais do comportamento humano.

A abordagem *comportamentalista* é a primeira na Teoria das Organizações que reconhece existirem interesses e objetivos diferentes dentro das organizações. Estabelece que é atribuição da administração criar condições para que as pessoas atinjam também seus próprios objetivos, entretanto, reconhecendo também os objetivos da organização. Sendo concebida como um sistema cooperativo, baseia seu comportamento na busca de uma harmonia entre esses diferentes objetivos.

Além desses teóricos, vários outros trabalharam as questões ligadas à motivação e ao conflito, entre os objetivos individuais e organizacionais (Argyris, 1973; Likert, 1968; MacGregor, 1967; entre outros).

Apesar do reconhecimento do avanço em relação à perspectiva mecanicista, muitas são as críticas dirigidas a essa abordagem. Uma das principais é sobre seu caráter pragmático e utilitarista, devido ao imperativo da lógica econômica nas organizações. O reconhecimento da diversidade de objetivos existentes nas organizações não alterou o predomínio da racionalidade instrumental, própria da lógica econômica e ligada à consecução dos interesses organizacionais. Nesse sentido, os objetivos das pessoas devem submeter-se à égide da organização, evidenciando seu caráter manipulativo. Outra restrição, talvez a mais severa, é a aceitação acrítica da ideologia dominante e, portanto, que preserva e reforça o *status quo* (Campos, 1981).

A segunda abordagem é a de maior influência na Teoria das Organizações é a *funcionalista*. Um dos seus principais méritos, junto com a escola behaviorista, foi colocar em foco o estudo das organizações, ampliando o objeto de estudo da área. Ruben et alli

(1996) aponta também como contribuição o desenvolvimento de metodologia, baseada nas ciências sociais, para o estudo das organizações. São os seus teóricos que cunham a expressão “sociedade das organizações” referindo-se ao perfil das sociedades capitalistas ocidentais.

A abordagem funcionalista (Ianni, 1989) é um dos mais importantes princípios explicativos utilizados pelas ciências sociais em geral e pela sociologia em particular. Segundo esse autor, é nesse entendimento que se encontra o foco na ordem social e no progresso. Segundo Ianni (1989), incluem-se dentro desse paradigma Spencer, Comte, Durkheim, Touraine, Merton e Parsons.

Foi com Talcott Parsons que o funcionalismo atingiu sua maior influência e desenvolvimento na Sociologia (Prestes Motta, 1991). Sua obra ganha grande divulgação a partir da metade do século XX e estende-se aos domínios da teoria organizacional. Seu entendimento é de que as organizações surgem como consequência da divisão do trabalho (processo evolutivo de diferenciação) para a realização de tarefas socialmente estabelecidas e legitimadas no sentido da operação e manutenção do sistema social.

O paradigma funcionalista na teoria das organizações recebe duas grandes influências teóricas — a do estruturalismo e da teoria dos sistemas abertos. O estruturalismo da teoria das organizações é marcado pela presença de Weber. Esse autor trabalha na tradição do estruturalismo fenomenológico que, segundo Prestes Motta (1986), entende que “(...) a estrutura é um conjunto que tem um sentido e que oferece, pois, à análise intelectual, um ponto de apoio, mas que ao mesmo tempo não é uma idéia, porque se constitui, se altera ou se organiza frente a nós como um espetáculo”. A construção do tipo ideal é revelador desse entendimento do estruturalismo. Pode-se afirmar que os estudos de Weber sobre a burocracia tinham como questão central a racionalidade, sua natureza, as condições de emergência e as suas consequências sociais.

As idéias weberianas encontram em Parsons grande identificação e divulgação. Não são poucas as críticas sobre a leitura que esse autor fez dos trabalhos de Weber. Uma das mais importantes é ter, consciente ou inconscientemente, suprimido sua filosofia original e suas tensões políticas, preferindo fazer uma leitura sob a ótica da unidade, homogeneidade e coerência.

Nesse sentido, os anos 50 e 60 são quase totalmente preenchidos pela discussão sobre a superioridade da burocracia sobre outras formas organizacionais e pela necessidade de avaliação do seu tipo ideal. A leitura parsoniana da obra weberiana ofereceu os argumentos para tal afirmação. O modelo burocrático é colocado na perspectiva da estabilidade social.

A outra importante influência na teoria das organizações sob a ótica funcionalista foi a *teoria geral de sistemas*. Esse modelo, desenvolvido por Von Bertalanffy (1973), é apropriado por teóricos do campo de estudos organizacionais. Nele, as organizações são parte constitutiva do sistema social no qual representam uma função especializada. Nas palavras de Parsons (1956) “*Esta relação constitui o vínculo básico entre uma organização e o sistema maior de que é parte e proporciona uma base para a classificação dos tipos de organizações*”.

Buckley (1970) afirma que à medida que os sistemas ganham complexidade eles deixam de ser fechados para se tornarem abertos, o que traria a possibilidade de se tratar os temas da mudança, do conflito e das tensões, para os quais o funcionalismo estrutural não seria capaz. Além dessa relação com o ambiente externo, outras características são importantes nesse modelo, como o encadeamento das partes (subsistemas) e do meio ambiente, a retroalimentação e o direcionamento para a consecução de objetivos.

Observa-se também o reconhecimento mais dos papéis que a estrutura da organização determina, do que as pessoas. Assim, a organização é vista como um sistema de conjunto de papéis. Esse entendimento de homem, conhecido como homem funcional, sofre intensas críticas por ter em seu escopo a passividade das pessoas, as quais assumiriam papéis determinados externamente pela estrutura organizacional. A liberdade de escolha é abstraída, colocando-se as pessoas como recursos ou instrumentos das organizações.

Outra questão a levantar é a impossibilidade, pela sua formulação teórica, de conflito entre interesses das pessoas e das organizações. Pela sua própria lógica, os conflitos, quando existem, representam disputas entre subsistemas por recursos organizacionais e que se resolvem segundo os “interesses maiores” do sistema. O caráter

adaptativo de abordagem sistêmica é colocado como uma tendência natural dos sistemas sociais. O ambiente é reconhecido como um dado sem questionamento sobre sua legitimidade, cabendo às organizações se ajustarem às mudanças externas.

Segundo Bertero (1975) a abordagem sistêmica pode ser considerada mais como aprimoramento do funcionalismo, pois conseguiu incorporar alguns mecanismos explicativos da mudança, que Parsons teve dificuldade de lidar, do que uma contestação do pensamento funcionalista. Continua o mesmo entendimento do sistema social *em equilíbrio*, adaptado ao meio ambiente e realizando mudanças para responder as modificações que ocorrem no ambiente.

A principal crítica, tanto à corrente estruturalista como à sistêmica, é sua filiação ao paradigma do funcionalismo. No campo da teorização organizacional, esse entendimento se apóia na natureza ordenada e unitária das organizações. Seus temas falam de definição e integração de objetivos organizacionais, estabelecimento de autoridade, consenso e equilíbrio entre interesses e necessidades organizacionais e das pessoas, deixando de reconhecer embates entre capital e trabalho, classes sociais, sexo, bem como deixando de lidar com conceitos como poder, desigualdades e influência. Segundo Clegg (1997) aponta, nessa visão, a organização é entendida como um sistema em que é eficaz atingir metas explícitas e formalmente definidas por intermédio da tomada de decisão racional. Afirma também que a administração tem como papel definir e atingir metas e a tarefa do pesquisador é coletar dados objetivos que indiquem como as funções organizacionais se distribuem em torno da orientação e manutenção das metas.

Várias abordagens teóricas foram desenhadas a partir do arcabouço funcionalista e mantêm-se como modelos teóricos atuais na área da teoria organizacional, como a ecologia populacional (Aldrich, e Wiedemeyer, 1993); a teoria de contingência estrutural (Donaldson, 1996, 1995); a teoria institucional (Scott, 1994), dentre outras.

Pode-se dizer também que as abordagens funcionalistas tiveram sua hegemonia ameaçada pelo ímpeto que outros princípios explicativos ganharam desde os anos 60. A adoção de outras perspectivas teóricas possibilitou a incorporação de novos paradigmas ao campo da teoria das organizações.

## Os paradigmas alternativos

A crise do paradigma funcionalista tem como um de seus eixos principais a questão da legitimidade do poder. Na medida em que essa abordagem caracteriza-se como instância da ciência, promotora e reprodutora da ordem social, sofre abalo a partir das experiências contestatórias da década de 60.

Clegg e Hardy (1997) afirmam que às grandes mudanças nos últimos 30 anos — como a guerra do Vietnã, a implosão do comunismo, a explosão do neo-conservadorismo, o avanço do feminismo e a ascensão do poder econômico do Leste Asiático — junta-se a percepção de instabilidade e imprevisibilidade advinda das novas tecnologias, fazendo surgir novas formas organizacionais virtuais e em rede que exigem e criam condições para novas abordagens.

Segundo Campos (1981), partem da fenomenologia e da chamada teoria crítica os principais ataques à fortaleza funcionalista nas ciências sociais e, por extensão, à teoria das organizações.

Burrell e Morgan (1979) oferecem um quadro de referências identificando paradigmas no campo da análise e teoria organizacional. Segundo Clegg e Hardy (1997) esses autores fornecem um dispositivo de identificação para representar e localizar essas novas abordagens, bem como legitimar a modelagem dos espaços em que elas possam desenvolver.

Esses autores apresentam quatro paradigmas: funcionalistas, interpretativos, humanistas radicais e estruturalistas radicais, alicerçando-os em duas dimensões básicas. Burrell (1997) justifica que existe uma relação visceral entre sociologia e teoria organizacional como partes que são da ciência social, sendo que qualquer afirmação que é feita nessas áreas tem que fazer suposições tanto sobre a natureza da sociedade quanto a natureza da ciência.

Suas premissas sobre a natureza da sociedade baseiam-se na distinção entre as abordagens que privilegiam a ordem social e o equilíbrio e aqueles que se baseiam nas questões da mudança, conflito e coerção. Para tanto, utilizam como nomenclatura para o primeiro pólo a denominação *sociologia de regulação* em vez de sociologia de ordem ou consumo. Para o pólo do conflito optam pela denominação *sociologia da mudança radical*.



Quanto à questão da natureza da ciência social, separaram entre aquelas abordagens que adotam uma postura *objetivista* ou *científica* em contraste com aquelas que enfatizam o *subjetivo*. Esses autores colocam que, implícita ou explicitamente, os cientistas sociais abordam suas disciplinas através de premissas sobre a natureza do mundo social e de como ele deveria ser estudado (Hassard,1991). A análise da natureza da ciência social é feita de quatro premissas chamadas de *ontologia*, *epistemologia*, *natureza humana* e *metodologia*.

A visão subjetivista de ciência social assume uma posição epistemológica antipositivista, enquanto a visão objetivista adota uma postura positivista e um conceito de natureza humana determinista. Do cruzamento dessas diferentes dimensões colocadas de forma polar surgem quatro paradigmas que esquematicamente são mutuamente excludentes, como vemos abaixo.

### Quadro 3 - Os quatro paradigmas sociológicos

|                                      |                        |
|--------------------------------------|------------------------|
| <b>Sociologia da Mudança Radical</b> |                        |
| <i>Subjetivo</i>                     | <i>Objetivo</i>        |
| Humanismo Radical                    | Estruturalismo Radical |
| Interpretativo                       | Funcionalismo          |
| Subjetivo                            | Objetivo               |
| <b>Sociologia da Regulação</b>       |                        |

Fonte: Adaptado de Burrell e Morgan (1979)

Devido a essa polarização, os paradigmas funcionalista e interpretativo adotam uma postura “conservadora” em contraste com a postura “radical” humanista e estruturalista. Inversamente, os paradigmas funcionalistas e estruturalistas radicais adotam a postura objetivista, contrastando com a ênfase subjetivista dos paradigmas interpretativo e humanista radical. Burrell e Morgan (1979) argumentam que estes paradigmas, apesar de compartilharem características, têm suficiente diferenciação para seu reconhecimento como “entidades distintas”.

Segundo Burrell (1997), desde a publicação do livro esse aspecto excludente tem sido alvo de críticas, muitas delas afirmando a impossibilidade de se forçar as teorias da natureza da sociedade, da ciência e as teorias da organização em quatro categorias estáticas.

Entretanto, autores como Wilmott (1993) afirmam que a publicação de Burrell e Morgan (1979) identificou um potencial e promoveu um processo de diversidade teórica no campo da teoria das organizações, rompendo com a ortodoxia funcionalista e oferecendo um quadro teórico com formas alternativas de análise.

O paradigma funcionalista apóia-se na premissa de que a sociedade tem uma existência real, concreta, um caráter sistemático e uma direção no sentido da produção da ordem e regulação. Essa abordagem acredita ser objetiva e isenta. Advoga um processo de pesquisa no qual o cientista mantém-se distanciado do objeto de estudo através da utilização rigorosa do método científico. Além disso, esse paradigma possui uma orientação pragmática, preocupando-se com a análise da sociedade de tal forma que produza conhecimentos úteis. Burrell (1997) inclui aqui as abordagens da Teoria Integrativa, Teoria do Sistema Social, Objetivismo, Interacionismo e Teoria da Evolução Social.

No paradigma *interpretativo*, o mundo social possui um precário estado ontológico. Nesta perspectiva, realidade social, embora possuindo ordem e regulação, não possui uma forma externa concreta. Em vez disso, é produto de experiências intersubjetivas. Para o analista dessa abordagem, o mundo social é mais bem compreendido do ponto de vista do participante da ação. Seus pesquisadores procuram desconstruir os processos fenomenologicamente, através dos quais realidades compartilhadas são criadas, mantidas e mudadas. Fenomenologia, hermenêutica, sociologia fenomenológica são as principais abordagens desse paradigma no campo da teoria das organizações.

Para os que adotam o paradigma humanista radical, a realidade diária é assumida, em semelhança ao paradigma interpretativo, como socialmente construída. Entretanto, para os humanistas radicais, esta construção social é amarrada a uma patologia de consciência, uma situação na qual atores são prisioneiros do mundo social que eles próprios criaram. Esse paradigma critica a ênfase/foco em modos alienantes de pensamento

que caracterizam a vida nas modernas sociedades industriais. O capitalismo, em particular, é objeto desse ataque. Encontram-se sob a égide desse paradigma o existencialismo francês, o individualismo anarquista e toda a teoria crítica (Burrel, 1997).

No último paradigma, o *estruturalista radical*, encontra-se uma crítica social radical com uma diferença em relação ao paradigma humanista radical, que é a sua adoção da concepção materialista do mundo social. Nessa perspectiva, a realidade social é um fato. Ela tem uma existência externa dura ou palpável à qual pertence e toma uma forma que é independente da forma socialmente construída. O mundo social é caracterizado por tensões intrínsecas e contradições. Essas forças servem para oferecer mudanças radicais no sistema social como um todo. Aqui estão várias abordagens marxistas, a teoria social russa e a teoria do conflito (Burrel, 1997).

A relevância que as abordagens alternativas e contrárias ao funcionalismo alcançaram nas três últimas décadas não impossibilitou a esse paradigma continuar firme e forte, balizando grande número de trabalhos.

Um exemplo é a teoria institucional que trabalha com as propriedades simbólicas da estrutura organizacional. Utilizando-se de abordagens funcionalistas, Meyer e Rowan (1977) estudaram o entendimento da estrutura como mito e cerimônia e de como, a partir de interesses externos, oferece apoio ao alcance da sobrevivência organizacional. O estudo clássico de Selznick (1957) na Tennessee Valley Authority, trabalha com a teoria institucional e alimenta-se das tradições da ecologia organizacional, outra abordagem funcionalista.

Outro aspecto importante dessa questão, apontado por Campos (1981), é que a mudança da concepção do homem no trabalho, seu entendimento como agente criativo das suas circunstâncias não implica o abandono das contribuições funcionalistas e sim a sua utilização como recurso, desde que usado fenomenologicamente.

Bertero (1975) exemplifica muito bem essa posição: “*Não há dúvidas de que tópicos adicionais ao desenvolvimento da disciplina poderiam ser tomados do próprio quadro funcionalista e de outros do marxismo como visão alternativa. A possibilidade de*

*se obter contribuições alternativas a partir do funcionalismo fundamenta-se na própria possibilidade de o funcionalismo poder ser tomado como esquema de análise social dotado de ambigüidade. Isto porque em seu esforço em transformar-se em doutrina dotada de objetividade científica, o funcionalismo indiscutivelmente atinge tons de neutralidade que permitem ser usado para analisar fenômenos diferentes daqueles que constituem seu corpo de doutrina. O fato não é incomum e o melhor exemplo clássico seria o da dialética hegeliana que em mãos de outros pensadores, e notadamente Marx, acabou por ser utilizada para gerar doutrina absolutamente estranha ao hegelianismo clássico”.*

Dentre as várias abordagens existentes no paradigma estruturalista radical, as marxistas se destacam. Apesar de ser um dos principais corpos doutrinários da sociologia, é da sua falta de influência que se explica também a hegemonia funcionalista. Justifica-se esse afastamento pela identificação que os marxistas faziam da teoria das organizações e da burocracia (Bertero, 1975).

Essa situação modificou-se a partir da década de 70. Uma dessas abordagens é a teoria do processo de trabalho que apresenta como questões centrais o entendimento de que os estudos das organizações e do controle do trabalho devem levar em conta o seu desenvolvimento dentro das relações de produção, reconhecendo as relações históricas específicas; e que o desenvolvimento de mercado e das hierarquias organizacionais são governados pela contradição do imperativo político-econômico de acumulação do capital através de exploração do trabalho (Willmott, 1993).

Nessa visão — da teoria do processo de trabalho —, afirma-se que a adequada análise do trabalho organizacional não pode basear-se nos relatos de experiência dos trabalhadores, consoante o entendimento objetivista das ciências sociais e da teoria das organizações. Braveman (1974) revê esse entendimento objetivista trabalhando com idéias marxistas aplicadas ao processo de trabalho. Nessa perspectiva, traz à tona questões como conflito, poder e resistência a partir das experiências dos próprios trabalhadores. Para o autor, a utilização da dimensão subjetiva não compromete o estudo da organização do trabalho dentro da estrutura objetiva das relações de produção.

Campos (1981) destaca dentre as abordagens que se desenvolveram em torno do paradigma interpretativo, a abordagem de ação de Silverman. Segundo a autora, essa abordagem combina o entendimento das orientações e comportamentos dos atores individuais com o entendimento dos padrões de relações que se estabelecem ao longo das interações entre esses atores. Nessa perspectiva, reconhece-se a diversidade de definições e orientações individuais e busca-se na sociedade parte das explicações para as inter-relações que ocorrem no contexto das organizações. Utiliza-se, para tanto, da idéia de que a ação envolve uma atribuição de significados pelos atores e uma definição consciente das situações. Admite-se, portanto, que uma dada situação receberá significados próprios de cada ator organizacional e que reagirá segundo essa interpretação.

Nessa abordagem de ação afirma-se uma relação dialética entre indivíduos e sociedade na qual esta oferece um estoque social de significados e os indivíduos têm a possibilidade da aceitação ou não. Difere das abordagens tradicionais, em que as normas e expectativas de sociedade são entendidas como leis imutáveis da natureza.

Cecílio (1997) afirma que o próprio Silverman apresenta essa abordagem como metodologia para trabalhar a questão da ação humana interpessoal e, conseqüentemente, mais adequada à avaliação de microproblemas.

O último paradigma do esquema de Burrell e Morgan é o *humanista radical*. Grande parte dos trabalhos que levam esse paradigma refere-se a estudos organizacionais embasados prioritariamente, embora não exclusivamente, em conceitos da Escola de Frankfurt, conhecida como *teoria crítica*.

Segundo Alvesson e Deetz (1997), existem dois tipos principais desses estudos na teoria das organizações — a *crítica ideológica* e a *ação comunicativa*. A origem dos estudos de críticas ideológicas está em Marx, quando enfoca as práticas de explicação econômica existente nas relações entre os proprietários do capital e os trabalhadores, revelando o modo como essa relação é encoberta e ganha uma feição legítima. A crítica ideológica a esse processo é analogamente realizada pelos teóricos dessa abordagem em relação aos temas da dominação e da exploração por proprietários e gerentes. Sua atenção é voltada para os aspectos ideológicos, na medida em que se acredita que os trabalhadores não reconhecem essa exploração.

Segundo Wood (1997), a teoria crítica não adota uma postura *anti-management*, mas coloca os acadêmicos da área como ideólogos, servindo aos interesses de grupos dominantes. A meta mais importante é criar sociedades e organizações livres da dominação na qual todos possam contribuir e desenvolver-se.

O segundo tipo de estudo, da ação comunicativa, tem nos trabalhos de Habermas (1989) suas contribuições mais significativas. Esse autor separa dois processos básicos de aprendizagem e de agir na sociedade, o *agir estratégico* — associado ao mundo do sistema — e o *agir comunicativo* — associado ao mundo da vida. Refere-se à colonização do mundo pelo agir estratégico e se coloca no sentido de contribuir para a recriação de novos padrões de ação baseados no agir comunicativo. Na sua formulação, o entendimento antecede o valor utilitário ou o alcance de objetivos.

Segundo Cecílio (1997) “*as (...) formulações de Habermas abrem múltiplas possibilidades de formulação, em vários campos do conhecimento humano, entre eles o do planejamento e do funcionamento das organizações, a partir de sua perspectiva ética e compromissada, como diz o autor, com uma democracia radical*”.

### **Considerações finais**

Atravessa-se um período na teoria das organizações em que a hegemonia da ortodoxia funcionalista está profundamente afetada. Explica-se tal situação pelas mudanças nas condições históricas, socioeconômicas e culturais que sustentavam esse paradigma (1950-1970), e pela percepção dos limites do potencial explicativo e analítico utilizado pelos funcionalistas (ordem, consenso e outros). As insatisfações referem-se tanto à incapacidade dos modelos teóricos concebidos nesse paradigma de contribuir para a construção de uma sociedade mais justa, como também pela sua limitação ao não abordar dimensões como conflito, poder e outras — como linguagem, simbolismo, psiquê.

Existem diferenças na interpretação do significado da perda da hegemonia das abordagens funcionalistas. Alguns autores como Reed (1997) afirmam que se vive um período de ciência revolucionária onde existiria uma disputa pela hegemonia

paradigmática, e que os pressupostos comuns sobre objeto de estudo e os modelos de interpretação estão sob intensas críticas, gerando uma dinâmica intelectual interna de conflitos teóricos que alcança as fundamentações ideológicas e epistemológicas. Afirma ainda que seus vários defensores representam *mundos* paradigmáticos diferentes, entre os quais a comunicação e a mediação são impossíveis. Coloca também que a fragmentação e a descontinuidade tornam-se as características predominantes da identidade e da *rationale* do campo de estudo, ao invés da estabilidade e coesão que caracterizam a ciência normal.

Outros trabalham com uma perspectiva multi-paradigmática (Burrell e Morgan, 1979; Jackson e Carter, 1991) ou de *proliferação paradigmática*. Defendem o desenvolvimento intelectual separado e abordagens distintas dentro de domínios diferentes. São os defensores da tese de incomensurabilidade dos paradigmas, isto é, “*acreditam que cada paradigma deve desenvolver-se separadamente perseguindo seus próprios objetos e considerando-os inválidos e que as diferentes constatações sobre as organizações, em um mundo ideal, sejam resolvidas à luz de suas implicações para a práxis social*” (Jackson e Carter, 1991). O esquema proposto por Burrell e Morgan (1979) professa essa mútua exclusão dos paradigmas. Essa posição, segundo esses autores, tem origens nas idéias de Kuhn (1970) sobre paradigma, na medida em que reforça a construção contínua e progressiva dentro de uma determinada comunidade científica, consolidando-o.

Outra questão é o enquadramento que os autores de “Sociological Paradigms and Organizational Analysis” (1979) realizaram, colocando que as várias abordagens em ciências sociais são irremediavelmente subjetivistas ou objetivistas em sua orientação. Similarmente, as teorias sociais são dirigidas ou para a unidade e coesão da sociedade ou esta é entendida em termos de modelos de denominação e contradição estrutural. Vários são os questionamentos sobre esse esquema, principalmente quanto ao seu caráter excludente, forçando a teoria a uma situação em que o conteúdo é maior que o continente. Entretanto, reconhece-se que os esforços de Burrell e Morgan, no referido livro, tornaram explícitos os papéis das premissas na produção do conhecimento e o conjunto dos postulados metateóricos nos quais a teoria das organizações está baseada. Esse reconhecimento das relações entre as teorias sociais e a teoria das organizações criou condições para a emancipação desse campo, na medida em que o apresentou dentro do quadro de referências das ciências sociais.

Finalizando, as várias abordagens aqui apresentadas ensejam reflexões sobre a maneira com que esses paradigmas podem contribuir para a construção de organizações baseadas em indivíduos como agentes da criação de sua própria realidade e do seu mundo.

## **5b - SEGUNDO ARTIGO:**

### **ESTUDOS ORGANIZACIONAIS E ANÁLISE INSTITUCIONAL**

#### **Introdução**

Este trabalho é parte do meu projeto de tese cujo objeto são os hospitais, mais particularmente suas estruturas organizacionais. Versa especificamente sobre a busca de teorias, métodos e paradigmas que sejam adequados ao estudo de estruturas organizacionais, especificamente de modelos não-burocráticos de organização, que possibilitem o olhar sobre uma gerência dialógica, que apontem para a construção de relações sociais horizontais e para o rompimento com a separação entre os que pensam e os que fazem.

Pretende-se explorar o poder das abordagens baseadas na análise institucional em lidar com o tema em questão. Faz-se necessária, para a realização deste estudo, uma introdução sobre as concepções teóricas utilizadas, para o que far-se-á uma leitura a partir de trabalhos de alguns autores como Stewart R. Clegg e Cynthia Hardy (1997).

Os estudos organizacionais baseados em abordagens funcionalistas apóiam-se na concepção da natureza unitária e ordenada das organizações. Nessa visão, estas funcionam como um sistema em que objetivos/metastabelecidas seriam capazes de alimentar um processo de decisão racional, bem como orientar a conformação do seu *design*. O entendimento ordenado da vida organizacional coloca a gerência como a instância que deve planejar e controlar uma realidade administrativa passível de ser uniformizada. Ao se examinarem as organizações, a gerência e as estruturas organizacionais, os funcionalistas analisam-nas sob o ponto de vista do ordenamento prévio.



De acordo com Clegg e Hardy (1997), as pesquisas realizadas segundo esse entendimento enfatizam o consenso e a coerência em detrimento do conflito, dissenso e operações de poder. Cabe ressaltar que nesses estudos fica implícita a subordinação das organizações e da gerência ao espaço econômico, sendo as pessoas dominadas pelas categorias da eficiência, produtividade e desempenho.

Os últimos trinta anos marcam o surgimento, no âmbito dos estudos organizacionais, de novos entendimentos sobre as organizações e de como estudá-las. Silverman (1971) aponta que essas novas interpretações opõem-se à visão funcionalista na medida em que revelam: os vários atores organizacionais como opostos à idéia de sistema; a construção social como oposta ao determinismo social; a interpretação como oposta à lógica da explicação causal e — em vez de definição singular articulada em torno de metas organizacionais — definições plurais de situações. A partir dos anos 70 ocorre uma busca de novas perspectivas teóricas, sendo que várias abordagens voltam-se para o deslocamento do eixo econômico para dar lugar à experiência humana para além do controle.

Esses novos entendimentos implicaram mudanças significativas nos estudos organizacionais. Em primeiro lugar, referem-se às organizações como objetos empíricos, isto é, reconhece-se que ao olhar uma organização podem-se ver aspectos diferentes, dependendo de quem a analisa. Ao olhar um hospital é possível vê-lo como: provedor de produtos e serviços relacionados à recuperação da saúde; provedor de empregos; local de sofrimento; possuidor de uma história de mudanças, disputas de poder, vítimas, etc. Deve-se ressaltar que esses olhares servem como base para a ação dentro das organizações e que o entendimento dessas ações significará coisas muito diferentes, dependendo de cada olhar específico.

Em segundo lugar reconhecem que ao estudar as organizações os pesquisadores escolhem sentidos empíricos quando decidem como representá-las, isto é, referem-se às organizações como discursos teóricos. Pode-se caracterizá-las como sendo máquinas (rotinas, eficiência, confiabilidade, previsibilidade), como organismos (variação, seleção, ecologia, sobrevivência), como culturas (criação de uma realidade compartilhada) ou como outra explicação (Morgan, 1995). Clegg e Hardy (1997) afirmam: *“Aqueles organizações que atingem representação em termos específicos resultam sempre*

*do privilégio teórico proporcionado por certas maneiras de ver, por certos termos de discurso e do estágio das conversações. Ao mesmo tempo, esses termos de representações são meios de não ver, meios de não recorrer a outras ações da conversação e, daí, meios de não reconhecer outros atributos possíveis das organizações”.*

A última premissa é a compreensão do organizar como processo social. As organizações são locais de conversações múltiplas, simultâneas, contraditórias, de interesses em disputa que buscam configurar cenários favoráveis aos interesses de vários sujeitos. As organizações abrigam conversações: mais ou menos estruturadas como as das disciplinas formais de finanças, produção, manutenção; como as das corporações profissionais (no caso dos hospitais: médicos, enfermagem, administração, etc.); e sobre temas como gênero, etnia, autonomia, desejos, etc. Esse processo de organizar refere-se a uma determinada construção de atores sociais que observam condicionamentos e restrições como acúmulos de poder; arcabouço de regras e normas; a estrutura econômica, jurídico-política e produção de resultados por esses atores (Matus, 1992).

As abordagens alternativas ao funcionalismo abrem novas possibilidades de se lidar tanto com a construção de organizações como de sua análise. Acredita-se que não exista a organização como objeto único, mas sim como processos de organização. O estudo desses processos depende também do que vemos (organização como objeto empírico), de como iremos representá-la (organização como discurso teórico) e das conversações que existem dentro e em torno dela (organização como prática social).

Na discussão específica das estruturas organizacionais existe um grande debate onde se opõem os que ressaltam a importância dos padrões e das relações externas que determinam e circunscrevem a interação social dentro de formas institucionais específicas, e os que enfatizam as práticas sociais por meio das quais os seres humanos criam e reproduzem instituições (Layder, 1994). Vários são os autores que reconhecem a natureza dialética dessa relação apontando a simultaneidade constituinte e constitutiva na determinação dos desenhos organizacionais (Boden, 1994).

Essa discussão envolve diferentes abordagens teóricas de análise e transformação organizacional que podem ser agrupadas segundo algumas premissas, como faremos a seguir.

## **Estudos organizacionais e modelos de análise das organizações**

São muitas as perspectivas teóricas e os modelos que abordam os processos de análise e intervenção nas organizações. Motta (1997), ao comentar sobre o assunto, apresenta um panorama das principais vertentes contemporâneas.

As apoiadas no positivismo/funcionalismo colocam foco no imperativo ambiental como mote para elucidar as causas e os determinantes das estruturas. Aqui estão a teoria de sistemas abertos e a teoria da contingência estrutural.

Compromisso ideológico é o cerne das escolas que vêem as organizações como um sistema de valores e crenças. Sua origem remota é a escola filosófica de Platão, que procurava encontrar a boa sociedade. O foco é o ser humano e a inculcação de sistema de valores e crenças.

As vertentes da reinterpretação crítica da realidade baseiam-se em teorias de ação social que visam o desenvolvimento da autoconsciência e da autodeterminação. Utilizam o termo *ação* para afirmar o caráter de comportamento intencionado. Rechaçam a idéia de que o mundo das organizações é natural. Para elas, a realidade organizacional constitui-se a partir da interpretação das pessoas sobre si próprias, sobre os outros e sobre a realidade administrativa em que se inserem. A organização não é uma ocorrência objetiva, mas uma construção social a partir das relações intersubjetivas das pessoas. Essa vertente divide-se em duas: a crítica e a interpretativa. Ambas têm como base a fenomenologia, sendo que a primeira associa-se ao estruturalismo e a segunda ao interpretativismo.

A vertente crítica, fiel ao pensamento de Habermas (1989), afirma que a única forma para se compreender o mundo social, capturando o seu caráter coletivo, é através da intersubjetividade, sendo sua expressão a comunicação. Nessa perspectiva, ação e estrutura são ligadas e ganham sentido através da comunicação. Segundo Motta (1997), *“A ação revela o significado contingencial da comunicação, e a estrutura, o resultado da construção histórica da moldura do poder econômico, político e social onde se passa a comunicação. A ação é compreendida no sentido comunicativo, e a organização como uma estrutura sistemática das interações comunicativas”*. Entende-se a estrutura organizacional

como o poder estabelecido representando uma dimensão que distorce as comunicações, o que favorece a dominação e a manipulação. As pessoas podem alterar os sentidos e estruturas das organizações na medida em que realizem uma análise empírica sobre as distorções comunicativas que levam à dominação, e busquem a emancipação.

Pela segunda vertente, interpretativista, reforça-se a consciência da intersubjetividade e o dia-a-dia das pessoas como criador de significados, rejeitando-se o estruturalismo, isto é, os códigos, a história e as estruturas da sociedade e das organizações para se compreender a ação humana. Essa perspectiva, conhecida como *intenção social*, aproxima-se do existencialismo ao assumir que as pessoas constroem suas vidas na sociedade e nas organizações através das suas relações.

A última perspectiva chamada de *transformação Individual* é a mais recente de todas, surgindo a partir dos anos 80. Acredita que a existência é uma experiência singular sobre a qual cada pessoa cria significados, portanto, que a construção social se dá a partir de uma transformação interna das pessoas. As mudanças sociais são consequência — a ênfase está no poder da vontade.

Com o embasamento oferecido por essas concepções, se fará a discussão da abordagem dos analistas institucionais como ferramenta de análise e transformação das organizações e de suas estruturas, buscando, nesse momento, elementos que ajudem a evidenciar e a resgatar as dimensões humanas e suas práticas no mundo da gestão.

### **Estudos organizacionais e análise institucional**

Baremblytt (1992) afirma que não é possível fazer o enquadramento preciso do movimento institucionalista como ciência ou disciplina, na medida em que não possui estatuto teórico específico nem um objeto próprio, mas utiliza contribuições de vários corpos teóricos. Entretanto, esse movimento — ao colocar como seu foco comum o desencadeamento, apoio e aperfeiçoamento de processos auto-analíticos e autogestivos dos coletivos sociais — talvez possa ser posto próximo dos fundamentos epistemológicos das vertentes teóricas que trabalham com a reinterpretação crítica da realidade. Nesse sentido,

como vimos acima, a principal idéia é a reapropriação pelas pessoas da interpretação sobre si próprias, suas necessidades e dos outros, e da própria definição da realidade social/organizacional em que vivem.

Ao pensar as determinações dos processos históricos, os institucionalistas colocam como determinantes — sem privilegiar uma em detrimento de outra — as estruturas econômicas, políticas, naturais e as vontades, desejos e representações com que as pessoas participam dos processos sociais. Na verdade, reconhece-se uma coextensão desses campos, funcionando um dentro do outro. Entretanto, entendem que as mudanças históricas não acontecem a partir das macro-dimensões econômicas e políticas, que seriam o espaço do estabelecido, da dominação, da exploração e da mistificação. Afirmam que para que haja sujeição a esses determinantes deve-se reconhecer uma convergência desses com valores e representações das pessoas e coletivos sobre a vida em sociedade.

Ao olhar o mundo (e as organizações), os institucionalistas apontam a importância da constituição da sociedade industrial, capitalista e tecnológica; o aumento de complexidade dos processos de interação humana e da vida social; e o surgimento dos *experts* como determinante para a perda dessa capacidade das comunidades (coletivos sociais) de perceberem suas necessidades. Segundo Baremlitt (1992), “(...) *as comunidades que têm alguma noção vivencial sobre as suas necessidade as perdem, de modo que já não sabem o que querem, mas na verdade pedem o que lhes inculcam que devem pedir.*”

Acreditam que as mudanças históricas são sempre resultado de movimentos que partem da dimensão microssocial ou molecular. Esse é o espaço onde pode acontecer o novo e transformador. As macromudanças na sociedade são resultantes do choque e das conexões de pequenas potências. Daí o foco nas mudanças locais, pois se afirma sua ressonância nas dimensões macro.

A partir desse entendimento, apresenta-se um dos objetivos básicos do institucionalismo — a auto-análise — que consiste no processo de resgate do protagonismo dos coletivos na condução de sua vida. Nessa visão, o processo de auto-análise deve ocorrer simultaneamente com o movimento de auto-organização.

Os institucionalistas abordam algumas questões e tecem uma rede de conceitos para analisar e intervir nos coletivos humanos com a intenção de favorecer e estimular a constituição de processos que resgatem a capacidade desses coletivos de reconhecer suas próprias demandas e de decidir sobre seus destinos, destacando-se alguns que parecem úteis para a realização de estudos de organizações.

Um primeiro grupo de conceitos refere-se à qualificação do que são instituições, organizações e estabelecimentos. Nesse entendimento, a sociedade é uma rede de *instituições*. Estas são lógicas que regulam as atividades humanas, estabelecendo códigos de conduta de forma mais ou menos formal. São corpos discriminativos que colocam o que pode e o que não pode ser feito. Um exemplo de instituição — central nas definições das estruturas organizacionais — é a divisão do trabalho humano, na qual estabelecem-se diferenças entre os que decidem e os que fazem (poder) na apropriação do lucro, no prestígio, etc.

Entretanto, as *instituições* são entidades abstratas que necessitam concretizar-se socialmente. As *organizações* são a expressão material das instituições propiciando-lhes realidade social. Sua configuração é muito diversa, compreendendo desde grandes complexos — como a Secretaria de Saúde de uma grande cidade — até um pequeno estabelecimento.

Uma questão que se deve destacar é como os institucionalistas abordam a estrutura das organizações. Baremblytt (1992) afirma que é muito difícil pensar em qualquer processo organizacional sem que haja divisão de trabalho, reconhecendo a complexidade do trabalho na maioria das organizações modernas, o que exige certa hierarquia de decisão e de deliberação. A grande diferença em relação às estruturas burocráticas é a distribuição horizontal de poder. Essa divisão é inerente a qualquer processo produtivo. A diferença é que nessa visão o saber é coletivo, compartilhado, perdendo-se a arbitrariedade das decisões. Existirão hierarquias nas capacidades de produzir, em certas peculiaridades e não na capacidade de impor decisões de um sobre os outros. Os ocupantes de cargos na estrutura hierárquica são executores das deliberações tomadas coletivamente.

Um outro grupo de conceitos procura reconhecer as dimensões das instituições e das organizações que revelem o já estabelecido, o definido, o acabado e o novo, o transformador e o criativo. Assim, podem ser identificadas duas dimensões: o *instituinte* que representa as forças que geram transformações, e o *instituído*, que é o produto dos processos instituintes. No nível organizacional dá-se o mesmo: as atividades críticas e transformadoras são denominadas *organizantes* e as atividades cristalizadas *organizadas*. Ilustram essa última os organogramas, como expressão burocrática das organizações. Claro que os processos instituintes/organizantes em algum momento devem expressar-se como instituídos/organizados. Existe uma relação dialética entre essas dimensões que se revelam mais saudáveis enquanto se mantêm permeáveis e fluidas.

Outra maneira de abordar a oposição organizante/organizado é reconhecer que nos conjuntos humanos os processos organizantes sempre têm uma utopia de aperfeiçoamento da vida social que é deformada por determinadas situações: os processos de exploração, com a expropriação da potência e dos resultados do trabalho; os processos de dominação, com o esvaziamento das decisões coletivas; e os processos de mistificação com a desinformação, mentiras, etc. Nesse sentido, nas instituições e nas organizações existe uma função e um funcionamento. A função refere-se às formas de exploração, dominação e mistificação, sendo que esse último processo é que faz o instituído/organizado parecer natural, desejável e invariável. O funcionamento, por outro lado, é instituinte, gerador do novo, apontando para a utopia.

*Produção* é outro termo desse vocabulário. Utilizado como característica essencial do instituinte, revela o novo, o que persegue a utopia em contraposição à reprodução, que é a confirmação do existente.

Segundo Barembritt (1992), para se analisar uma instituição ou uma organização, faz-se necessário reconhecer que os processos instituintes/instituídos e organizantes/organizados ocorrem em conjunto, constituindo uma rede social. Nas palavras desse autor, “*esta articulação, essa interpenetração acontece a nível da função e a nível do funcionamento; a nível da produção e a nível da reprodução; a nível daquilo que funcionará a favor da utopia e a nível daquilo que está contra*”. Quando ela se dá no âmbito da função, da reprodução, denomina-se *atravessamento* e quando ocorre a nível do instituinte, da produção do novo, do criativo, chama-se *transversalidade*.

A transversalidade pode ser compreendida como uma dimensão organizacional que está além da estrutura e da organização informal. Aponta-se sua capacidade de criar dispositivos que ignoram os limites estabelecidos pela organização formal, oferecendo a oportunidade de gerar movimentos alternativos às estruturas organizacionais.

Como já vimos, ao estudar os processos históricos, os institucionalistas reconhecem determinantes econômicos e políticos no estabelecimento das características da vida social. No entanto, afirmam que não existe separação radical entre determinantes e as crenças, convicções e representações que os homens fazem da vida social. Na verdade, são imanências sendo, portanto, artificial procurar sua separação.

Guattari (1986), ao caracterizar os processos históricos e sociais, define o que denominou de *molar* como sendo o nível das diferenças sociais mais amplas, que tem formas objetais ou discursivas; é o lugar dos limites precisos, do estabelecido e da conservação. Por outro lado, aponta o *molecular* com referência ao espaço dos micropoderes, das conexões insólitas, onde se expressam os sonhos, as relações amorosas, profissionais, de vizinhança, etc. Não se coloca aqui uma relação maniqueísta entre o nível molar e o molecular, nas palavras desse autor, *“Opor uma política molar das organizações, presentes em qualquer nível da sociedade (micro e macro), a uma função molecular que considera as problemáticas da economia do desejo, igualmente presentes em qualquer nível da sociedade, não implica uma valoração na qual o molecular seria o bom e o molar, o mau. Os problemas se colocam sempre e, ao mesmo tempo, nos dois níveis”*.

A abordagem institucionalista coloca que a produção de novas relações sociais ocorre a partir dos microprocessos, das mudanças locais, pois esse é o lugar dos processos instituintes. É desse espaço que surge a possibilidade de se produzir novas formas de vida coletiva e de novas maneiras de se apropriar da vida material e subjetiva.

Guattari (1986) afirma que essa potência criadora não tem como núcleo o nível das representações, mas, principalmente dos desejos. A partir de contribuições da psicanálise, conhece-se que os desejos mais potentes que dão direção à vida dos homens são inconscientes. Os homens participam dos processos sociais impulsionados por essas forças desejantes. Isto coloca a necessidade para qualquer plano não só criar convergência de interesses, mas, essencialmente, mobilizar essas forças.



Segundo Baremlitt (1992), o conceito de desejo apresenta muitas diferenças entre os institucionalistas. Alguns como Gerard Mendel (apud Baremlitt, 1992) mantêm-se fiéis à definição freudiana, relacionando-o ao complexo de Édipo (castração) e às forças que buscam a reedição do estado em que o ego e o objeto são um.

Outros como René Lourau (apud Baremlitt, 1992) pensam o conceito *desejo* como uma pulsão de vida dirigindo de forma anárquica os impulsos libidinais e desejanter para estados permanentemente novos. Guattari (1986) trabalha com uma terceira definição. Formula o desejo como uma força produtiva e criativa e que é imanente às outras forças que animam a vida em sociedade. É o aspecto psíquico das forças instituintes existentes na vida social, carregando consigo, portanto, o signo do imprevisível, do novo, e a capacidade de estabelecer novas conexões.

Esse desejo é inconsciente, mas rompe com a idéia freudiana de restauração de um estado narcísico. Vai além das dimensões de recalque psíquico incorporando um recalque complexo — político, libidinal e semiótico — compreendendo “...*todos os saberes, todas as matérias não formadas e energias não vetorizadas que são capazes de transformação*”. (Baremlitt, 1992). Por esse caminho é que os institucionalistas negam a existência de um homem universal, um sujeito psíquico que seria igual em todas as sociedades. Para eles o que existe são processos de produção de subjetividade, isto é, cada momento histórico produz sujeitos que variarão segundo predomina o instituído ou os processos instituintes. Toda vez que haja predomínio do instituído haverá uma produção de sujeitos assujeitados, os quais tenderão a adotar características mais ou menos universais. Quando as forças instituintes predominam nesse processo, há uma produção de subjetivação livre, o que gera o novo, o produtivo, não se concretizando o instituído/organizado.

Esses processos disruptores da ordem instituída são chamados por Guattari (1986) de *singularização*. Segundo esse autor, são movimentos de protesto do inconsciente contra a subjetivação imposta pela ordem capitalista.

O reconhecimento desse potencial revolucionário dos processos de singularização é o que determina ao institucionalismo ter como um dos seus principais pontos de convergência — nas análises e intervenções nas organizações — a busca por compreender os dispositivos capazes de produzir subjetivações.

## Discussão

Ao colocar os espaços não econômicos com a potência de transformação das estruturas sociais e organizacionais — no sentido da (re)construção da capacidade das pessoas enquanto coletivos sociais, de se apropriarem das suas vivências resgatando suas próprias necessidades e de criarem formas de governarem — o movimento institucionalista afirma a necessidade e a possibilidade de construção de novas configurações organizacionais. Baseia-se na idéia de desconstrução das formas alienantes que caracteriza a vida nas modernas sociedades industriais, buscando formas de produzir subjetividade que fuja à lógica dominante, possibilite a criação de relações sociais horizontais e neguem as estratégias de dominação, exploração e de mistificação.

Ao reassumir sua própria compreensão e controle sobre os recursos e formas de organização, isto é, ao se colocarem como protagonistas, os coletivos produzem novas formas de se organizar, novas divisões de trabalho, novas hierarquias e novos desenhos organizacionais.

Caldas (1999) afirma que são pouco práticos os critérios de eficiência e utilidade para a avaliação desses novos desenhos: *“Vale o aprendizado de configurações sociais e organizacionais pela inspiração que leva à alma, não pelo quanto foi ou é eficiente, pelo quanto ou é factível. A forma de organização que se estuda, nessa vertente, tem valor per se, não por cálculo posterior a ela”*.

Seria admissível não colocarmos foco também no atendimento às demandas sociais próprias dos serviços de saúde? Em se assumindo como afirmativa a resposta a tal colocação, deve-se procurar avaliar a eficácia dessas novas formas organizacionais.

Para tanto, deve-se identificar — pelo menos em termos gerais — quais são os objetivos dessas novas configurações. Souza Campos (1999) propõe como objetivo *“um novo arranjo que estimulasse, cotidianamente, a produção de novos padrões de inter-relação entre equipe e usuários, ampliasse o compromisso dos profissionais de saúde e quebrasse obstáculos organizacionais à comunicação”*.



## ***6 - PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS***

A discussão sobre a natureza e objetividade do conhecimento produzido tem atravessado o campo das Ciências Sociais, no qual se incluem os estudos referentes à saúde coletiva. Esse debate tem afetado a escolha da proposta teórica metodológica a ser utilizada nas pesquisas nessa área.

Nos padrões teóricos metodológicos predominantes nas Ciências Naturais há uma radical separação entre o objeto a ser estudado e o sujeito que investiga. Nessa concepção, a realidade é algo a ser descoberto. A produção do conhecimento ocorre por uma generalização através da indução na busca de leis universais.

As críticas a essas abordagens, particularmente a transposição imediata para as ciências sociais, são bem conhecidas. Minayo (1992) afirma que uma diferença central com as ciências físico-naturais é que as sociedades humanas existem num determinado tempo e espaço e que os grupos sociais que as constituem são mutáveis. A idéia principal é o caráter provisório das visões de mundo, dos entendimentos e das instituições, isto é, o objeto das ciências sociais tem um caráter histórico.

Além disso, as abordagens das Ciências Naturais pressupõem uma objetividade e uma neutralidade do investigador. Contrapondo-se a esse conceito, Minayo (1992) ressalta que o percurso de ordenação da realidade, dos fatos e das suas relações representa ao mesmo tempo um caminho de criação e uma prática social do pesquisador. Dezin e Linconn (1994) postulam que a subjetividade do pesquisador e seu envolvimento com o objeto da pesquisa devem ser assumidos e analisados.

O reconhecimento do caráter histórico do objeto e do sujeito do conhecimento aponta para a necessidade de abordagens metodológicas que adotem esse entendimento.

Ricardo Bruno Mendes Gonçalves (1994), ao discutir os procedimentos metodológicos do seu doutorado — uma pesquisa de caráter qualitativo sobre o processo e organização do trabalho médico — afirma que a opção metodológica a ser assumida implica a inseparabilidade entre sujeito pesquisador e o objeto de pesquisa de modo a deslocar o foco da pretensão de conhecer toda a realidade para uma ordenação racional das evidências empíricas. O pesquisador não é um registrador de dados de uma realidade social pré-ordenada, mas um sujeito que assume uma postura ativa relacionada à sua visão de mundo.

Essa relação vai da concepção do objeto até a conclusão da pesquisa. Minayo (1992) destaca esse aspecto que *“não somente o objeto é por ele construído mas ele próprio se constrói no labor da pesquisa.”*

Nesse sentido, a explicitação das concepções teóricas do pesquisador, bem como dos pressupostos, dos objetivos da pesquisa, das categorias analíticas e das técnicas adotadas para a coleta de dados, é fundamental para a busca da objetivação e validação do conhecimento.

Assim, o objeto desta investigação foi as configurações organizacionais de serviços hospitalares que estejam explicitamente envolvidos em algum processo de mudança de formato. O enfoque escolhido para este estudo procura ter um olhar global sobre a mudança, identificando, se possível, o significado da mudança e suas características principais.

Este estudo teve como objetivo conhecer **se e como a escolha de modelos de atenção** influenciou a construção dessas novas formas, já que este aspecto é peculiar a este tipo de organização. A mudança organizacional em hospitais no Brasil, ao se olhar pelo número de publicações, ainda é tímida quando comparada com o que ocorre em outros setores da economia. Entretanto, existe um número de relatos, publicados ou não, que apontam para a ocorrência de projetos de mudança organizacional em andamento ou em elaboração. A decisão de investigar algumas dessas experiências tem como base a busca de se aproximar dos significados desses movimentos de mudança e de desenvolver a percepção e a capacidade de aprendizado de novas configurações organizacionais.

Procurou-se também caracterizar a diretriz principal da mudança e, com isso, captar o significado das novas configurações para alguns dos atores envolvidos nesse processo. Buscou-se identificar as diretrizes e as concepções que orientaram a formulação dos modelos de atenção e das configurações organizacionais propostas e do que foi implementado.

Houve a intenção de investigar os modos como foram construídas e implementadas as novas configurações, identificando e analisando o novo formato organizacional, a articulação entre os modelos de atenção e a novas configurações dos hospitais, os processos decisórios envolvidos nas mudanças e as relações entre os formuladores das propostas das mudanças e alguns dos responsáveis pela implementação.

Considera-se como premissa deste trabalho que, apesar de muitas vezes as questões que envolvem o cuidado serem professadas como elementos determinantes das configurações organizacionais de hospitais, de fato os modelos de atenção não são elementos centrais das suas configurações.

Para o estudo do problema da investigação e para alcançar os objetivos propostos foi utilizada uma abordagem qualitativa. O aprofundamento e o detalhamento desejado apontaram para a escolha dessa metodologia. A pesquisa pretendeu identificar os significados das experiências em estudo. A escolha foi por valorizar os entendimentos dos vários participantes dos processos de mudança — daí a pertinência do emprego desse tipo de pesquisa. As abordagens qualitativas são importantes quando a pergunta formulada requer investigação detalhada da intervenção real, em que o foco é como e por que a intervenção foi bem ou mal sucedida (Pope e Mays, 1996).

A opção pelo hospital como unidade de análise decorreu de algumas questões: a importância que se atribui à mudança nos modelos de atenção para o aumento da eficácia do cuidado e para a implantação/consolidação do SUS no Brasil; pelo pequeno número de publicações sobre mudança em hospitais com este foco e também pelo interesse do pesquisador.

A metodologia escolhida foi o estudo de casos. Esse tipo de estudo é adequado quando questões amplas e complexas devem ser abordadas em circunstâncias também complexas. (Pope e Mays, 1996; Yin, 2003). Essa complexidade coloca a necessidade de se utilizar vários métodos com o intuito de captar boa parte dos aspectos relevantes da realidade em análise.

Os estudos de caso podem ser divididos em três tipos diferentes, segundo Stake (1995). O primeiro, denominado de *intrínseco*, se refere à necessidade de estudo de determinado caso com o objetivo de conhecê-lo, isto é, possuir um interesse especial no caso. No segundo tipo, o *instrumental*, há uma pergunta orientadora, há dúvida e necessidade de entendimento geral sobre determinado assunto e a questão pode ser abordada por meio de um caso em particular. O estudo de caso é o instrumento para o entendimento de algo. O terceiro tipo é o *coletivo* que se caracteriza pelo estudo de um

conjunto de casos individuais. Nesta pesquisa optou-se por realizar um estudo de hospitais envolvidos em processo de mudança organizacional e que colocam como um dos eixos desse processo o modelo de atenção.

A intenção deste estudo não é a generalização — por não se prestar a isso — mas sim o aprofundamento e o refinamento do conhecimento existente. Entretanto, Schiesari (2004) aponta que generalizações feitas de um estudo de casos podem ser vistas como pequenas generalizações — nas suas palavras “*petites generalizations*” — e podem ocorrer regularmente ao longo de todo o estudo. Conferiu-se ênfase à singularidade e ao entendimento do caso.

## 6a - AMOSTRA

Segundo Patton (1990), o objetivo de uma amostra intencional é selecionar casos cujo estudo iluminará as questões formuladas. A lógica e a força das amostras intencionais encontram-se na escolha de casos com grande riqueza de informações para um estudo mais aprofundado.

Já com a intenção de estudar hospitais envolvidos em mudança organizacional, procuraram-se alguns especialistas da área de administração de serviços de saúde para identificar serviços que estivessem vivendo essa situação. Foram selecionados inicialmente dez hospitais. Após contatos iniciais para identificar a disposição das direções em permitir a pesquisa, quatro foram selecionados para o trabalho. Dois desses hospitais são privados filantrópicos e dois hospitais públicos. Todos os hospitais selecionados se localizam no estado de São Paulo. Suas características gerais são:

1. Hospital geral, privado filantrópico de grande porte;
2. Hospital geral, público estadual de médio porte;
3. Hospital especializado, privado filantrópico de médio porte;
4. Hospital geral, público municipal de grande porte.

Destes, dois não puderam ser estudados por motivos diferentes. Num deles a pesquisa não pôde ser realizada, pois apesar de vários esforços para agendamento das entrevistas não se conseguiu a realização de nenhuma.

No outro, a entrevista com o formulador da nova configuração foi realizada, mas logo depois foi mudada a direção do hospital, o que dificultou o acesso para a continuidade do trabalho de campo.

A pesquisa então foi realizada em dois dos hospitais selecionados, um público e um privado.

## **6b - PESQUISA BIBLIOGRÁFICA**

O levantamento bibliográfico foi realizado por temas. Essa pesquisa pretendeu reconhecer na literatura especializada os artigos e livros que caracterizarem as novas formas organizacionais, principalmente de hospitais, e a sua relação com os modelos de atenção. Além disso procurou-se identificar quais categorias analíticas eram significativas para a pesquisa de campo.

As principais fontes para a pesquisa bibliográfica foram: *Administrative Science Quarterly*, *Academy of Management Review*, *Organization Studies*, *Journal of Management Studies*, *Organization Science*, *Revista de Administração de Empresas-FGV*, *Revista de Administração Pública-FGV*, *Revista de Administração USP*, *Revista de Administração Contemporânea*, *Anais ENANPAD.*, *Revista de Saúde Pública USP*, *Revista Ciência e Saúde Coletiva ABRASCO*, *Cadernos de Saúde Pública*. O período inicial da pesquisa bibliográfica se estendeu de 1997 até 2003.

Acredita-se que a presente pesquisa, considerando-se a representatividade dos periódicos e dos livros, tenha abrangido as principais discussões, tanto na área organizacional como na área de organização de serviços de saúde, especialmente hospitais.



## 6c - AS CATEGORIAS ANALÍTICAS

A escolha da expressão *configuração organizacional* aponta para o esforço de se trabalhar com um conceito síntese que ajude no entendimento e no aprendizado de processos de mudança sob um foco global sobre a organização. Ao mesmo tempo se buscou apreender os significados de novos processos organizantes e identificar as soluções criadas/desenhadas para a condução do processo de mudança e para sua materialização. Para a construção desse caminho foi realizada uma revisão teórica na qual se procurou identificar categorias analíticas que pudessem ajudar a caracterizar as configurações organizacionais. Foram identificadas três categorias principais: modelo de atenção, estrutura organizacional e poder.

**Modelo de atenção à saúde** é categoria analítica reconhecida por vários pesquisadores da área de saúde (Gonçalves, 1994; Merhy, 1991, 1992; Souza Campos, 1992; Pasche e Carvalho, 2000).

Gonçalves (1994) desenvolveu o conceito de modelo de atenção como uma composição específica de tecnologias incorporadas aos serviços de saúde. Merhy (1991, 1992) destaca que essa categoria resulta da combinação da organização da produção de serviços de saúde (aparato do sistema de saúde e/ou das organizações de saúde), e de um determinado arranjo de saberes tecnológicos que são a expressão de determinados projetos políticos.

Souza Campos (1992), trabalhando com esse mesmo eixo de análise, afirma que o modelo de atenção compreende uma categoria de mediação entre determinação histórico-estrutural de políticas sociais e as práticas de saúde. Nas suas palavras “...*uma instância na qual atores sociais reelaborariam determinantes macro-sociais e determinantes disciplinares em função de seus projetos singulares.*” Esse mesmo autor toma a implantação de modelos de atenção como expressão de determinados projetos políticos numa manifestação dos seus interesses e visão de mundo.

Nas palavras de Pasche e Carvalho (2000) “*modelos se apresentam como uma tradução pragmática, de um lado, das regras legislativas, que normatizam o setor, de condicionantes macropolíticas, econômicas e sociais...De outro lado, decorrem da ação política de sujeitos coletivos, que atuando nesse cenário de regras e fluxos determinados, disputam pela orientação do sistema de saúde.*”.

Neste trabalho se aborda — sem se negar os determinantes macroestruturais — a expressão desses projetos no espaço organizacional de serviços de saúde. Parte-se da conceituação de modelos de atenção como os modos de se produzir saúde ou a produção de saúde através de determinados arranjos institucionais dos serviços de saúde. (Merhy, 1991, 1992).

Na abordagem dos modelos de atenção procurou-se identificar uma compreensão do processo saúde-doença e os desenhos tecnológicos resultantes, isto é, quais as diretrizes e os mecanismos criados e implementados em cada processo de mudança.

Outra categoria analítica escolhida foi a **estrutura organizacional**, entendida como a distribuição de responsabilidades e autoridade entre os membros da organização; sistemas de planejamento e controle, processos de regulação da tomada de decisão e execução das tarefas. Toma-se a estrutura como um reflexo visível de determinadas visões de mundo e de organização. As escolhas por determinadas estruturas ajudam a revelar intenções e significados sobre o que são, para que e para quem servem as organizações. De acordo com esse entendimento as estruturas organizacionais, tanto quanto a cultura e os objetivos organizacionais, são produtos sociais das interações micropolíticas do cotidiano e de determinações macro-sociais. (Prestes Motta e Vasconcelos, 2003; Serva, 1997).

Nas palavras de Prestes Motta, *“de acordo com essa visão, os objetivos e a estrutura organizacional são os produtos do sistema humano a partir do confronto de várias lógicas de ação, valores e interesses políticos.”*. A organização, nesta linha, é vista como esfera cultural e política.

A estrutura organizacional vem sendo utilizada como categoria analítica em vários estudos organizacionais. Dellagnello (2000), em sua tese de doutorado, utiliza essa dimensão para investigar a existência de evidências empíricas de novas formas organizacionais que representem ruptura com o modelo burocrático de organização. Volberda (1998), ao investigar mecanismos de flexibilização organizacional, escolheu como categorias analíticas a tecnologia organizacional, a estrutura organizacional e a cultura organizacional.

A escolha do conceito de **poder** como a terceira categoria analítica se deu pelo reconhecimento da sua potência explicativa em um estudo que tem como objeto mudanças em configurações organizacionais de hospitais. Os entendimentos sobre poder por parte de vários autores construíram um campo analítico muito rico para a análise organizacional. Cecílio e Moreira (2002) reconhecem que nesse campo existem contrastes e diálogos entre as contribuições de vários autores. Optou-se pelas contribuições de três autores, Max Weber, Mario Testa e Michel Foucault.

Weber (1991) discute o poder e as suas bases de legitimidade. Para ele, essa relação é fundamental para entender as burocracias. Segundo esse autor, a possibilidade de continuidade do poder de controle está baseada na crença da sua legitimidade. Ele aponta três tipos de poder legitimado: o *tradicional*, o *carismático* e o *racional*.

Testa (1992) auxilia no percurso deste trabalho ao se aproximar da questão do poder nos serviços de saúde. Nos hospitais, a questão do poder dos profissionais — especialmente dos médicos — é crucial para se discutir e se analisar os processos de mudança organizacional. Esse autor propôs uma tipologia para o setor saúde, diferenciando três tipos principais: *técnico*, *administrativo* e *político*.

Max Weber e Mario Testa fazem uma abordagem macro-organizacional da questão do poder. Foucault (1981) aborda a questão do poder sob o ângulo da microrealidade social e organizacional. Ele foca sua análise nas relações de poder entendidas como processos construtores de subjetividade onde as pessoas e grupos sociais são normalizados em determinadas ordens organizacionais.

A definição operacional das categorias analíticas, isto é, das variáveis, caracteriza-se por uma parcialidade em relação ao *constructo* a que se refere. Ao reconhecer esse fato, Kerlinger (1979) ressalta que as definições de variáveis apresentam alguma flexibilidade.

A primeira categoria analítica, **modelo de atenção**, foi caracterizada por meio de algumas subdimensões:

- conceito do processo saúde-doença
- lógica do processo de trabalho
- concepção do papel da pessoa que procura o serviço de saúde

- posições individuais da área de cuidado
- tipo de agrupamento nas áreas assistenciais
- diretrizes do cuidado

A segunda categoria analítica, **estrutura organizacional**, foi caracterizada por meio de algumas subdimensões:

- *Forma organizacional básica* que pode ser identificada pela maneira como a organização agrupa suas atividades, seu número de níveis hierárquicos e o grau de funcionalização das tarefas gerenciais.

O agrupamento refere-se a formas de juntar posições individuais, unidades etc, até que toda a organização esteja contida numa grande unidade, utilizando-se critérios com base em atividades-meio ou atividades-fim.

Os níveis hierárquicos referem-se ao número e ao formato do desenho organizacional — se alto ou achatado.

A funcionalização se refere à extensão em que a administração é dividida em áreas funcionais, ou em que cada gerente é especializado em um aspecto específico da administração.

- *Sistemas de planejamento e controle*, em que se concertam vários aspectos da estrutura como extensão da regulação de objetivos e da definição de prioridades; definição da programação interna de planejamento e controle e o monitoramento de progresso e avaliação, caracterizando o grau em que estes sistemas são mais ou menos flexíveis. Quanto mais elaborados planejamento e controle, menor a capacidade de auto-controle das unidades organizacionais e dos seus membros. Por outro lado quanto mais rudimentar, maior a possibilidade de interferência e de construção partilhada.

- *Especialização* (da realização das tarefas) pode ser caracterizada por :

- *amplitude*: refere-se a quantas tarefas diferentes estão contidas em cada trabalho. Em um extremo, o trabalhador é "pau para toda obra"; no outro, ele resume seus esforços na mesma tarefa especializada. É conceituada como ampla no primeiro caso e estreita no segundo;
- *profundidade*: refere-se ao controle sobre o trabalho. Quando o trabalhador só executa a tarefa sem pensar em como e por quê, ela é denominada *simples*. E quando controla todos os aspectos do trabalho, é tida como *complexa*;
- *intercambialidade*: refere-se à menor ou maior possibilidade dos trabalhadores se revezarem na execução das tarefas ao longo do tempo. São denominadas, nas situações polares, de baixa ou alta intercambialidade, respectivamente.

Em um extremo têm-se organizações que fazem regulação das tarefas de maneira estreita, simples e com baixa intercambialidade; no outro extremo, ficam organizações que fazem essa regulação de forma ampla, complexa e com alta intercambialidade;

- *regulação do comportamento* dos trabalhadores verificada pela ênfase com que o comportamento é programado.

A *padronização* se refere à previsibilidade do comportamento dos trabalhadores na medida em que o conteúdo do trabalho é especificado e programado e os resultados do trabalho, seus produtos, serviços e desempenho são especificados.

A *formalização* é a extensão pela qual o comportamento é descrito e prescrito, refletindo o grau em que as regras, procedimentos e comunicações são apresentadas de forma escrita;

- *regulação do ajuste mútuo* é o resultado das formas laterais de comunicação e dos processos conjuntos de tomadas de decisão que cruzam as linhas de autoridade em uma organização. Refere-se, assim, aos dispositivos de contatos laterais existentes na organização, ao compartilhamento de informações dentro da organização e à descentralização horizontal.

Conceituam-se como dispositivos de contatos as formas laterais de comunicação e processos de tomada de decisão conjunta que perspassem as linhas de autoridade. Podem ser papéis de ligação ou integração, ou por meio de times, ou forças tarefas ou contato direto entre pessoas.

A descentralização horizontal se refere ao grau de autonomia horizontal das várias unidades dentro da organização, envolvendo o processo de auto-organização de cada unidade;

- a *regulação da tomada de decisão* trabalha com dois conceitos: *delegação* é um deles, e descreve o grau em que o poder de decisão é transferido aos subordinados ao longo da cadeia de autoridade. O segundo é *participação* que descreve a extensão em que os subordinados tomam parte nos processos de decisão dos superiores, por meio de opiniões, sugestões, apresentação de argumentos.

A terceira categoria analítica, *poder*, foi caracterizada por meio de algumas subdimensões:

- conflitos;
- resistências;
- controle;
- autonomia;
- participação.

## 6d - INSTRUMENTOS

A realização de um estudo de casos múltiplos objetiva o aumento da potência das evidências empíricas. Com esse mesmo intuito e para conferir maior credibilidade aos achados têm sido indicada, nas pesquisas qualitativas, a utilização de múltiplas técnicas e a integração de diversos recursos metodológicos.

Utilizaram-se neste trabalho diferentes instrumentos para a coleta de dados: um questionário geral para a caracterização dos hospitais, um questionário para caracterização da gestão hospitalar, um roteiro de perguntas para guiar as entrevistas e um roteiro para orientar as visitas às áreas assistenciais.

O questionário geral — entregue à direção de cada hospital — abrangeu sua caracterização ampla e onde foram solicitadas informações sobre: natureza jurídica, porte, serviços prestados, produção, indicadores gerais (taxa de ocupação dos leitos e média de permanência), estrutura organizacional, número de funcionários, atividades de ensino e orçamento dos últimos dois anos. O objetivo foi construir um perfil que ajudasse na análise da configuração organizacional. As duas direções preferiram a entrega de documentos produzidos para outras finalidades. Não houve qualquer bloqueio de acesso aos dados.

Foi criado também um questionário, com escala tipo *Likert*, em que se procurou objetivar algumas características organizacionais relativas à gestão hospitalar, propostas para a nova configuração, como a organização do processo de cuidado, a questão do trabalho em equipe, a concepção do processo saúde-doença, a política de recursos humanos (sistemas de avaliação / reconhecimento / premiação), os critérios de criação de unidades de produção, o processo decisório organizacional, os mecanismos de comunicação, o tipo de estrutura (horizontal X vertical; mecânica X orgânica). Esse questionário foi aplicado somente aos entrevistados reconhecidos como *formuladores*.

Para as entrevistas foi criado um roteiro semi-estruturado. Optou-se por um instrumento em que as intervenções se faziam no sentido de abrir o campo de explanação do entrevistado, com o objetivo de apreender o seu sistema de valores e atingir níveis mais reveladores dos entendimentos e significados do objeto da pesquisa. Esse roteiro partia da identificação geral do entrevistado, sua formação e especialização, sua área de atuação profissional, outras locais e atividades profissionais, para depois entrar em questões opinativas e valorativas. O entrevistado foi estimulado a discorrer sobre o hospital, as mudanças, as diretrizes, os problemas, os atores organizacionais. Este roteiro foi aplicado a todos os entrevistados.

Por último, foi utilizado um roteiro de observação das áreas assistenciais que tinha como objetivo entender as normas de funcionamento, as atividades desenvolvidas, a divisão de trabalho entre os profissionais, e entre os profissionais e as pessoas sob cuidado e suas famílias. A idéia era identificar padrões de relações das equipes de saúde, processos operativos inconscientes, captar de maneira abrangente os momentos de interação e as contradições. O olhar foi, principalmente, para elementos centrais da proposta de mudança: trabalho em equipe, relação dos profissionais com a pessoa sob cuidado e família, organização dos processos de trabalho e coordenação do trabalho assistencial.

## **6e - PRÉ-TESTE**

Foram aplicados os instrumentos de coleta de dados, como pré-teste, em um hospital universitário ligado à Universidade de São Paulo, na cidade de São Paulo, envolvido em processo de mudança de modelo de gestão no período 2001-2002. O entrevistado era um dos dirigentes do Hospital.

Os resultados do pré-teste foram: não foi possível escrever tudo o que foi falado, perdendo-se parte do conteúdo da entrevista; o entrevistado não teve dificuldade em entender as questões propostas na entrevista; a entrevista durou cerca de uma hora e meia, julgando-se razoável esse tempo.

Ao final da entrevista solicitou-se a resposta aos questionários e o envio por correio das respostas. Foi entregue envelope selado e endereçado. A resposta chegou em dez dias. Todos os itens foram respondidos e cerca de 50% continham algum tipo de comentário. Os comentários foram todos pertinentes à questão proposta, evidenciando a clareza na sua formulação. Durante a entrevista foi feita solicitação de acesso aos documentos referentes ao processo de mudança. Nenhum estivera disponível no momento da entrevista.

Assim optou -se por: manter os instrumentos de coleta; usar gravador para o registro fiel da entrevista; manter a entrega de envelope selado e endereçado e solicitação de envio pelo correio do questionário respondido; solicitar, no momento do agendamento da entrevista, os documentos que registrassem as propostas de mudança para posterior entrega.



## 6f - TRABALHO DE CAMPO

Definiu-se entrevistar pessoas envolvidas com as mudanças em cada hospital, diferenciando-as segundo seu papel principal nesse processo. Optou-se por trabalhar com dois papéis específicos: *formuladores* e *implementadores*, entendidos respectivamente como autores ou co-autores da proposta de nova configuração e como co-responsáveis pela efetivação das mudanças pretendidas. Entrevistar formuladores e implementadores teve como objetivo a identificação de olhares por vieses diferentes, de tal maneira a enriquecer os significados dos processos de mudança.

A escolha dos formuladores ocorreu através da solicitação às direções dos hospitais para que identificassem os autores da proposta. Para a identificação dos implementadores optou-se por solicitar aos formuladores a indicação de duas pessoas.

As observações diretas foram realizadas em áreas apontadas pela direção dos respectivos hospitais como sendo as que melhor espelhavam o processo de mudança. Presumiu-se que as indicações dos implementadores e das áreas para observação de campo tenham tido como critério a escolha de pessoas com grande comprometimento com as mudanças pretendidas e de áreas assistenciais onde a proposta tenha mais avançado.

O trabalho de campo iniciou-se com a apresentação da proposta de pesquisa à direção dos dois hospitais. A pesquisa foi aprovada pelas duas direções sem quaisquer restrições.

A quantidade de material obtida no trabalho de campo permitiu obter uma visão global das propostas de novas configurações e dos processos de mudança dos dois hospitais e possibilitou o início da descrição dos achados e sua análise.

O trabalho de campo foi realizado nos dois hospitais no período de outubro de 2002 a fevereiro de 2003.

## 6g - DESCRIÇÃO DO MATERIAL COLETADO

Esta pesquisa foi realizada em algumas etapas: pesquisa bibliográfica, pré-teste, pesquisa de campo, pesquisa documental, descrição do material coletado e análise dos dados. Cada hospital foi descrito de forma detalhada e separadamente, reconhecido que cada caso tem complexidade única.

Após a pesquisa bibliográfica inicial e a realização do pré-teste, a próxima etapa foi o trabalho de campo. Inicialmente foram realizadas as entrevistas com as pessoas indicadas pelas direções dos hospitais como formuladores e nelas aplicados os questionários, bem como a coleta dos documentos em cada hospital.

No caso do Hospital Geral, com os dados colhidos da entrevista, dos questionários e da análise documental foi construída uma descrição da **configuração pré-existente** e da **proposta de nova configuração** segundo o olhar dos formuladores. A etapa seguinte foi a realização das entrevistas com os implementadores e a realização da observação de campo. A partir desse novo material foi feita uma descrição dos entendimentos dos **implementadores sobre a proposta de nova configuração e sobre o processo de mudança** em curso. Foram incluídas também as avaliações dos formuladores sobre o processo de implementação e os achados das observações de campo.

No caso do Hospital Especializado o processo foi diferente pois não havia uma separação tão clara, como no caso Hospital Geral, entre formuladores e implementadores. Optou-se pela descrição da **configuração pré-existente**, e de uma única descrição da **configuração formulada e implementada**, pois os implementadores entrevistados também foram reconhecidos como co-autores do novo formato organizacional.

Para a descrição das configurações utilizaram-se as categorias empíricas correspondentes às categorias analíticas, buscando-se identificar as diretrizes, pressupostos e concepções.

As observações, as opiniões dos entrevistados, os dados dos documentos e os achados da observação de campo foram agrupados segundo algumas dessas categorias. O grupamento realizado é arbitrário pois vários aspectos das evidências obtidas poderiam ser abordados em mais de uma dessas categorias.

Em suma, o material coletado foi agrupado em três blocos: configuração pré-existente, configuração proposta e configuração implementada.

## 6h - PROCEDIMENTOS PARA A ANÁLISE E CONCLUSÃO

Na pesquisa qualitativa, a apresentação e análise dos dados permanecem um desafio (Yin, 2003). A característica distintiva desse tipo de pesquisa é a ênfase na interpretação. O pesquisador coloca-se como intérprete no campo para observar o caso; registra objetivamente o que esteja ocorrendo, examina seu significado e redireciona a observação a fim de definir e substanciar estes significados (Schiesari, 2004). O intuito é entender o caso de forma abrangente.

Mays e Pope (1996) sugerem alguns pontos para aprimorar a validade de uma pesquisa qualitativa: exposição clara de métodos de coleta de dados e análise; reflexão sobre o desenho do processo de pesquisa e sobre o próprio pesquisador — percepções e experiências pessoais e intelectuais que possam interferir; identificação e explicação de aspectos que possam contradizer os achados; a incorporação explícita de diferentes perspectivas e pontos de vista no desenho da pesquisa; e o uso da triangulação.

Neste estudo, a análise do material coletado ocorreu de várias formas. Todo o material (documentos, questionários, entrevistas e observação de campo) teve uma primeira análise interna. Os relatos, já transcritos, e as anotações de campo foram lidos várias vezes buscando-se a “impregnação” pelo material. A intenção foi buscar uma apreensão da totalidade do seu conteúdo para posterior separação segundo as categorias analíticas e à luz do recorte teórico realizado.

Nas entrevistas e nas observações de campo foram incluídas anotações sobre as reações, os estranhamentos, as ênfases, as dificuldades de manifestações das pessoas entrevistadas e das envolvidas na observação de campo. Partiu-se da idéia de que toda mudança é sempre um processo ruidoso e de que toda manifestação direta ou indireta permite interrogar e ajudar na análise dos sentidos da configuração em investigação. (Jorge, 2002).

Com essa análise interna terminada procedeu-se, para cada caso, a uma triangulação dos dados com o cruzamento das informações dos diversos atores e dos diferentes instrumentos de coleta. O intuito foi aumentar, através dos diferentes olhares, a acuidade e a compreensão do objeto do estudo (Yin, 2003; Pope e Mays, 1996).

Procurou-se identificar no material coletado os aspectos recorrentes e os contraditórios e os significados que assumiam. O material coletado foi então agrupado segundo os núcleos temáticos das categorias analíticas escolhidas.

Faço minhas as palavras de Laura Schiesari na sua tese de doutoramento: *“O maior desafio é que a análise qualitativa depende da habilidade, visão e integridade do pesquisador envolvido, o que exige treinamento e experiência. Este talvez seja o maior risco deste estudo...”*.



## ***7 - O HOSPITAL ESPECIALIZADO***

## 7a - APRESENTAÇÃO

O Hospital Especializado — organização privada filantrópica criada em 1978 — é um hospital que tem como seu foco de assistência as doenças hematológicas e o câncer infantil. Sua missão é a prestação de serviços assistenciais, a formação de especialistas ao nível de residência médica e a realização de pesquisa nessa área.

A iniciativa de criar uma organização que cuidasse de crianças com câncer foi de uma docente da área de pediatria de uma das universidades públicas do estado de São Paulo. Ela relatou seu desagrado em relação aos cuidados oferecidos às crianças com essa condição no Brasil nesse período. A partir dessa percepção, tomou a iniciativa de, com o apoio de uma instituição filantrópica, criar um centro que prestasse cuidados, que estivesse envolvido em fazer pesquisas e na formação de médicos especialistas na área de Oncologia e Hematologia infantil. A idéia, desde o início, foi concentrar em um único centro todos os recursos necessários ao cuidado dessas crianças.

Os recursos para a construção da estrutura material do Hospital vieram essencialmente de doações, tanto de organismos internacionais como de campanhas de doações promovidas no Brasil. A estratégia de se colocar como organização sem fins lucrativos, provedora de serviços para o cuidado de crianças com câncer e com bons resultados técnicos, tem possibilitado a captação de parte dos recursos necessários ao financiamento da organização. Segundo a fundadora, hoje esses recursos respondem por cerca de 30% das receitas do Hospital. O restante vem da prestação de serviços para o SUS, planos de saúde complementar e de particulares.

Desde a sua criação, a fundadora é sua principal dirigente, ocupando cargos diferentes na sua diretoria. Todos cargos não remunerados. Manteve-se somente como docente da área de pediatria da universidade pública, alocada no Hospital.

Esse serviço foi denominado neste trabalho de Hospital Especializado.

## Estrutura física

O Hospital Especializado, instalado numa área construída de cerca de 11.000 m<sup>2</sup>, constitui-se atualmente em 1 edifício principal e alguns anexos: um edifício de 4 andares (inclusive o andar térreo) destinado para as áreas de atenção direta como: internação nas áreas de Hematologia e Oncologia e UTI pediátrica; Centro Cirúrgico; Ambulatório; Laboratório de Patologia Clínica. Abriga ainda áreas administrativas e de apoio técnico como auditório, recepções, Área de Imagem (Raio X convencional, Tomografia Computadorizada, Ultrassom com *doppler*, Ecocardiograma).

Em anexo contíguo se localiza o Banco de Sangue, em outro a unidade de Transplante de Medula Óssea (TMO). Em anexo específico fica a área de Manutenção. Está instalado na região próxima à universidade pública com quem mantém relação de apoio técnico e científico.

A seguir, na Tabela 1, é apresentada a sua capacidade instalada.

**Tabela 1** - Capacidade instalada do Hospital Especializado 2003.

| Área construída                             |                                                        | 11.000 m2 |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------|
| Leitos operacionais totais                  | 77 leitos                                              |           |
| leitos de enfermarias                       | 63                                                     |           |
| leitos Unidade Terapia Intensiva Pediátrica | 8                                                      |           |
| leitos Transplante Medula Óssea             | 6                                                      |           |
| Salas de cirurgia                           | 3                                                      |           |
| Ambulatório                                 | 15 consultórios e 1 para emergência e 1 para ortopedia |           |
| Consultório odontológico                    | 1                                                      |           |
| Quimioterapia ambulatorial                  | 8 macas e 5 cadeiras                                   |           |
| Sala de fisioterapia                        | 1                                                      |           |
| Sala de Nutrição                            | 1                                                      |           |
| Salas de Psicologia                         | 3                                                      |           |
| Salas de Serviço Social                     | 3                                                      |           |
| Classe hospitalar                           | 1                                                      |           |

Fonte: Relatório de Atividades 2001-2002.

## **Prestação de Serviços**

O Hospital Especializado compõe a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) e atende também a usuários de planos de saúde e particulares. Responsabiliza-se pela assistência hospitalar às crianças com doenças hematológicas e câncer, principalmente da cidade e região, embora receba também crianças de todas as regiões do Brasil. São 87% do Estado de São Paulo, 7% do Estado de Minas Gerais e o restante dos demais estados brasileiros, principalmente da região Centro-Oeste. O Hospital atende em regime de porta aberta, isto é, a toda demanda espontânea e referenciada da cidade e região.

Dos pacientes, 72% são usuários do SUS, 27% são de planos de saúde e 1% particulares.

## **Aspectos assistenciais**

O Hospital atende crianças e adolescentes de zero a dezoito anos. No ano de 2003 tinha em tratamento e acompanhamento cerca de 4.000 pacientes. Destes, a maioria — cerca de 70% — são crianças em tratamento de doenças do sangue e os 30% restantes em tratamento de câncer. 95% dos atendimentos são de crianças e adolescentes com idade até 16 anos.

## **Internação**

Na internação, de um total de 77 leitos em funcionamento, 63 leitos são para internação clínica e quimioterapia — em regime de internação convencional —, 8 são para terapia intensiva e 6 para transplante de medula óssea.

## **Área de Ambulatório**

Esse atendimento tem como atividades principais o cuidado a crianças com problemas de câncer e outras doenças do sangue. Estão envolvidas as áreas de oncologia, hematologia e outras especialidades médicas como nefrologia, reumatologia, ortopedia, psiquiatria e outras. Outras áreas como nutrição, psicologia, fisioterapia, terapia ocupacional e odontologia também são disponibilizadas na medida do necessário.



## Centro Cirúrgico

O Centro Cirúrgico tem 3 salas destinadas a cirurgias de urgência/emergência e eletivas. É utilizado tanto para cirurgias em pessoas internadas como para cirurgias ambulatoriais em que a pessoa tem alta hospitalar no mesmo dia do procedimento.

## Áreas de apoio técnico

O Hospital dispõe de Laboratório de Análises Clínicas, Banco de Sangue, Laboratório de Biologia Molecular, Laboratório de Anatomia Patológica, Laboratório de Citogenética, Serviço de Imagem e Endoscopias.

## Dados de produção

A seguir, nas tabelas abaixo, são apresentadas as produções das áreas de internação, ambulatório, e cirurgias.

**Tabela 2** - Internações, taxa de ocupação e média de permanência do Hospital Especializado de 1998 a 2002.

| Ano  | Total Internações | Média mensal<br>Internações | Taxa ocupação (%) | Média permanência<br>(dias) |
|------|-------------------|-----------------------------|-------------------|-----------------------------|
| 1998 | 2.366             | 197                         | _*                | _*                          |
| 1999 | 2.743             | 228                         | _*                | _*                          |
| 2000 | 3.170             | 264                         | _*                | *_*                         |
| 2001 | 3.414             | 285                         | 70,7              | 5,7                         |
| 2002 | 3.384             | 282                         | 62,8              | 5,2                         |

Fonte: Relatório de Atividades 2001-2002. \*Informação não disponível.

**Tabela 3 - Consultas por especialidade, do Hospital Especializado, 2001-2002.**

| Ano                                | 2001   | 2002   |
|------------------------------------|--------|--------|
| <b>Consultas por especialidade</b> |        |        |
| Oncologia e Hematologia            | 33.680 | 36.170 |
| Urgência                           | 4.455  | 4.367  |
| Ortopedia                          | 950    | 1.015  |
| Endocrinologia                     | 556    | 635    |
| Psiquiatria                        | 484    | 651    |
| Oftalmologia                       | 423    | 613    |
| Cardiologia                        | 370    | 548    |
| Neurologia                         | 313    | 465    |
| Cirurgia Infantil                  | 312    | 345    |
| Gastroenterologia                  | 284    | 385    |
| Ginecologia                        | 147    | 291    |
| Nefrologia                         | 0      | 460    |
| Otorrino                           | 0      | 62     |

Fonte: Relatório de Atividades 2001-2002.

**Tabela 4 - Outras produções hospitalares Hospital Especializado, 2001 e 2002**

| Área                     | 2001   | 2002   |
|--------------------------|--------|--------|
| Cirurgias                | 872    | 564    |
| Transplante Medula Óssea | 13     | 19     |
| Quimioterapia            | 4.827  | 6.610  |
| Análises Clínicas        | 49.343 | 52.601 |
| Exames de Imagem         | 3.685  | 3.779  |
| Sessões de Fisioterapia  | 1.545  | 1.855  |
| Orientação nutricional   | *      | 4.083  |

Fonte: Relatório de Atividades 2001-2002.

### **Aspectos de ensino**

O Hospital possui programa de residência médica nas áreas de Hematologia e Oncologia Infantil desenvolvidas em parceria com a universidade pública. Além disso, desenvolve programa de estágios nas áreas médicas, de enfermagem e psicologia.

### **Recursos humanos**

O Hospital terminou o ano de 2002 com 466 funcionários. Alguns dos trabalhadores do Hospital são funcionários da universidade pública, outros do Ministério da Saúde do Brasil, cedidos ao Hospital.

**Tabela 5 - Trabalhadores por tipo de vínculo, Hospital Especializado, 2002.**

| <b>Tipo de vínculo</b>                               | <b>Nº de pessoas</b> |
|------------------------------------------------------|----------------------|
| Contrato CLT                                         | 352                  |
| Prestadores de serviços autônomos                    | 40                   |
| Serviços terceirizados (Limpeza, Portaria e Cozinha) | 62                   |
| Cedidos UNICAMP e Ministério da Saúde                | 12                   |
| <b>Total</b>                                         | <b>466</b>           |

Fonte: Relatório de Atividades 2002 Hospital Dr. Domingos Boldrini.

Dos 466 trabalhadores, 66 são médicos e 131 são do grupo profissional da enfermagem. Além desses trabalhadores o Hospital contou com um serviço voluntário que, em 2002, foi de 351 pessoas. Elas foram distribuídas segundo seus interesses nas áreas do Hospital.

### **Recursos financeiros**

Apresentam-se no quadro abaixo os dados de receitas e despesas do Centro nos anos de 2001 e 2002. O Hospital teve déficit nesses dois períodos: em 2001 foi de R\$571.865,00 e em 2002 de R\$955.516,00.

**Tabela 6 - Receitas (R\$) do Hospital Especializado, 2001 e 2002.**

| Receitas                                 | 2001              |               | 2002              |               |
|------------------------------------------|-------------------|---------------|-------------------|---------------|
|                                          | R\$               | %             | R\$               | %             |
| SUS                                      | 5.266.621         | 31,75         | 5.732.814         | 33,68         |
| Outros convênios                         | 4.806.703         | 29,00         | 5.111.775         | 30,00         |
| Contribuições e Doações                  | 4.953.625         | 29,80         | 4.550.219         | 26,74         |
| Subvenções                               | 176.872           | 1,05          | 161.733           | 0,94          |
| Serviços Hospitalares                    | 53.868            | 0,32          | 54.702            | 0,31          |
| Financeiras                              | 1.266.473         | 7,63          | 1.254.442         | 7,35          |
| Variações monetárias / cambiais liquidas | 28.751            | 0,17          | 117.741           | 0,69          |
| Outras receitas                          | 46.637            | 0,28          | 60.390            | 0,34          |
| <b>Total</b>                             | <b>16.589.265</b> | <b>100,00</b> | <b>17.011.043</b> | <b>100,00</b> |

Fonte: Demonstrações Contábeis 2001 e 2002 i

**Tabela 7 - Despesas do Hospital Especializado, 2001- 2002.**

| Despesas                           | 2001              |               | 2002              |               |
|------------------------------------|-------------------|---------------|-------------------|---------------|
|                                    | R\$               | %             | R\$               | %             |
| Folha pagamento                    | 7.475.669         | 43,53         | 7.887.155         | 43,72         |
| Provisão contingências             | 1.115.848         | 6,50          | 769.073           | 4,17          |
| Medicamentos / Material de consumo | 3.650.636         | 21,25         | 3.643.368         | 20,14         |
| Serviços de terceiros              | 1.799.995         | 10,50         | 2.480.263         | 13,70         |
| Administrativas                    | 1.668.650         | 9,72          | 1.500.076         | 8,13          |
| Assistência Social Beneficiente    | 253.995           | 1,48          | 405.132           | 2,25          |
| Depreciações                       | 955.069           | 5,56          | 1.063.305         | 5,81          |
| Provisão devedores duvidosos       | 246.411           | 1,43          | 233.573           | 1,30          |
| Financeiras                        | 5.142             | 0,03          | 15.386            | 0,08          |
| <b>Total</b>                       | <b>17.171.415</b> | <b>100,00</b> | <b>17.997.331</b> | <b>100,00</b> |

Fonte: Demonstrações Contábeis 2001 e 2002.

## 7b - A FORMULAÇÃO DE UMA NOVA CONFIGURAÇÃO ORGANIZACIONAL

No início do ano de 2001 surge no Hospital a iniciativa de procurar ajuda externa para estudar alternativas ao modo como vinha se fazendo a sua administração. A inquietação que deu início ao processo partiu da fundadora, atual presidente da organização. Segundo sua descrição, esse impulso inicial foi compartilhado com a responsável pela área de Hematologia.

A partir disso, as duas dirigentes tomaram a iniciativa de, individual e separadamente, conversar com dois consultores externos que são docentes da mesma universidade pública a que pertence a dirigente.

Um desses consultores foi entrevistado para identificação do que seria desenvolvido. Os dois consultores têm trajetória profissional semelhante — médicos sanitaristas. Trabalharam como médicos e dirigentes da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e nos últimos anos vêm sendo professores da área de Saúde Coletiva da universidade pública. Entre outras atividades, assessoram várias organizações de saúde na discussão sobre o tema da gestão.

Os dois professores são membros fundadores de núcleos universitários dedicados ao estudo de planejamento e gestão em saúde. Estão envolvidos na produção teórica sobre gestão em saúde do setor público, sendo um dos destaques a área hospitalar. Foram apresentados pelos dirigentes do Hospital como co-autores dessa nova configuração.

A partir da solicitação da principal dirigente do Hospital, esses dois docentes assumiram o compromisso de conduzir um processo que levasse à formulação de novo modelo de configuração organizacional. Esse trabalho foi assumido oficialmente pela direção da organização, sendo assim apresentado no relatório de atividades do Hospital de 2001: *“Outro aspecto deste estreitamento com a Universidade é o trabalho que o Departamento de Medicina Preventiva vem desenvolvendo há mais de um ano no Hospital, e que tem como fruto a proposta de um novo modelo de Gestão Institucional.”*

Neste caso não se aplica a denominação de *formuladores* a esses docentes pois como se apresenta abaixo, a autoria da nova proposta de configuração envolveu vários atores organizacionais. A direção do Hospital se colocou como um desses atores. Para

efeito deste trabalho, foi atribuída a denominação de *consultores externos* aos docentes que participaram do processo. As duas dirigentes entrevistadas foram identificadas funcionalmente quando se entendeu relevante ou como implementadores ou dirigentes quando se fazia necessário.

Os consultores externos propuseram como abordagem inicial do trabalho a identificação dos conflitos. Para a sua consecução, foi constituído um grupo que ao longo do tempo construiu os encaminhamentos e as decisões sobre a nova configuração. O consultor entrevistado relatou assim esse processo: *“A idéia foi montar um grupo de reflexão aberto que se encontrava regularmente para pensar o Hospital. Ai nós fomos bem analistas mesmo, assim, sem levar um modelo de gestão a priori, fazendo a escuta e propondo temas para eles, construir o mapa de conflitos do Hospital.”*

Como destacou acima o consultor entrevistado, neste caso não foi trazido um modelo pronto e acabado para a organização. A proposta dos consultores, então aceita pela direção da organização, foi a realização de um processo de construção conjunta. Um dos implementadores comentou o mesmo momento: *“Nos falávamos que existia um grupo que estava discutindo o modelo de gestão do Hospital, tem dois professores que estão nos auxiliando e nós estamos chamando as pessoas para elas participarem na construção do modelo, o modelo não está pronto. E sempre foi isso. Eles mesmos diziam que vieram assim...com as mãos abanando, que vieram para ouvir. E foi isso mesmo que aconteceu.”*

Foi constituído um grupo para essa discussão. Seus componentes foram convidados pelas dirigentes tendo como critério o envolvimento com o Hospital. Essas pessoas eram essencialmente de formação universitária (médicos, enfermeiras, etc.) e algumas pessoas que trabalhavam na área de faturamento. Esse grupo trabalhou por cerca de 1 ano e meio. Segundo os relatos, a fundadora/dirigente teve presença constante e participou intensamente desse processo de discussão. A descrição do processo de trabalho é convergente entre os entrevistados. Nas palavras de um dos implementadores: *“As pessoas que foram chamadas para participarem do grupo de discussão sobre a gestão eram pessoas que assim de cara passava na cabeça da gente — Fulano é muito envolvido, beltrano é muito envolvido. Bem as pessoas foram chamadas.”*

O consultor relatou que a composição desse grupo era aberta e sua construção não teve grandes direcionamentos: *“...era pelo interesse de algumas pessoas que participaram regularmente durante dois anos e pessoas que entravam espiavam e saiam...”*

*“(...) apesar que nesses dois anos ele flutua, entra gente, sai gente, tem gente que adere...”*

*“O pessoal não universitário que participou foram só as faturistas, porque o faturamento do Hospital é uma peça chave e é um braço da dirigente. Ela tem umas 3 faturistas, que são pessoas sem nível universitário, que tiveram uma grande adesão, elas participaram muito, sabiam tudo do Hospital, elas eram as verdadeiras analisadoras, essas meninas participaram intensamente, o tempo todo... elas acabavam revelando a partir do olhar do faturamento a inserção do médico, a relação com a enfermagem, autonomia, o paciente, o fluxo...”*

O consultor e os implementadores entrevistados relataram em uníssono certos aspectos do trabalho em grupo. Em primeiro lugar, o reconhecimento de que foi neste foro que se deu a discussão e a elaboração da proposta. O envolvimento de algumas pessoas também foi um dos pontos convergentes. Os consultores foram reconhecidos como muito envolvidos. Foi destacado pelo consultor o envolvimento da dirigente/fundadora oferecendo como indicador a presença constante nas reuniões e a participação intensa.

Em relação aos outros participantes, houve ênfases diferentes. O consultor apresentou o coordenador médico da UTI como um participante freqüente. Ele destacou também pessoas do faturamento pela importância da contribuição.

Um dos implementadores descreveu com mais detalhes a composição do grupo: *“A discussão envolveu pessoas da área de enfermagem...eu nem lembro quais foram os critérios das pessoas. Mas olha, eu acho que alguém sugeriu, mas tinha representante da Hematologia, da Oncologia, da Enfermagem, da Administração, Recursos Humanos, do Ambulatório, da Internação, a área da Terapia Intensiva e alguém da Educação Continuada. Nós éramos cerca de 10-12 pessoas.”*

Esse mesmo entrevistado afirmou que a participação da maior parte dos médicos do Hospital foi pequena: *“O que aconteceu no decorrer dessa história é que os serviços da Hematologia e da Oncologia se desinteressaram ou nunca se interessaram efetivamente por essa discussão.”*

E ofereceu uma explicação para o fato: *“Talvez porque a prática médica, a discussão de protocolos, fosse mais interessante que essa coisa de gestão. Então esses serviços nesses anos não tiveram interesse em discutir a parte de gestão.”*

Resumiu assim o envolvimento na discussão: *“Então ficou mais com enfermagem, ambulatório, área de internação, terapia intensiva, transplante de medula óssea (TMO) e administração. Da área de administração se interessou praticamente só o Faturamento e nós da diretoria.”*

Em relação aos motivos e desejos para a criação de um novo formato organizacional, o consultor afirmou que a solicitação da direção do Centro foi a profissionalização da gerência.

Entretanto, na entrevista com a dirigente/fundadora, surgiu como preocupação a sensação de que ela está envelhecendo e que hoje já consegue vislumbrar o momento do seu afastamento. Durante a sua fala esteve presente a verbalização da sua morte como algo que se aproxima. Assim: *“Eu comecei a prever minha aposentadoria, minha troca, minha morte...eu falei tenho que me preparar e a essa estrutura para que ela tenha continuidade. Então eu não fiquei doente, não aconteceu fisicamente nada.”*

É interessante notar que já nas suas palavras, como acima é apresentado, apareceu que esse processo tem um componente de preparo dela para a mudança pretendida.

Existe uma clara percepção por parte dela, sua dirigente principal, de não ser suficiente para cuidar da organização na dimensão que veio a assumir. Um dos aspectos apresentados para explicar essa situação foi o crescimento do Hospital. Assim: *“Como toda organização que cresce, crescem os problemas também. No setor financeiro, no setor administrativo, de estoque, compras, faturamento. Tudo isso acaba crescendo.”*



*“Outra coisa foi que nós crescemos... Nove anos atrás foi um ano decisivo porque aí nós passamos de 10 para 77 leitos. Esse crescimento de 10 para 77 mudou muito o nível de preocupação.”*

Outro desejo que foi apresentado pelas dirigentes foi aumentar o envolvimento dos trabalhadores do Hospital. O consultor reconheceu também essa preocupação. Nas palavras de uma das dirigentes: *“Hoje o Hospital têm 25 anos e meio. Com 23 anos e meio surgiu essa necessidade, esse desejo dela própria de envolver pessoas. Envolver outras pessoas no processo administrativo, no processo de cuidado, enfim de uma maneira mais formal.”*

Em suma, a linha de raciocínio que foi apresentada pelas dirigentes era de que a organização cresceu e que a maneira como vinha se fazendo a gestão não era suficiente para lidar com essa nova situação. A solicitação explícita foi a elaboração de um novo modelo que aumentasse o envolvimento das pessoas que já trabalham no Hospital. Essa solicitação deságua num termo: *profissionalização*.

O consultor, ao comentar, colocou que era um pedido de se instituir uma gerência nos moldes da escola clássica. Assim: *“Em geral, eu tenho até texto em eu falo sobre isso, o que eu chamo da profissionalização da gerência, é ter alguém com disponibilidade de tempo, com capacidade para a função e com remuneração adequada para exercer uma função especificamente de, meio fayolista, coordenar, planejar, avaliar, função clássica administrativa, você não encontra muito na estrutura dessa instituição.”*

Um aspecto importante que apareceu na entrevista da dirigente/fundadora é que o processo de mudança tem um prazo, não é imediato. Ela apontou que a dependência da organização continuará por um bom tempo em relação a ela. Assim: *“Eu falei, preciso preparar essa estrutura, para daqui a 10 anos ela não depender da minha pessoa.”*

A dirigente/fundadora relatou na entrevista que o processo de mudança descrito e analisado neste trabalho tem antecedentes. A percepção que o modelo de gestão era insuficiente para a organização já vem de algum tempo: *“Então eu acho que este modelo serviu durante uns tempos, ele é ágil no processo de compras, no processo de decisão, e vai assim num rolo mas sai. Até que há uns 5 ou 6 anos atrás eu conversava com uns membros da diretoria que era necessário entrar num outro modelo.”*

Segundo a essa mesma entrevistada, houve três tentativas, todas envolvendo a contratação de pessoas com preparo técnico para lidar com a área administrativa. Assim: *“Tentamos em três ocasiões arranjar a figura de um indivíduo chamado administrador hospitalar para poder liberar dessa área. Nós tivemos 3 ou 4 experiências de administrador hospitalar.”*

Na sua avaliação, nenhuma das tentativas teve sucesso. Ela relatou assim cada tentativa: *“E aí o que nós vimos, primeiro os dois últimos foram selecionados por Head Hunter. Os dois primeiros deram errado então vamos pegar pelo Head Hunter. Mas o que acontece é que é complicado porque aí vem o indivíduo com excelente currículo, a hora que chega em 6 meses vem uma denúncia, não sei da onde, do Ministério...com fitas comprovando, processo na Polícia Federal. Que lá em São Paulo o indivíduo tinha feito uma série de mau uso do dinheiro público. Bem, aí teve que ir embora. Perda de confiança é uma coisa séria.”*

*“É complicada a hora que você larga uma instituição na mão de uma pessoa com os poucos mecanismos de controle que existem. Porque você tem mecanismos de controle no hospital do o outro está fazendo. Só que perceber ou documentar, certos compromissos, como com a indústria de medicamentos ou com fornecedores, são muito sérios. São coisas que você só vai saber depois de 5 anos.”*

E as novas tentativas: *“Com a demissão desse procuramos outro. Esse outro, indicado também pelo Head Hunter, ótima pessoa etc...Só que no meio do primeiro ano começa a colocar pessoas em setores chaves, como compras e almoxarifado, que eram seus amigos íntimos. De repente, a Diretoria executiva como um todo, começou a me alertar. Você está conseguindo enxergar que estamos deixando o sujeito com a faca e o queijo na mão? Em cima de um grupo? Eu não tinha atinado assim com essa coisa de trazer pessoas do seu grupo para áreas estratégicas. Começaram assim um deles traz o namorado para ficar não sei onde, ou então empresta para um amigo que esta não sei onde e empresta 30 caixas de Fortaz® para entregar quando puder. Uma coisa de favorecimentos que na realidade comprometia a questão da confiança. Optou-se na Diretoria executiva que não poderia continuar dessa forma.”*

Na fala ficou claro que essas tentativas anteriores tiveram um escopo diferente. O pedido era a profissionalização da área administrativa *sensu lato*. Entretanto, o desenho da mudança teve como base a introdução na organização de competências individuais.

A dirigente expressou nas suas falas um forte sentimento de desconfiança em relação às pessoas contratadas. Os motivos apresentados foram diferentes em cada caso. Nas contratações realizadas pelo Hospital, segundo seus próprios critérios, transpareceu a idéia de incompetência da organização em encontrar as pessoas certas. Nas contratações em que foi usada uma competência externa (*Head Hunter*) apareceu a falta de honestidade dos escolhidos ou a prática de clientelismos ou nepotismos da parte dos contratados. Ela mesma apontou essa questão, ainda que para negar: *“No meu ponto de vista transparece a idéia, a Sílvia não confia em ninguém, né?”*

Além disso, ela apontou que esses insucessos causaram grande desorganização do Hospital: *“Em cada uma dessas saídas fica um caos. Fica um caos e fica assim.”*

Esses problemas não modificaram o desejo de mudança, mas reforçaram a necessidade de maior controle ou segurança desse processo. A dirigente/fundadora expressou esse aspecto desta forma: *Eu tenho a preocupação que o processo de andar seja um processo detectável em cada etapa, plenamente discutido, plenamente mostrado, sem sombra de dúvidas.”*

Frente a esses insucessos, foi feita uma nova tentativa. A idéia, ainda baseada em competências individuais, foi contratar três profissionais em vez de um. Uma das preocupações centrais continuou sendo a instituição de mecanismos de controle já que o sentimento de desconfiança permanecia. Foi assim relatado pela dirigente/fundadora: *“As tentativas em contratar administrador não foram bem sucedidas. Então pensamos o que falta nisso para um administrador ele entrar em posição que não permita esses problemas. Então pensamos em um triunvirato. Nós escolheríamos uma pessoa para a área de Recursos Humanos, uma para a área de administração hospitalar mesmo e um para a área econômica. E com 3 diferentes talvez seja mais difícil que um não perceba desvio do outro. E nesse interim, de trabalho com pessoas diferentes aa áreas de Recursos Humanos foi equacionando, a área Financeira foi equacionando, breca de novo no administrador hospitalar porque é preciso conhecer a linguagem do hospital.”*

Nenhuma das alternativas apresentadas gerou uma solução tida como satisfatória. Nesse contexto foi que a opção por uma ajuda externa apareceu. Nas palavras da dirigente: *“É nessa transição a Dra , que é desta diretoria a duas gestões, procurou a Medicina Preventiva.”*

A razão apresentada para explicar a procura desse grupo foi: *“Eu procurei por causa da experiência do Cândido Ferreira\*<sup>1</sup>, pensei que talvez fosse o tipo de administração que interessa.”*

As manifestações elogiosas em relação aos consultores externos da universidade, a concordância com a escolha do processo e com a sua condução foram o tom das manifestações dos implementadores. Não apareceu o sentimento de desconfiança presente nas tentativas anteriores.

Os entrevistados não expressaram qualquer discordância em relação ao processo e aos seus produtos.

Todo esse processo levou à formulação de uma nova configuração para o Hospital.

Terminada essa etapa, o trabalho desse grupo foi descontinuado, ficando à direção do Hospital os encaminhamentos cabíveis. Não foi constituída nenhuma instância de acompanhamento e avaliação do processo de implantação. Segundo o consultor entrevistado, foi colocado para eles um pedido da dirigente, no início de 2003, de que voltassem para avaliar o andamento desse processo.

## **7c - A CONFIGURAÇÃO ORGANIZACIONAL ANTERIOR À MUDANÇA**

A caracterização da configuração pré-existente no hospital foi realizada a partir das entrevistas realizadas e dos documentos fornecidos. Em nenhum dos documentos fornecidos pela direção do Hospital foi encontrada uma análise do modelo existente antes da atual mudança.

---

<sup>1</sup> O Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira é um hospital especializado no atendimento a pessoas com problemas mentais, existente na cidade de Campinas-SP. Na década de 90 do século passado viveu um processo de mudança passando de um hospital de caráter manicomial para um serviço voltado para a desospitalização e a criação de mecanismos de reabilitação psicossocial.

A estrutura organizacional foi descrita segundo alguns de seus elementos: as posições individuais, distribuição de responsabilidades e autoridade, critérios de agrupamento/departamentalização, sistemas de planejamento e de tomada de decisão e execução das tarefas.

Na distribuição das responsabilidades e autoridade apresentaram-se dois níveis. Entre os documentos oficiais fornecidos encontra-se o estatuto da organização onde se acha definida a administração geral do Centro, segundo algumas instâncias. A primeira, denominada Assembléia Geral, tem como atribuição principal ser o órgão deliberativo que aprova o plano de ação anual e os investimentos. Ela é composta pelos sócios da instituição, de várias categorias<sup>2</sup> (fundadores, contribuintes, colaboradores, beneméritos e honorários). Cabe também à Assembléia Geral eleger os membros da Diretoria e do Conselho Fiscal. Tanto os membros da Assembléia como da Diretoria não podem receber remuneração por essas funções.

Ainda segundo o estatuto, a Diretoria<sup>3</sup> é a instância executiva da organização. Os entrevistados a denominam de Diretoria Executiva e apresentam como a instância deliberativa da organização. Não houve menção da Assembléia nem de qualquer papel a ela atribuída. Além dessas instâncias, o estatuto prevê as competências de dois diretores — o clínico e o administrativo. A escolha e nomeação são prerrogativa da Diretoria, ficando implícito que esses dois cargos são remunerados.

Além dessas instâncias existe o Conselho Científico e de Conselho Promocional Feminino.

O estatuto não apresenta qualquer ordenação para os demais níveis organizacionais.

---

<sup>2</sup> Categorias de sócios: **fundadores**, aqueles que assinaram a ata de sua fundação; **contribuintes**, os que contribuem mensal ou anualmente com a quantia mínima fixada pela entidade; **colaboradores**, os que contribuem mediante serviços prestados, periodicamente, na manutenção do Centro; **beneméritos**, os que prestarem relevantes serviços ao Centro ou que, de qualquer forma, contribuíram para o aumento de seu patrimônio; e **honorários**, aqueles a quem a entidade haja por bem conferir-lhes esse título, como homenagem ao seu relevante valor cultural, cívico ou moral.

<sup>3</sup> A Diretoria é composta por presidente, vice-presidente, primeiro e segundo secretários, primeiro e segundo tesoureiros. Tem mandato de 2 anos e é permitida a reeleição

Outro aspecto da estrutura organizacional é de que o Hospital trabalhava com determinadas modalidades assistenciais (internação, ambulatório, etc.) sem que houvesse o estabelecimento de unidades formais de produção.

O sistema formal de autoridade na área assistencial era resumido a duas gerências. Uma, formalizada no estatuto do Hospital, a Diretoria Clínica<sup>4</sup>, e uma segunda, denominada Chefia de Enfermagem. Não havia a representação gráfica da hierarquia (organograma). Nas palavras do consultor externo: *“...eles eram um modelo pré-burocrático. Eles sequer tinham a estrutura burocrática do organograma, não tinham os níveis de autoridade.”*

*“Por exemplo, como um ambulatório com aquela complexidade não tinha um coordenador um gerente do ambulatório, não tinha por incrível que pareça. Eles não tinham nada parecido como o coordenador do ambulatório, uma reunião de uma equipe mais colegiada.”*

Um dos implementadores afirmou: *“Esse Hospital não tinha organograma, que a gente possa dizer. Sabe um organograma em que se coloca assim diretoria, gerências, aquelas caixinhas.”*

O consultor externo, ao se referir a uma gerência existente, na Unidade de Terapia Intensiva, na verdade se referiu a uma área terceirizada, cuja empresa tinha um profissional médico que assumia essa função como coordenador da equipe terceirizada e não como gerência formal do Hospital: *“Na Unidade de Terapia Intensiva tinha um coordenador, que saiu agora. É um serviço terceirizado. O que é um serviço terceirizado para eles? A equipe médica de plantão, mediante um contrato, presta globalmente o serviço, mantém a escala toda, o Hospital entra com toda a infraestrutura. Aí tinha um coordenador médico da equipe, para ver as escalas e tal. De qualquer maneira eles não tinham gerências profissionalizadas nessa área, não tinham uma direção mais colegiada como um espaço de reflexão, de tomadas de decisão, de deliberação.”*

---

<sup>4</sup> A Diretoria Clínica é uma função estabelecida e regulamentada pelo Conselho Federal de Medicina, cuja função é de representar o corpo clínico do serviço de saúde junto à direção deste. Deve zelar essencialmente pelas condições de trabalho médico. É eleita entre os membros do corpo clínico, com mandato pré-estabelecido. Não existe obrigatoriedade de remuneração. Não compõe automaticamente a hierarquia da organização.

Ao se olhar por este prisma, identifica-se que as poucas gerências existentes no Hospital na área assistencial tiveram como critério de criação a especialidade do conhecimento (diretor clínico e chefia de enfermagem). Os entrevistados não se referiram ao diretor clínico em nenhum momento das entrevistas. Em relação à Chefia de Enfermagem, existiram várias referências.

Nas áreas administrativas e de apoio técnico o consultor externo apontou que a terceirização de várias áreas reforçou a ausência de gerências, assim: *“Outra coisa, o fato do Hospital ter a área de apoio, em boa medida terceirizada, dá uma característica sui generis para ele, ao contrário de estruturas hospitalares que tem pouca terceirização... a área de apoio é uma área custosa de coordenação, de saberes, de avaliação e tal.”*

*“Esses terceirizados eram quase uma cobrança imediata, pessoal, implacável da sua dirigente.”*

A única gerência formalizada da área administrativa é a Diretoria Administrativa, descrita no Estatuto. O consultor afirmou que essa gerência não foi ocupada na maior parte da vida do Hospital: *“O Hospital operou sem diretor administrativo até recentemente.”*

E mais: *“Você imagina um hospital que trabalha sem um diretor administrativo, onde está o diretor administrativo? Está na sala da Doutora Sílvia. Fazendo o que? Autorizando despesas, autorizando contratação de pessoal, brigando com manutenção, quebrando o pau com os serviços terceirizados e por aí a fora.”*

Não foram feitas outras menções ao cargo durante as entrevistas.

Ao descrever a estrutura organizacional existente o aspecto mais destacado por todos os entrevistados foi a centralização do processo decisório organizacional. Essa concentração de poder ocorria na dirigente/fundadora. Na entrevista, o consultor externo afirma: *“...a administração em geral do Hospital era muito amadora, era muito centralizada na figura carismática da diretora do Hospital.”*

*“...essa coordenação do Hospital acaba ficando em parte dependendo daquelas outras pessoas, mas em grande parte na onipresença de uma direção de um Hospital pequeno que circula o Hospital dizendo o que pode e o que não pode.”*

As duas dirigentes entrevistadas foram enfáticas em apontar a insuficiência desse desenho à medida em que a organização foi crescendo. Nas palavras de uma delas: *“Era como nas organizações pequenas que foram crescendo, era um modelo puramente centralizado em uma única pessoa. Essa pessoa era a sua fundadora. Ela centralizava tudo, administrativa e tecnicamente. Com isso quando o Hospital era pequeno era muito mais fácil administrar isso. Com a organização crescendo se criou grande dificuldade de se administrar isso. Ela mesmo reconheceu que era impossível administrar tudo.”*

O consultor externo explicitou a mesma questão, a insuficiência, apontando para a percepção equivocada da principal dirigente, assim: *“Um pouco do que nós comentávamos com a dirigente era assim, ela pensava que controlava tudo mas muita coisa escapava dela.”*

Além da questão da dimensão da organização, algumas outras explicações foram dadas para a centralização. A primeira é a presença da diretora como idealizadora, fundadora e dirigente, médica, professora e pesquisadora reconhecida internacionalmente. Nos 25 anos de existência do Hospital ela sempre ocupou cargos entre os principais dirigentes, sendo freqüente ser presidente da Diretoria, como ocorre atualmente. Dentre os dirigentes é a única que dedica todo o seu tempo, com exceção a algumas aulas na faculdade de medicina, ao Hospital. Isso desde a sua criação. Ela nunca foi contratada pelo Hospital, trabalhando nele como docente da universidade. É responsável também pelo acompanhamento dos residentes de oncologia mas também acompanha os de hematologia. E, por último, mas não menos importante, é a pessoa mais experiente na especialidade que atua no Hospital. A outra entrevistada comentou assim: *“Todas as pessoas que estão aqui foram formadas por ela. A grande maioria com raras exceções que vieram de fora. A grande maioria teve formação aqui. Com isso fica sempre, na escala de experiência, ela sendo a pessoa mais experiente. Então as decisões mais difíceis eram sempre compartilhadas com a opinião técnica dela.”*



Quanto aos principais *mecanismos de coordenação* das atividades<sup>5</sup> utilizados no Hospital, pôde-se identificar que nas áreas de assistência se destacavam duas formas de padronização. A primeira é a *padronização de processos*. Ela ocorre quando as execuções do trabalho são especificadas ou programadas. No caso do Hospital, a padronização é da assistência médica a ser oferecida, através dos chamados protocolos ou consensos de tratamento de doenças específicas. Durante a observação realizada no Ambulatório, na sala de discussão de casos, verificou-se que havia uma estante com todas as padronizações (protocolos) existentes no Hospital. A utilização desse material foi freqüente tanto por parte dos residentes como da médica responsável pelo Ambulatório para condução dos casos em atendimento naquele dia. O consultor externo salienta esse aspecto: “*Então ele tinha muito esta característica, um trabalho muito protocolizado, porque eles trabalham com os consensos,...*”

A segunda forma de padronização, muito comum em organizações hospitalares, é a *padronização de habilidades*. Nesse caso, os conhecimentos e as habilidades são especificados previamente à execução do trabalho. Nos hospitais em geral esse tipo de padronização está predominantemente fora do controle dessas organizações já que o aprendizado dessas habilidades e conhecimentos ocorre em instituições externas aos serviços de saúde (universidades, faculdades, etc.). Nessa situação, esse tipo de padronização desfavorece o poder das instâncias administrativas dos hospitais em determinar como os procedimentos técnicos devem ser realizados. Esse Hospital é uma exceção a essa regra pois a maior parte dos médicos que trabalha na organização foi formada, na especialidade, no próprio Hospital e pela dirigente/fundadora.

---

<sup>5</sup> Deve-se lembrar que a estrutura organizacional envolve duas exigências básicas: a divisão do trabalho em diferentes tarefas e a consecução da coordenação entre elas. Apontam-se 6 mecanismos de coordenação: 1. O ajustamento mútuo onde a coordenação é obtida através da comunicação informal. É o mecanismo básico nas organizações mais simples, onde a relação direta entre as pessoas é possível. Paradoxalmente, é também o mecanismo básico nos empreendimentos mais complexos onde não existem mapas prévios. 2. Na **supervisão direta** a coordenação ocorre por meio de uma pessoa que tem a responsabilidade de dar instruções e monitorar o trabalho de outras. 3 Os outros três mecanismos de coordenação de trabalho são as padronizações de processos de trabalho, de saídas ou resultados e, por último, de habilidades. A **padronização de processo de trabalho** existe quando as execuções das tarefas são especificadas ou programadas. A **padronização das saídas** ocorre na medida em que os resultados do trabalho são especificados. O último mecanismo é a **padronização das entradas** onde as habilidades e conhecimentos são estabelecidos como pré requisitos para executar determinados trabalhos. Os serviços de saúde tipicamente utilizam muito esse último tipo de mecanismo. Procura selecionar trabalhadores, principalmente os de nível universitário, já prontos pelas escolas profissionalizantes como a escola médica, de enfermagem e assim por diante.

Nenhum dos entrevistados se manifestou espontaneamente sobre processos de planejamento construídos pelas pessoas no Hospital. Em relação a esse tema, um dos implementadores, ao ser questionado, refere não existir movimentos articulados de planejamento que envolvam o Hospital como um todo, assim: *“Nós não temos um processo de planejamento, um plano de ação. Acho que deveríamos ter mas não temos.”*

A questão do *poder* apareceu de várias formas no material da pesquisa. O aspecto principal foi a centralização das decisões e a visão de mundo que a sustenta. Dentre os determinantes desse desenho aparece a idéia de que as decisões, quando centralizadas, apontam para resultados melhores. A questão aqui colocada é reduzir a liberdade de decisão individual — no caso especificamente os médicos — para se obter uma ordenação que favoreça os resultados assistenciais e a eficiência organizacional. Nas palavras da dirigente/fundadora: *“Os médicos tinham que trabalhar inseridos em protocolos previamente aprovados, compras em cima de produtos devidamente padronizados, com a medicina baseada em evidências.”*

Essa mesma entrevistada, ao trabalhar com essa orientação, reconheceu ganhos nos resultados assistenciais e perdas na qualidade das relações humanas. Assim: *“Por um lado do ponto de vista do resultado foi um ganho. Do ponto de vista pessoal, no relacionamento humano gera um monte de atritos. Porque o médico carrega aquela idéia de um saber...ele relacionado com o doente, numa relação num binômio que não dá para ninguém entrar nesse mundo.”*

Um aspecto relacionado ao anterior e destacado pelo entrevistado são os conflitos que surgem dessa postura. Foi assim dito: *“Por outro lado, gera com o colega de trabalho um certo despotismo ou autoritarismo...se não convence na técnica, então você compra o produto, se você não vence na técnica...”*

Essa postura em relação aos conflitos com os médicos foi justificada pela desconfiança em relação às ligações e interesses desses profissionais com a indústria de medicamentos. Assim: *“A pressão da indústria farmacêutica por produtos novos é enorme, então você precisa coibir aqueles que querem fazer esse jogo da indústria, então fica uma guerra de corpo a corpo que na realidade não é legal.”*

A lógica do médico foi apresentada como contrária à da organização. A solução encontrada foi o forte controle sobre a sua liberdade de escolha. Ao falar dos médicos, a entrevistada — uma das responsáveis pela organização — assim se colocou: “*Dá-se pouca margem para o indivíduo trazer aquilo que ele acha que é bom ou que ele sente que é bom.*”

Na verdade, em nenhum momento foram discutidos os interesses/desejos dos trabalhadores. Quando apareceram, foram apontados como sendo diferentes dos da organização, e mesmo com motivações questionáveis.

Houve o reconhecimento de conflitos de entendimentos e de interesses somente quanto aos médicos do Hospital. Eles são vistos como indesejáveis já que contradizem os interesses da organização. A ação organizacional da direção foi no sentido de reduzir a autonomia do médico no âmbito das decisões relativas ao processo de cuidado. Essa perda de autonomia aparece na etapa de diagnóstico, mas é principalmente nas escolhas de tratamento em que se faz mais forte.

O processo organizacional desenhado conformou espaços de negociações com um limite — os interesses do Hospital — vistos pelo olhar da sua direção. Existia uma conformação de normas explícitas e implícitas que colocavam para o trabalhador, especialmente os médicos, uma expectativa de aceitação do modo como o Hospital se construiu e obteve sucesso. Não havia espaço para ser diferente.

Nos documentos fornecidos pelo Hospital não existe a apresentação explícita de diretrizes para a construção do Modelo de Atenção à Saúde. Nesses documentos e nas entrevistas pôde-se encontrar referências a algumas diretrizes utilizadas para a organização do cuidado, ainda que não sejam apresentadas como tal. As principais diretrizes do modelo de atenção são: *eficácia assistencial; trabalho multiprofissional; acolhimento e vínculo; equidade; e integralidade*

A primeira dessas diretrizes — *eficácia assistencial* — foi destaque já no momento da criação desse Hospital, com a percepção da baixa eficácia dos tratamentos nessa área no Brasil. Essa questão foi apresentada assim por um dos implementadores: “*Em*

*sua trajetória, o Hospital colaborou efetivamente para a redução da mortalidade infantil por câncer ou doenças do sangue. Hoje a estimativa de cura gira em torno de 70% para os casos de câncer em crianças e adolescentes, índice que era inferior a 25% há 25 anos.”*

A construção de protocolos terapêuticos para as principais doenças oncológicas e hematológicas em crianças foi um dos principais artifícios utilizados pela direção do Centro. Assim aparece no documento Relatório de Atividades 2001: “...o Hospital não só é centro de referência nacional no tratamento onco-hematológico pediátrico, como também goza do respeito e reconhecimento da sociedade local e da comunidade científica. A participação em sociedades científicas tem concorrido para a definição de novos protocolos nas especialidades elegidas.”

O trabalho multiprofissional foi outro componente muito presente nas falas e nos documentos oficiais do Hospital. Essa concepção conduziu o Hospital na organização do processo de cuidado. O consultor externo assim comenta: “Eu acho que esse Hospital é um centro de excelência, com trabalho interdisciplinar, digo multidisciplinar, em algumas situações claramente interdisciplinar. O que estou chamando de interdisciplinar, que mais de uma profissão se sente e se preocupa de montar um protocolo de cuidado, mais compatibilizado, precisa ir no dentista, o psicólogo precisa ver o medo da morte.”

No entanto, como assinala o próprio consultor externo no parágrafo acima, o trabalho é construído pelas disciplinas sobretudo de conhecimento, assumindo um caráter predominantemente multidisciplinar. No ambulatório, essa organização foi descrita por um dos implementadores: “A enfermagem já drena os pacientes para procedimentos. Analisam o hemograma para ver se eles têm condições de fazer a quimioterapia. Dão prioridade aos pacientes que tem quimioterapia mais prolongada. E isso é feito pela enfermagem, quando o médico vem atender com a coisa mais ou menos encaminhada.”

O mesmo se pode observar no trabalho dos profissionais de psicologia. Na fala do implementador apareceu a valorização da abordagem de aspectos psicológicos, mas com um caráter de justaposição de trabalhos profissionais. Assim: “Nós sempre procuramos dar o diagnóstico com o apoio da psicologia, já pensando na referência do paciente. Porque existem famílias que recebem o diagnóstico com certa tranquilidade até, e existem, que é a maior parte, aquelas como uma coisa muito pesada. E é muito importante que o psicólogo

*ouça o que o médico esta conversando com a família, porque a partir daí o que existe de fantasia! Quando sai do consultório existe muitas informações de corredor dos próprios pacientes. Então eles absorvem todos os comentários como se fossem deles. E as informações conturbam muita a cabeça deles e é muito importante na hora em que você passa o diagnóstico estar com a psicóloga junto.*

Há uma clara separação entre o saber e o trabalho médico e o das outras profissões. O implementador fez uma separação entre o diagnóstico da doença e o espaço de discussão sobre os sentimentos envolvidos nessa situação. Assim: *Eles até se sentem mais a vontade de conversar, de tirar suas dúvidas com um não médico. Alguns médicos preferem chamar num segundo momento. Eu normalmente gosto de que esteja junto para que ouça tudo que eu estou falando.*

Esse trabalho multiprofissional no Hospital não questiona a prática médica como o elemento central do cuidado. Ela é a condutora da atenção. As páginas de apresentação do documento “Relatório de Atividades de 2001” colocam: *“Há 24 anos o Hospital tem se dedicado ao exercício de uma medicina especializada travando árduo e sério combate ao câncer infantil e doenças hematológicas da infância.”*

O consultor externo, ao comentar esse aspecto, colocou: *“E eles vão construindo os outros cuidados meio que complementando, conforme eles vão aprendendo mas o centro da intervenção é médica. Os protocolos são médicos, a hegemonia é médica. Mesmo nos GTM, que é o grupo de trabalho multiprofissional ele acaba sendo coordenado pelo médico, o olhar é muito médico.”*

Reforça essa compreensão a forma com que a equipe multiprofissional é tratada. Nos documentos oficiais e nas falas dos implementadores, ao se apresentar os recursos humanos existentes no Hospital, é colocado o grupo médico, seu número e suas especialidades e, em tópico separado, o que é denominado de “equipe multiprofissional” (Relatório de Atividades 2001), assim descrita: *“O Hospital conta com uma equipe assistencial multiprofissional que esteve em 2001 assim constituída: enfermagem formada por 129 profissionais, sendo 36 enfermeiros; 3 psicólogas; 5 assistentes sociais; 1 nutricionista; 3 fisioterapeutas; 2 odontólogas; 2 pedagogas; 1 artista plástica; 1 contadora de história e 1 brincadista.”*

Um dos temas que aparecem de forma tangencial nos documentos oficiais do Hospital é a questão do *acolhimento e vínculo*<sup>6</sup>. Nos documentos há menção ao acolhimento, entretanto, sem que se formule um conceito orientador para o cuidado. No Relatório de Atividades 2001 ao apresentar o item “Natureza da Instituição”: *“Determinação, eficiência e acolhimento são características importantes de nossa política de ação.”*

Um implementador afirma: *“Agora, nós temos a preocupação de facilitar a vida dos pacientes.”*

Na observação direta foi possível verificar que a organização do ambulatório foi realizada de tal forma a garantir o atendimento de todos que chegam. Assim, não tem hora para terminar — atende-se até o último paciente.

Qualquer criança que chegue tem a garantia de uma avaliação. Além disso, a ordem de chegada não é o único critério do atendimento. Há uma avaliação inicial feita pela enfermagem que prioriza as crianças que realizarão quimioterapia de maior duração ou que não estejam clinicamente bem. Fora isso, o critério é a ordem de chegada. Assim: *“A enfermagem já drena pela própria recepção as quimioterapias de duração mais prolongadas, os procedimentos que são mielograma, punção líquórica, e as crianças que não estejam bem.”*

São vários os mecanismos facilitadores do atendimento. Os exames são realizados no mesmo dia da consulta e seus resultados estarão disponíveis ainda no período da manhã para a avaliação clínica. Caso haja necessidade de outras avaliações, o agendamento é realizado preferencialmente em um único dia, de tal forma a reduzir os deslocamentos. Um dos implementadores afirma: *“Eles já chegam cedo, as peruas de*

---

<sup>6</sup> Acolhimento é conceituado como “*facilitação da entrada no sistema de saúde obtido através de: adequada organização do processo de trabalho; proximidade geográfica e cultural (áreas de cobertura); disponibilidade de horários de atendimento; busca ativa; escuta e compreensão empática; e mecanismos facilitadores do fluxo dos usuários no sistema*” (Mehry, 1997).

O vínculo resulta da disposição de acolher. Existe como uma dependência mútua. No caso dos serviços de saúde, os usuários precisam de ajuda para resolver alguma questão relacionada à saúde ou à sua perda, e os profissionais para exercer sua profissão. Mas é uma dependência qualificada no sentido que há uma aposta na disposição de resolver os problemas.

*transporte chegam cedo. Nossa recepção funciona a partir das 7:00 hs. Eles já chegam com o pedido de exames daquele dia. Eles chegam e vão ao Laboratório colher sangue, que também está aberto a partir das 7:00 hs. Raio-X, ultrassonografia, tomografia tudo isso está aberto a partir das 7:00. Eles já se movimentam para a realização dos exames”.*

*“Quando o médico vai atendê-los, o nosso Ambulatório funciona mesmo a partir das 8:30 hs. Nesse horário os hemogramas, que é o exame que nós mais solicitamos, já estão de volta prontos e aí começa o atendimento.”*

Além disso — e apesar de não trabalhar com a modalidade de pronto socorro — o Hospital garante atendimento nas 24 horas a todas as crianças sob seus cuidados.

O tema da *geração de vínculo* apareceu junto com a preocupação com a responsabilização sobre o cuidado. Como se pode observar na fala de um dos implementadores, o foco principal é a relação do médico que cuida da criança e a família. Assim: *“Nós trabalhamos com a proposta de cada paciente ter sua referência médica. Referência médica é o médico que atende essa criança pela primeira vez ele explica o diagnóstico, mesmo que não seja ele que o atenda sempre.”*

*“Quem fala, digamos assim uma coisa mais decisiva na vida daquele paciente, é o seu médico, e isso é cumprido. Por exemplo se uma Leucemia minha recair quem vai dar esse diagnóstico sou eu não é outro médico. Ele fala assim eu ainda não tenho o exame, a mãe pode até perguntar — Você já tem o resultado? Não eu ainda não tenho o resultado. Dá uma ensebada ali até o médico de referência chegar.”*

A entrevistada relatou a preocupação em organizar o cuidado de tal forma a favorecer a construção do vínculo, bem como as dificuldades da sua operacionalização, assim: *“Você está no Ambulatório atende o paciente, você sobe para Internação para ver o seu paciente e você faz tudo para ele. Isso na prática é complicadíssimo porque na hora que o Ambulatório está lá cheio de gente esperando e você está atendendo na enfermaria, se você tem muitos pacientes internados você vai atrasar o Ambulatório.”*

Na mesma fala, essa entrevistada relatou a busca de alternativas para se organizar o cuidado com a priorização da criação e manutenção de vínculo, assim: *“Então o que nós encontramos como saída? Nós fixamos alguns médicos na Internação e outros no Ambulatório. Mas nós rodizíamos periodicamente entre eles. Então o Gabriel é meu paciente e foi internado. A referência sou eu. Então o médico que está na internação trata dele mas dá retorno para mim que estou lá no Ambulatório. Passa o caso, discuti e à tarde quem esta com seu paciente internado deve ir ver o seu paciente, eu término o Ambulatório e dou uma passada lá na Internação. O paciente sente que continua tendo a sua referência. Ele sabe que naquele período quem vai palpar a barriguinha dele de manhã cedo é o doutor que está lá na enfermaria. Porém ele sabe que aquele doutor além de estar trocando idéia com o seu médico, o seu médico vai lá de tarde conversar com ele — Olá, como vai? O doutor me falou isso e isso, hoje esta assim. Então isso é muito tranquilo, aqui deu certo. Os pacientes acabam vendo o setor de Hematologia e do setor de Oncologia e eles identificam dentro desses setores os profissionais. Eles sabem que esses profissionais na maioria das vezes estão falando a mesma língua. Eles adquirem confiança dessa forma.*

O consultor externo relatou a mesma situação, reforçando a relevância que o vínculo recebia na organização do cuidado. Assim: *“Todos os médicos chegavam de manhã iam fazer o atendimento, a visita, na enfermaria para ver a suas crianças, ficar vinculado e depois fazer o atendimento no ambulatório. No decorrer das discussões eles fizeram uma modificação, foram experimentando coisas, trouxeram os médicos para o ambulatório, os médicos ao chegarem no Hospital pela manhã iam direto ao ambulatório atender. E aí perceberam que estavam perdendo vínculo. Surgiu então, um terceiro modelo que era vir para o ambulatório direto, enquanto isso tinha um médico generalista passando visita nos pacientes internados, mas manter o vínculo, o doutor que vem fazer o ambulatório naquele dia depois nem que seja à tarde ele sobe para ver a criança pessoalmente conversar com a família.”*

Em relação à *equidade*, deve-se lembrar que esse Hospital é uma organização privada filantrópica que atende demandas diferentes. No mesmo ambiente existem usuários que pertencem ao Sistema Único de Saúde (SUS), a sistemas de saúde complementares e a particulares. Entretanto, não há diferenças no acesso dos usuários aos cuidados oferecidos,



tanto a exames subsidiários, a material hospitalar e a medicamentos. O consultor externo falou: *“...na verdade tirando a perfumaria uma recepção melhor para o convênio...ela fala – Eu tenho que dar um diferencial se não....né? Mas as crianças são internadas em enfermarias exatamente iguais, as mesmas equipes, o mesmo tratamento, não têm diferença. Isso a gente conheceu muito intimamente e ela faz uma defesa radical do SUS.”*

A questão da *integralidade* aparece de várias formas na organização do cuidado. A predominante é a garantia do acesso a toda tecnologia necessária ao diagnóstico e tratamento. Transparece das falas dos implementadores a preocupação com a oferta de todas as condições necessárias para um cuidado. Desde de a criação dessa organização, a proposta foi a criação de um centro que reunisse a maior parte dos recursos necessários para o tipo de atendimento a que se propõe. Nesse sentido um dos implementadores afirma: *“Esse Hospital é a única instituição no Brasil que concentra toda a infra-estrutura de atendimento. O Hospital reúne os seis pilares fundamentais para o tratamento do câncer infantil: processos de diagnóstico (citológico, histológico, de genética e de biologia molecular) e imagens; centro cirúrgico operando no conceito oncológico; poliquimioterapia; radioterapia; terapia de suporte e reabilitação do paciente.”*

Outra faceta dessa compreensão de integralidade é a oferta de todas as especialidades que se façam necessárias ao processo de tratamento. Assim, com o trabalho médico — que é centrado no diagnóstico e na determinação do eixo do tratamento — concorre a assistência de psicólogo, de nutricionista, de dentista, de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, sempre que se faça cabível e necessário, assim: *“No decorrer do atendimento ambulatorial, vamos considerar o paciente de primeira vez, seja ele paciente oncológico ou não. Nesse primeiro momento ele passa pela enfermagem, psicologia e médico. Por exemplo nós recebemos muito aqui pacientes da triagem pré-natal com diagnóstico de doença falciforme. Esse paciente passa pela enfermagem, passa numa consulta médica. Na consulta de enfermagem é feito um aconselhamento sobre a doença com ilustração, com folhetos. É quando a mãe vai receber todo esse material. Ele passa também pela psicologia. Depois ele é encaminhado para outros profissionais, mas no primeiro momento são esses.”*

E também: *“...a continuidade do processo de alfabetização, e é um trabalho necessariamente interdisciplinar, multidisciplinar....essas crianças com doenças hematológicas a maioria delas tem complicação dental, o dentista tem que entrar mesmo, o psicólogo tem que entrar o tempo todo com a família e a criança porque tem câncer e o que ele representa de medo e de ameaça. O serviço Social tem muita força.”*

Esse sentido da integralidade foi apresentado no Relatório de Atividades 2001 assim: *“Alguns importantes projetos são desenvolvidos por esta equipe multidisciplinar buscando o cuidado global ao paciente. Isto significa: assisti-lo do ponto de vista social, educacional, lúdico e de reabilitação.”*

O Hospital desenvolve também atividades de suporte ou de reabilitação nas áreas de odontologia, fisioterapia, e atividades lúdicas como as atividades diárias atividades diárias na Brinquedoteca.

Um outro sentido de integralidade parte do reconhecimento de que o processo de cuidado deve abranger aspectos como o sofrimento da criança e da família ao lidar com o diagnóstico da doença, com os sentimentos de perda e com a ameaça de morte. Ao comentar sobre essa preocupação no Relatório de Atividades 2001, exemplifica com a criação da classe hospitalar: *“É um projeto de grande repercussão psicossocial pois, além de resgatar o direito da criança e do adolescente hospitalizados ao processo educativo, impede que esta seja mais uma perda em sua vida. Insere a noção de futuro, de continuidade das rotinas seja mais uma perda em sua vida, que tem lugar importante quando a doença é um câncer ou uma doença hematológica grave. O atendimento pedagógico abrange as áreas ambulatoriais e de internação ”*

Outro aspecto que compõe o conceito de integralidade é a continuidade do cuidado, isto é, a articulação com os serviços de saúde que podem e devem garantir a sequência aos cuidados já iniciados. Deve-se lembrar de que boa parte dos adoecimentos que motiva o atendimento nesse Hospital são de quadros crônicos que necessitam de cuidados continuados. Entretanto, não houve manifestação espontânea dos entrevistados sobre essa questão. Ao serem indagados, os entrevistados apontam para o reconhecimento da necessidade, mas não aparece como foco importante da ação do Hospital. Depreendeu-se

das falas das duas dirigentes entrevistadas que essas crianças devam, prioritariamente, permanecer sendo cuidadas pelo Hospital, pois é nesse local que elas vão obter os cuidados com qualidade. O esforço da organização é de ampliar as condições de atendimento, abrangendo outros aspectos do cuidado, como a reabilitação, e mesmo de inserção social, como cursos profissionalizantes para portadores de doenças hematológicas crônicas.

Outra questão que compõe a construção do modelo de atenção é o *entendimento da pessoa sob cuidado*. As falas dos entrevistados revelam duas formas de entendimento predominantes que convivem lado a lado.

A primeira que apareceu como importante foi a questão da cidadania, do usuário com direito ao serviço de saúde. Os documentos apresentados — Relatório de atividades 2001 e 2002 — colocam o Hospital assim: *“Hospital filantrópico, de âmbito nacional, tem recebido sem restrição de demanda, pacientes de 1 a 18 anos procedentes de todo o território nacional para tratamento especializado. O Hospital que funciona 24 horas por dia é conveniado ao SUS desde março de 1984 (na época antigo INAMPS), colocando suas modernas e bem equipadas instalações físicas disponíveis, sem restrições, a todo paciente matriculado”*

O outro entendimento do papel da pessoa sob cuidados é de paciente. Foi a mais freqüente citação, tanto nas entrevistas como na observação direta. Em alguns momentos o paciente é substituído pela doença. Assim: *“Por exemplo, chega um tumor que vai precisar ir para cirurgia, o cirurgião é imediatamente acionado para vir ao Hospital para avaliar.”*

Ou: *“Por exemplo se uma Leucemia minha recair quem vai dar esse diagnóstico sou eu não é outro médico.”*

Não houve menção do conceito de cliente. Entretanto, a questão da qualidade da assistência foi tema recorrente.

## 7d - A CONFIGURAÇÃO ORGANIZACIONAL FORMULADA-IMPLEMENTADA

O processo que levou à elaboração de uma nova configuração organizacional para o Hospital ocorreu no grupo de discussão. A autoria dessa nova configuração foi reconhecida como desse grupo. Na verdade, se não dá para identificar todos os autores — na medida em que era um grupo aberto — foi possível depreender-se das entrevistas que as dirigentes e o consultor entrevistado se colocam e se vêem mutuamente como co-autores. Não existem contradições nas falas dos entrevistados no que toca ao desenho proposto. A essência da proposta construída pelo grupo foi implantada. As principais diferenças apareceram nas intenções que envolveram o trabalho de construção da nova configuração. Algumas modificações foram feitas durante a implementação como serão apresentadas abaixo.

Pelo exposto acima se entendeu que, neste caso, seria desnecessária a separação, em capítulos diferentes, do que foi formulado e do que foi implementado.

Dos vários elementos da nova configuração, tanto os implementadores como o consultor externo reconheceram que o modelo de atenção à saúde não sofreu modificações que representem mudanças de suas diretrizes e dos seus principais componentes. O consultor externo afirmou: *“Esse jeito de fazer o cuidado já existia. Nós mexemos muito pouco. São características do Hospital prévias à nossa intervenção.”*

O modelo tecno-assistencial já foi descrito e comentado em capítulo anterior. A descrição do formulado/implementado foi realizada a partir de entrevistas e da observação direta. Esta observação abrangeu várias atividades. Ao solicitar autorização para a sua realização, a dirigente/fundadora sugeriu que acompanhássemos um dia de trabalho do Hospital. Essa observação incluiu: a reunião geral sobre os pacientes internados onde estavam médicos assistentes, médicos residentes de todas as áreas de internação do Hospital que ocorre diariamente às 7:00 horas da manhã; a reunião de discussão de lâminas para dirimir dúvidas de diagnóstico; e, por último, o atendimento no Ambulatório de Hematologia.

Buscaram-se também documentos que contivessem algum tipo de análise da nova configuração e da sua implementação, e que não foram encontrados no material fornecido.

Um elemento revelador da configuração proposta é o mote principal que determinou a busca de nova configuração organizacional. Os atores foram as duas dirigentes entrevistadas. A questão central explicitada foi a percepção da insuficiência do modelo existente para dar conta de uma organização que cresceu e ganhou complexidade. O pedido foi a criação de uma estrutura profissional e que na solicitação se confunde com o bulário fayolista e com o tipo ideal da burocracia descrita e estudada por Max Weber. O consultor colocou: *“Então em resumo, eu falava para eles, vocês estão pedindo para a gente criar uma estrutura burocrática, weberiana, enfim eles queriam um organograma, tinha essa fantasia, de definições de funções, atribuições.”*

Junto com essa solicitação, apareceu o desejo de aumentar o envolvimento dos trabalhadores com a organização. Essa solicitação surgiu como uma das soluções para os problemas organizacionais apontados.

Não há uma descontinuidade no pensamento dos dirigentes da organização em relação aos valores que sustentaram o modelo existente e sustentam a busca de uma nova configuração. O pensamento foi a insuficiência da maneira com se vinha fazendo a gestão da organização. O desejo de que haja maior envolvimento dos trabalhadores na organização não trouxe nenhum questionamento do sentido instrumental existente no modelo anterior. O pensamento não caminha pelos questionamentos sobre o que faz o ser humano se envolver no trabalho ou por que o envolvimento é pequeno. O foco é a falta de uma estrutura de organização que dê conta do tamanho e complexidade atual do Hospital. O envolvimento dos trabalhadores foi colocado neste sentido. Um dos implementadores assim se colocou: *“Mais pessoas cuidando da organização como um todo para dividir as tarefas.”*

Reforça essa afirmação a leitura que foi feita, pela dirigente/fundadora, dos resultados obtidos por um grupo consultores da universidade em um hospital da cidade de Campinas, o Cândido Ferreira. Assim: *“Eu procurei por causa da experiência do Cândido Ferreira, pensei que talvez fosse o tipo de administração que interessa. Foi o compromisso das pessoas, que trabalham nos diferentes setores, o compromisso na articulação dos problemas da organização e nas suas soluções.”*

Os consultores foram por outros caminhos. O desenho do processo para elaboração da nova configuração é revelador das suas intenções. Foi proposto que o novo formato fosse construído a partir de uma discussão coletiva que envolvesse os trabalhadores da organização. A própria condução do processo — com a constituição de um grupo aberto e uma estrutura de temas que revelassem a organização, não só pelo olhar dos dirigentes mas também dos trabalhadores — demonstra uma lógica diferente da até então existente. A sugestão de se iniciar o trabalho pelo mapa dos conflitos existentes na organização é um exemplo dessa postura. Houve da parte dos consultores a introdução de uma nova postura. A construção deve envolver os trabalhadores do Hospital. Segundo o consultor: *“A idéia foi montar um grupo de reflexão aberto, que se encontrava regularmente para pensar o Hospital. Aí nós fomos bem analistas mesmo, assim, sem levar um modelo de gestão a priori, fazendo a escuta e propondo temas para eles, construir o mapa de conflitos do Hospital.”*

Houve a colocação de um novo eixo nessa organização. Os trabalhadores devem participar, ter voz na construção da maneira de se organizar e coordenar o trabalho nas organizações a que pertencem. E mais, essa construção deve ser coletiva. À medida que se faz o diagnóstico conjunto, esses mesmos trabalhadores podem se apropriar dos instrumentos utilizados. Na verdade, abriu-se um espaço para a expressão do olhar, dos valores, dos desejos das pessoas que trabalham no Hospital. O vetor da participação dos trabalhadores trouxe destaque à racionalidade substantiva.

A preocupação dos dirigentes foi a adequação da estrutura organizacional às novas necessidades que surgiram da ampliação de leitos e da incorporação de novas áreas assistenciais.

O foco dos consultores foi a criação de um dispositivo que levasse a novas formas de gerenciamento a partir de uma construção coletiva, ou seja, uma montagem capaz de favorecer a elaboração de um espaço, até então inexistente, de olhar mútuo e de reconhecimento de governabilidades diferentes sobre processos assistenciais e administrativos que contivesse as sementes da negociação e da contratualização no construir de novos desenhos para a organização.

Pode-se admitir, pelas falas dos entrevistados, que esse espaço de discussão foi utilizado pelos gestores, pelos trabalhadores e pelos consultores como uma instância de construção de mapas da organização, de disputas e de construção de novas propostas de arranjos para o Hospital.

As contradições de interesses e posturas não foram mencionadas em nenhum momento pelos entrevistados, nem apareceu na condução do processo de desenho da nova configuração. Os caminhos propostos pelos consultores foram bem aceitos pela direção do Hospital. As palavras de um dos implementadores sobre esse processo foram: *“Foi legal a dinâmica do trabalho e a linha de pensamento começando no cuidado eu acho que foi uma linha muito interessante.”*

Durante as entrevistas não houve manifestação sobre conflitos entre essas distintas concepções no grupo de discussão. Foi no momento da implementação do novo desenho que apareceram tais diferenças de concepções. A dirigente/fundadora expressou a preocupação com parte das consequências da nova configuração ao comentar a implementação das coordenações colegiadas nas áreas assistenciais e a perda de um determinado espaço da enfermagem no Hospital: *“...todo o grupo se sente fragilizado com isso. É um problema que eu gostaria de conversar com o nosso consultor, eu acho que até é compreensivo e precisamos de um novo modelo.”*

Na nova configuração, a estrutura organizacional sofreu modificações importantes que se deram em dois aspectos principais: o delineamento de unidades assistenciais com o estabelecimento de gerências específicas, e depois, a criação de uma nova instância organizacional, denominada Conselho Gerencial.

Segundo o consultor, o Hospital já exibia um funcionamento que apontava para o desenho proposto. Nas suas palavras: *“...na verdade ele tinha embrionariamente, embrionariamente não, de fato, colocado duas grandes linhas de cuidado, não davam esse nome, mas na verdade eles tinham toda uma linha de cuidado da criança com câncer e outra de crianças com patologia hematológica.”*

Além do reconhecimento dessas duas linhas de cuidado, houve a criação de três unidades na área assistencial assim descritas pelo consultor: *“...nós começamos a entrar...acho que a grande marca do trabalho, da interferência nossa, foi a tal profissionalização da coordenação das áreas assistenciais, dos três blocos de áreas que nós criamos. Uma grande área ambulatorial, uma grande área de internação e uma grande área que nós chamamos de alta complexidade, onde está CTI, Bloco Cirúrgico e Transplante de Medula Óssea (TMO).”*

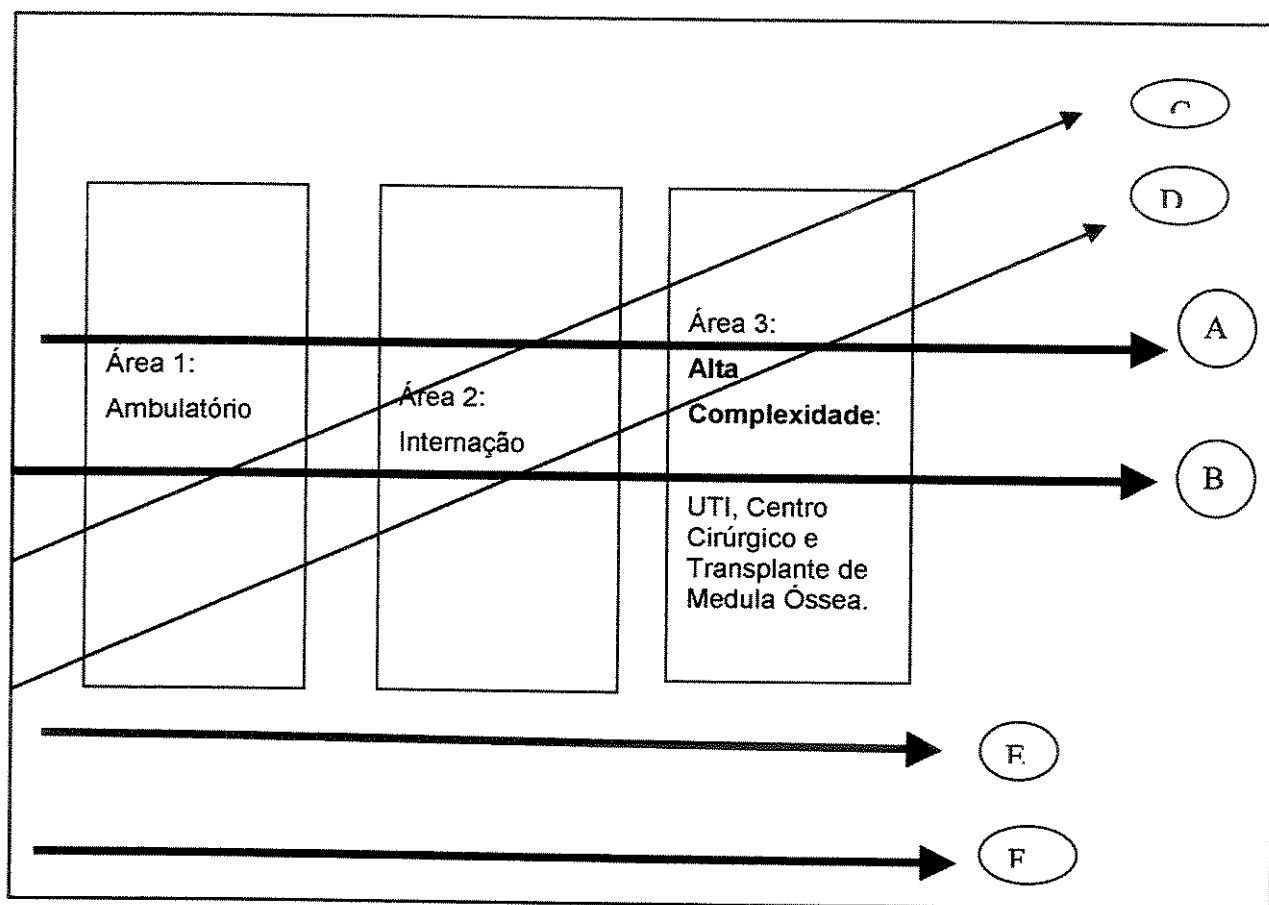
E pela dirigente/fundadora: *“A estruturação do Hospital no novo modelo em áreas de produção, tendo seu gerenciamento próprio me pareceu extremamente interessante.”*

*“...então em cima desses problemas e dessas discussões achou-se importante considerar três pilares para o Hospital. Um pilar é o Ambulatório onde eu tenho a medicina de baixa complexidade. Outra área é a internação onde os procedimentos médicos são de média complexidade. E na área de alta complexidade o Centro Cirúrgico, a Unidade de Terapia intensiva e a área de transplante de medula óssea.”*

Tanto o consultor como as dirigentes, durante as entrevistas, fizeram no papel um esboço desse novo desenho que não revelou diferenças entre si. Apresenta-se no quadro abaixo esse esboço:



**Quadro 4 - Proposta de organização das áreas assistenciais para o Hospital Especializado.**



A: Linha de cuidado *crianças com problemas oncológicos*.

B: Linha de cuidado *crianças com problemas hematológicos*.

C: Linha de *voluntariado* (atravessa todas as unidades de cuidado).

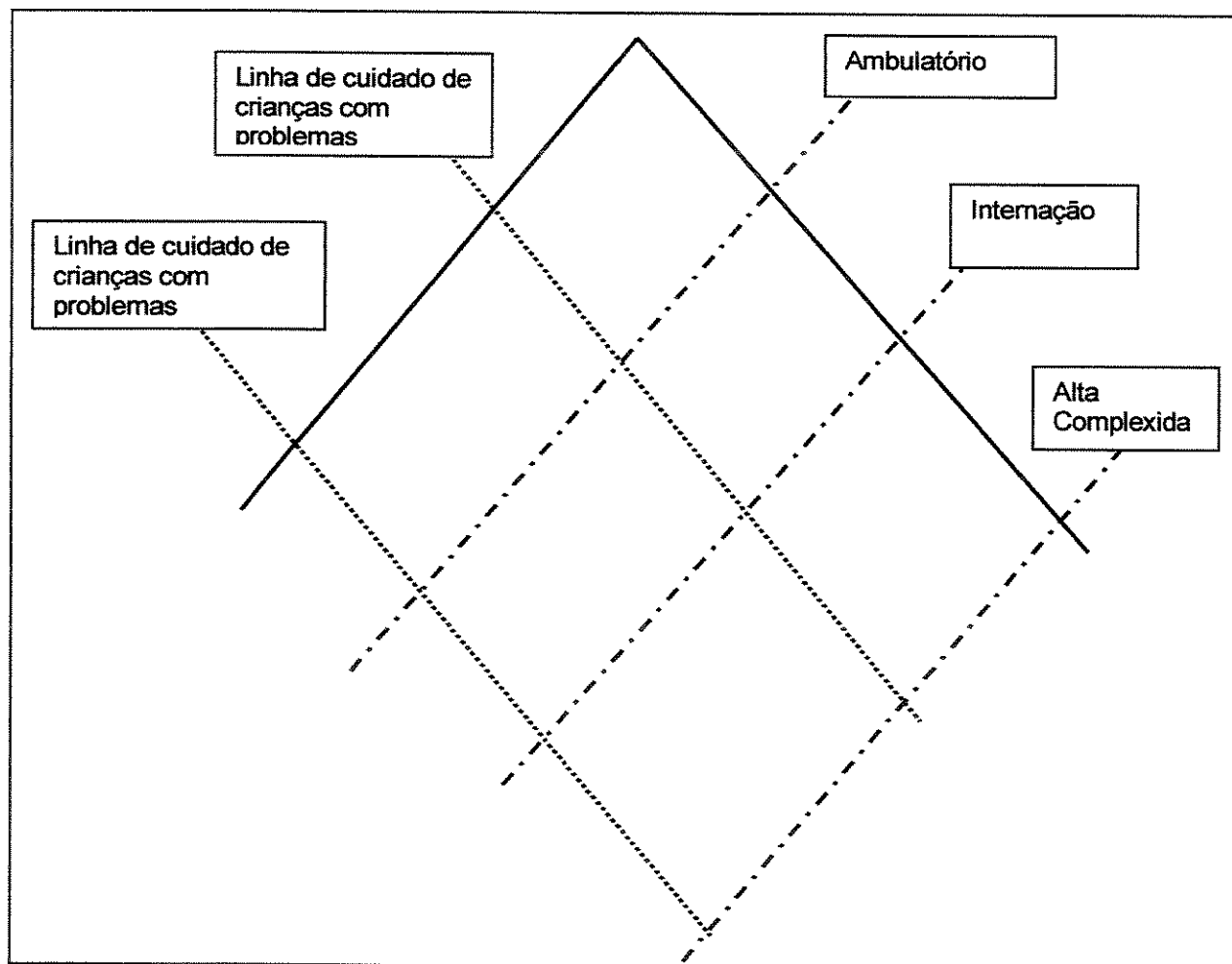
D: Linha de *ensino e pesquisa* (atravessa todas as unidades de cuidado).

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

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

Essa proposta trouxe para a estrutura do Hospital um desenho matricial para as unidades da área assistencial. Assim:

**Quadro 5** - Desenho de matriz para as unidades da área assistencial do Hospital Especializado.



Nessa nova configuração, as duas linhas de cuidado — de crianças com problemas oncológicos e de crianças com problemas hematológicos — teriam a responsabilidade de organizar o cuidado, e as áreas de Ambulatório, Internação e Alta Complexidade de oferecerem as condições de suporte necessárias para a sua concretização.

No próprio desenho observa-se que as áreas administrativas e de apoio mantêm um desenho tradicional, não se incorporando a essa lógica matricial. O consultor, durante a entrevista, afirmou que não foram feitas modificações nessas áreas.

Foi apontada a criação de duas outras linhas — a do voluntariado e a de ensino e pesquisa — que mantém uma relação matricial com as duas linhas de cuidados e com as três outras áreas (Ambulatório, Internação e Alta Complexidade).

Uma discussão que envolveu toda a mudança de arranjo na área assistencial foi a concepção de gerência para essas áreas. O Hospital não tinha, até então, nem o profissional nem a definição do papel gerencial. O consultor referiu que foi se formando no grupo a idéia da necessidade da organização ter gerências e de definir qual o seu papel.

A proposta colocou para a gerência das três áreas assistenciais as atividades de suporte e provisão às necessidades apontadas pelas duas linhas de cuidado. Assim: *“Havia a compreensão...nós precisamos ter um gerente, um administrador, eu até propunha esse termo, bem tradicional, mas quando se fala de administrador, reflete mais...é o administrador mesmo, é o provedor dos insumos do trabalho, distribuição da área física, estabelecimento de fluxos de pacientes, criação de rotinas em parcerias com os profissionais da área. Eles não tinham e essa figura foi criada.”*

O perfil dos gerentes também foi abordado. Tomando como base os mapas construídos no grupo de discussão, ficou evidenciada a intersecção dos trabalhos dos médicos, da enfermagem e da chamada área administrativa. Dessa percepção surgiu a idéia de se construir uma gerência que envolvesse esses profissionais, donde a coordenação colegiada para as áreas de Ambulatório, Internação e Alta Complexidade.

Para as linhas de cuidado foi proposta também uma gerência colegiada, mas sem o profissional da área de administração. Um dos implementadores esclareceu: *No caso da Hematologia e Oncologia seria composto por um médico, um representante da equipe de enfermagem e o terceiro seria um representante da equipe multiprofissional. Porque aqui nessa linha de cuidado não interessa alguém da área administrativa, interessa psicólogo, fisioterapia, terapia ocupacional, dentista, etc.”*

As gerências colegiadas das linhas de cuidado receberam a designação de Grupo de Trabalho Multiprofissional (GTM). O consultor explicou que essa coordenação partilhada já existia, de maneira informal, nas áreas de Oncologia e Hematologia e que, na

verdade, o que se fez foi o reconhecimento do seu valor como concepção de gerência e a sua formalização. Ele colocou assim: “...essas áreas onde acontece o cuidado com uma coordenação mais profissionalizada, a formalização desses Grupos de Trabalho Multiprofissional (GTM), coordenando a Linha. Que não é muita novidade, porque isso já estava na memória da instituição. Eles funcionam assim, porque dentro da ...por exemplo no Serviço de Oncologia você vê esse trabalho num programa de câncer de partes moles, as leucemias...Tem grupos bem técnicos trabalhando com protocolos.”

O consultor detalhou a relação dos Grupos de Trabalho Multiprofissional das linhas de cuidado com as gerências das três áreas assistenciais: “A proposta é uma coordenação coletiva mesmo, não tem o coordenador, o Grupo de Trabalho Multiprofissional é a coordenação técnica-profissional de cada Linha. A lógica é eles não se ocupem com nada administrativo. Então para eu fazer o cuidado de criança talassêmica no ambulatório eu preciso de uma balança x, aí eu conversei com o administrador, eu estou usando esse termo, mas é o coordenador do ambulatório – eu falo de nós técnicos. Para seguir o nosso protocolo preciso coletar sangue das crianças todos as semanas e em todas as visitas. Aí esse coordenador vai ver a sala para coleta, vai estabelecer o fluxo com o laboratório, vai acertar os impressos, etc. Ele administra mesmo”

A proposta, segundo o consultor, foi o estabelecimento de uma relação de negociação entre as gerências das duas linhas de cuidado e a três áreas assistenciais. Os Grupos de Trabalho Multiprofissional teriam a responsabilidade pelo conteúdo técnico do cuidado às crianças e pela organização do trabalho dos profissionais envolvidos, e as gerências das áreas assistenciais a responsabilidade de oferecer e organizar as condições para que isso ocorresse. Assim: “O poder ela... tem que fazer uma parceria, uma interlocução, com as coordenações das áreas de apoio para o cuidado ser realizado, o cuidado, a qualidade do cuidado final seria a soma do que? De um saber técnico, desses técnicos operando com seus protocolos, com os seus saberes, mas tem que ter as condições materiais e físicas para isso. Por exemplo o GTM de Onco, em determinado momento ele tem que fazer acordos com o coordenador do ambulatório, mas tem hora que ele tem que fazer acordos com o coordenador da área de internação, aonde eu vou internar a criança, qual é o horário de visita, os procedimentos, relação com a família, fluxos...”

Segundo o consultor, o envolvimento da dirigente/fundadora com a proposta de gerência colegiada foi muito grande: *“Ela passou por uma fase, que ficou muito marcada, que ela queria tudo colegiado, tudo multiprofissional em tudo. A coordenação das Linhas de Cuidado – multiprofissional, a coordenação da áreas, multiprofissional. Ela achava que tinha que ter...por exemplo, para coordenar a área do ambulatório tinha que ter um médico para trazer o olhar médico, tinha que ter um enfermeiro para trazer o olhar da enfermagem e um terceiro sempre ligado a área administrativa.”*

A própria dirigente reforçou esse entendimento: *“Como seriam essas coordenadorias? Nas discussões do grupo nos achávamos que 3 pessoas: uma da área médica, uma da área de enfermagem e uma da área administrativa deveriam compor essas coordenações. Essa composição se deve que obviamente o médico tem uma visão, que é diferente da enfermeira, e os dois têm uma visão diferente da área administrativa. Então seriam 3 pessoas que assumiriam a responsabilidade dessas áreas. Coincide também nesse momento que nos tivemos um caos na Oncologia onde o serviço tinha um chefe. A hora que tem um chefe fica difícil a solução de uma série de conflitos. É por isso que nas áreas em que permeiam todas esses serviços, como Hematologia e Oncologia, nós definimos também mudar a gerência. Por isso o Grupo de Trabalho Multiprofissional (GTM). Então foi uma proposta interessante por essa proposta nos abolimos a existência de um chefe.”*

No processo de implementação, essa concepção de gerência foi modificada nas três áreas assistenciais e mantida nas duas linhas de cuidado com os Grupos de Trabalho Multiprofissional.

Ela chegou a ser implantada mas, após um determinado período, a coordenação colegiada foi abandonada nessas três áreas. A decisão foi tomada após o término do trabalho dos consultores. O consultor entrevistado afirmou: *“No desenho inicial, essa coordenação seria colegiada, envolvendo um médico, um enfermeiro e um profissional ‘administrativo’. Essa proposta foi reelaborada pelo grupo do Hospital e escolheu-se ficar com um único gerente e especificamente enfermeiro.”*

Essa decisão é apresentada, numa fala inicial do consultor, como do grupo de discussão. Entretanto, em outras falas dele, aparece que a decisão foi da dirigente/fundadora: *“Depois ela (a dirigente/fundadora) se ...hoje são três enfermeiros que coordenam essas áreas.”*

Essa alteração, na sua opinião, foi um retrocesso. Isso ficou evidenciado ao se referir os avanços que representam a coordenação colegiada que foi mantida nos GTM: *“Houve também uma compreensão durante o processo e o reconhecimento do papel da enfermagem na coordenação...mas acabou ficando os avanços da coordenação colegiada nas linhas de cuidado com os GTM.”*

A dirigente assumiu a necessidade dessa modificação: *“Essas coisas foram implantadas. Nós ficamos um ano com a gerência tríplice. Mas não mantivemos.”*

E justificou a alteração: *“Porque o que se viu na gerência tríplice é que para o operacional é muito difícil quando ficam três. Eles deveriam ter um tempo para eles se reunirem. São três inseridos na rotina assistencial. Para os três encontrarem um momento para discussão ficava difícil. Não encontrava os três, né? Então começava a demorar. Nós fizemos reformas importantes no Ambulatório e com três a coisa não andava. Nós nos reunimos para avaliação dessas estruturas no ano passado e chegamos a conclusão que 3 para essa área de serviços talvez não precisasse. Passamos para um. Vai ter um responsável pelo Ambulatório, um responsável pela Internação e etc..”*

E relatou quais foram os encaminhamentos: *“E mais, na decisão do grupo esse um deveria ser da área de enfermagem.”*

Inicialmente, ela argumentou que o desinteresse dos médicos era o motivo, mas já se referindo que não lembrava bem dos motivos: *“Porque..na área de Ambulatório tinha um médico interessado na área, e aí ficou se era médico ou não. Na área de Internação não tinha médico interessado. Tinha só um enfermeiro interessado. Nas áreas do Centro Cirúrgico, UTI e TMO tinha um enfermeiro interessado e um médico interessado. Eu não sei te dizer exatamente o porque, não consigo me lembrar da justificativa pela qual se optou que esse um fosse um e que um ia ficar a enfermagem. O grupo inteiro ficou com o enfermeiro. Mas nos GTMs continuam com três da mesma forma.”*

Ao ser solicitada para voltar ao assunto da mudança da coordenação colegiada, ela se referiu à principal questão. Segundo a dirigente, o grupo de enfermagem ficou fragilizado nessa nova configuração. Assim: *“Me lembrei! Nessa nova estrutura não cabia*

*o serviço de enfermagem. Então como é que faz se não tem? Como nós ficamos? Então acho que essa decisão foi para dar uma força para a enfermagem. Foi eles assumiram as responsabilidades operacionais do Ambulatório, da Internação, da Terapia Intensiva e do Centro Cirúrgico. Eu tenho a impressão que foi o modelo de três que não deu certo para delegar as responsabilidades.”*

E continuou nesse sentido ao analisar a perda do poder do grupo nessa nova situação e, segundo sua leitura, a necessidade de se recompor o poder perdido: *“E foi uma forma de talvez resgatar o fato do Serviço de Enfermagem ter sido extinto nesse modelo. Ele existia no desenho anterior e resolvia todos os problemas das áreas de internação, ambulatório, resolvia tudo.*

A sua fala continuou, com ênfase, ao afirmar a situação traumática que a organização viveu com percepção pela enfermagem dessa perda: *“Então eu acho que foi um trauma. Se você perguntar para mim e hoje? Eu digo nos ainda sofremos esse trauma. Porque a gente se profissionalizou, mas ficou a questão da enfermagem. Hoje a enfermagem aqui está fragilizada. Eu vejo como fragilizada. E ela se sente fragilizada. É todo o grupo que se sente fragilizada com isso. É um problema que eu gostaria de conversar com o consultor, eu acho que até é compreensivo e precisamos de um novo modelo. Então quando nós definimos que essas gerências, ambulatório, internação e alta complexidade, seriam deles foi um pouco o resgate do papel da enfermeira de peso, pela qual o Hospital seria tocado.”*

É importante destacar que essa foi a única modificação assumida explicitamente em relação ao arranjo organizacional construído no grupo de discussão.

O processo decisório organizacional também teve seu desenho modificado. Um aspecto essencial dessa nova configuração foi a busca de se alterar a lógica da centralização do modelo existente anteriormente.

A nova configuração aponta para um processo de descentralização vertical, isto é, houve a criação de gerências intermediárias que assumiram com o poder de decisão sobre questões operacionais de sua área. O consultor explicitou que a proposição dessa mudança foi uma aposta na descentralização: *“Essa é a grande aposta que eu acho tem uma*

*ambigüidade da instituição que precisa ser esclarecida. A idéia é ter novos grupos, que nós chamamos de responsabilização e decisão, trabalhando essa dupla decisão/responsabilização porque era muito essa história que todo dirigente que centraliza fala – eu não descentralizo porque as pessoas até não gostam de...quando você ganha poder de decisão você tem que assumir certas responsabilidades. Então assim as coordenações seriam, das 3 grandes áreas (ambulatorio, internação, alta complexidade), seriam a face mais visível de um redesenho principalmente da decisão cotidiana. Isso a Silvia avalia com muita firmeza que descentralizou mesmo, as coordenações hoje tem um conjunto de autonomia para definir fluxo de paciente, horários de atendimento, distribuição da equipe com mais autonomia.”*

Entretanto, não se mexeu no poder de pré-decisão técnica que os protocolos médicos trazem em seu bojo. Na verdade, essa continua sendo uma das pedras de toque da organização, reconhecida e valorizada não só pelos seus dirigentes como pelo consultor entrevistado. Deve-se lembrar que esse tipo de decisão sobre diagnóstico e tratamento, isto é, as deliberações sobre os protocolos médicos, estavam e continuam em boa parte nas mãos da dirigente/fundadora, sendo umas das expressões da centralização e, nesta nova configuração, continua intocada.

Nesse sentido, ocorreu uma descentralização vertical com o poder formal descendo pela cadeia de autoridade no que toca aos aspectos operacionais e administrativos das várias unidades e linhas de cuidado. A centralização do processo decisório dos aspectos técnicos da assistência, particularmente dos protocolos médicos, continua com a dirigente.

Também com a idéia de alterar o processo de decisão na organização, foi criada uma nova instância organizacional com o objetivo de assumir o espaço de deliberação da organização, permanecendo subordinada à Diretoria não remunerada e à Assembléia Geral. O objetivo era deslocar os poderes que estavam concentrados na dirigente/fundadora para essa nova instância. A denominação escolhida foi Conselho Gerencial. O consultor apresentou a idéia: *“A outra coisa é a criação do que eles chamam de Conselho Gerencial que uma diretoria mais matricial onde estão tanto os coordenadores das áreas como os representantes dos GTMs e de Ensino e Pesquisa. Isso é uma novidade. Semanalmente eles estão juntos, vamos dizer, para compartilhar certas decisões, prioridades. Acho que isto também deve ser um objeto de avaliação. Está consolidado. Reúne-se semanalmente.”*



*“Pode decidir questões .... e a idéia é deslocar da dirigente e trazer para o Conselho.”*

A outra dirigente entrevistada explicou o seu papel: *“Foi criado também o que nós chamamos de Conselho Gerencial que tem reunião a cada 15 dias. O Conselho foi criado para discutir tudo que aconteça no Hospital. Então as pessoas levam o que precisa definir nos setores. Sempre é levado o balanço do mês. As estatísticas do mês.”*

Explicou também a composição desse Conselho. A proposta foi ter representantes de todas as unidades assistenciais, de apoio administrativo e de apoio técnico: *“Todos os representantes das áreas: dos GTMs, das Coordenadorias, do Financeiro, o gerente de recursos humanos, a gerente administrativa, o gerente técnico, que hoje estamos sem, era um médico. Participam também um representante do Faturamento e do Laboratório. Radiologia não, e só.”*

A dirigente/fundadora reconheceu nesse Conselho uma instância de avaliação e deliberação de questões táticas e da operação do Hospital: *“Ele toma decisões. Quando você vê as pautas do Conselho Gerencial. O indivíduo do Ambulatório, da Internação, etc. traz os problemas, quais as propostas, quais as mudanças, aí se discute o que fazer. Aí se lê o Balancete, o que se vai trabalhar, o que se muda é a coisa operacional.”*

Esclareceu as relações do Conselho Gerencial com a Diretoria Executiva: *“As questões estratégicas é com a Diretoria Executiva. Por exemplo vamos comprar uma cirurgia estereotáxica? Eu levo essa decisão para a Diretoria Executiva. Aqui é um outro nível de pessoas, são pessoas da comunidade que vem aqui e opinam. Então por exemplo aqui na Diretoria Executiva eu tenho como responsável pela área financeira o franqueado do MacDonald's, na hora que eu falar que quero a cirurgia estereotáxica de US\$ 400.000,00 ele olha as contas – ele olha as contas, isso aqui não vai dar, não dá para deixar para depois? Por exemplo eu queria começar a Radioterapia mas questão é como é que paga, mas quando eu estou na ótica da Diretoria Executiva o cara vai dizer olha não dá. Nesse nível a gente se reúne uma vez por mês. Essa Diretoria é composta por um presidente, sou eu agora, e um vice-presidente, são dois na área financeira, primeiro e segundo tesoureiro, primeiro e segundo secretário e 4 suplentes.”*

A outra entrevistada descreveu o limite da competência do Conselho: *“Não tem poder de decisão sobre investimentos, nem de criação de vagas. Tudo que requer recursos financeiros é na instância da Diretoria Executiva. Se surge alguma necessidade ou sugestão o Conselho elabora e encaminha para a Diretoria Executiva. E isso tem ocorrido.”*

E acrescentou: *Na verdade, na verdade quando se quer criar vaga pode até levar para o Conselho mas a decisão de criação de vagas é da Diretoria Executiva.*

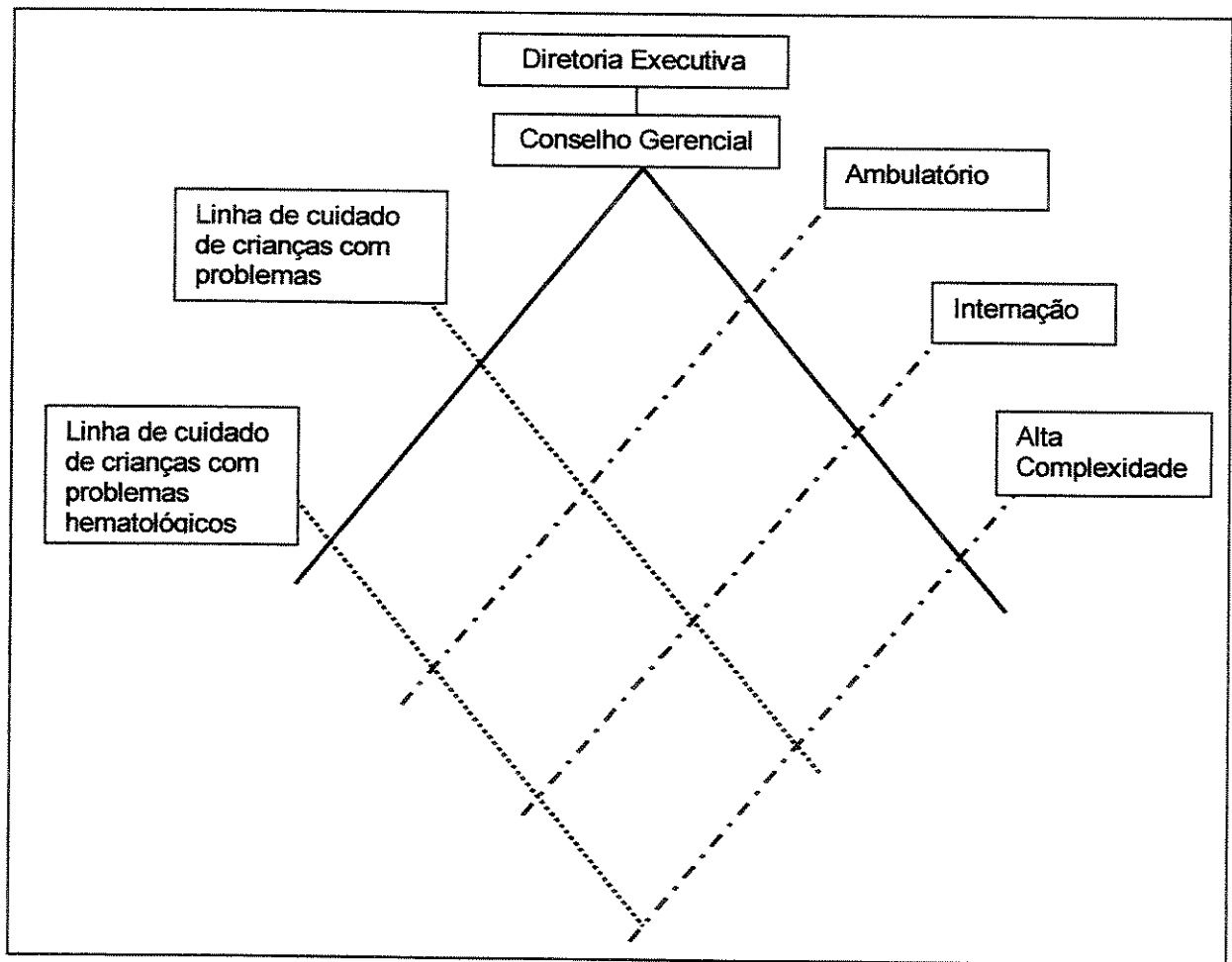
Essa mesma entrevistada destacou essa situação ao se referir à posição da fundadora/dirigente no comando do Conselho e da Diretoria Executiva: *“E a Dra (a dirigente/fundadora) é a presidente do Conselho e também da Diretoria Executiva.”*

O consultor entrevistado expressou suas dúvidas em relação a esse processo de transferência de poder da dirigente para o Conselho Gerencial: *“O tempo todo é difícil porque ela fica tutorando, sabe aquela coisa eu deixo vocês ficarem brincando mas o que ameaçar...”*

E analisou a razão desta dúvida: *“Como ela é o Boldrini e o Boldrini é ela, isso é análise de nós institucionalistas, ela reage, como você reage no seu corpo a uma picada, isto é, reflexamente, é uma coisa... medular.”*

Nessa estrutura, o Conselho Gerencial e a Diretoria assumiriam o formato abaixo:

**Quadro 6** - Estrutura organizacional proposta para o Hospital Especializado.



## 7e - ANÁLISE

A mudança de configuração organizacional no Hospital Especializado envolveu algumas dimensões que serão analisadas separadamente, de tal forma a destacar seus vários aspectos. Como apontado anteriormente, fez-se a escolha de se analisar esse processo através de três categorias: *modelo de atenção em saúde* (tecnoassistencial), *estrutura organizacional* e *poder*. Entretanto, cabe salientar que é possível encontrar aspectos dessas categorias em todas a extensão do texto.

## Modelo de atenção em saúde

O cuidado em saúde foi apontado pelos entrevistados como o aspecto mais valorizado no Hospital. O modelo de cuidado foi especialmente analisado no processo de formulação da nova configuração. Não houve proposta de mudança, pois dirigentes e consultor reconheceram a sua adequação e seu relativo avanço quando comparado com outros hospitais. Nesse sentido, o consultor externo afirmou: *“O Hospital é muito comprometido com essa coisa do bem estar da criança...Essa preocupação já existia. Nós mexemos muito pouco. A gente reconheceu isso na instituição, reforçou...”*

Uma das dirigentes também se manifestou: *“Na prática o cuidado não mudou. Não mudou porque já acontecia assim. A questão de formalizar isso foi apenas formalizar. Nós já há muito tempo trabalhamos com equipe multiprofissional, participando das reuniões, participando das discussões.”*

No processo de discussão em que foi elaborada a proposta de nova configuração organizacional, o modelo de atenção foi considerado de várias formas.

Esteve muito presente nas falas do consultor a preocupação em valorizar o existente. O destaque desse reconhecimento foi no modo de produção do cuidado voltado para garantir que cada criança recebesse todos os procedimentos cabíveis à sua condição clínica e que, simultaneamente, não se perdesse a dimensão da pessoa sob cuidado com suas necessidades, medos, carências e desejos. Esse modelo é denominado por vários autores como *modelo de atenção centrado no usuário* ou *na pessoa sob cuidado* e se contrapõe ao modelo centrado na realização de procedimentos ou ao modelo da medicina centrada em procedimentos (Cecílio, 2000; Silva Junior, 1998).

Em relação ao modelo existente, reconheceu-se que essa organização já trabalhava com modelo de atenção centrado na pessoa cujos principais componentes apontados foram: estratégias que favoreciam o estabelecimento de vínculo/responsabilização entre os profissionais e a criança e sua família; busca da integralidade do cuidado; o desenho dos processos de cuidado envolvendo equipes multiprofissionais; e a preocupação com a eficácia do cuidado (as taxas de cura de algumas doenças oncológicas).

Autores como Silva Junior (1998), Schraiber (1990) afirmam que a concepção de saúde e doença é a dimensão mais importante no desenho dos modelos de atenção à saúde, pois os elementos que os fundamentam podem oferecer maior ou menor capacidade explicativa para os fenômenos que interferem no estado de saúde e, com isso, obter maior capacidade de formular alternativas eficazes. Apesar de não ter havido manifestação direta dos entrevistados sobre suas concepções dos determinantes do processo saúde-doença, pôde-se depreender das suas falas que esse formato de organização do cuidado decorria do reconhecimento de que esse processo não envolve somente determinações biológicas. A explicação hegemônica na área da saúde sobre os determinantes desse processo tem como eixo principal a concepção da doença como fenômeno estritamente biológico e a missão dos profissionais de saúde é identificá-la e eliminá-la quando possível. (Camargo Junior, 2003.). O enfoque que se observa no modelo de atenção desse Hospital incorpora preocupações principalmente com aspectos psicológicos e, em alguns momentos, com aspectos sociais. Uma evidência é a importância e a presença que a equipe e o trabalho multiprofissional assumiram nesta organização.

Outro aspecto destacado foi a integralidade do cuidado na atenção hospitalar, entendida como a preocupação em garantir que toda a tecnologia necessária ao adequado tratamento fosse oferecida às pessoas sob cuidados. Uma das marcas desse Hospital, desde a sua criação, é a proposta de ser um centro que reunisse todas as tecnologias necessárias para a realização do cuidado. Essa proposta vem sendo materializada com a inclusão de áreas de diagnóstico e tratamento como as áreas de diagnóstico por imagem, quimioterapia, transplante de medula óssea e assim por diante. Outra faceta dessa diretriz é a oferta da maioria das especialidades médicas necessárias para o atendimento desse tipo de clientela. Merhy e Cecílio (2003), ao tratarem do tema da integralidade, apontam que além dessa garantia de consumo de todos os procedimentos necessários cabe aos serviços hospitalares a realização de cuidados que atendam às necessidades singulares de cada pessoa. Esse aspecto da integralidade tem a ver com uma compreensão do processo saúde-doença onde tomam relevo a afetividade, as necessidades percebidas pelas pessoas sob cuidados e os desejos, enfim tudo que envolve a subjetividade. Essas dimensões estão claramente incluídas nos modos de produzir cuidados do Hospital Especializado.

A implementação de estratégias que favorecem o estabelecimento de vínculo/responsabilização foi outro ponto realçado. A criança sob cuidado tem como referência um médico que acompanha toda a sua trajetória dentro da organização; mesmo que esse profissional não realize todos os atendimentos é ele que detém a responsabilidade de informar sobre as questões relevantes e decidir, junto com a família e a criança, os cuidados a serem realizados. Para ela converge a preocupação de se oferecer ou garantir acesso às tecnologias necessárias para cada situação específica. No ambulatório existe a preocupação de se organizar o agendamento de tal forma a que a criança seja acompanhada pelo mesmo profissional da área de psicologia, com a diferença que este não assume o mesmo papel de referência que o médico tem. Não existe uma equipe de referência assumida como política da organização.

A escolha foi centrar a construção do vínculo/responsabilização na figura do médico. Essa opção é reveladora da precedência que o médico, seus saberes e práticas têm em relação às outras profissões e disciplinas de conhecimento do campo da saúde. Os médicos que assumiram esse papel de referência foram especificamente os oncologistas ou os hematologistas pediátricos, dependendo do diagnóstico principal da criança. Um facilitador do estabelecimento dessa relação próxima é o fato desses profissionais serem contratados em regime de turno completo ou 40 horas semanais. Essa condição, determinada pela direção, é favorecedora da implementação da diretriz de vínculo/responsabilização. Em grande parte dos serviços de saúde no Brasil, os médicos têm regimes de contrato de turno parcial e jornadas verticais, de tal forma a cumprir toda sua carga horária semanal em um dia. A situação descrita já existia antes das mudanças discutidas neste trabalho.

Outra questão — a do entendimento do papel da pessoa sob cuidado — apareceu dentro da lógica da cidadania, isto é, do reconhecimento do direito de todo e qualquer cidadão receber o tratamento adequado segundo as necessidades que sua condição pessoal e clínica exijam, não importando ser usuário do Sistema Único de Saúde, dos sistemas suplementares (cooperativas médicas, planos de auto-gestão ou medicina de grupo) ou particular.

Entretanto, os aspectos relativos à constituição da autonomia da criança e família não foram apresentados como diretriz do modelo de cuidado. A preocupação está centrada na oferta e consumo pela criança do cuidados definidos pelo olhar dos profissionais de saúde, isto é, o usuário deve receber o que é adequado para aquela condição segundo um olhar de quem sabe o que é *a melhor segundo a melhor técnica*. À família são oferecidas as explicações atinentes aos protocolos médicos a serem utilizados naquela condição clínica. O foco é informar e solicitar autorização para a inclusão nos protocolos.

Chamou a atenção também a organização dos processos de cuidado, principalmente na área de enfermagem. Na divisão básica do trabalho assistencial nessa área, o cuidado foi dividido em sub-tarefas específicas cuja execução fica sob a responsabilidade de um mesmo trabalhador. Quem determina o desenho da tarefa a ser realizada é a enfermeira e a execução fica a cargo de auxiliares e técnicos de enfermagem. Essa é a lógica taylorista. O trabalhador dessa área tem seu eixo de trabalho na execução de tarefas repetitivas com a priorização do aumento da produtividade. Essa opção é contraditória em relação às diretrizes do modelo de cuidado. Esse tipo de desenho de processo de trabalho vai de encontro à lógica vínculo/responsabilização dos trabalhadores com a pessoa sob cuidado e a família. Não foi apresentado nenhum tipo de discussão sobre esse processo de trabalho.

Apesar da assunção, pelos entrevistados, de ser adequado o modelo de atenção existente no Hospital, a questão da coordenação do trabalho multiprofissional e, principalmente, os enfoques dados a esse trabalho apareceram como questão ou problema a ser abordado. Existe, sim, uma grande valorização do trabalho dos vários profissionais dentro das suas abrangências tradicionais. O consultor, ao analisar o trabalho multiprofissional, afirmou que o trabalho é predominantemente multidisciplinar<sup>7</sup>. Há aqui

---

<sup>7</sup> Utilizou-se uma classificação adaptada da proposta por Jantsch (1972) apud Almeida Filho (1997). Esse autor analisou as diversas possibilidades de interação ou integração de distintos campos disciplinares. **Multidisciplinaridade** ocorre quando as diversas disciplinas que simultaneamente tratam de uma questão ou problema funcionam através da simples justaposição. Quando existe coordenação ela é da ordem administrativa.

A **interdisciplinariedade** é entendida como uma relação recíproca, de enriquecimento mútuo entre disciplinas, com uma tendência à horizontalização das relações de poder entre os campos implicados. Há a exigência, nesse caso, de definição de uma problemática comum.

A **transdisciplinaridade** implica a criação de um campo novo que idealmente desenvolverá uma autonomia teórica e metodológica perante as disciplinas que o compõem.

uma crítica à simples justaposição dos trabalhos dos diversos profissionais. As falas dos entrevistados permitem perceber que, no cuidado, o médico assume a condução do caso e os outros profissionais surgem como um complemento ao trabalho deste. Durante a observação direta, as discussões presenciadas — dos pacientes internados e no atendimento ambulatorial — foram centradas em aspectos como diagnóstico da doença, sua gravidade, o tratamento medicamentoso e a evolução do quadro da doença, mesmo na presença dos outros profissionais. No atendimento ambulatorial, após o atendimento médico, quando do diagnóstico da doença e da sua gravidade, chama-se o psicólogo para lidar com as questões relativas ao sofrimento da criança e família. Ao realizar o cuidado com esse enfoque principal há que se reconhecer a ênfase nos aspectos biológicos dos processos de adoecimento e, principalmente, na compartimentalização da pessoa e dos cuidados. O cuidado no Hospital Especializado recebe predominantemente um enfoque disciplinar. A interdisciplinaridade implica um conjunto de relações recíprocas e de enriquecimento mútuo. Uma das exigências para o desenvolvimento deste enfoque é a tendência à horizontalização das relações de poder entre os campos disciplinares e entre os seus protagonistas. No período de estudo para este trabalho, nesse Hospital não esteve colocada como questão a divisão assimétrica do poder nas relações intra equipe de cuidado, especificamente da relação hierárquica dos médicos em face dos outros profissionais.

Esse enfoque determina então um empobrecimento do trabalho multiprofissional ao reduzir a organização do cuidado na garantia de acesso às várias disciplinas da área da saúde. O consultor, na sua entrevista, apresentou um juízo de valor em relação à insuficiência da abordagem multidisciplinar e a necessidade de se apontar para uma forma interdisciplinar de definir e realizar o cuidado. Entretanto, a questão de enfoque interdisciplinar no trabalho multiprofissional não foi colocada explicitamente como questão a ser abordada organizacionalmente.

Apesar dessas condições do trabalho multiprofissional estarem postas, a nova configuração trouxe inovações com potencial de criar mecanismo que estimulasse a horizontalização das relações entre as diferentes profissões.

Essas inovações têm a ver com outro eixo de articulação do modelo de atenção à saúde no processo de construção da nova configuração. A primeira foi a elaboração de novos formatos gerenciais que reforçassem alguns componentes desse modelo. A criação



de gerências multiprofissionais nas áreas de assistência colocou em foco a preocupação com a criação de mecanismos que favoreçam o aperfeiçoamento da coordenação do trabalho em equipe. A segunda inovação foi a criação de áreas assistenciais segundo o critério do foco no cliente/usuário, abandonando a lógica anterior de especialização do conhecimento.

O processo descrito neste trabalho não modificou a essência do modelo de atenção já existente no Hospital. As suas principais características já existiam na configuração pré-existente. A direção do Hospital não apresentou como objeto do processo de discussão necessidades ou problemas relativos às práticas da produção do cuidado. As solicitações apresentadas foram em relação à gerência do cuidado com o foco em como se lidava com os recursos envolvidos. A solicitação central da direção era a necessidade de envolver mais pessoas com a gerência.

Observa-se congruência entre os componentes constitutivos desse modelo. A partir da compreensão da determinação do processo saúde-doença como expressão de dimensões biológicas, psicológicas e sociais, foi desenhada uma organização da produção centrada na pessoa. O cuidado é realizado por equipe multiprofissional com ênfase no médico, na enfermeira e no psicólogo no cuidado ambulatorial; e na área de internação a ênfase é no médico e na enfermagem. Compõem também o cuidado oferecido profissionais da área de fisioterapia, terapia ocupacional, odontologia, serviço social.

Como já foi apontado acima, existem ações contraditórias, especialmente os processos de trabalho de cunho taylorista e o enfoque multidisciplinar, que fazem esse modelo da atenção não alcançar a sinergia possível.

No quadro abaixo se apresenta um resumo dos principais aspectos discutidos.

**Quadro 7 - Modelo de atenção à saúde do Hospital Especializado.**

| Hospital Especializado                      | Modelo pré-existente                                                            | Modelo Proposto                                                                 | Modelo Implementado                                                              |
|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| Entendimento do processo saúde-doença       | Determinação complexa: bio-psicosocial                                          | Determinação complexa: bio-psicosocial                                          | Determinação complexa: bio-psicosocial                                           |
| Papel de quem procura o serviço de saúde    | Cidadão-usuário (o ser humano com direito a receber o melhor do estado da arte) | Cidadão-usuário (o sujeito co-construtor do seu processo de cuidado e /ou cura) | Cidadão- usuário (o ser humano com direito a receber o melhor do estado da arte) |
| Posições individuais da área de cuidado     | Equipe Multiprofissional: enfoque multidisciplinar                              | Equipe Multiprofissional: enfoque Interdisciplinar                              | Equipe Multiprofissional: enfoque multidisciplinar                               |
| Tipo de agrupamento nas áreas assistenciais | Por especialização do conhecimento                                              | Por mercado→processo de cuidado-cliente                                         | Por mercado→processo de cuidado-cliente                                          |
| Diretrizes do cuidado                       | Vínculo / responsabilização Integralidade Equidade                              | Vínculo / responsabilização Integralidade Equidade                              | Vínculo / responsabilização Integralidade Equidade                               |
| Desenho dos processos de trabalho           | Atenção de enfermagem com modelo taylorista                                     | Atenção de enfermagem com modelo taylorista                                     | Atenção de enfermagem com modelo taylorista                                      |

### **Estrutura organizacional**

A estrutura organizacional existente no Hospital Especializado, até as mudanças descritas neste trabalho, passou por algumas alterações desde o seu surgimento em 1978. Podem-se reconhecer dois momentos distintos nessa fase pré-mudança.

O primeiro momento foi do seu nascimento até a construção do prédio do Hospital, com a incorporação de leitos próprios. A estrutura organizacional que foi criada inicialmente guarda coerência com alguns aspectos: porte, idade e seu caráter

especializado. Nos seus primeiros anos de existência, esse serviço de saúde era basicamente um serviço ambulatorial que funcionava em uma casa e utilizava leitos dos hospitais da cidade, quando necessário. Por ser um centro especializado, a diversidade dos seus sistemas técnicos é muito menor que nos serviços hospitalares gerais. Essas características, acrescidas da relevância do caráter empreendedor e da capacidade visionária de sua fundadora, levaram à construção de um desenho em que a parte chave era a cúpula estratégica.

Mintzberg, (1985), ao trabalhar com a idéia de configuração organizacional, identificou cinco tipos organizacionais básicos<sup>8</sup>. Um deles reúne as principais características desse primeiro ciclo: é a *estrutura simples* ou *organização empreendedora*. Nesse momento da vida organizacional, esse Hospital possui uma unidade operacional que era basicamente um ambulatório de onco-hematologia pediátrica, uma pequena estrutura de apoio administrativo, com uma cúpula dirigente centrada na sua fundadora. O mecanismo central de coordenação era a supervisão direta.

Esse desenho guarda coerência com os aspectos acima apontados (tempo de existência do Centro, seu tamanho e a menor diversidade quando comparada com outros serviços de saúde). Deve-se destacar que ele tem a necessidade de agilidade e capacidade para levar a cabo o projeto que se encontrava no seu início.

Era uma organização de pequeno porte mas com um projeto bem definido — de crescer em tamanho e em complexidade. Essa pretensão coloca em evidência uma questão essencial para a compreensão desse Hospital Especializado: o papel de liderança da dirigente. Desde o seu início, havia um projeto de tornar essa organização uma referência técnica e assistencial na área de onco-hematologia infantil. Entretanto, as relações sociais e de poder que se constituíram naquele momento tiveram como um dos seus componentes o delineamento de uma variante da estrutura simples, a organização carismática (Mintzberg, 1985). Ocorreu o reconhecimento da adequação, do valor, da necessidade de uma organização com esses propósitos e a convergência desses valores na figura dessa dirigente. Foram construídas relações dentro da universidade

---

<sup>8</sup> Estrutura Simples, Burocracia mecanizada, Burocracia profissional, Forma divisionada e Adhocracia

(para o engajamento da dirigente/fundadora nesse projeto), setores sociais da cidade — como as entidades beneficentes que apoiaram material e financeiramente o empreendimento — e a mídia que deram sustentação a esse projeto. Houve, ao longo desse processo, a constituição de uma rede de apoio que reconhece significado, que fornece legitimidade e que o ajuda na sua materialização. A dirigente faz parte desse tecido de relações de poder como a figura pública empreendedora. No espaço organizacional ocorreu o mesmo.

A parte chave da organização era a direção, na figura da sua principal executiva. A centralização do poder do processo decisório organizacional ofereceu condições para a ação empreendedora de que a organização precisava.

Esse primeiro ciclo organizacional se encerrou a partir do momento da construção do prédio do Hospital e a incorporação de leitos próprios, no início da década de 90 do século passado. No segundo ciclo da organização — dessa fase pré-mudança — o novo desenho foi influenciado principalmente pelo crescimento e pela alteração no seu sistema técnico<sup>9</sup>.

O modelo da burocracia profissional, apontado por vários autores como o que melhor explica as estruturas de hospitais (Mintzberg, 1985; Carapinheiro, 1993), não se aplica confortavelmente ao desenho que surgiu. Nesse tipo de configuração os operadores, principalmente os médicos, têm grande autonomia de decisão nos seus processos de trabalho. Nas organizações de saúde há sempre uma tensão entre a ação normativa que procura padronizar o trabalho (ganhos de eficiência) e a autonomia que seus operadores desejam e assumem.

Neste Hospital Especializado, essa autonomia sofreu forte restrição por parte da direção. Isso foi possível por uma conjugação de fatores. O primeiro e talvez mais relevante é que a sua executiva principal incorpora também o fato de ser importante referência técnica na área de atuação do Hospital (onco-hematologia infantil). Acrescente-se que a maior parte dos médicos que trabalha no Hospital foi formada pela própria

---

<sup>9</sup> Sistema técnico é aqui utilizado com referência aos instrumentos usados na essência operacional para produzir os produtos e serviços, diferenciando-se de tecnologia que se refere à base de conhecimentos.

dirigente/fundadora. Essa construção possibilitou que boa parte das habilidades e conhecimentos desses profissionais fosse formatada pela própria organização e pela sua principal dirigente. Nesse caso, a extensão alcançada pela padronização é grande quando comparada com outros hospitais. Concorrem para isso o tamanho da organização<sup>10</sup> e o fato de ser um hospital especializado, o que reduz a diversidade de processos assistenciais quando comparado com hospitais gerais. Essa organização foi capaz de reduzir a autonomia médica na condução clínica a muito pouco, quando comparada com o que ocorre em outros serviços hospitalares.

Essas características afastam o desenho desse Hospital do tipo ideal da burocracia profissional e o aproximam da burocracia tradicional (maquinal). Não se quer negar a autonomia dos seus operadores médicos mas destacar que essa é muito menor que em organizações semelhantes. Num *continuum* entre esses tipos, a configuração adotada nessa segunda fase encontrava-se mais próxima da burocracia tradicional que outros serviços de saúde.

Nas burocracias profissionais, devido à autonomia dos seus operadores nas decisões atinentes ao processo de produção, a parte chave é o seu núcleo operacional. Nesse Hospital, pela importância das padronizações de processos de trabalho, a parte chave dessa estrutura se desloca para os analistas (tecnoestrutura). Cabe salientar que o papel de analista, ou pelo menos a decisão final sobre os protocolos (padronizações), convergia para a pessoa da dirigente/fundadora devido ao reconhecimento técnico-científico de que gozava essa dirigente, o que contribuiu para o processo de centralização dessa configuração.

Os critérios de agrupamento nessa estrutura eram por função (especialização do conhecimento). Ainda que não houvesse um desenho bem desenvolvido, quando mencionado, o eixo era os agrupamentos dos médicos e suas especialidades e a enfermagem.

---

<sup>10</sup> Mesmo tendo crescido com a incorporação de leitos, é enquadrado como de médio porte, segundo a classificação do Ministério da Saúde do Brasil);

A questão da cultural<sup>11</sup> organizacional merece alguns comentários devido à relevância que assume para o entendimento desta organização. Esteve muito presente nas falas dos entrevistados e nos relatos da mídia o reconhecimento do valor da missão do Hospital focado na proposta de cuidar de crianças com câncer; na eficácia dos tratamentos (altas taxas de remissão no tratamento de algumas formas de câncer de origem hematológica), nos resultados obtidos com a humanização do cuidado e no papel desempenhado pela dirigente/fundadora nesse processo. O próprio consultor entrevistado enfatizou essa interpretação. Deve-se lembrar que o processo de seleção dos operadores levou à escolha de pessoas formadas na própria instituição. Pode-se questionar não como um achado deste trabalho mas como algo a ser investigado se os critérios de escolha incluem o compartilhamento desses valores. O que se pode afirmar é que esse compartilhamento de valores e crenças sobre o trabalho realizado e sobre o próprio Hospital ajuda fortemente a coesão organizacional.

Esses dois primeiros ciclos organizacionais se estendem até o ano de 2000, quando teve início o processo de discussão de configurações, e especificamente em 2001 quando ocorre a implementação da nova estrutura organizacional.

O processo de discussão levou à formulação de uma nova modelagem para a organização, influenciado principalmente pelo desejo da direção de aumento do envolvimento das pessoas com as tarefas de administrar as várias áreas de produção e de apoio, e da criação de uma estrutura que por seu perfil “profissional” pudesse substituir paulatinamente o modelo anterior centrado na figura da dirigente. Os consultores colocaram foco no processo de mudança acreditando no seu potencial instituinte de novos modos de produzir subjetividades. Entretanto, não se negaram a desenvolver soluções técnicas inovadoras, principalmente no sentido de instâncias gerenciais de negociação e pactuação. Apesar de desejos muito diferentes, a direção e os participantes do grupo de discussão chegaram a uma formulação comum. Os entrevistados, ao serem argüídos sobre a nova configuração, apresentaram o mesmo desenho. Durante as entrevistas, todos quiseram colocar no papel o que foi produzido pelo grupo de discussão, revelando uma forte identificação com o que foi proposto.

---

<sup>11</sup> Adota-se um conceito de Cultura como a forma pela qual os atores percebem o mundo a partir de seus valores, interpretam a realidade social e agem na vida da organização. (Vasconcelos, I. Notas de aula, 2003).

Foram dois os novos dispositivos propostos: a utilização de uma forma matricial nas áreas de cuidado e em algumas áreas de apoio, e a criação de instâncias gerenciais colegiadas.

Com a criação de novas formas de coordenação do trabalho ficou evidente a preocupação em instituir mecanismos que invistam no aumento da participação das pessoas no âmbito das gerências. Para tanto, foram desenhados dois tipos de gerências colegiadas multiprofissionais.

A instância colegiada que recebeu a denominação de Conselho Gerencial tinha como sua principal função assumir as atribuições da direção executiva do Hospital, o que Mintzberg (1985) denomina de cúpula estratégica. No seu desenho, esse comitê seria composto pela maioria dos gerentes do Hospital. A intenção foi a ampliação do grupo envolvido nas decisões estratégicas. O processo decisório organizacional seria regulado em espaço mais participativo. As decisões da vida e dos destinos do Hospital assumiriam um caráter coletivo no grupo de gerentes. Para os consultores, o Conselho era, de certa forma, a continuação do grupo de discussão que elaborou a proposta de nova configuração. Sua preocupação não era só com os produtos deste trabalho, mas também, e principalmente, com o próprio processo. O caminho percorrido pelo grupo, à medida que fosse construindo conjuntamente os mapas da organização — percebendo-se capaz e potente para participar da co-criação das soluções e propostas para o Hospital — poderia ensejar novos modos de viver e agir na vida da organização. O estabelecimento de uma nova contratualidade entre os participantes do grupo, onde os então dirigentes e os trabalhadores, tratados como proto-dirigentes ou proto-gerentes, pudessem assumir novas formas de protagonismo.

O segundo tipo de gerência colegiada foi desenhado para as áreas de cuidado e algumas áreas de apoio. Não foram formuladas alterações para as áreas de apoio administrativo.

Nas áreas de Ambulatório, Internação e de Alta Complexidade (Transplante de Medula Óssea, Unidade de Terapia Intensiva e Centro Cirúrgico) esses colegiados foram desenhados para envolver três especialidades: medicina, enfermagem e administração *sensu latu*, isto é, pessoa que estivesse ligada às áreas de apoio

administrativo. E nas áreas de assistência direta (as duas linhas de cuidado de crianças com problemas hematológicos e de crianças com problemas oncológicos), a proposta era envolver três especialidades: medicina, enfermagem e um representante das outras profissões da área de saúde (fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia e odontologia). As gerências colegiadas das linhas de cuidado receberam a designação de Grupo de Trabalho Multiprofissional (GTM).

A idéia foi colocar com responsabilidades gerenciais compartilhadas as especialidades (ou profissões) centrais de cada unidade de produção. Esse desenho explicita a necessidade de se estabelecer conversações entre os trabalhadores das diferentes especialidades do conhecimento a fim de operarem as áreas específicas. Ele não confronta os poderes corporativos, principalmente de médicos e enfermeiras. Ao contrário, trabalha por dentro dessas relações de poder. Não as nega, mas propõe um deslocamento dessas relações ao criar mecanismos incluídos de outras lógicas profissionais. Age ao mesmo tempo nos espaços de participação e na lógica do cuidado e da organização do cuidado.

Esse formato nasceu articulado à criação de uma matriz que envolveu as linhas de cuidado e as áreas de Ambulatório, Internação e de Alta Complexidade (Transplante de Medula Óssea, Unidade de Terapia Intensiva e Centro Cirúrgico) que foram concebidas como sendo de apoio logístico e administrativo ao trabalho das linhas de cuidado. Por isso, foi incluído alguém da área administrativa — além da enfermagem e medicina — naquelas áreas.

Nas duas linhas de cuidado — na medida em que foram desobrigadas das questões administrativas e logísticas — foi incorporado alguém das outras profissões da saúde (além de medicina e enfermagem) entendendo que a questão central desta gerência é a organização do cuidado.

A proposta foi a polarização das atribuições. De um lado, as unidades de apoio com as responsabilidades logísticas e, de outro, as áreas de atenção direta com a responsabilidade de organizar o cuidado, criando, com isso, um novo espaço de negociação. Estas últimas deveriam ser intra e inter gerencial.



A utilização desses dois dispositivos — a coordenação do trabalho e a utilização da lógica matricial — colocou em foco a preocupação do estabelecimento de espaços coletivos de interlocução, troca, negociação e pactuação. Esse alargamento do espaço de participação foi centrado somente no grupo de gerentes.

Por outro lado, todo esse novo formato aponta para um enfoque mais orgânico, ainda que não se possa afirmar o abandono de componentes da abordagem mecanicista. Esse aspecto não foi colocado de forma deliberada por nenhum dos entrevistados. Lawrence e Lorsch, em suas pesquisas na década de 60 do século passado, (Lawrence e Lorsch, 1967a; Lawrence e Lorsch, 1967b), já tinham feito descobertas importantes sobre a necessidade do uso de instrumentos de apoio para a implementação desse tipo de organização que enfatiza os espaços de negociação. Entretanto, não foi apresentado nenhum mecanismo de apoio ao desenvolvimento das capacidades e habilidades para a coordenação e resolução de conflitos; ou políticas de recursos humanos de reconhecimento e valorização do trabalho em equipe.

Essa configuração proposta modifica a burocracia profissional/maquinal pré existente ao enfatizar a participação das gerências, tanto nas decisões tático-operacionais com nas estratégicas. Ela combina dois formatos organizacionais propostos por Gareth Morgan (1989)<sup>12</sup>. No primeiro, o poder decisório organizacional é exercido por um comitê, a burocracia conduzida por comitê. E o segundo, a organização matricial pressupõe um balanceamento de poder entre os departamentos e os processos de trabalho. Nesse tipo de formato, o objetivo é garantir a convergência de esforços e a otimização dos recursos, aumentando a exigência de maturidade dos gerentes nas negociações dos conflitos de interesses.

Em um *continuum* de formas mecânicas e orgânicas, a burocracia conduzida por comitê, em combinação com um desenho matricial, coloca essa configuração numa posição intermediária entre esses pólos. A simples utilização do comitê como mecanismo de participação colocaria esse formato muito próximo do pólo mecânico, só perdendo em intensidade para a burocracia tradicional, que ele denomina de burocracia rígida. Entretanto, a presença da matriz exerce forte atração para o pólo orgânico.

---

<sup>12</sup> Gareth Morgan (1989) propôs seis formatos organizacionais num *continuum* que vai da burocracia rígida passando pela burocracia conduzida por comitê, burocracia com times inter-departamentais e grupos tarefas, organização matricial, organização baseada em projetos e, por último, a rede orgânica.

Ainda que não se possa afirmar a intenção consciente dos formuladores, há que se fazer o reconhecimento que o desenho proposto traz uma imagem de maior fluidez à vida da organização.

Houve mudança também em relação aos critérios de agrupamento na área assistencial. A especialização do conhecimento foi abandonada como critério de departamentalização, passando a se utilizar os critérios por mercado (Mintzberg, 1985). As linhas de cuidado foram articuladas segundo a condição do usuário, isto é, com problemas hematológicos ou oncológicos.

A configuração implementada sofreu modificações que alteraram aspectos importantes do modelo proposto.

O Conselho Gerencial foi implementado no ano de 2001. Existem atas das suas reuniões desde outubro do referido ano. A sua constituição respeitou a idéia de envolver gerentes de todas as áreas do Hospital. A análise das atas revelou, entretanto, que esse colegiado assumiu um papel de acompanhamento e análise da produção hospitalar e de problemas contingenciais. A dirigente/fundadora preside as reuniões e, nos relatos escritos, apareceu como a condutora das discussões, solicitando opiniões e apontando necessidades e tarefas a serem cumpridas pelos seus participantes. Na sua implementação não foi assumido até então o caráter de esfera deliberativa, passando a comportar-se como um conselho consultivo do Hospital.

As gerências das unidades de apoio — Ambulatório, Internação e de Alta Complexidade (Transplante de Medula Óssea, Unidade de Terapia Intensiva e Centro Cirúrgico) — perderam seu caráter colegiado, sendo que a direção escolheu enfermeiras para assumir estas gerências. A explicação oferecida foi a dificuldade verificada pela direção de que esse desenho de gerência fosse realmente exercida conjuntamente. Os relatos falam de desencontros e dificuldades de se ter horário comum. O motivo mais importante apresentado pela dirigente/fundadora foi a necessidade de recompor o espaço de poder das enfermeiras, já que no novo desenho não existem mais as gerências pelas corporações profissionais, sendo apontada especificamente a inexistência da gerência de enfermagem.

Além disso, a implantação dessas novas gerências recebeu pequeno apoio da direção. Não foram criados mecanismos de suporte e de institucionalização das gerências. As pessoas que assumiram essas novas gerências não tiveram suas responsabilidades assistenciais alteradas, isto é, essas novas tarefas foram acrescidas às anteriormente cumpridas. Além disso, a sua criação não foi acompanhada de políticas de remuneração diferenciada pelo desempenho do papel. A escolha dos gerentes ocorreu por eleição entre os participantes de cada nova área.

Com essas modificações, a configuração implementada apresenta-se como uma burocracia profissional/maquinal com um formato matricial nas áreas de cuidado.

No quadro abaixo foram resumidas as principais características da estrutura organizacional pré-existente, da proposta e da implementada.

**Quadro 8 – Estrutura organizacional do Hospital Especializado.**

| <b>Hospital Especializado</b>             | <b>Configuração pré-existente</b>                                                                                                           | <b>Configuração proposta</b>                                                     | <b>Config. implementada</b>                                                                                           |
|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Configuração básica                       | 1º. Momento: Simples / Carismática<br>2º. Momento: Burocracia Profissional $\longleftrightarrow$ Maquinal                                   | - Burocracia profissional / maquinal conduzida por Comitê<br>- Matricial         | - Burocracia profissional / maquinal<br>- Matricial                                                                   |
| Tipo de estrutura (ênfase)                | 1º. Momento: Orgânica<br>2º. Momento: Mecânica                                                                                              | Mecânica $\longleftrightarrow$ Orgânica                                          | Mecânica $\longleftrightarrow$ Orgânica                                                                               |
| Parte chave da estrutura (ênfase)         | 1º. Momento: cúpula dirigente<br>2º. Momento: tecnoestrutura (analistas)                                                                    | Linha intermediária (gerentes)                                                   | Linha intermediária                                                                                                   |
| Critério de agrupamento (ênfase)          | 1º. Momento: departamentalização incipiente<br>2º. Momento: por função (especialização do conhecimento)                                     | Por mercado: cliente / processo de trabalho                                      | Por mercado: cliente / processo de trabalho                                                                           |
| Regulação do processo de decisão          | 1º. Momento: baixa participação<br>2º. Momento: baixa participação                                                                          | Participativa nos Comitês de Gerentes                                            | Baixa participação                                                                                                    |
| Centralização / Descentralização (ênfase) | 1º. Momento: Centralização vertical e horizontal<br>2º. Momento: Centralização vertical<br>Descentralização horizontal limitada (analistas) | • Centralização parcial<br>• Descentralização vertical (ampliação das gerências) | Centralização parcial<br>Descentralização vertical limitada (ampliação das gerências) horizontal limitada (analistas) |

## Poder

Na discussão sobre poder, a contribuição de Max Weber (1991) é central. Um aspecto que se destaca na sua abordagem a esse tema é a relação da questão do poder e da sua legitimidade, isto é, as justificativas para impor a própria vontade a outrem numa

relação social. Segundo este autor, a possibilidade de continuidade do poder de controle está na crença da sua legitimidade. A discussão do poder e da suas bases de legitimidade é fundamental para entender as burocracias. Weber relata três tipos de poder legitimado: o *tradicional*, o *carismático* e o *racional*.

Para este estudo de caso interessa especialmente o poder de caráter carismático. No caso desse Hospital, as bases de legitimidade do exercício do poder têm como sustentação a história da sua criação e da sua criadora. Deve-se lembrar de que foi esta que vislumbrou a necessidade e a oportunidade para a criação de uma organização com essas características. Há o reconhecimento de que a sua existência, o valor técnico e social dessa organização estão ligados umbilicalmente à capacidade, determinação e persistência dessa mulher. Além disso, ela viabilizou a materialização dessa visão. Todos os entrevistados admitem uma relação indissociável da criadora com a criatura — o Hospital é a dirigente/fundadora e a dirigente/fundadora é o Hospital.

A legitimidade do poder nesse Hospital não tem como base única o caráter carismático. Na verdade, há uma combinação de formas de controle. Outro modelo de legitimação do exercício do poder nessa organização é a racional. Há todo um ordenamento formal legal que oferece base para o direito de mando. O que lhe é particular é a sobreposição dessas bases de legitimidade, carismático e racional, em uma única pessoa. Como assinalado em capítulo anterior, a dirigente/fundadora, ao longo dos 25 anos de vida da organização, sempre ocupou algum cargo na Diretoria, sendo atualmente a presidente da Diretoria do Hospital.

É peculiar essa combinação porque, ao se olhar pelo caráter racional legal, presente com suas ordens instituídas e o direito de mando, poder-se-ia entender essa organização como uma das formas burocráticas. E não que não tenha também essa conformação, mas essa história criou um campo de tensão onde o seu poder pessoal ganha extrema relevância.

O olhar weberiano, apesar de revelador da conformação do poder nesta organização, deixa cantos escuros que podem ser iluminados com a contribuição de outros autores. Testa (1992), ao tratar especificamente dos serviços de saúde, ajuda a dar mais nitidez a esta análise. Ele sustenta que a questão do poder nas organizações pode ser

abordada por dois ângulos: os resultados do seu exercício e o que diferencia tipos específicos. Interessa para esta análise a tipologia que construiu e que aplica ao setor saúde. Os tipos principais de poder, no caso desse setor, são denominados por este autor de *técnico, administrativo e político*.

A análise do *poder técnico* é particularmente importante neste Hospital. Testa (1992) ressalta que o poder técnico ocupa-se de vários aspectos. Um desses são as informações médicas com as quais os profissionais lidam em relação à pessoa sob cuidados. O reconhecimento da capacidade de curar doenças e salvar vidas oferece aos profissionais de saúde, essencialmente os médicos, uma outra linha de autoridade dentro dos serviços de saúde que se contrapõe à linha de autoridade da direção. Nesse Hospital não é diferente. Nas entrevistas, foi claramente apresentado o reconhecimento desse poder. Na disputa pelos recursos, os médicos lutam pela sua autonomia de escolha e pela eficácia da ação clínica e a linha da administração pelo controle da decisão e pela ênfase na eficiência no uso dos recursos. Foram relatadas algumas situações, como as disputas em torno das escolhas de medicamentos em alguns tipos de tratamento.

Entretanto, nesse serviço, isso ocorre com alguns nuances. A linha de autoridade da administração superior é exercida por uma profissional médica que tem o reconhecimento — interno e externo ao serviço — de ser uma das maiores especialistas na área de onco-hematologia pediátrica do país. Então, tem-se uma situação muito específica na qual, nas disputas por recursos entre os protagonistas dessas duas linhas de autoridade, o ator organizacional que assume a ação da administração superior acumula também capacidade técnica reconhecida para fazer a disputa.

O poder técnico reforça os vários papéis que essa dirigente desempenha. Testa (1992) aponta alguns dos âmbitos em que opera esse tipo de poder. Destaca-se aqui a docência e a pesquisa. A dirigente/fundadora é docente da área de pediatria da universidade pública, dedicando-se especificamente à coordenação de um centro de pesquisas onco-hematológicas, da mesma instituição. É pesquisadora reconhecida nacional e internacionalmente nessa área, existindo, inclusive, uma doença hematológica com o seu nome em reconhecimento à sua descoberta.

O segundo tipo de poder, segundo Testa (1992), é o *poder administrativo*, traduzido na capacidade de se apropriar de recursos e de atribuí-los. Nesse Hospital Especializado, a instância formal legal que possui esse poder é a Assembléia Geral. No entanto, os entrevistados dizem que a palavra final é da dirigente/fundadora. Mesmo esta dirigente reconhece que seu papel não se limita à direção executiva e que, na verdade, o único limite à sua vontade, no que tange às decisões mais estratégicas, é o montante de recursos disponíveis na organização. Clegg (1993), ao abordar a questão do poder nas teorias organizacionais, afirma “*Visto desta maneira, o poder transforma-se, então, em uma capacidade fundamentada sobre o controle de recursos...É a dependência de X em relação aos recursos de Y que reforça o poder de Y*”

O último componente da tipologia proposta por Testa é o *poder político*, entendido como a capacidade de desencadear mobilização em grupos sociais em demanda ou reclamação de seus interesses ou necessidades.

A história de criação do Hospital é reveladora dessa capacidade de mobilização. A partir de uma determinada visão da realidade — isto é, da necessidade técnica e social desse tipo de equipamento de saúde — e o vislumbre da oportunidade da sua criação foi desencadeado um movimento que, desde o seu início e que se estende até hoje, envolveu atores sociais ligados à filantropia, pessoas e empresas e mesmo governos que materializam seu apoio na forma de reconhecimento público e de recursos materiais e financeiros. Essa capacidade de mobilização dependeu de uma associação especial de saberes. O saber científico que possibilitou a percepção da necessidade deste tipo de organização e de saber empírico para perceber o apelo que as doenças — especialmente o adoecimento de crianças com câncer — têm sobre determinados atores sociais. Esse tipo de decisão acima referida, na qual intervêm dados objetivos e percepções pouco ou nada estruturadas, foi muito bem discutido por Motta (1991) em um texto sobre a participação da razão e da intuição nos processos de decisão nas organizações. Este autor afirma que os dirigentes, ao contrário da visão acadêmica tradicional, tomam decisões através de um processo intuitivo, onde a experiência, o hábito e o inconsciente são determinantes. O processo intuitivo trabalha com fatores emocionais, políticos, de oportunidade e de sensibilidade que a visão racional não faz. Nesse entendimento, o processo de “construção” de um futuro possível articula as

informações com aspectos como imagens, sentimentos, desejos produzindo idéias, visões e decisões que estão além da lógica dos fatos. A decisão da criação deste serviço ilustra muito bem o valor do intuitivo nas decisões dos dirigentes.

Essa capacidade de mobilização, segundo Testa (1992), pode ser considerada, simultaneamente, como uma prática que impacta os atores sociais envolvidos — tanto os mobilizadores como os mobilizados.

O poder político pode assumir algumas possibilidades a partir da combinação do saber e da prática (Testa, 1992). Nesse Hospital, ele assume duas combinações preferenciais. A hegemônica — na medida em que a sua existência é a realização da liderança e a viabilização do projeto da dirigente/fundadora — e a segunda, que pela subordinação dos trabalhadores ao comando centralizado na direção do Hospital, assume características da burocracia (Motta e Vasconcelos, 2002).

Testa (1992) faz um diálogo aqui com Weber, uma vez que afirma: *“Cada uma das formas adotada pelo poder político está apoiada por uma base formal que lhe outorga legitimidade...”*.

Reafirma-se então, como bases principais de legitimidade do poder neste Hospital, o caráter carismático e o racional-legal.

Uma manifestação desse poder político foi a capacidade da direção do Hospital de desencadear um processo de discussão sobre um novo modelo de gestão para o si. Como revelam os relatos, esse processo foi iniciativa da direção, durou cerca de 18 meses, teve a participação constante das suas dirigentes e envolveu vários outros atores organizacionais, inclusive os dois consultores externos.

Ao olhar a conformação do poder nessa visão macroorganizacional, pode-se afirmar que há uma situação de concentração ímpar de poder no Hospital. Existe uma peculiar sobreposição de bases de legitimidade na direção da organização, focada na figura da dirigente/fundadora.



O eixo analítico utilizado até agora para tratar desse tema aponta para uma leitura do poder como soma zero, isto é, para que um determinado ator organizacional ganhe poder outro tem que perder. Nessa linha, poder é um conceito-estoque e, portanto, finito. Esse foco de análise do poder não permite o reconhecimento dos muitos poderes existentes nas organizações e que nesse tipo de análise não podem ser revelados.

Apesar de não ser objetivo deste trabalho analisar a questão do poder na perspectiva foucaultiana, ela está aqui colocada pois ajuda a entender a condução e a construção dos consultores.

Michel Foucault se contrapõe a esse conceito-estoque de poder. Para ele, poder é um conceito-fluxo — só existe em ato. O poder é continuamente construído e reconstruído nas relações sociais na forma de discursos e práticas. Esse autor escreveu: *“Poder não é algo que se adquire, ou se toma ou compartilha, algo que se detém ou que se abre mão.”* (Foucault, 1981).

Ele construiu uma discussão sobre esse tema a partir do eixo, conhecimento, poder e a produção de subjetividade. Segundo ele, o poder está associado às práticas, técnicas e procedimentos, isto é, a saberes constituídos, instauradores de processos produtores de sujeitos.

Segundo Prestes Motta (1986), esse autor não aceita pensar o poder somente na lógica dominação-submissão. A ação coercitiva abre espaço para movimentos de resistência e negação de determinada ordem de coisas, abrindo muitas possibilidades de expressões dessas relações.

A ação organizacional significa poder enquanto prática social, o que Foucault denominou poder disciplinar — o poder como processo de normatização de condutas e de práticas. Esses processos são construtores de subjetividades na medida em que representam maneiras pelas quais pessoas e grupos sociais são inscritos e normalizados em determinadas ordens organizacionais.

Os conceitos desenvolvidos por Foucault nos dão, além de instrumentos conceituais para melhor entender o processo de criação/consolidação, parte das soluções encontradas/construídas para o Hospital. Ao propor um modo de entender o poder muito mais próximo do dia-a-dia das pessoas, e ao revelar seu caráter de construtor de subjetividades abre novas possibilidades de análise do que ocorre nas organizações.

A análise do poder numa abordagem weberiana, mais tradicional, pode levar à idéia de soma zero, onde para alguém ganhar poder outro tem que perder. O uso da ótica de Foucault descortina o processo dinâmico-relacional do poder. Com isso se coloca em destaque a pertinência e a necessidade do reconhecimento das redes de pessoas e de grupos que, de forma multivariada e instável, se conformam, se subordinam e se contrapõem, enquanto exercem as relações de poder na sua atividade cotidiana.

Com esse olhar se pode rever todo o processo de surgimento e consolidação desse Hospital Especializado. A sua formulação enquanto idéia abstrata partindo de uma pessoa encontra ressonância em redes sociais já existentes. Pôde-se identificar: as entidades filantrópicas da cidade e os meios de comunicação. Uma entidade filantrópica ofereceu prédio para seu funcionamento inicial e apoio financeiro para a implementação do primeiro ambulatório do Centro. Os meios de comunicação (televisão, jornais, rádios da cidade) desde o início, desenvolveram uma atitude de apoio com ampla divulgação do valor do empreendimento e dos resultados obtidos. Houve a construção de significados desse empreendimento baseada na mensagem central do cuidado a crianças com câncer e do sucesso terapêutico desse empreendimento. Aliada a isso, veio a idéia do empreendimento liderado por alguém muito capacitado tecnicamente e acima de interesses individuais (a dirigente/fundadora nunca foi remunerada pelo Centro). Essa rede de relações sociais de apoio ao empreendimento se materializou em grandes recursos materiais e financeiros utilizados para a construção do Hospital, compra de equipamentos e manutenção do seu custeio. Houve, na verdade, a constituição de um sujeito social de apoio e sustentação ao Hospital. Esse sujeito coloca a dirigente/fundadora — e ela assume esse papel — como a figura pública para quem converge a maior visibilidade.

Para dentro da organização, esse reconhecimento e a força dessa rede possibilitam a liberdade de ação observada nessa dirigente. Essa situação foi garantida pela ação disciplinar coercitiva como os protocolos clínicos, o processo decisório organizacional centralizado e outros, como por exemplo a “tradição” da fundadora sempre ocupar cargos de direção. Além disso, os entrevistados apontaram relações de mútuo apoio entre a dirigente/fundadora e as enfermeiras ou, pelo menos, com aquelas que protagonizam o trabalho gerencial, ainda que não fossem gerentes reconhecidos formalmente. E também dessa dirigente com pessoas da área de faturamento do Hospital.

Toda essa maneira de olhar a organização coloca para a análise uma questão crucial. A dirigente/fundadora é a parte mais visível de uma rede social, de relações de poder que oferece sustentação ao Hospital. A dirigente não é nem vítima nem algoz, mas um dos seus principais protagonistas.

Foi possível, com o material coletado, a identificação de um movimento de resistência à ação normativa da direção do Hospital, no que toca à perda de autonomia dos médicos na escolha dos medicamentos para tratamento dos diferentes tipos de câncer. Nessa disputa, os médicos oncologistas fazem uma oposição aos critérios utilizados, e principalmente aos limites impostos pela dirigente/fundadora. O fato foi relatado pela própria dirigente e pelo consultor entrevistado. O resultado final da disputa foi que esse grupo de médicos oncologistas saiu do Hospital e não houve mudanças nos protocolos.

Essa situação parece retratar o resultado desses movimentos de resistência dentro do Hospital. Até o término da observação deste trabalho não ocorreu nenhum movimento capaz de se contrapor eficazmente à rede que sustenta a sua existência.

Na modelagem organizacional proposta, a questão do poder foi tratada com entendimentos e perspectivas diferentes pela direção do Hospital e pelos consultores.

A compreensão do tema na visão foucaultiana, focada nas relações de poder e na construção de subjetividades, auxilia a análise do processo de construção da nova configuração e da própria configuração proposta, na perspectiva dos consultores.

As correntes teóricas compreendidas sob a denominação de Análise Institucional (Baremblytt, 1992) são outro referencial essencial para o entendimento da formulação e ação dos consultores. Como já discutido em capítulo anterior, para essa abordagem, as organizações existem não como objetos únicos, externos às pessoas, mas como locais de conversações múltiplas, simultâneas, contraditórias, de interesses em disputa que buscam configurar cenários favoráveis aos interesses de vários sujeitos. Os institucionalistas rejeitam a idéia de que o mundo das organizações seja natural. Para eles, as organizações são uma construção social a partir de determinantes econômicos, políticos, sociais e das relações intersubjetivas das pessoas. Acreditam que as mudanças históricas

são resultado de movimentos que partem da dimensão microssocial ou molecular (Barembritt, 1992; Guattari, 1993). E por isso manifestam a intenção de estimular a constituição de processos que favoreçam a capacidade dos coletivos humanos de reconhecer as suas necessidades e demandas e ganhar poder de intervenção sobre os seus destinos.

A convergência do entendimento sobre poder de Foucault e as contribuições do movimento institucionalista iluminam a trajetória dos consultores no trabalho do Hospital.

Houve uma aposta, por parte dos consultores, na criação de um processo que abrisse espaço para que novos atores organizacionais pudessem se manifestar e se constituir como protagonistas da criação de uma nova configuração. Esse processo foi criado como um dispositivo instituinte ou organizante (Barembritt, 1992), com capacidade de favorecer que esses atores pudessem participar na condução da organização, como um novo sujeito criador de sua própria lógica, capaz de assumir a condução da inovação e da mudança organizacional segundo suas demandas, não mais submetidos à lógica gerencial hegemônica.

O processo ocorrido para a elaboração da nova configuração, conduzido pelos consultores, caminhou segundo esse eixo de intervenção. Ao propor a construção de vários mapas organizacionais, começando pelos conflitos, os consultores envidaram esforços no sentido de propiciar o aumento da capacidade dos novos atores de entenderem e se apropriarem da lógica dessa organização específica, com suas normas, seus ordenamentos, suas técnicas e das relações de poder existentes.

Esse investimento aposta na produção de um novo ordenamento, de forma a que, nesse processo de construção, as relações estabelecidas contaminem o mundo organizacional com relações de poder que contenham os objetivos e as demandas desses novos sujeitos.

Os consultores colocaram-se como agentes de uma determinada mudança, onde o foco principal foi o favorecimento para que novos protagonistas pudessem ter expressão e autonomia para participar do processo social/organizacional de uma nova organização.

No concreto, a condução do processo de elaboração da nova configuração evidenciou um recorte no universo de atores organizacionais do Hospital. Foram convidadas pessoas que já tinham atividades gerenciais formais ou informais e/ou tinham possibilidades de vir a ser. Isso ficou evidente no momento da implementação da nova configuração, quando a maior parte das gerências foi ocupada por membros desse grupo de discussão. O que interessa aqui foi que o recorte dado abriu espaço de participação aos gerentes existentes ou a proto-gerentes. Com isso, houve uma demarcação de quem seriam os novos protagonistas. A ágora desse serviço não inclui todos os trabalhadores, nem faz menção à democracia participativa, em nenhum momento passou perto de qualquer proposta de organização coletivista democrática (Rothchild e Allen, 1989).

Os consultores trabalharam com a idéia do *poder com*. Motta (1991), ao escrever sobre liderança e poder, denomina esse exercício de *corretagem do poder* na qual acredita-se que as relações de poder, entre os atores organizacionais, possam ser conformadas em alianças de forma a construir uma corretagem entre os interesses.

Pode-se reconhecer na proposta dos consultores o investimento no poder político (Testa, 1992), na medida em que investiram em dispositivos com potência de despertar alguns atores organizacionais para demandar seus interesses e desejos.

A direção, por seu lado, viu na proposta dos consultores elementos que propiciariam o envolvimento de novos atores com a organização. Isso vinha ao encontro dos seus desejos — um aumento do número de pessoas envolvidas, especialmente com a gerência. O sentido foi a construção de um processo que levaria à criação de uma base de cooperação racional. Seriam novos protagonistas desse processo de gestão, mas emoldurados pela conservação da lógica organizacional já existente. Ao se olhar essa perspectiva pelo prisma foucaultiano de relações de poder, o investimento era de que não haveria mudança no processo produtor de subjetividade ou na rede social que vem mantendo o Hospital. O mote era mudar para manter as coisas como estão, ou desenvolver alguma forma de adaptação, para lidar com o crescimento organizacional, sem mudar seu imaginário.

Um autor que pode ajudar a explorar essa concepção é Talcott Parsons. Sociólogo norte-americano (1902-1979), foi um dos principais responsáveis pelo desenvolvimento da perspectiva funcionalista e sua aplicação aos sistemas organizacionais. Esse autor ajuda o entendimento da noção de poder embutida nas escolhas da direção. Toda a obra de Parsons aponta para o estudo dos mecanismos que garantam a sobrevivência dos sistemas sociais e dos sistemas organizacionais. Cecílio e Moreira (2002), ao trabalharem a questão do poder nas organizações de saúde, afirmam que para Parsons o poder está ligado à busca do consenso e do atingimento das metas organizacionais. Há um afastamento, nas concepções desse autor, do poder da idéia de força ou de relação de dominação. Cecílio e Moreira (2002) denominam a perspectiva parsoniana de poder de “confluência de interesses”.

Nessa perspectiva, o processo de discussão que levou a elaboração da nova configuração representou um processo de envolvimento que ofereceria como resultado a garantia da manutenção da lógica e da ordem da organização. A perspectiva é do *poder de*, onde a racionalidade é a utilitária. A participação nesse caso é aceita como uma estratégia para melhor atingir os objetivos da organização. Desde a solicitação inicial da direção, figurava a necessidade de adaptar a organização ao crescimento ocorrido, tendo como um dos elementos o aumento do envolvimento das pessoas com a organização e especialmente com a gerência. Esse encaminhamento vai ao encontro de algumas linhas de estudo da teoria das organizações que se enquadram nas características gerais da Teoria Geral dos Sistemas e do Funcionalismo. A busca da adaptação das pessoas às exigências organizacionais, e no caso em tela, às modificações ocorridas nos sistemas técnicos, teve no Instituto de Relações Humanas de Tavistock na Inglaterra, um grupo de estudiosos, que entre 1946 e a década de 70 do século passado, desenvolveu extensa produção onde identificam dois subsistemas das organizações — o sistema técnico e o sistema social (Trist, 1981). Uma das grandes mensagens do que ficou conhecido como Modelo de Tavistock é que a organização eficiente precisa levar em conta as demandas colocadas pelo ambiente externo, desenvolvendo adaptações aos sistemas técnicos importados e das pessoas a esses sistemas.

Uma das questões que a perspectiva de mudança da direção levanta é o negligenciamento ao papel que as contradições representam dentro do mundo organizacional. É claro que as questões do crescimento e do aumento da complexidade do Hospital são relevantes, mas são abordadas pela direção de uma forma naturalizada, abstraindo-as ou não dando importância à dinâmica dos desejos e aspirações das pessoas e grupos. Reconhece-se na proposta da direção o desejo de instituição de um quadro administrativo burocrático, que ofereceria legitimidade formal para exercício do poder de mando. O investimento foi na constituição de uma nova hierarquia — as gerências — que pudessem exercer uma dominação legal (Weber, 1991).

O processo de discussão para elaboração da proposta de nova configuração para o Hospital ocorreu apesar das diferenças apontadas nas concepções e no sentidos do exercício do poder entre os consultores e a direção. O consultor, ao comentar esse processo, relatou que após um tempo de trabalho surgiram entre os consultores dúvidas em relação à real disposição da direção em colocar em discussão as questões centrais e em implementar as mudanças pactuadas. Essas dúvidas, entretanto, não chegaram a impedir a continuidade do trabalho.

As diferenças foram se tornando evidentes à medida da implementação, sob responsabilidade da direção. Enquanto o grupo de discussão existiu, parte desse processo passou por ele, mas uma vez encerradas suas atividades, a direção assumiu essa responsabilidade. Não houve a constituição de nenhum grupo de apoio ou monitoramento desse processo.

Até o término deste trabalho, a força da presença da dirigente/fundadora, com o caráter carismático, mantém-se presente. Essa situação não é inesperada, pois em nenhum momento cogitou-se da ausência dessa dirigente do Hospital. As relações construídas que a alimentam e sustentam continuam presentes.

É verdade que as novas gerências foram criadas e implementadas. Existe uma nova ordem administrativo-gerencial que respeita a configuração proposta. Entretanto, ela não alterou a base principal de legitimidade do poder nesse Hospital Especializado, a carismática. Aparece, no entanto, com mais força outra base de legitimidade, a racional

legal (Weber, 1991). Os questionamentos em relação a essas bases de legitimidade apareceram nas entrevistas, mas os relatos apontam que essas disputas não alteraram o *status quo*. A rede de apoio que dá vida a essa organização, do jeito como ela se conforma, garante sua manutenção. Apesar de não ser objetivo deste trabalho identificar novos sujeitos na organização, pode-se afirmar que o que foi implementado aponta para a incapacidade de se alterar a lógica hegemônica.

No quadro abaixo se apresenta um resumo da leitura das configurações pré-existentes, propostas e implementadas segundo a categoria poder.

**Quadro 9** - Poder como elemento da configuração organizacional do Hospital Especializado.

| Hospital Especializado       | Configuração pré-existente                                                           | Configuração proposta                                                                                                                       | Config. implementada                                         |
|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| Tipologia de poder (ênfase)  | •Carismático<br>•Administrativo                                                      | •Direção: Racional<br>•Consultores: Político                                                                                                | •Racional<br>•Carismático                                    |
| Conceito de poder (ênfase)   | Poder soma zero.<br>Autoridade como consentimento e obediência (Weber)<br>•Liderança | Direção: Confluência de interesses (Parsons) → gerentes<br>•Consultores: relações de poder produtora de modos de subjetivação               | •Confluência de interesses (Parsons) → gerentes<br>Liderança |
| Exercício de poder (prática) | •Autoritário (poder sobre)<br><br>Hegemonia                                          | Direção: Participativo no corpo gerencial (poder de)<br><br>Consultores: Corretagem de poder / participativo no corpo gerencial (poder com) | Hegemonia<br><br>Consultivo no corpo gerencial               |

## 7f - CONCLUSÕES

O processo de mudança, descrito neste trabalho e analisado a partir do olhar dos consultores e da direção, aponta para algumas questões.



As intenções dos atores organizacionais focados neste trabalho eram muito diferentes. A direção trouxe para os consultores o pedido de encontrar uma nova forma de fazer a organização funcionar frente ao seu crescimento e de prepará-la para o momento da retirada da sua principal dirigente e criadora. O desejo manifestado foi por uma profissionalização da gerência, por um desenho organizacional que aumentasse a participação das pessoas nas tarefas gerenciais, e que ao mesmo tempo oferecesse um aumento da previsibilidade do comportamento organizacional.

Uma segunda justificativa apresentada para a necessidade de uma nova configuração foi a necessidade do Hospital se preparar para continuar sem a dirigente/fundadora, já que se vislumbra a sua aposentadoria. Aqui apareceu o desejo de obter uma mudança guardando as características de sucesso do Centro e, mais do que isso, mantendo essa transição sob o controle da direção. O horizonte de tempo apresentado foi de longo prazo (10 anos).

A profissionalização solicitada pela dirigente está ligada à idéia da burocracia com a previsibilidade do comportamento da organização, o que, na verdade, é a expressão do desejo de que a mudança pretendida deveria manter tudo do mesmo jeito. Sob esse olhar, a mudança tem como foco o ambiente interno e como tema central o controle do ambiente da tarefa utilizando, neste caso, a autoridade gerencial profissional. A preocupação é com a redução das incertezas e com o aumento da confiabilidade.

A lógica do controle ficou evidente com a posição assumida pela direção na condução exclusiva da implementação da nova configuração. Como Miller (1997) apontou, as mudanças que tomam como base o imperativo estrutural, como a pretendida pela direção do Hospital, estão geralmente ligadas à resistência a mudanças radicais frente às crises. A mudança deve ser um ajuste, uma adaptação ao bem sucedido modelo existente no Hospital.

Os consultores identificaram esses pedidos da direção e concordaram com eles. Entretanto, trouxeram para esse processo de mudança uma visão de mundo e um entendimento de mudança organizacional muito diferentes. Eles se propuseram a investir num processo que facilitasse aos trabalhadores do Hospital se apropriarem dos problemas,

dos recursos e das tecnologias existentes na organização e, com isso, assumirem um papel individual e coletivo de protagonismo da mudança pretendida. Motta (1997) denominou essa perspectiva de mudança de cultural. Nela, a questão central é a substituição de uma programação coletiva existente — no caso de submissão aos desejos da direção — por uma nova identidade compartilhada.

Essas visões, diferentes e contraditórias, não foram obstáculo para a pactuação de um modo de conduzir a elaboração da nova configuração para esse serviço.

A construção desse pacto foi possível na medida em que houve um mútuo reconhecimento de valores. A direção se identifica com os consultores pois são professores universitários da mesma universidade, de sucesso reconhecido na sua área, tanto na produção teórica como, e principalmente, na implementação das suas idéias. Os consultores, por seu lado, fizeram o reconhecimento do valor do Hospital como organização de caráter público, com grande qualidade assistencial e também o valor da dirigente/fundadora pela sua dedicação, capacidade técnica e competência profissional.

Pode-se reconhecer um componente especular nas pessoas envolvidas na medida em que todos se vêem refletidos na competência e no sucesso dos outros. Mas essa situação possibilitou também a criação de uma base de entendimento entre as dirigentes e os consultores que levou o processo de mudança a se realizar.

A noção de alteridade<sup>13</sup> nos ajuda a explicar a relação construída entre consultores e dirigentes. Não houve nessa relação a utilização das pessoas como instrumentos para a satisfação de interesses próprios. Por um lado, houve o reconhecimento pelos envolvidos que tinham aspectos, dimensões pessoais e profissionais muito próximas; por outro, o reconhecimento de grandes diferenças de visão de mundo. O centro desse momento foi o estabelecimento de um acordo cujas bases foram a utilização de um método participativo que envolvesse os trabalhadores e no qual as dirigentes pudessem assumir o papel de co-autoras do novo formato. Houve a realização de um “contrato” entre esses atores organizacionais.

---

<sup>13</sup> Segundo Fernando Motta (1994), a noção de alteridade se refere às modalidades específicas de que se revestem nossos contatos com outros seres. Tais modalidades implicam que aceitemos vê-los em suas singularidades, o que significa a não-aceitação dos outros seres enquanto instrumentos para nossa satisfação.

No aspecto mais operacional, o desejo de envolver as pessoas com a organização, ainda que por prismas muito diferentes e contraditórios, ofereceu as condições mínimas para o trabalho em grupo e para elaboração da nova configuração.

O grupo de discussão foi montado pela direção e envolveu trabalhadores, na sua maioria universitários, tratados como proto-gerentes ou como gerentes. Esse processo ocorreu segundo o olhar institucionalista proposto e aceito pelo grupo. Foram construídos vários mapas da organização: conflitos, processos de trabalho e de coordenação do trabalho assistencial. As falas dos entrevistados relatam participação das pessoas com maior ou menor intensidade. Houve o reconhecimento de que o grupo foi um espaço de discussão e de disputas, principalmente com os médicos que participaram especialmente nesses momentos. Esses embates não impediram o grupo de chegar à elaboração de uma proposta comum.

Os resultados desse processo foram apresentados de forma distinta pelos dois atores. As dirigentes apontam as soluções encontradas para o novo formato, principalmente as linhas de cuidado. Seu olhar foi para o resultado, a nova estrutura organizacional.

O consultor, por seu lado, reconhece as soluções elaboradas, principalmente os espaços gerenciais colegiados; os dispositivos de estímulo ao trabalho multiprofissional e interdisciplinar; e o desenho matricial das unidades de apoio ao cuidado com as linhas de cuidado. Ele coloca destaque também no caminho percorrido com a construção dos mapas da organização e nas possibilidades de novos protagonismos. Entretanto, colocou várias vezes em dúvida a real disposição da direção em realizar as mudanças desenhadas. Segundo seu depoimento, ocorreram momentos de desânimo pela sensação de não-mudança.

A proposta de nova configuração traz a criação de gerências colegiadas (Conselho Gerencial e gerências colegiadas nas áreas de cuidado) que colocam duas ênfases: a participação dos gerentes no processo decisório organizacional e o trabalho multiprofissional e interdisciplinar. Houve uma aposta no estabelecimento de novas relações de poder — mais horizontalizadas e solidárias entre as corporações profissionais — especialmente das profissões da área da saúde. Utilizou-se, para tanto, um desenho de molde matricial, que colocou em foco a necessidade de mútuo apoio entre as áreas e a

exigência de novas habilidades para sua implementação. O eixo de participação nos processos de decisão em nenhum momento abordou a questão da democracia institucional. Os cidadãos constituídos e constituintes desse processo organizacional são os trabalhadores que assumem formal ou informalmente papéis gerenciais. Nessa organização, então, se está falando de pessoas com formação universitária.

Nesse processo de elaboração da nova configuração não foram abordadas as ações a serem desenvolvidas de suporte à implementação da formulação proposta.

Não foi instituída instância colegiada de acompanhamento. A responsabilidade ficou “naturalmente” com a direção. Essa decisão, ainda que não explícita e formal, vai ao encontro do olhar e do desejo que a direção tem da mudança. Por esse olhar, o eixo da mudança é a nova estrutura: a instituição das linhas de cuidado e das áreas de apoio ao cuidado; a nomeação das gerências colegiadas e a criação do Conselho Gerencial.

Em consonância com esse olhar “estrutural”, não foram desenhadas outras ações complementares como: apoio para o desenvolvimento de novas habilidades de negociação; apoio ao trabalho multiprofissional sob o enfoque interdisciplinar; política de recursos humanos que reconheçam, avaliem e valorizem o trabalho em equipe. Além disso, cabe ressaltar que as novas gerências foram criadas, mas os gerentes não são remunerados para tal, e não têm um tempo específico para o desempenho deste papel.

A continuidade do processo coletivo de construção perdeu força. De um lado, a direção, entendendo que o processo de certa forma era auto-aplicável, mas não “podendo” ver essa necessidade. De outro, os consultores, sentindo-se desgastados com a dúvida quanto a se a mudança era “para valer mesmo”. Não foi possível pactuar a vivência desse momento de implementação. No momento da concretização da nova configuração ficou nítido que o processo pactuado serviu para a elaboração do novo formato organizacional. Ele não se estendia à sua implantação. A direção não podia ver a necessidade de continuar o processo de construir e reconstruir as novas redes de contratualidade, as novas relações de poder, os conflitos, as novas e velhas coalizões, sentindo-se os consultores esgotados nas suas possibilidades de intervenção.

O olhar “estrutural” da direção favoreceu a que a nova configuração fosse implementada de maneira semelhante à antiga. Assim, o Conselho Gerencial passou de instância deliberativa do Hospital para um fórum de acompanhamento, com isso mantendo a centralização na figura da dirigente/fundadora. As gerências colegiadas nas unidades de apoio ao cuidado não sobreviveram à primeira crise, quando as enfermeiras protestaram pela sua perda de poder. E, por último, a manutenção das gerências colegiadas nas linhas de cuidado.

As evidências apontam que as linhas de cuidado foram implementadas e estão funcionando com as gerências colegiadas. As dirigentes apontam que esse componente da mudança fortaleceu o modelo de cuidado do Hospital.

O desenho matricial, com a separação entre as áreas de apoio ao cuidado e as linhas de cuidado, está em implementação.

As gerências das áreas de apoio ao cuidado deixaram de ser colegiadas e foram entregues às enfermeiras, preferencialmente.

O Conselho Gerencial foi criado, mas com a perda das atribuições deliberativas. A centralização do processo decisório na dirigente não mudou.

À guisa de conclusão, deve-se considerar que o sucesso do empreendimento Hospital Especializado e o seu reconhecimento técnico, acadêmico e social são importantes vetores de conservação do “*status quo*”.

A trajetória desse serviço foi e é decorrência da constituição de uma série de protagonismos pessoais e coletivos que lhe oferece reconhecimento público e lhe dá sustentação social e material. Seus principais *stakeholders* são organizações não governamentais que atuam no setor da filantropia; a mídia local (jornal impresso e emissoras de televisão) que tem manifestado apoio ao papel social e à sua qualidade na assistência; e a universidade pública.

Deve-se lembrar que 30% das receitas do Hospital vêm de doações de pessoas físicas e jurídicas. São poucas as organizações hospitalares filantrópicas brasileiras que hoje conseguem ter esse reconhecimento. São 25 anos desse sucesso.

Então a pergunta que cabe é por que/para que mudar? Quem quer a mudança?

A direção, em sintonia com essa trajetória, propõe mudar para não mudar, quer dizer, realizar os ajustes sem mudar a essência.

Os *stakeholders* não solicitam mudanças; na verdade só se ouvem aplausos no ambiente externo.

Por outro lado, durante os trabalhos da pesquisa houve indicações de forças que se contrapuseram a alguns aspectos do projeto Hospital Especializado. E foram derrotadas. A situação apontada neste trabalho foi a luta de médicos oncologistas do Hospital contra determinações da direção, especificamente da dirigente/fundadora. A disputa foi reconhecida por ela e também relatada pelo consultor. Segundo seus relatos, o conflito ocorreu no âmbito dos protocolos de medicamentos a serem utilizados em algumas condições clínicas. Os médicos, quando entraram em disputa, colocaram-na no terreno do autoritarismo da dirigente na condução terapêutica e, principalmente na escolha das drogas. O olhar dela foi muito diferente, apontando para os interesses privados dos médicos e sua articulação com a indústria de medicamentos. Segundo ela, a disputa colocava em xeque o caráter público do Hospital. Ao fim dessa disputa, esse grupo de médicos foi excluído do Hospital. Caso se tome essa situação como indicativa, pode-se aventar a hipótese de que os grupos que produziram conflitos com a direção ou mudaram de idéia ou foram excluídos, não sobrando coalizões para se contrapor ao projeto da direção.

Outro protagonismo claramente apresentado no trabalho foi o das enfermeiras. Sua ação foi de pressionar a direção, usando para tanto seu papel informal de organizadoras do cuidado e de “resolvedoras” dos problemas do dia-a dia, para reassumir um *status* organizacional condizente com sua importância. Sua ação, em nenhum momento, foi de se contrapor ao projeto de mudança.

Os consultores se assumem como protagonistas desta história. Sua participação não se deu nos formatos mais tradicionais das consultorias, especialistas que trazem um saber específico e esotérico, possuidores de prescrições, estratégias e táticas para solucionar os problemas apresentados. Eles fizeram uma aposta na construção de um processo que,

partindo da demanda<sup>14</sup> apontada pela direção, se conformasse como um dispositivo para que os seus participantes assumissem a co-criação dos novos processos organizantes e se vissem como protagonistas da nova configuração. As evidências apontam para a realização do trabalho segundo essa perspectiva.

No âmbito do material coletado para este trabalho, não foi citados outros atores organizacionais ou externos que tenham assumido novos protagonismos.

---

<sup>14</sup> Segundo Baremlitt (1992) demanda é a solicitação formal, consciente e deliberada.



## ***8 - O HOSPITAL GERAL***



## 8a - APRESENTAÇÃO

Este serviço é um hospital geral (exceto ginecologia-obstetrícia), com atividades de ensino em residência médica. É uma autarquia municipal vinculada à Secretaria Municipal. Iniciou seu funcionamento em 14 de julho de 1974, para cumprir com o papel de Pronto Socorro Municipal. A esse papel foram progressivamente acrescentadas responsabilidades pela internação dos pacientes do Pronto Socorro, retaguarda cirúrgica para casos com indicação de intervenção imediata (urgência/emergência) e, a partir de 2001, passou a ser referência, como hospital geral, para a região sul da cidade.

Este Hospital constitui-se atualmente de cinco edifícios principais e alguns anexos: um edifício de 4 andares destinado à internação nas várias especialidades e unidade de terapia intensiva pediátrica (UTI); um edifício de dois andares destinado ao Pronto Socorro de adultos, área de imagem (Raio X convencional, Tomografia Computadorizada e Ultrassom), unidade de terapia intensiva adulto (UTI), e centro cirúrgico; um edifício de ambulatório de dois pavimentos para consultas especializadas e pequenas cirurgias; um edifício de um pavimento onde fica a área de radioterapia com equipamento tipo bomba de cobalto; um edifício de quatro andares destinado às áreas administrativas e diretoria; no principal anexo encontra-se o Pronto Socorro infantil — que fica em prédio adaptado de um antigo centro de saúde estadual —, sendo os demais anexos destinados às áreas de manutenção, lavanderia, laboratório de análises clínicas e endoscopias. Esse complexo está instalado na região sul da cidade, em três quadras próximas, com cerca de 17.000 m<sup>2</sup> de área construída.

A seguir, na Tabela 8, é apresentada a capacidade instalada desse complexo.

**Tabela 8** - Capacidade instalada do Hospital Geral.

|                                                     |        |
|-----------------------------------------------------|--------|
| Área construída (m <sup>2</sup> )                   | 17.000 |
| Leitos operacionais                                 | 197    |
| Salas de cirurgia                                   | 7      |
| Ambulatório (nº consultórios)                       | 23     |
| Enfermarias leitos                                  | 160    |
| UTI Adulto leitos                                   | 12     |
| UTI Pediátrica leitos                               | 6      |
| Pronto Socorro Adulto leitos de leitos observação   | 17     |
| Pronto Socorro Infantil leitos leitos de observação | 2      |

Fonte: Documento 28 anos em defesa da vida, 2002.

### **Prestação de Serviços**

Este Hospital compõe a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Responsabiliza-se pela assistência hospitalar às pessoas residentes na região sul da cidade, exceto na área de urgência e emergência, onde atende em regime de porta aberta, isto é, a toda demanda espontânea e referendada da cidade e região. Todos seus serviços são destinados exclusivamente ao SUS.

### **Aspectos assistenciais**

#### **Internação**

Na internação, os 197 leitos em funcionamento são destinados à Clínica Médica; à Ortopedia; à Neurologia/Neurocirurgia; à Cirurgia Geral; à Pediatria e às especialidades cirúrgicas. Existe também enfermaria com leitos de observação junto ao Pronto Socorro de adultos e ao infantil.

## Área de Urgência/Emergência

No Hospital Geral esse atendimento é realizado em duas áreas específicas, separadas fisicamente e com equipes diferentes.

O Pronto Socorro de Adultos (PSA) atende toda a demanda de pessoas com idade maior que 16 anos, nas áreas de Clínica Médica, Ortopedia, Clínica Cirúrgica, além dos atendimentos especializados oferecidos como retaguarda (Neurologia, Neurocirurgia, Vascular, Urologia, etc.). O PSA é dividido em alguns setores: o de pronto atendimento, onde são atendidas as pessoas que não apresentam risco de vida e trazem uma queixa de um problema agudo ou reagudizado; o de atendimento ao paciente grave, com risco de vida, dividido em um espaço para recepção e primeiro atendimento (denominada *área vermelha*) e uma área de suporte e apoio ao paciente instável com estrutura de atendimento intensivo (*área amarela*); e uma área de internação para observação de pacientes com quadros não-definidos, em tratamento de curta duração ou no aguardo de transferência para outras áreas de internação do Hospital.

O Pronto Socorro Infantil (PSI) atende todos os menores de 16 anos e se divide em alguns setores como o de pronto atendimento e uma área de internação com dois leitos com características semelhantes às do PSA. Os pacientes com risco de vida são direcionados para atendimento na área vermelha do PSA.

## Área de Internação

A internação do Hospital está dividida em áreas de *internação convencional* e áreas de *terapia intensiva*. Na internação convencional tem-se divisão em enfermarias específicas de Clínica Médica, Cirurgia Geral, Especialidades Cirúrgicas (inclui Urologia, Vascular, Torácica, Buco-Maxilo e Plástica), Ortopedia, Neurocirurgia, Neurologia e Pediatria.

A internação em terapia intensiva está dividida em duas unidades específicas. Uma destinada ao atendimento de pacientes adultos (com 16 anos ou mais), que funciona como retaguarda para: o PSA; áreas de internação convencional; e centro cirúrgico. A segunda é a UTI Pediátrica que atende pacientes com idade inferior a 16 anos, sendo apoio para: o PSI; as áreas de internação pediátrica; e centro cirúrgico.

## **Centro Cirúrgico**

O Centro Cirúrgico tem 7 salas destinadas a cirurgias de urgência/emergência e eletivas. É utilizado tanto para cirurgias de pessoas internadas como para cirurgias ambulatoriais, das quais a pessoa tem alta hospitalar no mesmo dia do procedimento. Possui 14 leitos de recuperação anestésica.

## **Áreas de apoio Técnico: Laboratório de Análises Clínicas, Imagem, Endoscopias.**

O Laboratório de Análises Clínicas realiza exames de bioquímica, hematologia, microbiologia e imunologia. A área de imagem inclui a radiologia convencional, a tomografia computadorizada, o ultrassom geral e a ecocardiografia. O Setor de Endoscopia realiza endoscopia digestiva alta e colonoscopia. Além disso são realizados também exames de broncoscopia.

## **Dados de produção**

A seguir, na Tabela 9, é apresentada a produção das áreas de internação, ambulatório, pronto socorro e cirurgias no ano de 2002.

**Tabela 9 - Produção hospitalar por área, Hospital Geral, 2002-2003.**

| Área                       | 2002    | 2003    |
|----------------------------|---------|---------|
| Internações                | 9.497   | 9464    |
| Cirurgias                  | 5.502   | 5.214   |
| Atendimentos PSA           | 159.360 | 149.808 |
| Atendimentos PSI           | 86.254  | 74.381  |
| Atendimentos Ambulatoriais | 84.486  | 76.551  |
| Exames análises clínicas   | 363.912 | 362.688 |
| Radiologia convencional    | 158.052 | 146.652 |
| Tomografia computadorizada | *       | 6.108   |

Fonte: Relatório Núcleo de informação 2003. \* Informação não disponível.

### **Aspectos de ensino**

O Hospital possui programa de residência médica nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular, Cirurgia Plástica, Urologia, Ortopedia e Pediatria.

### **Recursos humanos**

O Hospital, nos anos de 2002 e 2003, permaneceu com cerca de 1.600 funcionários, todos da Prefeitura Municipal de Campinas cedidos à autarquia municipal.

### **Recursos financeiros**

Apresentam-se no quadro abaixo os dados de receitas e despesas do Hospital nos anos de 2002 e 2003. As informações não incluem dados sobre gastos com folha de pessoal, efetuados diretamente pela Prefeitura Municipal, sendo que o Hospital não detém informações sobre esse item de despesas nem delas se apropria.

Das receitas hospitalares, a maior parte se origina dos serviços prestados ao Sistema Único de Saúde (SUS). Em 2002 foi de 91,3% e em 2003 de 93,2%.

Nos dois períodos, os gastos com medicamentos e materiais hospitalares correspondem a cerca de 60% das despesas totais (exceto com recursos humanos).

O Hospital teve superávit em 2002 de R\$498.341,70 e déficit em 2003 de R\$612.387,68.

**Tabela 10** - Receitas e despesas, em reais, Hospital Geral de 2002 e 2003.

| <b>Ano</b> | <b>Receitas</b> | <b>Despesas</b> | <b>Superávit/Déficit</b> |
|------------|-----------------|-----------------|--------------------------|
| 2002       | 13.356.510,85   | 12.858.169,15   | 498.341,70               |
| 2003       | 14.300.474,76   | 14.912.861,08   | (612.387,68)             |

Fonte: Demonstrações Contábeis 2002 e 2003 do Hospital Geral.

## **8b - A FORMULAÇÃO DE UMA NOVA CONFIGURAÇÃO ORGANIZACIONAL**

No ano de 2000 ocorreu eleição para a escolha de prefeitos em todo país. No município onde se localiza o Hospital Geral, esse processo levou à mudança do grupo partidário (assumiu o Partido dos Trabalhadores) no poder municipal, determinando a escolha de um novo grupo dirigente para a área de saúde da Prefeitura Municipal. Esse grupo trouxe uma proposta de mudança para toda a área de saúde do Município, tendo como seu campo principal de intervenção os serviços públicos municipais de saúde e o foco na mudança dos modelos de atenção à saúde e gestão. Entre suas decisões iniciais destaca-se a integração do Hospital à estrutura hierárquica da Secretaria Municipal de Saúde (anteriormente era ligada à Secretaria de Governo).

Um dos formuladores do novo modelo para a área da saúde do município, foi escolhido para ser dirigente do Hospital, assumindo como seu diretor-presidente e tendo como uma das suas principais responsabilidades implantar novas concepções de cuidado e de gestão para o Hospital. Outro formulador das propostas, assumiu o cargo de secretário municipal de saúde. O projeto de mudança foi apresentado como sendo único, sofrendo adaptações às peculiaridades de cada nível de atenção e tipo de serviço.

A referência principal na elaboração do novo arranjo organizacional é a construção teórica realizada pelos integrantes do Laboratório de Planejamento e Gestão em Saúde (LAPA) do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) bem como pelas consultorias que esse grupo realizou em vários hospitais brasileiros. Foram citados o Hospital Público Regional de Betim-MG e a Santa Casa de Belém do Pará-PA.

Em 1989, o Partido dos Trabalhadores também tinha ganhado as eleições municipais, e essas pessoas ocuparam os mesmos cargos descritos acima. Permaneceram por cerca de dois anos e saíram por discordâncias políticas com o prefeito de então. O dirigente deixou claro na entrevista que nesse momento anterior (1989-1990) não foi possível realizar as mudanças pretendidas, mas que agora sua decisão é de levar o trabalho até o fim.

Foram três as pessoas entrevistadas para este trabalho: um médico cirurgião geral, cuja experiência na gerência de serviços de saúde está ligada à área de urgência/emergência. Foi gerente da área de atendimento pré-hospitalar da cidade onde se localiza este serviço e veio para o Hospital na atual gestão, para responder pela coordenação do Pronto Socorro de Adultos. Permaneceu nesse cargo até o momento em que a pessoa que ocupava a diretoria técnica foi chamada para assumir outras funções junto à Secretaria Municipal de Saúde. Foi escolhido pela direção do Hospital para ocupar esse cargo com o processo de mudança já em andamento.

O outro entrevistado foi um assessor/apoiador. Sua formação básica é na área de psicologia com especialização em psicodrama. Suas atividades profissionais envolvem a docência de teoria psicodramática e terapia individual e de grupos. Possui vasta obra publicada na área da sua especialização e trabalha no Hospital a convite da atual direção. Não é funcionário de carreira da Prefeitura. Desde o início da atual gestão, está ligado ao trabalho dos apoiadores técnicos, como será apresentado a seguir.

Esses dois entrevistados não participaram do grupo formulador da nova configuração para o Hospital. Neste trabalho, foram apresentados pela direção do Hospital como co-responsáveis pela sua implementação, sendo aqui identificados por suas funções (diretor e apoiador). Quando não se julgou necessário sua identificação funcional, foram tratados por *implementadores*.

O dirigente entrevistado é médico clínico e sanitarista com longa história de militância política nos movimentos da reforma sanitária brasileira e na constituição e consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil. É funcionário público municipal concursado e membro da área de Saúde Coletiva de uma das universidades públicas paulistas. Possui ampla experiência em gestão de serviços de saúde, tendo sido dirigente de secretarias municipais de saúde e de hospitais públicos na região metropolitana onde se localiza o Hospital Geral, nos últimos dez anos. É autor de trabalhos publicados sobre mudança em hospitais públicos. Este entrevistado recebeu a denominação de *formulador*.

## 8c - A CONFIGURAÇÃO ORGANIZACIONAL ANTERIOR À MUDANÇA

A caracterização da configuração pré-existente no hospital foi feita a partir dos documentos fornecidos pela direção, do questionário para caracterização da gestão hospitalar e dos dados obtidos da entrevista com o formulador.

Não existe de forma específica — nem nos documentos do Hospital nem na fala do formulador — uma análise da situação pré-existente na organização. Os documentos fornecidos pelo formulador não contêm descrição específica da situação pré-existente no Hospital. Entretanto, apresentam análise da organização dos hospitais em geral. O formulador, em relação aos arranjos organizacionais afirmou: *“Historicamente, os hospitais têm-se organizado a partir das profissões que neles atuam, e não pelo critério do objeto e dos objetivos comuns de trabalho. Isso não tem garantido a complementariedade dos saberes, a solidariedade assistencial nem a integralidade das ações.”*

Ao ser perguntado sobre as principais características do modelo pré-existente, o entrevistado iniciou sua fala elegendo o **modelo de atenção**.

Em relação ao objeto da assistência afirmou também genericamente: *“...a assistência à saúde tem focado a atenção às doenças e aos procedimentos/tarefas esquecendo dos doentes com prejuízos à abordagem integral que a dimensão humana exige a partir das necessidades das pessoas, de suas expectativas, de seus medos e suas potencialidades.”*

Em relação ao conceito de quem procura atendimento nos hospitais, colocou: *“Isto tem gerado insatisfação tanto nos doentes que se sentem desamparados, tratados como objeto, como coisa e nos profissionais pela relação insípida e ‘burocrática’ que acabam estabelecendo no ambiente de trabalho, acabando por abrir mão da característica mais forte de nossa profissão que é a interação humana com constituição de vínculos com doentes, familiares e membros de equipe. A couraça de proteção dos sentimentos, o endurecimento de corações e mentes dão como resultado o descaso para com a dor e o sofrimento, além do risco da degradação ético-profissional.”*



Referindo-se a um dos componentes do modelo operativo de atenção à saúde oferecido no pronto atendimento do Hospital (modalidade assistencial integrada ao Pronto Socorro), colocou: *“O modelo assistencial, do ponto de vista do pronto atendimento, era mais centrado na queixa, na resolução do problema de saúde e sem uma preocupação da integralidade da abordagem do cidadão doente e também da integralidade da atenção na rede de cuidados do SUS a esse paciente. Basicamente isso é que a gente tomou como o grande problema da área assistencial.”*

Ao analisar a **estrutura organizacional** existente, o entrevistado destacou a centralização e a lógica burocrática: *“... o modelo verticalizado, centrado na hierarquia das pessoas e sem espaço de mediação de interesses, projetos, expectativas.”*

Os documentos apresentam o organograma pré-existente que revela na direção superior: uma presidência, uma diretoria técnica e uma diretoria administrativa. À diretoria técnica estão ligadas coordenadorias de unidades assistenciais com denominações das especialidades médicas (ortopedia, cirurgia, pediatria, etc.), às quais correspondem gerentes médicos, e outras áreas assistenciais como Unidades de Terapia Intensiva, Ambulatório, Pronto Socorro, Radiologia, Radioterapia, Centro Cirúrgico, Laboratório de Patologia Clínica. A área de enfermagem tem uma coordenadoria que está submetida hierarquicamente a essa diretoria, sendo que para cada área de assistência direta corresponde uma gerência de enfermagem que se responsabiliza pela coordenação do trabalho do grupo de enfermagem. Portanto, as áreas assistenciais tinham um coordenador médico e uma coordenadora de enfermagem, cada um respondendo pela suas corporações, rotinas, escalas, etc. Todas as demais áreas também estavam sendo coordenadas por médicos.

Em relação aos processos de trabalho, houve referências esparsas ao Pronto Socorro, às áreas de internação e aos processos de trabalho da enfermagem. No Pronto Socorro se apontou para um processo de trabalho médico que não prioriza a gravidade dos quadros clínicos, dando um tratamento que denominou de burocrático, no sentido de atender por ordem de chegada numa unidade assistencial que recebe pacientes com risco de vida.

Nas áreas de internação, afirmou-se em termos gerais que era centrada na assistência médica individual.

Quanto ao processo de trabalho da enfermagem, existem referências indiretas no tocante à compartimentalização do cuidado direto ao paciente, isto é, a especialização na realização das tarefas (um profissional só dá banho, outro só prepara e administra a medicação e assim por diante): *“sem uma preocupação da integralidade da abordagem do cidadão doente...”*

Não foram encontradas outras evidências sobre a configuração existente no período anterior às mudanças aqui descritas.

## **8d - A CONFIGURAÇÃO ORGANIZACIONAL PROPOSTA**

Com base na determinação de se repensar a configuração organizacional do Hospital a partir do início do ano de 2000, foi iniciado amplo processo de modificação de seu sistema de gestão<sup>1</sup>.

As características primordiais do modelo proposto puderam ser identificadas a partir de alguns documentos, da entrevista e do questionário aplicados ao formulador. Foram reunidos alguns documentos sendo que dois, segundo o formulador, refletiam a essência da proposta. O primeiro, denominado “Manual do Sistema de Gestão do Hospital” e o segundo, “Projeto de Humanização da Assistência no Hospital Municipal”

O compromisso na implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) é explicitamente colocado. Os princípios do SUS — universalidade, integralidade, equidade, descentralização, hierarquização e controle social — são apresentados e comentados.

O documento “Manual do Sistema de Gestão” coloca como subtítulo “Democratização: um dos eixos do SUS” e o relaciona com a diretriz apontada de gestão participativa com controle social.

---

<sup>1</sup> O termo *sistema de gestão* é utilizado nos documentos oficiais do Hospital como sinônimo de *modelo de gestão*.

Dentre os objetivos para os serviços de saúde foram destacados: *“a produção da saúde, a realização profissional de seus trabalhadores e a sua própria reprodução enquanto política democrática e sistema solidário.”*

Ao comentar o SUS afirmou: *“Para permitir um processo contínuo e crescente de participação e controle popular, institui a descentralização do poder para os municípios e a constituição de conselhos gestores, além das conferências de saúde.”*

Ao fazer essa mesma discussão no espaço organizacional, colocou: *“O arranjo organizacional e a gestão devem garantir espaços e momentos de interação entre trabalhadores, gestores e usuários, para ajuste de expectativas, através da livre comunicação, onde as várias razões possam ser analisadas e pactuadas.”*

Em relação ao **modelo de atenção**, as falas do formulador colocaram ênfase na alteração dos modos de se realizar o cuidado, e na subordinação dos outros aspectos da mudança a esse. Assim: *“É muito difícil (mudar o modelo de assistência<sup>2</sup>) fazer isso sem o apoio da gestão. Então a gestão é paralela a isso, considero que a gestão seja um meio para motivação, despertar o interesse pelo trabalho assistencial, não ver o trabalho como um peso, uma coisa altamente cansativa, enfadonho, e um modelo de gestão que de fato crie espaço nos locais de trabalho, no chão da fábrica e problematização dos meios necessário, de reorganização de processos de trabalho, de avaliação de resultados, ele tem que ser coerente e compatível com a prática clínica nos hospitais, repensar o trabalho profissional nos hospitais. Sair de uma linha solitária para uma linha solidária, complementar.”*

Os documentos apresentam as principais diretrizes do modelo de atenção pretendido. Elas aparecem articuladas com o que se denomina sistema municipal de saúde. São apresentadas como os princípios do SUS do município: *“acolhimento, vínculo e responsabilização”* e *“clínica ampliada e equipes de referência”*.

O conceito de *acolhimento* foi apresentado através de vários elementos: *“facilitação da entrada no sistema de saúde através de adequada organização do processo de trabalho; proximidade geográfica e cultural (áreas de cobertura); disponibilidade de horários de atendimento; busca ativa; escuta e compreensão empática; mecanismos facilitadores do fluxo dos usuários no sistema.”*

---

<sup>2</sup> Observação do pesquisador.

*Responsabilização* foi caracterizada como: “*atenção integral e trabalho em equipe multiprofissional*”.

E *vínculo* foi conceituado desta forma: “*a equipe conhece os usuários e familiares e tem inserção na comunidade.*”

Durante toda a entrevista, o tema principal do entrevistado foi a questão da assistência. Ao apresentar as propostas, o formulador enfatizou o entendimento da pessoa sob cuidado, colocando a pessoa como o centro da atenção: “*Uma questão é não se limitar a abordagem ao processo biológico reparador, procurar no processo de interação da equipe de saúde com o paciente perceber as necessidades do ponto de vista social, do ponto de vista psicológico e também a preocupação com a continuidade da assistência, considerando que estamos num sistema, estamos em rede, o papel do hospital nessa rede e a articulação dele com os outros níveis para que a gente tenha uma melhor qualidade da assistência.*”

Outro aspecto enfatizado foi o trabalho em equipe, sempre relacionado à criação de grupos de profissionais que, agindo articuladamente, realizam o cuidado. Assim: “*Para as áreas de internação em que de fato há uma maior interação do paciente com a equipe assistencial, aí a gente radicaliza mais a questão da abordagem integral. A gente tem procurado constituir equipes de referência por grupo de pacientes. A equipe tem necessariamente o profissional médico, o profissional de enfermagem, o assistente social e o fisioterapeuta como equipe básica, equipe mínima que vai assistir ao doente, vão levantar problemas e propor ações.*”

As mudanças nos processos de trabalho nas áreas assistenciais foram apresentadas como muito importantes. Foram relacionadas à desburocratização do cuidado, ao favorecimento das diretrizes de acolhimento e vínculo e a construção de linhas assistenciais centradas na integralidade da atenção.

Ao falar da mudança dos processos de trabalho no Pronto Socorro, o entrevistado apresentou uma organização do processo de trabalho que coloca em segundo plano a ordem de chegada do paciente, destacando as condições clínicas da pessoa que

procura o atendimento num serviço de emergência. Sua descrição foi: *“Do ponto de vista da assistência, o enfoque de risco. A gente tem trabalhado com o enfoque de risco-gravidade, no sentido de atender primeiro quem está numa situação de risco maior. E aí tem toda uma qualificação da acolhida nas entradas do Hospital, no sentido de ter classificação por risco. Ver primeiro, ver por mais tempo quem tem uma situação de risco, uma complexidade da doença maior.”*

Ao apresentar o trabalho da área de Pronto Socorro, descreveu também uma linha de produção articulada segundo critérios de gravidade dos pacientes. Assim: *“... tem a área vermelha que é a de recepção das emergências. Tem a área amarela que é a de atendimento do paciente instável, numa situação de semi-UTI ou UTI. A área verde é destinada ao paciente que já foi atendido e estabilizou sua condição clínica. Por último tem a área azul que é a de atendimento de pacientes da não emergência.”*

Ainda em relação aos processos de trabalho, as áreas de internação também tiveram alterações, nas palavras do formulador: *“Nas enfermarias é claro que tem algumas definições que são estruturantes do processo de trabalho. A ampliação do horário de visitas, das onze da manhã às oito da noite...você tem o horário que a família conversa com a equipe assistencial. A equipe da manhã é a responsável pelo paciente, as equipes da tarde e da noite são plantões e mantém o projeto terapêutico. A responsabilidade do projeto terapêutico é da equipe da manhã, então eles têm que ter um horário para conversar com o paciente, com a família. O usuário sabe que tem referências para conversar..no andar tem a assistente social, tem uma enfermeira, tem o médico que responde pelo caso. Acho que isso para o hospital público como o caso deste Hospital é quase uma revolução copérnica.”*

O entrevistado destacou as estratégias de continuidade do cuidado. Referiu-se a três ações específicas. A primeira foi capacitação da família para dar continuidade aos cuidados no domicílio: *“Família participante, então a enfermeira e a assistente social localizam em cada andar, e hoje ocorre nos 4 andares, os pacientes que demandarão cuidados pós-alta, e aí tem um grupo focal, um grupo com as famílias, com os cuidadores no sentido da transferência de informações, saberes, habilidades e técnicas par o cuidado no domicílio.”*

Outra ação foi a instituição da atenção domiciliar como modalidade de assistência oferecida pelo hospital: *“Outro é o Programa de Atenção Domiciliar. E já tem dados, no ano passado tinha 1.200 pacientes em cuidados domiciliar pelas equipes de saúde da família do município. Essa rede, essa continuidade precisa ser muito desenvolvida. Bom é um veio que a gente tem que explorar mais, aí a importância do hospital ter uma base geográfica, base regional, ter essa relação com as equipes, essa permeabilidade, acabar com a visão que ele está no topo, acho que isso é um problema. Estamos em rede, e aí que a gente vai conseguir um impacto positivo.*

A terceira ação foi a capacitação das equipes da saúde da família para realizar alguns procedimentos que a tradição atribui à assistência hospitalar, de maneira a aumentar a resolutividade desse nível de atenção: *“Outra questão é a capacitação das equipes do PSF em procedimentos mais complexos, passar sonda de Duboff, tratar de uma colostomia, tratar de uma jejunostomia, de um dreno torácico, enfim é eles de fato incorporarem práticas assistenciais que são mais afeitas ao hospital, então é transferência de saber mesmo. Essa lógica acho que...e o hospital se reservar um outro...naquela linha, resolutividade máxima possível o mais próximo de onde o cidadão mora. Então acho que essa é uma boa lógica.”*

Em relação à **estrutura organizacional**, foram apresentados vários aspectos que propõem a modificação da pré-existente.

O delineamento das posições individuais apareceu explicitamente durante a entrevista com o formulador. Nas áreas de cuidado às pessoas, e especificamente nas áreas de internação, foi definido que as tarefas referentes ao cuidado serão realizadas por uma equipe mínima composta por: médico; enfermeira; auxiliar e/ou técnico de enfermagem; e assistente social. Esse grupo de profissionais foi chamado de equipe de referência. Essa denominação deve-se à determinação que cada equipe ficará responsável pelo cuidado integral a um número fixo de usuários, de tal forma a estimular uma relação, que favoreça o estabelecimento de vínculo e responsabilização pelo cuidado. Outros profissionais ligados ao cuidado — especificamente nutricionista e farmacêutico — não pertencem a uma única equipe, cobrindo várias áreas assistenciais, numa relação de pertinência à várias equipes.

Como já assinalado anteriormente, foi proposta mudança no modelo de assistência da enfermagem. Optou-se pelo abandono da lógica taylorista, com ênfase na especialização horizontal que, no caso da enfermagem, determinava que esses trabalhadores se dividissem exclusivamente para a realização de tarefas muito específicas como: preparar e administrar a medicação; fazer os curativos; dar banho; e ajudar nas refeições. O novo modelo coloca ênfase na pessoa sob cuidado. Todas as tarefas assistenciais de enfermagem devem ser realizadas por um único trabalhador, de tal forma a favorecer as diretrizes assistenciais.

Pela mesma lógica, colocou-se a preocupação com a mudança na jornada do médico. A horizontalização da jornada de trabalho médico, nas áreas de internação, foi apontada como um dos elementos que abrem possibilidades de se estabelecer relações contínuas com as pessoas que estão sob cuidados e suas famílias. *“A equipe da manhã é a responsável pelo paciente, as equipes da tarde e da noite são plantões e mantêm o projeto terapêutico. A responsabilidade do projeto terapêutico é da equipe da manhã, então eles têm que ter um horário para conversar com o paciente, com a família.”*

Outro componente destacado foi o trabalho em equipe, assim: *“...trabalho em equipe é uma das principais diretrizes do projeto de trabalho do Hospital, pois valoriza a complementariedade e a solidariedade entre os profissionais;*

Ele foi apresentado como uma forma de melhorar a assistência prestada e de aumentar o envolvimento dos trabalhadores com o trabalho: *“Trabalhando com equipes multi-profissionais: com isso se pode articular os diferentes conhecimentos das diversas profissões envolvidas (médico, enfermeiro, assistente social, farmacêutico, psicólogo, etc), de modo que todos trabalhem integradamente na atenção aos pacientes (projeto terapêutico).”*

*“Essa questão a gente supõe algumas coisas que apontam para isso, eu acho que uma coisa é o sentido de pertinência a um grupo, a uma equipe, identidade de propósitos. Eu acho que isso é uma coisa que move... Tipo eu sou do time, eu sou de uma equipe, sou de uma instituição. É a necessidade da gente pertencer a grupos que tem determinadas identidades.*

O formulador qualificou o trabalho em equipe assim: *“Considerando a transdisciplinaridade como um processo fundamental na integração dos diversos saberes e práticas das várias especialidades médicas, da enfermagem, fisioterapia, assistência social, psicologia, nutrição, farmácia e pedagógica, na qualificação da assistência aos doentes/familiares;*

Na distribuição de responsabilidades e autoridade, a nova configuração apresenta três níveis. No sentido do ápice para a base: no primeiro nível existe uma diretoria composta de presidência, diretoria técnica e diretoria administrativo-financeira; no segundo estão as coordenações gerenciais; e no terceiro as gerências ou supervisões. Foram apontadas ainda duas outras instâncias que se encontram em linha lateral: o apoio técnico e a referência técnica.

As coordenações e as gerências/supervisões foram assim apresentadas:

*“O Hospital tem na sua estrutura dois ou três níveis. A gente trabalha com o Núcleo de Direção e aí as 23 coordenadorias gerenciais. Às vezes uma Coordenadoria gerencial tem mais de uma gerência. Por exemplo na Coordenadoria da área de imagem, então aí temos a gerência da Endoscopia, do Raio-X e Ultrassom.”*

*“Cada unidade de produção terá um coordenador gerencial e, dependendo da complexidade dos trabalhos e da dimensão da equipe, poderá ter também outro(s) gerente(s).*

Durante a entrevista o formulador abordou a gerência assim: *“O coordenador gerencial, independente de sua formação profissional, supervisiona a atuação de todos os trabalhadores de sua unidade, quaisquer que seja as profissões destes.”*

*“Outra questão é que a gerência não é por profissão. Você não tem mais a gerência médica, de enfermagem, a gerência administrativa. A idéia é a do gerente como comando único por linha de trabalho, por unidade de produção. Então nós temos aí uma estrutura num arranjo com 23 unidades gerenciais. Ele tem que dar conta de tudo. Ele tem que definir o que ele vai estar ofertando de produtos para seus clientes, para sua demanda, que recursos ele precisa para isso, que*



*processo de trabalho deve ser organizado para isso, ele gerência portanto a organização do processo de trabalho, os recursos humanos da área, o insumo, o material permanente, o processo de premiação e punição dos servidores dessa área. Eu acho que do ponto de vista de hospital é uma coisa que já têm várias experiências desde o início da década de 90, Volta Redonda, Hospital Municipal de Betim, enfim tem vários hospitais, experimentando a descentralização da gestão para as unidades efetoras, na lógica do comando único por unidade de trabalho.'*

Os documentos oficiais do Hospital apresentam a abrangência dos níveis de coordenação gerencial e das gerências/supervisões. Em relação à coordenação gerencial: *“Por exemplo cabe a coordenação gerencial do Pronto Socorro Adulto o comando de toda a equipe de plantão da emergência, (o chefe de plantão, os médicos assim como os plantonistas das especialidades que estejam de sobre-aviso).”*

Quanto ao papel do gerente/supervisor, esses documentos apresentam: *“O gerente pode atuar de duas formas: lado a lado com o coordenador gerencial, assumindo em conjunto com ele as responsabilidades da unidade e auxiliando-o no que se fizer necessário. Ou responsabilizando-se especificamente por uma determinada área, quando terá como atribuições as mesmas do coordenador gerencial, no que couber. “O gerente responde diretamente ao respectivo coordenador gerencial, com quem deverá pactuar as linhas de atuação, atribuições específicas, limite de decisão e de tudo mais que for necessário, inclusive as formas de prestação de contas.”*

O Apoio Técnico foi descrito: *“São investidos no papel de apoiadores técnicos trabalhadores que sejam reconhecidos, profissional e legalmente, como tendo domínio de determinado campo se saber. Sua autoridade é técnica e não gerencial, cabendo a eles: desencadear processos de reflexão crítica sobre as práticas utilizadas e sobre a integralidade da atenção; cuidar da educação permanente em serviço; participar da capacitação das equipes que a necessitarem, em suas respectivas áreas de competência; apoiar tecnicamente, sem ascendência hierárquica, a gestão da unidade; apoiar matricialmente os coordenadores gerenciais e a diretoria executiva, tanto na elaboração da pauta das reuniões, quanto no processamento de problemas identificados como prioritários para a sua agenda.*

Em relação às referências técnicas foi colocado: *“a condição inicial é que sejam trabalhadores reconhecidos pelos respectivos conselhos profissionais, qualquer que seja a nomenclatura legal adotada. Exercem as mesmas funções do apoio técnico, conquanto não vinculados a uma unidade de produção específica.”*

Os critérios de departamentalização apresentados propõem a eliminação das áreas assistenciais criadas segundo a lógica da especialização do conhecimento por: *“unidades de produção definidas pela semelhança de finalidade e objetivos e podem, por sua vez, incluir uma ou mais áreas.”*

Em seu lugar, a proposta trouxe como critério o foco na pessoa sob cuidado, assim: *“Nós estamos tentando trabalhar com outro olhar. Estamos tentando trabalhar com a lógica dos centros de atenção integral em função de determinado agravo que é uma coisa que o Ministério já vem trabalhando. Acho que a principal iniciativa é o projeto de Saúde Mental, que inovou muito, não é médico centrado. Aqui nós estamos no processo de implementar a unidade de atenção aos pacientes com câncer, um Centro de Atenção Integral.”*

Em relação às atribuições dessas unidades se apontou: *“Assegurar o cumprimento de suas finalidades; implementar as diretrizes aprovadas no colegiado gestor e no conselho local de saúde; adaptar suas diretrizes às necessidades da população alvo, definindo metas, objetivos e programas; formular indicadores a serem utilizados na avaliação de seu trabalho, nos contratos de metas e nas prestações de contas.”*

Esse novo arranjo envolve novos processos de decisão organizacional e de planejamento que enfatizam instâncias colegiadas como espaço de deliberação. Foram apontados três níveis de decisão: o colegiado da unidade de produção, o Colegiado Gestor do Hospital e o conselho local de saúde. Apontaram-se ainda duas instâncias executivas — a diretoria executiva e as coordenações/gerências das áreas de produção.

O primeiro nível de decisão é o colegiado das várias unidades do Hospital. Cada unidade tem um colegiado. Dele participam os representantes das categorias profissionais daquela unidade específica. Foram assim caracterizados: *“Esses colegiados,*

*com representantes das várias equipes, devem garantir: a participação multiprofissional; a valorização de todos, inclusive dos que tem inserção vertical; um espaço democrático que produza compromissos e gestão operacional; explicitação e elaboração das diferenças entre os membros da equipe, e destas com outros atores; educação continuada, tanto técnica como gestora; o cumprimento das finalidades da unidade; e a implementação das diretrizes aprovadas no colegiado gestor e no conselho local de saúde.”*

*Além disso apontou-se: “O colegiado da unidade é o espaço onde se elabora o plano de ação; se faz a gestão operacional; se explicitam e se trabalham as diferenças entre os membros da equipe e dela com atores externos; se cuida da educação continuada; se aprovam as ações e tarefas a serem colocadas em prática. Está subordinado ao Colegiado Gestor do Hospital”*

O segundo nível de decisão, denominado Colegiado Gestor do Hospital, é composto pelos: diretores executivos (diretor técnico, diretor administrativo, diretor presidente), coordenadores gerenciais das unidades, diretor clínico, presidente da comissão de residência médica (COREME) e pelo presidente da comissão interna de prevenção de acidentes (CIPA). São integrantes também, com voz e sem direito a voto, os gerentes, os apoiadores técnico-assistenciais e as referências técnicas. A proposta é que esta instância assuma a elaboração do plano diretor do Hospital a partir dos planos específicos das unidades, e que faça o acompanhamento dos resultados dos serviços prestados, bem como normatize as práticas de interesse geral da instituição, tomando decisões e estabelecendo compromissos multilaterais. No documento “Manual do Sistema de Gestão do Hospital” essa instância foi colocada como *“...um espaço de negociação e articulação entre as unidades; de agenciamento da democratização institucional, garantindo que todos os trabalhadores que atuam no hospital participem da formulação de propostas para a operacionalização das políticas gerais.”*

O terceiro e último nível é o Conselho Local de Saúde, instância colegiada tripartite envolvendo representantes dos trabalhadores do Hospital, dos gestores e dos usuários: *“É nesses espaços que se definem as prioridades de investimento, as diretrizes do plano de metas e o sistema de avaliação e prestação de contas, de forma participativa e ascendente.”*

Nesse mesmo documento apresentam-se concepções sobre os processos de decisão nas organizações: *“O planejamento e a avaliação são incorporados ao cotidiano da gestão dos serviços, com participação dos funcionários no círculo da co-gestão (co-análise→co-decisão→co-avaliação).”*

*“Não há combinação ideal pré-fixada entre esses interesses: é no exercício da co-gestão que se irão construindo contratos e compromissos entre todos os envolvidos no sistema. As dificuldades na interação entre os diferentes atores devem ser enfrentadas através da negociação e do entendimento.”*

*“A direção do Hospital apresenta suas demandas aos colegiados como propostas ou ofertas, que devem ser analisadas, reconstruídas e pactuadas.”*

*“Os colegiados são espaços deliberativos coletivos, tomam decisões no seu âmbito de atuação, respeitando diretrizes e contratos definidos.”*

*“Para garantir a unidade em torno das diretrizes e a solicitação de recursos e outras instâncias, existe uma hierarquia a ser respeitada.”*

O documento oferece como síntese: *“Os colegiados são espaços de governo, produtores de compromissos, onde se dá, de forma participativa e ascendente, a pactuação de prioridades de investimentos, de diretrizes, dos objetivos e metas dos projetos de trabalho, assim como do sistema de avaliação e prestação de contas.”*

A questão do poder apareceu de várias formas nas modificações propostas para a nova configuração. Destacam-se as propostas de: controle social; descentralização; criação de equipes multiprofissionais; mudança da lógica das gerências e na postura de como lidar com os conflitos. Por esse eixo de democratização da configuração organizacional do Hospital pôde-se buscar a identificação de aspectos que caracterizem essa nova lógica gerencial.

Um deles, apresentado com frequência, foi a preocupação com a constituição de mecanismos organizacionais que favoreçam os trabalhadores assumirem a co-construção da organização: *“...o desafio para todos nós que almejamos o fortalecimento dos serviços públicos é pensar e concretizar um sistema de gestão que assegure a implementação das*

*diretrizes do SUS e ao mesmo tempo garanta motivação, capacidade de reflexão, aumento da auto-estima, fortalecimento do protagonismo e da criatividade dos trabalhadores públicos e aumento da responsabilidade social.”*

O foco da apropriação pelos trabalhadores dos desenhos dos seus processos de trabalho apareceu nas falas do formulador. Nesse caso, fez crítica às formas de inspiração taylorista com grande especialização horizontal e propôs desenhos onde o trabalhador da área de enfermagem assume toda a linha de cuidado ao paciente. Como consequência, tem-se uma ampliação do trabalho horizontal como também há ganho de controle sobre a sua realização. Foi assim apresentado: *“Tem, nesse processo de mudança...é um processo inclusive conflituoso, a enfermagem fazia plantão de 12 por 36, porque fazia trabalho seriado. Cada um dava remédio. Quando você responsabiliza o auxiliar/técnico de enfermagem por 4 ou 5 pacientes e coloca a lógica do cuidado integral para aquele conjunto de 4 ou 5 pacientes, horizontaliza a jornada, jornada de 6 horas, isso num primeiro momento há uma grande rejeição, mas com o tempo você vai ganhando adesão e os depoimentos que eu tenho ouvido são muito...as pessoas se sentem valorizadas, vários pacientes e familiares elogiam os auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas pelo cuidado, pela atenção, pela demonstração de preocupação e os familiares de pacientes percebem no processo da internação. Isso eu acho que é quente do ponto de vista da mudança de modelo, acho que os modelos que apostam na vinculação, no seguimento horizontal, nessa interação humana, acho que estão no caminho certo. Ganho para a qualidade da assistência.”*

Ao tratar da forma como lidar com interesses e conflitos o entrevistado colocou ênfase e afirmou: *“Outro princípio do modelo é a gestão com medição de interesses. Considerar o interesse do paciente, do familiar, e também considerar o interesse do servidor e da equipe e também o interesse do gestor.”*

Continuando com a mesma ênfase, agora colocou foco nas dificuldades de viver/concretizar essa postura, assim: *“Então ter um espaço de mediação, olha Maurício isso não é uma questão fácil, a gente às vezes tem um discurso no sentido de criar um espaço de mediação no colegiado, nas equipes, em negociações mais pontuais, criar pactos aí de colegiado gestor maior, conselho local. A gente tem percebido que isso tem evoluído,*

*ainda não de forma ideal. É comum ter conflitos, conflitos do gerente com a equipe ou parte da equipe que cria uma situação de conflito, de paralisia, que muitas vezes precisa de mediação da diretoria, muitas vezes precisa de mediação da Secretaria de Saúde e outras vezes de mediação do gabinete do Prefeito. Enfim é um espaço de aprendizado nosso, a gente tem procurado nas questões dos conflitos sempre estabelecer mediação, às vezes não tem jeito, às vezes tem conflito, confronto, tem situação de impasse e depois a gente... e foram vários, nós tivemos confronto...já tivemos com anestesistas, fizemos um pacto com os anestesistas, tivemos confronto com ortopedistas estamos repactuando. E muitas vezes eles são dissimulados, os anestesistas não, os ortopedistas é um pacto dissimulado, eles vão na linha da ociosidade, vão diminuindo as cirurgias, diminuindo taxa de ocupação, aí você chega com tudo isso de recurso... chama para a conversa..."*

Em relação às resistências, ressaltou o poder dos médicos: *" Eu acho que a grande limitação é a disponibilidade dos médicos sentarem em rodas, então você tem uma adesão pontual, em torno de 10 % dos médicos, e que a gente tem procurado alguns mecanismos de valorização dos médicos no sentido de premiar quem faz o horário horizontal, topa fazer parte da equipe de referência, isso acontece de ter uma remuneração diferenciada, a questão das capacitações, o papel dele na residência médica, então hoje a residência médica do hospital esta tendo toda uma capacitação pedagógica para os preceptores. Capacitação no sentido de como avaliar o residente, como avaliar programa, como se avaliar...Enfim várias estratégias de adesão dos profissionais."*

*Os médicos, o Cecílio<sup>3</sup> faz bem essa reflexão, tem uma autonomia, determinam vários processos de trabalho, várias rotinas, impõe a forma de operar. E eles não são tontos, eles sabem o poder que eles tem como determinantes de processos e na situação em você tem poder, poder de determinação, abrir mão desse poder para repensar a forma de fazer, de organizar não é um movimento fácil, não é um movimento tranquilo. E aí você tem estratégias de convencimento como você tem estratégias de penalidades, tá bom então você vai fazer plantão de final de semana..Isso para tudo, as estratégias de gestão elas são na base de prêmio e punição é difícil fugir disso."*

<sup>3</sup> Luiz Carlos de Oliveira Cecílio é professor do departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Estadual de Campinas-SP.

Na questão das **estratégias de implantação** dessas mudanças, o formulador deu destaque aos processos de capacitação que estavam sendo planejados. Referindo-se a dois grandes processos, em relação ao primeiro afirmou: *“Essa é uma área que nos dois primeiros anos não conseguimos estruturar um projeto de impacto maior, no sentido da capacitação profissional, espaço de reflexão. Esse ano a gente está colocando como estratégia central. Já tem um programa de capacitação para trabalhar em equipe. E atender demandas pontuais de aprimoramento técnico. Então este ano é uma grande estratégia nossa a estratégia da capacitação. Na verdade temos um vetor maior para se determinar essa estratégia que é a questão do modelo.”*

Destacou a capacitação para o trabalho em equipe, numa abordagem de cuidado integral. Falou assim: *“... o eixo é o trabalho em equipe - abordagem integral para as equipes da área assistencial centrando principalmente nas equipes da manhã que são as responsáveis pelo projeto terapêutico. Esse é um projeto de fôlego que já está todo estruturado, com a área de desenvolvimento da Prefeitura, tem um conjunto de educadores para fazer o esquema de trabalhar com um conjunto maior possível das equipes das manhãs e depois estender. Essa é uma determinação da proposta que a gente vê para a instituição, dentro da diretriz revisão do modelo assistencial.”*

Em relação ao segundo processo de capacitação, colocou: *“A outra é um fortalecimento dos colegiados, dos colegiados gestores das unidades de produção. Vai na linha do desenvolvimento gerencial. E aí vão estar trabalhando a questão da informação, discutir informação, indicadores, processo de trabalho. Capacitação não só para os gerentes mas para os membros dos colegiados gestores. É um projeto que envolve quase 400 funcionários, recursos do BNDES, aí entra a questão dos dados gerenciais, forma de coleta, forma de análise, a informatização como colabora com isso.”*

## **8e - A CONFIGURAÇÃO ORGANIZACIONAL IMPLEMENTADA**

Ao serem solicitados a apresentar qual arranjo organizacional estão implantando, os entrevistados manifestam-se com clareza e expõem suas avaliações sobre o que foi realizado. Da mesma forma que na entrevista com o formulador, foram poucas as falas que fizeram referência à configuração pré-existente.

O diretor ao falar do papel gerencial desse novo arranjo, fez menção à falta de autonomia que as gerentes tinham no modelo anterior: *“O menor problema que aparece vem para a diretoria. Ou seja está no modelo antigo. A autonomia foi dada e não esta sabendo utilizar essa autonomia.”*

O apoiador, em um ponto da sua entrevista, falou da configuração pré-existente, referindo-se à ausência de uma cultura democrática nas organizações de saúde.

Na verdade os dois implementadores fizeram uma avaliação geral das dificuldades encontradas para se realizar as mudanças pretendidas. Os entrevistados, ao longo das suas falas, apresentaram questões gerais que se referem ao desejo ou não dos trabalhadores em se envolverem nas mudanças e a alguns aspectos da cultura existente na organização.

O apoiador se referiu às dificuldades de se realizar as mudanças no Hospital como inseridas no âmbito da cultura da sociedade brasileira e das organizações de saúde, assim: *“Entre a formulação e a implantação existe um processo complicadíssimo. Primeiro porque você tem um choque cultural, digamos assim. A cultura arraigada, a história da instituição, a história da atenção à saúde no Brasil, todas essas circunstâncias, digamos assim, estruturaram um modelo muito difícil de se interromper.”*

*“...é muito arraigado, é o autoritarismo. O modelo de relação é “o fascismo corre nas nossas veias”. Você tem uma tradição autoritária e as pessoas não sabem operar democraticamente, quando elas têm que tomar decisão. Elas não sabem participar do processo decisório, quer dizer, não querem. O gerente ganha para decidir porque ele me chama? Nada a ver.”*

Ainda nessa questão, o apoiador apontou um traço cultural que se contrapõe às mudanças pretendidas, o que denominou postura caritativa dos trabalhadores em saúde. Assim: *“Uma relação de cidadania...O que chega é assim: humanizar o atendimento é tratar bem, é ser gentil, atencioso. Ou então como uma espécie de caritativismo. Não uma relação cidadã mas uma relação caridosa.”*



Nas duas entrevistas apareceu como tema inicial um dos aspectos do **poder**, o valor e a importância da democracia interna.

O diretor iniciou a descrição da nova configuração colocando como elemento constitutivo o caráter participativo democrático. Entretanto, na sua fala, inseriu essa característica no plano teórico. Assim: *“Em teoria, é um modelo participativo democrático, onde todos os trabalhadores vão ter representatividade junto à administração do Hospital...”*

O apoiador apresentou o novo arranjo como sendo constituído por três pilares: a *humanização*, a *democratização do processo decisório organizacional* e a *constituição de equipes multiprofissionais*. Na questão de democratização colocou: *“...é a democratização dos processos decisórios, que seria então a gestão participativa. Que é uma tentativa de romper com o modelo verticalista de decisão e adotar um modelo participativo, fundado na responsabilidade de decisão pra quem vai executar a decisão. Quem executa é quem vai decidir.”*

O diretor, ao analisar a experiência de participação em andamento, expressou: *“O colegiado da unidade é representativo de todos os trabalhadores daquela unidade. Recepcionista, o pessoal de enfermagem, da limpeza, o pessoal do apoio técnico: psicólogo e serviço social, o médico. Então ele é representativo de todos os trabalhadores daquela unidade, por isso que ele é democrático. Tendo representatividade, todos têm direito à fala, ao voto, para expor os problemas que estão pegando, mais voltado para tua profissão, para tua área, voltada para o seu núcleo específico.”*

E justificou o porquê da questão da democracia ser colocada como teórica. Sua crítica referiu-se ao envolvimento dos gerentes com essa diretriz do modelo. Assim apresenta essa questão: *“Tem vantagens e desvantagens, dificuldades. Alguns gerentes assumiram bem, entenderam bem esse modelo proposto e desempenham bem o papel. Fazem reuniões de colegiado adequadas. Têm propostas, discutem problemas, e fazem a unidade que gerenciam andar bem. Alguns têm mais dificuldades. A gente percebe que o colegiado é um colegiado virtual, não representativo, meramente burocrático. É para cumprir aquela reunião mensal, com discussões vazias e pouca proposta de ação.”*

A menção aos trabalhadores foi colocada em uma frase: “...*todos os trabalhadores vão ter representatividade junto à administração do Hospital e com isso vão poder almejar aquilo que para dar qualidade na assistência e qualidade em termos de condições de trabalho. Fica mais fácil o trabalhador conseguir isso porque vai partir dele.*”

Uma outra visão das dificuldades na implementação do processo democrático participativo foi oferecida pelo apoiador quando enfocou os processos de decisão organizacional: “...*existem decisões que têm que ser tomadas com uma certa agilidade e o processo democrático participativo é mais lento. Não existe agilidade na gestão participativa. Então o que acontece, sempre que existe uma pressão de tempo volta-se ao velho modelo autoritário. E mais, em relação ao velho modelo, sempre que existe uma situação de stress. E o que eu chamo de situação de stress não é só a urgência mas é quando existe o conflito, existem divergências, recorre-se ao velho modelo. É uma cultura, vamos dizer assim, toda a expectativa que o dirigido tem é o dirigente aja dessa maneira. Quando ele não age é porque ele é fraco frouxo ou porque tem segundas intenções. Não existe confiança. Quando digo desconfiança, não existe confiança geral. Não é que um dos atores não confia no outro pura e simplesmente. O clima não é de confiança. Então as tentativas são muito tímidas e fica para decisão coletiva o que é menos relevante, o que é menos urgente. Aí o que acontece, você esvazia os fóruns de decisão porque as decisões são menos relevantes. Então não é tão importante eu participar porque o que vai ser decidido lá não faz muita diferença. Agora veja isso não invalida a proposta, eu estou falando da dificuldade de chegar lá.*”

Em outra referência às mudanças nas relações de poder que compõem a nova configuração, o apoiador apresentou a concepção do papel das organizações de saúde e a relação com o exercício de cidadania. Assim: “*Eu acho que saúde é um direito do cidadão. Essa instituição existe para prestar serviços de saúde. E essa é a principal perspectiva da relação. O cara que procura este serviço ele vem aqui para exercer o direito dele. E essa é a primeira coisa que eu tenho que responder porque ela vai definir uma série de outras coisas que vêm depois. E que vão além da questão só de tratar bem o cara. Têm também têm as exigências que o operador faz. O operador também faz exigências ao paciente. Agora essas exigências se eu faço na perspectiva cidadã é uma coisa, se eu faço na*

*perspectiva de empurrar com a barriga porque está enchendo o saco é outra coisa. Por exemplo o hospital quer um documento, simples...eu quero que ele entre por uma determinada porta, coisa simples bem elementar. É o que passa quando o usuário vem pegar um atestado. Não é aqui! Trato o cara mal porque não é aqui. A questão burocrática. Outro exemplo, as reclamações que o cara faz, como eu acolho? É uma agressão? Ou é um exercício de um direito que ele também não é treinado para exercer”*

Esse entrevistado articulou a mudança da configuração às alterações das relações de poder entre os trabalhadores e os usuários, assim: *“A humanização entendida em dois sentidos: sentido de estabelecer com os usuários uma relação fundada na cidadania. Uma relação, digamos assim, mais avançada de direitos e deveres. E por outro lado o mesmo processo com os trabalhadores. Conseguir desenvolver uma forma de relacionamento em que se possa dizer assim, mais humanizada. Dentro da mesma estratégia ou da mesma definição de humanização. Agora essa seria uma das pernas.”*

Avaliou ainda a dificuldade da construção dessas novas relações assim: *“Bom, aí vem a proposta de humanização. Eu acho que tem uma distorção na compreensão do que seja humanizar. O que chega lá na ponta não é exatamente o que eu defini aí no começo. Uma relação de cidadania...O que chega é assim: humanizar o atendimento é tratar bem, é ser gentil, atencioso. Ou então como uma espécie de caritativismo. Não uma relação cidadã mas uma relação caridosa. E aí o que acontece, sempre que há algum conflito entre um operador e o usuário recolhe-se a caridade...”vamos acabar com essa brincadeira e não enche o saco!”. Quer dizer, não tem muita consistência ainda.”*

*“A proposta de humanização tal qual ela é entendida lá na ponta só reativa o caritativismo que estava adormecido. Não muda realmente a concepção da relação. É aí que não chegou lá ainda. Agora eu acho que não chegou. Eu acho que esse é o ponto menos compreendido dentro desse processo, já agora entrando na avaliação. Os gerentes e os coordenadores não entenderam isso. E isso não é passado como proposta clara, com essa lucidez. Então vai se distorcendo. Eu acho que se investe muito pouco nisso, em discutir isso, em avaliar isso. Houve no início da gestão oficinas de humanização, mas aí a coisa fica o que é humanizar botar a ouvidoria, atividades sócio-culturais, diversão para os pacientes. O que não significa que não existam*

*algumas ações que são afirmativas, interessantes. Eu acho que o trabalho que se faz com as famílias, o trabalho estruturado de atenção às famílias. O que existe de trabalho estruturado é um avanço. Mas vamos dizer assim, não é uma idéia que impregnou o ambiente no sentido que deveria.”*

Em relação à **estrutura organizacional**, as falas evidenciaram mudanças em relação ao proposto. Ao se referir ao delineamento das posições individuais, o apoiador colocou como um dos pilares do novo arranjo a questão das equipes multiprofissionais. Assim: *“E o terceiro pé seria a questão das equipes multiprofissionais que tem a ver com as duas questões anteriores, humanização e democratização, mas tem um algo mais que seria o incremento da qualidade do próprio atendimento. Então não é só uma questão de humanizar as relações ou democratizar os processos decisórios mas incrementar a qualidade do que se faz. Enfim foi assim que eu entendi o que se pretendia quando eu vim para cá.”*

O diretor também assumiu que o trabalho em equipe compõe a nova configuração. Colocou esse tipo de delineamento de posições no trabalho assistencial especificamente. Assim: *“Na assistência se está partindo que o melhor padrão seja aquele que trabalha com equipe de referência.”*

Esse mesmo entrevistado, ao comentar a implantação das equipes de referência, se referiu especificamente ao trabalho médico em equipe. São equipes constituídas por médicos de uma mesma especialidade que assumem responsabilidades pelo cuidado de uma pessoa, compartilhando seu acompanhamento segundo protocolos técnicos. Relatou que a forma com que os médicos exercem seu trabalho — na maioria dos hospitais públicos plantões verticais — dificulta a criação de vínculo e responsabilização. Assim: *“Acho que o principal problema para a implantação de equipes de referência é o tipo de inserção que os médicos têm não só no Hospital mas em todos os hospitais nos quais ele trabalha. Como com a grande maioria, o vínculo é plantão e como na equipe de referência necessariamente o médico precisa acompanhar o doente da internação a alta ou da pré-internação, se for paciente cirúrgico, até o retorno ambulatorial, os médicos como tem inserção vertical em vários hospitais em que trabalha ele tem dificuldade de fazer esse acompanhamento horizontal.”*

Essa foi a principal justificativa oferecida pelo diretor para contornar a dificuldade advinda da inserção médica nos hospitais e garantir a responsabilização pelo cuidado. Como exemplo, descreveu o que ocorreu na área cirúrgica do Hospital: *“Quando foi apresentado esse tipo de proposta eles acharam interessante, viável esse tipo de proposta. Eles acharam que poderiam diminuir o número de problemas que eles mesmos têm lá. Como um indica a cirurgia, outro contra-indica, no outro dia pede um exame, outro fala que o exame é desnecessário. Eles mesmos estavam sentindo que estava muito difícil. E isso facilitou. A equipe de cirurgias gerais é grande dentro do Hospital, acho que são 27 cirurgias. Por ter um número maior conseguiu formar grupos, equipes de referência com responsabilidade, ou seja se um determinado médico tiver dificuldade, naquele horário ou no final de semana ou à noite, de vir ver um paciente tem alguém do grupo que conhece o paciente que também faz o acompanhamento que vai estar disponível. Então o tamanho da equipe também influenciou. Em média são três cirurgias em cada grupo que acompanham as decisões sobre o paciente. Se um não tem a possibilidade algum dos outros dois verá esse paciente. Nenhum médico fora do grupo decide sobre o paciente”*

O apoiador colocou grande destaque no trabalho em equipe, não explicitando as áreas em que seria utilizado, mas seus exemplos foram somente da área assistencial. As equipes foram colocadas, por este entrevistado, como multiprofissionais. Essa dimensão foi apresentada como um dos três pilares do novo arranjo, assim: *“E o terceiro pé seria a questão das equipes multiprofissionais que tem a ver com as duas questões anteriores mas tem um algo mais que seria o incremento da qualidade do próprio atendimento. Então não é só uma questão de humanizar as relações ou democratizar os processos decisórios mas incrementar a qualidade do que se faz. Enfim foi assim que eu entendi o que se pretendia quando eu vim para cá.”*

Ao mesmo tempo em que destacou a importância desse pilar para a constituição do novo arranjo, fez uma avaliação negativa do andamento da sua implementação, apontando seu atraso, assim: *“É o aspecto que está mais atrasado. O corporativismo é grave, fantástico. Mais evidente em médicos, enfermagem, assistente social. Um exemplo disso foi na greve, as assistentes sociais se reuniram para saber a posição das assistentes sociais em relação à greve”.*

Finalizou que, se implantado, esse pilar teria a capacidade de alavancar as outras diretrizes do novo arranjo: *“Eu me lembrei disso porque acho que isso é algo para ser trabalhado prioritariamente hoje. Porque ele na verdade deveria ser a locomotiva dos outros. É mais fácil construir relações humanizadas, democráticas se você constrói o trabalho em equipe. É onde eu enxergo uma possibilidade.”*

Em relação à distribuição das responsabilidades e autoridade, as falas dos entrevistados apontaram para a implantação do que foi formulado. O que apareceu com mais clareza foi a instituição das coordenações e da diretoria.

Os dois entrevistados, ao se manifestarem sobre os níveis gerenciais abaixo da diretoria, trataram da mesma forma as coordenações gerenciais e as gerências/supervisões. Um dos pontos em que houve convergência entre os dois entrevistados foi o da avaliação da fragilidade da gerência. O diretor explicou o papel desses gerentes: *“E nesse modelo o gerente tem mais autonomia. Porque ele gerencia todos os recursos que a unidade têm. Recursos humanos, então um exemplo qualquer, Pronto Socorro. Ele gerencia recepção, todas as especialidades médicas que atuam no Pronto socorro, Serviço social, a Farmácia do Pronto Socorro. Então todos os recursos humanos da unidade dele. Ele quem faz a escala, vê quem está de férias quem não está.”*

O apoiador refletiu sobre a mudança de papel gerencial nesse novo arranjo, destacando as habilidades de líder e de negociador. Assim: *“O que é o gerente nesse novo modelo? Primeiro, ele tem uma função simbólica, no sentido de que todo grupo tem o seu ícone. Ele é o ícone. Ele tem uma função de liderança no sentido, ser capaz de captar movimentos, necessidades do grupo, traduzir isso em propostas de ação, coordenar atividades, etc. etc. Então tem essa função de liderança. Tem também uma função que dentro do modelo parece fundamental que é a capacidade de negociação. Então ele tem que negociar com a equipe dele, essas metas, a tradução dessas metas na prática, a compatibilização dessas metas com as metas mais gerais. Saber ter metas para serem atingidas. Fazer as articulações com as outras áreas, nas relações de horizontalidade, para não ter a necessidade de alguém de cima que decida. ...essa habilidade...para fazer essas coisas o cara tem que ser mais que um tarefeiro. Tem que pensar muito. Pensar responsabilmente.”*

Pôs ênfase na força da proposta: *“A própria proposta traz em si esse estímulo para mudança do papel dos gerentes. Então na medida em que qualquer esforço que você faz no sentido de implantar a proposta você está exigindo isso dos caras”*.

Ao avaliar o que aconteceu nessa proposta de mudança de papel gerencial, o apoiador apontou para fragilidades nesse processo. Colocou inicialmente uma avaliação sobre o grupo de gerentes, assim: *“Porque na avaliação que eu faço do processo, o que acontece é o seguinte. O nosso corpo gerencial não é o ideal. Nós temos áreas em que a gerência é muito fraca. E nós não temos alternativas. Vamos dizer assim, o que nós temos é o de melhor que se poderia ter nessa organização. No conjunto é o melhor que nós poderíamos ter.”*

E explicou o que denominou gerência fraca: *“O sentido do comando, o que é gerenciar? Compreender qual é o papel do gerente como líder, como formulador, como estimulador, aquele que delega, que acompanha. Sabe o que é função do gerente. Eles não têm clareza disso. Falta, falta muito! Falta know-how. Mesmo que em tese, teoricamente, saibam, na prática não tem vivência suficiente. Não houve acréscimo de qualidade a partir da experiência.”*

E destacou: *“Em algumas áreas em que ela é forte ela está, a força dela está, muito mais na utilização de métodos tradicionais do que da nova proposta.”*

O diretor descreveu uma impressão muito próxima desta. Entretanto, valorizou o que denomina de engajamento ou compromisso com a proposta como determinante da existência de envolvimento diferentes no processo de mudança: *“Mas é fundamental que o coordenador que esta na ponta esteja engajado. Por que? Porque na ponta é onde as coisas acontecem. Se o coordenador é um cara compromissado e resolutivo, vai obter resultados e não vai ficar nos choringos. Acho que a mudança é válida, mas ela depende muito dos coordenadores que estão na ponta.”*

Destacou o papel estratégico dos coordenadores na mudança: *“Depende muito do coordenador, do coordenador que esta na ponta. Se o time é bom a administração anda bem. Se o time é capenga por melhor que seja o modelo, a administração...Porque tanto a*

*qualidade da assistência quanto a satisfação do trabalhador isso é dado uma conta. Então a administração ela influencia o modelo mas não determina tanto a qualidade como a satisfação do trabalhador. A gente consegue dar condições, consegue influenciar, mas o quem acaba determinando é quem esta em contato diário com o paciente e com o trabalhador que é o coordenador, que é o coordenador que esta lá na ponta.”*

*“Alguns gerentes assumiram bem. Entenderam bem esse modelo proposto e desempenham bem o papel. Alguns têm mais dificuldades. Alguns ficam naquela: – a tá! Tem problema. Não vai resolver. Nunca vai mudar, vai ser sempre assim. Então não consegue direcionar...ter um objetivo e querer atingir aquele objetivo, não tem esse pensamento. Fica muito choramingando.*

*“Os setores do Hospital, as unidades que tem esse tipo de coordenadores a que estou me referindo, mais compromissado, mais efetivo vão indo muito bem, mudando o modelo de gestão e o modelo de assistência e tem bons resultados. Outros continuam com aquele pensamento a diretoria faz, a diretoria decide tudo. Então não processa nada, não filtra nada. O menor problema que aparece vem para a diretoria. A autonomia foi dada e não esta sabendo utilizar essa autonomia.”*

Os critérios de escolha dos coordenadores também foram motivo de comentários do diretor: *“A escolha desses coordenadores passou pelo perfil experiência, e do que eu chamo capacidade de estimular. Tem que ser capaz de estimular a vontade das pessoas para que façam certo!”*

*“Esses gerentes, alguns foram mantidos da gestão passada, outros foram escolhidos diretamente pela atual administração e alguns foram por processo seletivo. Não se notam diferenças entre esses grupos de gerentes. São homogêneos tanto os problemas como as qualidades. Teve gerente apontado pelo processo seletivo que esta indo muito bem e outros em que o próprio gerente esta pedindo para sair porque esta vendo que não esta tendo a capacidade de gerenciar a unidade. Dos que foram escolhidos alguns desempenharam muito bem, outros já foram substituídos. O mesmo aconteceu com os que vieram da outra gestão. Uns se enquadraram bem, trabalharam bem e foram mantidos, outros já foram substituídos e outros serão substituídos. O modelo deixa em aberto essas possibilidades de escolha de gerentes.”*



O apoiador apontou para os mecanismos desenvolvidos pela direção do Hospital em capacitar os gerentes. Assim: *“Eu acho que tem um investimento, que em tese, é muito importante que é a capacitação gerencial. Existe um Programa de Desenvolvimento Gerencial que vem sendo levado desde o início da gestão e continua. Eu diria que é um programa com um índice de adesão muito importante.”*

O diretor também sustentou que existe um trabalho de formação de gerentes no Hospital, assim: *“Temos trabalhado objetiva e subjetivamente a formação dos nossos gerentes. Objetivamente tem o PDG que é o Programa de Desenvolvimento Gerencial. Os temas que vão surgindo, que a gente vai considerando relevante são levados para ser discutidos. Isso dá alicerce, dá argumentação para os gerentes irem se fortalecendo gerencialmente, aprenderem no PDG a como lidar, como proceder em determinadas situações. Isso ajuda muito no dia a dia.”*

Mas, ao avaliar a capacidade do Programa de Desenvolvimento Gerencial de alavancar as mudanças, o mesmo entrevistado afirmou a existência de um esvaziamento das discussões que julga mais filosóficas da proposta: *“Agora a tendência é cair num foco burocrático. Parece que as coisas acabam sendo fagocitadas pela burocracia. Então esse Programa de Desenvolvimento Gerencial, a temática desse programa, precisaria examinar isso com mais cuidado para não falar bobagem, mas a sensação que eu tenho é que cada vez mais se volta para aspectos mais burocráticos da ação gerencial. Por exemplo essa questão da humanização sumiu no tempo. Não se rediscutiu mais nesse âmbito.”*

O diretor apontou para outros limites do Programa de Desenvolvimento Gerencial (PDG): *“Acho o que as reuniões dos colegiados e o PDG são importantes. Mas eu acho que gera tanto resultado, talvez mais, são as conversas e pactuações individuais com coordenadores. Quando alguém da diretoria vai ao colegiado das unidades, mas não no sentido de ouvir choramigo, mas no sentido de dar algumas direções para eles seguirem. Acho que isso acaba tendo uma influência maior que o colegiado e o PDG. Ir ao colegiado da unidade e as pactuações com cada coordenador.”*

O apoiador reconheceu, entretanto, que foram feitos esforços no sentido de lidar com aspectos não cognitivos do processo de mudança. Relatou o esforço de um grupo de analistas institucionais que desenvolveu um trabalho com os gerentes do Hospital. Assim:

*“Foi um momento, primeiro de tomada de consciência dos processos relacionais que estavam em jogo. E um momento de coletivização das coisas. Veja, as minhas frustrações, enquanto eles são solitários eles me consomem. No momento em que eu compartilho essas coisas eu faço um “up grade” na compreensão da minha inserção no processo e da compreensão do processo. E nesse sentido é mais que uma catarse. Talvez o que as pessoas que participaram do processo avaliaram foi o teatro. O teatro é catártico. Eu acho que foi um momento importante. Inclusive eu diria que foi praticamente o único que discutia o que acontecia, institucionalmente, não havia outro espaço.”*

O diretor declarou que existe um outro tipo de apoio aos gerentes que é o subjetivo: *“Subjetivamente tem o grupo de apoiadores, que conforme vai sentindo os problemas em setores específicos ou problema específico atingindo vários setores... Exemplo disso, na UTI Adulto estava tendo um grande número de reclamações por parte dos pacientes, inclusive fazendo Boletim de Ocorrência. A UTI era um tecido doente. Então o grupo de apoio, que é composto de psicólogo, terapeuta ocupacional foram atuar lá na UTI há 4 meses atrás e o hoje diminuiu o número de reclamações. Não existia harmonia entre os médicos e a equipe de enfermagem, existia uma rixa. Então era um problema dentro da UTI. Agora tem problemas específicos que tem no Hospital todo, que conforme a gente vai percebendo procuramos estruturar isso.”*

O outro entrevistado, o apoiador, relatou que em relação ao apoio técnico, houve mudanças significativas na medida em que o processo de implementação avançou. Descreveu assim o primeiro desenho do trabalho dos apoiadores: *“Eu acho que o trabalho dos apoiadores, no primeiro momento, a estruturação e a escolha dos apoiadores foi inadequada. Não deu certo. O que eles fizeram? Os 3 diretores mais 3 pessoas se colocaram no papel de apoiadores. Teoricamente o apoiador seria uma referência prática afetiva para os gerentes. Por exemplo, precisa conversar com alguém sobre alguma dificuldade, sobre algum projeto, sobre alguma coisa ele recorre ao apoiador que está acompanhando o trabalho dele. Só que foi feito assim, o Hospital foi loteado, o apoiador acabou virando um supervisor no sentido mais tradicional. Uns mais presentes outros*

*menos presentes. Alguns rejeitados pelos respectivos supervisionados. Então o que aconteceu? Não virou. Nesse momento eu identifico um titubeio sério da direção do Hospital. Porque na ocasião eu propus fazer um trabalho de reflexão com os apoiadores. Vem cá vamos conversar um pouco sobre o seu trabalho como está. Fazer uma espécie de supervisão do trabalho do apoiador. Para clarear o papel, principalmente porque não se tinha uma definição clara do papel.”*

Uma outra questão apontada para o insucesso nesse primeiro momento foi que, na escolha desse grupo de apoiadores, utilizou-se a nomeação de um enfermeiro menos pela adequação do perfil profissional e mais por necessidade táticas. Assim: *“...na constituição do grupo levou-se em conta a necessidade de lidar com a perda de poder que a enfermagem teve, na medida em que deixou de existir o cargo de gerente de enfermagem.”*

Esse esquema inicial dos apoiadores foi modificado por um novo desenho de trabalho e por uma nova definição de equipe, assim: *“Aí esse esquema mostrou que não estava funcionando e então veio o novo que é o atual. Em que se trabalha com uma equipe de apoiadores. Então quem faz o apoio é a equipe e não o indivíduo. E também os apoiadores estão à disposição dos coordenadores, gerentes e a direção, para uma busca voluntária. Então aciona quando quer e o apoiador está disponível.”*

Nesse novo esquema, o papel dos apoiadores sofreu modificações. Foi assim descrito pelo entrevistado: *“...eu acho que é um papel que está sendo criado. Não é o papel que o Gastão<sup>4</sup> define por exemplo nos textos dele, não é isso que acontece. Eu vejo duas maneiras. Uma é ajudar a pensar a solução. Mas aí entrando no mérito das decisões a serem tomadas. E a outra é ser mesmo um confidente alguém que seja capaz de acolher as aflições, as inseguranças. Onde as pessoas possam mostrar o seu lado feio que socialmente não aparece. As raivas, as divergências que não conseguem explicitar em outros espaços. Aí então vamos dizer o apoio acaba sendo um apoio emocional também. Agora a escolha dos apoiadores eu acho que foi baseado no conhecimento técnico, na história e na trajetória deles dentro da própria organização. É mais esse apoio emocional e operacional que estamos fazendo aqui.”*

---

<sup>4</sup> Gastão Wagner de Souza Campos. No livro “Um método para análise e Co-Gestão de Coletivos” (Hucitec, 1ª edição, 2000, SP), esse autor propõe a criação da função de Supervisor Matricial ou Apoiador Institucional que desempenharia funções de apoio às equipes das unidades de produção, no sentido delas construírem espaços coletivos de gestão.

O diretor também expressou sua opinião sobre os apoiadores: *“Os apoiadores servem de apoio aonde for necessário. Aos gerentes porque são eles que estão sofrendo a pressão. E servem de apoio à administração/diretoria porque eles fazem uma escuta, conseguem identificar problemas, servem de termômetro para a gente fazer avaliação. Não só como avaliadores, porque quando existe um problema específico ou não muitas vezes eles são procurados para discutir e procurar orientar como lidar com essas situações. Não temos indicadores que meçam esse trabalho, mas a impressão que dá é que tem funcionado, tem resolvido.”*

Na entrevista com o formulador apareceu que a departamentalização proposta foi implementada apenas na área ambulatorial, não sendo alcançada nas áreas de internação: *“Do ponto de vista do Hospital não conseguimos. Houve uma setorização em função do perfil e da especialidade, mas ainda é a área da Neurocirurgia, é a área da Ortopedia, é a área da Cirurgia Geral, é a área das especialidades Cirúrgicas, é a área da Clínica Médica e Moléstias Infecciosas, é a área da Pediatria.*

Na área ambulatorial: *“No ambulatório no CACON. a gente está trabalhando com oncologista, radioterapeuta, cirurgiões oncológicos, psicologia, assistente social. Então nessa futura unidade o conceito de trabalhar mais a atenção integral em função do agravo e do paciente, e aí compor uma equipe de várias especialidades médicas e de outros profissionais do campo da saúde fica mais fácil”.*

*“A gente pretende também, se houver recursos para pessoal e equipamento, trabalhar na abordagem do centro de atenção integral aos pacientes de patologias neurológicas e aí envolver o neurocirurgião, o neuroclínico, fisioterapeutas, fisiatras”.*

*“E também na área de traumato-ortopedia pretendemos incorporar um ambulatório mais resolutivo contando com fisioterapeutas, fisiatras, terapia ocupacional, enfim são projetos de rever a forma de organização da assistência baseada na integralidade e na complementariedade dos vários saberes e práticas”.*

Em relação aos processos de decisão organizacional e de planejamento, as falas dos entrevistados concentraram-se nos colegiados das unidades e na direção, sendo que esta última apareceu subsumindo a diretoria executiva e o Colegiado Gestor do Hospital. Não foi feita menção ao Conselho Local de Saúde.

Os relatos apontaram para a constituição de colegiados nas unidades do Hospital. Seu funcionamento como instância deliberativa foi problematizada pelos entrevistados. O diretor descreveu o funcionamento desses colegiados de unidades: *“O colegiado da unidade ele é representativo de todos os trabalhadores daquela unidade. Recepcionista, o pessoal de enfermagem, da limpeza, o pessoal do apoio técnico: psicólogo e serviço social, o médico.”*

As atribuições desses colegiados são, segundo o diretor: *“...tendo representatividade, todos têm direito à fala, ao voto, para expor os problemas que estão pegando mais voltados para tua profissão, para sua área, voltada para o seu núcleo específico.”*

E descreveu as relações com as demais instâncias deliberativas do Hospital: *“O próprio gerente local, muitas vezes, na maior parte das vezes, tem capacidade de resolver ou ele sozinho ou no contato direto com gerentes de outras áreas afins que tenham um problema relacionado. Alguns problemas precisam ser debatidos ou com a diretoria ou no próprio Colegiado Gestor do Hospital. Então nesse sentido é que é democrático participativo.”*

Esse entrevistado comentou o funcionamento de alguns colegiados. Sua ênfase foi nas dificuldades vividas em várias unidades: *“Alguns gerentes assumiram bem, entenderam bem esse modelo proposto e desempenham bem o papel. Fazem reuniões adequadas do colegiado. Têm propostas, discutem problemas, e fazem a unidade que gerenciam andar bem. Alguns têm mais dificuldades. A gente percebe que o colegiado é um colegiado virtual, não representativo, meramente burocrático. É para cumprir aquela reunião mensal, com discussões vazias e pouca proposta de ação. Tem gerente que espera que a diretoria faça a pauta da reunião deles. Não é a diretoria que deve fazer a pauta das reuniões dos colegiados das unidades. Entre eles é deve ser decidida a pauta. Alguns ficam naquela a tá tem problema não vai resolver, nunca vai mudar, vai ser sempre assim. Então não consegue direcionar...ter um objetivo e quer atingir aquele objetivo, não tem esse pensamento. Fica muito choramingando. É ruim não vai melhorar, vai ser sempre desse jeito, a gente só perde tempo aqui. Então acaba sendo um colegiado pouco efetivo.”*

Apesar das críticas que fez ao andamento de parte dos colegiados das unidades, o entrevistado observou que com sua constituição o espaço de escuta para os trabalhadores foi ampliado: *“Esse modelo abriu mais espaço de escuta. Mesmo naqueles colegiados que não funcionam adequadamente, por exemplo, naqueles que não tem pauta estabelecida, que não tem interesse em resolver os problemas, aqueles que só fazem as reuniões por fazer, para mostrar que foi feita. De qualquer jeito tem um espaço de escuta funcionando. Então acaba melhorando o relacionamento. Em áreas de relacionamento difícil como o Centro Cirúrgico foi mudada a gerência, por indicação neste caso. O que a gente percebe que só o fato de ter o colegiado com reuniões mensais que eles estão fazendo, o clima, a satisfação e a receptividade dos funcionários melhorou bastante no prazo de dois meses. E justamente, o que motivou a substituição dessa gerência foi a reclamação constante por parte dos trabalhadores, que a gerência não escutava, que tinha problemas que não resolvia.*

Em colocação feita após o término da entrevista formal, um dos implementadores afirmou que as principais dificuldades gerenciais ocorrem nas unidades em que a coordenação era feita por enfermeiros. Sua colocação se referiu à dificuldade que esse profissional tem em lidar com os médicos. Ainda segundo o entrevistado, eles eram incapazes de enfrentar os conflitos inerentes à gerência das unidades, e acabavam por trazer todos os pontos conflitantes para a direção.

Sobre o planejamento do Hospital, o diretor comentou as características desse processo e como vinha sendo realizado. Assim: *“O planejamento da unidade passa a ser um planejamento ascendente. Porque têm participação de todos os funcionários, né? Então é um planejamento ascendente.”*

E novamente ressaltou, na sua visão, o papel central dos coordenadores no processo de mudança: *“Esse planejamento tem ocorrido em algumas áreas e em outras não. Não é homogêneo. Depende muito do coordenador, do coordenador que esta na ponta.”*

O apoiador, ao se colocar sobre o processo decisório organizacional, apontou o esvaziamento dos colegiados das unidades como instância deliberativa por duas razões. A primeira refere-se à cultura autoritária da sociedade e das organizações como já referida

anteriormente. Nas suas palavras: *“Você tem uma tradição autoritária e as pessoas não sabem operar democraticamente, quando elas têm que tomar decisão. Elas não sabem participar do processo decisório, quer dizer, não querem. O gerente ganha para decidir porque ele me chama? Nada a ver.”*

A segunda razão apontada tem a ver com a própria dinâmica das decisões em um processo participativo. Referiu-se a um descompasso entre os tempos das decisões em um processo participativo e os tempos da organização: *“...existem decisões que têm que ser tomadas com uma certa agilidade e o processo democrático participativo é mais lento. Não existe agilidade na gestão participativa. Então o que acontece sempre que existe uma pressão de tempo volta-se ao velho modelo autoritário.”*

Esse entrevistado, o apoiador, colocou ênfase na segurança que o modelo autoritário oferece aos participantes da vida organizacional nas situações de conflitos, assim: *“Então o que acontece sempre que existe uma pressão de tempo volta-se ao velho modelo autoritário. E mais, em relação ao velho modelo, sempre que existe uma situação de stress. E o que eu chamo de situação de stress não é só a urgência mas é quando existe o conflito, existem divergências, recorre-se ao velho modelo. É uma cultura, vamos dizer assim, toda a expectativa que o dirigido tem é o dirigente aja dessa maneira. Quando ele não age é porque ele é fraco frouxo ou porque tem segundas intenções.”*

Destacou também o esvaziamento das decisões nas instâncias colegiadas: *“Não existe confiança. Quando digo desconfiança, não existe confiança geral. Não é que um dos atores não confia no outro pura e simplesmente. O clima não é de confiança. Então as tentativas são muito tímidas e fica para decisão coletiva o que é menos relevante, o que é menos urgente. Aí o que acontece, você esvazia os fóruns de decisão porque as decisões são menos relevantes. Então não é tão importante eu participar porque o que vai ser decidido lá não faz muita diferença. Agora veja isso não invalida a proposta, eu estou falando da dificuldade de chegar lá.”*

Em relação ao **modelo de atenção à saúde**, os entrevistados apresentaram e discutiram alguns dos aspectos contidos no novo arranjo organizacional. Os dois entrevistados foram unâimes em afirmar, como um dos pontos centrais do novo arranjo, a

constituição do trabalho em equipe e especificamente no que denominaram *equipes de referência*. Entretanto, existem nas suas falas diferenças fundamentais nas concepções de equipe.

O diretor assumiu que o trabalho em equipe é um dos elementos do novo arranjo. Articulou esse trabalho aos princípios do SUS do município — responsabilização e vínculo — e afirmou que sua implementação está em andamento. No entanto, sua fala não expressou total adesão a essa concepção, assim: *“Na assistência se está partindo que o melhor padrão seja aquele que trabalha com equipe de referência e que essa equipe crie vínculo e responsabilidade com o doente.”*

*“As unidades que não conseguiram efetivar esse modelo, não sei se é o melhor...na minha opinião é melhor montar equipe de referência. Então ocorre falta de continuidade na assistência, por exemplo, vem um e indica a cirurgia num dia, no dia seguinte outro contra-indica, no terceiro dia vem outro e indica mas com outra técnica. A gente percebe que não tem uma continuidade.”*

Esse diretor discorreu longamente sobre as equipes de referência. Entretanto, seu foco foi a constituição de equipes de médicos. Não houve alusão, na sua fala, ao trabalho em equipes multiprofissionais. A ênfase foi o estabelecimento de um desenho de trabalho que horizontalize a jornada dos médicos e crie uma condução técnica única para a pessoa sob cuidados. Um dos problemas fundamentais, apontado pelo entrevistado, foi a preferência dos médicos pela inserção vertical nos hospitais que, por sua vez, se vincula à questão da remuneração: *“O problema é que eles têm inserção em outros empregos, outros hospitais e financeira, para eles virem todos os dias no Hospital, fazer uma visita horizontal, não tem um retorno financeiro adequado para isso. Então os dois grandes problemas foram o retorno financeiro, é mais vantajoso ele fazer o plantão hoje, vai embora e dar plantão em outro lugar amanhã. Financeiramente para o médico é melhor. E até a dificuldade que ele tem em se inserir em outros trabalhos.”*

Frente às dificuldades encontradas de se horizontalizar o cumprimento das jornadas médicas, o Hospital procurou alternativas. Essas equipes de referência foram constituídas por médicos de uma mesma especialidade, agrupados em número variável, que



assumem responsabilidades pelos cuidados a serem oferecidos a cada pessoa. Como exemplo do que está acontecendo no Hospital, o diretor descreveu a área de Cirurgia, assim: *“A equipe de cirurgias gerais é grande dentro do Hospital, acho que são 27 cirurgias. Por ter um número maior conseguiu formar grupos, equipes de referência com responsabilidade, ou seja se um determinado médico tiver dificuldade, naquele horário ou no final de semana ou à noite, de vir ver um paciente tem alguém do grupo que conhece o paciente que também faz o acompanhamento que vai estar disponível. Então o tamanho da equipe também influenciou. Em média são três cirurgias em cada grupo que acompanham as decisões sobre o paciente. Se um não tem a possibilidade algum dos outros dois verá esse paciente. Nenhum médico fora do grupo decide sobre o paciente.”*

Quando falou da construção de uma mesma linguagem no cuidado ao paciente, o diretor se referiu aos protocolos que estabeleceriam um acompanhamento compartilhado, entre os membros da equipe médica, segundo procedimentos técnicos previamente acordados e formalizados: *“Então ocorre falta de continuidade na assistência, por exemplo, vem um e indica a cirurgia num dia, no dia seguinte outro contra-indica, no terceiro dia vem outro e indica mas com outra técnica. A gente percebe não tem uma continuidade. Onde foram formadas equipes de referência isso acabou. A equipe tem que falar uma mesma língua, tem que estabelecer protocolos e seguir aquilo. Então diminui muito esse tipo de problema onde foi implantada a equipe de referência. Já funcionam com equipes de referência as áreas cirúrgicas, todas elas, exceção da Ortopedia, e a Cirurgia Pediátrica.”*

E justificou sua viabilização na área cirúrgica do Hospital como uma forma de contornar a dificuldade advinda da inserção médica nos hospitais e garantir a responsabilização pelo cuidado. Assim: *“A coordenação da área cirúrgica tinha interesse. Quando foi apresentado esse tipo de proposta eles acharam interessante, viável esse tipo de proposta. Eles acharam que poderiam diminuir o número de problemas que eles mesmos têm lá. Como um indica a cirurgia, outro contra-indica, no outro dia pede um exame, outro fala que o exame é desnecessário. Eles mesmos estavam sentindo que estava muito difícil. E isso facilitou”*

Apontou também os limites enfrentados nesse tipo de equipe: *“O maior problema que agente tem é que o grupo não está falando exatamente a mesma língua. Isso é muito importante quando se trabalha com equipes de referência, todas os grupos falarem a mesma linguagem. Quando isso não ocorre e um médico dá uma informação um pouco diferente para o paciente, aí começa aquele jogo. O paciente perde a confiança e aí o próprio paciente começa a fazer o jogo. Mas o doutor não falou isso e aí gera reclamação. Então a equipe tem que estar bem afinada.”*

Afirmou ainda que esse tipo de desenho, de trabalho em equipe, só é o possível no setor público, assim: *“Quando trabalha em equipe, no serviço público, eu acho que não dá para ser um só, tem que ser em equipe. Porque não dá para cobrir todos os períodos.”*

Em relação à implementação das equipes de médicos, esse entrevistado defendeu a postura de juntar a firmeza em relação às diretrizes assistenciais com a abertura para a construção de outras alternativas de organização do cuidado, assim: *“Para mudar é preciso sensibilidade. Na Clínica médica esta semana a gente está fazendo com a área de Moléstias Infecciosas. Montando as equipes de referência e mudando o tipo de inserção do médico puramente vertical que é o que eles têm hoje. E a Nefro já está marcada para a semana que vem. É ruim obrigar as pessoas a mudarem a vida delas de uma hora para outra. Está acostumado a dar plantão 3ª, 5ª e 6ª e a partir de agora vai ter que vir todo dia. É difícil mudar isso de uma hora para outra. Mas tem que ter essa visão como objetivo como meta, senão não muda.”*

*“Em algumas áreas já conseguimos por exemplo a Moléstias Infecciosas e na semana que vem a Nefrologia. Já está marcado e nós vamos ter que fechar, bater o martelo. Se não fechar agora, assim num curto espaço de tempo eles vão ter que se adaptar. Agora eles podem elaborar proposta nova para montar equipe de referência. Nós estamos abertos, o que for bom para o serviço...”*

Referiu também, esse entrevistado, que a percepção por parte dos usuários e dos familiares tem sido positiva, assim: *“Nas áreas em que o coordenador conseguiu fazer isso na sua unidade, o que a gente está percebendo é que diminuíram muito as reclamações de familiares e pacientes.”*

Ao falar da proposta de trabalho com as outras profissões da área de saúde, o diretor colocou: *“Faz parte da proposta a incorporação dessas outras profissões. Psicólogas o Hospital têm um número muito pequeno. Tem na Pediatria uma e na Radioterapia outra. Elas estão engajadas nisso fazem parte da equipe dessas unidades. Serviço social, nutricionista e agora mais recentemente farmácia. Já esta ficando um profissional desses por andar para que eles fiquem responsáveis por toda a orientação de todos os pacientes do andar em elas estão.”*

Entretanto, ao comentar sobre sua importância, esse entrevistado afirmou: *“No hospital diferente de outros níveis, o paciente é cuidado principalmente por médicos e enfermagem. Então não são tão requisitados assim. O doente não interna porque ele precisa do cuidado da assistente social como o cuidado principal dele. Então isso não gera reclamação, não gera problema. Por que? Porque não era o que motivou a internação. Internou por causa de uma doença. Uma doença que vai necessitar principalmente de médico e enfermagem. Precisa de assistência social, de psicólogo, da fisioterapeuta, mas eles não internam por tem um problema fisioterápico. Nós não somos corporativistas, mas é a realidade.”*

O apoiador, ao falar do trabalho em equipe, destacou o trabalho multiprofissional, colocando-o como um dos pilares da nova configuração. Apresentou esse desenho como recurso para humanizar e democratizar as relações e para aumentar a qualidade: *“E o terceiro pé seria a questão das equipes multiprofissionais.”*

Entretanto, apontou atraso significativo no andamento da implementação desse aspecto do arranjo organizacional. Responsabilizou o corporativismo como questão central, desta maneira: *“A questão das equipes multiprofissionais é o aspecto que está mais atrasado. O corporativismo é grave, fantástico. Mais evidente em médicos, enfermagem, assistente social. Um exemplo disso foi na greve, as assistentes sociais se reuniram para saber a posição das assistentes sociais em relação à greve”.*

Com esse mesmo espírito, continuou analisando o tipo de trabalho que foi construído nas equipes: *“Então mesmo quando você tem a equipe, pode-se dizer que se trabalha em equipe? Não, trabalha-se em harmonia, entre as diferentes corporações. É*

*muito diferente de trabalho em equipe. Não existe um processo de responsabilização coletiva. Eu acho que isso tem a ver com a complexidade da tarefa mesmo. A construção do trabalho interdisciplinar é muito complicada. Se bem que eu acho que ela está articulada com as outras. Mas eu diria que essa mudança é uma corrida em que esse aspecto ficou atrás. Está arfando.”*

A mudança dos processos de trabalho na área assistencial foi outro componente destacado pelos entrevistados. O diretor avaliou o impacto da horizontalização das jornadas de trabalho médicas na questão da continuidade do cuidado: *“No modelo verticalizado, vou dizer o que eu sinto e vejo no Hospital. A qualidade da assistência, do ponto de vista técnico, é totalmente dependente do médico, da formação desse médico que está passando visita no dia. Se ele é capacitado, experiente e tem habilidade esse paciente vai ser bem tratado nesse dia. Quando o médico não é experiente não tem uma boa formação, ou especialização a qualidade técnica não é adequada. Nas equipes como funcionam com grupos acabam sendo expurgados tanto o melhor como o pior membro da equipe. Por que ela acaba fazendo protocolos e discussões em conjunto. Então acaba criando uma média dos conhecimentos do grupo. Isso dá um certo padrão. A variabilidade é menor dentro de uma equipe de referência. Acaba ficando nem por baixo nem nivela por cima. Mas a variabilidade é menor. Na inserção vertical depende exclusivamente do médico que está de plantão.”*

Observou também uma relação entre a constituição de equipes de referência, a construção de protocolos médicos e a qualidade assistencial: *“Agora muitas áreas não têm protocolos. Acho que é metade do Hospital. O protocolo é interessante porque ele qualifica tecnicamente, porque feito o diagnóstico, como as variações individuais sempre vão existir, mas o padrão está aí, o padrão não vai fugir. Então ele qualifica a assistência nisso, você já inicia o tratamento padronizado, com as adaptações necessárias. Isso facilita a alta do paciente porque tem uma recuperação mais rápida, diminui seqüelas, melhora sobrevida e diminui custo. Então a adoção de protocolo qualifica a assistência aliada a diminuição de custo. As áreas que trabalham com equipes de referência, coincidentemente são as que fizeram os protocolos. Não sei se é coincidência ou não, as áreas cirúrgicas que trabalham com equipes de referência estabeleceram protocolos. A área de clínica médica, que não trabalha com equipe de referência, não tem protocolo.”*

E finalizou, sugerindo que a utilização de protocolos favorece a qualidade do programa de residência médica, já que o Hospital é de ensino: *“Isso é até bom, por ser um hospital de ensino com residência, o residente sai com boa formação. E a gente algumas vezes que alterar o protocolo, pela experiência, a gente sabe até onde pode ir, e no hospital particular a gente faz isso agiliza esse procedimento e aqui por ser um hospital de ensino tem que ter primeiro a formação do básico para depois exercer sua própria experiência.”*

O entrevistado, ao mesmo tempo em que deixou clara a diretriz de mudança dos processos de trabalho com horizontalização do trabalho médico nas áreas de internação, explicitou as dificuldades de sua efetivação, assim: *“Acho que o principal problema para a implantação de equipes de referência é o tipo de inserção que os médicos têm não só neste Hospital mas em todos os hospitais nos quais ele trabalha. Como com a grande maioria, o vínculo é plantão e como na equipe de referência necessariamente o médico precisa acompanhar o doente da internação a alta ou da pré-internação, se for paciente cirúrgico, até o retorno ambulatorial, os médicos como tem inserção vertical em vários hospitais em que trabalha ele tem dificuldade de fazer esse acompanhamento horizontal.”*

Esse diretor relatou que, em relação à enfermagem, também ocorreram mudanças dos processos de trabalho, tendo sido abandonado o processo taylorista e algumas alternativas implementadas. Assim: *“A enfermagem algumas áreas mudaram outras não, e algumas criaram um modelo alternativo. Na área cirúrgica a enfermagem está fazendo o cuidado integral. Então dá o banho, faz a assistência alimentar, médica, faz os controles de dados vitais. Eles são fixos com um número de pacientes, mas por iniciativa dos funcionários, eles fazem rodízio periodicamente. Na Pediatria é um misto. Não é cuidado integral exclusivo mais caminha para isso. Eles procuraram colocar um auxiliar de enfermagem em cada quarto para fazer os cuidados integrais nesse quarto, e eles tem dois funcionários que não ficam com nenhum paciente. Eles chamam de apoio. Então esse funcionário colhe sangue. Então está caminhando para cuidados integrais, mas ainda falta alguma coisinha. E por que isso? Acho que depende da cultura que já havia anteriormente. A Pediatria já funcionava nesse esquema. Na enfermaria de Clínica médica ainda estão verticalizados os cuidados. O enfermeiro chega e, em cada dia, estabelece com quais casos o auxiliar vai ficar. Mas ao assumir o paciente o auxiliar faz todos os cuidados. No*

*Hospital não existe mais essa coisa de uma equipe só de banho, uma equipe só de coleta, não.”*

Segundo o diretor, algumas dificuldades iniciais foram superadas com a vivência do novo modelo: *“A enfermagem alegava que não dava conta, que para criar vínculo e trabalhar com equipes de referência necessitaria aumentar o número de auxiliares de enfermagem. Na prática viu-se que isso não ocorria, era uma forma de resistência. Eles diziam que para cuidar de tudo que o paciente necessita não dariam conta. Precisavam trabalhar com um número menor de pacientes. Depois viu-se que era mais o medo de tentar a mudança.”*

Ao finalizar sua fala sobre modelo assistencial, o apoiador fez crítica à tradução do Projeto de Saúde da Família para os hospitais: *“Agora o que acontece é que também tem uma coisa complicada que é o modelo de equipe de referência que é usado. A tradução desse modelo para o hospital não é tão simples. Eu acho que ainda não se conseguiu ainda avançar nessa tradução. Não é nem fazer, é a tradução. O fazer eu acho que é coisa para anos. Avançou-se muito pouco. As ações continuam sendo isoladas. Não há decisões coletivas quanto aos procedimentos e tratamentos para o paciente. São ações isoladas. São ilhas. O médico decide. A enfermagem toma outras decisões que são do âmbito da enfermagem. O serviço social toma outras decisões. A fisioterapia toma outras decisões.”*

Emergiram dessas duas últimas dimensões apresentadas o trabalho em equipe e as mudanças nos processos de trabalho, as questões do vínculo e da responsabilização. O diretor comentou essa questão, colocada como uma das diretrizes do SUS do município. Afirmou que um dos motivos da mudança dos processos de trabalho médico foi a busca de desenhos que favoreçam a criação de vínculo. Assim: *“Na assistência se está partindo que o melhor padrão seja aquele que trabalha com equipe de referência e que essa equipe crie vínculo e responsabilidade com o doente”.*

Colocou que o mesmo motivo impulsionou as mudanças na área de assistência de enfermagem. Entretanto, o entrevistado manifestou que nem sempre é adequada a implementação dessa diretriz. Ao comentar o rodízio das auxiliares de enfermagem com os pacientes realizado na enfermaria cirúrgica do Hospital, colocou: *“Por quê? Essa questão*

*do vínculo é uma coisa que cansa muito. Eles gostariam de ter esse rodízio. Não tem tido nenhum problema, não sei, acho que a cada 10 ou 15 dias eles acabam realizando um rodízio. Mesmo porque para não ficar sempre um funcionário com gente mais grave e um com mais tranquilo, então acaba acontecendo o rodízio.”*

*“O pessoal da enfermagem fala que o vínculo é desgastante, eles preferem cada dia pegar um doente diferente e não se desgasta, não cria stress mental (rindo), esta sempre com aquele paciente, acompanhando ele para melhor ou para pior.”*

Um aspecto que o entrevistado destacou foi o sofrimento referido, pelo grupo de enfermagem, nas relações com os pacientes: *“E a enfermagem falava literalmente não querer estabelecer vínculo por causar do sofrimento. Eles não queriam de saber de estabelecer vínculo.”*

Outro aspecto dessa questão apresentada foi a possibilidade de escolha do paciente: *“O próprio paciente...tem paciente que gosta de estabelecer vínculo, têm outros, uma minoria que não quer estabelecer vínculo. Tem que haver uma adaptação ao paciente, à instituição, ao trabalhador. A regra fixa não consegue. Tem sempre que ter uma adaptação.”*

Segundo o diretor, os médicos também fizeram questionamentos: *“E a responsabilização traz uma série de novas atribuições ao médico ele tem que ter maior disponibilidade de tempo para atender esse paciente. Ele pode ser chamado no final de semana, à noite. E ele pode estar ou não disponível, então isso atrapalha.”*

Esse entrevistado chegou a expressar que os médicos referem medo de sofrer responsabilização por eventuais problemas no cuidado ao paciente: *“...alguns médicos falam abertamente que não querem estabelecer responsabilidade e vínculo. Alguns motivos, se tiver algum problema na condução fica fácil responsabilizá-lo”.*

Os dois entrevistados não abordaram explicitamente uma dimensão do modelo de atenção à saúde — o entendimento da pessoa sob cuidado. A fala mais próxima foi a do apoiador quando discutiu o que entende por humanização. As pessoas que buscam cuidados

no Hospital foram apresentadas como cidadãos com direitos e deveres, usuários dos serviços de saúde. Assim: *“A humanização entendida em dois sentidos: sentido de estabelecer com os usuários uma relação fundada na cidadania. Uma relação, digamos assim, mais avançada de direitos e deveres. E por outro lado o mesmo processo com os trabalhadores. Conseguir desenvolver uma forma de relacionamento em que se possa dizer assim, mais humanizada. Dentro da mesma estratégia ou da mesma definição de humanização. Agora essa seria uma das pernas.”*

Nas falas do diretor, as pessoas sob cuidados foram sempre apresentadas como pacientes e/ou doentes.: *“...o médico precisa acompanhar o doente da internação a alta ou da pré-internação, se for paciente cirúrgico, até o retorno ambulatorial.”*

Na sua fala final, o diretor colocou a centralidade da mudança na qualificação da assistência: *“O plano, essa mudança do modelo, é para qualificar a assistência, vai melhorar a condição social do Hospital. O Hospital está fazendo melhor a função social dele. A qualidade técnica da assistência prestadas, na minha opinião, também melhorou.”*

Como questão adicional afirmou: *“Os trabalhadores são ouvidos e são dadas respostas aos problemas concretos que eles apresentam.”*

E declarou sua impressão geral de como está o processo de mudança: *“Tem dificuldade dos trabalhadores de incorporarem esse sistema como valor de uso. Após 2 anos e pouco a gente percebe que mudou, mas levou 2 anos para entenderem o modelo, não foi rápido.”*

Acrescentou: *“Existe também a resistência consciente e voluntária. Envolve interesses pessoais, interesses político-partidários. Existem pessoas que enxergam que é bom mas batem no modelo. Ou porque estão mexendo no pedaço dele, isto é, no interesse individual dele, ou por interesse político-partidário. Ele não quer que vingue porque não é interessante, porque não é ele que está promovendo. É um foco de resistência. Talvez sejam os dois mais importantes, quando há problemas individuais e quando há interesses políticos-partidário. Esses focos de resistência são medo de uma coisa nova, diferente. Aquela inércia que tem, se está assim deixa quieto, medo que vá gerar mais trabalho. Se*



*isso vai me gerar mais trabalho de antemão sou contra, não quero nem experimentar. Se eu diminuir a fila de espera Pronto socorro vai vir mais doente para o PS, vai me gerar mais trabalho então eu não quero que a fila diminua. Se o cuidado integral vai me dar mais trabalho, eu vou ter que dar banho, dar alimentação, colher o sangue, eu quero diminuir o número de pacientes. Então o medo de gerar mais trabalho também causa resistência.”*

Também, ao finalizar sua fala, o apoiador manifestou opinião sobre as resistências mencionadas pelo diretor, assim: *“Eu acho que mais que isso, revela uma sabedoria. Porque o modelo novo ainda não encontrou solução para isso. Por exemplo, o gerente do PS ele não quer mexer com recepção. Isso daí eu deixo de lado, eu quero cuidar de outras coisas. Então alguém tem que cuidar. Então a velha estrutura se mantém. Eu digo que é sabedoria, sabe são recursos que o sistema utiliza para não auto-implodir.”*

O formulador também fez uma avaliação sobre as dificuldades de levar em frente o movimento de mudança no Hospital Geral: *“...Esse modelo é muito radical...ele é de uma radicalidade que às vezes eu sinto que os meios, as estratégias que a gente tem para fazer ele virar são muito pequenas. Você lê as experiências de mudança de modelo americana os caras têm milhões e milhões de dólares para capacitação, estrutura de apoio, para o desenvolvimento do projeto. Então eu acho que nós temos como fragilidade a nossa capacidade de desenvolvimento dessas mudanças acho que ainda é muito sistemática, a gente joga a idéia e vai, cria alguns instrumentos para acompanhamento. Então acho que o desenvolvimento desse projeto de mudança ainda é muito falho por conta que não tem uma estrutura de consultores de áreas externas, de equipe de acompanhamento e desenvolvimento de projeto.*

Ao discutir as limitações da implementação, esse entrevistado, destacou a fragilidade dos mecanismos de incentivo: *“Uma das debilidades nossa é o mecanismo de premiação. Outro problema, do ponto de vista de retorno material para quem adere, premiação nós somos muito aquém, tem que ter recursos para isso, tem que ter uma gratificação móvel, um plus nos vencimentos como forma de adesão, de valorização.”*

Outro aspecto limitante apontado, e que guarda relação com a questão anterior, foram as estratégias de valorização dos servidores e suas conseqüências: *“Acho que falta estratégia governamental, por exemplo eu tenho um irmão que é médico em Portugal, lá tem uma estratégia governamental de valorização de quem faz exclusividade pelo setor público muito bem definida. Ele ganha muito bem e as condições de trabalho...ele trabalha 30-36 horas por semana e ganha duas a três vezes mais do que eu ganho trabalhando...Ele se sente seguro trabalhando no setor público. Então faltam estratégias de inserção do pessoal médico no setor público, do pessoal de enfermagem. Falta uma estratégia mais vigorosa no sentido da valorização do profissional da saúde na coisa pública. E aí tem o problema que eu acho que é da múltipla inserção do médico e da auxiliar de enfermagem que nós não resolvemos no Brasil. Então acho que são grandes dificultadores nossos nesse processo.”*

O financiamento também foi alvo de críticas: *“Outro ponto é o financiamento do sistema de saúde, que vai garantir condições adequadas de trabalho, progressão profissional. Nós temos impasses no financiamento. Toda hora tenho pane de não ter, faltar. Se trabalha muito com essa angústia do custeio e dos investimentos necessários para as adequações devidas. Esses dois pontos dão muita instabilidade ao processo de mudança.”*

Ao ser indagado sobre algo a acrescentar ao que já foi dito durante a entrevista, o formulador fez comentários sobre como vê essa nova formulação: *“Para um hospital público ele representa uma ruptura, pelo menos no contexto Brasil. Eu acho...ele é o Programa da Saúde da Família do hospital. Ele é a ruptura que aposta na responsabilização, aposta no conhecimento do outro. Combate o trabalho solitário.”*

*“Coloca o modelo de assistência como determinante, é o determinante. Ele é o determinante do modelo de gestão. Sempre entendendo o modelo de gestão como o que facilita...as rodas de pactuação, convencimento..Mas isso não é muito novidade, a gestão da qualidade, naquela linha de ir para o chão da fábrica, os times, o toyotismo ...é um saber que a reflexão sobre os modelos de administração e gerenciamento vem trazendo. Eu acho que a grande questão é a finalidade subordinar os meios. Nesse sentido o modelo de gestão é meio e o modelo assistencial é finalidade.”*

*“Então, eu acho que é possível, eu acho que os arranjos necessários para você mudar a assistência não tem um único. Então tem alguns hospitais que, mais de ouvir e ler alguma coisa que tem outras estratégias de pactuação com as equipes. Eu acho que é possível modificar modelo de assistência com outros arranjos, pode-se trabalhar com time de qualidade ou equipe de qualidade. Essa equipe é a mediadora com as equipes assistenciais, de rever processos de trabalho, de criar fóruns de reflexão. Então o pessoal do Sul fez muito, A Santa Casa, o Hospital Conceição, então eu acho que tem outros arranjos. Eu não tenho condições de falar qual tem maior potência.”*

E como balanço final, afirmou: *“Eu acho que a gente tem muito desejo. Estamos conseguindo inovar alguns instrumentos, algumas estratégias de mudança, assim Família participante, acolhimento, prontuário integrado. Então temos algumas boas estratégias estruturantes. Mas falta muita coisa ainda. Acho que a gente está mais perto do desejo. Estamos com 25-30% implementado. Tem para andar mais uns 70%. Eu acho que se agente não conseguir mais estratégias. Aí a gente não vai mais que uns 5% no que falta de 2 anos. Nós vamos ficar patinando. Muito esforço e pouca progressão. É um projeto ousado com uma governabilidade baixa. São ensaios, na verdade são ensaios...”*

Na observação de campo realizada na enfermaria de pediatria do Hospital, foram apontados alguns aspectos relevantes. Em relação à organização do cuidado, pôde-se observar que o processo de trabalho de enfermagem sofreu uma adaptação do modelo de atenção integral proposto. Nesse desenho adaptado, as auxiliares de enfermagem ficaram com responsabilidade sobre as crianças de um número fixo de leitos. Todos os cuidados ao paciente são realizados pelo mesmo auxiliar, exceto a medicação. Esta tarefa é realizada por um número menor de auxiliares de enfermagem, que fica responsável pelo preparo e administração dos medicamentos para todos os pacientes.

Durante a observação, foi possível verificar que as crianças e os acompanhantes foram chamados pelo nome. Entretanto, as auxiliares de enfermagem não foram identificadas pelos seus nomes.

O trabalho da enfermagem ocorreu ininterruptamente durante toda a manhã. Uma enfermeira colocava-se de apoio às auxiliares para a realização dos procedimentos.

O trabalho médico foi realizado de forma horizontal. São basicamente dois grupos de médicos que se responsabilizam pela assistência. Um primeiro grupo, formado por dois médicos vinculados à residência em pediatria de primeiro ano (R1) e um médico residente, da mesma área, de segundo ano (R2) cuidam diretamente dos pacientes. Um segundo grupo é formado por quatro médicos assistentes que dividem em duplas fixas e fazem o cuidado horizontal pelas manhãs, cobrindo todos os dias da semana.

Os médicos residentes foram os primeiros a chegar pela manhã e assistiram diretamente aos pacientes de leitos previamente determinados. Os residentes do segundo ano (R2) cuidaram exclusivamente das crianças que saíram da UTI pediátrica e foram para a enfermaria de pediatria. Essa divisão determinou que as crianças sejam sempre cuidadas pelo mesmo residente.

Durante o período de observação, os três residentes dividiram-se no cuidado das crianças internadas. As crianças e as acompanhantes demonstraram familiaridade em relação a eles. As crianças foram tratadas pelo nome; as acompanhantes, de forma geral, não.

No momento da visita dos residentes, a conversa com os pacientes e familiares foi pouca. As acompanhantes foram indagadas sobre problemas ou alterações do quadro clínico durante a noite. Os residentes examinaram todas as crianças. Havia um clima de tranquilidade durante a visita médica. Nesse primeiro contato, foram poucas as perguntas das acompanhantes para os residentes e, no geral, não foram oferecidas informações sobre a condução do cuidado.

A visita durou entre uma hora e uma hora e meia. Entre 8:00 e 8:20 horas chegaram os médicos assistentes. Eles se dirigiram para uma sala de reuniões existente no espaço da enfermaria, onde há um quadro grande em que consta o nome de cada criança internada, o diagnóstico da doença, os exames que estão sendo aguardados e observações sobre o número de dias de tratamento com antibiótico. A chegada dos médicos assistentes fez com que os residentes se dirigissem para esta sala.

Nesse primeiro momento, houve uma troca inicial de informações sobre como evoluiu o estado clínico das crianças do dia anterior para aquele momento, se aconteceu alguma intercorrência mais grave, e quais foram as novas internações nesse período.

Findo esse encontro inicial, os médicos assistentes sugeriram o início da visita aos leitos. Participaram dessa atividade os médicos assistentes e residentes de pediatria. Foram percorridos todos os leitos ocupados da enfermaria. Na presença da criança e da acompanhante, o residente relatava os principais aspectos da evolução do quadro clínico. Em algumas crianças o médico assistente realizou parte do exame físico. O diálogo ocorreu essencialmente entre os médicos. Não houve por iniciativa deles nenhum movimento, nesse momento, de envolver a criança e o acompanhante na visita. Alguns acompanhantes solicitaram informações sobre o que seria feito com seus filhos naquele dia. As solicitações de informações foram imediatamente respondidas.

Após passarem por todas as crianças internadas, os médicos voltaram à sala de reunião. A discussão sobre as crianças internadas se iniciou em torno de uma grande mesa em que estavam presentes os dois residentes de primeiro ano e uma residente do segundo ano, todos da Pediatria. A condução da reunião foi feita pelos médicos assistentes, sendo a pauta essencialmente a condução médica das crianças internadas. A discussão teve uma estrutura básica: os residentes, responsáveis por cada criança, apresentaram a história da doença, sua evolução com o tratamento, as complicações e suas dúvidas sobre a condução clínica do caso. Os médicos assistentes apontaram encaminhamentos, problematizaram as sugestões apresentadas, sugeriram artigos de atualização científica e determinaram o plano terapêutico. Durante a apresentação, todos se referiram às crianças pelos nomes.

A reunião foi interrompida algumas vezes. Na maioria das ocasiões uma auxiliar de enfermagem apontou erros na prescrição médica e pediu correções. O ambiente transpirou cordialidade, e após alguns esclarecimentos por parte de um dos R1, as correções solicitadas foram acatadas. A outra interrupção ocorreu com a entrada de um cirurgião pediátrico na sala, para discutir a indicação de um procedimento cirúrgico em uma das crianças internadas. Havia diferença de opinião sobre o que era mais adequado realizar. Após pequena discussão, chegou-se a uma mesma conclusão e o cirurgião se retirou.

A reunião durou cerca de uma hora durante a qual três outros profissionais adentraram a sala: uma enfermeira, uma psicóloga e uma fisioterapeuta. Sua identificação foi possível pelo crachá que portavam. Em nenhum momento elas foram incluídas na discussão em curso, nem se colocaram como participantes. Seu comportamento foi semelhante. Permaneceram em pé, durante os poucos minutos que ficaram na sala, ouvindo a discussão. A fisioterapeuta ficou olhando o exame de raio X de tórax de uma criança com pneumonia, que estava sendo discutido. Saíram como entraram — sem abrir a boca. O fato pareceu corriqueiro, não havendo qualquer manifestação de desconforto pela situação.

Terminada a reunião, os residentes saíram para conversar com as crianças e as acompanhantes sobre o que foi decidido sobre a condução médica de cada caso, e para providenciar os novos encaminhamentos. A conversa dos residentes com as crianças e acompanhantes foi, essencialmente, uma comunicação do que foi decidido. As crianças maiores não falaram, as acompanhantes perguntam sobre questões operacionais como se a criança ficaria em jejum a partir de agora, se a cirurgia seria hoje, etc.

Ficou claro que a assistência está centrada no trabalho dos residentes de Pediatria, principalmente nos residentes de primeiro ano (R1). Foram eles que realizaram o cuidado direto às crianças e que conversaram com os acompanhantes. Os médicos assistentes supervisionaram, verificaram, orientaram, apoiaram e, por exceção, relacionaram-se diretamente com a criança/família. Ofereceram, sim, continuidade técnica da assistência, isto é, critérios homogêneos de diagnóstico e tratamento das doenças através dos residentes.

Ao término das observações, foram solicitados alguns esclarecimentos aos médicos assistentes sobre o que se tinha observado.

Referiram que estão alocadas na enfermaria de Pediatria — além dos médicos já citados — uma equipe multiprofissional composta de uma psicóloga, uma fisioterapeuta, uma assistente social e uma nutricionista em tempo parcial.

Indagados sobre o trabalho em equipe, os médicos assistentes afirmaram que houve uma tentativa, há um ano, de se realizar visita conjunta às crianças internadas que envolvessem todos os profissionais. Segundo disseram, o desenho tentado foi que em cada

dia da semana se incorporasse um profissional não-médico à visita, sendo que, ao cabo de mais ou menos três meses, ocorreu uma desmobilização desses encontros. A avaliação sugerida por eles foi de que nas visitas o foco é essencialmente médico, o que acarretou desmotivação dos outros profissionais. Atualmente não há nenhum espaço articulado de trabalho conjunto. Segundo os médicos, há, sim, uma aproximação maior deles com a assistente social. Descreveram que essa profissional é muito envolvida no trabalho. No exemplo dado por eles, quando há um caso de violência contra a criança, geralmente quem detecta é ela, havendo uma articulação entre os médicos e a psicóloga para abordar a situação.

Em relação à fisioterapeuta, manifestaram seu desagrado pela autonomia em relação ao cuidado ao paciente que essa profissional mantém. Os profissionais de fisioterapia, segundo os médicos assistentes, decidem sozinhos o que deve ser feito para as crianças, sem consultá-los, o que seria observado no Hospital inteiro.

Em relação à enfermagem, referiram ter boa relação com as auxiliares e que a enfermeira não participa das discussões dos casos.

A nutricionista, ainda segundo os médicos, diferente da fisioterapeuta, tem uma relação mais próxima, apesar de estar parcialmente na enfermaria. Ela não faz nada sem discutir com os médicos e trabalha mais quando demandada.

Um dos médicos assistenciais explicitou sua opinião sobre essa questão do trabalho em equipe. *“Eu quero ser médico. Não quero ser assistente social nem psicólogo, disse ele. Resolver os problemas sociais não é minha responsabilidade. Quando eu tomo a conduta, eu assumo a responsabilidade.”*

Afirmaram também que a partir das 11 horas da manhã fica aberto o espaço para que os outros profissionais tragam suas demandas.

Em relação ao conceito da pessoa sob cuidados, observaram-se manifestações que expressam os conceitos de doente e de paciente.

Todo o trabalho assistencial presenciado ocorreu somente pela lógica dos diagnósticos médicos e dos tratamentos das doenças. A abordagem de qualquer outra dimensão do adoecer, além do aspecto biológico, surgiu devido a situações especiais em que foi evidenciado o limite do saber e das práticas médicas, como nas situações de violência contra a criança.

Às crianças, e neste caso aos acompanhantes, durante o tempo de observação, não foram criadas oportunidades de se apropriarem dos seus processos de adoecimento e de tratamento.

Segundo os médicos assistenciais, esse desenho de trabalho médico é anterior às mudanças propostas pela atual diretoria. Eles trabalham dessa forma há cerca de cinco anos.

Outro fator apontado para a consolidação do desenho atual foi o Hospital ter seus próprios residentes. Até três anos atrás, os residentes eram de outro hospital da cidade, e passavam pelo Hospital Geral em um dos seus estágios. A partir do momento em que o Hospital passou a ter sua própria residência médica, pôde-se organizá-la na forma atual.

Colocaram também que acham que esse esquema assistencial é bom na medida em o trabalho em dupla dos médicos assistenciais oferece a oportunidade de discussão dos casos, com conseqüente melhoria da qualidade da assistência. Nas suas palavras, “duas cabeças trabalham melhor do que uma”.

Opinaram também que a questão do vínculo e responsabilização não precisa se dar com um médico determinado, mas com a equipe de médicos; nas palavras deles, com a equipe do Hospital Geral.

Em relação à estrutura organizacional, foram feitos comentários sobre a existência do colegiado da área de internação pediátrica. As referências foram em relação às datas das reuniões. Ao serem inquiridos, os médicos assistentes referiram sobre sua realização periódica.



## 8f - ANÁLISE

A mudança de configuração organizacional no Hospital Geral envolveu algumas dimensões que serão analisadas separadamente, de tal forma a destacar seus vários aspectos. Como apontado anteriormente, fez-se a escolha de se analisar esse processo através de três categorias: *modelo de atenção à saúde* (tecnoassistencial), *estrutura organizacional* e *poder*. Entretanto, cabe salientar que é possível encontrar aspectos dessas categorias em todas a extensão do texto.

### Modelo de atenção à saúde

O formulador, ao discorrer sobre a proposta de nova configuração para o Hospital Geral, apresentou como seu **campo de análise principal** (Baremlitt, 1992), o modelo de atenção à saúde.

Para justificar o modelo proposto, o formulador procedeu a uma análise das características mais freqüentes das organizações de saúde, mais especificamente dos seus modelos de atenção. Colocou esses aspectos em termos gerais dos serviços de saúde no Brasil, não tendo como foco especificamente este Hospital.

Foram apresentadas críticas ao entendimento do processo saúde doença predominante entre os trabalhadores em saúde, ao entendimento da pessoa sob cuidado, à maneira como os hospitais se organizam para prestar este serviço e às diretrizes do cuidado:

- 1) A explicação biologicista dos processos de adoecimento é geradora de importantes distorções no tipo de cuidado oferecido e também na forma de organização desse cuidado. Uma das expressões dessa compreensão é o foco do cuidado na doença, segundo uma lógica fisiopatológica. Esse olhar aponta para um cuidado voltado para o diagnóstico das doenças e para os procedimentos cabíveis à condição patológica;
- 2) A pessoa sob cuidado é reconhecida pela sua doença e tratada como objeto das decisões dos profissionais de saúde. O papel da pessoa sob cuidado é de doente/paciente. Esse modo de entender o processo de adoecer e os

processos de cuidado levou à perda da dimensão humana colocada no sentido da valorização de criação de vínculos entre pessoa/família sob cuidado e equipe de saúde;

- 3) Os hospitais em geral organizam o cuidado a partir das profissões da área de saúde (serviços médicos, serviços de enfermagem, serviços social, etc.) e não por tarefas comuns, sendo esse aspecto apontado como outra distorção importante dos serviços de saúde. Este tipo de organização favorece a compartimentalização do cuidado e a perda da complementariedade dos saberes e da solidariedade profissional no cuidado;
- 4) Uma consequência do olhar estrito aos aspectos biológicos dos processos de adoecimento e desse tipo de organização do cuidado, foi a “cegueira” dos profissionais para os sentimentos, as necessidades e os desejos dos usuários. Ele colabora para o desenvolvimento de uma “couraça” que mantém os profissionais afastados dessas dimensões das pessoas sob cuidados.

Todas essas características do modelo de atenção foram apontadas como hegemônicas no setor saúde e uma das principais geradoras de insatisfação do usuário e dos trabalhadores.

Ao olhar especificamente para o Hospital Geral, o formulador aponta que nas áreas assistenciais, principalmente nas áreas de internação, o cuidado é centrado na assistência médica individual. Os profissionais de saúde envolvidos na assistência nessas áreas não trabalhavam como uma equipe responsável pela pessoa sob cuidados. A maior parte dos médicos exercia suas jornadas semanais em períodos de 24 horas corridas (em regime de plantão de 24 horas). Essa inserção verticalizada dos médicos determinava uma relação pontual desses profissionais com a organização e dificultava o estabelecimento de relações de acompanhamento contínuo pelo mesmo profissional dos usuários e de suas famílias. Isso acarretava, por exemplo, que o médico que indicava a realização de um procedimento cirúrgico não era o mesmo que o efetuava, nem o que o acompanhava no período pós-operatório.

Outro aspecto indicado pelo formulador foi de que os processos de trabalho da área de enfermagem eram, na maior parte das áreas de internação, de recorte taylorista, isto é, os auxiliares e técnicos de enfermagem dividiam-se na realização de atividades específicas. Por exemplo, alguns auxiliares ficavam responsáveis exclusivamente pelo banho dos pacientes, outros responsáveis por administrar a medicação, e assim por diante. Esse tipo de desenho incluía uma especialização vertical do trabalho na qual as enfermeiras tinham o poder de decisão sobre a maneira de realização das atividades e os auxiliares/técnicos a responsabilidade da execução. As assistentes sociais e as nutricionistas, segundo o entrevistado, participavam das atividades assistenciais quando havia solicitação dos médicos ou da enfermagem ou por iniciativa própria.

A principal diretriz do cuidado era a qualidade técnica dos procedimentos, tanto diagnósticos como terapêuticos, segundo o olhar dos diversos profissionais e segundo sua área específica de conhecimento. Segundo o formulador, não se podia falar de equipe de trabalho, mas de um agrupamento de profissionais com ações próprias e independentes entre si.

Essa análise foi apresentada por este entrevistado como um dos pontos de partida para a elaboração do **novo modelo de atenção**. Outro ponto foi a intenção de participar na implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Essa ação política tem sua origem no movimento da reforma sanitária<sup>5</sup>. Apesar de não se poder afirmar atualmente a continuidade desse movimento como matriz discursiva única e ação política coordenada, existem vários grupos de trabalhadores em saúde produzindo e agindo segundo suas diretrizes. Um desses grupos, ligado à academia, assumiu a área de saúde no município (2000-2004). Protagonizaram individualmente esse processo o secretário municipal de saúde, e o diretor-presidente do Hospital Geral.

O dirigente do Hospital, ao apresentar a proposta de nova configuração, reconheceu que as medidas adotadas para a implantação do SUS — como a descentralização da gestão e a hierarquização dos serviços — foram insuficientes para

---

<sup>5</sup> O movimento pela reforma sanitária no Brasil teve início na década de 70 do século passado e tinha como eixos: a defesa do papel do Estado na prestação de serviços e na coordenação de um Sistema Único de Saúde; na necessidade de controle popular sobre o sistema; e no desenvolvimento de formas de gestão que apontassem para a produção de saúde mais do que o privilegiamento de interesses privados. Esse movimento teve como um dos seus êxitos a Constituição de 1988, onde foi consignada parte dos seus objetivos.

alterar a lógica centrada na doença/procedimentos do seu modo de produção e para garantir a democratização desse sistema. Reconheceu também a existência de uma disputa entre paradigmas para a organização e consolidação do SUS no Brasil. Finalmente, assumiu que a formulação e implantação dessas novas configurações estão envolvidas nessa disputa, explicitando seu compromisso com um sistema de saúde que garanta acesso universal e de qualidade a todo cidadão e afirmando que hoje essa garantia ainda não é realidade.

Ao assumir o compromisso político com a implantação do SUS, colocou a intenção de participar da luta por políticas públicas que garantam aos cidadãos o acesso aos serviços de saúde, independentemente da sua inserção social. Para alcançar esse objetivo, foram propostas mudanças nas formas de produção dos serviços. Ele vem sendo buscado, segundo o formulador — de forma articulada conceitual e operacionalmente — em todos os serviços públicos de saúde pertencentes ao município: a rede de centros de saúde e o Hospital Geral.

Esse compromisso aponta para a busca de se construir as mediações/desdobramentos desse modelo de atenção à saúde, para um modelo operativo tecnoassistencial para hospitais. Mas, para além das questões/soluções técnicas envolvidas nessa construção, foi colocada ênfase em um agir no sentido de participar da disputa entre diferentes modos de se organizar a atenção à saúde no sistema público de saúde brasileiro. Nas palavras do secretário municipal de saúde do município (2003), citado pelo formulador como referência para a proposta do Hospital Geral: *“A construção conceitual e prática de um novo modelo é um desafio estratégico, diz respeito à viabilidade tanto econômica e política quanto sanitária do SUS”* e *“É importante reconhecer que os modelos são importantes para a consolidação do SUS...”*

As diretrizes<sup>6</sup> do SUS que mais impactaram a elaboração do modelo de cuidado no Hospital foram a integralidade e a universalidade. Em relação à integralidade<sup>7</sup> foram apresentados como seus componentes a necessidade de integrar o trabalho dos vários

---

<sup>6</sup> As diretrizes ou princípios do Sistema Único de Saúde brasileiro são: universalidade, integralidade, equidade, descentralização, hierarquização e controle social.

<sup>7</sup> Integralidade foi conceituada como o conjunto de ações que vão desde a prevenção até a cura e a reabilitação que, de forma integrada, tentam prover todas as necessidades de saúde do cidadão. Documento ‘*Informações básicas para o trabalhador do Hospital Mário Gatti*’, 2002.

profissionais envolvidos com o cuidado, por meio do trabalho em equipe com enfoque transdisciplinar, e o reconhecimento de que essa integralidade do cuidado pode ser obtida em toda a rede de serviços de saúde do SUS, sendo o Hospital Geral um dos seus componentes. O princípio da universalidade foi colocado no eixo da garantia da atenção à saúde a todo cidadão/usuário.

O formulador mencionou também que as experiências de mudança realizadas por pesquisadores do Laboratório de Administração e Planejamento (LAPA) do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) em quatro hospitais (Serviço de Saúde Cândido Ferreira/Campinas-SP; Santa Casa de Belém-PA; Hospital Municipal de Betim-MG e Hospital de Volta Redonda-RJ) foram referências importantes para a configuração proposta para o Hospital Geral.

Outro ponto apareceu, de forma implícita, na entrevista com esse dirigente: o desejo de terminar o trabalho iniciado quando de sua gestão anterior à frente do Hospital, no período de 1989 a 1991. Apareceu o sentido de missão pessoal, algo que é sua responsabilidade e que desta vez deva ser concluído. Na entrevista, esse aspecto foi apresentado com nuances de remissão de algo deixado inacabado.

A última fonte de influência identificada na elaboração do modelo de atenção para o Hospital foi o Programa de Saúde da Família. O formulador afirmou que o modelo proposto é o Programa de Saúde da Família para o Hospital. Os dois programas apostam nas diretrizes de vínculo/responsabilização, no reconhecimento da pessoa sob cuidado (em contraposição ao foco no paciente/doença) e no trabalho solidário. Um dos documentos fornecidos pela direção do Hospital Geral para a caracterização do modelo em implementação, denominado “Projeto de Humanização da Assistência no Hospital Geral”, coloca explicitamente essa articulação: *“O projeto ... que está sendo desenvolvido... significa desenvolvimento integral do ser humano....As diretrizes que estamos apresentando ...têm coerência com o projeto de saúde da família e vêm sendo trabalhadas e desenvolvidas pelo grupo de humanização e nos espaços gerenciais do hospital. Têm como centralidade o atendimento acolhedor, resolutivo, com responsabilização e envolvimento dos doentes e familiares no processo de recuperação, através da qualificação dos vínculos entre profissionais e usuários, complementaridade e solidariedade entre equipes...”*.

Ao analisar a proposta para o Hospital, destaca-se como **eixo da intervenção** (Baremlitt, 1992) a mudança no entendimento da pessoa sob cuidado, que se articula com uma discussão sobre a questão da causalidade do processo saúde-doença.

A idéia de unicausalidade — que enfatiza os aspectos biológicos individuais, utilizada como paradigma na explicação do processo saúde-doença e um dos principais determinantes do modelo acima apresentado e criticado — foi substituída, na configuração proposta, por uma compreensão de que o processo humano de adoecer envolve pessoas que se constituem e são constituídas social e subjetivamente.

Essa mudança impõe que, sem negar a doença, o objeto do cuidado seja a pessoa que adoece, com sua existência concreta. A doença deixa de ocupar todo o espaço do ser sob cuidado e passa a compor uma pessoa com uma história de adoecimento com dimensões sociais e existenciais. Esses aspectos existenciais da pessoa doente foram enfatizados no que se refere ao respeito às percepções, às atitudes, às necessidades e aos desejos de cada pessoa (Souza Campos, 1997).

O reconhecimento dessas inter-relações complexas do processo saúde-doença foi articulado à perspectiva de aumento da eficácia na resolução dos problemas das pessoas sob cuidados, e de enfrentar a insatisfação dos usuários com os serviços de saúde.

Essa ampliação do objeto de cuidado do paciente/doença para a pessoa com uma existência concreta que deve ser compreendida e abordada, determinou a mudança na maneira de se organizar o cuidado. A proposta de novo modelo de atenção colocou ênfase na criação de mecanismos que favorecessem a criação de vínculo/responsabilização entre as pessoas sob cuidados, seus familiares e os profissionais. O desenho proposto estabeleceu como diretriz que todo usuário deveria ser cuidado pelos mesmos profissionais durante sua permanência no Hospital, de tal forma a estimulá-los a receber e a se responsabilizar pelas necessidades/pedidos das pessoas sob cuidado. Os documentos descrevem a orientação para o ambulatório e para as áreas cirúrgicas.

No ambulatório apontou-se que o médico que realizasse o primeiro atendimento deveria se constituir no responsável pela articulação dos recursos necessários (outras especialidades — médicas ou não —, exames subsidiários, etc.) para a condução e

resolução do problema de saúde daquela pessoa. Nas áreas cirúrgicas, a orientação foi que o mesmo médico cirurgião realizasse a avaliação pré-cirúrgica, o procedimento operatório e o acompanhamento pós-operatório. Um dos mecanismos apontados como essenciais para a sua implementação foi a proposta de que os médicos cumprissem, sempre que possível, suas jornadas de trabalho de forma horizontal.

O valor do estabelecimento do vínculo tem sido reconhecido por vários autores como elemento estruturante na mudança do modelo tecnoassistencial (Pichon-Rivière, 1998; Souza Campos, 1992) na medida em que aponta para a superação de algumas das limitações do modelo centrado na doença e nos procedimentos. Souza Campos (1992) afirma que a aproximação entre os profissionais e o usuário favorece o envolvimento com as famílias, seus meios de vida e as especificidades de cada situação. Por outro lado, aumenta o poder do usuário sobre o trabalho do médico, abrindo possibilidades de relações mais horizontais, democráticas e solidárias.

Outra diretriz apresentada para o modelo de atenção foi denominada de acolhimento. Teve seus aspectos centrais descritos como a ampliação da capacidade de escuta das equipes e o desenvolvimento de uma postura acolhedora aos pedidos dos usuários. Sua operacionalização foi pensada para assumir alguns formatos como: ampliação do horário de visita à pessoa internada e da possibilidade de ter acompanhantes durante a permanência no hospital; além do estabelecimento de horários para as equipes de referência conversarem com as famílias, favorecendo, com isso, uma maior proximidade e segurança para o usuário. No Pronto Socorro de Adultos, segundo o entrevistado, o acolhimento assumiu o papel de qualificação técnica da assistência, no sentido de avaliação de risco das pessoas que procuram essa área assistencial. Foi criado um processo assistencial de identificação de pessoas que, pela sua condição clínica mais grave, devam ser atendidas primeiro. De certa forma, essa diretriz procura ir ao encontro tanto do direito do cidadão de obter atenção à saúde qualificada quanto do reconhecimento dos aspectos existenciais de cada pessoa que procura os serviços de saúde. Essa diretriz assistencial tem íntima relação com o tema do vínculo/responsabilização. Merhy (1997), ao escrever sobre o conceito de acolhimento, colocou em evidência a relação intrínseca dessa diretriz com a do vínculo/responsabilização. Afirma que o encontro entre os trabalhadores em saúde e os

usuários se dá num espaço de interseção no qual se produz uma relação de escuta e responsabilização, a partir do que se constituem vínculos e compromissos que norteiam os projetos de intervenção. Esse autor ressalta que nessa relação o usuário é portador de direitos e o trabalhador de saberes que, no seu encontro, devem objetivar o controle do sofrimento ou a produção de saúde, e não somente a produção de procedimentos.

Foi definido também que os cuidados deveriam ser realizados por uma equipe multiprofissional que recebeu a denominação de *equipe de referência*. Sua composição básica foi definida para as áreas de internação com um médico para cada dez leitos, um enfermeiro para cada 20 leitos, um auxiliar de enfermagem para quatro a seis leitos (variando segundo o grau de dependência de cuidados) um fisioterapeuta e um assistente social para cada área de internação. A idéia foi oferecer uma equipe que, na sua abordagem, considerasse as dimensões subjetiva e social do processo de adoecer, além do cuidado da doença, e tivesse uma dimensão que tornasse possível o estabelecimento de relações mais próximas.

Ao discorrer sobre o trabalho em equipe multiprofissional, o formulador colocou que o enfoque desejado é o transdisciplinar<sup>8</sup>. A argumentação encontrada nos documentos do Hospital coloca a transdisciplinaridade como um processo fundamental para qualificar o cuidado, apontando para a necessidade da integração dos vários saberes e práticas para realizar o cuidado pretendido.

Foram indicadas como fazendo parte das equipes de referência as várias especialidades médicas; a enfermagem; a fisioterapia; o serviço social; a psicologia; a nutrição; a farmácia e também a pedagogia. O psicólogo, o nutricionista e o farmacêutico não pertenceriam a nenhuma equipe de referência específica, mas seriam dispostos de forma matricial, oferecendo apoio a várias equipes.

O abandono dos desenhos de recorte taylorista na organização dos cuidados de enfermagem — vigentes no Hospital até então — por um desenho denominado de *cuidado integral* foi outra mudança proposta. No modelo de cuidado integral, o auxiliar/técnico de

---

<sup>8</sup> Utilizou-se uma classificação adaptada da proposta por Jantsch (1972) apud Almeida Filho (1997), que analisou as diversas possibilidades de interação ou integração de distintos campos disciplinares. A **transdisciplinaridade** implica a criação de um campo novo que idealmente desenvolverá uma autonomia teórica e metodológica perante as disciplinas que o compõem.



enfermagem assume todas as atividades do cuidado do usuário, realizando o banho, a coleta de material para exames, o preparo e administração de medicamentos, o transporte de pacientes, e assim por diante. Nesse modelo centrado na pessoa, há uma baixa especialização horizontal mas se mantém a especialização vertical, isto é, o poder de decisão sobre as alterações do processo de trabalho permanece com a enfermeira.

Os critérios de agrupamento propostos para o novo formato organizacional sofreram modificação em relação ao pré-existente. As unidades assistenciais de internação passariam a ser criadas segundo a pessoa sob cuidados (cliente centrado) e seus agravos, deixando de ter como critério a especialização do conhecimento.

No momento em que se terminou a coleta de dados deste trabalho, em março de 2003, foi possível identificar algumas **diferenças entre a configuração proposta e a que foi, até então, implementada.**

Existem evidências de que a maioria dos dispositivos organizacionais criados com o objetivo de efetivação das diretrizes do novo modelo tecnoassistencial foi implementada:

- 1) Em relação ao acolhimento, foram implantados os novos processos organizacionais citados (ampliação dos horários de visita, estabelecimento de momentos de encontro da equipe de referência e as famílias, qualificação dos casos por gravidade no Pronto Socorro de Adultos);
- 2) A constituição de equipes de referência nas áreas de internação foi possível na maior parte das áreas, mas sem a horizontalização das jornadas dos médicos na maioria das áreas. A justificativa apresentada pelo diretor foi o desinteresse desses profissionais pela alteração das suas jornadas verticais. O cumprimento de jornada semanal em um único dia abre a possibilidade de obtenção de maior remuneração, na medida em que os médicos podem assumir empregos em vários serviços de saúde. Na área de internação de pediatria, onde foi realizada observação, os médicos assistenciais cumpriam jornadas horizontais e havia uma divisão de leitos por esses profissionais.

Segundo os médicos presentes no dia da observação, a horizontalização das jornadas foi anterior à implantação do novo modelo, existindo nessa área desde 1999. Nessa área a equipe de referência era constituída por médico, enfermeira, auxiliar/técnico de enfermagem, assistente social e psicólogo.

O diretor, quando perguntado sobre as equipes de referência, se mostrou muito interessado, manifestando-se longamente sobre um novo desenho de trabalho médico. Seu foco de interesse foi uma alternativa criada para lidar com o limite imposto às equipes de referência, principalmente na área cirúrgica onde nenhum médico concordou em mudar sua jornada de trabalho de vertical para horizontal. Para contornar essa situação, foi proposta e implementada a criação de grupos de médicos por sub-especialidade cirúrgica. Por exemplo, grupo de cabeça e pescoço, de vias biliares e pâncreas, de coloproctologia, e assim por diante. Segundo sua explicação, a pessoa sob cuidado ficaria sob a responsabilidade de um desses grupos, sendo que a soma das suas jornadas ofereceria a possibilidade de sempre ter um desses médicos ao alcance do usuário. Sua argumentação foi caracterizar que a questão do vínculo/responsabilização estaria contemplada nessa nova alternativa. Seus argumentos se estenderam à questão da qualidade técnica e do sentimento de segurança que esse desenho ofereceria aos médicos, na medida em que podem compartilhar competências e, com isso, superar possíveis deficiências.

- 3) Foi implementado também o desenho matricial com as áreas de nutrição e farmácia transversalizando todas as áreas de internação. No quadro 10 pode-se visualizar esse desenho:

**Quadro 10 - Desenho matricial nas áreas de internação no Hospital Geral.**

|                         | Nutricionista | Farmacêutica |
|-------------------------|---------------|--------------|
| Equipes de referência 1 |               |              |
| Equipes de referência 2 |               |              |
| Equipes de referência 3 |               |              |

Uma nutricionista e uma farmacêutica ficaram responsáveis em oferecer apoio às várias equipes de referência nas questões relativas ao cuidado.

- 4) Houve também mudanças na organização dos cuidados de enfermagem. Entretanto, o abandono dos desenhos de recorte taylorista não foi total, ocorrendo algumas adaptações à proposta inicial. Na pediatria, foi mantido um grupo de auxiliares responsáveis somente pelo preparo e administração de medicamentos. A justificativa apresentada foi a dificuldade de o posto de enfermagem, pela exigüidade de espaço, permitir que todas as auxiliares preparassem os medicamentos de cada grupo de usuários.

Na área de internação da cirurgia geral, foi estabelecido o processo de cuidado integral, mas com um rodízio periódico de leitos (a cada quinze dias). O motivo dessa rotação de responsabilidade pelos leitos foi evitar que um mesmo auxiliar de enfermagem fique sempre com as pessoas com maiores problemas e, conseqüentemente, geradores de maiores sofrimentos para esses profissionais.

Segundo o diretor, nenhuma área assistencial do Hospital trabalhava, após a implementação da nova configuração, com desenhos tayloristas.

- 5) Os critérios de agrupamento sofreram modificação em relação aos pré-existentes, mas não segundo a proposta original. As unidades assistenciais de internação continuaram tendo como critério a especialização do conhecimento, isto é, enfermaria de pediatria, de clínica médica, e assim por diante. Entretanto, foi proposta uma modificação com a unificação de áreas com lógicas assistenciais semelhantes. Por exemplo, a área de internação de pediatria era originalmente dividida em duas linhas gerenciais: internação convencional e internação em regime de terapia intensiva. Com a mudança, essas duas áreas foram colocadas sob a mesma gerência. A idéia foi a horizontalização da estrutura visando, com a redução dos níveis hierárquicos, a favorecer as comunicações e a sua coordenação. Esse mesmo processo ocorreu com as áreas de Clínica Médica e Clínica Cirúrgica, sendo tudo isso acompanhado do surgimento de vários ruídos.

Das diretrizes do cuidado, as questões referentes ao vínculo/responsabilização foram as mais ruidosas, partindo de médicos e do agrupamento da enfermagem. O diretor técnico entrevistado referiu ser freqüente ouvir de médicos, principalmente cirurgiões e clínicos, seu medo em estabelecer relações mais próximas com os usuários devido ao risco de serem responsabilizados por eventuais insucessos ou queixas.

O diretor referiu ainda que as auxiliares de enfermagem da área de internação da cirurgia geral manifestaram seu sofrimento ao ter que cuidar de pessoas em condições tão difíceis. O foco da crítica era a determinação de fixar cada auxiliar no cuidado de um certo número de pessoas internadas, obrigando-as a vivenciar situações muito dolorosas.

Outra questão — da diretriz do vínculo/responsabilização — é o papel que os médicos residentes assumiam no cuidado. Na área de internação pediátrica, a rotina de cuidado estava centrada no médico residente de pediatria. Ele realizava as ações diretas com as crianças e familiares. O médico assistente o supervisionava, não assumindo qualquer papel de cuidado direto. As explicações oferecidas às mães, que acompanhavam seus filhos, eram dadas pelo residente. Segundo informações dos residentes da pediatria, não é só dessa área esse tipo de desenho do cuidado.

A resistência dos médicos apareceu, nessa situação, como um medo relacionado a se assumir como responsáveis pela pessoa sob cuidado. Na configuração anterior era possível que esses profissionais tivessem uma atuação pontual e com contornos técnicos específicos. Tanto a pessoa sob cuidado desaparecia, tomada pela sua doença, como o profissional também perdia sua identificação, diluindo-se no grupo profissional da área assistencial. Nesse sentido, é interessante o entusiasmo do diretor técnico com a criação de uma alternativa em que há um redesenho da equipe de referência, ampliando o número de médicos onde, na verdade, se “resolvem” aspectos (qualidade e segurança) que são questões mais próximas desses profissionais do que dos outros profissionais que compõem a equipe de referência ou das pessoas sob cuidados. Chama atenção na sua fala que, em nenhum momento, foi abordada a questão do trabalho multiprofissional, muito menos o enfoque transdisciplinar.

Essas manifestações indicam que os médicos se sentem numa situação cômoda a qual não desejam perder. Os médicos foram alienados e aceitaram esse afastamento da sua “produção”. Marx (1844), no seu texto “A Consciência Revolucionária da História”, afirma que a alienação não se mostra apenas na relação do trabalhador com os produtos do seu trabalho, mas no ato da produção, dentro da atividade produtiva. Ele se pergunta nesse texto *“Como o trabalhador poderia se defrontar alheio ao produto de sua atividade se no ato mesmo da produção ele não se alienasse de si mesmo?”*

Para que essa relação pudesse ser construída, foi necessária a conjugação de vários processos como a superespecialização da medicina com a conseqüente compartimentalização das pessoas doentes em sistemas orgânicos, e a hegemonia da medicina tecnológica, com seu foco no estímulo ao consumo de procedimentos diagnósticos e terapêuticos. A corporação médica assume em todo esse processo — iniciado e desenvolvido durante o século XX — um protagonismo de reforço e manutenção dessa lógica.

A nova configuração proposta exige que os médicos assumam um novo protagonismo voltado para o cuidado das pessoas. No material recolhido neste trabalho não foram encontradas evidências que apontem neste sentido.

Os ruídos que tiveram origem no grupo de auxiliares de enfermagem podem ser interpretados de forma diferente. As evidências apontam para a real modificação do desenho do trabalho da enfermagem, tendo esse formato colocado esses profissionais em contato com dimensões existenciais da pessoa doente, tanto que suas queixas são em relação ao sofrimento que elas próprias sentiram ao se relacionar com o ser humano que sofre.

Esses achados apontam para a potência que esse desenho teve em face do grupo de auxiliares, ao promover um deslocamento do foco dos procedimentos para a pessoa. Não se pode falar o mesmo dos médicos, havendo ainda a manifestação do desejo de se manter o *status quo*.

O trabalho em equipe multiprofissional foi outra diretriz que, no seu processo de implementação, foi acompanhada de ruídos, entre eles, as manifestações do diretor técnico, co-responsável pela implementação da proposta. Ao ser inquirido sobre o trabalho em equipe, toda sua fala se referiu ao trabalho em equipes de médicos. O trabalho multiprofissional não foi mencionado espontaneamente, em nenhum momento da entrevista, como uma das diretrizes do novo modelo tecnoassistencial.

Outros ruídos apareceram quando da observação direta na área de internação da pediatria. O processo assistencial tem uma seqüência em que o trabalho de contato direto com as crianças internadas ocorre através dos médicos residentes (história clínica e exame físico) e dos auxiliares de enfermagem (cuidados gerais, alimentação, medicação, banho, etc.). O espaço coletivo de discussão da situação das crianças internadas ocorre no início da manhã, logo após a avaliação clínica realizada pelos residentes, tendo participado os médicos residentes de pediatria, de cirurgia pediátrica e uma residente de segundo ano da cirurgia geral, junto com os dois médicos assistentes da pediatria, bem como um da cirurgia pediátrica. Os outros profissionais que estiveram presentes (psicóloga, fisioterapeuta, enfermeira) não se pronunciaram. Essa discussão de casos foi uma reunião médica sobre doenças e seus tratamentos. Não foram mencionados quaisquer aspectos em relação ao comportamento, sentimentos, pedidos ou questões sobre as crianças e suas famílias. Como exemplo, durante essa reunião ocorreu a discussão do quadro de uma criança com problemas pulmonares, tendo a fisioterapeuta ficado apenas ouvindo. Olhou o raio X de tórax da criança no negatoscópio, mas não emitiu qualquer opinião, nem lhe foi solicitado dá-la.

Os vários profissionais têm ação assistencial independente. Os médicos assistentes da pediatria afirmaram que, em relação à fisioterapia, a profissional que pertence à equipe de referência da área não aceita as orientações dos médicos e elabora sua própria conduta. Segundo eles, a relação com o serviço social é em função da demanda: ao ser percebida qualquer necessidade de intervenção, ou médica (quando olhado pela assistente social) ou do serviço social (quando olhado pelo médico), o profissional é acionado. Com a psicóloga, a relação é mais fácil porque ela mesma os procura para falar das crianças que, no seu entendimento, precisam de algum tipo de olhar especial. Não há discussão dos

problemas da pessoa sob cuidado, como um todo: cada um cuida do aspecto pertinente à sua área.

O trabalho é multiprofissional e multidisciplinar, sem qualquer indício de enfoque inter ou transdisciplinar. Na verdade, houve manifestação de rejeição a esses tipos de abordagem por parte dos médicos assistenciais da área de internação da pediatria que afirmaram não querer abordar as questões referentes às dinâmicas psicológicas e sociais, sugerindo deveriam ser resolvidas por outros profissionais, cabendo-lhes tratar as doenças.

Essa situação aponta para uma disputa entre as diversas corporações que, de certa forma, reproduz a busca da autonomia de médicos e enfermeiros nas outras profissões. O núcleo médico de poder, ao lutar pela manutenção de relações de poder onde assume posição hegemônica, se relaciona com os contrapoderes das outras corporações da área da saúde. É interessante notar que o grupo da enfermagem não foi mencionado pelos médicos, o que pode indicar uma relação estável. As outras corporações agem de maneira análoga aos médicos.

Observou-se a existência de uma contratualidade<sup>9</sup> entre os médicos, tanto assistenciais das diversas especialidades, quanto os médicos residentes. A discussão dos casos clínicos foi realizada em clima de escuta mútua, discussão de pontos discordantes sem comprometer as relações ou o clima da reunião, sendo a opinião dos residentes central na condução dos casos. Em todos os dez casos se chegou a um planejamento terapêutico comum. Reforçando essa contratualidade, os médicos assistenciais da pediatria afirmaram que esse trabalho conjunto entre eles aumentou a segurança do trabalho na medida em que puderam compartilhar dúvidas e encaminhamentos. Afirmaram também que os médicos horizontais da manhã são os responsáveis pelas decisões de planejamento terapêutico e os do período da tarde dão continuidade ao que foi decidido, existindo um grande entrosamento entre eles.

---

<sup>9</sup> **Formação de compromisso** indica articulações em que predominam movimentos inconscientes. A **construção de contratos**, ao contrário, indica o predomínio de movimentos deliberados, mediante processos de análise seguidos de intervenção sobre os distintos planos de existência. (Souza Campos, 2000).

Por outro lado, não se observou qualquer contratualidade com os demais profissionais da equipe de referência, embora possível observar a existência de compromissos de mútuo apoio entre os auxiliares de enfermagem e os médicos residentes de pediatria. Durante a reunião de discussão de casos, os auxiliares interromperam várias vezes a reunião para discutir aspectos do tratamento das crianças internadas, sendo pronta e facilmente atendidos. O comportamento das pessoas na reunião foi de total naturalidade frente àquele tipo de relação. Das quatro intervenções dos auxiliares em uma reunião de uma hora e trinta minutos de duração, todas as observações para mudança de condutas sugeridas pelos auxiliares foram atendidas. Além disso, elas trouxeram questões como o comportamento dos acompanhantes das crianças, principalmente as mães, sobre o cuidado com seus respectivos filhos.

Em relação ao conceito de pessoa sob cuidados, todas as manifestações foram explícitas ou implícitas quanto à permanência das abordagens sobre o paciente e sobre a doença que o acomete. Nas falas do diretor técnico e na observação realizada na pediatria, o foco foi o diagnóstico das doenças e a indicação dos tratamentos mais adequados. Em nenhum momento foram discutidos outros aspectos das pessoas doentes, sua história de vida, seus temores, suas necessidades ou seus desejos.

Na pediatria, em nenhum momento (durante a avaliação clínica, visita dos médicos residentes e assistentes aos leitos ou durante a reunião para discussão das condições das crianças internadas) os familiares ou as crianças internadas foram estimulados ou tomaram a iniciativa de discutir os cuidados.

O apoiador entrevistado, quando avaliou a implementação dessa diretriz, discorreu longamente sobre a questão da cidadania e do direito aos serviços prestados pelo Hospital. Afirmou, entretanto, que a resistência tem sido muito grande principalmente quando o reconhecimento do direito da pessoa sob cuidados implica uma mudança de comportamento do trabalhador do Hospital. Nesse caso — na opinião desse entrevistado — o que prevalece é o conforto do trabalhador.

Outro aspecto apontado por este entrevistado foi que, ao ser introduzida a questão dos direitos da pessoa sob cuidados, o que apareceu com muita força foi um certo caritativismo dos trabalhadores. Nesse entendimento, o cuidado a ser oferecido tem como



eixo uma relação de *possuidores de recursos* (técnicos, cognitivos, políticos, etc.) com pessoas *despossuídas*. Dos dotados que doam para os que têm pouco ou nada, podendo-se aventar que essa postura tenha raízes nas origens das santas casas no Brasil que surgiram para receber as pessoas sem condições financeiras e que estivessem doentes. Os médicos “doavam” parte do seu tempo para cuidar dos “necessitados”.

O modelo tecnoassistencial proposto é uma ruptura com os entendimentos hegemônicos no setor saúde, e especificamente nos hospitais brasileiros. Ele procura romper com a medicina tecnológica e seus determinantes. Os elementos constitutivos da proposta apresentam-se coerentes com um paradigma comprometido com o aumento da capacidade de se produzir saúde.

Passados aproximadamente dois anos do início do processo de mudança, ficou evidenciado que foram implementados os novos processos; entretanto, o cerne da mudança está por ser alcançado. Há evidentes diferenças entre os conceitos formulados, o olhar e a ação dos implementadores e dos operadores (profissionais).

Não se observa mudança das concepções sobre o processo saúde-doença, a organização do cuidado continua centrada na lógica médica e de procedimentos. Na constituição das equipes de referência, se criou modificação do cuidado foi mais no sentido de acesso de outras disciplinas da área de saúde, mas com uma relação formal e com justaposição na realização das tarefas assistenciais. Foi apontado ainda que as profissões de incorporação mais recentes, na verdade advogam sua independência no cuidado, reproduzindo uma das piores facetas dos médicos.

Observaram-se, entretanto, alguns resultados nos processos de cuidado da enfermagem. Todas as observações e mudanças dos desenhos de realização das tarefas foram ao encontro das diretrizes de vínculo/responsabilização. Mesmo os ruídos ajudam a reforçar que foram realmente implementadas e apontam fragilidades do novo desenho, como a geração de sofrimento ou o seu aumento quando da maior proximidade dos auxiliares de enfermagem com as pessoas doentes.

No quadro abaixo foram resumidas as principais características do modelo de atenção pré-existente, do proposto e do implementado.

**Quadro 11 - Modelo de atenção à saúde do Hospital Geral.**

| <b>Hospital Geral</b>                                    | <b>Modelo pré-existente</b>                                                                                                                                           | <b>Modelo Proposto</b>                                                                                                                                                                                               | <b>Modelo Implementado</b>                                                                                                                                       |
|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Entendimento do processo saúde-doença</b>             | Determinação: biológica                                                                                                                                               | Determinação complexa: bio-psicosocial                                                                                                                                                                               | Determinação complexa: bio-psicosocial                                                                                                                           |
| <b>Papel de quem procura o serviço de saúde (ênfase)</b> | Paciente                                                                                                                                                              | Cidadão-usuário<br>O sujeito co-construtor do seu processo de cuidado e /ou cura                                                                                                                                     | Cidadão-usuário<br>Paciente                                                                                                                                      |
| <b>Posições individuais da área de cuidado</b>           | Assistência centrada no médico                                                                                                                                        | Equipe multiprofissional: enfoque transdisciplinar                                                                                                                                                                   | Equipe multiprofissional: enfoque multidisciplinar                                                                                                               |
| <b>Tipo de agrupamento nas áreas assistenciais</b>       | Por especialização do conhecimento                                                                                                                                    | Por especialização do conhecimento                                                                                                                                                                                   | Por especialização do conhecimento                                                                                                                               |
| <b>Diretrizes do cuidado (ênfase)</b>                    | Qualidade técnica: olhar profissional<br>Assistência médica e procedimentos                                                                                           | Acolhimento<br>Vínculo / responsabilização<br>Integralidade                                                                                                                                                          | Acolhimento<br>Vínculo / responsabilização com o grupo da enfermagem                                                                                             |
| <b>Desenho dos processos de trabalho (ênfase)</b>        | Atenção de enfermagem com modelo taylorista: foco no procedimento (alta especialização horizontal)<br>Atenção médica vertical centrada nas doenças e em procedimentos | Equipe de referência: atenção horizontal centrada na pessoa sob cuidados.<br>Atenção de enfermagem com modelo de cuidado integral .<br>Outros profissionais (nutricionista e farmacêutica) atuam de forma matricial. | Vários modelos de atenção de enfermagem: taylorista, cuidado integral e mistos.<br>Atenção médica horizontal e vertical centrada nas doenças e em procedimentos. |

## Estrutura organizacional

A definição de burocracia profissional reflete adequadamente a configuração pré-existente no Hospital Geral. Nela está presente um aspecto central desse tipo de estrutura — o controle dos operadores sobre as decisões atinentes à realização do seu trabalho. O diretor técnico, ao ser entrevistado, ressaltou esse componente e os limites dessa posição de mando para estabelecer/determinar muitos dos aspectos assistenciais. Mintzberg (1995) destaca que, por necessitar de profissionais altamente especializados e com grande autonomia para dar cabo das suas tarefas, o núcleo operacional se torna a parte chave desse tipo de estrutura. A atração por profissionalizar<sup>10</sup> é predominante nesse tipo de organização.

Uma das conseqüências desse tipo de desenho é que o processo decisório organizacional nas burocracias tradicionais, centralizado verticalmente, passa a descentralizado horizontalmente. Boa parte do poder de decisão flui para fora do sistema de autoridade formal e vai, neste caso, para os seus operadores.

No Hospital Geral, as decisões operacionais da área assistencial se enquadram nessa situação. Entretanto, no caso desse serviço público de saúde, dependente em parte da estrutura da Prefeitura, essa autonomia dos operadores fica restrita principalmente ao ambiente de tarefa, na determinação do consumo de insumos para a realização dos cuidados (medicamentos, materiais, exames subsidiários ao diagnóstico e acompanhamento) e em algumas decisões estratégicas em que detêm um conhecimento especializado sobre a produção assistencial que lhes atribui grande influência (por exemplo sobre a política de incorporação tecnológica, como equipamentos e medicamentos utilizados para diagnóstico e tratamento).

Outras decisões estratégicas estão claramente com a cúpula estratégica do Hospital e muitas vezes com a direção da Prefeitura Municipal. As questões referentes às políticas de inserção do hospital no sistema público de saúde, no período anterior à mudança aqui descrita, eram da sua cúpula estratégica. Em relação às políticas, como de

---

<sup>10</sup> Os trabalhos altamente complexos, especializados horizontalmente mas não verticalmente, em geral são referidos como “*profissionais*”. (Mintzberg, 1995).

recursos humanos e de investimentos, havia dependência em relação às políticas da Prefeitura Municipal. Em relação, especificamente à política de recursos de humanos, deve-se destacar que todos os trabalhadores do Hospital são funcionários municipais *cedidos*<sup>11</sup>. Essa situação determinava a sujeição do Hospital às regras e determinações gerais em relação aos critérios de recrutamento, seleção e avaliação utilizadas pela Prefeitura.

O Hospital Geral é uma autarquia municipal com dependência administrativa e financeira da Prefeitura Municipal. Assim, esta burocracia profissional está abrigada numa burocracia centralizada tradicional. Essa relação foi moduladora do caráter da estrutura do Hospital e do tipo de centralização/descentralização existente então. A lógica gerencial era a da burocracia típica do setor público.

Um aspecto muito importante nesse tipo de estrutura (burocracia profissional) é a existência de um espaço muito grande de participação nas decisões quando comparado com outros tipos de burocracia. Entretanto, esse espaço de participação é restrito aos profissionais, isto é, aos trabalhadores especializados, por possuírem grande autonomia na execução do seu trabalho. No caso do Hospital Geral, as falas dos entrevistados deram relevância apenas aos médicos.

Outro aspecto desse tipo de estrutura são os critérios de agrupamento. Nas áreas assistenciais, o critério principal era a especialização do conhecimento, orientando a criação de unidades segundo as especialidades médicas (exemplos: pediatria, cirurgia, neurologia etc.), existindo, além disso, gerências por profissão (serviço social e enfermagem). A gerência médica aparece de forma elíptica, pela denominação utilizada, de diretoria técnica. Uma forte evidência desse fato é que este cargo sempre foi ocupado por médicos, desde sua criação.

A vantagem desse tipo de agrupamento é facilitar a troca de informações entre seus trabalhadores, apontando para o aperfeiçoamento da qualidade técnica dos seus trabalhos. Suas desvantagens advêm justamente da ênfase nos processos, com perda da atenção para os resultados e, no caso dos hospitais, a perda da centralidade da pessoa sob

---

<sup>11</sup> O Hospital Geral, apesar de ser uma autarquia municipal, não tem quadro próprio de funcionários. Todos os seus trabalhadores foram concursados e ocupam cargos que constam do quadro da Prefeitura Municipal.

cuidado pela excessiva valorização dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Junto com isso, gera grande dificuldade na coordenação do cuidado oferecido a cada usuário, pois cada profissional se responsabiliza pelo seu compartimento de conhecimento e de ação.

Segundo Morgan (1996), as burocracias profissionais são apropriadas para funcionar em ambientes estáveis nos quais as tarefas sejam relativamente complexas. O ambiente estável foi apontado por Burns e Stalker (1961) como indutor/favorecedor de formatos organizacionais com lógica mecanicista em detrimento de formas mais flexíveis. Ao se olhar a natureza do ambiente organizacional do Hospital Geral no período anterior à mudança aqui estudada, não foi descrita/analísada qualquer transformação da ambiência que ameaçasse a viabilidade das operações existentes.

O formulador, ao justificar a proposta de **novo formato organizacional** para o Hospital, fez algumas críticas em relação à estrutura organizacional pré-existente. Na sua fala apareceram críticas ao que denominou de burocratização e à forma de organização do cuidado. Não foram feitas observações específicas em relação às áreas de apoio técnico e administrativo.

Quando falou da burocratização do Hospital, referiu-se ao peso da hierarquia como criadora de dificuldades de interação entre os atores organizacionais. Destacou a organização do cuidado a partir das profissões, que gera isolamento no trabalho assistencial e distanciamento entre os trabalhadores e os usuários/familiares, pois cada trabalhador faz suas tarefas de forma independente.

Os documentos oficiais do hospital apontam que o arranjo organizacional proposto para o Hospital Geral, foi concebido como instrumento para a implantação de novo modelo de atenção à saúde. Explicitam que esse novo formato deveria favorecer também: a implantação do SUS; a democratização da gestão; o protagonismo e criatividade dos trabalhadores. Tinha-se como intuito aumentar a auto-estima, a capacidade de reflexão e o envolvimento com o trabalho, levando à sua realização profissional.

O formulador colocou as mudanças da gestão no Hospital como um elemento fundamental para as mudanças pretendidas no modelo de atenção. Nesse sentido, Souza Campos (2003) enfatiza a gestão como instrumento para a efetivação da reorganização dos

modelos de atenção à saúde no âmbito do SUS: *“Em saúde a gestão não pode resumir-se aos componentes administrativos e financeiros, ainda que fundamentais. A gestão de processos de trabalho é a forma concreta como se reordenam os modelos.”*

Para isso, propôs a criação de uma dinâmica assentada na participação dos trabalhadores e usuários na condução organizacional, e no favorecimento ao trabalho em equipe multiprofissional.

Esse novo modelo trouxe a elaboração de um novo desenho da estrutura organizacional e a criação de alguns dispositivos de suporte à mudança. Com isso, foram redefinidos os componentes que estruturam o Hospital<sup>12</sup>.

O núcleo operacional, nas áreas assistenciais, foi montado a partir da diretriz do trabalho em equipe. A cúpula estratégica passou a ser denominada Diretoria Executiva, sendo constituída: pelos três diretores (presidente, administrativo e técnico); pelo responsável pela unidade de apoio à gestão com pessoas; pela referência técnica de enfermagem; pelo coordenador do Pronto Socorro de Adultos; e por coordenadores de projetos específicos a convite da própria diretoria executiva. A proposta é que funcione como um colegiado.

A linha intermediária passou a ser constituída por gerentes que receberam a denominação de coordenadores gerenciais. Foi aberta a possibilidade de se trabalhar com um ou mais gerentes/supervisores ligados a esse coordenador gerencial, na dependência da complexidade do trabalho na unidade ou dimensão da equipe de trabalhadores.

A tecnoestrutura passou a ter a função de apoio à gestão e ao processo de mudança pretendido. Seu papel é de apoio técnico, não assumindo qualquer função gerencial. A idéia, diferente da forma tradicional (Mintzberg, 1985), não é produzir rotinas ou prescrições de qualquer ordem e sim desencadear processos que estimulem a apropriação do conhecimento e de habilidades por parte dos trabalhadores e gerentes. Foram propostos dois tipos: os apoiadores técnicos e as referências técnicas.

---

<sup>12</sup> Mintzberg (1995) divide as diferentes partes componentes de uma organização em **núcleo operacional**, onde se encontram os operadores (pessoas que executam o trabalho) encarregados de executar serviços ou produtos; **cúpula estratégica**, onde estão as pessoas com responsabilidade sobre a organização como um todo (encarregadas de assegurar que a organização cumpra sua missão); **linha intermediária**, composta pelas pessoas com autoridade formal para supervisionar o núcleo operacional ou os gerentes; **tecnoestrutura**, onde se encontram os analistas (pessoas que delinham o que os operadores e gerentes devem fazer mas não o executam por si próprios); e a **assessoria de apoio**, pessoas que provêm serviços à organização fora do seu fluxo principal de trabalho (consultoria jurídica em um hospital).

Os primeiros são pessoas reconhecidas como possuidoras de saberes técnicos necessários para realizar apoio, sendo escolhidos pela direção do Hospital. Atuam matricialmente em todas as áreas do Hospital. Os segundos, referências técnicas, são trabalhadores escolhidos pelos seus pares, que exercem papel semelhante ao dos apoiadores técnicos, mas em áreas específicas de especialização do conhecimento. Os dois tipos, apoiadores técnicos e referências técnicas, incluem na sua abrangência de atuação o apoio à diretoria executiva, aos coordenadores gerenciais/gerentes e às equipes.

A nova estrutura altera também o processo decisório organizacional, ao criar três níveis deliberativos: colegiados gestores em todas as unidades assistenciais e administrativas; o Colegiado Gestor do Hospital; e o conselho local de saúde.

Os colegiados de unidades são constituídos por representantes eleitos entre seus pares, de todas as categorias profissionais que atuem na área. A proposta explícita que nesses espaços sejam discutidos e pactuados os processos de trabalho e escolhidas diretrizes, objetivos, metas, prioridades de investimentos, bem como sistemas de avaliação das suas áreas.

O segundo nível de decisão proposto foi o Colegiado Gestor do Hospital cuja composição inclui a: diretoria executiva; os coordenadores gerenciais; o diretor clínico<sup>13</sup>; o presidente da Comissão de Residência Médica; e o presidente da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes. Participam ainda, com direito a voz, mas sem direito ao voto: os gerentes; os apoiadores técnicos; e as referências técnicas.

O terceiro nível de decisão, o conselho local de saúde, já existente no Hospital na estrutura anterior à mudança, é composto pela direção do Hospital e por representantes eleitos dos usuários.

O processo decisório organizacional assume um desenho participativo, com a inclusão de todos os trabalhadores do hospital. Esse processo parte do estabelecimento e oferecimento, aos colegiados das unidades, das diretrizes do gestor local, do SUS e dos

---

<sup>13</sup> O diretor clínico é uma função legalmente definida, ocupada por um representante eleito pelos médicos que trabalham no Hospital. Na verdade, apesar da denominação, não faz parte da hierarquia formal da organização. Sua função é de representação da corporação médica.

objetivos do Hospital Geral. Os colegiados, a partir desse eixo doutrinário e operacional, constroem propostas de operação, de produção e de avaliação encaminhadas ao Colegiado Gestor do Hospital, onde são validadas e consolidadas. Os documentos oficiais apontam para a construção de uma rede de petições e compromissos traçada de forma negociada e pactuada. Existe a preservação da estrutura hierárquica no sentido de que as decisões finais estão no Colegiado Gestor do Hospital.

O desenho do processo decisório deixa evidente a intenção de investir numa forma de gestão coletiva, de um processo participativo de todos os trabalhadores, não somente profissionais. A intervenção, de viés institucionalista, fica evidente na formatação de um desenho onde os trabalhadores são colocados em situação de co-análise, co-decisão e co-avaliação dos seus processos de trabalho, do planejamento das suas áreas e do Hospital.

Essa nova estrutura articula uma centralização parcial no processo decisório (Colegiado Gestor do Hospital) com descentralização horizontal para todos os trabalhadores por meio dos colegiados das unidades.

Os níveis executivos foram reduzidos a dois: diretoria executiva e gerências das unidades de produção. A Diretoria Executiva tem como atribuições implantar as decisões das instâncias deliberativas, realizar a mediação entre Secretaria Municipal de Saúde, Conselho Municipal de Saúde, Conselho Local de Saúde e Colegiado Gestor do Hospital.

A gerência das unidades de produção, nas áreas assistenciais, é realizada por um coordenador gerencial (e um ou mais gerentes/supervisores). Esses gerentes tiveram suas atribuições modificadas: passaram a ter sob sua responsabilidade a supervisão de toda a equipe de trabalhadores das unidades, deixando de existir as gerências por profissão (enfermagem, médicos, fisioterapeutas, etc.) e sendo a coordenação de todo processo de trabalho do gerente. Os aspectos técnicos, próprios de cada especialidade, permanecem vinculados à especialidade, no caso, as referências técnicas.

Nesse novo papel, o gerente é responsável por todos os aspectos operacionais e administrativos de sua unidade. Assume também o papel de coordenador/envolvedor dos trabalhadores no colegiado da unidade e de responsável pela implementação das mudanças pretendidas com a nova configuração. O coordenador gerencial representa a unidade no Conselho Gestor do Hospital.



A gerência de cada unidade pode ser exercida por uma ou mais pessoas, em regime de comitê de gerentes, na dependência do tamanho ou complexidade da área.

Aqui aparece a lógica da matriz, onde os trabalhadores da assistência, de certa forma, ficam subordinados a duas supervisões ou duas lógicas diferentes. De um lado da matriz, as referências técnicas com a lógica funcional e, de outro, as gerências das unidades de produção com a lógica do processo de trabalho assistencial, responsabilizando-se pela realização da produção.

A nova configuração não modificou as bases de criação de unidades assistenciais. No formato anterior, os critérios utilizados foram as bases de conhecimento médico para criar, por exemplo, as unidades de internação de Pediatria, Neurologia, Moléstias Infecciosas. O outro critério utilizado era o processo de trabalho para criar, por exemplo, o Pronto Socorro e as Unidades de Terapia Intensiva.

As mudanças propostas buscaram colocar áreas afins sob uma mesma gerência. Por exemplo, a área de pediatria, no formato anterior, era composta de Pronto Socorro, Internação e Unidade de Terapia Intensiva. Na nova estrutura, a Internação e a Unidade de Terapia Intensiva foram mantidas como áreas específicas, reunidas sob uma mesma gerência, e o Pronto Socorro foi mantido como unidade específica. O critério utilizado nesse caso foi a similaridade de processos de trabalho de áreas de internação, uma de crianças em condições graves (UTI) e a outra de crianças em condições clínicas melhores. Com essa redução do número de gerências há, em tese, uma facilitação da coordenação das áreas que foram reunidas, na medida em que estão sob a mesma direção. Entretanto, essa escolha é contraditória com o modelo assistencial proposto, pois mantém a lógica da especialização do conhecimento das várias disciplinas e profissões em detrimento do foco na pessoa sob cuidado/usuário.

A nova estrutura é mais horizontalizada que a anterior, havendo redução do número de níveis hierárquicos e de gerências de unidades assistenciais. O número de níveis hierárquicos passou de quatro (presidência, diretorias, departamentos e serviços) para dois (diretoria executiva e unidades de produção). O objetivo apresentado foi a redução do tamanho da estrutura hierárquica e o estímulo às comunicações laterais entre os gerentes.

É possível identificar, nessa estrutura, a introdução de mecanismos que buscam se afastar do enfoque mecanicista das burocracias. Não se pode afirmar a ruptura com essa lógica, pois o Hospital continua ligado umbilicalmente à lógica da máquina burocrática do setor público. Esse esforço fica evidente com a utilização do trabalho em equipe e dos desenhos matriciais, tanto na área do cuidado como na área gerencial. No *continuum* das abordagens mecânicas e orgânicas, essa estrutura se aproximou do segundo pólo.

A configuração proposta pode ser entendida numa versão modificada da tipologia proposta por Morgan (1989)<sup>14</sup>. Seu modelo de burocracia conduzida por comitê reconhece que o poder decisório seja exercido por um grupo que envolve os diretores e gerentes da organização. No novo formato, o processo decisório organizacional estaria assentado em duas instâncias intra-organizacionais: um comitê semelhante ao descrito por Morgan, o Colegiado Gestor do Hospital; e em comitês criados em cada unidade do Hospital. O processo decisório seria propositivo, ascendente e as decisões seriam tomadas no Colegiado Gestor do Hospital. As instâncias executivas (diretoria executiva e gerência das unidades) também foram desenhadas com a idéia de criação de espaços de trabalho conjunto.

A estratégia do processo de mudança foi desenhada a partir de algumas bases de apoio. A responsabilidade de desencadear o processo de mudança coube ao formulador, que assumiu a presidência do Hospital, compondo o novo governo municipal. Os coordenadores das unidades de produção foram escolhidos como responsáveis por implementar as diretrizes da nova configuração. Para tanto, foram criados alguns dispositivos que visaram a aumentar a capacidade dos gerentes em lidar com a mudança.

Um deles foi a constituição de um grupo denominado de apoiadores técnicos, cuja formação inicial foi de quatro pessoas — três de fora do quadro do Hospital e o enfermeiro que ocupava a gerência de enfermagem na estrutura anterior. Todos foram escolhidos pela direção. Desde o início ficou estabelecido que sua função seria de apoiar as coordenações de unidades e as equipes na implementação das mudanças pretendidas.

---

<sup>14</sup> Morgan (1989) propôs uma tipologia de seis formatos organizacionais básicos: a burocracia rígida, a burocracia conduzida por comitê, a burocracia com times inter-departamentais e grupos tarefas, a organização matricial, a organização baseada em projetos e a rede orgânica. Esses tipos podem ser colocados num *continuum* de crescente flexibilidade.

Foi instituído também um cronograma de aulas e seminários — o Programa de Desenvolvimento Gerencial — cujo objetivo era fornecer subsídios técnicos para os novos gerentes desenvolver suas funções.

Além disso, a Secretaria Municipal de Saúde contratou um grupo de analistas institucionais que desenvolveu um processo de intervenção institucional junto aos coordenadores gerenciais do Hospital (Moura et al, 2002). Essa equipe recebeu um pedido do então secretário municipal de saúde (de janeiro de 2001 a dezembro de 2002) para desenvolver uma intervenção institucional em cinco distritos de Saúde e no Hospital Geral. Esse pedido foi submetido ao Colegiado Gestor da Secretaria Municipal de Saúde e aprovado. Segundo o relato do grupo, o secretário solicitou um trabalho que pudesse dar suporte às equipes para lidar com a mudança pretendida. Nas palavras do grupo *“...e contribuisse para aumentar a capacidade de análise e de intervenção, fortalecendo seu grau de autonomia, o que contribuiria para melhorar o padrão de oferta de serviços e os resultados da produção de saúde.”*

Esse trabalho ocorreu ao longo de quase dois anos, a partir de 2001, e terminando em dezembro de 2002, coincidindo com a saída do secretário municipal da saúde do cargo. Segundo o relato desse grupo, o trabalho no Hospital envolveu cerca de trinta pessoas: todos os coordenadores gerenciais, alguns gerentes, os apoiadores e a diretoria executiva.

Nesse processo de implantação, a **configuração organizacional proposta sofreu modificações** que alteraram alguns dos seus elementos.

Existem evidências da implantação do formato proposto, no que toca a criação: dos colegiados; dos dois níveis executivos; dos dispositivos de apoio ao processo de mudança; das unidades assistenciais segundo os critérios definidos; bem como no uso da lógica matricial (apoiadores) e do novo desenho dos papéis e responsabilidades da gerência.

Algumas dificuldades foram assumidas explicitamente pelos entrevistados. O formulador afirmou que, no seu entender, somente 20 a 25% do que foi planejado estava implementado até aquele momento (início de 2003). Sua análise ficou centrada em aspectos

da política de recursos humanos. Sua ênfase foi na dificuldade de fixação de profissionais, principalmente dos médicos, no setor público brasileiro. Segundo ele, esse profissional consegue ter uma boa remuneração para o padrão brasileiro, mas para conseguir isso precisa trabalhar em vários empregos. Segundo o entrevistado, o médico não se sente seguro no setor público. Apontou também a falta de uma estratégia governamental de valorização de quem optar por trabalhar exclusivamente nesse setor. Deu como exemplo países europeus, citando especificamente Portugal onde existem planos de carreira, nos quais o médico vislumbra seu horizonte de trabalho nesse setor. A ausência desses mecanismos, na sua opinião, torna a adesão desses profissionais muito baixa, reduzindo seu engajamento na mudança.

Outros aspectos destacados, ainda em relação às políticas de recursos humanos, foram os mecanismos formais de reconhecimento e valorização do trabalho. Segundo o formulador, não existem recursos financeiros para a criação de gratificação variável por desempenho.

Outro problema apontado tanto pelo diretor técnico como pelo apoiador foi o envolvimento e o preparo dos gerentes para realizar as mudanças.

O diretor técnico destacou que os gerentes das unidades, com poucas exceções, não conseguiram superar o funcionamento do modelo anterior. O fulcro da sua crítica foi a excessiva dependência deles em relação à direção do Hospital. Frente a qualquer problema, eles demandam a direção. Não há iniciativa nem autonomia para tomar decisões. Afirmou ainda que não se notam diferenças entre os gerentes que permaneceram da gestão anterior e os novos escolhidos por esta direção.

O apoiador também apontou o eixo da gerência como um dos pontos mais frágeis do processo de implementação. Ele foi enfático ao falar dos gerentes e dos dispositivos de apoio aos gerentes. Na sua avaliação, a maioria deles é despreparada para as novas funções, e mais, que a força daqueles que são avaliados como adequados vem mais do uso dos métodos tradicionais de gerência do que da nova proposta. Na sua opinião, não houve erro na escolha das pessoas para as gerências; no conjunto era o melhor que se poderia escolher. Segundo o entrevistado, a questão não está no campo cognitivo, mas na

vivência de se assumir como liderança desse processo, como estimulador e apoiador dos trabalhadores. No seu entender, essa liderança tem função simbólica. Sua postura inovadora frente ao grupo representaria um ícone da mudança pretendida, mas isso não ocorre. Como exemplo, apontou o papel de negociador com a sua equipe e com as outras unidades de produção. Segundo ele, não ocorrendo há um esvaziamento da proposta.

A democracia foi outro aspecto abordado como problemático na implementação do novo modelo. A discussão foi realizada pelo apoiador, que apontou a existência de uma tradição autoritária no Brasil. Conseqüentemente, segundo esse entrevistado, as pessoas não sabem operar democraticamente quando têm que tomar decisões: ou tomam as decisões individualmente ou aceitam que outras decidam por elas. No seu entender, esse é um traço cultural forte que as pessoas aceitam, vivem e constroem. Na sua opinião, na verdade, as pessoas não querem decidir. “Por que decidir se não sou pago para isso?” “Por que vou assumir essa responsabilidade se os gerentes e a direção ganham para decidir?” Em suma, ele afirma que não há o desejo de democratização das organizações e da sociedade brasileira.

Outro aspecto dessa mesma questão, apontado por este entrevistado, foi de que esse processo decisório democrático-participativo é lento. Então, quando existe uma pressão de tempo, volta-se para o modelo anterior, centralizador. Esse é um mecanismo que se repete no Hospital. Toda vez que ocorre uma situação de estresse, recorre-se ao modelo antigo. Outra dimensão é a expectativa dos trabalhadores e dos próprios gerentes em relação aos dirigentes. O dirigente tem que, frente a uma situação de conflito, decidir, sob pena de ser encarado como fraco ou despossuído de poder. Nessas situações ocorre uma perda de confiança. Como resultado, as decisões menos importantes são tomadas nos fóruns coletivos, com o seu conseqüente esvaziamento.

O diretor de certa forma confirma esse quadro ao afirmar que a maior parte das reuniões dos colegiados de unidade é vazia. Na sua opinião, eles são virtuais, não representativos e burocráticos. A explicação que ofereceu foi de que os gerentes e trabalhadores têm sensação de que os problemas não se resolverão, que vão continuar como sempre foram. A expectativa é de não-mudança e de que a tentativa de mudança é perda de tempo.

Afirma-se, portanto, que o processo decisório manteve-se com a centralização vertical parcial, especialmente na Diretoria Executiva, típica das burocracias profissionais. Os colegiados das unidades e o Colegiado Gestor do Hospital não haviam assumido o papel pretendido.

Outra questão apresentada pelo sr. apoiador foi que no primeiro desenho do trabalho dos apoiadores os três diretores foram colocados também como apoiadores, além das pessoas designadas como tal. Isso levou a uma confusão de papéis, gerando dificuldade tanto dos apoiadores como dos gerentes com relação ao que deveria ser feito. Nessa situação de dúvida, esse trabalho tendeu a assumir um caráter mais de supervisão tradicional, com perda da função de apoio. No seu entender, esse foi um dos grandes titubeios da direção do Hospital, no sentido de protelar uma reflexão sobre a inadequação detectada, trazendo a sensação de falta de consistência do projeto.

Após quatro ou cinco meses desse desacerto, o formulador, junto com a direção executiva, modificou aquele desenho de trabalho e chegou ao modelo em desenvolvimento até o momento da entrevista (março de 2003). Os diretores deixaram o grupo, permanecendo os quatro apoiadores. Eles passaram a trabalhar por demanda das gerências e equipes, oferecendo um apoio nas situações de conflito ou naquelas em que os problemas ainda estão muito desestruturados.

Além dos aspectos assumidos explicitamente pelos entrevistados, **foi possível identificar ruídos** que apontam para problemas de compreensão e mesmo de resistência a alguns elementos constitutivos da proposta.

A proposta para os papéis gerenciais foi desenhada com alterações significativas em relação ao modelo anterior. Um dos eixos foi o abandono das gerências por profissões. Como decorrência, as gerências das unidades assistenciais passaram a ser ocupadas por qualquer profissional com nível universitário, escolhido pela Diretoria executiva.

Um dos entrevistados, ao falar da insuficiência das pessoas que ocupavam as gerências naquele momento, não fez qualquer distinção entre as suas formações profissionais. Entretanto, terminada a entrevista e desligado o gravador, começou a

discorrer espontânea e abertamente sobre a insuficiência das enfermeiras em coordenar as unidades do Hospital, afirmando que o menor conflito com os médicos elas trazem para a diretoria resolver. Na sua leitura, são elas que apresentam o maior despreparo para enfrentar esses novos papéis gerenciais.

Perguntado sobre os mecanismos de coordenação do trabalho em equipe, o diretor centrou sua fala nos protocolos médicos, principalmente das sub-especialidades cirúrgicas. Sua ênfase foi na padronização dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Não abordou a questão da atenção multiprofissional ou inter/transdisciplinar ou de protocolos que foquem os resultados do cuidado. O olhar de um dos principais responsáveis pela implementação do novo modelo continua muito próximo da configuração pré-existente.

Outro ruído foi o encontro de indícios de que as referências técnicas escolhidas foram, na sua maioria, pessoas que estavam como gerentes na gestão anterior. Por exemplo, a referência técnica da área de cirurgia vascular era o gerente da área de cirurgia vascular. Eles, na verdade, mantiveram pelo menos parte de suas atribuições anteriores, como por exemplo, decidir sobre a escala dos profissionais e, nas áreas em que enfermeiras assumiram a gerência da unidade, o poder sobre o processo de trabalho.

Com essas modificações, a configuração implementada pode ser entendida como uma burocracia profissional conduzida por um Comitê. Com a fragilidade do funcionamento dos colegiados (Gestor do Hospital e das unidades) não assumindo seu papel de formulação e deliberação, a Diretoria Executiva ocupou esse espaço no processo decisório organizacional. Nesse formato, a descentralização deixou de envolver todos os trabalhadores. Os profissionais mantiveram sua autonomia e sua participação no âmbito das questões técnicas atinentes à realização da tarefa, só que agora envolvendo além dos médicos, todo o grupo multiprofissional universitário.

No quadro abaixo foram resumidas as principais características da estrutura organizacional pré-existente, da proposta e da implementada.

**Quadro 12 - Estrutura organizacional do Hospital Geral.**

| <b>Hospital Geral</b>                              | <b>Configuração pré-existente</b>                                       | <b>Configuração Proposta</b>                                                                                                  | <b>Config. Implementada</b>                                                                                                    |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Configuração básica</b>                         | Burocracia Profissional                                                 | - Burocracia profissional conduzida por Comitês (Colegiado Gestor Hospital e das unidades)<br>-uso matriz                     | - Burocracia profissional conduzida por Comitê (Diretoria executiva)<br>-uso matriz                                            |
| <b>Tipo de estrutura (ênfase)</b>                  | Mecânica                                                                | Mecânica ↔ <b>Orgânica</b> (trabalho em equipe)<br>Política (democracia, participação)                                        | <b>Mecânica</b> ↔ Orgânica                                                                                                     |
| <b>Parte chave da estrutura (ênfase)</b>           | Núcleo operacional (médicos)                                            | Cúpula estratégica ( <b>comitê</b> )<br>Núcleo operacional todos os profissionais (autonomia técnica e participação política) | Cúpula estratégica ( <b>diretoria</b> )<br>Núcleo operacional todos os profissionais (autonomia técnica)                       |
| <b>Critério de agrupamento (ênfase)</b>            | Especialização do conhecimento                                          | Especialização do conhecimento                                                                                                | Especialização do conhecimento                                                                                                 |
| <b>Regulação do processo de decisão</b>            | Participação dos profissionais (médicos) ênfase nos aspectos técnicos   | Participativa nos Comitês do Hospital e das unidades (todos trabalhadores) ênfase na democracia direta                        | Participação dos profissionais (todos os profissionais) ênfase nos aspectos técnicos                                           |
| <b>Centralização<br/>Descentralização (ênfase)</b> | Centralização vertical parcial<br>Descentralização horizontal (médicos) | •Centralização parcial Comitê<br>•Descentralização horizontal (todos os trabalhadores)                                        | •Centralização parcial Diretoria<br>Descentralização horizontal limitada (autonomia técnica de médicos e outros profissionais) |



## Poder

Ao contextualizar a proposta construída para o Hospital Geral, o formulador reconheceu que os formatos organizacionais de hospitais estão baseados, essencialmente, no poder de corporações de médicos e de enfermeiros. Afirmou ainda que são construídas, tendo como um dos seus elementos principais, a lógica dessas corporações.

A nova configuração propõe um deslocamento de foco de poder. Ao criar instâncias deliberativas no nível das unidades de serviços, aposta na sua capacidade de desencadear processos de envolvimento e mobilização dos trabalhadores. Ao centrar as decisões nesse fórum, estaria, na verdade, reduzindo o poder discricionário de alocar recursos (poder administrativo) para instâncias ampliadas de participação e decisão. Depreende-se que, no âmbito da formulação, a proposta foi a de criação de mecanismos que gerem deslocamento do poder administrativo para o poder político: propõe-se que o poder de decidir sobre os processos de trabalho e sobre as prioridades na alocação de recursos deixe de ser propriedade dos gerentes e dos níveis mais altos da hierarquia e passe a ser compartilhado com dois tipos de instâncias colegiadas — os colegiados de trabalhadores das unidades de serviço e o Colegiado Gestor do Hospital.

O formulador, ao apresentar a proposta, colocou como questão nuclear da nova configuração a utilização dos mecanismos e instrumentos da gestão para propiciar a construção de sujeitos mais livres e criativos, o que esse dirigente denominou de *“máquina desejante do todo ser humano”*.

O dirigente colocou esse eixo no sentido de reduzir as práticas burocratizantes e, com isso, liberar os trabalhadores para a criação de uma nova intersubjetividade entre os envolvidos na produção da saúde. Fez o reconhecimento, também, de que nas organizações burocráticas os processos de ordenamento da vida têm o sentido de produzir a previsibilidade do comportamento organizacional e a submissão dos trabalhadores aos seus objetivos.

A relação entre gestão e produção de subjetividades, apontada pelo formulador, vai ao encontro das contribuições foucaultianas sobre poder. Acredita-se que o estabelecimento de novas formas de governar a partir de instâncias participativas possa estimular o estabelecimento de relações de poder mais horizontais entre os trabalhadores do Hospital, e entre esses e as pessoas sob cuidados.

Para romper com os processos organizacionais que produzem formas de dominação e submissão dos trabalhadores, foram desenhados os colegiados e o trabalho em equipe, onde os trabalhadores poderiam exercitar e exercer novas possibilidades de pensar e agir, abrindo a possibilidade do estabelecimento de novas relações entre eles, e entre eles e as outras instâncias de decisão organizacional. Coerente com essa visão de organização, os apoiadores técnicos assumiriam suas novas funções de sustentação, para que esses coletivos possam se apropriar de recursos, analíticos e políticos, sobre os processos de trabalho e os destinos da sua produção.

Reforça essa intenção a ênfase do trabalho em equipe numa lógica multiprofissional e inter/transdisciplinar na produção do cuidado. Aqui também há o foco no poder político. Nessa situação, o deslocamento é do poder técnico das corporações para o poder político da equipe assistencial. O modelo de atenção coloca a insuficiência do conhecimento médico para abordar as questões envolvidas no processo saúde doença, e aponta para a necessidade de articulação e construção de novas formas de cuidar e produzir saúde. Esse desenho tem como um dos seus eixos o entendimento de que o médico não detém toda a tecnologia para prover o cuidado, sendo necessárias uma composição de saberes e práticas que pertencem a outros trabalhadores.

A nova configuração apostou na construção de mecanismos que põem em xeque o desenho tradicional de poder dos hospitais. Colocou também, na cena das decisões organizacionais, atores sistematicamente excluídos. Todos os trabalhadores de cada unidade têm representantes eleitos por eles nesses colegiados para participarem com direito a palavra e voto. Em outros termos, pode-se dizer que a proposta coloca um grande vetor de descentralização<sup>15</sup> dos processos decisórios.

Essa proposta de descentralização envolve uma dimensão horizontal apresentada como a principal. Nela, o poder decisório organizacional é disperso para fora da estrutura formal, envolvendo todos os operadores/trabalhadores. Uma outra faceta da

---

<sup>15</sup> Utilizam-se aqui os termos centralização e descentralização em referência à localização do poder para a tomada de decisão na organização. Centralização se refere à situação em que o poder para a tomada de decisões está em um lugar da organização, o nível mais alto. Na medida em que o poder fica disperso entre muitos níveis e/ou muitas pessoas, ocorre a descentralização.

descentralização horizontal é a criação de instância de especialistas que devem oferecer ajuda aos gerentes, aos colegiados e à diretoria, no processo de mudança organizacional. Esse grupo foi denominado de apoiadores técnicos. Há que se reconhecer um movimento simultâneo de descentralização vertical, na medida em que se investe também na capacitação/envolvimento dos gerentes para assumirem decisões, principalmente no que se refere às relações interunidades enfatizando as relações laterais.

A ênfase no poder político é apresentada com um olhar próprio. É a mudança da perspectiva do poder sobre para o poder com. A mobilização das pessoas e dos grupos sociais dentro da organização visou a reapropriação pelos trabalhadores de sua capacidade de intervir nos seus processos de trabalho, de defender suas necessidades e interesses e co-construir os destinos da organização. O caminho escolhido foi a criação de espaços democráticos de participação onde, através da negociação e pactuação, se possa instituir novos modos de subjetivação. A intenção foi criar processos que favoreçam a construção de modos de subjetivação que Guattari (1993) denomina de *singularização* em contraposição aos processos *normalizadores*.

No processo de implementação, em relação às mudanças pretendidas no âmbito das relações de poder, surgiram algumas discussões sobre desvios da proposta original. Nas falas dos implementadores, os temas do poder de decisão dos colegiados e da democracia interna aparecem como eixos dessa discussão. O sentimento predominante é o da fraqueza dos colegiados em assumir seu papel de novo pólo de poder. As explicações apontadas trazem vários sentidos.

Foi comum aos entrevistados a associação da fragilidade técnica dos gerentes e seu descompromisso com o papel dos colegiados. A fragilidade/descompromisso aparece como despreparo e incompetência na lida com os conflitos, e na (in)capacidade de criarem mecanismos e ambiente de negociação. Um dos implementadores apontou especialmente para a fragilidade das enfermeiras que, ao assumirem funções gerenciais, não se colocam com potência para o trato com os médicos. Segundo esse entrevistado, isso causou um esvaziamento da gerência e do colegiado respectivo e provocou a centralização das decisões na diretoria executiva. Fez-se uma associação do desempenho dos colegiados das unidades com o desempenho dos gerentes respectivos.

Outra razão apresentada para explicar o esvaziamento dessas instâncias colegiadas foi a cultura autoritária da sociedade brasileira e, por conseguinte, das suas organizações. Um dos entrevistados relatou ser freqüente a manifestação, pelos trabalhadores, da expectativa de que os gerentes e a direção tomem as decisões e não fiquem pedindo o envolvimento deles, chegando a explicitar que são pagos para isso.

Outra faceta dessa questão, relatada por dois dos entrevistados, foi de que nas situações de conflito, as decisões sempre tendiam a ser tomadas pela Diretoria Executiva. O entrevistado expressou claramente o sentido anti-pedagógico para a mudança pretendida.

Além das dificuldades apontadas explicitamente apareceram, nas entrevistas e na observação direta, indícios de resistências ao desenho proposto.

Os médicos foram apresentados, pelos entrevistados, como os que apresentaram comportamentos de distanciamento da proposta. Não aceitam a mudança de jornada de trabalho, pois isso acarretaria redução da sua remuneração global. A inclusão de novos profissionais no cuidado não foi questionada, mas a mudança de concepção do cuidado com uma lógica inter/transdisciplinar foi diretamente rechaçada pelos médicos da área de pediatria durante a observação realizada. Essa resistência dos médicos é apontada como freqüente, na literatura especializada, nos processos de mudanças organizacionais que atinjam sua autonomia (Cecílio, 2002; Carapinheiro, 1993).

Um outro ruído indicador dessa resistência foi a dificuldade do diretor técnico em abordar a questão do trabalho em equipe. Ao ser inquirido sobre esse tema, toda sua fala foi no sentido do trabalho em equipes médicas, onde especialistas da área cirúrgica estabeleceram formas de trabalho conjunto.

Cabe salientar que, apesar de não ter sido explicitado, o desenho proposto reduz a autonomia dos médicos em decidir sobre o cuidado e sobre a organização do cuidado. O trabalho em equipe multiprofissional coloca, em tese, todos os profissionais com a responsabilidade de desenvolver de forma holística um plano de cuidado, tirando do médico o poder de determinação única dos caminhos do cuidado. Além disso, a mudança do escopo da gerência das unidades assistenciais, assumindo a responsabilidade de

coordenar o processo de trabalho assistencial, reduz ainda mais essa autonomia. Não se está aqui afirmando que para que um ganhe poder outro tem que perder, mas sim, destacando que está incluída, no bojo da nova configuração, a horizontalização das relações de poder na equipe multiprofissional. A assimetria existente nas relações de poder, com o médico assumindo papel de pólo principal, foi colocada em xeque ao se colocar a equipe multiprofissional como palco das decisões assistenciais.

O esvaziamento dos fóruns colegiados como instâncias participativas democráticas e a não efetivação do trabalho em equipe inter/transdisciplinar apontam para a permanência de relações de poder tradicionais dos hospitais. Como consequência, não se pode afirmar que houve o deslocamento pretendido do poder técnico e administrativo para o político. Nesta pesquisa não foram encontradas evidências que apontem para iniciativas dos trabalhadores em defenderem esses ou outros espaços de participação dentro do Hospital.

## **8g - CONCLUSÕES**

Em relação à configuração organizacional proposta, pode-se afirmar que o modelo de atenção foi o eixo principal da mudança pretendida. A criação de unidades de produção que rompem com as lógicas corporativistas reforça essa estratégia; o trabalho multiprofissional abordado num enfoque inter/transdisciplinar aponta para novos modos de se realizar e gerenciar o cuidado, colocando como foco da atenção as pessoas e o aumento de seus coeficientes de autonomia.

Os recursos técnicos utilizados guardam coerência com os objetivos propostos. A utilização de espaços colegiados e o incremento do vetor ascendente no processo decisório abrem uma série de possibilidades de participação dos trabalhadores.

Apontam-se algumas questões para explicar a distância observada entre o pretendido e a realidade observada.

Uma questão que merece avaliação se refere às bases de legitimidade para a implementação da nova configuração e no quanto elas favoreceram ou não esse processo. Os formuladores partem de duas premissas básicas para o desenho do processo de mudança.

A primeira é que a formulação trazida para o Hospital tem sido desenvolvida e testada em vários serviços hospitalares brasileiros, ao longo dos últimos 25 anos, e que se apresenta madura, interna e externamente consistente com seus objetivos. A configuração proposta para o Hospital Geral tem grande similaridade com modelos criados pelo grupo de pesquisadores ligados à universidade pública, e que foram implementados em vários hospitais brasileiros. Cecílio (2000) descreveu as principais apostas<sup>16</sup> e os dispositivos pensados para a concretização das mudanças pretendidas. Dos principais dispositivos organizacionais, cinco estão presentes na configuração proposta:

- estrutura mais horizontalizada que estimule a comunicação lateral entre gerências e aumente sua autonomia;
- unidades de produção segundo a lógica do processo de trabalho;
- colegiados de unidades;
- gerência única de cada unidade;
- Colegiado Gestor do Hospital.

Dessa primeira premissa advém uma idéia do valor do que está sendo proposto e um sentimento de segurança. Reforça essa leitura a autoria da formulação: professores da área de saúde com preparo, experiência, compromisso com o setor público, além de sucesso acadêmico e como dirigentes.

---

<sup>16</sup>Este autor explica que usa a palavra “apostas” no sentido empregado por Carlos Matus, isto é, seriam ‘jogadas’ feitas por determinado ator, referenciadas a um projeto político específico. Esta aposta circula num jogo político aberto, ou seja, sem final totalmente previsível.

A segunda premissa foi o entendimento que a vitória no processo eleitoral municipal, ocorrido no ano de 2000, oferecia outra base de legitimidade, necessária e suficiente para desencadear o processo de mudança.

Essas bases de legitimidade, técnica e política, criaram a percepção de uma força capaz de implementar a nova configuração. Na fala do formulador, não apareceu a preocupação em reconhecer e valorizar o que estava acontecendo especificamente neste Hospital. Desta forma, a formulação e o processo inicial de implementação ganharam uma feição prescritiva, onde se oferecia aos trabalhadores a força política da escolha eleitoral realizada e a força técnica da proposta elaborada por atores qualificados.

A reação observada foi de externalidade em relação ao projeto. Esse comportamento, em certa medida, contradiz um dos objetivos centrais, o da co-autoria, ou da possibilidade dos trabalhadores assumirem a construção conjunta das suas vidas e do seu trabalho.

Algumas questões apareceram para ajudar a entender a abrangência desse comportamento. Primeiro e muito forte, entre os médicos da área de internação da pediatria, foi de que essa proposta era a da “administração” atual, como já existiram outras. “Ela vai passar também, como passaram as outras”. “Se souberem como lidar com ela, não serão necessárias mudanças no trabalho”.

Outra sensação foi a de insegurança. Uma das forças da proposta trazida para o Hospital estava na autoria qualificada, e nas experiências bem sucedidas já realizadas. Num processo de mudança, por si só gerador de medos, a colocação pelos formuladores, de uma base empírica, a partir de outras experiências de transformação organizacional bem sucedidas, ainda que implícita, oferecia a ocorrência de um processo tranquilo. O andamento do processo mostrou, entretanto, que alguns dos dispositivos introduzidos precisavam ser calibrados/ajustados/modificados. Foram citadas as confusões em relação ao papel dos apoiadores técnicos e também as dúvidas quanto às formas que deveriam ser atribuídas às relações entre os gerentes, os co-gerentes e as referências técnicas.

Esse processo pode ser analisado também segundo os tempos envolvidos na mudança. Todas as manifestações em relação a esse aspecto têm relação com o processo decisório.

O processo dos colegiados de unidades, de elaborar os seus planos de ação e submetê-los ao Colegiado Gestor do Hospital, foi atropelado pelo tempo da máquina burocrática municipal, que cobrava e obtinha as informações para a elaboração do orçamento do próximo período. Os colegiados das unidades não tiveram agilidade para cumprir com os prazos.

A outra situação reveladora das dificuldades nos tempos da mudança foi a observação, feita pelo apoiador e pelo formulador, de que, frente a situações de conflito maiores e/ou a premência de tempo no encaminhamento de algumas questões, as decisões convergiram para o topo da estrutura, principalmente para a diretoria, apontando para um esvaziamento das instâncias colegiadas e dos gerentes nas questões mais relevantes. Para essas instâncias ficaram as decisões de menor importância.

Por um lado essa reação pode ser interpretada como uma defesa inconsciente, isto é, frente a qualquer situação de estresse no processo de mudança retorna-se à situação anterior, à segurança do conhecido. Por outro, foi destacada pelo apoiador a expectativa de que a direção tomasse as decisões, aparecendo aí um aspecto da cultura autoritária dessa organização de saúde.

Uma questão presente na fala do formulador, também em relação aos tempos da mudança, foi a urgência em se implantar a nova configuração. No momento da entrevista já haviam transcorrido dois dos quatro anos de mandato e ele fazia a avaliação de que somente 20/25% da proposta tinham sido implementados. Essa preocupação com o andamento do processo encontra interface na sensação — que apareceu nas entrevistas dos implementadores — de atropelo. As mudanças pretendidas são extensas e complexas, exigindo muitos ajustes. O formulador trouxe para si a responsabilidade de monitorar o processo de implementação e realizar as adaptações necessárias. A percepção dos entrevistados aponta para diferenças entre os tempos de formulação/adaptação do novo formato e os tempos dos gerentes e dos colegiados de se apropriarem dos conceitos e processos, gerando, com isso, a sensação de atropelo.



Outro aspecto importante foi a escolha dos gerentes como a principal base operacional em que se apoiou o processo de mudança. Este foi um dos aspectos em que houve convergência na avaliação dos entrevistados — o despreparo dos gerentes para operar as alterações desenhadas para o novo formato organizacional. Do material coletado pode-se afirmar que, no desenho da mudança, foram criados alguns mecanismos de apoio ao desempenho dos seus novos papéis: o Programa de Desenvolvimento Gerencial; a criação de apoiadores técnicos e a intervenção dos analistas institucionais contratados pela Secretaria Municipal de Saúde. Apesar desse esforço, as queixas foram unânimes em apontar o seu baixo envolvimento.

Algumas questões podem ser aventadas para explicar tal fato. Nesse serviço público municipal não existe uma política de progressão nas carreiras. Assumir cargos de gerência é uma das poucas formas de aumento de remuneração e crescimento profissional, daí a possível ausência de motivação para se assumir as funções gerenciais do novo projeto. Um segundo aspecto é que, na medida em que esse processo gerou inseguranças, a postura geral foi de retornar aos comportamentos antigos nos quais as pessoas se sentem com maior domínio dos recursos necessários para o desempenho da função gerencial. Faz interface com esse último aspecto, a insuficiência de apoio ao desenvolvimento/amadurecimento das habilidades de negociação e pactuação que o novo formato exigia. Por último, havia um descrédito em pelo menos um dos implementadores em relação à capacidade das enfermeiras em conduzir a coordenação dos processos de trabalho, podendo isso criar uma relação sem a base de confiança necessária.

A fragilidade do desempenho dos gerentes nos seus novos papéis contribuiu muito para as dificuldades de implementação da mudança. A transformação gerencial não ocorreu, a maioria dos gerentes não conseguiu mudar.

A dificuldade no envolvimento dos trabalhadores, especificamente os profissionais, foi outra questão importante no processo de mudança. O envolvimento dos médicos com a mudança foi pequeno. Esse comportamento não apareceu como uma ação de resistência frontal e organizada. Houve uma resistência subliminar aos novos papéis e ao envolvimento com os novos dispositivos organizacionais. Na observação direta percebeu-se um distanciamento deles dos outros profissionais. A relação na execução das tarefas assistenciais foi apenas de justaposição.

Outra faceta dessa situação foi a relação de poder construída nas unidades de produção onde enfermeiras assumiram a gerência. O diretor técnico aponta para um enfrentamento por parte dos médicos, de uma certa maneira não reconhecendo a autoridade do gerente enfermeiro. Não houve indícios de que isso tenha ocorrido nas unidades onde médicos assumiram a gerência.

O comportamento das chamadas referências técnicas reafirma essa resistência. Os médicos, ao assumirem essas novas funções, idealizadas para oferecer apoio matricial nas questões técnicas das especialidades, desempenharam muitas vezes a função anterior de chefia tradicional daquele grupo profissional, rompendo com a lógica gerencial proposta e reafirmando a manutenção das relações tradicionais de poder. As referências técnicas ficaram no lugar de onde nunca saíram: a chefia de uma determinada corporação.

Outro aspecto da resistência foi a resistência/rejeição, por um grupo de médicos, de estabelecer novas relações de vínculo/responsabilização. Os médicos expressaram o medo de, eventualmente, serem responsabilizados por erros ou insucessos dos tratamentos realizados, sentindo-se mais seguros no desenho anterior.

O protagonismo dos médicos, nesse caso, foi para manter a sua centralidade e ampla autonomia nas definições das relações técnicas, do processo de trabalho e de poder no Hospital.

No grupo de enfermagem não houve evidências de resistência ao novo formato. Na verdade, as enfermeiras tiveram seu espaço de poder formal ampliado com a nova configuração, pois puderam ocupar as gerências das unidades assistenciais, anteriormente reservadas aos médicos. Além disso, nas unidades em que a gerência foi ocupada por médico, na maioria das vezes as supervisões ficaram com enfermeiras. Na área de internação de pediatria, a supervisora era enfermeira. Durante a observação pôde-se verificar que os auxiliares e técnicos de enfermagem continuavam sob seu comando. Aponta-se portanto para a manutenção das relações de poder dentro do grupo da enfermagem.

No grupo de enfermagem observou-se iniciativa no sentido da construção/reelaboração de alguns aspectos da nova configuração. No bojo da nova configuração veio a proposta de mudar a lógica *taylorista* dos processos de trabalho. Nessa área há evidências de mudanças nesses processos e a criação de alternativas, sem romper com o eixo proposto. Ainda que em aspectos operacionais, pode-se identificar um aumento da potência desse grupo na gerência.

Em relação especificamente ao modelo de atenção e sua implementação, um ruído importante foi a identificação do papel dos médicos residentes no cuidado. As atividades de cuidado direto são frequentemente realizadas por esses profissionais. Apesar dessa importância, não houve qualquer menção à sua inserção no modelo pretendido. Essa omissão teve impacto na realização do cuidado como observado na área de internação da pediatria.

Para finalizar, pode-se afirmar que:

- a força impulsionadora da nova configuração vem de protagonistas ligados à academia que se colocam na defesa do sistema único de saúde brasileiro e que acreditam ter legitimidade técnica e política para propor e conduzir o processo de mudança. O protagonista individual no Hospital foi o diretor presidente, nomeado pelo novo governo municipal;
- foi perceptível a intenção em se articular as mudanças ocorridas na formulação das políticas de saúde para o município, tanto nas concepções de necessidades de saúde como nos modos de realizar o cuidado (desenho assistencial e tecnológico), propostas pela Secretaria Municipal de Saúde, com as mudanças ocorridas no Hospital Geral. Pode-se depreender que o projeto de mudança tem como referência os serviços públicos municipais de saúde, assumindo uma intenção que vai além da mudança de um serviço. Houve uma articulação da mudança no Hospital com a formulação de uma nova política de saúde para o município e de uma *práxis* onde seu sucesso apontaria para o fortalecimento dos setores da sociedade que apostam em políticas públicas universalistas;

- a configuração proposta é coerente com os objetivos pretendidos. Utiliza-se de mecanismos e recursos organizacionais tecnicamente adequados para uma flexibilização da estrutura, para a instituição da participação dos trabalhadores e para a realização dos cuidados centrados nas pessoas. Entretanto, os conceitos do enfoque orgânico (flexibilização) não expressam adequadamente o eixo desse projeto de mudança. Há uma clara escolha em olhar as organizações como uma forma de governo político com referências para o mundo social intraorganizacional e suas mediações com a sociedade;
- esses protagonistas acreditam possuir uma base de legitimidade técnica e política que os autorizou a trazer uma nova arquitetura organizacional e iniciar/desenvolver o processo de implementação sem firmar um pacto interno ao Hospital. Observa-se que esse entendimento possa ser uma das razões desse projeto ter despertado uma reação de externalidade entre os atores entrevistados e observados;
- o modelo foi apresentado como amadurecido, proposto por pessoas preparadas (*experts*), com reconhecimento acadêmico e experiência empírica. Essa situação criou uma fantasia de projeto acabado e testado. Colaborou para essa sensação a forma prescritiva como foi apresentado. Na prática, como em todos os processos de mudança, houve momentos de desacertos, gerando um sentimento de insegurança, principalmente nos gerentes, que não participaram da formulação, mas tinham a responsabilidade de implementar;
- foram instituídos mecanismos/dispositivos de apoio à implementação (apoiadores, análise institucional com os gerentes) que evidenciam um entendimento dos processos de mudança em organizações também pelo eixo cultural. Houve a assunção de que a mudança na estrutura organizacional não era uma formulação auto-aplicável, exigindo um envolvimento dos trabalhadores nessa construção. Nesse aspecto, repousa uma das contradições apontadas neste processo, o compromisso com a construção coletiva pelos trabalhadores e a aplicação de um modelo externo que assumiu um caráter prescritivo;

- houve um importante descompasso entre os tempos dos processos decisórios participativos internos do Hospital e os tempos da máquina burocrática municipal que, junto com velocidade de implementação puxada pelo formulador, criou um esvaziamento dos novos centros de poder descentralizados. Não se pode deixar de ressaltar que o Hospital tem uma tradição autoritária e centralizadora que pode ajudar a explicar uma inércia de comportamentos;
- as diferenças de tempos entre a Prefeitura e o Hospital (prioridades orçamentárias e aprovação na Câmara Municipal), criaram uma brecha entre o desejo de democratização da gestão e a implementação. Esta brecha foi ocupada pelas instâncias mais ágeis e que formalmente respondem por essas decisões (direção). Em suma, houve um reforço do processo decisório centralizado;
- não foram instituídas políticas importantes para dar consequência à mudança pretendida, como as políticas de recursos humanos, especialmente nas carreiras médicas e nos mecanismos de avaliação e reconhecimento do trabalho em equipe. O Hospital depende, para essas políticas, da Prefeitura Municipal;
- a necessidade de apoio aos gerentes foi subdimensionada, principalmente em relação às novas habilidades exigidas nesse novo momento;
- não foi abordada a questão, apontada pelo grupo de auxiliares e técnicos de enfermagem, do sofrimento pessoal decorrente do estabelecimento de vínculos entre esses trabalhadores e as pessoas sob cuidado.
- os resultados desse processo de mudança são contraditórios:
  - a configuração que acabou implementada ainda está muito próxima da configuração tradicional de hospitais. O espaço organizacional continua em grande parte mergulhado na lógica da burocracia profissional;

- o trabalho em equipe multiprofissional inter/transdisciplinar não ocorreu;
- há indícios de que o grupo de enfermagem começou a assumir novas potências em relação aos seus processos de trabalho;
- os médicos assumiram um protagonismo para manter as relações de poder inalteradas;
- as categorias universitárias da área da saúde, exceto médicos e enfermagem, não apareceram como protagonistas da mudança.



## ***9 - CONSIDERAÇÕES FINAIS***

Minayo (1992) aponta que no processo de conhecimento não há consenso e não há ponto de chegada. O conhecimento produzido é apenas uma das infinitas aproximações ao objeto. O esforço deste trabalho foi no sentido de acrescentar conhecimentos ao estudo sobre configurações organizacionais de hospitais.

Desse modo, não cabe afirmar conclusões, mas apontar algumas questões e reflexões levantadas nesse ciclo de pesquisa. Ao olhar esses processos de elaboração e implementação de novas configurações, algumas questões foram suscitadas:

- Os modelos de atenção à saúde foram o principal eixo das propostas das novas configurações. Entretanto, os resultados das implementações ficaram aquém do desejado;
- Apesar da questão do cuidado à saúde assumir uma grande importância nas novas configurações, os projetos de mudança não se limitaram a essa mudança tecnológica, estendendo-se a aspectos organizacionais (estrutura) e políticos (relações de poder). Reconhece-se que os processos de mudança mais abrangentes possuem maior potência de efetivação, pois as organizações são sistemas complexos e qualquer intervenção simplista tende a ter menor força de transformação;
- Entretanto, a força desses dois aspectos — a coerência de se formatar configurações para serviços de saúde a partir dos modos de se organizar e realizar os cuidados e a construção de projetos abrangentes — não foi suficiente para garantir a efetivação das configurações pretendidas;
- Uma primeira questão que se coloca nessas considerações sobre as dificuldades da mudança é a possibilidade de superação da moldura burocrática. Não são poucos os autores que afirmam inexistirem evidências de superação desses modelos. Dellagnelo (2000), em sua tese de doutoramento, investigou a existência de novas formas organizacionais nos setores de produção em massa e de serviços. Essa autora conclui o estudo afirmando uma forte tendência de flexibilização das configurações



organizacionais, sem, contudo, encontrar evidências de ruptura com o modelo burocrático, evidências essas que vão ao encontro dos achados deste trabalho. Nessa perspectiva, os seres humanos estão presos à sua própria criação (burocracia) e não foram capazes até agora de criar formas mais solidárias de lidar com organizações complexas e de grande porte;

- Outra questão que dificulta os processos de mudança é a própria essência das burocracias. Essas organizações são construídas para a rotina, para a previsibilidade do comportamento, não para mudanças. Ao encetar processos de efetivação de inovações está-se provocando um choque da lógica da conservação e da mudança.
- Parte da dificuldade de viabilização das propostas pode ser apontada pelo tamanho dos desafios colocados. Um deles é a questão da interdisciplinaridade e sua relação com a construção de ações integradas na realização do cuidado, em contraposição à força da especialização como vetor conservador das práticas atuais. O conhecimento interdisciplinar é elemento fundamental para a construção de modelos de atenção centrados na pessoa e não na doença. Os modelos explicativos do processo saúde-doença, como o da epidemiologia social, exigem para sua compreensão e para a construção de novas práticas elementos desse conhecimento. Nunes (1995), reforçando esta percepção, aponta que ainda há uma grande distância entre as discussões teóricas e as atuações práticas. Afirma ainda que o fenômeno interdisciplinar ainda está muito longe de ser evidente;
- Outro grande desafio que mantém uma importante interface com as práticas interdisciplinares é a democratização das organizações de saúde, com a colocação de um vetor de horizontalização das relações humanas e profissionais. Os médicos apareceram neste e na imensa maioria de outros estudos realizados em serviços de saúde, como forças corporativas, ativas ou passivas, de resistência às mudanças nas relações de poder intra e inter profissionais. O seu poder de bloquear as mudanças é muito grande devido

ao seu papel central na produção do cuidado. Nesse sentido, a interdisciplinaridade e a democratização das organizações não conseguiram ganhar espaço frente às lógicas das profissões e da burocracia;

- Os dois projetos de mudança se apoiaram na participação como eixos da transformação. Em tese, os processos participativos deveriam aumentar a potência da mudança na medida em que um determinado coletivo assumiria a co-autoria das novas formulações. Ao assumir que as transformações organizacionais são processos técnicos e sociais complexos e ao colocar como valor positivo a participação na construção de organizações democráticas, a questão se essa escolha favorece ou não a efetivação de mudanças assume posição de destaque:
  - Um primeiro aspecto é a lentificação dos processos de mudança na medida em que, pelo menos, envolve mais pessoas;
  - Outro aspecto é o ganho no envolvimento dos trabalhadores, pois, sendo um processo coletivo, o novo é uma co-criação. Nesse sentido, o processo de implementação seria abreviado;
  - Um aspecto relevante é a ocorrência de contradições entre o pretendido (a participação) e a forma pela qual foram conduzidas as mudanças. Uma das questões que surgem é: como lidar com a liderança do impulso da mudança e o risco de atropelar as iniciativas de proto-protagonistas de um novo processo? Nesse olhar, a questão está na contradição entre as racionalidades da proposta (ênfase na razão substantiva) e a racionalidade da implementação (ênfase na razão instrumental). Habermas (1989), ao fazer essa discussão, coloca que o ponto central está na supremacia (colonização) do mundo da vida (razão substantiva) pelo sistema (razão instrumental). A ênfase no foco instrumental tende a criar afastamento e resistência à proposta de mudança.

- Outra abordagem poderia apontar para o pouco tempo de implementação para mudanças tão extensas e complexas. Ao tomar essa explicação como a principal, assume-se que um projeto de mudança coerente e consistente seja o necessário e o suficiente para a sua efetivação. Nessa perspectiva, a mudança estaria nas etapas iniciais. Esse entendimento privilegia um olhar linear e a mudança como algo “naturalizado”.
- Outro fator que pode ser aventado como explicação é a questão da qualidade do projeto das novas configurações. As duas propostas primam pela coerência entre o pretendido e o desenhado, utilizando recursos técnicos adequados. Em relação à consistência, não se pode afirmar o mesmo, pois houve falta da implementação de ações complementares, principalmente em relação às políticas de recursos humanos e ao desenvolvimento de novas habilidades gerenciais.



## ***10 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS***

- ABRAHÃO SILVA, A. L. **Reforma dos serviços de saúde: um olhar sobre o Hospital público regional de Betim**. 1999 (Dissertação de Mestrado) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.
- ALDRICH, H., WIEDEMAYER, G. From traits to rates: an ecological perspective on organizational foundings. *Advances in Entrepreneurship, Firm Emergence, and Growth*. GREENWICH: JAI PRESS, 1993.
- ALVESSON, M., DEETZ, S. Teoria crítica e abordagens pós-modernas para estudos organizacionais. In: CLEGG, S. R., HARDY, C., NORD, W. R. **Handbook de estudos organizacionais** Vol.1. São Paulo: Ed. Atlas, 1997.
- ARGYRIS, C. Some limits of rational man organization theory. **Public Administration Review**, D.C.: American Society for Public Administration, 33(4): 354-6, July/aug. 1973.
- BAREMBLITT, G. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Ed. Rosa dos Ventos, 1992.
- BARNARD, C. **A função do executivo**. São Paulo: Ed. Atlas, 1971.
- BENSON, J. K. A dialectical method for the study of organizations. In: Morgan, G. **Beyond Method**. Beverly Hills: Sage. 1983.
- BERTERO, C. O. Influências sociológicas em teoria organizacional. **Revista de Administração de Empresas**. 15(6): 27-37. Nov/Dez., 1975.
- BERTERO, C. O., KEINERT, T. M. M. A evolução da análise organizacional no Brasil (1961-93). **Revista de Administração de Empresas**. V.34(3): 81-90. Mai/Jun. 1994.
- BODEN, D. **The business of talk: organizations on action**. Cambridge: Polity Press, 1994.
- BRAVEMAN, H. **Labor and monopoly capital**. . New York: Monthly Review Press, 1974.
- BUCKEY, W. **A sociologia e a moderna teoria dos sistemas**. São Paulo: Ed. Cultrix. 1970.
- BURNS, T., STALKER, G. M. **The management of innovation**. London: Tavistock, 1961.
- BURRELL, G., MORGAN, G. **Sociological paradigms and organizational analysis**. . London: Heinemann Educational Books, 1979.

- BURREL, G. Ciência normal, paradigmas, metáforas, discursos e genealogia da análise. In: CLEGG, S. R., HARDY, C., NORD, W. R. (org.). **Handbook de estudos organizacionais – Modelos de análise e novas questões em estudos organizacionais**. São Paulo: Editora Atlas, 1997.
- CALDAS, M. P. O direito de escolha: ensaio sobre a utopia, utilidade e a questão da diversidade em design organizacional. In CALDAS, M. P., WOOD JR., T. **Transformação e realidade organizacional- uma perspectiva brasileira**. São Paulo: Editora Atlas, 1999.
- CAMARGO JUNIOR, K. R. Biomedicina, Saber e Ciência: uma abordagem crítica. São Paulo: Hucitec, 2003.
- CAMPOS, A. M. Em busca de novos caminhos para a teoria de organização. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, V. 15, N. 1, p. 104-123, Jan.-Mar. 1981.
- CARAPINHEIRO, G. Saberes e Poderes no Hospital. Uma sociologia dos serviços hospitalares. Porto: Edições Afrontamento, 2ª. edição, 1993.
- CECÍLIO, L. C.O. Inventando a mudança no hospital: o projeto 'Em defesa da vida' na Santa Casa do Pará. In CECÍLIO, L. C.O. (org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.
- CECÍLIO, L.C.O. O desafio de qualificar o atendimento prestado pelos hospitais públicos. In MERHY, E.E., ONOCKO, R.(org). **Agir em saúde- um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.
- CECÍLIO, L. C. O. A modernização gerencial dos hospitais públicos: o difícil exercício da mudança. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v. 31,n. 3, p. 36-47, mai-jun, 1997.
- CECÍLIO, L.C.O. Modelos assistenciais: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Caderno de Saúde Pública**, 13(3): 469-478, 1997.
- CECÍLIO, L.C.O. Contribuições para uma teoria da mudança do setor público. In: Cecilio, L. C. O.(org.) **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec 1997.

- CECÍLIO, L.C.O. Mudar modelo de gestão para mudar hospitais: cadeia de apostas e engenharia de consensos. **Revista Espaço para a Saúde**, 1(2):.04-26, jun.2000.
- CECÍLIO, L. C. O. E MOREIRA, M. E.. Disputa de interesses, mecanismos de controle e conflitos: a trama do poder nas organizações de saúde. **Revista de Administração Pública**, 36(4): 587-608, jul-ago, 2002.
- CHANDLER, A. D. **Strategy and structure**. Cambridge: MIT: Press, 1962.
- CHANLAT, J.F.. Por uma antropologia da condição humana nas organizações. In CHANLAT, J., **O indivíduo na organização: dimensões esquecidas**. V. 1. 2ª edição, São Paulo: Editora Atlas, 1993.
- CHILD, J. Predicting and understanding organization structure. **Administrative Science Quartely**, v.18, n.12, p. 168-185, 1973.
- CLEGG, S. R. Modern organizations: organizational studies in the postmodern world. London: Sage Publications, 1990.
- CLEGG, S. R. O poder, a linguagem e ação nas organizações. In: CHANLAT, J. F.. **O indivíduo na organização: dimensões esquecidas**. V.1. 2ª edição, São Paulo: Editora Atlas, 1993.
- CLEGG, S. R., HARDY, C Introdução: Organização e Estudos organizacionais. In: CLEGG, S. R., HARDY, C., NORD, W. R.. **Handbook de estudos organizacionais**. Vol.1. São Paulo: Ed. Atlas, 1997.
- DAFT, R. L., Lewin, A. Y. Where are the theories for the “new” organizational forms? An editorial essay. **Organization Science**, v.4,n.4, p.I-vii, nov. 1993.
- DONALDSON, L. For positivist organization theory: proving the hard core. London: Sage, 1996.
- DONALDSON, L.. Contingency theory. In: PUGH, D. S. **History of management thought**. Aldershot: Dartmouth Press, 1995.
- DELLAGNELLO, E. H. L. **Novas formas organizacionais: ruptura com o modelo burocrático?** 2000 (Tese de Doutorado) –, Centro Tecnológico da Universidade Federal de Santa Catarina.

- DEZIN, N. K.; LINCONN, Y. S. Introduction: Entering the Field of Qualitative Research. In: DEZIN, N. K.; LINCONN, Y. S. **Handbook of Qualitative Research**. Califórnia: Sage Publications, p. 1-18, 1994.
- DIJKSTERHUIS, M. S.; VAN DEN BOSCH, F. A. J., VOLDERBA, H. W. Where do new organizational forms come from? Management logics as a source of coevolution. **Organization Science**, 10 (5): 569-582, 1999.
- DOLL, W., VONDEREMBSE, M. The evolution of manufacturing systems: towards the post-industrial enterprise. **Omega**, v.19, n.5, 1991.
- DONALDSON, L. Contingency Theory. v. 9. In Pugh, D. S. (ed.) **History of management thought**. Aldershot: Dartmouth Press, 1995.
- DONNANGELO, M.C. F. **Medicina e Sociedade**. São Paulo: Editora Pioneira, 1975.
- DRUCKER, P.F. The coming of the new organization. **Harvard Business Review**, Boston, v. 68, n. 6, p. 45-53, Jan/Feb. 1988.
- ETZIONI, A. **Organizações Modernas**. São Paulo: Pioneira Editora., 5<sup>a</sup>. edição, 1976.
- FOUCAULT, M. The history of sexuality: the will to knowledge. v.1, Londres: Penguin. 1981.
- FOX, D. M. Abraham Flexner's Unpublished Report: Foundations and Medical Education, 1909-1928. **Bulletin of history of medicine**, n. 54, p. 475-482, 1980.
- FRIEDHOFF, S. G. Intensive case management of high-risk patients in a family medicine residency setting. **Journal Am. Board Family Practice**, v. 12, n. 4, p. 264-269, 1999.
- GERGEN, K., THATCHERNKERY, T. J. Organization science as social construction: postmodern potentials. **Journal of Applied Behavioral Science**, v. 32, n. 4:356-377, 1996.
- GONÇALVES, E.L. Estrutura organizacional do hospital moderno. **Revista de Administração de Empresas**, v.38, n.1, p. 80-90, Jan-Mar. São Paulo, 1998.
- GONÇALVES, R. B. M. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec, 1994.



GRABOIS, V. A implantação das técnicas de organização e de gestão. In CASTELAR, R.M.; MORDELET, P.; GRABOIS, V. **Gestão Hospitalar - Um desafio para o Hospital Brasileiro**. Rio de Janeiro: ENSP Editora, 1993.

GUATTARI, F., ROLNIK, S. **Micropolítica: Cartografia do desejo**. 3<sup>a</sup>. edição, Petrópolis, Editora Vozes, 1993.

GUERREIRO RAMOS, A.. **A Nova ciência das organizações**. Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas, 1981.

GUERREIRO RAMOS, A. Modelos de homem e teoria administrativa. Rio de Janeiro. **Revista de Administração de Pública**, v.18 (2): 3-12, , abr-jun, 1984.

HABERMAS, J. **Consciência moral e agir comunicativo**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro Editora, 1989.

HANNAN, M. T., FREEMAN, J. The population ecology of organization. **American Journal of Sociology**, v. 83, p.929-964, 1977.

HANDY, C. **The age of unreason**. Boston: Harvard Business School Press, 1990.

HASSARD, J. Multiple Paradigms and Organizational Analysis: A Case Study. **Organization Studies**, 142: 275-299, 1991.

HASSARD, J. Postmodernism and organizational analysis: an overview. In: HASSARD, J., PARKER, M. **Postmodernism and organizations**. London: Sage Publications, 1993.

HEYDEBRAND, W.V. New organizational forms. **Work and occupations**, 16(3): 323-357.1989.

HEYSSE, R. M.; GAINNER, J. R.; KUES, I. W.; JONES, A. A.; LIPSTEIN, S. H. Decentralized management in a teaching hospital. **New England Journal of Medicine**, n. 310, v. 22, p. 1477-1480, 1984.

HUBER, G.P. The nature and design of post-industrial organizations. **Management Science**, V.30, n. 8, Aug. 1984.

- IANNI, O. A sociologia e o mundo moderno. **Tempo social: Revista de sociologia da USP**. 1(1): 7-27.
- IRIART, C., MEHRY, E. E., WAITZKIN, H. La atención gerenciada en América Latina. Transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 16, n. 1, p. 95-105, jan-mar, 2000.
- JACKSON, N., CARTER, P. In defense of paradigm incommensurability. **Organization Studies**, v. 12, n. 1. p. 109-127, 1991.
- JANTSCH, E. V. l'Interdisciplinarité et la Transdisciplinarité dans l'Enseignement et l'Innovation. In Vários autores, l'Interdisciplinarité. Paris: OCDE, 1972. apud ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, II (1/2), 1997.
- JORGE, A.O. A gestão hospitalar sob a perspectiva da micropolítica do trabalho vivo. 2002 (Tese de Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.
- KATZ, D., KAHN, R. L. **Psicologia Social das Organizações**. São Paulo, Editora Atlas, 1970.
- KEINERT, T. M. M. Os paradigmas da Administração Pública no Brasil (1900-92). **Revista de Administração de Empresas**. V. 34(3): 41-48. mai/jun. 1994.
- KERLINGER, F. N. Metodologia da pesquisa em ciências sociais: um tratamento conceitual. São Paulo: EPU, 1979.
- KETS DE VRIES, M. F. R., MILLER, D. **The neurotic organization**. San Francisco: Jossey-Bass, 1984.
- KETS DE VRIES, M. F. R. (ed) **Organizations on the couch: clinical perspectives on organizational behavior and change**. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1991.
- KUHN, T. S. **A estrutura das revoluções científicas**. Ed. Perspectiva. São Paulo. 1970.
- LATOUR, B. **We have never been modern**. Hemel Hempstead: Harvester Wheatsheaf, 1993.

- LAYDER, D. **Understanding social theory**. London: Sage. 1994.
- LAWRENCE, P. R., LORSCH, J. W. **Organization and environment**. Boston: Harvard University Press, 1967a.
- LAWRENCE, P. R., LORSCH, J. Differentiation and Integration in Complex Organizations. **Administrative Science Quarterly**, 12: 1-47, 1967b.
- LEATT, P., SHORTELL, S. M., KIMBERLY, J. R. Organization Design. In SHORTELL, S. M., KALUZNY, A. D. **Health Care Management: organization design and behavior**. New York, Delmar-Thompson Learning, 2000.
- LIKERT, R. **New patterns of management**. Toquio: Kogakusho Co, 1968.
- MACGREGOR, D. O Lado Humano da Empresa. In: BALCÃO, Y. F., CORDEIRO, L. L. **Comportamento humano na empresa**. Rio de Janeiro: FGV, 1967.
- MALIK, A M., VECINA NETO, G. **Desenhando um caminho alternativo para a gerência de serviços de saúde**. São Paulo, FSP-USP, 1990. (mimeografado)
- MARX, K. A Consciência Revolucionária da História. In **Marx-Engels**. FERNANDES, F.(org.). São Paulo: Editora Ática, 1983.
- MCKELVEY, B. Organizational systematics, taxonomy, evolution classification. Berkeley: U. of Califórnia Press, 1982.
- MCKENDRIK,D.G.;CARROL,G.C. On the Gênesis of Organizational Forms:evidence from the Market for Disk Arrays. **Organzation Science**,vol.12,n.6, Nov-Dec 2001, p. 661-682.
- MEHRY, E. E., CECÍLIO, L. C. O., NOGUEIRA, F. R. C. Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as Conferências de Saúde. **Revista Saúde em Debate**, n.33, p.83-89,1991.
- MEHRY, E. E. A saúde pública como política: um estudo de formuladores de políticas. Hucitec, 1992.

MEHRY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In . CECÍLIO, L. C.O. (org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In MERHY, E.E., ONOCKO, R. (org.) **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MEHRY, E. E. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo) in FLEURY, S. **Saúde e Democracia: A luta do CEBES**. São Paulo: Editora Lemos, 1997.

MEHRY, E. E., IRIART, C., WAITZKIN, H. Atenção gerenciada: Da micro-decisão corporativa à micro-decisão administrativa, um caminho igualmente privatizante? In: BURSMESTER, H. (org.) **Managed Care. Alternativas de gestão em Saúde**. PROHASA/Editora da Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, p.85-115, 1998.

MEHRY, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 4, n.2, p. 305-314, 1999.

MERHY, E.E. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. MERHY, E.E., ONOCKO, R. (org.) **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E.E. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In Fleury, S.(org.). **Saúde e Democracia: a luta do CEBES** São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

MERHY, E. E. E CECÍLIO, L.C.O. A integralidade como eixo da gestão hospitalar. In PINHEIRO, R. , MATTOS, R. A. **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS UERJ/ABRASCO, 2003.

- MEYER, J., ROWAN, B. Institutionalized organizations: formal structure as myth and ceremony. **American Journal of Sociology**. p. 340- 363. 1977.
- MILLER, D. The genesis of configuration. **Academy of Management Review**, 12(4): 686-701, 1987.
- MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec-ABRASCO, 1992.
- MINTZBERG, H. The structuring of organizations. A Synthesis of the Research. Englewood, N.J.: Prentice-Hall. Inc., 1979.
- MINTZBERG, H. Criando organizações eficazes, estruturas em cinco configurações. São Paulo: Editora Atlas, 1985.
- MINTZBERG, H., QUINN, J. B. **The Strategy Process: concepts and contexts**. New Jersey, Prentice-Hall, 1992.
- MORGAN, G. Creative organization theory: a resourcebook. Newbury Park: Sage, 1989.
- MORGAN, G. **Imagens da Organização**. São Paulo: Editora Atlas, 1995.
- MOTTA, P. R. **Gestão Contemporânea: A Ciência e arte de ser dirigente**. Editora Record, Rio de Janeiro. 1991.
- MOTTA, P. R. **Transformação organizacional**. A teoria e prática de inovar. Rio de Janeiro: Qualitymark Editora, 1997.
- MOURA, A.H., VASCONCELOS, C.M., PASCHE, D.F., BARROS, R.D.B., L'ABBATE, S. Análise do trabalho institucional nas equipes dos distritos sanitários e no Hospital Mário Gatti de Campinas. **Seminário Internacional De Pesquisa Franco-Brasileiro**. Paris: set 2002.
- NADLER, D.A., GERSTEIN, M. S., SHAW, R. B. **Arquitetura organizacional**. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1993.
- NEVIS, E.C.; DIBELLA, A. J.; GOULD, J.M. Understanding organizations as learning systems. **Sloan Management Review**, p. 73-85, Winter, 1995.

- NOGUEIRA, R.P. **Perspectivas da qualidade em saúde**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.
- NUNES, E. D. A questão da interdisciplinaridade no estudo das Saúde Coletiva. In: CANESQUI, A. M. (org). **Dilemas e Desafios das Ciencias Sociais na Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1995.
- ONOCKO, R., AMARAL, M. Cândido Ferreira: experimentando uma mudança institucional. In MERHY, E. E., ONOCKO, R.(org). **Agir em saúde - um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.
- PARKER, M. Post-modern organizations or postmodern organization theory? **Organization Studies**, v.13, n.1, p. 35-54, 1992.
- PARSONS, T. Suggestions for a sociological approach of the theory of organizations, I and II. **Administrative Science Quaterly**. 1(1/2): 63-85, 225-239, 1956.
- PASCHE, D. F.; CARVALHO, S. R. Disputas por modelos tecno-assistenciais no SUS: um debate atual. In: **Anais VI Congresso Paulista de Saúde Pública**. V.2. São Paulo: APSP, 2000.
- PATTON M. Q. **Qualitative Evaluation and Research Methods**. Thousants Oaks: Sage, 1990.
- PERROW, C. **Complex Organizations: A critical essay**. New York: Macgraw-Hill. 1986.
- PETERS, T. **Prosperando no caos**. São Paulo: Harbra, 1989.
- PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. São Paulo: Editora Martins Fontes, 3<sup>a</sup>. edição, 1998.
- PIZZA JR, W. Pontos críticos na ciência das organizações. **Revista de Administração Pública**, 24(3): 142-161, mai/jun, 1990.
- POPE, C. MAYS, N. **Qualitative Research in Health Care**. Londres: BMJ Pushing Group, 1996.
- PORTER, M. E. **Competitive Strategy**. New York: Free Press, 1980.

PRESTES MOTTA, F.C. **Organização e Poder: Empresa, Estado e Escola**. São Paulo: Editora Atlas, 1990.

PRESTES MOTTA, F.C. **Teoria Geral da Administração**. São Paulo: Editora Pioneira, 1991.

PRESTES MOTTA, F.C. Alteridade e organização: a associação contra a hierarquia. **Anais do XVI ANPAD**, V.6 (Organizações), Canela, RS, 1992.

PRESTES MOTTA, F.C. A associação contra a hierarquia. **Revista de Administracao de Empresas**, 34 (1): 20-28. jan/fev., 1994.

PRESTES MOTTA, F.C. **Teoria das organizações: evolução e crítica**. São Paulo: Editora Pioneira, 2ª Edição, 2001.

PRESTES MOTTA, F.C., VASCONCELOS, I. F. G. **Teoria Geral da Administração**. São Paulo: Thomson, 2002.

QUADRA, A. A. F. **Viver e resistir: a história natural da doença.**, Rio de Janeiro: Editora Achiamé, 1983.

REED, M., HUGHES, M. (orgs.). **Rethinking organizations: new directions in organizational theory and analysis**. London: Sage Publications, 1992.

REED, M. Introduction. In: REED, M., HUGUES, M. **Rethinking organization: new directions in organization theory and analysis**. London: Sage Publications, 1992.

REED, M. Teorização organizacional: um campo historicamente contestado. In Clegg, S. R., Hardy, C., Nord, W. R.. **Handbook de estudos organizacionais**, Vol.1. São Paulo: Editora Atlas, 1997.

RICE, A. K. **The enterprise and its environment**. London. Tavistock Publications. 1963.

ROLLO, A. A. OLIVEIRA, R. C. É possível construir novas práticas assistenciais no hospital público? In MERHY, E.E., ONOCKO, R.(org). **Agir em saúde- um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

- ROLLO, A. A.. Proposta para o Sistema de Gestão do Hospital Municipal Dr. Mário Gatti. Abril, 2001. (Mimeografado)
- ROTHCHILD, J., ALLEN, W. A. The cooperative workplace: Potentials and dilemmas of organizational democracy and participation. Cambridge: Cambridge University Press, 1989.
- RUBEN, G., SERVA, M., CASTRO, M. L. Resíduos e complementariedade: das relações entre a teoria da administração e a antropologia. **Revista de Administração Pública**. 30(3): 68-80. mai/jun, 1996.
- SCHERER, A.G. Pluralism and incommensurability in strategic management and organization theory: a problem in search of a solution. **Organization**. 5(2): 147-168. 1998.
- SCHIESARI, L. M. C. **Cenário da acreditação hospitalar no Brasil: evolução histórica e referências externas**. 1999 (Dissertação de mestrado). Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.
- SCHIESARI, L. M. C. **Resultados de iniciativas de qualidade em hospitais brasileiros**. 2004 (Tese de Doutorado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- SCHRAIBER, L. B. **Programação em saúde hoje**. São Paulo: Hucitec, 1990.
- SCOTT, R. Institutional analysis: variance and process theory approaches. In: Scott, W. R., Meyer, J. W. **Institutional Environments and Organizations**. Thousand Oaks, California: Sage. 1994.
- SELZNICK, P. **Leadership in Administration**. New York: Free Press, 1957.
- SERVA, M. A racionalidade substantiva demonstrada na prática administrativa. **Revista de Administração de Empresas**, v 37, n. 2, p. 18-30, 1997.
- SHORTELL, S. M., KALUZNY, A. D. **Health Care Management: organization design and behavior**. New York: Delmar-Thompson Learning, 2000.
- SIEVERS, B.. Além do sucedâneo da motivação. São Paulo. **Revista de Administração de Empresas**, 30 (1): 5-16, 1990, mar/jun. 1990.



SILVA JUNIOR, A. G. Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: O debate no campo da Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec, 1998.

SILVERMAN, D. **The theory organizations**. New York: Basic Book, 1971.

SIMON, H. **Comportamento administrativo**. Rio de Janeiro; Fundação Getúlio Vargas, 1970.

SINGH, J. V., LUMSDEN, C. J. Theory and research in organizational ecology. **Annual Review of Sociology**, n. 16, p. 161-195. Palo Alto, CA: Annual Review, 1990.

SOUZA CAMPOS, G. W. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992.

SOUZA CAMPOS, G. W. Análise crítica das contribuicoes da Saúde Coletiva à organização das práticas do SUS. In FLEURY, S. **Saúde e Sociedade. A luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

SOUZA CAMPOS, G. W. **A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada**. DMPS/FCM UNICAMP, 1997. (Mimeografado)

SOUZA CAMPOS, G. W. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p.863-870, out-dez, 1998.

SOUZA CAMPOS, G. W. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 4, n.2, p.393-403, 1999.

SOUZA CAMPOS, G. W. Um método para análise e co-gestão de coletivos. A constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

SOUZA CAMPOS, G. W. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003

STAKE, R. E. **The art of case study research**. Thousant Oaks, California: Sage, 1995.

TAYLOR, F.W. **Princípios da Administração Científica**. São Paulo: Editora Atlas, 1960.

TENORIO, F. G. **Flexibilização organizacional: mito ou realidade**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.

TESTA, M. **Pensar em Saúde**. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1992.

THOMPSON, P. Postmodernism: fatal distraction. In: Hassard, J.; Parker, M. **Postmodernism and organizations**. London: Sage Publications, 1993.

TRIST, G. W., HIGGINS, H. M. , POLLOCK, A. B. **Organizational Choice**. London: Tavistock publications. 1963.

TRIST, E. The Social Technical Perspective. In VAN DE VEN, A. E JOYCE, W. F. **Perspectives on Organizational Design and Behavior**. New York: John Wiley, 1981.

TSOUKAS, H. Postmodernism, reflexive rationalism and organizational studies. **Organization Studies**, v.13, n. 4, p. 643-650, 1992.

URIBE RIVERA, F.J. **Agir Comunicativo e Planejamento Social**. Uma crítica ao enfoque estratégico. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 1995.

VASCONCELOS, I. F. G. Notas de aula, FGV EAESP, 2003.

VOLBERDA, H. W. **Buiding the flexive firm: how to remain competitive**. New York: Oxford University Press, 1998.

VON BERTALANFFY, L. **Teoria Geral dos Sistemas**. Petrópolis. Ed. Vozes. 1973.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman. 2<sup>a</sup>. edição, 2003.

WARHLICH, B. M. S. **Uma análise das teorias de organizações**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1986.

WILMOTT, H. Breaking the Paradigm Mentality. **Organization Studies**. 14/5: 681-719. 1993.

WEBER, M. **Sociologia da Burocracia**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1966.

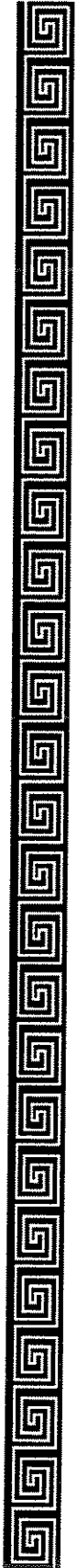
WEBER, M.. **Economia y sociedad**. v.1. México: Fondo de Cultura Econômico, 1969.

WEBER, M.. Economia e sociedade: fundamentos de sociologia compreensiva. Brasília: UNB, 1991.

WOOD JR., T. Frutas Maduras em um Supermercado de Idéias Mofadas. In: CLEGG, S. R., HARDY, C., NORD, W. R. **Handbook de estudos organizacionais**. Vol.1. Ed. Atlas. São Paulo. 1997.

WOOD JR., T. Novas configurações organizacionais - pesquisa exploratória empírica sobre organizações locais. Relatório Núcleo de Pesquisas e publicações, n. 37-2001. FGV-EAESP, 2001.

ZALENICK, A., KETS DE VRIES, M. F. R. **O Poder e a Mente Empresarial**. Editora Pioneira, São Paulo, 1975.



## *11 - ANEXOS*

**Roteiro de entrevista**

**1º Bloco: identificação do formulador**

Nome:

Idade:

Formação:

Vínculo com o Hospital: qual?

Vínculo com instituição de ensino: qual?

**2º Bloco: o modelo anterior**

Por que a mudança?

Houve leitura prévia da configuração/modelo adotado no Hospital anterior à mudança?

Sim          Não

Qual foi a leitura da situação anterior? Ou qual as principais características?

Quais os principais problemas identificados?

**3º Bloco: o modelo proposto**

Qual o principal motivo/razão para a proposição de um novo modelo de gestão e estrutura para o Hospital?

Qual ou quais as diretrizes que determinaram a construção do novo modelo?

Quais foram as principais mudanças propostas no modelo de gestão e na estrutura organizacional?

Quais foram as referências empíricas que influenciaram a construção do modelo proposto?

Quais foram as referências teóricas que influenciaram a construção do modelo proposto?

Quais são os principais conceitos que se buscou introduzir no novo modelo?

O modelo proposto é uma ruptura com o anterior? Em quais aspectos?

Como o modelo de assistência articula-se com o novo modelo de gestão

Qual modelo de assistência foi adotado?

Buscou-se convergência entre o modelo de assistência, o modelo de gestão e a estrutura organizacional?

#### **4º Bloco: o modelo implementado**

Quais os principais problemas enfrentados na implementação da nova configuração?

Quais as resistências ocorridas?

O Que foi que mudou e o que não mudou? Por que?

O que faltou na condução da mudança?

**Questionário para caracterização do Hospital (período: dois últimos anos)**

**1º Bloco: identificação do hospital**

Hospital: nome

Tempo de existência: anos

Figura jurídica: público/privado (lucrativo?); autarquia, fundação, adm. direta;

Tipo: geral ou especializado

Atividade de ensino: qual

Unidade isolada ou pertence a sistema de serviços de saúde

Tipo de usuário: especificar (Sistema Único de Saúde; UNIMED; Planos de saúde, etc, )

**2º Bloco: estrutura do hospital**

Número de: leitos, funcionários, consultórios e salas cirúrgicas.

**3º Bloco: serviços prestados (tipo)**

Internações; cirurgias; consultas; exames subsidiários.

**4º Bloco: estrutura organizacional formal**

Níveis hierárquicos; número e tipo de gerência;

**5º Bloco: produção hospitalar**

Internações; cirurgias; consultas/atendimentos ambulatoriais; exames subsidiários.

**6º Bloco: indicadores gerais**

Taxa de ocupação; média de permanência.

**7º Bloco: atividades de ensino**

Tipo de atividade e número de alunos/residentes/aperfeiçoandos envolvidos.

**8º Bloco: estrutura financeira**

Receitas e despesas.



### Questionário para caracterização da gestão hospitalar da configuração proposta

As questões seguintes devem ser respondidas segundo as orientações apresentadas. Os quadros abaixo apresentam algumas afirmações que apontam algumas características de organizações.

As afirmações são colocadas aos pares, uma na coluna da esquerda e outra na direita.

Leia com atenção cada uma das duplas de afirmações. Indique em que medida elas são **válidas para a nova configuração proposta para o seu hospital**.

Considere o seguinte exemplo:

|                                                                                        |           |                                                                                        |                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| Tendência de redução dos investimentos na capacitação (treinamento) dos trabalhadores. | 1 2 3 4 5 | Tendência de aumento dos investimentos na capacitação (treinamento) dos trabalhadores. | <i>(Espaço para comentários, exemplos, evidências e observações).</i> |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|

- marque 1 se você considera que o modelo proposto para sua organização apresenta **forte tendência** para redução dos investimentos na capacitação dos trabalhadores
- marque 2 se você considera que o modelo proposto para sua organização apresenta **tendência** para redução dos investimentos na capacitação dos trabalhadores
- marque 3 se você considera que o modelo proposto para sua organização **não aborda** esse aspecto
- marque 4 se você considera que o modelo proposto para sua organização apresenta **tendência** para o aumento dos investimentos na capacitação dos trabalhadores
- marque 5 se você considera que, o modelo proposto para sua organização apresenta **forte tendência** para o aumento dos investimentos na capacitação dos trabalhadores
- A coluna em branco pode ser utilizada para a realização de comentários, observações e/ou apresentação de exemplos e evidências.

|                                                                                                                       |           |                                                                                                                                  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Tendência para trabalho em grupo devido às tecnologias (assistencial ou não) tornarem-se cada vez mais especializadas | 1 2 3 4 5 | Tendência para trabalho baseado em especialistas devido às (tecnologias assistencial ou não) tornarem-se cada vez mais complexas |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

|                                                         |           |                                                                                                    |  |
|---------------------------------------------------------|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Tendência para trabalho em grupo nas áreas operacionais | 1 2 3 4 5 | Tendência para trabalho em grupo nas áreas operacionais e nas demais áreas, incluindo alta direção |  |
|---------------------------------------------------------|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

|                                                                                        |           |                                                                                                          |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Tendência para os trabalhadores realizarem tarefas simples, padronizadas e repetitivas | 1 2 3 4 5 | Tendência para os trabalhadores realizarem múltiplas tarefas, e exercerem suas possibilidades de criação |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

|                                                                                            |           |                                                                                                |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Tendência para separar a realização das tarefas do poder de decisão sobre como as realizar | 1 2 3 4 5 | Tendência para não separar a realização das tarefas do poder de decisão sobre como as realizar |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

|                                                                                                              |           |                                                                                                           |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Tendência para emprego de sistemas de avaliação/recompensa de desempenho baseado no indivíduo e/ou na função | 1 2 3 4 5 | Tendência para emprego de sistemas de avaliação/recompensa de desempenho baseado em resultados e no grupo |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

|                                                                                                                                          |           |                                                                                                                                                            |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Tendência para criação de unidades assistenciais ou não segundo especialização do conhecimento e/ou das habilidades (critério funcional) | 1 2 3 4 5 | Tendência para criação de unidades assistenciais ou não segundo tipo de cliente ou por local de atendimento ou por produtos/serviços (critério finalidade) |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

|                                                                                       |           |                                                                                         |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Tendência para a verticalização da estrutura, com maior número de níveis hierárquicos | 1 2 3 4 5 | Tendência para a horizontalização da estrutura, com menor número de níveis hierárquicos |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--|

|                                                                                                                                                           |           |                                                                                                                                                            |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Tendência para a redução da permeabilidade / comunicação entre as áreas e entre os níveis hierárquicos (sistemas de autoridade formal, fluxos regulados). | 1 2 3 4 5 | Tendência para o aumento da permeabilidade / comunicação entre as áreas e entre os níveis hierárquicos (comunicações informais, constelações de trabalho). |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

|                                                                                                   |           |                                                                                                                       |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Tendência a se utilizar a hierarquia como principal mecanismo de coordenação (unidade de comando) | 1 2 3 4 5 | Tendência a relativizar o papel da hierarquia e adoção de outros mecanismos de coordenação como estruturas matriciais |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

|                                                                                              |           |                                                                                                 |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Tendência para utilizar como mecanismo de coordenação padronização dos processos de trabalho | 1 2 3 4 5 | tendência para utilizar como mecanismo de coordenação ajuste mútuo e padronização de resultados |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

|                                                              |           |                                                                  |  |
|--------------------------------------------------------------|-----------|------------------------------------------------------------------|--|
| Tendência de centralização das decisões no nível operacional | 1 2 3 4 5 | Tendência de descentralização das decisões no topo da hierarquia |  |
|--------------------------------------------------------------|-----------|------------------------------------------------------------------|--|

|                                                                                               |           |                                                                                              |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Tendência para a redução da autonomia das unidades e dos trabalhadores das áreas operacionais | 1 2 3 4 5 | Tendência para aumento da autonomia das unidades e dos trabalhadores das áreas operacionais. |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------|--|

|                                                                   |           |                                                                  |  |
|-------------------------------------------------------------------|-----------|------------------------------------------------------------------|--|
| Tendência para a centralização das decisões no topo da hierarquia | 1 2 3 4 5 | Tendência para auto-organização dos trabalhadores e das unidades |  |
|-------------------------------------------------------------------|-----------|------------------------------------------------------------------|--|

|                                                                                         |           |                                                                                              |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Tendência para as decisões do processo de assistência ficarem com médicos e enfermeiras | 1 2 3 4 5 | Tendência para as decisões do processo de assistência ficarem com a equipe multiprofissional |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------|--|

|                                                                 |           |                                                                     |  |
|-----------------------------------------------------------------|-----------|---------------------------------------------------------------------|--|
| Tendência para a atenção estar focada na doença e no tratamento | 1 2 3 4 5 | Tendência para o cuidado estar focado no doente e no seu sofrimento |  |
|-----------------------------------------------------------------|-----------|---------------------------------------------------------------------|--|

|                                                                                                                                     |           |                                                                                     |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Tendência para estruturar a assistência considerando igualmente aspectos psicológicos, sociais e biológicos do processo de adoecer. | 1 2 3 4 5 | Tendência para estruturar a assistência focando-se nos aspectos orgânicos da doença |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------|--|

|                                                                                                  |           |                                                                             |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------------------------------------------------------------------------|--|
| Tendência para envolver o doente e a família nas decisões do cuidado (informação para a decisão) | 1 2 3 4 5 | Tendência para centrar o cuidado na qualidade percebida pelos profissionais |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------------------------------------------------------------------------|--|

|                                                                                       |           |                                                                                                     |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Tendência para a criação de unidades assistenciais segundo os processos assistenciais | 1 2 3 4 5 | Tendência para a criação de unidades assistenciais segundo a especialização do conhecimento técnico |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

|                                                             |           |                                                                |  |
|-------------------------------------------------------------|-----------|----------------------------------------------------------------|--|
| Tendência para focar o cuidado em cada unidade assistencial | 1 2 3 4 5 | Tendência para responsabilizar-se pela continuidade do cuidado |  |
|-------------------------------------------------------------|-----------|----------------------------------------------------------------|--|