

MÁRCIA APARECIDA DO AMARAL

O METODO APOIO COMO INSTRUMENTO DE MUDANÇA NO HOSPITAL  
PÚBLICO

CAMPINAS 2012





UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

O METODO APOIO COMO INSTRUMENTO DE MUDANÇA NO HOSPITAL PÚBLICO

*Ou como “ajudar a coletividade a criar as instituições cuja interiorização pelos indivíduos não limita, mas amplia a sua capacidade de se tornarem autônomos”. (Castoriadis)*

*MÁRCIA APARECIDA DO AMARAL*

Tese de Doutorado apresentada à Pós - graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva, área de concentração: Política, planejamento e gestão em saúde, sob a orientação do Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos.

Campinas, Fevereiro de 2012.

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR  
ROSANA EVANGELISTA PODEROSO – CRB5/6652  
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
UNICAMP

Am13m	<p>Amaral, Márcia Aparecida do, 1952 - O método apoio como instrumento de mudança no hospital público / Márcia Aparecida do Amaral. -- Campinas, SP : [s.n.], 2012.</p> <p>Orientador : Gestão Wagner de Sousa Campos. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.</p> <p>1. Gestão em Saúde. 2. Administração Hospitalar. 3. Autonomia Profissional. 4. Saúde Pública. I. Campos, Gestão Wagner de Sousa. I. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.</p>
-------	---

Informações para Biblioteca Digital

**Titulo em inglês:** The support method as a change instrument in the public hospital.

**Palavras-chave em inglês:**

Health Management

Hospital Administration

Professional Autonomy

Public Health

**Área de concentração:** Política, Planejamento e Gestão em Saúde

**Titulação:** Doutor em Saúde Coletiva

**Banca examinadora:**

Gestão Wagner de Sousa Campos [Orientador]

Dario Frederico Pasche

José Mauricio de Oliveira

Paulo Carrara de Castro

Carlos Alberto Gama Pinto

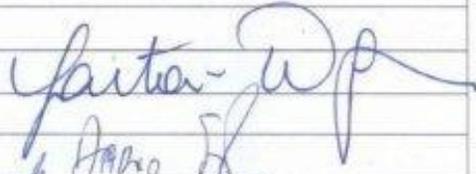
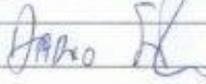
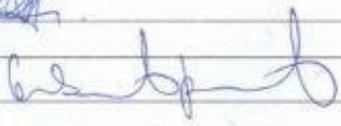
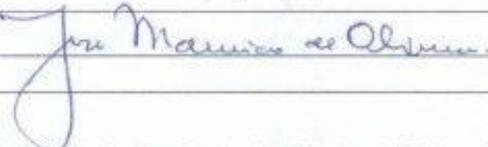
**Data da defesa:** 29-02-2012

**Programa de Pós-Graduação:** Saúde Coletiva

## Banca Examinadora de Tese de Doutorado

MARCIA APARECIDA DO AMARAL

Orientador(a): Prof(a). Dr(a). Gastão Wagner de Sousa Campos

<b>Membros:</b>	
Prof(a). Dr(a). Gastão Wagner de Sousa Campos	
Prof(a). Dr(a). Dario Frederico Pasche	
Prof(a). Dr(a). Paulo Carrara de Castro	
Prof(a). Dr(a). Carlos Alberto Gama Pinto	
Prof(a). Dr(a). José Mauricio de Oliveira	

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

Data: 29 DE FEVEREIRO de 2012



Dedico este trabalho ao Gastão, por ter me feito acreditar que era possível e por ser meu mestre;

À Carolina, filha amada e inspiração para a vida;

Ao Gilberto, companheiro de sonhos e desafios;

Aos meus amigos alunos, companheiros de trabalho e filhos afetivos pela oportunidade de aprender ensinando;

### Agradecimentos

Este trabalho não teria sido realizado sem a generosidade de muitas pessoas. Entre elas, aquelas que se dispuseram a abrir seus corações e revelar anseios e eventuais frustrações com a prática profissional nos hospitais.

Acredito que o destino da saúde dos usuários do SUS e a formação dos profissionais de saúde podem melhorar a partir de reflexões como as que estão aqui contidas;

E a todos com os quais pude trabalhar e aprender nestes anos de sanitarista.

*“Eu sustento que a única finalidade da ciência está em aliviar a cansaço da existência humana.”*

*Bertold Brecht em Vida de Galileu*



## RESUMO

### O Método Apoio como instrumento de mudança no hospital público

Este estudo foi realizado em dois hospitais públicos, cenário de mudanças no modelo de gestão hospitalar, com o objetivo de promover a descentralização do poder institucional, abrangendo a tomada de decisões, a organização do processo de trabalho e a autonomia administrativa. Os referenciais teórico-práticos utilizados para a reformulação institucional foram semelhantes, baseados nos conceitos de gestão compartilhada ou co - gestão e da gestão da clínica ampliada, no sentido de considerar como diretrizes da atenção à saúde o encontro dos saberes multiprofissionais, a continuidade do cuidado, na perspectiva de contribuir para a integralidade da atenção e as necessidades singulares dos sujeitos, buscando maior eficiência e efetividade dos processos assistenciais e de gestão. As duas experiências foram implementadas com a aplicação do Método de Apoio Institucional Paidéia, por meio da realização de um curso de Gestão Hospitalar para o corpo de dirigentes, cuja metodologia constou de oferta teórica dos temas da gestão compartilhada e da clínica do sujeito para a construção de uma nova prática e desenvolvimento institucional e dos sujeitos envolvidos. Nesta metodologia, os participantes do curso comprometeram-se com um projeto de intervenção na realidade hospitalar, a ser desenhado e implementado coletivamente, aplicando os conteúdos ofertados no curso e expandindo o espaço do processo ensino-aprendizagem para a realidade dos serviços. As atividades contaram com o suporte de técnicos apoiadores, os quais acompanharam as atividades de um grupo de participantes dos cursos, contribuíram para a articulação da teoria com a prática, desenvolvimento de diagnóstico compartilhado das Unidades de Produção do hospital e elaboração de um plano de intervenção com o objetivo de alcançar resultados e metas estabelecidas. Foram entrevistados 20 profissionais dos dois hospitais, dirigentes de diferentes profissões da saúde, pesquisando-se seus valores acerca das diretrizes do modelo de gestão, o grau de implementação das mesmas, os impactos sobre a assistência e a inserção do hospital no sistema de saúde. A análise da contribuição do Método de Apoio Institucional Paidéia, por meio do curso de Gestão Hospitalar para incremento do processo de mudança, assim como dos vários conteúdos teóricos e sua operacionalização em dispositivos e arranjos institucionais, como contrato de gestão, gestão colegiada e constituição das unidades de produção, mostrou que este Método de Apoio oferece vantagens para a maior eficácia da gestão da clínica, da compreensão do projeto institucional, da satisfação profissional e pessoal.



## ABSTRACT

### The Support Method as a change instrument in the public hospital

This study was conducted in two public hospitals, experienced changes in the hospital management model that aimed at decentralizing institutional power and included decision making, work process design and administrative autonomy. The theoretical and practical references for both institutional reformulations were based on the concepts of co-management and extended clinical management and took the combination of multiple-professionals knowledge and continuous care as the guidelines for health care, in order to meet individual subjects' needs and increase management process efficiency and effectiveness. Both experiences were implemented by applying the Paideia Institutional Support Method, as the management teams attended a course in Hospital Management, in which the methodology was based on theories of co-management and subject clinic with the goal of building a new practice and institutional development of the subjects involved. According to this methodology, management teams were assigned to a project of real hospital intervention, to be implemented collectively, by applying the course content and expanding the learning process to the reality of hospital services. The intervention projects had the support of technicians who followed the activities of the groups, contributed to articulate theory and practice, developed a shared diagnosis of the hospital Production Unit and developed an action plan to achieve the established goals. Twenty professionals, leaders of different health professions from both hospitals were interviewed in order to assess their beliefs about the management model, its implementation and the impacts on assistance and on the insertion of the hospital in the health care system. The analysis of the contributions of the Paideia Institutional Support Method in the context of the course in Hospital Management as a driver of change, as well as multiple theories in disposals and institutional arrangements such as management contract, collegiate management and production units' establishment showed that the model improves the clinical management effectiveness, the comprehension of the institutional project, and the satisfaction in both personal and professional levels.



## Sumário

<i>I. Introdução e justificativa: Considerações sobre a gestão dos Hospitais do SUS</i>	17
<i>II. Revisão da literatura e referenciais teóricos para a gestão</i>	
<i>Ila. Organização do trabalho e do cuidado em saúde: uma metodologia de cogestão</i>	31
<i>1- O desenvolvimento histórico e social das concepções de gestão e seu impacto na organização do trabalho em saúde.</i>	31
<i>2- Saberes e Poder nas organizações de saúde e seus reflexos na gestão - o trabalho médico e a incorporação tecnológica.</i>	38
<i>3- O modo hegemônico de se fazer gestão nos setores público e privado</i>	44
<i>4- Âmbito, finalidades e objeto da gestão em saúde: A gestão compartilhada (co-gestão) e a co-produção de sujeitos autônomos. As relações entre gestão e atenção à saúde.</i>	46
<i>5- Arranjos e dispositivos para a gestão compartilhada ou co-gestão</i>	50
<i>Ilb. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital</i>	73
<i>III. Definição dos Objetivos</i>	97
<i>IV. Metodologia</i>	
<i>IVa. Referenciais teóricos para a metodologia de pesquisa</i>	98
<i>IVb. A modelagem dos Cursos de Gestão Hospitalar enquanto elemento da pesquisa- intervenção</i>	100
<i>IVc. O trabalho de campo e a análise do material</i>	105

<i>V. Resultados</i>	
<i>Va. Caracterização dos hospitais sob análise</i>	108
<i>Vb. O contexto do Curso de Gestão Hospitalar</i>	116
<i>Vc. O discurso dos sujeitos implicados no processo de mudança da gestão. Análise das entrevistas</i>	120
<i>Análise das entrevistas do Hospital de Urgências de Sergipe</i>	121
<i>Análise das entrevistas do Hospital de Clínicas da Unicamp</i>	161
<i>VI . Considerações finais</i>	203
<i>VII. Referências Bibliográficas</i>	215
<i>VII . Anexos</i>	223



## LISTA DE ABREVIATURAS

DRS – Departamento Regional de Saúde

FCM – Faculdade de Ciências Médicas

FHS – Fundação Hospitalar de Saúde

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

HC – Hospital de Clínicas

OPAS- Organização Panamericana da Saúde

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SUS – Sistema Único de Saúde

UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas

UP – Unidade de Produção ou Produtiva

HUSE – Hospital de Urgências de Sergipe

SES – Secretaria de Estado da Saúde

UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

## I - INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA: CONSIDERAÇÕES SOBRE A GESTÃO DOS HOSPITAIS DO SUS

Este projeto de investigação está inserido nos trabalhos teórico-práticos que vem sendo desenvolvidos por um conjunto de pesquisadores ligados à linha de pesquisa Planejamento, Gestão e Subjetividade do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Vimos formulando e praticando conceitos, dispositivos e arranjos institucionais nos espaços de formação e educação que a Unicamp mantém para o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde, tais como os cursos de graduação, de especialização e pós-graduação, além de trabalhos de consultoria junto aos gestores do SUS, nos âmbitos federal, estadual e municipal.

Não é nova a discussão acerca do modelo de gestão vigente na rede hospitalar vinculada ao SUS, sobretudo nos hospitais públicos, uma vez que estas organizações transitaram pela construção do sistema com poucas modificações substantivas até o final dos anos 90. Várias tentativas de mudança ocorreram nos últimos 10 anos, sem que houvesse a institucionalização de um novo tipo de organização que refletisse em seus princípios e em sua prática o SUS almejado pelos atores implicados em sua construção. Qualquer diagnóstico da situação destes equipamentos de saúde, ainda que apresente diferentes focos e olhares, não será totalmente surpreendente.

Para referenciar a análise de um processo de mudança na gestão hospitalar no setor público brasileiro, utilizei um levantamento de situação sistematizado no ano de 2006, por solicitação do Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão para o seminário “Concepção e

Elaboração de Modelo de Gestão de Hospitais Federais”. Com esta finalidade coordenei o levantamento de situação da gestão dos hospitais especializados Instituto Nacional de Câncer, Instituto Nacional de Traumatologia – Ortopedia e Instituto Nacional de Cardiologia Laranjeiras, assim como dos hospitais gerais do Grupo Hospitalar Conceição, Hospital Geral de Bonsucesso, Hospital dos Servidores do Estado, Hospital da Lagoa, Hospital de Jacarepaguá, Hospital de Ipanema e Hospital do Andaraí. Apesar das especificidades dos hospitais, esse levantamento demonstrou um conjunto de características que se repetem no modo de fazer a gestão de serviços hospitalares públicos. As informações foram prestadas pelos dirigentes dos hospitais, sendo que no caso dos 06 últimos da lista, as informações ficaram sob a responsabilidade dos dirigentes do Ministério da Saúde que atuavam na coordenação deste conjunto de serviços. Foi utilizado um roteiro semi-estruturado para a coleta das informações, contendo variáveis relacionadas à gestão e a assistência hospitalar, como dispositivo de reflexão da prática atual e a busca de novos caminhos. (Anexo I)

A síntese que intitulamos “O hospital público brasileiro e sua gestão – Um olhar implicado com a defesa do SUS: estudo elaborado em hospitais públicos” apontou para questões que consideramos constituintes do modelo de gestão hospitalar hegemônico no país e que encontra respaldo em outros estudos.

Em 1993, por meio de uma cooperação entre o Brasil e a França realizou-se no Rio de Janeiro um seminário sobre gestão hospitalar, onde foram apontadas várias causas para explicar por que a rede hospitalar não vinha (e ainda não vem) respondendo adequadamente às necessidades e demandas de saúde da população brasileira. Entre elas: a ausência de planejamento para instalação da rede de serviços de saúde nas três esferas de governo; a

multiplicidade e desarticulação das instituições mantenedoras, gerando superposição de oferta e pulverização de tecnologias; incorporação tecnológica caótica; política de pessoal que não valoriza o desempenho e o envolvimento com o projeto; lentidão administrativa; não profissionalização dos gestores alçados à direção mais por motivos políticos do que por competência profissional; financiamento insuficiente, entre outros. (Castelar, 1993)<sup>1</sup>A explicação desta realidade não pode ser atribuída apenas a uma eventual incompetência ou irresponsabilidade dos gestores do SUS ou dos dirigentes dos hospitais, uma vez que no Brasil convivemos com dois grandes problemas de natureza institucional: o modelo de organização da atenção a saúde e o anacronismo dos instrumentos existentes para se fazer a gestão do sistema e dos serviços.

Abrahão em sua tese de doutorado acerca da autogestão num hospital público aponta que apesar do desenvolvimento do SUS, o hospital conserva o seu lugar de predomínio sobre as ações de saúde, mantendo a reprodução de uma gestão pouco democrática e a repetição de práticas de trabalho cristalizadas que pouco possibilitam a produção de sujeitos capazes de transformar o modo de gerenciar e fazer saúde. O hospital é um estabelecimento onde ocorre a concentração das principais práticas de saúde presentes neste campo, além de ser um espaço de corporificação da experiência humana de viver a doença.” (2008a)

O levantamento inicial realizado no ano de 2006 teve a finalidade de subsidiar o debate sobre um novo modo de gestão e uma nova figura jurídica para os hospitais e institutos vinculados ao Ministério da Saúde. Naquele contexto havia a decisão dos órgãos de controle externo

---

<sup>1</sup> Este seminário visava a troca de experiências entre Brasil e França sobre os contratos de gestão para a rede hospitalar francesa.

para que os hospitais deixassem de contratar pessoal por meio das fundações de apoio, entre outras questões e era necessário encontrar-se uma resposta com capacidade de apontar soluções para a sustentabilidade das instituições. Os 10 hospitais e institutos estavam em diferentes estágios de desenvolvimento da gestão, alguns em meio a processos de mudanças bastante substantivas, sendo que o aprofundamento dos temas ocorreu de modo heterogêneo, o que será comentado a seguir, não com a intenção de realizar comparações entre eles, uma vez que o interesse era apreender a regularidade, a característica geral, o que faz sentido para configurar o modelo de gestão hegemônico no hospital público brasileiro. Para se realizar diagnóstico de uma dada situação institucional, Carlos Matus propõe a necessidade de identificar o ator que explica a realidade, de modo a reconhecer que tal explicação é uma forma específica de compreendê-la em relação aos propósitos deste ator e à sua situação na realidade. É a partir do lugar que se toma como centro da observação que o diagnóstico é construído, isto é, a explicação da realidade é elaborada por uma força social, em função de sua ação e sua interação com outras forças sociais. Ela se refere ao ator da explicação, seus oponentes e aliados, suas ações, as ações de seus oponentes e aliados, assim como à realidade construída no processo social (1993a). Com isto quero reforçar que não existe um só olhar sobre os hospitais, mas olhares interessados e implicados. E minhas implicações ao elaborar o levantamento de situação destes hospitais estão vinculadas a corrente teórica apresentada na revisão bibliográfica, com a clínica e a gestão compartilhadas e com um perfil hospitalar definido dialeticamente entre “o fora e o dentro” da região e da rede de ações e serviços do sistema único de saúde.

O mesmo instrumento de levantamento da situação foi aplicado ao Hospital de Clínicas da Unicamp e ao Hospital de Urgências de Sergipe – HUSE e analisado no capítulo da metodologia de pesquisa, a título de demonstrar que, apesar da natureza diversificada dos hospitais, sendo um fortemente vinculado ao ensino e o outro um hospital de urgências submetido às condições da rotina de regulação do sistema de saúde, ambos estão conformados segundo características semelhantes e convivem com problemas também semelhantes.

Em geral no setor público, os hospitais constituem-se em figuras jurídicas vinculadas à administração direta ou indireta autárquica. A análise das informações dos hospitais federais confirmou o formato jurídico de entidade pública da administração direta com e sem fundação de apoio de direito privado como predominante, existindo pensamento crítico para a mudança, impulsionado, sobretudo, pela dificuldade de realizar gestão do trabalho em saúde.

Este debate nunca foi aprofundado no Brasil, trazendo no seu bojo uma luta ideológica entre público e privado, como se os meios de produção ao não serem geridos por um órgão da administração direta passassem para a esfera de regulação estrita do mercado e por outro lado, uma visão simplificada que bastaria repassar a gestão ao campo privado e os problemas de eficácia e eficiência estariam resolvidos. A opção por novos meios de gestão da administração indireta tem sido feita por gestores de todos os matizes ideológicos, estabelecendo um debate das relações entre o setor público e privado, sem apego à realidade cotidiana do sistema de saúde, mas, estimulado pela disputa política entre correntes neoliberais e seus opositores desenvolvimentistas ou de esquerda. Segundo Lenir Santos, “... a Reforma Bresseriana dos anos 90 visou muito mais levar para o Terceiro Setor, sob

regulação estatal, a realização de serviços públicos, ao invés de introduzir modernos processos de gestão no interior da administração pública, eivada de problemas já identificáveis, como excesso de controles, ineficiência, limitados resultados e, ainda, inadequada gestão de recursos humanos, baixos salários, amarras burocráticas desqualificadas, não capacitação de servidores e fraco engajamento com a qualidade dos serviços executados.” (2007a)

Alinhado com a busca de uma alternativa jurídica para os hospitais vinculados ao Ministério da Saúde encontra-se o estudo realizado por Lenir Santos, inicialmente junto ao Grupo Hospitalar Conceição, na concepção de fundação pública de direito privado o “qual continha inovações em relação ao orçamento público das fundações. Introduziu-se, no projeto proposto a figura do contrato estatal de serviço, a ser firmado entre a fundação e o órgão público supervisor.” (2009) A perspectiva da fundação pública de direito privado seria colocar uma alternativa à situação onde, para minimizar as insuficiências da estrutura jurídico-formal, sobretudo no que tange à política de pessoal, os hospitais lançaram mão de fundações privadas para apoiar a gestão, as quais se converteram em instrumentos paliativos frente aos problemas estruturais daqueles hospitais, contribuindo para a geração de novas dificuldades no campo da gestão. Esta análise é compartilhada com a autora, para quem “Isso tudo levou a administração pública a buscar mecanismos paralelos ao Estado para se safar da imobilidade burocrática, dos baixos salários e da retração de ingresso de servidor no serviço público. Na maioria das vezes, infelizmente, somente as entidades e órgãos públicos que atuaram com entidades paralelas conseguiram manter qualidade nesses serviços. Foi a era das fundações de apoio, das cooperativas de trabalhadores, das terceirizações ilegais etc.; o

próprio Tribunal de Contas da União, no recente Acórdão 1193/2006-Plenário reconheceu que o imobilismo e as amarras da administração pública *empurraram* o gestor público para aliar-se a mecanismos externos ao Estado para viabilizar-se.”(2007b)

Na organização da direção pode-se identificar também a busca por novas alternativas, como a gestão colegiada, ainda que com formatos diversos: com a participação de representantes da sociedade civil, caráter mais executivo – gerencial, como os conselhos de administração e das unidades assistenciais, com a participação de membros da alta direção, com representação das unidades produtivas e em alguns serviços, colegiados de equipes de unidade de produção do hospital. O novo convivía com o hegemônico, a incorporação da participação dos funcionários não dirigentes era restrita, reduzindo o potencial de co-gestão ou gestão compartilhada contido no arranjo gestão colegiada. A organização das unidades de produção do hospital estava acontecendo em alguns locais, com grande variação, uma vez que eram iniciativas dos dirigentes locais e menos uma diretriz política institucional. Daí existirem formatos baseados em sub - especialidades médicas ou até patologias, apesar do esforço institucional para dar maior racionalidade à estrutura, a atribuição de responsabilidade pela atenção integral fica dificultada, ainda que sejam serviços especializados. Outra característica da gestão dos hospitais públicos é que os poderes sociais formalizados nos códigos das profissões e a associação profissional valem muito. As relações de pertencimento (maior identidade) construídas costumam ser mais fortes com a própria profissão do que com a organização e o cargo ocupado, o que modula o modo de funcionamento e constrói sentido. A organização formal do trabalho nos serviços de saúde atende às referências neotayloristas da teoria da administração, uma grande divisão do trabalho entre as profissões e dentro delas,

faz com que a finalidade do trabalho e o alcance dos resultados não sejam percebidos por muitos daqueles que operam e vivem as instituições, acrescido do problema de que o controle visa o processo e quase nada o resultado, lembrando a iniquidade existente no controle das profissões. (ENAP, 1993) Geralmente, administram-se pessoas como se fossem instrumentos, coisas ou recursos destituídos de vontade ou de projeto próprio. Este fato leva a que ocorra alienação dos profissionais de saúde, pela separação concreta e cotidiana dos produtores da gestão dos meios de produção e dos resultados de seu próprio trabalho. (Campos, 2000a)

Em relação ao levantamento da situação dos hospitais em tela, as maiores limitações para o desempenho institucional estavam relacionadas à gestão de pessoas, pois não havia plano de carreira e salários, várias profissões estavam com seus vencimentos defasados em relação ao mercado da atenção hospitalar e não existiam mecanismos adequados para valorizar o desempenho e a qualidade do trabalho das equipes, exceto por meio da fundação de apoio. De um modo geral, as estruturas organizacionais destes hospitais eram baseadas no comando pelas profissões, com um movimento para a montagem de equipes e constituição de colegiados para a discussão de problemas e tomada de decisões. As instituições hospitalares que contavam com fundação de direito privado, haviam desenvolvido um alto grau de dependência destas para contratação de profissionais, complementação de vencimentos ou valorização do desempenho, o que desencadeou demandas dos órgãos de controle externo. Este panorama guardava coerência com o diagnóstico realizado pelo Ministério da Saúde em 2004, segundo o qual “a rede hospitalar caracteriza-se pela existência de inúmeros estabelecimentos de saúde que estão longe de atender essas características, ou seja, de

constituírem espaços verdadeiros para a atenção hospitalar resolutiva, adequada e otimizada.“ A gestão de pessoal é um ponto nevrálgico no desempenho da rede hospitalar pública no país, considerando-se que a força de trabalho é estratégica na produção de serviços de saúde. A percentagem de profissionais contratados pelas fundações de apoio ou terceirizados chegava a 50% do total em mais de um local.

Havia nos hospitais iniciativas de reformulação do modo de organizar os serviços, mas a forma predominante encontrada foi a baseada nas especialidades médicas, com baixa governabilidade das direções para instituir mudanças, poder de decisão sobre o uso dos leitos atribuído às chefias médicas, pouca prática de trabalho em equipe, com segmentação do cuidado entre as várias profissões. Por outro lado, estavam em desenvolvimento em alguns serviços o cuidado em equipe multiprofissional e investimento na informação e educação do paciente. O objeto de trabalho da clínica, segundo as informações oriundas dos questionários, estava centrado no enfoque biomédico, o qual se ocupa da doença, do corpo doente, e como consequência desta clínica restrita, os métodos terapêuticos utilizados tendem a ser restritos, com prejuízo da eficácia e eficiência da clínica. O não reconhecimento prático das dimensões psíquica e social na co-produção do processo saúde – doença torna o hospital um local onde o sujeito – usuário – é abordado como objeto ou nas palavras de Carapinheiro: “ espera-se que o doente seja o recipiente passivo dos cuidados médicos, objeto de procedimentos legitimados em virtude dos critérios universais da ciência médica. Ao nível da manutenção de uma continuidade desejável das relações terapêuticas entre o doente e o pessoal hospitalar, as interações são frequentemente episódicas e desenvolvem-se no contexto dos procedimentos necessários.” (1998a)

O vínculo e a responsabilização entre equipes e pacientes aparecia como dificultoso e frágil em alguns hospitais na medida em que havia uma significativa verticalização das jornadas de trabalho (principalmente do cuidado médico) e porque os trabalhadores, ainda que cuidando de um mesmo indivíduo, não se articulavam e não se constituíam enquanto equipe de trabalho. Os profissionais com atribuição de realizar a coordenação assistencial, algumas vezes, agiam mais como membro da corporação de origem do que como gestores da instituição, sendo comum um vácuo de coordenação dos processos de trabalho e de responsabilização pelo todo, acarretando maior centralização na gestão e tomada de decisão. De modo geral as unidades de produção assistenciais foram definidas numa perspectiva de unidades realizadoras de procedimentos específicos e não com base em linhas de produção do cuidado. O mais comum é existir mais de uma unidade produtiva envolvida no processo do cuidado de um paciente, portanto é preciso tornar claras as responsabilidades assistenciais e administrativas destas unidades/setores, e ao mesmo tempo, articulá-las. Como as gerências não respondem por todos os aspectos envolvidos na produção e na continuidade do cuidado, a responsabilidade fica diluída e há perda de eficácia na atenção. Os gerentes não são responsáveis por organizar todo o processo produtivo das suas unidades assistenciais, pois não tem o comando para a gestão da força de trabalho e recursos das suas unidades.

Uma das questões fundamentais e críticas na assistência hospitalar brasileira é o grande grau de autonomia que os hospitais possuem para definir seus objetivos assistenciais, dimensionando a produção de serviços com base na expertise interna e nos interesses da corporação médica. Desta maneira, coexistem dentro dos hospitais gerais realização de atividades nas especialidades básicas e serviços de alta complexidade e elevada

concentração de tecnologia, tais como os transplantes. Um dos dados relevantes foi a necessidade de se ampliar a autonomia administrativa e financeira dos hospitais, com a restrição da autonomia para definir seu perfil assistencial. Este é um dos paradoxos com que a gestão em saúde terá de conviver, sendo que o outro é a compatibilização de normas técnicas, protocolos, responsabilidade sanitária e uma gestão que estimule a criatividade e a alocação do objeto de investimento dos profissionais de saúde. (Campos e Amaral, 2007)

Sabemos que é essencial a participação dos gestores do SUS nas esferas municipal, estadual e federal neste processo, com a finalidade de realizar-se uma gestão do sistema de saúde baseada na complementaridade entre os serviços e na constituição de redes de ações e serviços de saúde. Neste caso a situação não era diferente, ainda que públicos e submetidos à normatização do SUS, era grande a autonomia para definição dos objetivos assistenciais, até pelo baixo investimento nesta participação dos gestores. Os mecanismos de responsabilização destes pela efetivação das políticas ainda são frágeis no âmbito do SUS, assim como o processo de acompanhamento dos contratos junto aos hospitais. Apesar desta fragilidade contratual, a importância sistêmica dos serviços era bastante grande, tanto no âmbito municipal como estadual para os hospitais e nacional para os institutos. Morgan aponta que existem instituições que tem dificuldade de lidar com o mundo exterior, tentando sobreviver contra “os caprichos” deste, configurando-se o que chama de organizações egocêntricas. (1996a) Estas instituições ficam excessivamente preocupadas com a sua importância, tentando sustentar identidades pouco realistas. Alguns hospitais públicos enquadram-se nesta categoria.

Os movimentos de mudança estavam acontecendo, com investimento na ampliação da participação dos gestores, trabalhadores e representantes do controle social na definição dos objetivos assistenciais do hospital. Este é um processo que também depende do interesse dos gestores do SUS que nem sempre demonstravam vontade política em estabelecer compromissos por meio de contratação de metas e resultados. Existe ainda pouca capacidade de monitoramento, controle e avaliação por parte dos gestores. É incipiente a relação entre os entes federados e destes com seus parceiros no sentido de instituir um processo de gestão fundamentado em contratação de resultados e sua conseqüente co-responsabilização.

Compartilhamos da idéia que o planejamento pode ser desenvolvido com mais de um objetivo, da formulação de política até a construção de grupalidade e de compromissos entre os componentes de uma equipe de trabalho. Nos relatos parciais efetuados, os serviços especializados e com missão melhor definida dentro do sistema apresentavam sistemáticas de planejamento mais aprimoradas, com o uso de vários arranjos e dispositivos organizacionais, ocorrência de discussões nos vários espaços institucionais de decisão, debate sobre as políticas e construção de consenso, sendo que os projetos construídos com o envolvimento dos funcionários eram contemplados em ciclos anuais dentro do sistema de planejamento, ampliando a participação e a transparência. Apenas uma das unidades hospitalares realizava anualmente um plano operativo pactuado com o gestor do SUS cujas metas assistenciais, de gestão e ensino eram monitoradas, com pouca repercussão quando estas metas não eram atingidas. O processo de elaboração do orçamento e alocação de recursos nas unidades produtivas obedecia a mais de uma sistemática, culminando com a

inclusão no Plano Plurianual (PPA) do governo federal. O processo interno de definição de metas e da alocação de recursos não se dava por meio de planejamento ascendente e participativo, e a proposta orçamentária final dependia mais da execução do ano anterior e da capacidade de negociação junto ao Ministério da Saúde. Em relação à gestão de custos os hospitais estavam em estágios diferenciados. A redução de custos não aparece enquanto diretriz institucional, característica dos serviços públicos da administração direta.

A profissionalização da gestão apareceu como fator estratégico de sucesso na gestão hospitalar, inclusive com o reconhecimento que a competência específica na área da saúde não era suficiente para o alcance de bons resultados, valorizando-se a realização de cursos de especialização e aperfeiçoamento das atividades gerenciais. Em relação às tecnologias de gestão, foi observado o uso da Acreditação Hospitalar, a gestão da Qualidade, com programas de melhoria contínua dos processos de trabalho e sistemática de avaliação dos Centros de Responsabilidade (Balanced Scorecard) utilizando indicadores para diversas dimensões da gestão hospitalar. A opção por metodologias que interferem nos modelos de atenção e de gestão pela normatização das práticas e instrumentos de aumento da eficiência remete à discussão de que talvez a condução da política hospitalar esteja amparada no entendimento de que estas são as principais finalidades da gestão, menos dirigidos para dos sujeitos da prática, o que em nada desmerece as iniciativas dos dirigentes hospitalares, ao contrário, demonstra um grande esforço em qualificar a prática institucional e responder ao compromisso social.

Vários serviços desenvolveram sistemas e aplicativos informatizados para a área da saúde, disponíveis para intercâmbio de experiências dentro do SUS, incluindo-se o sistema de gestão hospitalar com informação on-line dos almoxarifados e das atividades das áreas assistenciais. Pouco foi relatado sobre a organização dos processos de inovação tecnológica em bancos de experiências para promover a troca entre instituições hospitalares ou de pesquisa. Havia intercâmbio rotineiro de alguns hospitais com instituições estaduais, municipais e entre os próprios hospitais federais para cooperação técnica que incluía a transferência de tecnologia assistencial, formação de pessoal para a gestão e outros.

Naquele momento, os hospitais viviam a agudização da crise crônica na área de pessoal e havia grande motivação para buscar um novo formato jurídico, que mantivesse o caráter público das instituições com flexibilidade dos mecanismos burocráticos e administrativos. O desdobramento das discussões apontou para uma organização moderna em relação à gestão do trabalho e que ampliasse a autonomia de gestão e restringisse a autonomia de definir seu perfil assistencial e o objeto de seu trabalho. Este processo continua até os dias de hoje, e a partir dele uma mais profunda reforma da política hospitalar no Brasil poderá ter seus rumos definidos.

## II - REVISÃO DA LITERATURA E REFERENCIAIS TEÓRICOS PARA A GESTÃO:

### O estado da arte da gestão hospitalar no Brasil

Utilizaremos neste tópico conteúdos expostos em textos produzidos em co-autoria com o orientador, Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos.

#### II. a - Organização do trabalho e do cuidado em saúde: uma metodologia de co-gestão

1- O desenvolvimento histórico e social das concepções de gestão e seu impacto na organização do trabalho em saúde.

As concepções sobre gestão das organizações de saúde sofrem influências decorrentes tanto do caráter específico da área – particularmente da clínica –, quanto das diversas correntes da administração. Diferente de outros campos de produção de serviços, o trabalho em saúde e em educação depende fundamentalmente do recurso humano – por isto, a incorporação de tecnologias, a automatização e informatização não têm atenuado a importância do desempenho pessoal e das equipes. Provavelmente, este fenômeno decorra do fato de que durante o exercício da clínica, o profissional desfruta de importante grau de autonomia. Essa dificuldade em padronizar e regular a medicina e a clínica em geral tem funcionado como um pesadelo para a cultura gerencial hegemônica. Ao longo do tempo, modelos de gestão, centrados no controle do trabalho, têm sido buscados na herança weberiana e na tradição taylorista, tanto no setor público como no privado.

Para a Teoria Clássica da Administração (ou Administração Científica), as organizações, uma vez submetidas a um processo racional de planejamento, organização, direção, coordenação e controle, poderiam funcionar como uma máquina, com a devida articulação entre as suas

peças (Morgan, 1996b).

Diferentes escolas e autores têm procurado enfrentar a acentuada divisão de trabalho, a especialização que segmenta as diferentes etapas do processo produtivo, com comprometimento da precisão e da produtividade, valendo-se da tradição administrativa que compreende os trabalhadores como peças de uma máquina, para o que deveriam ser despojados de seus interesses, desejos e projetos próprios durante a execução cotidiana do trabalho. (Campos, 1998) A motivação dos trabalhadores se daria, segundo estas concepções, por meio do estímulo financeiro, considerando-se os indivíduos movidos pelo interesse monetário, o *homo economicus*. (Motta, 1987a)

Na atualidade, no setor privado, a valorização da produtividade (remuneração mediante padrões de produção, geralmente com base em procedimentos) é prática comum; na área pública, as características mais marcantes da organização do trabalho são o baixo controle sobre o trabalho e sua excessiva divisão em tarefas fragmentadas. Além disto, em geral, adota-se a perspectiva fayolista de que o planejamento é tarefa dos níveis superiores da organização, havendo separação entre planejamento e sua execução. No entanto, apesar de reunir características tayloristas, como a excessiva centralização das decisões e multiplicidade de níveis gerenciais e de controle, a gestão pública em saúde raramente se vale de pagamento por produtividade, o que, entre outros fatores, tem redundado, de um modo geral, em uma baixa eficiência dos serviços.

A política de pessoal para o SUS é muito restrita, sequer adotou-se diretrizes nacionais sobre gestão de pessoal. No Brasil hoje, observa-se um padrão de gestão que não favorece o

trabalho em equipe, e ainda não se desenvolveu uma cultura de avaliação do desempenho, as poucas experiências existentes quase sempre são restritas à produtividade de ações e serviços. Estudos realizados pelo Observatório de Recursos Humanos, vinculado ao Ministério da Saúde e a OPAS apontam que as categorias "*otimização da alocação e da utilização da força de trabalho*", ainda que raramente utilizadas no campo da gestão pública de pessoas, apesar de fundamentais não são suficientes para lidar com a complexidade do desafio de fazer tal tipo de gestão. O conceito de "recursos humanos" ainda é dominante na elaboração de metodologias de gestão em saúde, sugerindo uma concepção que reduz pessoas a um recurso supostamente administrável conforme a racionalidade dos projetos administrativos. O referido Observatório aponta ainda que não está consolidada entre os dirigentes da saúde a tarefa política de reconhecer a centralidade do "fator humano" na gestão em saúde. Ainda não se opera com a perspectiva de que as organizações de saúde necessitam de gente que cuida de gente, pessoas que trabalham para viver, que têm seus próprios objetivos, que se comunicam para resistir contra normas, para superar problemas e que anseiam por proporcionar e desfrutar melhor qualidade de vida. Encontraram em seus levantamentos que estas dimensões têm sido desconsideradas pela maioria dos gestores e gerentes no campo da saúde. Donde se deduz que no imaginário desses gestores/gerentes, os trabalhadores de saúde ainda são os "recursos" que "devem" *a priori* viabilizar as ações por eles traçadas. Os trabalhadores, por seu lado, também se relacionam com os gestores e com o próprio trabalho na mesma perspectiva, não se reconhecendo como autores do trabalho executado, "*se colocando ora no papel de meros recursos, ora no papel de trabalhadores com direitos, ressentindo-se da exploração como máquina de produção de procedimentos,*

*resultando em desresponsabilização pelo trabalho e cuidado do usuário, estabelecendo relações complementares - gestores que pensam e planejam e trabalhadores que executam.”*  
(MS, 2002)

Encontro realizado em Toronto, no ano de 2005, sobre gestão do trabalho traz como recomendação a geração de "*relações de trabalho entre trabalhadores e instituições de saúde que promovam ambientes de trabalho saudáveis e permitam compromissos com a missão institucional de garantia de bons serviços de saúde para toda a população*". (MS, 2006)

Ao tentar realizar este tipo de renovação, o dirigente da saúde não tem encontrado metodologias alternativas para a gestão de pessoal, metodologias que combinem a construção de responsabilidade sanitária com reconhecimento de importante grau de autonomia, sempre necessário para a qualidade do atendimento e para a realização do profissional como trabalhador e como pessoa. Ao contrário, tornaram-se moda algumas recomendações, oriundas da corrente da Teoria da Qualidade, em que se adapta para o exercício da clínica protocolos utilizados para padronizar processos de trabalho de outros setores que não a saúde. Os mecanismos de motivação e de participação, quando existentes, são pensados articulados à maior produtividade e eficiência, novamente se inspirando em experiências de setores com processos mais estruturados. Como não há sintonia entre esta lógica e a cultura organizacional em saúde, estas iniciativas tem tido um efeito efêmero, se constituído mais em eventos do que em novas características organizacionais da gestão, quando não geram movimentos de resistência contra esta racionalidade, tendo em vista o importante coeficiente de mal-estar institucional que produzem. Acerca da produtividade,

Flores (1991) considera que quando atividades comunicativas estão envolvidas de modo mais intenso no processo de trabalho, torna-se mais complexo normatizar as etapas produtivas, o que é factível na fábrica, onde a relação entre a tarefa a ser executada, entre os meios e fins é mais clara. Em saúde há comunicação intensa tanto entre os profissionais, quanto destes com usuários. Observe-se que, em geral, este agir comunicativo modifica o padronizado a priori.

Estudos têm indicado que o padrão gerencial do setor público tem uma baixa capacidade de lidar com pessoas, os mecanismos de incentivos são insuficientes quando não inexistentes; a política salarial e de evolução profissional por meio de carreiras, em geral, são desvinculadas de resultados e compromissos; as sanções administrativas são pouco utilizadas e também pouco eficazes devido ao alto grau de burocratização e lentidão para o seu desfecho, culminando com análises descontextualizadas dos acontecimentos que as geraram.

Os avanços teóricos acerca de novos modelos para as políticas de pessoal não tem sido acompanhados de mudanças práticas em escala suficiente para gerarem um novo padrão de governança para o SUS. A Política Nacional de Humanização tem trazido alguns referenciais para a gestão do trabalho em saúde, propondo a atuação em dois eixos: transformar a forma de produzir e prestar serviços de saúde (novos arranjos organizacionais) e também alterar as relações sociais que envolvem os trabalhadores e gestores em sua experiência cotidiana de organização e condução dos serviços (formas de gestão participativa). Enquanto conteúdo teórico para a intervenção nestes processos, utiliza os conceitos de *valorização do trabalho*, reconhecendo que esta atividade humana é atravessada por desejos e capacidade criativa

dos processos, produzidos tanto pelos trabalhadores mesmos, quanto pelas relações entre as pessoas envolvidas. (Santos e Barros, 2007).

Outro empecilho relevante para uma adequada governabilidade no Estado brasileiro é a ultrapassada ordem jurídica das organizações de saúde. A reforma sanitária brasileira não realizou uma reforma administrativa e da legislação organizacional do SUS. Alteraram-se o papel dos entes federados e a relação entre eles, mas persiste a legislação sobre o funcionamento dos serviços de saúde, sejam eles da união, estados ou municípios. Esse imobilismo tem dificultado a gestão do cotidiano das organizações sanitárias em geral, mas particularmente dos hospitais, e isto pela limitação no grau de autonomia orçamentário-financeira e de gestão de pessoal e pela frouxidão nos compromissos institucionais, constituindo-se em mais um dos paradoxos a serem enfrentados para o adequado funcionamento do SUS. Vivemos na atualidade este debate, procurando-se alternativas ao modelo estatal tradicional da administração direta e mesmo modalidades da administração indireta, na busca de alternativas, algumas preocupadas em manter e reafirmar o caráter público das instituições e outras nem tanto. Busca-se ampliar a sua capacidade de cumprir seu papel social.

Outro aspecto essencial da vida das organizações são as relações políticas inerentes a ela, expressas por meio do processo de tomada de decisões e da gestão de conflitos.

A existência da dimensão política nas organizações, em várias concepções, é vista muitas vezes como algo disfuncional, e não como um aspecto essencial, como instrumento para reconhecer os diferentes interesses e gerar negociações e consensos possíveis, com a

finalidade de pactuar uma ordem institucional não coercitiva e possibilitar o melhor desempenho organizacional. (Morgan, 1996c) A denominada falta de “adesão” dos trabalhadores aos projetos organizacionais, na maioria das vezes pode ser caracterizada como decorrentes da disputa entre projetos políticos ou em interesses contrariados ou, até mesmo, desconhecidos. O processo de tomada de decisões permanece centralizado tanto no campo público como no privado, sendo que neste último até o trabalho médico, tradicionalmente objeto de grande autonomia na sua prática, tem sido submetido a maior controle e normatização, buscando-se maior eficiência, algumas vezes, com foco excessivo nos custos. A gestão de conflitos continua sendo pensada como o enquadramento dos atores subordinados, sendo que existem várias contribuições teóricas acerca da importância do conflito como propulsor de desenvolvimento (Motta, 1987b), e que abririam espaço para processos de construção de contratos e de motivação dos diferentes grupos institucionais.

Diante de todos esses impasses, vários autores e escolas da administração sanitária têm realizado tentativas para integrar as diferentes perspectivas de gestão, fundindo suas melhores contribuições numa abordagem que articula distintos conceitos e metodologias.

Ainda assim, o arcabouço teórico resultante não vem dando conta da complexidade do processo de gestão em saúde.

A área do planejamento produziu avanços significativos em relação aos demais instrumentos de gestão, com as matrizes do pensamento e do planejamento estratégicos de Mario Testa e Carlos Matus, respectivamente. Conceitos como ator social, diagnóstico situacional, diretrizes como: “*planeja quem executa*”, “*plano em constante revisão e reformulação*”, “*estratégias de*

*negociação*”, “*ampliação da capacidade de governar (fazer)*”, (Matus; 2007), (Testa, 1995), entre outras, acrescentaram potência aos grupos e instituições que deles lançaram mão, ainda que existam várias críticas acerca da excessiva quantificação da realidade política feita por Matus, por exemplo. Onocko (2003) realizou interessante sistematização acerca dos paradigmas das correntes do planejamento em saúde no Brasil, onde as diferenças podem ser analisadas.

Ainda considerando as influências sofridas pela teoria do planejamento, devemos citar o trabalho desenvolvido por Rivera, que articulando as referências do “*agir comunicativo*” de Habermas, traz para a cena as relações entre gestão e estratégias políticas e interativas e a necessidade de se estabelecer mecanismos de negociação no âmbito da gestão.

Campos (2000b) propôs um método de co-gestão para as organizações e sistemas de saúde, com base em um conceito ampliado de gestão. Considera que todo processo gerencial lida com distintos fatores: alguns administrativos e financeiros; outros relativos à organização do trabalho para a produção de saúde onde se expressam os denominados “modelos de atenção”; lida ainda com o poder (dimensão política da gestão); e, finalmente, ao se fazer gestão opera-se sempre com o conhecimento (saberes) e com afetos. A partir desta construção, aponta que apenas um sistema de gestão compartilhada seria potente para articular todos esses aspectos na medida do possível e do necessário em cada situação.

## 2- Saberes e Poder nas organizações de saúde e seus reflexos na gestão - o trabalho médico e a incorporação tecnológica.

O setor saúde conta com grande número de profissões, sem falar nas especialidades médicas

e nas profissões não regulamentadas, como por exemplo, as referentes às práticas integrativas. O Ministério do Trabalho, por meio da Classificação Brasileira de Ocupações registrava 40 ocupações na área da saúde no ano 2000. (Girardi, Fernandes e Carvalho, 2000)

O desenvolvimento tecnológico no campo do diagnóstico e das ações terapêuticas tem sido induzido a uma hiper-especialização e fragmentação do processo de atenção à saúde. Esta característica faz do saber (sobretudo o saber médico) um recurso que para ser incorporado ao arsenal do sistema de saúde, passa por processos conflituos, que demandam negociação financeira, técnica e também implicam em lidar com o alto coeficiente de autonomia profissional. Todos estes fatores interferem nos processos de tomada de decisão, inclusive, sobre a clientela a ser atendida.

Neste conjunto de profissões e saberes, a inserção do trabalho médico torna-se estratégica, uma vez que este profissional detém alta capacidade de intervir em problemas de saúde, ainda que sua ação isolada não seja suficiente em muitas situações.

O trabalho médico goza de grande autonomia, mesmo em organizações burocráticas. Vários autores (Stelling e Bucher, 1972) têm discutido a incapacidade da hierarquia burocrática em submeter o trabalho médico à sua autoridade e sugerem que consideremos três conceitos - autonomia elástica, responsabilidade e monitoramento -, como referenciais para a organização da prática médica nas organizações de saúde. Segundo Carapinheiro (1998b), “*O conceito de autonomia elástica parte da definição de autonomia como a aptidão de que os indivíduos dispõem numa situação de trabalho para determinar a natureza dos problemas com*

*que se confrontam e para saberem resolvê-los.*” Entre as explicações para este importante grau de autonomia e para a baixa capacidade de subordinação do trabalho clínico às regras burocráticas ou a padrões está o fato que, apesar da repetição, o médico, constantemente, fica frente a situações singulares que dependem mais de decisões profissionais do que de padrões burocráticos ou administrativos. Em função da distinta racionalidade da tradição gerencial e da dos clínicos, tende a se estabelecer uma confrontação dos profissionais clínicos contra padrões, protocolos e controle externo sobre seu trabalho.

A alternativa viável nos parece ser a de se estabelecer pactos dentro da organização sobre a responsabilidade sanitária, instituindo-se atividades de monitoramento com espaços coletivos para analisá-las, e menor ênfase na supervisão e no controle externo e a priori sobre o trabalho em saúde.

O médico detém poder nas organizações de saúde devido às características específicas do seu trabalho, somente parte dele pode ser rotinizado, enquanto outra parte lida com um saber que não pode ser determinado previamente, variando segundo a especificidade da situação. Daí o saber médico constituir-se em saber-poder. Outro motivo para a baixa capacidade de enquadramento do trabalho médico em normas burocráticas, é que o médico tem sido o profissional que, mais frequentemente, insere o usuário no sistema de saúde, o que reforça a parcela de poder a ele atribuído. Estas características são comuns ao trabalho clínico em geral, seja ele praticado por enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, etc.

Gérvás e Rico (2005) referem-se à dificuldade de se coordenar o trabalho médico nos diferentes níveis do sistema de saúde dos países da União Européia, uma vez que existe uma

assimetria de informações entre os pacientes e os médicos, concluindo que os mecanismos hierárquicos ou de mercado não são suficientes para obter adequada coordenação entre os níveis do sistema e que é preciso avançar e inovar na formação de redes formais ou informais nas quais os médicos tenham papel central.

Discutindo vantagens e dificuldades dos médicos atuarem na coordenação das ações entre os diversos níveis do sistema de saúde espanhol, os autores apontam entre as primeiras, o sentido de “grupalidade” que existe entre os médicos, dentro e fora dos serviços, contribuindo para o estabelecimento de relações de confiança, e crescente interdependência entre as especialidades médicas. Destacamos algumas dificuldades para a gestão do trabalho médico que, pela similitude com a nossa realidade, merecem maior aprofundamento. Referem-se ainda a resistência dos médicos em aceitar a entrada de outros profissionais no mercado de trabalho, a falta de mecanismos adequados de remuneração do trabalho médico, a supervalorização e atribuição de poder aos especialistas e a centralização da formação e da prática médicas numa clínica restrita à visão biológica dos problemas de saúde.

As repercussões desse estado de coisas para a gestão dos sistemas e serviços de saúde são de várias ordens. Uma delas é a crescente ocorrência, sobretudo no setor público, de conflitos acerca das competências do campo ou do núcleo de conhecimento e responsabilidade das profissões. Segundo Campos, o “*Núcleo é composto por um conjunto estruturado de conhecimentos e papéis que constituem as disciplinas*” e o Campo “*tem uma conceituação situacional e indica aquele conjunto eventual de conhecimentos e tarefas de que uma profissão ou especialidade deverá se apropriar para lograr eficácia e eficiência.*” (2007) A

intenção de restringir ou ampliar os saberes de cada campo ou núcleo profissional é estratégica para o setor saúde, já que a variabilidade dos casos clínicos exige profissionais com importante grau de polivalência, o que gera uma disputa permanente entre os organismos reguladores das profissões e os espaços de gestão. Daí a necessidade de se agregar às organizações maior capacidade de negociação e estabelecimento de pactos.

As práticas de gestão utilizadas para lidar com esta realidade e restringir a autonomia do trabalho médico têm sido diferenciadas no setor público e privado.

Originária do setor privado de saúde, a experiência da Atenção Gerenciada (Managed Care) apareceu como alternativa para regular o trabalho médico com foco na relação custo/benefício, estabelecendo protocolos para as ações diagnósticas e terapêuticas, a partir da preocupação com a contenção dos custos crescentes. Procura deslocar as decisões clínicas – relativas ao diagnóstico e a terapêutica – do clínico para algum gerente de caso, ligado à racionalidade gerencial, atitude suposta eficaz para regular o excesso de autonomia da prática médica e os custos crescentes dos serviços de saúde. (Passos Nogueira, 1994)

Há também a Medicina baseada em evidências que tem se voltado para fortalecer a eficácia da clínica. Busca-se uma situação onde as intervenções diagnósticas e terapêuticas sejam normatizadas, o que é possível até certo ponto, a partir do qual, cada caso volta a ser um caso. Na atualidade convivemos com muitos problemas responsáveis pela crise da gestão em saúde, reduzir o escopo desta explicação conforta o espírito, mas dificulta a construção de novas alternativas. Assim, a ênfase excessiva em procedimentos médicos ainda que adotados com base em evidências, não atenua os desdobramentos negativos de cirurgões que

encontram seus pacientes pela primeira vez na sala cirúrgica, ou agem com importante grau de cegueira diagnóstica e de medicalização de uma prática clínica com foco excessivo no aspecto biológico. A clínica demanda uma visão ampliada dos fatores geradores do processo saúde, risco e doença e não mecanismos para reduzi-la ainda mais.

A tecnologia denominada Medicina Baseada em Evidências possibilita organizar o acesso dos médicos ao conhecimento acumulado sobre as patologias, indicando alternativas que oferecem melhores resultados; no entanto, não é suficiente para superar as dificuldades com a singularidade das situações clínicas e a necessidade de tomada imediata de decisões, quando não há tempo para a busca de revisões bibliográficas, além de que os estudos científicos que indicam as evidências, nem sempre guardam similaridade com a complexidade dos casos concretos, ou mesmo entre eles. Resumindo: há mais evidências sob elementos tradicionais, biológicos, medicamentosos e cirúrgicos, do que sobre modo de vida, fatores inconscientes, culturais e sociais ligados ao adoecimento e a alternativa terapêutica. Segundo alguns autores, *“a prática clínica baseada em evidências leva em consideração o reconhecimento dos conhecimentos explícitos e tácitos, entendendo que é impossível tornar explícito todos os aspectos da competência profissional. A dúvida passa a fazer parte do processo de decisão, inicialmente na identificação dos componentes inconscientes envolvidos, e em seguida na análise do conhecimento explícito utilizado nesse processo.”* (Nobre, Bernardo e Jatene, 2003)

Estas considerações podem levar a uma perspectiva pessimista quanto à possibilidade de se monitorar e avaliar o trabalho médico. Do nosso ponto de vista, é por meio do maior

envolvimento dos profissionais nos processos de gestão (co-gestão) da clínica, dos serviços e do sistema de saúde que será possível uma prática responsável nos aspectos social e humano, quando o objeto do trabalho médico se amplie para além da dimensão biológica dos problemas de saúde, de modo que as diversas profissões atuem complementarmente e que o maior envolvimento do trabalhador na gestão reforce a pertinência do uso de diretrizes clínicas, protocolos e consensos. Em suma, não será de fora para dentro que se exercerá efetivo controle sobre as práticas sanitárias, mas a partir da gestão compartilhada e da instituição de mecanismos que contemplem os interesses e as necessidades dos usuários, gestores e dos trabalhadores em saúde.

### 3- O modo hegemônico de se fazer gestão nos setores público e privado

O modelo de gestão predominante no sistema público do Brasil, no SUS, apresenta características de centralização administrativa no poder executivo (governo), percebendo-se relutância em promover o aumento da autonomia nas organizações e da rede de saúde, dificultando o exercício de autoridade, responsabilidade e distribuição de poder, sobretudo acerca dos recursos financeiros e sobre a gestão de pessoal. Essa lógica denominada de organização “mecanística” por Chiavenato (1998) incapaz de combinar autonomia relativa com responsabilidade sanitária e gerencial, se reproduz no interior das organizações de saúde. Como expressão desta centralização, encontramos estruturas organizacionais de desenho piramidal, sendo que do vértice para a base, os graus de autonomia vão sendo reduzidos. As funções gerenciais encontram-se mais voltadas para o controle da execução de atividades especializadas do que para a avaliação de resultados, alcance de objetivos e

metas.

Os departamentos costumam se ramificar segundo as especialidades médicas e setores profissionais, calcados no modelo burocrático e nos padrões de conformidade e uniformidade. (Motta, 1991) (Campos, 1991) Os objetivos tendem a ser estabelecidos para o curto prazo, em decorrência da alternância de poder e da cultura de não continuidade dos projetos desenvolvidos por gestores precedentes, o que contribui para a submissão e falta de credibilidade do corpo de trabalhadores para com as propostas das direções, levando ao discurso recorrente de que “já vimos isto antes e não deu certo”. As críticas a este modelo de gestão não são recentes, e há cerca de 30 anos discute-se a necessidade de se reformular as estruturas organizacionais, aumentando sua eficácia, eficiência e a humanização da atenção.

Outra característica do tipo de gestão predominante, segundo Onocko (2003b), é expressar-se como “*ação sobre a ação dos outros*”, o gerir outros “objetos” ou, resumindo, o que existe é um estilo de heterogestão. Esta formatação do modo de fazer gestão traz marcas da herança positivista, que aspira controlar o trabalho com base em alguma racionalidade definida a priori, fora do seu espaço, havendo, em consequência, a produção sem a inserção dos sujeitos interessados nesta mesma produção. Há autores que identificam equivalente gerencial do taylorismo em algumas escolas consideradas atualizadas e pós-modernas, com a ênfase gerencial ainda colocada sobre o controle, e que fez com que várias grandes empresas tivessem perdas consideráveis. Há relato na literatura de um empresário que se vangloriava de estar construindo um sistema que “*um macaco seria capaz de gerir quando ele fosse embora*”, quando o estratégico para as empresas seria “agregar valor” tanto para os clientes

quanto para os trabalhadores. (Cusumano e Markides, 2002)

O desafio estaria em incorporar a dimensão "gerar", a qual está relacionada aos processos de criação, valorização das relações inter-pessoais, construção de autonomia e capacidade de tomar decisões e resolver problemas relacionados ao trabalho e à própria vida. Voltaremos a este ponto ao discutirmos as funções gerenciais.

#### 4- Âmbito, finalidades e objeto da gestão em saúde:

A gestão compartilhada (co-gestão) e a co-produção de sujeitos autônomos. As relações entre gestão e atenção à saúde.

Tomando como substrato para pensar a gestão em saúde uma concepção ampliada sobre o processo saúde-doença, as características específicas do trabalho em saúde e o modelo de gestão predominante acima descrito, há que se repensar a racionalidade gerencial e investir-se na construção de novos paradigmas. Historicamente, os interesses, as motivações e os diferentes projetos que circulam dentro das organizações de saúde têm sido colocados em segundo plano pelas teorias e escolas da administração. Estes diferentes interesses tendem a se encontrar nos extremos: o corporativismo dos trabalhadores ou o uso da autoridade e a centralização das decisões pelo lado dos dirigentes.

A gestão e o trabalho em saúde devem ser considerados com tríplice finalidade, ampliando-se “a concepção restrita de trabalho produtivo, e que considerasse como digno de ser remunerado todo o esforço humano voltado para a produção de valores socialmente construídos.” (Campos, 2000c) Nesta perspectiva, a primeira finalidade seria o trabalho destinado à produção de valor de uso para terceiros, no caso das organizações de saúde, os

chamados clientes ou usuários. Esta é a finalidade que agrega sentido à existência institucional, ainda que no setor público as instituições consigam sobreviver, muitas vezes sem cumprirem adequadamente sua missão. A declaração desta finalidade, explicitando-a como objeto da missão organizacional, contribui para o chamamento dos trabalhadores a um novo pacto interno e externo aos serviços de saúde.

A segunda finalidade é que o trabalho destina-se a satisfazer as necessidades de sobrevivência dos trabalhadores, mas mais do que isto, destina-se a atender as necessidades subjetivas destes, no que diz respeito à construção de significado pessoal e noção de pertencimento e de autoria por meio do trabalho. Estudos realizados acerca do que as pessoas fariam se tivessem dinheiro suficiente para não precisar trabalhar, mostraram que 80% delas responderam que continuariam a trabalhar, sendo os principais motivos: para se relacionar com outras pessoas, para ter o sentimento de vinculação, para ter algo para fazer, para evitar o tédio e para se ter um objetivo na vida. (Morin, 2001) Esta pesquisadora realizou um estudo sobre o sentido do trabalho entre administradores na França e no Canadá, o qual apontou que as principais características de um trabalho que faz sentido são a eficiência e alcance de resultados, traz satisfação pessoal intrínseca, é moral e socialmente valorizado, é fonte de experiências de relações humanas satisfatórias e garante segurança e autonomia.

A herança do taylorismo na área da saúde é marcante ao desconsiderar a subjetividade dos trabalhadores, como já referido. As demais escolas da administração abordaram a subjetividade como elemento motivacional ou base para cooptar os trabalhadores para adesão aos objetivos das organizações (teoria das relações humanas, desenvolvimento

organizacional, etc.). Quanto aos usuários, a abordagem biológica tende a despossuí-los de interesse e desejo, de modo a não serem considerados na gestão, a não ser enquanto objeto de trabalho. A proposta por nós desenvolvida considera a gestão um espaço de co-construção de subjetividade, ou seja, no e pelo trabalho, os profissionais de saúde têm a oportunidade de se transformarem, assim como os gestores e os usuários. Qual o escopo pretendido para estas mudanças? Consideramos que a formação dos trabalhadores, como especialistas e como pessoas, deve prosseguir durante o trabalho. Organizações e pessoas que aprendem com a prática e com a reflexão, bem como com ganhos cognitivos e conhecimentos sobre outros modos de fazer. Nas organizações de saúde, espera-se que o conjunto dos trabalhadores e dos gestores busque a qualidade na produção de saúde, compreendendo a saúde como direito social. Para o alcance destes objetivos é necessário o aporte de conhecimento específico, mas também ganhos na capacidade de resolver problemas surgidos no cotidiano, incluindo-se aqueles que dependem de um novo padrão de relações humanas para seu encaminhamento. Espera-se por outro lado, que seja ofertada aos usuários a possibilidade de ampliar o conhecimento sobre sua doença e a capacidade de auto-cuidado. Neste aspecto marcamos a diferença com a proposta da teoria da qualidade total, que considera que as necessidades dos trabalhadores, inclusive as subjetivas, são satisfeitas com ganhos na capacidade de inspecionar seu próprio trabalho, inicialmente com a ajuda do supervisor e progressivamente com maior capacidade de autocontrole. (Falconi, 1992)

E, finalmente, a gestão e o trabalho em saúde devem contribuir para a reprodução social da organização. Para aquelas de caráter privado, atuando no sistema suplementar de saúde, a sobrevivência está intimamente ligada aos mecanismos de mercado, a relação custo/benefício

das suas atividades e, cada vez mais, à capacidade de atender as exigências dos órgãos reguladores. Vem ocorrendo maior profissionalização da gestão, assim como o uso de indicadores que acompanhem objetivos e metas tem sido incorporado ao cotidiano de várias das operadoras de planos de saúde. Estas organizações têm que existir buscando atender tanto a taxa média de rentabilidade do mercado, definidas para além do setor saúde, como às necessidades dos pacientes. Um dos modos para resolver esta equação tem sido cortar custos em pessoal – salário e honorários -, outro a restrição da autonomia profissional.

Quando olhamos o setor público, a realidade é diferente. As organizações não deixam de existir após sua falência financeira, ao contrário, costumam sobreviver "sucateadas", isto é, com desempenho cada dia pior. O mesmo ocorre quando há perda acentuada de eficiência, eficácia e efetividade. Na maior parte das vezes, observa-se, incapacidade de acompanhar as inovações tecnológicas contemporâneas e aquelas propostas pelo SUS, como por exemplo, pode se citar o caso dos hospitais psiquiátricos e sua resistência em se transformarem em equipamentos alternativos. Esta relativa "imunidade" das organizações do SUS decorre das características da gestão pública ainda predominante, da falta de controle social e da ausência de opções para os usuários em relação ao uso de outros serviços. Enfim decorre da inexistência de uma nova cultura de gestão para serviços estatais, o final do século XX assistiu a uma inglória pugna entre defensores do status quo e advogados da desconstrução dos sistemas públicos, com conseqüente retorno ao mercado por meio de privatizações explícitas ou veladas.

Em seguida, apresentaremos alguns elementos – arranjos organizacionais – para reforçar a

gestão em saúde a partir de uma radical reforma de sua racionalidade burocrática.

#### 5- Arranjos e dispositivos para a gestão compartilhada ou co-gestão

##### a- A gestão colegiada e as unidades de produção

Para que os conceitos de uma dada teoria possam concretizar-se em práticas de gestão e de trabalho em saúde, são necessários arranjos (instrumentos permanentes) e dispositivos (instrumentos de caráter disparador de processos, mas temporários) organizacionais.

Trabalhamos com o conceito de que uma Unidade de Produção é um agrupamento de serviços e/ou unidades dentro de um mesmo espaço de gestão, segundo critérios de homogeneidade, afinidade e complementaridade. Objetiva reduzir a fragmentação das ações, maior articulação operativa entre as diferentes profissões e especialidades, possibilitar a cada profissional visão ampliada da finalidade do seu trabalho e buscar maiores eficiência e eficácia. A gestão participativa (co-gestão) e a organização das áreas segundo lógica inter-profissional precisam estar refletidas na estrutura organizacional, exatamente para dar ganhos de flexibilidade a esta estrutura e possibilitar novas funcionalidades, difíceis de serem feitas no setor público, onde as mudanças na estrutura dependem de leis, prolongadas negociações políticas e administrativas e perda de oportunidade.

A modelagem da estrutura organizacional hospitalar (aplicável a outros equipamentos de saúde, com as devidas adaptações), com que temos trabalhado organiza as funções gerenciais de forma a privilegiar a relação horizontal entre as diferentes unidades de produção, com redução dos níveis hierárquicos, ou seja, entre a alta direção e as unidades

produtivas existe um ou às vezes não existe nível intermediário. Esta unidade de produção não ocorre com base na divisão do poder entre as profissões – direção médica, de enfermagem e administrativa – que passam a exercer formas de apoio e supervisão técnica de forma matricial. As unidades de produção têm composição interdisciplinar e multiprofissional, possuem equipes específicas, gerência unificada baseada na competência para a função e não apenas na categoria profissional, produtos e processos de trabalho bem definidos e missão (finalidade) claramente estabelecida. Estes requisitos, por si só, não asseguram a comunicação adequada entre as várias unidades, isto é, com o estabelecimento das competências de cada uma das partes ampliam-se as condições para a confluência das ações na operacionalização do projeto institucional, mas são necessários cuidados suplementares para evitar a departamentalização das unidades de produção.

Entre outros recursos para ampliar o fluxo comunicativo e deliberativo horizontal, propõe-se a construção de colegiado de co-gestão com representação de todas as unidades de produção, além do estabelecimento de ações e de projetos matriciais que articulem programas e linhas de cuidado dependentes de mais de uma unidade de produção.

Estabelecer um nível intermediário de coordenação para várias unidades de produção pode ser útil nos serviços de saúde, quando esta agregação das unidades fortemente relacionadas, traz benefícios para a gestão da clínica, com cadeia de responsabilidade pelo cuidado dos pacientes clara e oportunidade de praticar a integralidade da atenção à saúde. Um exemplo desta situação é uma coordenação de pediatria em um hospital, a qual ocorre nas unidades de emergência, internação e ambulatório, podendo também incluir a unidade de

cuidados intensivos, o que propicia articular a atenção à saúde da criança, implementar e efetivar modos integrados e complementares de produzir a atenção à saúde da criança, estabelecimento de protocolos comuns, relação com os demais serviços e redes de saúde, configurando uma linha de cuidado. Vale lembrar que qualquer tipo de agregação que se faça das tarefas a serem desempenhadas pelos diferentes setores será sempre uma escolha arbitrária, ainda que decorra da utilização de uma série de critérios, os quais estão no olho do observador. (Mintzberg, Ahlstrand e Lampel, 2000) Portanto, o que interessa é a funcionalidade e a capacidade de servir de suporte às finalidades institucionais de reduzir a fragmentação da gestão e da atenção à saúde. Sobre o processo de constituição de unidades de produção num hospital, é interessante observar que, segundo a experiência vivida, “ a reconstrução destes espaços de trabalho com redefinição de funções e responsabilidades, provocavam inseguranças individuais ou de corporações inteiras. Por um lado, parecia que alguns representantes de trabalhadores recebiam maior implicação no processo. Por outro, o detalhamento do novo formato apontava para unificação de gerências de unidades com as mesmas atribuições e linhas de cuidado”. (Rates, 2008)

O conjunto das unidades de produção está representado numa instância colegiada, usualmente denominada colegiado de co-gestão, instância máxima da gestão compartilhada, ao qual competem as seguintes atribuições:

- Integrar os planos de trabalho específicos das unidades de produção, numa relação dialógica com a construção do plano diretor da organização, suas diretrizes gerais e do Sistema Único de Saúde.

- Ser agente da gestão compartilhada, garantindo a participação do conjunto dos profissionais na formulação de propostas para a operacionalização das políticas gerais e facilitando a comunicação entre as várias instâncias, no que diz respeito aos compromissos institucionais e aos novos projetos.
- Constituir-se em espaço de negociação e articulação entre as unidades de produção, para otimizar os recursos existentes e alcançar crescente melhoria na qualidade dos serviços prestados.
- A montagem de um Sistema de Petição e Prestação de Contas para acompanhamento dos resultados obtidos com os serviços prestados, tanto nas questões assistenciais, como em relação ao custo/benefício e normatizar as ações de interesse geral da instituição, tomando decisões e estabelecendo compromissos mútuos.

O colegiado de co-gestão ganha potência ao contar com um grupo de apoio, de caráter executivo, para maior eficácia na atribuição de responsabilidades e monitoramento das atividades decididas. Este arranjo é composto pelo staff da direção e representação dos gerentes das unidades de produção, podendo ocupar-se das seguintes funções:

- Organizar a agenda estratégica, expressa na pauta das reuniões do colegiado de co-gestão e coordenar o processo de petição e prestação de contas.
- Processar previamente os assuntos a serem discutidos nas reuniões, de modo a favorecer a capacidade de análise e tomada de decisão, assim como encaminhar decisões que não possam aguardar a reunião ordinária.

- Organizar o processo de planejamento e avaliação institucional.

A organização interna de cada unidade de produção também requer a formação de uma instância colegiada, a qual, da mesma forma anterior, promova a representação dos trabalhadores, conformando-se em espaço de tomada de decisão acerca dos processos de trabalho e de projetos que considerem os objetivos organizacionais. A prática de co-gestão permite que sejam compartilhadas análises acerca do contexto no qual se desenvolve o trabalho e a produção de atividades meio ou finalísticas e que sejam apontadas estratégias sobre o que fazer, gerando a formação de compromissos dentro da equipe e desta com a direção.

As unidades de produção contribuem para a descentralização e repartição do poder e para ampliar o grau de iniciativa e autonomia gerencial, ao se articularem para a resolução de problemas, inovação e interfaces cotidianas entre si. O limite deste gradiente de autonomia é definido pela missão institucional e suas demais diretrizes, valores, objetivos e metas.

Retomando a experiência de Abrahão, vivida em hospital público, com o desenvolvimento da mudança organizacional, concluiu-se que as unidades de produção facilitam o estabelecimento de pactos e ampliação da responsabilidade pelo cuidado e fortalecem o espírito de equipe. (2008b)

Entre as competências gerenciais deste arranjo para a co-gestão organizacional estão:

- Coordenar a elaboração do processo de planejamento da unidade, contendo a definição da missão ou atribuições, objetivos, metas e um plano de ação estabelecendo os mecanismos de acompanhamento sistemático do mesmo, incluindo-se o orçamento do plano.

- Responsabilizar-se pelo cumprimento da missão da unidade, garantindo o processo de humanização institucional, a responsabilidade profissional e ética e o cuidado mais perfeito na organização do processo de trabalho
- Organizar o processo de trabalho de sua unidade, objetivando a integração da equipe e a atuação multiprofissional, administrando problemas e mediando conflitos inerentes ao cotidiano de trabalho interdependente, realizando a gestão com pessoas e buscando os melhores resultados possíveis.
- Identificar necessidades de educação permanente no âmbito de sua unidade.
- Praticar a comunicação lateral com as outras unidades de produção, visando solução de problemas e melhoria de resultados.

A organização da gestão com base em unidades produtivas adéqua-se tanto aos serviços de saúde como aos órgãos de gestão dos sistemas de saúde, os quais concentram atividades de definição de políticas ou mesmo as unidades que prestam apoio às atividades fins. Esta base de gestão compartilhada ou co-gestão é essencial para que as práticas de saúde possam apresentar um padrão de elevada responsabilidade da equipe pelo cuidado ao paciente, trabalho em equipe e interação multiprofissional e interdisciplinar.

No âmbito dos colegiados da alta direção ou das unidades de produção estão alocadas as principais funções gerenciais, tais como o planejamento, a coordenação, a organização do trabalho. Vários dispositivos podem ser utilizados no sentido de apoiar a co-gestão nas organizações de saúde, como oficinas de planejamento, atividades de educação permanente,

reuniões periódicas com a finalidade de realizar discussão de casos, planejamento dos serviços, avaliação dos resultados, etc.

#### b- Novo perfil gerencial: a função de Apoio institucional

No elenco das funções gerenciais, sugerimos uma nova modalidade para as organizações - a função apoio - pensada para incrementar a capacidade de desempenhar o componente gerar da gestão. Apoiando-se na teoria psicanalítica de Winnicott sobre as funções de suporte e manejo no desenvolvimento da personalidade, Onocko Campos (2003c) transpõe para a vida da organização e o espaço da gestão estes referenciais, apontando que, para a construção de grupalidade dentro de uma equipe de trabalho são necessárias algumas funções que sustentem esta construção, como o oferecimento de espaços para encontros e trabalho coletivo, assim como a capacidade de apoiar o manejo do grupo, seu funcionamento, as expressões inter-subjetivas, fundamentais para a formação de compromissos.

A responsabilidade de cumprir esta função é proposta para os profissionais que ocupam cargos diretivos, assessores e/ou supervisores, bem como especialistas externos ao hospital. A partir da concepção de co-gestão, faz sentido uma função que, ao mesmo tempo, apóie (suporte), mas também sirva de mola propulsora de ganhos de autonomia e capacidade dos trabalhadores e gerentes locais de exercer suas atividades (manejo). No lugar da tradicional figura do supervisor, a qual ainda hoje mantém um estigma de atuar como fiscalizador, propomos a função de apoio à gestão e o papel de apoiador institucional. Nos serviços de saúde, as antigas funções desempenhadas pelas chefias vinculadas às corporações profissionais ( médica, enfermagem, serviço social, fisioterapia,etc.) passam agora a atuar no

apoio às unidades de produção, segundo um desenho que corresponda ao melhor desempenho institucional, como referência técnica no núcleo específico da formação ou como apoiador institucional, objetivando a remodelagem da gestão e melhoria da qualidade da assistência. Desta forma é atenuada a relação direta do dirigente superior com as atividades do cotidiano e se amplia a possibilidade de integração entre as áreas dos serviços ou dos órgãos de gestão. Outros saberes devem ser agregados a esta função apoio, sobretudo no campo da subjetividade e relações inter-pessoais, manejo de grupos, gestão de conflitos, etc., os quais não permeiam, de modo geral as organizações de saúde. Propomos um conjunto de atribuições para o staff da direção, na linha do apoio institucional:

- Apoiar a diretoria e as gerências na implementação das diretrizes gerais e operacionais da instituição, buscando a humanização da assistência e a qualidade dos serviços.

- Atuar como apoiador matricial, multiprofissional, para que a atenção aos pacientes se dê cada vez mais de modo integral.

- Apoiar as instâncias colegiadas e as gerências de unidades de produção nos seus campos específicos de conhecimento, assim como participar da educação permanente das equipes em suas áreas específicas.

- Apoiar a direção e o colegiado de co-gestão no processamento de problemas identificados como prioritários para a sua agenda e na construção e implantação de novos projetos.

- Apoiar a elaboração de dimensionamento e a otimização do quadro de pessoal em articulação com as coordenações e gerências das unidades de produção, valendo-se das

especificidades do processo de trabalho e dos parâmetros existentes.

- Atuar no desenvolvimento das profissões, realizando avaliações, participando das normatizações e zelando pela ética profissional.

A determinação política de incorporar a gestão compartilhada não tem sido suficiente para que as práticas gerenciais se modifiquem, nem mesmo que os apoiadores existam de fato e não apenas sejam assim denominados. Trata-se de um modo bastante inovador e os cursos e demais espaços de formação de pessoal para a saúde não contemplam vários destes saberes, principalmente no que diz respeito a escuta qualificada e a co-construção de autonomia.

Castoriadis (1992) considera uma sociedade autônoma aquela “que não somente sabe explicitamente que criou as suas leis, mas que se instituiu de maneira a liberar o seu imaginário radical e a ser capaz de alterar as suas instituições, graças à sua própria atividade coletiva, reflexiva e deliberativa.” e uma política de autonomia teria como objetivo “ajudar a coletividade a criar as instituições cuja interiorização pelos indivíduos não limita, mas amplia a sua capacidade de se tornarem autônomos”. A incorporação de novos conteúdos nos currículos de formação e processos de educação permanente precisa compartilhar destas reflexões.

#### c-Planejamento e Contratação

Não é objeto deste capítulo, aprofundar a discussão sobre as teorias e escolas do planejamento. No entanto, acreditamos que o planejamento assume papel relevante em

qualquer sistema de gestão, algumas vezes inserido nas estratégias da gestão participativa e outras com objetivo de assegurar unidade e coerência ao projeto organizacional. Quando a definição de diretrizes, metas e estratégias é prerrogativa do alto escalão, com a participação de níveis que repetem a hierarquia de poder dentro da instituição - isto pode significar uma reprodução da separação entre trabalho intelectual e de execução, entre pensadores e executores, carregando apenas o componente normativo/operacional para o conjunto de trabalhadores. Há discursos participativos que dizem respeito aos processos de “animação” institucional, quando a participação é limitada às mudanças no processo de trabalho visando obter maior produtividade e constituir um melhor clima organizacional, enquanto o planejamento estratégico e orientador é realizado muitas vezes por planejadores profissionais junto à alta direção. Reveste-se de grande importância a análise dos processos de trabalho, assim como manter-se um clima organizacional produtivo e harmônico. No entanto, tal separação leva, a nosso ver, ao já referido distanciamento entre objeto e finalidade do trabalho, sendo que na área da saúde as consequências acabam sendo menos responsabilidade pelo cuidado dos indivíduos e menor sentido de pertencimento institucional dos trabalhadores. Daí propormos o planejamento como instrumento para organizar a ação de coletivos, compreendendo o planejamento como o cálculo que precede e preside a ação de atores ou grupos sujeitos, portadores de projetos, os quais se encontram em disputa na sociedade (Matus, 1993b) Dentro dos diferentes graus de abrangência do planejamento, está justificada a necessidade de um plano orientador dos rumos de médio e longo prazo que uma organização pretende seguir, ou seja, um plano diretor, objeto de intervenção política. Há outra utilidade significativa do planejamento, o de ser um instrumento da gestão cotidiana e

apoiar a tomada de decisão das equipes em todos os níveis da organização. Este entendimento do planejamento como um mediador entre as diretrizes institucionais e a organização das práticas das equipes tem sido denominado analítico-institucional, devido às influências que toma da Análise Institucional combinada com outras contribuições do planejamento em saúde, incluindo-se o estratégico situacional de Carlos Matus e o pensamento estratégico de Mario Testa. É comum entre estes autores a idéia de que o objetivo de um grupo que planeja é a ação decorrente da análise da realidade e do estabelecimento de objetivos a serem alcançados mediante a intervenção sobre esta mesma realidade. Neste processo é possível acontecer a significação de novos conceitos e a construção de projetos coletivos e/ou individuais que podem contribuir para a formação de um sujeito coletivo, como uma coletividade que elabora uma identidade e se organiza por meio de práticas para o alcance de seus objetivos. (Sader, 1991)

Desta maneira, voltamos à tríplice finalidade da gestão em saúde, ou seja, produção de valor de uso, reprodução da instituição e atendimento às necessidades materiais e subjetivas dos trabalhadores, para a qual o planejamento contribui quando realizado de modo participativo, cumprindo a finalidade de organizar a ação do grupo e ao mesmo tempo concorre para a sua constituição e crescimento técnico e político.

O planejamento das ações de saúde é um componente inerente a qualquer instrumento utilizado para estabelecer contratos ou acordos de gestão, entendidos como um caminho para o alcance dos compromissos acordados, o qual permite ao contratante verificar a coerência entre os propósitos e os meios a serem utilizados pelo contratado. Estes propósitos

constituem as diretrizes institucionais a serem implementadas, mediante o modelo de gestão e de assistência adotados pela organização. Acerca de metodologias apropriadas para o planejamento no cotidiano ver Amaral e Scarazatti, (2008) e Tancredi, Barrios e Ferreira (1998).

d-- Equipe e profissional de referência: a coordenação da atenção clínica

O objeto de trabalho na saúde é bastante complexo, as necessidades de saúde manifestas pelos sujeitos /usuários são de várias ordens, incluindo as condições de vida, acesso aos serviços e tecnologias que melhoram e prolongam a vida (Cecílio, 2006), além de interferirem nesta produção os desejos e interesses (a subjetividade) e os diferentes graus de autonomia para viver a própria vida e cuidar da saúde. Da mesma forma, é complexa a gestão dos serviços de saúde, sobretudo frente a grande variabilidade dos serviços ofertados e os vários saberes envolvidos, sendo que nenhum deles, isoladamente, dá conta de resolver os problemas com as características singulares com que se manifestam “encarnados” nos sujeitos. Esta é a outra característica do setor saúde, ou seja, a possibilidade parcial de se normatizar e transformar em protocolos as atividades da assistência, uma vez que os problemas de saúde se expressam de modo singular nos sujeitos.

Além de investir na co-produção de autonomia e estabelecimento de compromissos com os trabalhadores de saúde, outros arranjos são necessários para a organização do trabalho em saúde. O contato com múltiplos profissionais no transcorrer de um processo diagnóstico e terapêutico vem contribuindo para uma progressiva diluição da responsabilidade pela continuidade do cuidado aos usuários dos serviços. Estudos realizados nos Estados Unidos

na década de 90 revelaram que em média um paciente entrava em contato com 60 profissionais durante uma internação de 4 a 5 dias em hospitais de maior complexidade . Vários projetos foram experimentados com a nomenclatura de hospital centrado no paciente, que buscava maior agilidade no atendimento e maior responsabilização pelo cuidado. (1991) A maioria dos sistemas de saúde no mundo vem se reorganizando, ou ao menos, problematizando a necessidade de se vincular um conjunto de pessoas usuárias dos serviços a uma equipe ou profissional de referência.

Devido à complexidade dos casos, tem se valorizado, ao mesmo tempo, a necessidade desse profissional de referência (coordenador do caso) pertencer e contar com o apoio constante de uma equipe multiprofissional. Na experiência espanhola (Catalunha) trabalha-se com a figura do gestor de casos, que exerce o papel de coordenador da atenção ao paciente, ao longo do processo assistencial visando os objetivos do plano de cuidados. (Navarrete e Lorenzo, 2007a)

Esta equipe passa a ser a referência para todos os atendimentos que forem necessários no tempo de uso do serviço. Na atenção básica, a estratégia da Saúde da Família aponta para esta formação (equipe de saúde da família), estabelecendo a base populacional para uma dada formatação. No hospital, durante o período de internação, a equipe que assiste o paciente deve ser a mesma, da admissão à alta, assim como se ocorrerem outras internações isto é desejável; e nos ambulatórios de atenção especializada a proposta também é que exista profissional dentro da equipe de referência, para gestão da continuidade da assistência. Este arranjo possibilita uma prática integrada das profissões e a ampliação da clínica, para

além da dimensão biológica.

Voltamos aqui ao conceito que demonstra utilidade no dimensionamento da inserção das diferentes profissões dentro das equipes, que é o de campo e núcleo de competência. O campo diz respeito aos principais conhecimentos da especialidade raiz (no caso de uma dada profissão) e teria uma sobreposição com os saberes de várias especialidades. No caso de diferentes profissões da saúde, o campo de competência significa aqueles conhecimentos que estão afeitos à produção de saúde nos diferentes espaços do sistema. Ou seja, numa equipe de enfermagem todos os técnicos da área da saúde necessitam conhecer e saber manejar várias situações como avaliar risco no seu âmbito de autonomia profissional, responsabilizar-se pela continuidade do cuidado, lidar com questões relacionadas às famílias e à subjetividade dos usuários. Lembramos que para a continuidade do cuidado as equipes devem conhecer a organização do sistema de saúde e seus componentes. O núcleo de competência, por outro lado, constitui as atribuições exclusivas da profissão ou da especialidade e que justificam a sua existência. Desta maneira, a depender do grau de necessidade da clientela assistida, o número e a variedade dos profissionais poderá ser dimensionado de modo mais integrado, resolutivo e econômico. (Campos, Chakkour e Santos, 1997). Esta relação entre os diferentes profissionais está detalhada mais adiante no item sobre Apoio Matricial.

e - Avaliação de risco e vulnerabilidade

As demandas dos usuários dos serviços de saúde apresentam-se de forma diversa das necessidades de saúde identificadas pelos saberes científicos, e quando esta dinâmica não é

bem compreendida, são gerados problemas de insatisfação do usuário, sentimento de não valorização da sua condição de saúde/doença. Os maiores desencontros aparecem relacionados às chamadas urgências médicas.

Recente estudo acerca das representações sociais dos profissionais de saúde das áreas fim e de apoio e dos usuários de serviços de urgência mostra bem a diversidade dos olhares e significados. Estudando-se unidades de urgência e emergência, a autora aponta com propriedade que, para os médicos, as emergências referem-se a situações onde o risco de morte existe, enquanto que, apesar dos usuários compreenderem que sua situação não coloca em risco a vida, existe a necessidade de atendimento. (Giglio – Jacquemot, 2005)

Sugerimos que o critério de acesso a serviços diagnósticos e terapêuticos deve basear-se na análise do risco do caso e, não somente, na ordem de chegada, tecnologia que vem sendo crescentemente aplicada nos pronto socorros brasileiros . A definição de risco deve ser ampliada, incluindo temas psicossociais, como sofrimento e vulnerabilidade, além dos tradicionais elementos de ordem fisiopatológicos.

#### f- Projeto Terapêutico Singular

Entre os instrumentos de trabalho da equipe de referência um dos mais estratégicos é o projeto terapêutico singular. Trata-se de um recurso de planejamento e de gestão aplicado ao trabalho clínico e que pode ser empregado na prática cotidiana dos profissionais de saúde. O uso do projeto terapêutico resgata uma antiga tradição em desuso nos atuais serviços de saúde: a discussão de caso clínico, com a diferença, de que o olhar agora seria prospectivo.

É por meio do projeto terapêutico singular que os profissionais de saúde podem exercer a

dupla função de gestor e operador da clínica (Nunes, 2008). Este instrumento facilita e organiza a ação da equipe multiprofissional, ação que se espera ocorra a partir da ampliação do olhar para além da dimensão biológica do problema de saúde, com a incorporação das dimensões subjetiva e social. A elaboração do projeto terapêutico, segundo Cunha (2005) contempla 4 momentos: o diagnóstico, a definição de objetivos e metas, a divisão de responsabilidades entre os membros da equipe de referência e finalmente, o momento de reavaliação.

O diagnóstico é o momento de se ampliar o conceito de problema de saúde, ouvir, significar e incorporar as necessidades de saúde para além da avaliação orgânica, trazendo elementos da situação psicológica (relacional) do indivíduo em relação à doença atual, à família, afetos, medos e inseguranças, capacidade de auto-conhecimento e também os aspectos sociais, como as condições sócio-econômicas, as redes sociais onde está inserido.

Identificados os problemas de saúde, a equipe de referência passa a elaborar as propostas de intervenção, compondo os diferentes saberes das profissões envolvidas na equipe (médicos generalistas ou especialistas, enfermeiros e técnicos/auxiliares, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, farmacêuticos, etc.). O que confere o caráter de singularidade à proposta de intervenção é o fato de que os problemas de saúde manifestam-se de modo particular nos sujeitos. As necessidades do plano de cuidados devem estar articuladas num prontuário multiprofissional, trazendo maior horizontalidade nas relações internas à equipe.

Devemos destacar um quinto momento na construção do projeto terapêutico singular, o da negociação/pactuação com o paciente, um dos sujeitos estratégicos deste processo,

juntamente com os profissionais de saúde. Muitas vezes a equipe de referência propõe um conjunto de procedimentos, uso de medicações e mudanças de estilo de vida, de uma maneira quase burocrática, ainda que tecnicamente adequadas, sem que outros sujeitos – usuário, família, rede social – participem desta formulação. Nossa experiência tem indicado que muitas ofertas terapêuticas feitas pelos serviços de saúde aos seus usuários apresentam uma abordagem prescritiva e impessoal, gerando baixo impacto na adesão e co-responsabilidade no tratamento, sobretudo no caso das doenças crônicas. Desta maneira as unidades de saúde convivem com o paradoxo da escassez de recursos com a má utilização e desperdício de materiais, medicamentos e horas de trabalho das equipes.

Institucionalizar este instrumento de gestão da clínica tem se mostrado potente para nortear a prática das equipes dos serviços de saúde. Ao construir-se o referencial de que todos os portadores de problemas de saúde complexos devem possuir uma proposta de intervenção diagnóstica e terapêutica de abrangência biopsicossocial, as quais devem ser compartilhadas com estes sujeitos e as responsabilidades pela execução das ações estejam claramente definidas, possibilita -se maior autonomia e ao mesmo tempo maior controle sobre as ações produzidas. A divisão de responsabilidades dentro da equipe de referência depende das necessidades específicas da situação, variando a carga horária dedicada segundo o núcleo de saber do profissional, pois alguns pacientes demandarão cuidados de fisioterapia mais intensivos, por exemplo. Aqui é importante que se institua o profissional de referência, aquele membro da equipe multiprofissional que será responsável pela gestão do caso, acionando o apoio dos demais profissionais sempre que necessário. A função de profissional de referência deve ser articulada à construção de vínculos interpessoais com o sujeito em tratamento,

quando a circulação de afetos e empatia contribuem para a melhor co-produção de saúde, além de facilitar a gestão do caso. É preciso reafirmar que tais práticas pressupõem uma dinâmica de gestão participativa e capaz de estabelecer compromissos e garantir espaços nas agendas de trabalho para a interação multiprofissional e ação coordenada.

g- Outros dispositivos para a gestão da clínica :Diretrizes clínicas, protocolos, discussão de caso e visita conjunta

A preocupação com melhores resultados da assistência ofertada e com os custos crescentes dos serviços de saúde tem gerado discussões semelhantes em vários países, tal como ocorreu no Sistema Nacional de Saúde inglês, na década de 1990, a partir do reconhecimento de que capacitação técnica, aporte de equipamentos e boas instalações não eram suficientes para garantir qualidade da atenção. A base do sistema de Clinical Governance adotado consta de articulação dos diferentes profissionais envolvidos no processo diagnóstico e terapêutico, da utilização de diretrizes clínicas e protocolos, na perspectiva de agilizar a tomada de decisão e abreviar o tempo de peregrinação dos usuários pelo sistema, ampliando-se a segurança das ações praticadas e envolvendo o paciente e órgãos comunitários no plano terapêutico. Tais iniciativas se assemelham ao que valorizamos na gestão, porém enfatizamos a necessidade de articulá-las a espaços de co-produção de autonomia, dos profissionais e dos usuários, além do uso de instrumentos de auditoria e protocolos.

O uso de protocolos e diretrizes clínicas é essencial para apoiar a ação das equipes e mediar a relação entre os vários serviços e órgãos que compõem um sistema de saúde. Além de portarem saber e as evidências de eficácia, eficiência e efetividade, representam os pactos e

consensos entre os profissionais envolvidos no processo terapêutico dos usuários e a realidade na qual os serviços estão inseridos. Cabe aqui também retomar a discussão acerca do papel do médico na institucionalização dos protocolos. A construção dos protocolos sempre que possível, deve acontecer com a participação de médicos e demais profissionais com capacidade técnica e prática de relação profissional-paciente humanizada e de qualidade reconhecidas. Isto amplia a credibilidade nestes instrumentos de gestão da clínica e legitima a necessidade do uso eficiente dos recursos disponíveis, simultaneamente à busca do alcance das metas da qualidade.

Outro dispositivo relativo ao processo de trabalho das equipes assistenciais é discussão de casos e/ou a visita conjunta aos casos mais complexos (no caso do hospital) para a avaliação do andamento dos diversos projetos terapêuticos e tomada de novas decisões. Este instrumento não tem sido muito utilizado nos hospitais, pronto - socorros e ambulatórios públicos e privados como uma ação coletiva da equipe de referência para compartilhar responsabilidades e avaliar a eficácia das medidas propostas. Mesmo nas equipes de saúde da família, esta não é uma prática prevalente. Na avaliação realizada pelo Ministério da Saúde/Fiocruz (2005) em 10 grandes municípios brasileiros, os dados apontam que apenas 50% das equipes pesquisadas mantinham espaços de reunião para organização do processo de trabalho e divisão de responsabilidades. O que nos leva a apontar que o arranjo organizacional (equipe de referência) não é condição suficiente para mudança no processo de trabalho em saúde, ainda que seja de grande importância ao criar parte das condições necessárias.

## h - Apoio Matricial Especializado

A atividade denominada apoio matricial vem sendo proposta e testada para nominar as relações entre as diferentes profissões e especialidades, alterando a forma tradicional e impessoal das interconsultas e dos fluxos de referência e contra-referência, de modo a ampliar a capacidade resolutiva dos diversos serviços e equipes de profissionais e favorecer a realização de uma clínica ampliada, aquela que articula os diferentes saberes necessários à resolução de casos mais complexos. O desenvolvimento dos saberes na área da saúde incorpora a cada dia um montante de novos conhecimentos, fazendo com que seja necessário atuar em equipe para compartilhá-los. Este motivo, aliado aos custos crescentes da assistência médico - sanitária contribui decisivamente para que a organização dos sistemas nacionais de saúde seja hierarquizada, com níveis crescentes de incorporação tecnológica e busca de maior racionalidade no uso dos recursos.

O padrão mais comum nas relações entre especialistas e generalistas, entre os diferentes especialistas e entre as profissões que praticam a clínica é o do encaminhamento para interconsulta e a dispersão dos diversos recursos de apoio diagnóstico e terapêutico. O resultado desta prática, aliado ao baixo grau de responsabilidade pela continuidade do cuidado e escasso uso de protocolos e diretrizes clínicas, configura no setor público as enormes filas de espera aos serviços ambulatoriais especializados, geralmente sem que os pacientes tenham sua condição de saúde avaliada segundo o risco de agravamento, danos e seqüelas, implicando também numa peregrinação dos usuários pelos inúmeros serviços especializados, semelhante ao que ocorre no setor da saúde suplementar. A recomendação

para o uso de mecanismos de referência e contra-referência foi incorporada ao discurso do SUS, com baixo grau de concretização, mesmo para casos de doenças graves como neoplasias. As medidas de superação indicadas tem sido instalar mais do mesmo modo de organizar a rede de serviços do SUS, repetindo-se o círculo vicioso de aumentar a oferta e de imediato, ocorrer aumento da demanda pelos variados serviços. No que diz respeito ao hospital, encontramos na demora para a realização da interconsulta uma significativa causa de prolongamento da permanência dos pacientes.

A busca por maior eficácia e eficiência no uso dos recursos disponíveis no sistema de saúde encontra no apoio matricial um aliado bastante importante na organização das relações interprofissionais.

As modalidades sugeridas para a prática do apoio matricial são as seguintes: o atendimento conjunto de casos; atendimento realizado pelo especialista e contato anterior e/ou posterior com a equipe que continuará o seguimento do paciente; e troca de conhecimentos e orientações com diálogo sobre os projetos terapêuticos entre apoio e equipe. Um estudo realizado na Espanha sobre redes assistenciais relata vários arranjos utilizados pelas diferentes regiões com o intuito de articular as relações e o acesso do paciente entre os diversos níveis do sistema. Estes guias para as doenças mais prevalentes (linhas de cuidado) são elaborados conjuntamente entre os profissionais dos níveis de atenção mediante revisão clínica e a gestão de seu uso contempla visitas periódicas de especialistas aos centros de saúde para discussão de casos, uso de tele-saúde, discussão por telefone ou correio eletrônico, próximo do conceito de apoio matricial. (2007b)

Todos os tipos de equipamentos de saúde demandam o suporte de especialistas, e a maior eficácia deste arranjo organizacional acontece quando ocorre a vinculação dos especialistas médicos ou técnicos de outras profissões da saúde e as equipes que demandam o apoio matricial. Desta maneira, para as áreas com maior prevalência de casos na rede de atenção básica ou no hospital propomos a personalização dos médicos, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, etc. que realizarão o apoio matricial às diferentes equipes de saúde. Existem poucas experiências em curso no país, as quais têm mostrado importante redução nos encaminhamentos para especialistas médicos a partir da rede de atenção básica, permitindo efetuar uma avaliação de risco e vulnerabilidade mais qualificada. Outro ganho considerável é a oportunidade de incorporar efetivamente o uso de protocolos, diretrizes clínicas e intervenções sobre linhas de cuidado prioritárias por meio de relações solidárias e de apoio e menos permeadas pela disputa de saberes. A intensificação do uso dos recursos da telemedicina ou tele-saúde traz benefícios no curto prazo para a prática do apoio matricial, da segunda opinião e da educação permanente.

Os conceitos de *campo e núcleo* referidos anteriormente aplicam-se ao conteúdo dos saberes que devem ser compartilhados por todos os profissionais de uma mesma categoria, atribuindo-se aos especialistas a condução das demais situações, assim como os conhecimentos pertinentes a toda equipe de saúde, definindo-se em protocolos o acesso aos atendimentos especializados. No campo da gestão aplica-se a mesma diretriz, reduzindo-se o grau de especialização na tomada de decisões gerenciais cotidianas, o que mostra a coerência necessária entre os modos de organizar os serviços de saúde e realizar sua gestão.

Merece uma citação, ainda que breve, a necessidade de se adensar os recursos diagnósticos e terapêuticos com a perspectiva de resolver mais problemas nos mesmos serviços e reduzir o número de comparecimentos dos usuários. Esta condição traz racionalidade nos tempos de identificar problemas, propor intervenções e realizá-las, oportunizando a terapêutica, reduzindo danos e com potencial de ampliar a eficiência dos serviços.

Concluindo

O conjunto de conceitos, arranjos e dispositivos organizacionais aqui propostos oferecem suporte à renovação da gestão em saúde com o objetivo de alcançar eficácia e eficiência nos processos de trabalho, construindo-se novos padrões de governança. Identificamos hoje um movimento em diferentes países, nas instituições acadêmicas, entre os gestores públicos e privados, enfim onde atuam os formuladores de políticas de saúde, portando uma expectativa de reformulação da clínica, com a re - valorização do seguimento longitudinal dos pacientes, ampliação do objeto de trabalho em saúde, integralidade no cuidado. Há concordância sobre os custos progressivos da atenção e sobre a baixa eficácia dos métodos tradicionais de gestão da clínica e dos meios para a produção de saúde.

Neste capítulo priorizou-se a discussão sobre os mecanismos para aproximar as modalidades de organização e gestão do trabalho das necessidades dos sujeitos e das instituições. Para os referenciais aqui abordados, esta aproximação demanda uma renovação da abrangência da gestão em saúde.

IIb - Neste tópico apresentamos conteúdo do artigo produzido em co-autoria com Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos, orientador deste trabalho, que traz a análise e desenvolvimento de estratégias para mudar o modo de co-produzir ações de saúde e modos de gestão dentro do hospital.

A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital

Referenciais teórico-operacionais para a reorganização do hospital

A concepção Paidéia foi apresentada na tese de livre<sup>2</sup> docência de Gastão Wagner de Sousa Campos e se propõe à tarefa de pensar tanto mecanismos que recomponham a relação singular profissional/ usuário quanto de sugerir uma reformulação do paradigma da Medicina baseada em evidências, que têm sustentado teoricamente a clínica contemporânea.

Utilizaremos alguns elementos dessa concepção, para sugerir linhas para a reforma do modelo de gestão e de atenção do hospital contemporâneo. Essa concepção sugerida se propõe a realizar uma reformulação, uma reconstrução ampliada do modelo biomédico, trazendo para a prática clínica saberes provenientes da Saúde Coletiva, Saúde Mental, do Planejamento e da Gestão, e das Ciências Sociais e Políticas. A concepção Paidéia caracteriza-se pelo esforço para envolver trabalhadores e usuários no processo de reforma e de reorganização, considerando que mudanças estruturais e organizacionais têm maior eficácia quando são acompanhadas por processos de mudança no modo de ser dos sujeitos envolvidos. Reforma da estrutura e mudanças culturais.

---

<sup>2</sup> Para Campos, o Método Paidéia baseia-se na tríade cidadania ou direito das pessoas, compartilhamento de poder e educação integral. (2007)

Há uma importante convergência sobre a necessidade de proceder-se a uma ampla revisão sobre as doutrinas que até agora orientaram a organização e administração hospitalar. Há, contudo, uma variedade de caminhos sugeridos para a reforma do papel, da gestão e do modo de funcionamento dos hospitais. Essa heterogeneidade de projetos reflete tanto diferenças ideológicas, quanto a multiplicidade de contextos e de referenciais teórico-organizacionais.

Nesse esforço de reforma da gestão hospitalar, tem predominado duas vertentes teórico operacionais: uma tecnocrática e gerencial e bastante influenciada pela qualidade total e por algumas de suas variantes metodológicas. Essas correntes trouxeram para hospitais a preocupação com a avaliação de resultados e gestão com base em evidências, partindo do princípio de que os hospitais, do ponto de vista gerencial, são bastante assemelhados a qualquer outra empresa. A preocupação com a satisfação do cliente (interno e externo) e métodos de padronização de procedimentos, objetivando aumentar a produtividade e a eficiência, são alguns de seus pilares conceituais. Próximo a essa perspectiva, desenvolveram-se métodos de gestão com base em acreditação e na verificação sistemática da qualidade dos processos e resultados da produção. A segunda vertente desenvolveu-se a partir dos Estados Unidos da América, onde se originou uma escola genericamente denominada de *managed care*, centralmente voltada para diminuir a autonomia do médico e de outros profissionais de saúde, mediante a adoção de protocolos e de sistema de decisão sobre os casos clínicos fora da relação médico-paciente. Essa escola trouxe para a administração privada uma série de conceitos e de ferramentas desenvolvidos em sistemas públicos de saúde. Entre eles, há a noção de médico de cabeceira ou generalista, uma

espécie de adaptação do conceito de atenção primária a redes privadas de saúde. De qualquer modo, essa linha de gestão volta-se centralmente para reduzir a autonomia dos profissionais de saúde, particularmente do médico.

Resumindo, poder-se-ia dizer que toda essa variedade de sugestões objetiva controlar o trabalho em saúde, valendo-se de métodos disciplinares e normativos, apostando pouco ou quase nada na modificação de valores ou de posturas dos profissionais.

Este artigo apresentará uma série de sugestões para a reorganização da clínica e da gestão em hospitais com base em três noções diferentes – algumas vezes em sentido antagônico; outras, complementar – a essas duas vertentes acima apontadas. Os conceitos que orientaram a linha de reforma aqui apresentada são a clínica ampliada, a democratização da gestão (sistema de co-gestão) e a integração do hospital como um dos pontos de conexão de um sistema público de saúde. Em termos genéricos, temos denominado a essa concepção de Paidéia.

#### Clínica ampliada e obstáculos à reforma do hospital

O trabalho clínico apresenta regularidades possíveis de serem identificadas e descritas em manuais, cadeias de cuidado ou protocolos. No entanto, a clínica também se caracteriza pela extrema variedade dos casos quando encarnados em sujeitos concretos. Nesse sentido, torna-se inevitável a construção de uma metodologia organizacional que combine a padronização de condutas diagnósticas e terapêuticas com a necessidade e a possibilidade de adaptação dessas regras gerais às inevitáveis variações presentes em cada caso. Ora, os métodos de gestão voltados para a padronização de procedimentos atendem ao primeiro

elemento dessa equação, mas não ao segundo. A singularização do atendimento clínico somente será possível mediante um esforço particular de cada profissional diante de cada caso específico. Um pré-requisito para que haja possibilidade dessa abertura dos profissionais ao imprevisto e à variação regular da vida cotidiana é a existência de certo grau de autonomia durante o trabalho clínico. Além dessa liberdade relativa, é fundamental assegurar a motivação dos profissionais e criar um padrão de gestão em que a maioria se sinta motivada para dedicar-se à produção de saúde. Parte importante da crise dos sistemas de atenção depende dessa dissociação e da predominância de métodos de gestão dirigidos ao controle externo da vontade e conduta dos profissionais. Há como que certa desistência em se resgatar a responsabilidade e a relativa autonomia necessária para que profissionais façam clínica com singularização dos casos em grandes sistemas ou organizações de saúde. A hipótese central deste trabalho é a de que seria necessário reconstruir-se certo traço artesanal do trabalho clínico ainda quando realizado em organizações contemporâneas, em geral complexas; portanto, com importante grau de divisão do processo de trabalho e integrado em redes de serviços sem que exista uma hierarquia gerencial entre elas. Todas as metodologias de padronização – protocolos, fluxograma, cadeias de cuidado e acreditação – tentam transportar para os serviços e sistemas de saúde a lógica da linha de produção.

Reconhecem como inevitáveis a fragmentação do trabalho clínico decorrente da multiplicação de especialidades e de profissões de saúde, bem como da existência de inúmeros serviços de apoio diagnósticos e terapêuticos, e sugerem sua integração mediante a constituição de documentos que descreveriam o percurso devido a cada doença ou problema de saúde. Em

cada etapa do processo, haveria um profissional responsável. A transição de uma etapa a outra ocorreria mediante sistemas de regulação ou de referência e contra-referência definidos em protocolos, cabendo ao paciente ou aos seus familiares providenciar o deslocamento e procedimentos administrativos necessários para alcançar a etapa ou estação de cuidado seguinte.

Em geral, esse sistema produz importante grau de desresponsabilização diante de casos concretos, acarretando ainda custos crescentes e retardo no acesso a tratamentos essenciais. O modelo da acreditação e da qualidade total centra sua atenção em equipamentos, fluxos e procedimentos; em geral, não instituindo alternativa para a gestão do caso clínico. O modelo de “gestão gerenciada” investe na gestão da clínica, mas o faz retirando poder de decisão dos clínicos e orienta as decisões segundo normas e protocolos genéricos, incapazes de dar conta da variedade inata do processo saúde/doença. Esses modelos podem apresentar ganhos em eficiência e produtividade, mas tendem a subestimar a eficácia; ou seja, o objetivo primário dos serviços de saúde que é a produção de saúde. Esses modelos de gestão que priorizam o controle são uma resposta à tendência estrutural e histórica constatada nos serviços de saúde de produzirem-se duas linhas de comando: uma da gestão administrativa e do trabalho de enfermagem; e uma outra que pouco coordena e regula o trabalho médico. Esse duplo comando foi bem estudado pela denominada escola estruturalista de administração. Em virtude dessa tendência estrutural de distribuição de poder em serviços de saúde e, particularmente, no hospital, torna-se difícil, senão impossível, constituir departamentos que integrem as distintas profissões e especialidades médicas sob gestão unificada. Em decorrência, costuma haver repetição de exames e elevação da média de

permanência, com o conseqüente aumento de custos. Quando há abandono do tratamento, geralmente, não se registra ou tampouco são acionados mecanismos para melhorar a adesão ao projeto terapêutico. Há ainda dificuldade em realizar-se o atendimento às intercorrências, já que a maioria dos imprevistos costuma ser atendida em outra instância que não aquela encarregada dos casos, geralmente em algum serviço de urgência.

A transferência de ferramentas da qualidade total, a adoção de sistemas de acreditação pouco flexíveis e de diretrizes da “atenção gerenciada” são esforços objetivando reverter esse quadro de dificuldade de gestão do poder das especialidades médicas e de profissionais no cotidiano do hospital. A concepção Paidéia aposta em outra estratégia organizacional e em outra concepção de gestão do trabalho clínico. Além do mais, essas metodologias de gestão supõem que o interesse corporativo dos profissionais sempre dominará sobre seu compromisso com o usuário e com a organização; premissa que justificaria a busca sistemática e permanente de modalidades de controle do trabalho em saúde. Sem descartar a utilização dessas metodologias para padronização, a concepção epistemológica e organizacional denominada de clínica ampliada e compartilhada baseia-se na reconstrução do trabalho clínico segundo um “neo-artesanato”. Considera-se necessário repensar a organização do trabalho clínico objetivando facilitar a construção explícita de responsabilidade macro e microssanitária. Há, de fato, obstáculos políticos, estruturais e culturais para a realização dessas reformas que estimulem e possibilitem a realização de uma clínica singular e compartilhada. Nos sistemas públicos, costuma haver excesso de demanda, além disso, médicos e enfermeiros no Brasil têm múltiplos empregos, predominando formas de contratação para plantões, o que gera uma inserção vertical desses profissionais nos

serviços, com redução do número de médicos e enfermeiros com inserção longitudinal (horizontal no tempo, os denominados diaristas) em enfermarias e ambulatórios. Isso vem produzindo um modo inadequado de inserção particularmente dos médicos e enfermeiros em hospitais públicos. Em consequência, em enfermarias e ambulatórios predomina um regime de trabalho semelhante ao do pronto-socorro, em que uma mesma equipe não se responsabiliza pela atenção ao mesmo paciente durante todo o processo terapêutico. Cresce ainda mais a fragmentação do processo terapêutico, a especialização e a multiplicação de profissões em saúde, tendência que vem aumentando o número de trabalhadores que intervêm em um mesmo caso. Todos esses elementos contribuem em maior ou menor grau para a fragmentação e degradação do trabalho clínico.

Reforma cultural e epistemológica da clínica praticada no hospital: clínica ampliada e co-gestão

A clínica ampliada considera fundamental ampliar o “objeto de trabalho” da clínica. Em geral, o objeto de trabalho indica o encargo, aquilo sobre o que aquela prática se responsabiliza. A Medicina tradicional se encarrega do tratamento de doenças; para a clínica ampliada, haveria necessidade de se ampliar esse objeto, agregando a ele, além das doenças, também problemas de saúde (situações que ampliam o risco ou vulnerabilidade das pessoas). A ampliação mais importante, contudo, seria a consideração de que, em concreto, não há problema de saúde ou doença sem que estejam encarnadas em sujeitos, em pessoas. Clínica do sujeito: essa é a principal ampliação sugerida. Além disso, considera-se essencial a ampliação também do objetivo ou da finalidade do trabalho clínico: além de buscar a produção

de saúde, por distintos meios – curativos, preventivos, de reabilitação ou com cuidados paliativos –, a clínica poderá também contribuir para a ampliação do grau de autonomia dos usuários. Autonomia entendida aqui como um conceito relativo, não como a ausência de qualquer tipo de dependência, mas como uma ampliação da capacidade do usuário de lidar com sua própria rede ou sistema de dependências. A idade, a condição debilitante – hipertensão, diabetes, câncer, etc.“, o contexto social e cultural, e, até mesmo, a própria subjetividade e a relação de afetos em que cada pessoa inevitavelmente estará envolvida. A ampliação do grau de autonomia pode ser avaliada pelo aumento da capacidade dos usuários compreenderem e atuarem sobre si mesmo e sobre o mundo da vida. O grau de autonomia se mede pela capacidade de auto-cuidado, de compreensão sobre o processo saúde/enfermidade, pela capacidade de usar o poder e de estabelecer compromisso e contrato com outros. Essa alteração do “objeto” e do “objetivo” do trabalho clínico exigirá mudança nos meios de intervenção, sejam eles diagnósticos ou terapêuticos. Lidar com pessoas, com sua dimensão social e subjetiva e não somente biológica; esse é um desafio para a saúde em geral, inclusive para a clínica realizada em hospitais. Para que o diagnóstico consiga avaliar a vulnerabilidade, a equipe deverá colher dados e analisar o problema de saúde encarnado em um sujeito em um contexto específico; para esse fim, além de utilizar a semiologia tradicional, será necessário agregar elementos da história de vida de cada pessoa, identificando fatores de risco e de proteção.

A terapêutica não se restringirá, em consequência, somente a fármacos e à cirurgia; há mais recursos terapêuticos do que esses, como, por exemplo, valorizar o poder terapêutico da escuta e da palavra, o poder da educação em saúde e do apoio psicossocial. Estes resultados

– construção de autonomia e de auto-cuidado – somente serão alcançados caso se pratique uma clínica compartilhada, alterando-se radicalmente a postura tradicional que tende a transformar o paciente em um objeto inerte, ou em uma criança que deveria acatar, de maneira acrítica e sem restrições, todas as prescrições e diretrizes disciplinares da equipe de saúde. Desde a construção do diagnóstico – mapa de vulnerabilidade, ao projeto terapêutico, com a clínica ampliada, buscar-se-á construir modos para haver uma co-responsabilização do clínico e do usuário. Para que essa reforma seja possível na prática, a clínica necessitará de recorrer a conhecimentos, já sistematizados em outras áreas, sobre o funcionamento do sujeito quando considerado para além de sua dimensão orgânica ou biológica. A prática clínica necessita de uma nova semiologia e de uma nova terapêutica; parte desses conhecimentos pode ser buscada na Saúde Coletiva, na Pedagogia, Psicologia, Antropologia, Ciências Sociais e Políticas e, até mesmo, em noções de Gestão e de Planejamento. Considerando-se a complexidade desse movimento de ampliação e de reformulação da clínica, é importante reconhecer que realizá-lo dependerá também de uma reforma cultural; da criação de um ambiente de trabalho propício à abertura das estruturas disciplinares em que especialistas e profissionais vêm se encerrando. Há alguns elementos da conjuntura científica e de política de saúde que são favoráveis a estimular essa abertura cultural de médicos e de outros profissionais. Recentemente, a Política “HumanizaSUS”, do Ministério da Saúde, adotou como política oficial parcela dessas diretrizes. Por outro lado, inúmeros estudos científicos têm acumulado evidências favoráveis à valorização do auto-cuidado, do trabalho em equipe interdisciplinar e da consideração de fatores subjetivos e sociais na prática clínica. Entretanto, para que esse processo alcance capilaridade, é importante que cada hospital

incorpore em seu cotidiano dispositivos de educação continuada, que possibilitem uma reconstrução de conhecimentos e das posturas da maioria de seus trabalhadores. Há práticas bem simples de serem adotadas e que têm grande potencial de facilitar o trânsito da clínica tradicional à ampliada. Um desses recursos é a recomendação de que os departamentos ou serviços do hospital elaborem Projetos Terapêuticos Singulares para os casos complexos e com alta vulnerabilidade.

Projeto Terapêutico é uma discussão de caso em equipe, um grupo que incorpore a noção interdisciplinar e que recolha a contribuição de várias especialidades e de distintas profissões. Entretanto, como indica o termo “projeto”, trata-se de uma discussão prospectiva e não retrospectiva, conforme acontecia com a tradição de discussão de casos em Medicina. A noção de projeto indica a intenção de lançar-se no presente em direção ao futuro, depois de uma reflexão sistematizada. O “Projeto Terapêutico Singular” objetiva a realização de uma revisão do diagnóstico, nova avaliação de riscos e uma redefinição das linhas de intervenção terapêutica, redefinindo tarefas e encargos dos vários especialistas. Essa prática iniciou-se em 1990, nos serviços de Saúde Mental de Santos/SP e, posteriormente, tratamos de adaptá-la para outros espaços em que se pratica clínica, como atenção primária, centros de referência e hospitais. Outro recurso muito simples e que favorece o intercâmbio de conhecimentos e estimula a abertura profissional é a prática de visitas interdisciplinares a pacientes internados. Uma ou duas vezes por semana, o profissional responsável pelo caso promove uma corrida de leitos com outros profissionais de sua equipe, ou até com especialistas de outros departamentos, mas que seriam importantes para qualificar a atenção. Exemplo: um serviço de traumatologia poderia promover uma visita a pacientes internados

com a participação do médico, enfermeiro e técnicos responsáveis pelo caso, mas acompanhados por um anestesista, um clínico geral, um fisioterapeuta ou psicólogo. Seria um Projeto Terapêutico peripatético, elaborado enquanto as pessoas caminham. Um terceiro procedimento que não somente educa, mas que também aumenta a democracia institucional e amplia o poder de influência das deliberações é a adoção de uma metodologia de co-gestão (gestão participativa). Adotar o costume de construir protocolos ou diretrizes clínicas sempre buscando sua construção dialógica: a proposta inicial é elaborada pelos especialistas ou encarregados dos problemas, mas, em seguida, institui-se um processo de análise e de re-elaboração do documento pelas equipes e pessoas que serão afetadas pela nova diretriz. O mesmo procedimento processual poderá ser adotado quando da elaboração de planos, projetos ou programas, bem quando da realização de avaliações ou de creditações. Tanto a construção de indicadores como a análise sobre seu significado podem ser realizadas de modo compartilhado e não somente pela chefia ou pelos especialistas.

Esses mecanismos servem não apenas para ampliar o “efeito Paidéia” – efeito pedagógico e terapêutico sobre as equipes – mas também dão maior legitimidade e eficácia às deliberações, planos e protocolos.

A clínica ampliada e a reorganização do poder no hospital: unidades de produção, equipe de referência, apoio matricial e responsável pelo caso

Para que a clínica ampliada possa ser também praticada no hospital, é importante rever a tradição organizacional. Por um lado, aumentar o poder do usuário na gestão e no cotidiano do hospital. Há uma série de dispositivos que ampliam a possibilidade do usuário e de seus

familiares participarem do processo de gestão e dos projetos terapêuticos. Um deles se refere à presença de acompanhantes; somar ao paciente alguém de sua confiança, tanto para companhia e apoio quanto para participar de momentos do projeto terapêutico em que o paciente e clínico julgarem convenientes. A ampliação do horário de visitas em hospitais é fundamental para lograr esse objetivo. Em várias cidades brasileiras, os hospitais e centros especializados ligados ao SUS iniciaram a construção de Conselhos de Gestão tripartite (representação da direção, dos usuários e de profissionais) ou, até mesmo, de assembléias com usuários em que se discutem problemas do serviço, elaboram-se projetos e realiza-se a avaliação do trabalho. As presenças de ouvidores e de espaços de diálogo complementam essas medidas. Por outro lado, é fundamental alterar a lógica atualmente vigente e com a qual se costuma realizar a “departamentalização” em serviços hospitalares. Em geral, os serviços e departamentos voltados para a assistência nos hospitais organizam-se com base em especialidades médicas ou profissões. Essa prática favorece a existência do duplo comando conforme verificada pela escola estruturalista de administração. A concepção Paidéia sugere tomar-se como unidade nuclear de poder gerencial a Equipe Interdisciplinar. Equipes inter-profissões e inter-especialidades organizadas em função de grandes áreas voltadas para uma mesma finalidade e para um mesmo objeto (encargo). Essas equipes têm sido denominadas de Equipe de Referência. Segundo essa concepção, um conjunto de equipes de referência constituiria o novo “departamento” desse hospital reformulado. Esse novo tipo de “departamento” tem sido denominado de Unidade de Produção. São departamentos recortados segundo o objetivo e o encargo (objeto de trabalho) de um conjunto de trabalhadores, independentemente de sua especialidade. As Unidades de Produção recortam

o hospital segundo uma nova lógica, uma racionalidade centrada na integração do processo de trabalho. Assim, alguns hospitais que adotaram essa estratégia criaram novos departamentos como os de Clínica Médica, Pediatria, Urgência, Terapia Intensiva, Traumatologia e Reabilitação, que aglutinam distintos profissionais sobre um mesmo comando e coordenação. Cria-se um gestor único e apoiadores especializados em enfermagem, clínica, planejamento e avaliação, etc.

Para assegurar a gestão democrática dessas Unidades de Produção, agregou-se a esse desenho a proposta de criação de Colegiados de Gestão, em que o gestor da Unidade de Produção se reúne periodicamente com as Equipes de Referência para avaliação, elaboração de projetos e decisões estratégicas. Recomenda-se a constituição de um sistema de co-gestão: a base seria composta pela unidade gerencial básica do hospital, a Equipe de Referência; haveria Colegiados em cada Unidade de Produção e ainda um Colegiado de Gestão Central, composto pela superintendência e gestores das Unidades de Produção. Os usuários ingressariam nesse sistema por meio do Conselho de Gestão do hospital ou da realização de assembléias e de reuniões com objetivos e temas específicos. A estruturação de colegiados de co-gestão visa à construção de espaço onde ocorra a contratação dos objetivos institucionais, elaboração dos planos operativos, acompanhamento e avaliação de processos e resultados, mediante o uso de indicadores. Experiências americanas de aplicação da teoria da qualidade em hospitais apontam como dificuldade o envolvimento dos médicos no trabalho em equipe, assim como na gestão dos custos, sendo que a prática médica é um dos fatores que mais agregam custos aos serviços. No Brasil, não é diferente. Assim como para as demais categorias profissionais, reconhecemos que o sentimento de co-

autoria das melhorias produzidas, o sentido de obra, é um poderoso instrumento para vincular o profissional a uma dada organização e um dado projeto. Os sujeitos que compõem uma equipe podem ser apoiados para identificar e para construir objetos de investimento, isto é, a depositar afetos positivos em aspecto do trabalho clínico que se conectem ao seu próprio interesse e desejo, o que amplia a capacidade de contrato ou de assumir compromissos das equipes. Assim, ao exercer a prática clínica, os profissionais de saúde não necessariamente serão motivados apenas por interesses financeiros ou de carreira, mas também pelo desejo de realizar-se profissionalmente e de serem aceitos como legítimos pela comunidade. Essa ambigüidade é uma evidência contra as concepções que delegam toda a responsabilidade pela qualidade ao gerente ou aos mecanismos de controle. Os médicos, enfermeiros, técnicos, a equipe tendem, de modo complementar, a assumir algum padrão de co-responsabilidade com a eficácia e eficiência do seu trabalho. Essa é a base observacional sobre a qual se assentam as propostas de clínica ampliada e de co-gestão. Facilita bastante à comunicação horizontal a noção de “apoio matricial”, em que um especialista de determinada Unidade de Produção apóia equipe de referência de outra unidade em casos de maior complexidade ou na elaboração de diretrizes clínicas, protocolos e projetos. Um especialista em clínica médica, vinculado à Unidade de Produção Clínica Médica, poderá fazer visitas conjuntas com a Equipe de Referência ou com cirurgiões da Unidade de Produção de Trauma, por exemplo. O “apoio matricial” destina-se também a dar suporte especializado ao gestor e às equipes de uma Unidade de Produção: assim, por exemplo, uma apoiadora de enfermagem poderá apoiar o trabalho em todas as Unidades onde houver trabalho de enfermagem, sem que necessariamente integre essas Unidades de Produção. A clínica

ampliada baseia-se na construção de responsabilidade singular e de vínculo estável entre equipe de saúde e paciente. O contato esporádico e vertical de diferentes profissionais sem um coordenador para cada caso tem acarretado inúmeros transtornos à eficácia e eficiência dos processos terapêuticos. O conceito de profissional de referência é um instrumento importante para a reconstrução dessa clínica ampliada. O profissional de referência é o encarregado da coordenação de uma série de casos, sejam em enfermarias, unidades de urgência ou terapia intensiva, seja em ambulatórios. Valendo-se de mecanismos de adscrição de clientela e constituição de cadastros personalizados, cada profissional de referência terá o encargo de acompanhar as pessoas ao longo de todo seu tratamento naquela organização, providenciando a intervenção de outros profissionais ou serviços de apoio conforme o necessário e, finalmente, assegurando sua alta e continuidade de acompanhamento em outra instância do sistema.

A possibilidade da realização de uma clínica ampliada depende da construção de vínculo entre profissional e usuário. Nesse sentido, todos os dispositivos que facilitem essa interação devem ser adotados. Entre eles, há a possibilidade de reorganizar-se o trabalho de enfermagem, abandonando a tradição parcelar de especialização e de responsabilidade por procedimento, e adotando-se o trabalho centrado no paciente: cada grupo de técnicos de enfermagem e de enfermeiros se encarrega de um grupo definido de pacientes, buscando-se uma abordagem ampliada da atenção e do cuidado de enfermagem.

Resumindo: para a concepção Paidéia, é tão importante e estratégico proceder-se à reorganização estrutural do hospital quanto instituírem-se novos padrões de micro-gestão do

trabalho clínico. Somente que aqui a gestão da clínica é realizada, centralmente, pela Equipe de Referência e pelo coordenador de cada caso.

Paradoxo: autonomia de gestão e integração em rede ao sistema de saúde

O hospital é uma organização complexa. Há ampla bibliografia indicando que seu funcionamento adequado depende de modelos de gestão que lhe assegurem importante grau de autonomia. O hospital necessitaria de agilidade e presteza na compra de insumos, na administração de pessoal e na definição de programas para incorporação de tecnologia. Quando inserido em regime de mercado, o hospital poderia, em maior ou menor grau, também selecionar sua clientela, definindo quais problemas de saúde seriam ou não atendidos em função de seu equilíbrio orçamentário e interesse financeiro. Vários estudos indicam que há problemas de eficácia e de eficiência na gestão de hospitais ligados ao SUS. Quando se trata de hospitais públicos, os diagnósticos tendem a atribuir à rigidez e à burocratização da administração pública direta a principal responsabilidade por esse desempenho inadequado. A solução sugerida costuma ser a de ampliar a autonomia desses hospitais com administração direta mediante uma radical reforma administrativa. A solução seria atribuir aos hospitais da administração direta um status organizacional que os aproximasse dos hospitais filantrópicos: reformas que os transformassem em organizações privadas, mas com potencial caráter público: Organização Social e Organização Social Civil de Interesse Público são as propostas mais fortes, ainda que existam situações híbridas em que há uma mistura da administração direta com organizações privadas, como são as Fundações de Apoio existentes em inúmeros hospitais públicos. Todas essas soluções

privilegiam a racionalidade gerencial interna, descuidando-se da integração de novos organismos mais ou menos autônomos ao Sistema de Saúde. Observe-se, contudo, que os Hospitais Filantrópicos, ainda quando desfrutem de relativa autonomia gerencial, também apresentam sintomas de crise. Nesse caso, os analistas tendem a atribuir ao financiamento e ao padrão de gerência, considerados inadequados, a responsabilidade pelos resultados insatisfatórios. A receita estaria na adoção de pacotes gerenciais na linha da qualidade total, acreditação e outras modalidades de controle interno. Por outro lado, a doutrina fundadora do sistema público identifica o hospital como fazendo parte de uma rede de atenção à saúde, devendo funcionar em articulação estreita com outras organizações (centros de saúde, equipes de vigilância em saúde, policlínicas, etc.). A lei orgânica que regulamenta o SUS também prevê que os hospitais deveriam funcionar integrados a uma rede hierarquizada e regionalizada de serviços, tendo inclusive que pactuar seu papel e sua responsabilidade sanitária com os gestores públicos, mediante a definição de mecanismos de acesso e de relação com outros serviços. Observe-se que essas duas recomendações têm efeitos paradoxais já que sugerem movimentos em sentidos diferentes: funcionamento com autonomia ou funcionamento em rede. Integrar uma rede, em tese, será sempre um modo de diminuir a liberdade dos componentes de um sistema. Poder-se-ia considerar que a recomendação de integração é típica do pensamento sistêmico, particularmente quando articulado a políticas públicas, constituindo-se em um discurso característico das correntes socialistas, social-democratas e trabalhistas, bastante influentes em todos os países que constituíram sistemas públicos de saúde, em geral, até o final dos anos oitenta do século XX. Já a ênfase na autonomia remonta às duas últimas décadas do século passado, e aparece

articulada à doutrina neoliberal, que recomendava, em linhas gerais, maior respeito à dinâmica de mercado, privatização de serviços públicos, constituição de organizações autônomas, submetidas a mecanismos de concorrência. Esse receituário, em teoria, seria potente para estimular correções de rota, já que seriam eliminados os modelos de gestão tradicionais dos sistemas públicos, considerados ineficazes e ineficientes. Vale debruçar-se de modo mais reflexivo sobre a maneira polarizada como essa discussão veio se armando nos últimos trinta anos. Cada um desses lados do espectro ideológico tratou de esgrimir princípios e valores quando da construção tanto de um diagnóstico da crise que realmente atingiu sistemas públicos de bem-estar e o denominado socialismo real quanto de soluções para aqueles impasses. Na prática, parece que essa polarização favoreceu a inércia, dificultando a invenção de novos modelos de gestão e de funcionamento para os sistemas públicos de educação, saúde e segurança pública. Os defensores dos sistemas públicos tenderam a subestimar a crise, atribuindo-a a fatores conjunturais – inépcia de governantes, financiamento insuficiente, cultura clientelista – permanecendo, portanto, incapazes de sugerir reformas estruturais que recompusessem o modelo de gestão e de atenção dos sistemas públicos, resgatando-os da burocratização e apropriação privada de recursos em que, de fato, haviam caído. Os ideólogos de mercado tenderam ao outro extremo, imaginaram como única solução distintos graus e formas de privatização e de desregulamentação de direitos. Esqueceram -se que havia experiência histórica, em vários países, como nos Estados Unidos da América, indicando os possíveis desdobramentos desse estilo de política: em geral, tendentes a aprofundar diferenças sociais e expor a maioria, bem como o planeta, a graus importantes de exploração e de degradação. De qualquer modo, nenhuma dessas correntes

buscou inventar uma reforma que salvasse os sistemas públicos com base no passado, reforçando elementos positivos verificados em várias experiências, e abrindo espaço para novos arranjos organizacionais onde fosse necessário. Seria tempo de se inverter essa lógica. Buscar novos desenhos para políticas públicas de modo bem mais indutivo – refletir com abertura sobre evidências positivas e negativas acumuladas sobre modelos de gestão e de atenção dos sistemas públicos –, de modo a constituir-se uma análise desse contexto menos ideológica, ainda que não desconsiderando valores fundamentais a cada sistema. No caso do SUS, o direito à saúde, o funcionamento em rede hierarquizada e regionalizada, a integralidade da atenção e a gestão participativa. No entanto, não bastaria, ainda que seja essencial, alcançar-se diagnóstico mais elaborado, em acordo à complexidade do tema. Seria importante buscarem-se novos caminhos, diretrizes que potencializem o bom desempenho do SUS. Por bom desempenho entenda-se um sistema com capacidade para interferir positivamente no bem-estar da população. No caso do SUS, poder-se-ia pensar em quatro diretrizes orientadoras de qualquer avaliação de desempenho: primeiro, produzir saúde (eficácia) de modo universal, mas operando de modo eqüitativo – a cada um de acordo com seu problema ou necessidade; segundo, organizar um sistema capaz de ampliar o coeficiente de autonomia dos usuários, entendendo autonomia como capacidade para compreender e para lidar com a rede de dependência a que cada pessoa ou agrupamento estarão sempre submetidos, autonomia como conceito relativo, não absoluto; terceiro, um sistema que reduzisse ao máximo o dano resultante de suas intervenções, no caso, o controle social, a iatrogenia, etc.; quarto, um sistema eficiente, que produzisse ações de saúde sempre com o menor custo possível.

Adotando-se esse tipo de metodologia, poder-se-ia buscar a composição indutiva de uma série de diretrizes e de características (arranjos organizacionais e da clínica conforme viemos sugerindo) que orientassem a composição do que seria um futuro hospital do SUS. Pensar elementos para uma reforma política e administrativa das organizações de saúde do SUS que superassem os entraves típicos da administração direta brasileira, mas que não implicassem adoção de normas de mercado para os serviços públicos. O Estado não poderá assumir apenas a função de regulação. Isso implica acrescentar à lei orgânica do SUS novos elementos que inventem uma nova organização para os estabelecimentos do SUS, diferente da administração direta tradicional, mas sem privatização de funções públicas. Nessa perspectiva, haveria hospital ou estabelecimento do SUS sob gestão estadual e municipal (excepcionalmente, também sob gestão federal).

Retomando o paradoxo entre ganho de autonomia e inserção do hospital no sistema de saúde, é necessário delimitar o âmbito dessa autonomia. É verdade que os mecanismos de gestão dos recursos financeiros e materiais demandam a incorporação de novas tecnologias e maior flexibilidade administrativa. Assim também, os instrumentos hoje instituídos para a gestão de pessoas não têm sido capazes de viabilizar mudanças substantivas no modo de produzir saúde; portanto, nesses campos, a autonomia deve ser ampliada. Finalmente, a hoje quase absoluta autonomia para definição dos objetivos assistenciais do hospital, a nosso ver, deveria ser diminuída, submetendo-se o hospital à lógica da contratação e co-gestão dentro do sistema de saúde.

Redefinição do papel do hospital: desospitalização, apoio e cogestão com a rede de serviços

Ainda que o número de leitos hospitalares no Brasil venha diminuindo<sup>6</sup>, a incorporação de tecnologias que redefinam a utilização do hospital dentro da rede de saúde tem sido feita no SUS de modo gradativo, talvez pudesse até ser considerado lento. As respostas frente às pressões de incorporação de procedimentos de alto custo acontecem em ritmo mais acelerado do que para procedimentos que atendam à desospitalização. Ao contrário do sistema suplementar de atenção à saúde e de vários países, as modalidades assistenciais extra-hospitalares, seja no ambulatório ou no domicílio, não têm sido estimuladas de modo suficiente para redefinir o papel do hospital no sistema de saúde. Um dos principais motivos que tem levado a expansão mundial no cuidado extra-hospitalar é, sem sombra de dúvida, o menor custo dessas ações em relação ao tratamento intra-hospitalar. O envelhecimento da população e a necessidade de cuidados permanentes demandam racionalização dos custos, mas também outras questões como o desenvolvimento tecnológico que permite a abordagem ambulatorial ou domiciliar com segurança e, ainda, a aceitação que essas formas de tratamento vêm obtendo por parte dos pacientes. Dessa maneira, o hospital tenderá a se responsabilizar cada vez mais por doentes graves e procedimentos complexos. O Brasil não realizou uma reforma sistêmica do sistema hospitalar, optando por desencadear medidas complementares, mas relativamente isoladas. Isso tem feito com que as políticas provoquem menor efeito – já que programas isolados tendem a não demonstrar a possibilidade de um novo rumo.

À exceção da Saúde Mental, que pode ser caracterizada como reforma de modelo de atenção, na área hospitalar, isso não aconteceu no SUS. As diretrizes para redimensionar o

porte dos hospitais, os mecanismos de contratação interna e externa e as novas modalidades assistenciais são compreendidos como ações isoladas e dependendo de financiamentos específicos. Apesar da insuficiente indução das políticas, as experiências de serviços substitutivos ao hospital têm crescido no país, a partir dos municípios ou dos próprios hospitais. No entanto, não será possível avançar na redefinição do papel do hospital no sistema de saúde se as políticas não forem integradas, novas modalidades assistenciais inseridas no modelo de atenção, com ênfase em tecnologias menos invasivas e de alta resolutividade.

Paradoxo: mecanismos de controle e democratização organizacional

Para que se alcance uma nova instituição hospitalar no SUS, são necessárias mudanças do modo de produzir saúde, mas isso não será possível sem que o modelo de gestão seja coerente, uma vez que a finalidade deve estar articulada com seus processos mediadores. Tendo como referência que as finalidades da gestão e do trabalho são atender os usuários e melhorar suas condições de saúde, a realização profissional dos trabalhadores e a reprodução social da instituição, a reforma do hospital necessitaria de mudanças nessas três dimensões. As mudanças administrativas implementadas nos hospitais brasileiros quase sempre conservam as suas características anteriores. Não basta passar da administração direta à indireta se permanecem as linhas de mando baseadas nas profissões, a centralização das decisões e o baixo compartilhamento pelos resultados. Na experiência francesa de contrato de gestão, o foco da ampliação da autonomia dos hospitais foi a responsabilização dos quadros dirigentes, o que já é muita coisa. No entanto, a contratação interna ao hospital,

no microcosmo das unidades de produção, é essencial. As diretrizes para a prática de uma clínica compartilhada implicam, do mesmo modo, que se pratique a co-gestão entre profissionais e dirigentes. O trabalho em equipe interdisciplinar não se dá sem a presença de arranjos organizacionais que o sustentem e é necessário buscar novas formas de inserir os profissionais no trabalho de produzir saúde. Os principais arranjos organizacionais acima apresentados – a gestão compartilhada em colegiados, a constituição das unidades de produção e o apoio matricial –, ganham dinamismo quando se utiliza a metodologia dos “contratos de gestão” para operacionalizar esse paradoxo entre autonomia relativa e necessidade de integração e de coordenação de cada parte com o todo. Poucas instituições hospitalares têm se preocupado em investir em espaços de gestão compartilhada, fazendo a opção pelas normas e não pela construção de sujeitos autônomos. Aqui, é importante considerar que mesmos resultados mostrados em indicadores podem contar histórias bastante diferentes acerca do significado que agregaram às vidas de muitos trabalhadores da saúde. Retomando o tema da autonomia dos hospitais, mais difícil do que alcançar a agilidade administrativa é a gestão de pessoal. Nesse campo, definitivamente, o setor público encontra grandes dificuldades para a consecução de um projeto socialmente legitimado.

Para que o gradiente de autonomia do hospital seja estabelecido, além do óbvio respeito à legislação pertinente, a adoção de uma metodologia com base em contrato de gestão pode desempenhar papel fundamental. Os países que promoveram grandes reformas no setor hospitalar lançaram mão dele, como instrumento de definir os objetivos tanto assistenciais como de gestão. No Brasil, a utilização dos contratos de gestão na área hospitalar tem se apegado mais a indicadores de produção (o que é absolutamente necessário), a mecanismos

de certificação de qualidade e valorizado menos o modo de produção em saúde e a integração do hospital ao sistema de saúde; fato que é atestado pela pequena participação do gestor local nesses processos.

É possível trabalhar-se com duas formas de contrato de gestão: uma entre o hospital e o gestor do SUS e outra interna, entre as unidades de produção e a direção. Nos dois casos, a abrangência da contratação deve se dar sobre o objeto e sua tradução em objetivos e metas, a eficácia e eficiência da clínica. Identificando-se mecanismos de aferição e avaliação de resultados. O objeto do contrato de gestão entre hospital e gestores deve conter cláusulas relacionadas à ampliação do acesso e qualificação da atenção, valorização dos trabalhadores e implementação de gestão participativa, além da sustentabilidade do projeto institucional. Para que a mudança se efetive, é necessário que o contrato de gestão estimule a descentralização do poder, à medida que amplia a co-responsabilidade pelos resultados e pelo uso dos recursos, assim como a expressão e criatividade dos sujeitos acerca de sua prática profissional. A sua articulação com uma política de pessoal que remunere desempenho é fundamental, de modo a agregar mais valor perante o corpo de trabalhadores. Outras finalidades dessa forma de compartilhamento da gestão são orientar a agenda do gerente/gestor e aprimorar a comunicação institucional.

### III - DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS

#### Objetivo Geral

- Avaliar os processos de mudança organizacional em dois hospitais utilizando a metodologia do Apoio Institucional Paidéia e os efeitos na reorganização da gestão hospitalar, na melhoria da gestão da clínica e na reflexão dos sujeitos sobre sua prática.

#### Objetivos Específicos

- Investigar os efeitos produzidos pelo curso/intervenção utilizando o Método de Apoio Institucional Paidéia dos na forma com que os profissionais concebem o processo de gestão compartilhada e a clínica ampliada no hospital;
- Analisar a coerência entre os objetos eleitos pelos sujeitos para realizar intervenções nas unidades produtivas, como aplicação do curso de gestão hospitalar e do Apoio institucional;

A escolha do Hospital de Clínicas da Unicamp- Campinas/SP e do Hospital de Urgências de Sergipe - Aracaju / SE para inserção no presente estudo justifica-se pelo fato de que ambos passaram por processos de reforma dos referenciais de gestão hospitalar e da gestão da clínica, reformas que trazem em seu bojo características organizacionais semelhantes, as quais estão contempladas no objeto do presente projeto de pesquisa.

## .IV- METODOLOGIA

### IVa. Referenciais Teóricos para a metodologia de pesquisa

Os processos em saúde, no campo da gestão ou da assistência caracterizam-se pela participação intensiva e determinante dos sujeitos, por esta razão, sendo permeados pelas dimensões social, ideológica e subjetiva. Portanto, pesquisar sobre mudanças de paradigmas na prestação de serviços de saúde implica em utilizar uma metodologia, no sentido expresso por Minayo de “caminho e instrumental próprios de abordagem da realidade”, a qual “inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e também o potencial criativo do pesquisador.” (1992a)

Os referenciais teóricos desta pesquisa situam-se no campo da pesquisa qualitativa com caráter participativo e com a pretensão de interferir sobre a realidade dos sujeitos envolvidos, característica da pesquisa-ação e da pesquisa- intervenção.

Os conceitos inovadores de gestão em saúde desenvolvidos por nós na revisão bibliográfica subsidiam a opção por uma metodologia de pesquisa qualitativa, com outra característica metodológica, a de debruçar-se sobre processos de mudança institucionais, conferindo-lhe um conteúdo de pesquisa - ação.

Segundo Thiollent, uma pesquisa participante nem sempre adquire o papel de pesquisa-ação, esta como uma “forma de ação planejada de caráter social, educacional, técnico ou outro...” (1985) Ou indo além, a pesquisa-ação como “um tipo de investigação social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou

participativo.” (Thiollent, 1987) A perspectiva não é de pesquisar as pessoas, mas a situação social e os problemas encontrados, inclusive definindo-se a abordagem dos problemas através de uma priorização coletiva.

A pesquisa- intervenção difere da pesquisa-ação clássica, no sentido da abrangência social do objeto, voltando-se mais para a atuação micropolítica, ou no dizer de Rocha (2006a) “o campo de intervenção só se constitui como tal no momento em que as experiências locais podem entrar em análise à luz da contextualização sócio –histórico - política. Isso significa que os efeitos das práticas são tomados na sua complexidade, desconstruindo dualidades, determinismos, individualizações psicologizantes, e o que ganha consistência é uma analítica dos modos de produção da existência na comunidade.

A pesquisa-intervenção constitui-se numa derivação da pesquisa – ação para o interior das instituições, enquanto esta se detém mais no aspecto da intervenção no âmbito da sociedade. As análises macropolíticas continuam relevantes “pois nos situam nas forças conjunturais atravessadas nas práticas, sendo também imprescindível colocarmos uma lupa nas relações e nos efeitos dos atos que encarnam as políticas mais amplas, afirmando-as no dia-a-dia e fazendo-as avançar. A perspectiva micropolítica não despreza a razão, a consciência, mas considera que não são suficientes para provocar mudanças, dando atenção às ações, à sensibilidade e ao que pode fazer diferença.” (2006b)

Para Massuda em sua Dissertação de Mestrado, “ambas, entretanto, não consideram a possibilidade de o pesquisador trazer elementos de fora do grupo para a produção de intervenções. Ressalta-se, nesse aspecto, a diferença ao se utilizar o método do apoio Paidéia na produção de uma pesquisa participante do tipo pesquisa-ação ou pesquisa-

intervenção, tendo em vista que esse método considera a possibilidade de o apoiador apresentar ofertas externas ao grupo como elementos legítimos para a produção de intervenções.

O método do apoio Paidéia apresenta aproximações substantivas com a pesquisa-ação no que diz respeito ao envolvimento do pesquisador com o grupo, e em relação à dimensão social e política das intervenções. Entretanto, a aproximação é ainda maior com a pesquisa-intervenção, em função de considerar a intersubjetividade como aspecto constitutivo da produção dos sujeitos e dos coletivos. Porém, apesar das aproximações, considera-se que a utilização do apoio Paidéia modifica a pesquisa-intervenção. Por isso, optou-se por caracterizar a presente pesquisa como “Pesquisa intervenção *tipo-apoio*”, a qual é descrita como uma pesquisa prática, tipo pesquisa-intervenção, que objetiva a produção de conhecimentos científicos mediante o processo de intervenção junto a coletivos organizados, em que se utiliza o método do apoio Paidéia.”(2010, Dissertação de Mestrado)

#### IVb. A modelagem dos Cursos de Gestão Hospitalar enquanto elemento da pesquisa - intervenção

O formato dos cursos de Gestão Hospitalar realizados nos dois hospitais em análise – Hospital de Urgências de Sergipe e Hospital de Clínicas da Unicamp, articulados com projetos de intervenção sobre a realidade dos participantes e com mecanismos de apoio institucional, pressupõe a vontade de operar mudanças institucionais no campo da gestão e da atenção hospitalares com o envolvimento dos sujeitos implicados. Outra fonte de referência é a investigação avaliativa, que pretende analisar a pertinência, os fundamentos teóricos e a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, assim como as relações

existentes entre a intervenção e o contexto no qual se situa. (Hartz,org, 2004a) Pretendemos aprofundar a análise dos efeitos de uma ação/ intervenção nas realidades dos dois hospitais (o curso de Gestão Hospitalar e o Apoio Institucional, concorrendo com os processos de reorganização da gestão).

Nos dois cursos as aulas teóricas foram ministradas por professores com reconhecida experiência no assunto e as atividades práticas e de educação à distância (no caso do HC - Unicamp) foram acompanhadas por tutores de aprendizado. Foram trabalhados temas relativos às tendências contemporâneas da atenção hospitalar; pressupostos, conceitos e experiências relativas à construção de mudanças na gestão e na organização da atenção hospitalar; organização produtiva dos serviços de saúde; construção de redes assistenciais; trabalho em equipes multiprofissionais, gestão da educação e do trabalho em saúde; gestão das informações epidemiológicas e assistenciais; gestão de incorporação tecnológica, gestão de suprimentos e temas afins.

A metodologia pedagógica do curso utilizou como referencial o Método de Apoio Paidéia, o qual estimula uma relação dialogada entre as ofertas teóricas dos professores, as experiências vividas e os saberes trazidos pelos profissionais/alunos. Na prática, esta concepção caracteriza-se pela utilização de material didático oriundo da vida cotidiana das equipes, o uso de casos relativos à gestão e a assistência, aproximando a teoria da prática do hospital por meio do desenho e implementação de projetos de intervenção nas unidades de saúde participantes desde o início do Curso e desenvolvidos durante todo o processo de ensino e aprendizagem. A construção de projetos de intervenção na realidade do contexto do

hospital baseada na vivência dos profissionais integrou o componente aplicativo do curso, numa relação dialética entre teoria e prática. A metodologia do curso contemplou o apoio aos profissionais/alunos e às equipes de suas unidades de produção, na elaboração de diagnóstico situacional e projeto de intervenção compartilhados.

As diretrizes gerais para elaboração do projeto de intervenção para os dois cursos foram as seguintes:

- Identificação dos especializandos, do projeto e do local de realização (Unidades de Produção – UP).
- Contextualizar a Unidade produtiva onde trabalhavam e levantar dados da história do local.
- Análise crítica sintética do diagnóstico compartilhado – quais as situações que precisariam ser mudadas segundo metas e o referencial adotado.
- Justificativa do Projeto proposto com base no diagnóstico. Motivações para o projeto: Prioridades para mudança segundo o impacto na assistência, o grau de governabilidade, relevância para o grupo da UP e prioridade no projeto institucional do Hospital. – listar até 5
- Plano operativo (ações, objetivos, metas, viabilidade, indicadores, prazos etc). No caso de existirem propostas concretas de atuação, inseri-las no plano operativo.
- Processo de implementação do plano operativo e resultados - Descrever e analisar o processo, ações realizadas, mudanças ocorridas, limitações, inesperados, relacionamento e envolvimento da e com a equipe etc. Análise e conclusões.

- Reflexões e articulações possíveis do projeto e da prática de intervenção com conceitos discutidos no curso.
- Aproveitamento pessoal e para a equipe.
- Possíveis continuidades ao trabalho que foi realizado, responsáveis, prazos e como o projeto será monitorado.

A aplicabilidade dos resultados da pesquisa dependeu do quanto ela conseguiu articular-se com os sujeitos envolvidos na definição das políticas e com os usuários das mesmas políticas para a organização dos serviços e a produção das ações de saúde. É importante ressaltar que não se pretendeu analisar o comportamento dos sujeitos envolvidos, mas avaliar sua capacidade reflexiva e de alteração da prática, sem que o pesquisador estivesse preocupado com a contaminação destas análises sobre o resultado, ao contrário, os apoiadores (inclusive a pesquisadora) nos colocamos como sujeitos a interagir com outros sujeitos.

No debate sobre os diferentes paradigmas para a pesquisa, Lincoln e Gubba colocam que as correntes de pensamento enfrentam dificuldades em aspectos tais como a natureza do conhecimento e como lidar com a voz dos sujeitos na pesquisa. (2006) Pretendeu-se nesta investigação buscar um aporte metodológico que considerasse a realidade social, mas ao mesmo tempo considerasse as reconstruções sociais que se fundem em torno de algum consenso e geram um novo conhecimento. E o pesquisador não buscou ser um sujeito oculto sem distinção dos participantes, nem um “cientista desinteressado”, conforme sugeriram estes autores. Buscou-se uma subjetividade crítica, o saber prático e o conhecimento vivo.

Em relação ao uso da entrevista, pretendeu-se que o roteiro permitisse disparar pontos centrais que interessavam ao objeto da pesquisa, tais como a percepção acerca do processo

de mudança e as dimensões da gestão, da assistência e da significação subjetiva dos sujeitos acerca dos novos pactos organizacionais e subjetivos.

Segundo Minayo, o roteiro de entrevista na pesquisa qualitativa deve permitir a apreensão do ponto de vista dos diferentes atores sociais envolvidos e orientar para uma “conversa com finalidade”. (1992b)

Elaboramos um roteiro de entrevista semi-estruturada (ANEXO II) que visava solicitar do entrevistado sua percepção e sua opinião acerca do que mudou, sobre os instrumentos de gestão utilizados e dos conteúdos teóricos ofertados por meio do curso para subsidiar o processo de inovação. A partir do dito, estimulou-se o aprofundamento dos pontos que se revelavam necessários para a aproximação do objeto da pesquisa.

#### IVc. O trabalho de campo e a análise do material

O trabalho de campo envolveu três modalidades principais de coleta de dados a partir do segundo semestre de 2010. Uma delas foi a realização de 20 entrevistas, 10 em cada um dos hospitais da pesquisa, nas quais participaram sob explícito consentimento, profissionais desempenhando funções gestoras e inseridos nos processos de mudança de forma ativa, participantes do curso de gestão hospitalar e encarregados de apoiar a implementação de novos dispositivos e arranjos de gestão e atenção hospitalares.

A escolha deste grupo de profissionais foi intencional e está justificada pela função estratégica que os gestores desempenham ao garantir diretrizes organizacionais orientadoras do modelo de gestão em instituições que tradicionalmente estão formatadas para a prática de uma gestão centralizada, calcada na organização das profissões e na baixa responsabilização pela continuidade do cuidado aos pacientes. Existe tendência à conservação dos componentes instituídos na forma de gerenciar hospitais, portanto o prognóstico das mudanças está relacionado ao grau de compreensão e significação ocorrida entre o corpo dirigente.

Entre estes profissionais (10 em cada hospital), buscou-se a representação das várias profissões da saúde, inserções nas diferentes áreas produtivas do hospital (áreas finalísticas, de apoio técnico e administrativo), docentes e não docentes no caso do Hospital de Clínicas da Unicamp. O tamanho da amostra na pesquisa qualitativa, segundo Minayo não segue um critério quantitativo em busca da generalização, mas “o aprofundamento e abrangência da compreensão seja de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma

política ou de uma representação.” (1992c) Para que fosse possível melhor apreender a realidade, utilizamos outras fontes de dados, multiplicando as tentativas de abordagem do objeto.

A segunda modalidade de abordagem do objeto foi a análise temática dos projetos de intervenção nos serviços realizados como ação do curso, mediante apoio institucional de tutores horizontais. Nossa hipótese era que a partir da oferta teórica e do apoio para a prática, fosse possível modificar a organização do processo de trabalho num determinado sentido, ou seja, para um novo referencial da gestão e da assistência. Finalmente, a terceira modalidade foi a coleta e análise de documentos institucionais, tais como os de diretrizes, normas, portarias e outros elaborados com a finalidade de instrumentalizar o processo de mudança em cada um dos hospitais.

Para que existisse confiabilidade nas informações obtidas por meio das entrevistas, as mesmas foram áudio – gravadas e posteriormente transcritas para objeto da análise e interpretação dos dados. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participação nas entrevistas encontra-se no ANEXO III.

O tratamento e interpretação do material produzido em campo foram realizados tendo como pano de fundo a hermenêutica – dialética, metodologia que busca interpretar as falas dos sujeitos à luz da sua práxis. Segundo Minayo, “a compreensão do sentido orienta-se por um consenso possível entre o sujeito agente e aquele que busca compreender”. (1992d) Isto significa que na intersubjetividade entre pesquisador e agentes da pesquisa a compreensão do sentido do que é dito está imersa na historicidade dos contextos do analista e do sujeito. A

aproximação entre hermenêutica e dialética está na historicidade com que estes caminhos do pensamento lidam com a interpretação do discurso e da ação prática. O roteiro da entrevista aborda a percepção do sujeito, a sua prática e a valorização positiva ou negativa acerca dos conteúdos do novo modelo de gestão hospitalar.

Os cuidados tomados para validade da pesquisa implicaram em reduzir a contaminação da interpretação calcada no contexto do pesquisador, daí a necessidade de lidar com o mundo real e cotidiano dos sujeitos, a partir da práxis nos serviços de saúde, seja na assistência ou na gestão.

#### Material e métodos

Este projeto de pesquisa utilizou como material de estudo e análise os seguintes elementos:

- a) Documentos produzidos pela superintendência do Hospital de Clínicas e pela Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe – Fundação Hospitalar de Saúde, a saber – instruções normativas dispendo sobre as diretrizes para formação de colegiados gestores nas unidades de produção; regulamentação dos contratos de gestão e outros – acerca do novo modelo de gestão e organização das unidades produtivas;
- b) Material pedagógico utilizado nos cursos/intervenção de Gestão Hospitalar, organizado pela direção do HC, da SES/ Sergipe ou pelos apoiadores e/ou professores;
- c) Material advindo de entrevistas com os dirigentes participantes dos Cursos de Gestão Hospitalar.

## V- RESULTADOS

### Va. Caracterização dos hospitais sob análise

Com a finalidade de caracterizar a gestão dos dois hospitais sob análise e demonstrar sua identidade com o modelo hegemônico de organização hospitalar, aplicamos o mesmo diagnóstico de levantamento de situação utilizado para os hospitais federais, com a diferença de que as informações foram obtidas por meio de entrevistas com a alta direção institucional. No caso do Hospital de Clínicas da Unicamp os entrevistados foram o Superintendente e os coordenadores da Assistência e da Administração e no caso do HUSE, o Diretor Geral e os apoiadores institucionais da Fundação Hospitalar de Saúde que vivenciaram o processo de mudança desde o seu início.

#### a- O Hospital de Clínicas da FCM / Unicamp

O HC é subordinado à Faculdade de Ciências Médicas, unidade da autarquia Unicamp e segue as normas da universidade para administração de pessoal e fluxo de informações. O órgão máximo decisório é o Conselho Universitário, cuja composição é 70% de docentes eleitos por seus pares, sendo que a pauta das reuniões era na maior parte das vezes composta por temas não vinculados a assistência a saúde.

A área da saúde era pouco representada, na opinião dos dirigentes hospitalares, e havia dificuldade de focar a discussão na área assistencial, apesar do seu crescimento nas últimas duas décadas a partir de recursos do SUS. Por outro lado, a conquista da autonomia universitária vinculou os recursos globais da universidade e aumentou muito a

disputa interna pelos mesmos. Acreditava-se que as possibilidades de continuidade de crescimento a depender do orçamento próprio da Universidade eram limitadas, e que só haveria crescimento com financiamento externo e sustentabilidade. A finalidade do HC de formar pessoal para o SUS, assistir para ensinar e realizar pesquisa encontrava dificuldades de concretizar-se de modo satisfatório. Havia demanda para que o Conselho Universitário discutisse a proposta de criar uma nova estrutura jurídica para a área da saúde. A experiência com a fundação de apoio privada existente mostrou vários problemas na área de pessoal, com custos mais elevados e ações trabalhistas, exercendo um papel complementar à administração autárquica nas áreas de logística e de pessoal. Existia um movimento para a mudança do formato jurídico, algumas áreas reconheciam que a saúde necessitava de outro modelo, mas com resistência do sindicato dos trabalhadores e dos alunos. Discutia-se também a subordinação à Secretaria de Estado da Saúde, não havendo consenso sobre a questão, inclusive com a alternativa de permanecer o HC na universidade, com programação orçamentária anual do projeto assistencial.

Pelo organograma do hospital, o poder decisório ainda era muito concentrado na superintendência, e era preciso descentralizar, avançar na integralidade das ações como na organização funcional da pediatria naquele momento, onde os serviços da atenção à criança e adolescente articulavam-se sob a mesma coordenação. Na opinião dos dirigentes, as decisões deveriam ser tomadas a partir da base. A Universidade detém uma tradição de instâncias colegiadas, citou-se que havia um Conselho de Administração no hospital, que na verdade não funcionava como instância de decisão. Existiam à época 2 conselhos: o Conselho Superior que se reúne 4 vezes ao ano para traçar as diretrizes do

HC e não se envolve no operacional e é composto por 70% de docentes e a o Conselho Executivo,criado recentemente, mas avaliava-se que o mesmo ainda dependia muito das decisões do Superintendente e dos chefes de Departamento. Era feita uma consulta à comunidade para indicação do Superintendente do hospital e a reitoria geralmente acatava o resultado desta consulta, para um mandato de 4 anos, com o pré-requisito de que seja um docente com título de Doutor, sem possibilidade de recondução.

A estrutura funcional atual contava com a figura de chefe de clínica, eleito pelos conselhos de departamentos da FCM para coordenar a gestão assistencial das unidades. Estava em andamento a construção das unidades produtivas, com a junção de atividades afins. Este processo era incipiente e o processo de tomada de decisões estava muito centrado na superintendência, sem a existência de um colegiado de gestão hospitalar. O coordenador da Unidade de Produção era indicado pela equipe, nem sempre era o chefe de departamento, mas há um processo de negociação. No futuro pretendia-se alterar o organograma.

A capacidade operacional do HC destina estava totalmente destinada ao SUS, mas a relação direta com os outros hospitais do sistema de saúde era pequena, acontecia mais por meio da Diretoria Regional de Saúde, uma vez que se encontrava sob gestão estadual. O perfil assistencial era de complexidade terciária e pela contratualização com os gestores do SUS, enquanto hospital de ensino deveria participar de todas as redes assistenciais, organizações mais normativas do que funcionais. A disponibilização das consultas especializadas ambulatoriais para agendamento controlado pela DRS tinha sido ampliada

nos últimos anos, impulsionada pela contratualização referida. Os entrevistados avaliavam que o pronto socorro atendia uma demanda que não seria para hospital terciário e ao mesmo tempo existiam grandes filas para transplantes e outros procedimentos complexos (Neurocirurgia, cardiologia). O HC estava articulado com a central de vagas estadual para solicitar vagas para internação e receber encaminhamentos, principalmente de outros municípios da região. A regulação feita pelo estado não era considerada adequada, uma vez que muito centralizada, abrangendo grande região, com pouca interação e planejamento dos serviços. Por um período ocorreu a compra de leitos clínicos e de UTI em um hospital filantrópico para oferecer retaguarda ao Pronto Socorro. O sistema de vaga zero para a emergência no município estava instalado, a partir da regulação do SAMU municipal<sup>3</sup>, sendo que no caso de não haver mais vagas na emergência, o paciente é levado para o hospital menos lotado.

O processo de trabalho assistencial era baseado nas diferentes profissões, existindo um movimento para sua integração e para dotar a atenção à saúde de um caráter multiprofissional. Estavam em construção protocolos os quais passariam a fazer parte dos contratos de gestão internos ao HC, mas com dificuldades para organizar a relação entre especialidades que tinham procedimentos comuns. Entendia-se como necessária a coordenação entre ensino e assistência, uma vez que a reorganização do processo de trabalho nos serviços demanda alterações no ensino e este também uma nova formatação dos processos assistenciais. O hospital possuía um contrato de metas vinculado a um

---

<sup>3</sup> Vaga zero é o conceito de que o atendimento de urgência deverá ser prestado independente da existência de leitos vagos.

(MS - Portaria 2048/2002)

processo desencadeado pelo Ministério da Saúde e assumido pela SES, com avaliação periódica do alcance das metas pelo hospital e pelo gestor estadual. Este contrato estimulava a produção de procedimentos especializados, como cirurgias de epilepsia, bariátrica, etc. pelo perfil de alta complexidade do hospital e também pelo fato da remuneração destes procedimentos serem por produção, o que ajudava a instituição na busca de recursos adicionais para sua manutenção. Existia pouca integração em rede, sem protocolos entre as diferentes redes e serviços e fragilidade na pactuação com o município sede da região, apesar da grande capacidade instalada da rede de serviços municipal e de parte do ensino ser realizado nestes serviços.

Em relação à área meio, apesar do advento do pregão e do sistema de registro de preços, existiam algumas dificuldades no processo de gestão de materiais decorrentes do sistema de compra pelo menor preço, impactando a eficácia e a qualidade dos materiais e seu uso. O hospital lidava com restrições de ordem orçamentário-financeira, estando naquele momento descentralizando o acompanhamento dos recursos oriundos do faturamento da produção de cada unidade produtiva, com a finalidade de construir uma cultura de gestão financeira. Os centros de custos foram reorganizados na lógica das unidades produtivas, e as mesmas começavam a conhecer seus custos, ainda que as informações servissem pouco para a gestão efetiva. Existiam setores terceirizados: almoxarifado, limpeza, obras, segurança, nutrição, alguns serviços de apoio diagnóstico e terapêutico.

Uma das restrições mais enfatizadas foi relativa a gestão de pessoal, com limites de contratações, quadro próprio estatutário em redução progressiva e multiplicidade de vínculos trabalhistas entre os funcionários, diferenças salariais e de direitos. O HC não tinha autonomia de contratação e o Ministério Público do Trabalho estabeleceu que apenas 10% do pessoal do HC poderia ser contratado pela fundação de apoio, mas esta cifra era insuficiente frente a falta de reposição de pessoal pela universidade. Existia um Plano de Cargos, Carreiras e Salários com sistema tradicional de avaliação individual de desempenho, com câmara de avaliação e auto-avaliação. Este sistema pareceu mais formal do que instrumento efetivo de gestão e só se aplicava aos estatutários, deixando de avaliar o hospital como um todo, pois os docentes eram avaliados pela FCM e os residentes e aprimorandos pelas instâncias de coordenação dos cursos.

O hospital vinha realizando planejamento estratégico há alguns anos. O realizado em 2004 foi orientado pelo contrato de metas. Em 2010 ocorreu um novo processo de planejamento estratégico, mas houve pouca participação de docentes e envolveu cerca de 60 pessoas. Foram definidos objetivos, metas e indicadores. O orçamento anual do hospital não tem incluído os investimentos pela escassez de recursos, demandando captação externa de fundos. Na opinião dos dirigentes, o HC encontrava-se em processo de reorganização gerencial para aumentar a eficiência e descentralizar responsabilidades. Foi instituído o núcleo de tecnologia em saúde para avaliar a incorporação tecnológica, sendo o HC credenciado para realizar esta análise, assim como um grupo voltado para a aplicação dos princípios da qualidade.

b - O Hospital de Urgências de Sergipe

Em 2007, o hospital era da administração direta da Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe, denominado Hospital João Alves, recebendo nova denominação para Hospital de Urgências de Sergipe. Foi criado para ser um centro de atendimento às urgências e emergências, porém sua clientela era composta por casos de complexidade diversa disputando um mesmo atendimento; no cuidado assistencial, prestado de forma segmentada entre as diversas categorias técnicas especializadas, perdia-se uma grande oportunidade de construção coletiva de um projeto terapêutico ao doente, que aproveitasse adequadamente todos os profissionais disponíveis

Maior equipamento de saúde do estado, possuía um grande serviço de urgência e emergência e na falta de outros hospitais qualificados para a atenção de maior complexidade, recebia pacientes oriundos de todo o estado e dos demais estados vizinhos. Além disso, os hospitais do interior do estado estavam repassados à gestão privada, sem articulação dos serviços em rede, com sub-utilização da capacidade instalada.

Do ponto de vista assistencial, a situação do Hospital de Urgências de Sergipe, apresentava-se caótica, configurando um cenário de alto risco à população ali assistida. Somente como exemplo, nos seus Pronto-Socorros (Adulto e Infantil) era comum se deparar com 150 – 180 pacientes nas macas, em condições desconfortáveis para si e para seus acompanhantes, muitos deles há vários dias aguardando internações, avaliações de especialistas ou realização de exames numa situação que, no mínimo, caracterizava-se como desumana; o atendimento no Pronto-Socorro não utilizava os conceitos de classificação de risco, exceto os casos gravíssimos e não raro as pessoas até pioravam sua situação de doença nas filas de espera intermináveis; nas suas enfermarias, apesar de um pouco melhor instalados, a demora

na solução dos problemas prolongava desnecessariamente internações que poderiam dar lugar a outros pacientes que aguardavam vagas no Pronto-Socorro; na Sala de Recuperação Pós-Anestésica raro era o dia em que não havia 15 a 20 pacientes em situação pós-operatória que aguardavam vários dias para conseguirem uma vaga nas Enfermarias ou UTIs; as equipes assistenciais não conversavam entre si, não compartilhavam seus problemas ou discutiam as soluções para os mesmos.

A gestão da clínica era agravada em sua qualidade pela falta de gerentes nas unidades que tivessem dotados de poder institucional para efetuar as mudanças necessárias e pela ausência de profissionais em jornada horizontal e multiprofissional que pudesse garantir a continuidade do cuidado.

A gestão do sistema de saúde no estado configurava-se como ineficaz, sem que houvesse contato articulado entre os diferentes serviços.

A falta de autonomia administrativa e de mecanismos de controle da força de trabalho, tornaram a instituição um repositório de más práticas de gestão, com variados regimes jurídicos de contratação de pessoal, excesso de pessoal/ leito agravados pela gestão centralizada. Casos como dimensionamento incompatível com a carga de trabalho, jornadas não cumpridas, absenteísmo elevado, desvios de funções, entre outros.

A gestão de insumos trazia o risco de desabastecimento em materiais e medicamentos essenciais a cada dia e a evidência maior do descuido assistencial e gerencial era percebida nas condições precárias de manutenção dos equipamentos, predial e, até mesmo, de limpeza do ambiente hospitalar.

O resultado dessa somatória não poderia ser outro: o hospital funcionava precariamente, sobrecarregado por uma demanda sem critérios de regulação, alheio às demais unidades da Rede Assistencial em Aracaju e no restante do Estado.

#### Vb. O contexto do Curso de Gestão Hospitalar nos dois hospitais

O estado de Sergipe vivia em 2007, um processo denominado Reforma Sanitária orientado entre outros, pelos referenciais teóricos de gestão desenvolvidos pelo então Departamento de Medicina Preventiva e Social da FCM/Unicamp, o qual previa a redefinição dos modelos de atenção e de gestão, visando melhores resultados institucionais e aprimoramento das práticas nos vários níveis de gestão dos hospitais e da Secretaria Estadual de Saúde. O HUSE vinha passando por um processo de reformulação de sua gestão, com características abrangentes. Entre as principais, destacam-se a criação de uma Fundação Pública de Direito Privado, Fundação Hospitalar de Saúde, à qual estavam sendo agregados os hospitais estaduais, o aporte de consultoria em gestão hospitalar e a realização de curso de desenvolvimento gerencial para a área hospitalar (Anexo IV).

O processo de constituição da Fundação Hospitalar de Saúde foi pioneiro no Brasil e desencadeado a partir da discussão promovida pelo Ministério do Planejamento em 2006 (anteriormente relatada) e articulado com novos referenciais de organização da gestão e da assistência hospitalar. Dentre eles, a ampliação da autonomia administrativa dos hospitais, política de pessoal contemplando avaliação de desempenho, gestão colegiada, equipes de referência nos serviços assistenciais e funcionamento dos hospitais em rede, articulados com

as demais redes de saúde. A Fundação estava sob contrato de gestão – Contrato Estatal de Serviços com a Secretaria Estadual de Saúde de Sergipe, o qual regulava as relações e compromissos bilaterais.

Este processo de reforma institucional contou com assessoria de técnicos alocados por meio de convênio com a Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP

Na experiência do Hospital de Urgências de Sergipe em 2007, o propósito do curso de gestão hospitalar era qualificar as práticas de gestão do hospital, dentro do bojo da reorganização da rede hospitalar estadual. O curso teve como clientela os profissionais de saúde atuando como gerentes nas diversas unidades hospitalares e apoiadores da SES Sergipe, com prioridade para as áreas finalísticas. Sua modelagem apontava a indissociabilidade entre educação e trabalho, entre conteúdo e método e entre ensino – aprendizado – intervenção. Desta forma, todas as atividades propostas foram direcionadas à reflexão crítica da prática profissional e da realidade vivenciada, mediada por conceitos e abordagens teóricas apoiando as práticas em saúde.

No caso do HC Unicamp, a Superintendência do hospital vinha enfrentando o desafio de assumir como diretrizes a descentralização da gestão, qualificar a relação estabelecida com o Sistema de Saúde, para em última instância qualificar a assistência produzida no hospital, além de co-responsabilizar as equipes pelos custos hospitalares. A necessidade de promover mudanças no modelo de gestão e de organização assistencial, mediante o avanço na construção do SUS, da mudança no perfil de morbimortalidade da população e o aumento dos

custos para a incorporação tecnológica justificava a realização de um processo de formação do corpo gerencial.

Nos anos de 2008 e 2009, o Departamento de Medicina Preventiva e Social da FCM/Unicamp e a Escola de Extensão promoveram um curso de Especialização em Gestão Hospitalar (ANEXO V), cuja clientela foi composta por dirigentes e técnicos do Hospital das Clínicas, como apoio ao processo de reorganização e mudança do modelo de gestão e de atenção do hospital.

A referência para este processo foi aglutinar os diferentes serviços do hospital em unidades produtivas, equipes específicas, colegiados gestores integrando as diversas profissões e a perspectiva de celebração dos contratos de gestão internos ao hospital. (ANEXOS VI, VII e VIII). Para a equipe dirigente do HC o Curso de Gestão Hospitalar foi compreendido como uma iniciativa de inovação Os objetivos explicitados para o curso foram capacitar profissionais de saúde, gerentes e apoiadores de gestão do Hospital das Clínicas, visando à dar viabilidade ao processo de mudança do modelo de gestão e construir estratégias para qualificar a inserção do Hospital das Clínicas na rede de serviços do SUS macro – regional.

Interessa neste projeto de pesquisa identificar a contribuição do curso de Gestão Hospitalar (ANEXO V) na mudança dos referenciais para a organização dos serviços, o que pode ser identificado por meio dos temas dos projetos de intervenção desencadeados como aplicação dos conteúdos teóricos, o papel do apoio institucional oferecido pelos tutores do curso, os ganhos referidos pelos sujeitos no sentido da autonomia para o trabalho e os limites da metodologia frente às diferentes realidades. Sua estrutura foi de aulas teóricas expositivas, atividades práticas e de educação à distância. O curso abordou temas relativos à gestão

hospitalar dentro do contexto das mudanças organizacionais que vinham sendo implementadas no Hospital.

Em resumo, tratava-se de dois hospitais públicos em processo de reformulação da gestão com características semelhantes em seus princípios, utilizando estratégias de mudança também semelhantes, ainda que mantidas as especificidades de hospital universitário (HC) de um lado e de urgência de outro (HUSE).

Os dois cursos utilizaram a metodologia Paidéia do apoio institucional<sup>4</sup>, o processo pedagógico calcado na oferta de temas relacionados à gestão da clínica ampliada, da distribuição do poder institucional e da articulação dos serviços em redes, concomitante com a realização de projetos de intervenção sobre a realidade dos serviços abriu possibilidades de transformação dos sujeitos e de suas práticas, ampliando o escopo da própria reforma organizacional.

Interessou, portanto neste projeto de pesquisa por meio dos discursos dos sujeitos sobre o processo de reforma da assistência e da gestão no Hospital de Clínicas da Unicamp e do Hospital de Urgências de Sergipe, e da pertinência dos temas dos projetos de intervenção sobre a realidade, analisar as potências e os limites desta estratégia de mudança organizacional, considerando-se a especificidade local.

---

<sup>4</sup> Objeto de dissertação de Mestrado de Adriano Massuda junto ao DMPS/FCM/UNICAMP.

## Vc. O discurso dos sujeitos implicados no processo de mudança da gestão - Análise das entrevistas

Como objetivo geral do estudo, pretendeu-se abordar o impacto do curso e sua oferta teórica, os projetos de intervenção, com o intuito de identificar a significação do mesmo pelos entrevistados e o papel do apoiador e seu valor de uso para a concretização da mudança. Baseado no método da roda e no apoio institucional Paidéia, foram disponibilizados apoiadores para acompanhamento dos projetos de intervenção junto às unidades de produção do hospital. Os projetos foram coletivos, envolvendo os participantes e suas equipes de trabalho, o que permitiu expandir o espaço pedagógico e sombreá-lo em alguns momentos com o espaço da gestão do serviço de saúde.

O roteiro da entrevista semi-estruturada continha questões acerca das diretrizes para reorganizar a gestão e a assistência hospitalares, o impacto sobre a inserção do hospital no sistema loco - regional de saúde e, do ponto de vista da análise subjetiva dos envolvidos, as características mais significantes do processo e as aquisições pessoais, relacionadas ao mundo do trabalho, ao processo de ensino e aprendizagem e à vida pessoal.

A análise das entrevistas foi feita para cada um dos hospitais e a seguir uma comparação entre eles, objetivando encontrar e compreender semelhanças e diferenças entre os processos, resultados que pudessem estar associados ao Método de Apoio Institucional Paidéia.

## ANÁLISE DAS ENTREVISTAS REALIZADAS NO HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE SERGIPE

### Aspectos das diretrizes para a mudança destacados

O intuito de perguntar acerca do que mais marcou o sujeito durante o processo de mudança, cujo fio condutor foi o curso de Gestão Hospitalar foi o de obter um depoimento espontâneo, antes que as respostas fossem induzidas pelas perguntas seguintes. Havia uma expectativa de conseguir um registro fidedigno e que conseguisse captar os impactos objetivos e subjetivos do Curso e de todo processo de intervenção. As análises foram bastante complementares, e os sujeitos entrevistados enfatizaram aspectos que mais os mobilizaram enquanto trabalhadores e gestores de um projeto de mudança.

Os entrevistados valorizaram o fato de que uma proposta teórica pudesse ser convertida em política para a gestão e para a atenção hospitalar e subsidiada por ferramentas para a sua operacionalização. Consideraram como marcadores da política, o seu conteúdo político-humanístico, ou seja, sua centralidade nos sujeitos usuário e no trabalhador e também o desenvolvimento de capacidade para contribuir para a mudança da realidade concreta dos serviços de saúde.

O aprender fazendo junto foi considerado elemento favorecedor de crescimento individual e coletivo, a cada dia a possibilidade de inovar e buscar novas saídas criativas para os problemas.

Nessa primeira questão, considerou-se que a centralidade da gestão e do trabalho nos sujeitos está contraposta à formação profissional médica, considerada muito focada na corporação, no núcleo da profissão, com menor valorização do sujeito, do usuário enquanto tal. A discussão de novas propostas de mudança de modelo de gestão e de atenção, na visão dos entrevistados, ampliou a capacidade de análise e o usuário passou a ser considerado o objeto do trabalho em saúde superando a tradição da profissão médica. A organização e a metodologia com que os conteúdos da política foram desenvolvidos no Curso foram potentes para formar uma massa crítica, mas admitiu-se que seria preciso tempo e muito investimento em capacitação dos trabalhadores, em função das décadas de formação voltada para os núcleos profissionais e para uma clínica restrita sob a égide do modelo biomédico.

Considerou-se positiva a concretude da proposta de organização do processo de trabalho, a qualidade da assistência sendo buscada por meio de vários arranjos e dispositivos, este debate impactou os gestores participantes, enxergando no dispositivo do acolhimento com classificação de risco no Pronto socorro adulto um instrumento para ampliar o acesso e a equidade, reduzindo desigualdades na forma de atendimento. A lógica anterior da organização do serviço seguia o interesse das especialidades médicas em que, por exemplo, no pronto socorro a clínica médica era separada do atendimento traumatológico. Os pacientes portando patologias clínicas não passavam por avaliação de gravidade de sua situação, do risco ou vulnerabilidade, tendo seu atendimento postergado frente aos casos cirúrgicos ou traumatológicos. Muitos destes pacientes morriam durante a espera pelo atendimento. O conceito de acolhimento com classificação de risco, e sua posterior implementação, contribuíram para uma enorme mudança no modo de garantir o acesso ao serviço de urgência

e emergência. Ao problematizar os serviços de urgência, percebe-se que ocorreu a inclusão de temas acerca da qualidade do atendimento, questionando-se o alto volume de procedimentos com um indicador de baixa qualidade técnico-assistencial.

Acerca da estruturação das instâncias colegiadas como marcadoras do modelo e do seu impacto junto aos sujeitos envolvidos na condução do processo de mudança, as narrativas reconhecem ganhos, tais como maior acesso à alta direção do hospital, havendo maior participação dos gestores na administração, ampliando sua capacidade de interferir nos processos de tomada de decisão.

No período anterior a 2007, início do processo de mudança, as unidades do hospital não se conformavam enquanto unidades de produção, mas em serviços isolados e muitas vezes autônomos, sem projeto de futuro, organizados sob a lógica das especialidades médicas ou de interesses políticos, formatados no modo hegemônico e tradicional de exercer a gestão hospitalar. O entendimento de que muitos profissionais prefeririam continuar em suas ilhas de poder e atuação tradicional está presente, atribuindo-se em parte à dificuldade de dividir responsabilidades.

Outro olhar sobre a gestão colegiada foi a possibilidade do encontro e da pactuação possibilitando diminuir a fragmentação e tornar o processo de tomada de decisões mais coletivo, considerando que os resultados das ações, via de regra, impactavam sobre todas as unidades produtivas do hospital. A centralização de poder existente anteriormente ao processo de mudança foi destacada em contraposição à maior liberdade de interagir com a alta direção do hospital como algo conquistado e que valorizou os trabalhadores e auxiliou a

compreensão do projeto institucional. *“hoje o profissional trabalha mais consciente do que está fazendo. Por que antes a gente fazia e não sabia por que estava fazendo, hoje a gente vê que já existe mais consciência de saber o que é que está fazendo e por que está fazendo.”*  
(enfermeira 4 - HUSE)

Mas considerou-se, em geral que são mudanças ainda incipientes, começou-se a identificar que o hospital não é um lugar sem dono, valorizou-se a existência de uma pessoa de referência em cada unidade, apesar da dificuldade de todos os gerentes de se apropriarem e de exercerem este papel. Considerou-se que a renovação e atualização dos equipamentos e o acesso a novos materiais e medicamentos foram conquista e sinal de novo modo de fazer gestão pelos profissionais da área assistencial. No entanto, na compreensão do novo processo de gestão, aparece como marca importante a identificação dos responsáveis pelas unidades de produção.

A incorporação de novos profissionais, além dos médicos, à gestão dos serviços foi percebida como evento que trouxe a possibilidade de promover mudanças, articulando a teoria e a prática. Esta articulação aparece como marcador do processo de mudança, impactando os sujeitos de modo a uma consciência de ganhos em sua autonomia de aprender e de mudar a prática profissional.

Ainda que de forma particular, entre os gestores entrevistados, existe a posição de que o processo foi arrojado para aquela instituição, concorrendo para alcance de resultados muito aquém dos pretendidos. O tempo, o ritmo de implantação do projeto – fazer 10 anos em 4 – apareceu como condicionante negativo da eficácia das medidas, no sentido de que não

haveria um grau de maturidade coletiva e institucional para que as mudanças se consolidassem. Consideraram que na atualidade, após o Curso tornou-se mais fácil realizar mudanças no processo de trabalho, isto graças a sedimentação da nova proposta de gestão compartilhada. Mas a coragem de colocar o novo em prática foi valorizada como elemento essencial da mudança.

### Avaliação do grau de implantação das diretrizes da gestão e o posicionamento dos sujeitos gestores

#### A gestão compartilhada e seus condicionantes

Nesse segundo tópico, prosseguimos a análise da gestão, não mais sob a ótica da percepção emergente centralmente dos sujeitos, mas dirigimos o foco para as mudanças objetivadas segundo o formato da política e do modelo de gestão, mediados pelos arranjos e dispositivos teórico-práticos. Buscou-se neste momento identificar a visibilidades dos gestores participantes da pesquisa acerca da nova configuração organizacional, no tocante a distribuição e descentralização de poder institucional para a tomada de decisões acerca dos rumos do hospital, alocação de recursos, gestão de pessoas, entre outros, ofertando os temas para escuta.

Reconheceu-se que a gestão ficou mais compartilhada por meio do colegiado gestor do hospital, ainda que em menor medida nas unidades de produção, mas de qualquer modo existiria a incorporação do conceito de gestão colegiada, com maior horizontalidade na distribuição do poder de mando. A gestão foi considerada mais aberta, a direção passou a contemplar espaços para exposição de problemas a qualquer hora e possibilidade de contar

com apoio para a busca de alternativas frente às dificuldades dos serviços. Quando a dinâmica da gestão compartilhada que ocorria entre vários serviços de uma unidade de produção, a coordenação e o colegiado gestor do hospital foram valorizados como elementos da inovação, as reuniões passaram a provocar o interesse dos trabalhadores, a pauta era preparada previamente com participação ampliada, trazendo as inquietações da base. Mas existe entendimento de que a pauta das reuniões constituía um dos fatores de risco de esvaziamento do arranjo e perda de valor de uso para trabalhadores e gestores, sendo que as reuniões também se transformaram em palco de muitas reclamações, mas também em espaço de resolução de problemas. Isto contribuiu para melhorar a organização do processo de trabalho e facilitar a comunicação institucional. O colegiado permitiu ampliar a análise de situação por meio da participação de mais atores e ao mesmo tempo torná-los co-responsáveis pela mudança, aumentando o sentido de pertencimento ao processo e a credibilidade na decisão tomada. A comunicação lateral ou a relação entre as unidades de produção, não esteve desprovida de dificuldades, parte pela insegurança dos serviços de que maior integração significaria redução dos espaços de competência e poder, parte pelo temor de represália pelos insucessos gerenciais observados a partir de uma maior exposição institucional, o abrir das “caixas pretas”. Os depoimentos de gerentes revelaram as possibilidades existentes de apropriação da autonomia pactuada dentro do hospital. O processo de formação de trabalhadores no sentido de compreenderem melhor as mudanças apareceu como estratégico. Outras questões que interagem com a gestão participativa são as relacionadas com a melhoria das condições de trabalho, como os processos de capacitação e a aquisição de novos equipamentos e materiais.

Segundo as narrativas, o arranjo colegiado de gestão apresentava fragilidades, com graus heterogêneos de participação dos trabalhadores nas unidades de produção, heterogeneidade entre os gerentes no sentido de estimular a participação destes trabalhadores, sendo este fato apontado como fator de risco para o insucesso do projeto de mudança, gerando preocupação. Os mecanismos de constituição das atribuições e competências, definição dos membros, regimento interno, etc. aparecem como exemplos das dificuldades dos gerentes encaminharem o processo. Se por um lado o gerente não queria escolher as pessoas, também não conseguia-se conduzir um movimento de demanda por participação. A dinâmica entre deliberações de colegiados de unidades de produção e sua validação no colegiado do hospital gerou alguns ruídos quando havia discordância, demandando melhor definição dos âmbitos de deliberação. Agravaram esta dificuldade pelo fato de que houve renovação de alto percentual da força de trabalho do hospital com a instalação de uma fundação pública de direito privado, o que promoveu descontinuidade no processo de amadurecimento sobre a nova proposta. A descentralização do poder foi percebida como parcialmente condicionada ao perfil do dirigente, nem sempre sendo suficientes as diretrizes institucionais do projeto. Segundo análise, as fragilidades citadas não fizeram desaparecer os ganhos admitidos acima, em grande medida, o fato de existir a figura do gerente da unidade de produção, possibilitou um elo entre a alta direção e os profissionais inseridos nas ações assistenciais ou administrativas. Contudo, as atuações dos gestores foram diferenciadas no enfrentamento das dificuldades para estruturar estes espaços. São reiteradas as observações de que é preciso disciplina para manter o sistema funcionando, mas poucas medidas organizacionais de enfrentamento e apoio solidário entre as unidades de produção foram sugeridas,

considerando-se que os participantes desta pesquisa compõem o corpo dirigente do hospital ou da fundação. A concordância foi unânime entre os entrevistados quanto a conveniência de formatação dos espaços de co-gestão, inclusive como espaço de produção de novas subjetividades. Existe reconhecimento da potência para constituir-se em espaço de escuta entre os profissionais, ouvindo o problema e pensando a solução no coletivo. Reconhece-se o espaço do colegiado como espaço para expressão da subjetividade e não apenas para soluções de problemas técnicos e administrativos, encaminhamentos. A subjetividade como constitutiva dos grupos e interferindo nos resultados do trabalho em equipe, de forma positiva ou negativa. O fortalecimento da equipe e a apropriação dos conceitos contribuíram para que a gestão compartilhada dependa menos da iniciativa do gerente, experiência relatada em relação a unidade de Pediatria, ou mesmo a avaliação de que houve arrogância da equipe dirigente ao propor um novo modelo sem considerar as boas práticas já existentes no hospital, como discussões clínicas e reuniões de equipe. Esta observação indica que, apesar do discurso a favor da cogestão, adotou-se com frequência, práticas de gestão e de implementação de mudanças em desacordo com a teoria supostamente adotada pelo Curso e pelo projeto geral de mudança.

Uma das diretrizes do modelo de gestão do hospital era a constituição de equipes multiprofissionais vinculadas a um determinado modo de produção do cuidado ou do apoio, limitando a expressão das profissões nas linhas de comando profissional, valorizando-se a integralidade do cuidado e a maior integração e responsabilidade dos profissionais e das equipes pelos resultados finalísticos. A partir da reorganização das áreas do hospital em unidades produtivas com características de agrupamento de funções, maior integração das

atividades visando ampliar a capacidade resolutiva e a eficiência clínica, os profissionais dirigentes das linhas profissionais com serviços existentes - médico, enfermeiro, fisioterapeuta, assistente social e psicólogo - passaram a compor um núcleo denominado Núcleo de Apoio Técnico e Assessorias. A diretriz para o funcionamento deste núcleo era a de realizar apoio ao colegiado gestor, cuidando do desenvolvimento da nova proposta de gestão e da atenção, acompanhando o planejamento e os acordos de gestão das unidades de produção. No entanto, esta experiência não foi bem sucedida, avaliada por alguns sujeitos desta pesquisa devido a características pessoais dos profissionais que ocuparam a coordenação. Este fato soma-se a outros que demonstram a fragilidade da equipe gestora em compreender e operar a proposta de mudança, considerando-se ainda a situação do pronto socorro adulto do HUSE, com episódios recorrentes de superlotação, a reboque da insuficiência na gestão do sistema de saúde locoregional, gerando sensação de impotência institucional e desvalorizando os avanços alcançados. O rompimento pretendido com a verticalização da organização das profissões que faziam a gestão corporativa e pouco integrada não conseguiu interferir no trabalho médico de um modo geral, observou-se que os avanços foram menores na categoria médica do que em relação às demais profissões como enfermagem, fisioterapia, psicologia e serviço social. Um argumento dos entrevistados para explicar este fato foi a formação médica não contemplar outros saberes, como filosofia e história, com certo grau de alienação social, estando o médico voltado para seus próprios interesses. Uma estratégia sugerida de envolvimento com a equipe e o serviço foi a inserção dos médicos para pensar a organização do próprio trabalho médico dentro da equipe multiprofissional. Como o projeto de mudança interferiu pouco no trabalho médico, algumas

profissões consideraram a perda de poder institucional corporativo, em decorrência da organização em equipes e colegiados multiprofissionais um evento negativo e injusto, como por exemplo, a enfermagem, que considerou a reforma ocorrida intempestiva, apontando a necessidade de se amadurecer mais a idéia antes de desmontar-se a estrutura baseada nas profissões. A formatação das equipes sob comando único provocou-lhes uma sensação de perda de capacidade de coordenar o trabalho da enfermagem. Existia confiança que a reinserção do trabalho médico em equipes multiprofissionais passaria pelos novos arranjos e dispositivos propostos, tais como a jornada horizontal. Houve um reconhecimento nas falas dos sujeitos participantes do estudo de que houve a reorganização dos espaços produtivos do hospital em áreas clínica, cirúrgica, pediátrica, oncológica, de urgência e emergência e dentro destas áreas melhorou-se o atendimento nas unidades de internação para pacientes críticos, como as unidades de terapia semi-intensiva ou intensiva. As equipes definidas para uma coorte de paciente e com responsabilidades claras, agregou potencial de assistir com mais qualidade e ampliou a equidade. Admitiu-se que a internação do paciente nas unidades mais preparadas para atender estado clínico melhorou graças a aquisição tecnológica que acelerava a recuperação, além de vislumbrar uma futura relação consistente com os outros serviços das diferentes redes de serviços de saúde.

Paradoxalmente, a proposta de criação de um grupo apoiador, inserido na alta direção, não foi compreendida como tal, opinaram que os profissionais pertencentes ao núcleo dirigente possuíam mais poder sendo representante de categoria profissional. Contudo, também foi apontada a relevância de se “domar os egos” das profissões, uma vez que a interdisciplinaridade é necessária, porque o processo assistencial é complexo e amplo, sendo

a abordagem multiprofissional imprescindível. A consolidação deste formato interdisciplinar de exercer o poder profissional mostra a dificuldade de se promover a mudança, sobretudo quando não se logra envolver o trabalho médico na mesma dimensão.

### Funções Gerenciais – O Apoio institucional Paidéia

A expectativa das atribuições gerenciais era bem variada e os entrevistados revelaram que o Curso modificou seu entendimento sobre papel do gestor. Havia heterogeneidade entre os gestores, com relação a diferentes habilidades e capacidades de articular as variáveis do projeto de mudança, agregando-se a profissionalização com a militância e a vontade de construir o novo. Outra constatação foi que apesar dos anos que o profissional atuava como gerente, não existiam mecanismos de avaliação da atuação individual e coletiva medidas pelos resultados do projeto institucional. Os entrevistados foram estimulados a falar sobre a atuação dos gerentes sob uma nova perspectiva, a do apoio institucional, conceito trabalhado no curso de gestão hospitalar e em outras iniciativas de formação de pessoal desenvolvidas pelo Ministério da Saúde ou em parceria com outras instituições. O conceito foi incorporado pela Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe e levado para a estrutura organizacional da Fundação Hospitalar de Saúde e dos seus hospitais.

Não se desenvolveu na maioria dos espaços de atenção e gestão hospitalares, mesmo após 3 anos de desenvolvimento de uma nova proposta, um modo de operar as ações de Apoio institucional Paidéia, salientando-se que a experiência pregressa do corpo gerencial era bastante recente, ou seja, tinha a duração do processo em curso. Por meio de tentativas e erros e apoio dos cursos de formação e consultoria especializada, a organização do processo

de trabalho da FHS caminhou para a vinculação de apoiadores a hospitais e ao SAMU, com ganhos progressivos de confiança entre os profissionais das duas instâncias. No âmbito do hospital, os apoiadores institucionais deveriam ser aqueles profissionais anteriormente ocupando as funções de coordenação de linha profissional – enfermeiro, médico, fisioterapeuta, assistente social e psicólogo. Esta experiência de estruturar um núcleo de apoio técnico e institucional às unidades de produção não foi bem sucedida, como já identificado, devido ao perfil dos técnicos envolvidos e devido à baixa compreensão da proposta, como que sendo trazido de fora para dentro pela direção da Secretaria de Estado da Saúde. O fato de institucionalizar este arranjo no organograma dos hospitais não foi suficiente para criar uma nova modelagem de gestão, reconheceu-se que as pessoas que trabalhavam na operacionalização das mudanças, tinham pouca experiência com apoio institucional, a prática estava em processo de construção, orientada mais pela demanda de ação do que pelo planejamento. Considerou-se que, na atualidade, organizar um núcleo multiprofissional, não necessariamente incluindo a totalidade de profissionais previstos, mas configurando um núcleo/grupo que possa realizar apoio institucional e apoio matricial no que couber, estaria mais amadurecida e com possibilidades de acontecer. Um dos entrevistados atuava como referência técnica da área de enfermagem, com as atribuições de apoiar as unidades de produção na implementação da nova proposta e ao mesmo tempo, deveria cuidar da qualificação da clínica da enfermagem. No apoio ao desenvolvimento da gestão colegiada, suas observações: *“... eu participo das reuniões, anteriormente do pronto-socorro, agora como estou mais no nível geral, estou tendo um maior conhecimento com relação às unidades, do internamento cirúrgico, do centro cirúrgico, geralmente uma vez por mês eu*

*participo de um desses colegiados, para ter uma conversa com os funcionários.” (enfermeiro 2 – HUSE)*

Outra modalidade de prática do apoio institucional veio sendo realizada pelo profissional médico, investido do cargo de diretor técnico, mas atuando com perfil apoiador, mediando as relações entre as unidades de produção, buscando solucionar problemas de interface entre elas. Seu relato aponta que anteriormente o diretor tomava conhecimento do problema e decidia sozinho, sem necessariamente escutar os demais argumentos.

Um dos atores entrevistados questionou o modelo proposto, no sentido de que a definição de diretrizes deveria ser compatibilizada com a capacidade de implementação, ou seja, quando se propôs que os médicos das enfermarias (assim como os demais profissionais) trabalhassem em jornadas horizontais para ampliar a responsabilidade pelo cuidado, os médicos então trabalhando como diaristas, e que permaneciam pouco tempo nas enfermarias, não aceitaram a nova modalidade de trabalho. A redução da equipe médica trouxe uma sobrecarga de trabalho no primeiro momento, levando o gerente a defender a redução da exigência de horizontalidade na jornada de trabalho, na tentativa de fixar os profissionais médicos. Tendeu-se a considerar coisas diferentes como tendo resultados semelhantes, na perspectiva de aumentar a viabilidade do serviço, um dos fatores que retardam a indução de novas políticas. Durante os 3 primeiros anos da gestão estadual, os hospitais do interior do estado ficaram sob a gerência de uma entidade filantrópica, enquanto a fundação ia sendo constituída e fazendo a gestão do HUSE e da maternidade de alto risco da capital. À medida que os hospitais foram progressivamente sendo incorporados à FHS, criou-se um novo

sentido de tarefa e responsabilidade perante a rede hospitalar. A constituição de um colegiado dos superintendentes hospitalares estabeleceu maior compromisso de rede, com serviços interdependentes e ampliação da legitimidade do grupo condutor/apoiador da fundação hospitalar, como *“o braço para a sede, de articulador e de intermediador da rede hospitalar.”* (médico1 - FHS)

### Projeto individual ou coletivo

Um tema de interesse foi analisar a partir do discurso dos sujeitos envolvidos com a condução do processo de mudança, o grau de *capilaridade das diretrizes políticas e operacionais do projeto*. Durante o processo de mudança de organização hospitalar ocorreram várias alterações no corpo dirigente. Alguns foram remanejados de unidades de produção ou de hospitais pela necessidade de adequação ao perfil assistencial da unidade, outros deixaram o hospital por vários motivos. Desde 2007, quando se iniciou o processo, a direção geral do hospital foi mudada 4 vezes fazendo com que a instituição tivesse que se adaptar ao novo estilo de comando que é inerente a cada gestor, apesar disto, houve reconhecimento que as alterações não comprometeram a continuidade do processo. O projeto pode ser considerado coletivo quando se considera o discurso do corpo dirigente das unidades de produção, com comprometimento e compreensão das diretrizes, mas sempre demandando um esforço de articulação. *“Tem um projeto, tem pessoas comprometidas com esse projeto, acho que não é disperso, é coletivo, mas tem que sempre fazer uma chacoalhada, retomada ao foco, às vezes ocorre dispersão da situação como um todo.”* (enfermeira 2 - HUSE)

Este processo dificultou a capilaridade dos referenciais para gestão e assistência, aliados aos demais obstáculos comentados anteriormente. Depreende-se destas narrativas com os participantes da pesquisa que de um modo geral o projeto ainda está mais contido no vocabulário gerencial do que no cotidiano da instituição. Vários dos gerentes não tiveram oportunidade de participar do curso de gestão hospitalar, não se apropriando da metodologia sugerida, inclusive do trabalho de apoio junto a suas equipes, avaliou-se que a não utilização do arranjo de apoio a gestão fez diferença no desempenho profissional e contribuiu para a baixa disseminação das diretrizes da gestão e da atenção verificadas ainda dentro do hospital. *“Descentralizou até o gerente!... mas do ponto de vista do corpo gerencial a maioria dos gestores tem a idéia do projeto, então, é coletivo, mas ainda falta atingir o corpo de funcionário.”* (enfermeiro 5 - Coordenador FHS) No entanto, existiu uma disposição de avançar na institucionalização dos dispositivos e arranjos, incorporando-se nas pautas das reuniões dos colegiados não só os ruídos e imprevistos, mas o planejamento, a revisão dos protocolos assistenciais, reduzindo-se a visão fragmentada do projeto, o desconhecimento e o receio de mudar. Agrega-se a este fato, a velocidade do processo na implementação da reforma institucional, gerando resistências pelo conservadorismo e acomodação ao status atual. O novo gera discussão, compartilhamento e interação com o outro e nem todos se dispõem a isto.

#### A nova figura jurídica – Fundação Estatal de Saúde e o contrato de gestão

No período compreendido pelo estudo, o estado de Sergipe criou 3 fundações públicas de direito privado, sob a premissa de que seria necessário ampliar o grau de autonomia dos

serviços públicos, para que eles desenvolvessem plenamente a sua vocação de buscar atender às necessidades de saúde da população com qualidade, integralidade e equidade, inseridos dentro de uma teia de serviços regionalizados.

Na avaliação dos sujeitos entrevistados, a fundação tem apresentado algumas possibilidades de melhoria da gestão, sobretudo pela capacidade de concursar pessoas e de adquirir bens e serviços com autonomia, frente ao padrão anterior de grande centralização da máquina estadual, comprovando uma maior agilidade administrativa e gerencial. Reconhece-se que ainda faltam normativas para a gestão de pessoas, as novas relações sindicais demandando novas habilidades na gestão. Os sujeitos da pesquisa referem a resistência política estabelecida pelos órgãos sindicais e associativos das categorias profissionais da saúde, diante da realidade de se estabelecer novos compromissos e responsabilidades nos contratos de trabalho. Causou descontentamento a cessão dos profissionais da SES para a fundação, e estes servidores e órgãos de categoria profissional enxergaram a mudança apenas pelas novas regras de cumprimento de jornada de trabalho e mais responsabilidades. A capacidade de financiamento do estado tem ficado aquém da necessidade da rede hospitalar, seja pela ampliação do acesso e qualificação dos serviços, pelo alto nível de investimentos que estão sendo feitos na rede própria hospitalar e também pela eventual redução de oferta de serviços municipais. A formatação da Fundação Hospitalar de Saúde, instituída pela Lei Estadual 6.347 de 02 de janeiro de 2008, prevê que a prestação de serviços de saúde e a conformação da rede hospitalar se dêem por meio do contrato estatal de serviço. Em seu artigo 16 a lei estabelece que “A receita da Fundação Hospitalar de Saúde - FHS será constituída dos recursos decorrentes de compromissos que vier a assumir anualmente com a Secretaria de

Estado da Saúde - SES, em decorrência da prestação de serviços próprios ao Estado, mediante a celebração de contrato estatal de serviços,..."

À época deste estudo, devido aos problemas orçamentários da Secretaria Estadual de Saúde, este importante instrumento de gestão não vinha sendo utilizado em sua plenitude. Os recursos pactuados eram repassados em montante inferior ao acordado, o sistema de informação para a gestão encontrava-se atrasado em relação às necessidades da gestão dos hospitais e da própria fundação. Internamente ao hospital, os compromissos estabelecidos no contrato estatal de serviço desdobram-se nos acordos de gestão, organizando as responsabilidades assistenciais e de apoio entre as diversas unidades de produção hospitalares. (ANEXO IX) Os sujeitos participantes da pesquisa apontaram que devido à frustração da receita da fundação, não foi possível viabilizar inteiramente a concepção trazida pela nova legislação. A idéia de que uma vez cumpridos os compromissos contratados, pudesse haver mecanismos de gratificação pelo desempenho das equipes de trabalho estava colocada para um momento futuro, posterior à organização efetiva da nova instituição. A discussão preliminar das metas do hospital e de suas unidades de produção que havia ocorrido até aquele momento não foi suficiente para institucionalizar o processo de acompanhamento dos objetivos e metas. O esforço organizacional foi consumido na estruturação essencial e básica da fundação, como estruturação dos processos administrativos, realização de concursos e processos seletivos, alocação de médicos e outros profissionais, centralidade na gestão da superlotação da emergência, todos eles determinantes para o adequado funcionamento dos serviços, mas que deixaram para trás as inovações de gestão vislumbradas na nova modalidade jurídica fundacional. Apesar da

definição dos objetivos e metas, as unidades de produção não fizeram o acompanhamento das mesmas, nem houve cobrança da direção da fundação ou do hospital.

Um dos fatores que contribuíram para dificultar a instalação do monitoramento dos acordos de gestão no hospital foi a precariedade do sistema de informações. Os depoimentos revelam esta dificuldade. A construção da ferramenta para a coleta de informações foi realizada, com o objetivo de alimentar os relatórios de apoio a gestão, o que ocorreu com muita dificuldade e resistência do corpo funcional, uma vez que os sistemas de informação são precários, com baixa informatização, o que desgastou a relação dos gestores com os demais trabalhadores e impactou negativamente o acompanhamento do contrato estatal de serviço e os acordos de gestão.

Mesmo com o desgaste sofrido pelos dirigentes que coordenaram o processo de criação da fundação pública de direito privado, existem pontos que foram considerados positivos neste processo, vislumbrando-se na figura jurídica a demarcação de um novo modo de fazer a gestão e a assistência hospitalar, inserindo-se o conjunto dos hospitais na rede de ações e serviços de saúde do SUS, como um instrumento necessário para a possibilidade de nascimento do novo, como se a velha estrutura fosse impossível de ser retrabalhada.

*“A mudança do modelo é positiva, a gente precisa continuar investindo, o nosso estilo termina obrigando que os gerentes mudem a visão..., a agilidade nesses processos de aquisição, acompanhando licitação está muito mais rápido e isto é um impacto para mudança, e a gente poder negociar e a tomada de decisão do que se compra, discutindo como se faz na unidade, então estamos mais próximos, melhorou muito a relação com o nível central, porque*

*antigamente era muito dissociada a secretaria das unidades, e hoje em dia eu sinto que não está assim...* "(enfermeiro5 - FHS) A melhor alocação de pessoal por meio da fundação permitiu que novas atividades de assistência fossem implementadas, como na nutrição, com a possibilidade de realizar avaliação nutricional e estabelecer protocolos de atuação.

Apesar dos avanços a comunicação entre a FHS e os hospitais não tem sido exercida satisfatoriamente, seja pela inexperiência de parte do corpo dirigente em instituir novos processos, pela cultura local de frouxidão nos acordos institucionais e, sobretudo, pelos processos em andamento para a qualificação da rede hospitalar por meio da expansão da capacidade instalada, que conviveu em alguns períodos com redução da oferta de leitos, pela necessidade de contratar novo contingente de trabalhadores, de negociar com a categoria médica organizada em múltiplas especialidades.

#### Melhorias na assistência relacionadas ao processo de mudanças

Existe uma percepção de melhorias na qualidade da assistência, ainda que no momento de transição da gestão pública direta para a indireta houvesse algum retrocesso com a desorganização temporária de alguns processos decorrente da rotatividade de pessoal. Reconhece-se que existem ainda problemas básicos na organização do processo de trabalho das equipes apesar dos investimentos em infra-estrutura e na formação do corpo gerencial.

Do ponto de vista do trabalho da enfermagem, as narrativas mostram a preocupação com o cuidado integral do paciente, em contraposição à assistência baseada em tarefas, comum ainda em grande número de hospitais. A adscrição dos profissionais que assistem o paciente favoreceu o vínculo entre os sujeitos e ampliou a responsabilidade dos profissionais. Antes da reforma, o trabalho da enfermagem era muito fracionado, um profissional fazia a medicação, outro dava o banho e fracionava também a responsabilidade pelo cuidado. Reconhece-se que este conceito, de seguimento longitudinal precisaria ser mais trabalhado com a equipe médica, que a enfermagem compreendeu e absorveu melhor a proposta. O trabalho médico antes realizado majoritariamente em sistema de plantões ou em jornada diária apenas para a evolução clínica dos pacientes internados esteve também em processo de mudança. Na avaliação dos sujeitos da pesquisa, ocorre melhoria no grau de responsabilidade pela assistência por parte dos médicos, uma vez que após a prescrição das condutas para os pacientes, os médicos passaram a permanecer no hospital dando seguimento às atividades da gestão da clínica. Em relação aos familiares e a possibilidade de trocar informações, apontou-se melhora, uma vez que o seguimento diário provê a equipe, incluindo-se o médico, de informações mais precisas sobre o andamento da internação, mudando a compreensão das equipes acerca das vantagens de se instituir o profissional de referência para o caso *“..na área da linha do cuidado clínico, conseguiu-se horizontalizar o cuidado, passar para parte dos trabalhadores e ... para os gestores a idéia do usuário ter um profissional de referência... antes... não entendiam o significado, a importância da referência...”* (médico1 - FHS)

A existência de trabalho médico em jornada longitudinal, possibilitando a continuidade do cuidado foi diretriz fundamental para esta nova prática. As escalas de trabalho da

enfermagem passaram a ser organizadas vinculando os profissionais aos leitos, *“isso traz criação de vínculo, porque a criança quando é cuidada pela mesma pessoa todos os dias passa a reconhecer a voz e a gente vê que melhora mais rápido, ri para pessoa, porque já tem aquele dia-a-dia com aquela pessoa.”* (enfermeiro4 - gerente HUSE)

O trabalho em equipe multiprofissional foi uma das diretrizes contidas no escopo do projeto de Reforma Sanitária e na área hospitalar do Estado de Sergipe. Como consta do documento “Diretrizes da Atenção Hospitalar da SES de Sergipe”, a organização da força de trabalho dar-se-ia por meio de equipes de referência e equipes de apoio matricial visando à ampliação da clínica e a possibilidade de alcançar um padrão de integralidade da assistência. O esforço institucional para viabilizar a jornada de trabalho médico e das outras profissões de modo diário e horizontal foi bastante intenso, apesar das dificuldades com o mercado de trabalho pela escassez de oferta de profissionais médicos especialistas e pelo pequeno número de profissionais formados no Estado de Sergipe e poucas vagas para programas de residência médica.

Além da equipe de referência para o cuidado continuado, a inserção dos profissionais na modalidade de apoio matricial para complementar a ação da ER e ampliar sua capacidade de resolver problemas foi considerada essencial.

As equipes mais envolvidas com a continuidade do cuidado demandaram a vinculação de todas as categorias profissionais aos serviços, uma vez que também nutrição, fisioterapia, psicologia e serviço social rodizavam entre as unidades assistenciais. A ação multiprofissional avançou na elaboração dos projetos de cuidado integrado, após a constituição das equipes

assistenciais de cada uma das unidades de produção, ainda que parte destes profissionais atuasse em mais de um local, na modalidade de apoio matricial. Apesar dos ruídos entre os profissionais, as pessoas perceberam que precisavam fazer o cuidado integrado, e o colegiado contribuía para esta maior aliança. Em relação à articulação do trabalho entre as especialidades médicas, muitas dificuldades permearam a implementação da diretriz do cuidado integral e da aplicação do dispositivo de apoio matricial. No pronto socorro, antes do processo de mudança não havia trabalho articulado do clínico e do cirurgião, nem no que tocava ao estabelecimento de prioridade no atendimento com a classificação de risco. A tradição era que o cirúrgico sempre era prioridade em relação ao clínico. Estas mudanças no processo de gestão da clínica contribuíram para reconhecida melhoria na assistência de emergência. Nas áreas de internação, a presença dos médicos horizontais permitiu que a concepção de apoio matricial ganhasse importância, compartilhando o cuidado entre especialidades, mas atribuindo ao horizontal a responsabilidade pela atenção integral e gestão do caso. A capacidade de realizar a gestão da clínica, o estabelecimento de projetos terapêuticos singulares ainda é restrita, estando em desenvolvimento no pronto socorro adulto, com idas e vindas, a partir da explosão da ocupação em alguns momentos, da troca de profissionais temporários pelos concursados e da evasão de médicos especialistas com o advento da fundação e a proposta de exercer maior controle gerencial sobre o trabalho.

A clínica da enfermagem, de acordo com as entrevistas, não é ainda suficientemente qualificada para interferir na média de permanência hospitalar, mudando a organização do cuidado da enfermagem, seja por meio da sistematização da assistência de enfermagem. A outra questão levantada foi a baixa inserção do arranjo equipes de referência no hospital,

arranjo este que está contido no manual das unidades de produção e é parte da diretriz política da atenção hospitalar no estado de Sergipe. Uma das explicações para o atual estágio da formação das equipes de referência é a energia gasta com a própria instituição da fundação hospitalar.

O uso de painéis sinalizadores (kanban) da média de permanência nas enfermarias é orientação institucional, acontecendo no hospital como um todo. O que não se tem efetivado de modo sistemático é a utilização destas informações para a gestão da clínica, para apoiar o trabalho da equipe de referência e otimizar a capacidade instalada do hospital. Aqui, algumas vezes como já referido, a ocupação acaba sendo determinada pela falta de acesso dos usuários a outros tipos de equipamentos não hospitalares, como clínicas de nefrologia e diálise, ambulatórios de cirurgia vascular ou uma rede de atenção básica resolutive. A problematização sobre a maior média de permanência em relação ao esperado para o grau de demanda de cuidado do paciente e perfil de morbidade do serviço tem servido de instrumento da gestão da clínica, sendo que algumas unidades como o pronto socorro tenham dificuldade de atualizar os painéis devido a superlotação do serviço..

Vimos preconizando o uso de protocolos e diretrizes clínicas como um elemento que pode estabelecer pontes entre a clínica do sujeito e a medicina baseada em evidências, na atualização do conhecimento das equipes e na facilitação da interação entre as diferentes especialidades existentes no hospital. No caso do HUSE, a incorporação de protocolos tem sido bastante lenta, exceto os protocolos de avaliação de risco na unidade de pronto socorro adulto e em menor escala na unidade de produção da pediatria. No entanto, algumas iniciativas aconteceram sem muita sistematização, mas que merecem ser referidas neste

estudo, uma vez que os próprios sujeitos participantes demonstram surpresa frente a posturas dos profissionais. À medida que os integrantes das equipes multiprofissionais foram interagindo, surgiram experiências interessantes e resolutivas para a gestão da clínica, como o compartilhar de técnicas entre médicos e enfermeiros e entre especialidades médicas. *“E eu vi isso acontecer, eles se mobilizaram e eu vi a cirurgiã plástica, que tem uma habilidade boa com os pacientes queimados... querendo se juntar com um grupo de clínicos que acompanhavam a unidade de internação, junto com a enfermeira, com o auxiliar de enfermagem, explicando o motivo, na linguagem de cada um deles, daquele curativo. Quer dizer, foi uma coisa que eu não via isso acontecer espalhado no hospital...”* (médico3 - HUSE).

As ações preconizadas pela Política Nacional de Humanização e inseridas nas diretrizes da rede hospitalar de Sergipe foram valorizadas no setor de urgência e emergência, com classificação de risco e acolhimento e em menor medida nas ações relacionadas à privacidade, acolhimento e direito à informação. Durante as entrevistas surgiram questões relacionadas ao formato que o hospital vinha utilizando para trabalhar o tema, por meio de um grupo específico, o qual desenvolvia ações nem sempre internalizadas pelas unidades de produção. O fato de haver um “setor” de humanização recebeu críticas, entendendo-se que as ações deveriam ser transversais, sendo tratadas e incorporadas por todos os profissionais que atuam no hospital. A prática da visita aberta era ainda restrita, sendo valorizada enquanto elo de ligação com a família e elemento que interfere para abreviar a recuperação do paciente, mas com pouca efetividade na sua organização. A gestão colegiada é referida como uma forma de humanização, bem como outras experiências junto aos acompanhantes de

pacientes internados em unidades críticas reconhecidas como contribuindo para apoiá-los e apoiar a equipe. Na oncologia havia uma prática mais articulada da gestão com vistas a tornar a passagem do paciente pelo tratamento menos penosa, com cardápios customizados para ampliar a aceitação dos pacientes e garantir o estado nutricional durante a ocorrência de efeitos colaterais da medicação. Ocorreu ampliação do debate sobre o tema e as práticas, mas o usuário não foi trazido para dentro do processo terapêutico como sujeito com necessidades e capacidade de interferir no seu processo saúde/doença. *“... o usuário ficou mais sujeito quando a equipe o viu no cuidado integral, Mas não foi trazido ainda para dentro do projeto, como co-participante. Então, no seu entendimento, ele é um objeto, e as pessoas que trabalham com ele, têm total liberdade para poder conduzir... agora que a equipe se apropriou mais desse conhecimento, que deve tratar o usuário como sujeito, precisa dividir esse conhecimento com o usuário....”(enfermeiro 1 - HUSE)*

A ampliação da humanização das práticas passa pela sensibilização dos profissionais acerca dos direitos dos pacientes, é necessário deixar de entender o hospital do SUS como um lugar onde não se presta assistência de qualidade e valorizar a resolução dos problemas que ali chegam em tempo oportuno, mesmo nas situações menos graves.

A pesquisa de satisfação do usuário é feita na nutrição com pacientes e funcionários e existe gestão pela unidade de produção com utilização das informações para produzir melhorias. Contudo não existe avaliação da qualidade do cuidado de modo sistemático, servindo de feedback para as equipes e a gestão. A ouvidoria deveria ser mais do que um local para receber e ouvir as queixas, *“... tinha que identificar precocemente situações de maior risco,*

*que poderiam gerar uma futura queixa, e promover interlocuções, ser pró-ativa no sentido de rever a prática, ela apenas recolhe e repassa. Então, nem o usuário sabe se a queixa desdobrou, o que foi resolvido e o que não foi, nem o colegiado gestor do hospital sabe a análise dessas queixas, qual a unidade que mais tem, que tipo de queixa é mais freqüente, se aquilo mobilizou a unidade para uma atividade ou uma revisão de atitude, por que não mobilizou, o que aconteceu....”(médico3 - HUSE)*

### Repercussões ocorridas na inserção do hospital na rede de ações e serviços de saúde do SUS

Uma das características fundamentais do processo de reforma sanitária de Sergipe, incluindo-se nela a reforma da área hospitalar é o funcionamento em rede. O documento da SES de Sergipe que traz o título de Diretrizes para a Política Hospitalar aponta para duas questões fundantes: as necessidades de saúde da população como referência para a organização da oferta de serviços hospitalares e o funcionamento em rede como estratégia de viabilização. O hospital sempre esteve inserido como referência no sistema de saúde do estado, e ganhou legitimidade devido ao aumento do acesso e da agilidade no atendimento aos pacientes graves. *“para a rede o que foi mais marcante foi o poder de resolução do hospital, em conjunto veio a abertura do SAMU do estado, aumentou significativamente... a demanda de pacientes graves que anteriormente não chegavam porque morriam em casa.”(enfermeiro 1 - HUSE)*

No início do projeto os hospitais do interior do estado estavam sob a gestão de uma organização social e a gestão foi repassada a um hospital filantrópico, como uma estratégia

que apoiaria a SES no período de instalação da fundação hospitalar e na qualificação dos serviços hospitalares que não haviam sido terceirizados, como o HUSE e a maternidade de alto risco. Um plano de investimentos na estrutura e reformulação do perfil assistencial dos hospitais foi elaborado, enquanto se garantiu a continuidade da prestação de serviços neste período e a realização de concurso público para provimento de quadro de pessoal próprio. Esta foi uma ação de médio prazo para a constituição da rede hospitalar de fato em Sergipe.

Como avanço na regulação para ampliar o acesso aos serviços e melhorar a qualidade, alterou-se a forma de acesso aos leitos do hospital, o qual era feito por meio de encaminhamentos políticos ou dos médicos. A regulação interna implantada para priorizar e qualificar o acesso trouxe democratização e melhora na equidade em saúde. A dificuldade para acessar leitos críticos (e mesmo eletivos) não foi eliminada, devido à reformulação da rede hospitalar estar em andamento, mas nada comparável ao período pré- reforma. Esta situação trouxe frustração à equipe, pois havia uma expectativa que funcionar em rede significaria menos pleto do pronto socorro do HUSE, o que não só não ocorreu, como houve ampliação dos casos graves e superlotação da capacidade instalada.

Reconhece-se que houve um estreitamento nas relações de solidariedade entre os gestores dos hospitais estaduais, a montagem de um colegiado da rede hospitalar criou espaço de interlocução dos dirigentes das unidades assistenciais, incluindo-se o SAMU, com a direção da fundação. Existia uma expectativa de que os hospitais efetivamente se articulassem numa rede especializada, com a central de regulação atuando no sentido de otimizar a capacidade instalada e atender as necessidades dos pacientes. Esta articulação configura o chamado

hospital horizontal, onde diferentes serviços completam suas necessidades em rede, e na atualidade “ *tem uma conversa mais estreita com o hospital Cirurgia, mas estamos sem nenhuma conversa com a rede de Aracaju, quando tem é conversa com o SAMU... se você não tem uma regulação dentro do estado, não consegue vincular com rede, essa conversa não pode ser só interna...*”(enfermeiro 2 - HUSE)

O HUSE não só se insere no SUS como paga um alto preço em sua organização para atender as fragilidades do sistema loco - regional (incluindo regiões limítrofes de outros estados), desde a rede básica, a atenção ambulatorial especializada e a própria atenção hospitalar. Neste período em estudo, ocorreu o fechamento pelo gestor municipal de uma clínica privada que atendia expressiva parcela da clientela de traumato - ortopedia e a demanda foi redirecionada para o HUSE, retornando à superlotação do pronto socorro e passando de uma produção de 40 cirurgias ortopédicas/mês para 400/mês. A fragilidade da atenção básica para cuidar dos pacientes diabéticos traz uma clientela agravada pela falta de controle, com alta incidência de amputação por vasculopatias. “... *os gestores dos municípios, aproveitaram-se um pouco dessa situação, e esse é o trabalho da reforma sanitária do estado, a proposta de reverter esse quadro. Na hora que começar realmente a atenção básica e a média complexidade assumirem a sua parte, a gente vai melhorar. ... Então o hospital... passou a ser a referência geral do sistema de saúde do estado de Sergipe, porque aqui estamos com os três níveis de assistência.*”(enfermeiro 3 - HUSE)

Esta evidência tem sido encontrada em hospitais públicos brasileiros que contam com prontos socorros com grande capacidade de atendimento, fazendo com que os mesmos nunca

consigam estruturar-se para uma demanda definida ao terem que absorver mais e mais casos, gerando má qualidade da assistência, sem que os gestores despertem para a necessidade de coordenar efetivamente o sistema, tanto os serviços públicos como os privados conveniados e contratados.

A dificuldade da inserção do hospital no SUS pode significar uma baixa capacidade de análise de conjuntura e de constrangimento dos gestores implicados. A Secretaria Estadual da Saúde não conseguiu agilidade na implantação do complexo regulatório para ocupar de modo racional e eficiente as vagas da rede hospitalar, tendo como consequência a necessidade do hospital assumir esta competência para manejar a oferta e a demanda.

#### O curso de gestão hospitalar

Na avaliação dos entrevistados, a oferta teórica do curso foi compreendida como uma ferramenta que apoiou a prática, a partir do contato com outras experiências e visões de organização do processo de trabalho. Considerou-se que quando a teoria e a prática caminham conjuntamente aumentava o nível de compreensão e de autonomia do sujeito, possibilitando aos gerentes maior interlocução com as equipes das unidades de produção. Outra questão levantada, foi o fato de que é comum os trabalhadores de saúde executarem suas ações sem vinculá-las a nenhum referencial teórico de organização de serviços para além das práticas biomédicas. A teoria crítica ofereceu embasamento para a compreensão dos conceitos e da realidade, vinculando um referencial bibliográfico para o aprofundamento do conhecimento sobre o tema *“ofertando fonte de estudo para o nosso discurso.”* (médico 1 – FHS).

Quando o profissional tem conhecimentos práticos, mas não possui instrumental teórico para subsidiar a compreensão da gênese desta forma de atuar, fica com menos possibilidade de argumentar com os demais membros das equipes, estando no espaço da gestão. O curso de gestão hospitalar ofertou um conjunto de conhecimentos e ferramentas que auxiliou o grupo gestor na sustentação dos rumos da mudança. Reconhece-se também que para os trabalhadores das equipes assistenciais ou de apoio falta um elo de ligação mais efetivo entre a teoria e a prática. Neste aspecto, a educação permanente é entendida como elemento fundamental, mas normalmente pouco utilizada, colocando a dificuldade em se promover mudanças sem que as pessoas estejam convencidas da sua validade.

A formação do contingente de gestores que compôs a clientela do curso foi considerada essencial para a implementação do processo de mudança, permitindo a socialização dos saberes e a construção de parcerias entre as incipientes unidades de produção, necessárias para a compreensão do novo modelo de atuação. Valorizou-se o aprendizado obtido na condução processos de mudança, utilizando-se o planejamento e a gestão compartilhada, conteúdos técnicos para organizar processos assistenciais, a busca da construção de autonomia do sujeito, o qual ampliou a capacidade empreendedora e *“de concretizar as coisas que vem na cabeça, dá um cunho muito prático...”* (médico 4 - gerente HUSE)

A reflexão acerca da introdução de novos conceitos e o estimular sua aplicabilidade durante o processo de desenvolvimento do curso apareceu como algo muito agregador de potência ao espaço pedagógico para a mudança. Os conceitos de clínica ampliada, da gestão compartilhada, da classificação de risco foram sendo aprendidos na relação teoria e prática.

Desta maneira, é possível a verificação de que um determinado dispositivo ou arranjo de gestão da clínica ou da área de apoio funcionam efetivamente.

Em comparação aos cursos de gestão realizados anteriormente pelos entrevistados, considerou-se que o curso com base no Apoio foi mais efetivo, porque a fragmentação dos conteúdos não facilitava a visão da integralidade da atenção, no sentido de incorporar o trabalho em equipe multidisciplinar e favorecer uma prática clínica mais efetiva vale ser destacada. A gestão do cuidado surgiu como um novo paradigma assistencial, demandando novas práticas multidisciplinares, o foco no paciente e a gestão compartilhada. Existem relatos de insegurança no fazer, a partir de novos referenciais e paradigmas tão diferentes da prática anterior, e a preocupação com a continuidade dos processos de educação permanente, uma vez que a organização passou por grande renovação da força de trabalho, no momento da instalação da fundação hospitalar.

### Projeto de intervenção

As reflexões dos entrevistados apontam vários ganhos acerca deste recurso metodológico de intervenção institucional. O primeiro deles foi o potencial positivo do diagnóstico compartilhado, mediado por roteiro contendo os principais marcadores dos modelos de gestão e de atenção, para avaliar o a qualidade da assistência.

Ocorreram projetos de intervenção em todas as unidades de produção do hospital. Neste estudo, por opção nossa, analisamos projetos de intervenção de sujeitos que atuavam na área assistencial ou de apoio técnico. Esta opção teve o objetivo de aprofundar a análise das características da gestão nas áreas assistenciais, como unidades de emergência adulta e

pediátrica, unidade de queimados, enfermarias e no apoio técnico à gestão nas unidades de Higienização, de Nutrição e dietética e no Núcleo de gestão de leitos e vagas.

1- No Pronto Socorro adulto do HUSE o impacto foi bastante significativo, como apontam os relatos dos entrevistados. A ênfase foi colocada na assistência aos pacientes mais graves, a partir da análise da mortalidade ocorrida na emergência antes e após o projeto de intervenção. As diretrizes para mudar o serviço foram a organização de espaços de atendimento segundo a gravidade do paciente, a instituição do trabalho médico e de enfermagem em jornada horizontal e equipe de apoio matricial nas áreas de assistência social, nutrição, psicologia para suporte aos familiares. Com estas medidas foram observadas maiores taxas de recuperação.

Instituiu-se a visita em equipe para evolução e avaliação diária da possibilidade de alta ou transferência, reduzindo-se a alta média de permanência e oportunizando a resolução dos problemas de gestão da clínica e problematizando as pendências. Devido à falta de capacidade de leitos instalada e também da desorganização do sistema de saúde e da regulação de leitos incipiente, havia necessidade de grande esforço gerencial cotidiano para manter bons resultados. O fato das demais unidades de produção apresentarem seus projetos de intervenção ao coletivo gerencial potencializou a mudança na emergência, assim como explicitou o conjunto de dificuldades da instituição que faziam interface com o pronto socorro.

Importante destacar que, apesar do tempo decorrido entre o projeto e a entrevista, os projetos estavam presentes nas memórias dos sujeitos da pesquisa, denotando importância na experiência vivida. Os conteúdos, os objetivos, as tecnologias empregadas apareceram

claramente, tais como o “processo de horizontalização do cuidado médico no pronto-socorro... a visita com os enfermeiros assistenciais, gerentes, médicos horizontais e com o assistente social, o encontro da concepção do Paidéia, a gestão misturada com a atenção,... a decisão da visita era colegiada... O objetivo era tratar o sujeito, o usuário como um todo, na perspectiva social, humana, da psique humana e da questão orgânica e não só enxergar o usuário como um doente com pneumonia, com apendicite e tal. Então, a gente conseguia dar potência e resolver o problema do doente.... manter o pronto-socorro sem maca no corredor por um bom tempo. Então, eu vi que tinha potência, que não era só teoria, que na prática funcionava.” (médico 1 – Coordenador FHS)

2- Articulado com o projeto da unidade de emergência, foi instituída uma intervenção para estruturar a gestão de leitos, criando-se um núcleo de apoio à gestão, captando vagas externas e gerenciando a ocupação e a permanência das vagas internas, além de classificar os riscos e as necessidades assistenciais de cada paciente. Este projeto de intervenção constituiu-se no embrião do núcleo de gestão de leitos e vagas, instância incluída na estrutura organizacional posteriormente.

3- Na unidade de produção da atenção em pediatria, o tema trabalhado foi a humanização do pronto socorro infantil, de modo conjunto com os demais serviços da linha de atenção à criança e adolescente. Ocorreu a produção de protocolos para assistência às patologias mais freqüentes, combinando a ação entre pronto socorro e enfermagem e planejamento da avaliação com classificação de risco no pronto socorro.

Um dos sujeitos da pesquisa questionou o projeto de acolhimento com classificação de risco como pensado à época, com o argumento de que os desafios colocados para a equipe no processo de mudança eram excessivos, postura mantida durante toda a entrevista, partindo do pressuposto que a qualidade da assistência já estava instalada na pediatria.

4- O corpo de enfermagem recém inserido nas unidades produtivas, sob comando único, instituiu como prioridade a discussão da sistematização da assistência de enfermagem, como um dos mecanismos de aprimorar a clínica praticada pelos enfermeiros. As unidades priorizadas para início da intervenção foram as enfermarias, com projeto de classificação de risco e necessidade de cuidados de enfermagem para pacientes internados.

5- A unidade de atendimento a queimados elaborou projeto de intervenção de cuidado integral ao paciente, para reduzir o tempo médio de permanência e a continuidade do atendimento no ambulatório. Estabeleceu a participação em atividades de prevenção aos acidentes com fogos de artifício, em parceria com as unidades básicas de saúde, mas como atividade pontual, uma vez que a partir do hospital esta abordagem é mais difícil de ser realizada.

6- A partir da adequação do quadro de pessoal com as contratações pela fundação, foi possível a área de nutrição estruturar-se e implementar os protocolos de apoio matricial e assistência clínica em nutrição. Algumas unidades de produção contavam com nutricionista exclusivo e outras com apoiador matricial, mas com vinculação às equipes assistenciais, em jornada horizontal, com ganhos de qualidade na assistência.

7- Neste período, um dos temas ofertados no curso foi a organização das equipes de referência e o apoio matricial a elas. O arranjo organizacional dentro da estrutura que deveria

refletir a organização do trabalho multiprofissional e o aporte de novos saberes por meio da clínica compartilhada. As áreas da nutrição, psicologia, fisioterapia e serviço social trabalharam em conjunto na composição de protocolos assistenciais. No caso da nutrição, o projeto de intervenção era a implantação dos protocolos dentro da nutrição clínica.

Relevante citar o contato e a utilização do planejamento como ferramenta da gestão compartilhada, de modo considerado inovador e aportando bons resultados. O estabelecimento de objetivos e metas e a responsabilização pelas ações trazendo para o cotidiano a cultura do planejamento e da intervenção sobre a realidade foram contribuições o curso que até então não se percebia com a realização de cursos na área da gestão em saúde.

Outra importante inovação organizacional foi a constituição do núcleo interno de gestão de vagas e leitos, arranjo responsável pela articulação entre enfermarias e pronto socorros para o manejo da ocupação e da permanência dos pacientes, coordenando inclusive, a transferência interna e externa ao hospital. Este arranjo iniciou sua organização como projeto de intervenção do curso de gestão hospitalar, consolidando-se a partir daí, com reuniões diárias de discussão dos critérios para a melhor ocupação das vagas, uma vez que a superlotação do pronto socorro nunca foi equacionada no período, entre outras razões, pela insuficiente pactuação existente no SUS loco - regional. Um dos desdobramentos deste processo é o maior acesso do paciente em estado crítico à tecnologia resolutiva e aos leitos hospitalares.

8- Na área de apoio técnico, um dos temas de projeto de intervenção foi ampliar a qualidade da higienização, sério problema naquele momento do hospital. Foi realizado um levantamento

da situação da higiene do hospital, juntamente com a empresa encarregada da atividade. Utilizando-se critérios de qualidade, avaliou-se cada unidade de produção, com explicitação das normas para os diversos ambientes, papel da CCIH e sistemática de monitoramento dos resultados. Ocorreram projetos em várias outras unidades de produção assistenciais ou de apoio, assim como nos hospitais do interior do estado, parte da incipiente rede hospitalar.

### Apoiadores/tutores

*“... eles ajudaram muito, eles foram norteando a gente.” (médico2 - HUSE)*

O papel de apoiador foi desempenhado por um grupo de técnicos envolvidos no curso e no processo mais geral de mudança organizacional da rede hospitalar do Estado de Sergipe. As referências teóricas adotadas foram as do método de Apoio institucional Paidéia, desenvolvido por Campos, mais um conjunto de outras experiências vividas pelos apoiadores, todos com larga experiência profissional na área da atenção e da gestão do SUS. O padrão de apoio incluiu as questões ligadas também à subjetividade dos alunos/gerentes, gestão de conflitos e construção de pactos e consensos. As modalidades de efetuar o apoio institucional foram diferenciadas, sendo que os grupos avaliavam periodicamente o andamento das ações acordadas, tabulando os resultados e reorientando a condução do processo junto às equipes do hospital.

A oferta de um olhar externo sobre a realidade do cotidiano aparece como valiosa contribuição *“... foi muito importante, a gente estava muito centrado na prática, não via alguma coisa que podia ainda ser feita,... vários itens da assistência tiveram como base as observações que o nosso tutor fazia na hora da avaliação em conjunto, todo o grupo... cada*

*um dentro da sua área mostrava suas dificuldades e a evolução. Então, eu acho que foi muito produtivo.” (enfermeiro 1 – HUSE)*

No contato dos grupos com os apoiadores foram construídas alternativas para a gestão hospitalar, como a gestão de leitos e o núcleo interno de regulação de leitos e vagas. Os depoimentos acerca do desconhecimento da tecnologia de organização do trabalho entre as diferentes clínicas e o estabelecimento de critérios para a ocupação das vagas e controle das transferências intra e inter-hospitalares colocam o espaço do apoio longitudinal nos processos como produtor de conhecimento e de vivências que mudam as práticas profissionais.

Outro efeito do apoio observado foi sobre a subjetividade, por meio de narrativas sobre a timidez em expor seus trabalhos do curso e os comentários construtivos do apoiador, *“aí um dia ele conversou comigo, “por que você nunca gosta do que você faz?”, eu disse “por que eu acho que eu nunca escrevo como eu quero escrever”, aí ele disse “não, está ótimo”. Assim, ele foi muito importante naquela época... pelo menos para mim.” (enfermeiro 4 - Gerente HUSE)*

#### O processo de mudança e a mudança dos sujeitos

*“Eu não tenho dúvida de que a gente vai dizer “olha, tem uma pessoa indo para o hospital” e você ficar tranquilo em casa, que as coisas estão andando bem, é para isso que estamos lutando fortemente.” (enfermeiro 3 - Coordenador HUSE)*

É importante ressaltar que a maioria destas pessoas estava exercendo uma função gerencial pela primeira vez, podemos então considerar que há superposição de dois processos: o de mudança de referenciais para a gestão e a atenção hospitalar e o de apropriar-se de uma cota

de poder institucional, responsabilizando-se pela condução de um projeto sanitário e gerencial inovador e complexo. As falas trazem marcadamente a percepção de um processo de amadurecimento pessoal.

Depois que os aprendizados teóricos do curso passaram a ser aplicados ao cotidiano, cresceu a autoconfiança em realizar, a capacidade de ouvir os outros, a se autorizar a explicitar vínculos afetivos *“a parte teórica desse curso... me deu segurança para trabalhar e quando você se sente segura você fica mais feliz e você faz mais coisas, ... isso me faz ter vontade de vir para o hospital, de fazer projetos novos.”* (médico 2 - HUSE)

O contato com a gestão de pessoas, os conflitos e divergências com os outros componentes da equipe gerencial apareceram e percebeu-se a análise da diferença entre a prática anterior na área assistencial e a prática atual na gestão. Os ganhos em relação ao que se nomeou “maturidade profissional e pessoal” aparecem vinculados ao uso do conhecimento técnico profissional e também lidar com relações humanas, com a subjetividade das pessoas durante os processos de mudança da organização do trabalho e das práticas assistenciais ou de apoio administrativo. *“... você passar para a gestão num momento em que a gestão está sendo totalmente mudada, a forma de conduzir uma estrutura grande como é a estrutura do Hospital de Urgência de Sergipe, você aprende dos dois lados, tanto como gestor, como no processo de trabalho, a se relacionar com as pessoas e com os profissionais de um modo geral.”* (enfermeiro 1 - HUSE)

Durante o processo de mudança a equipe gestora lidou com muitas adversidades, da falta de pessoal, uma epidemia de Dengue e revezes na retração da capacidade instalada da rede

sanitária do estado de Sergipe. Todas estas situações provocaram um grau de sofrimento nas pessoas, mas mesmo assim, enxergaram o curso de Gestão hospitalar e seus dispositivos como algo que contribuiu para fortalecer os indivíduos e o grupo. *“Eu não sei (se sou melhor gestora)..., mas eu acho que sim, pelo menos melhor enfermeira eu acho que eu sou, eu cresci muito.” (enfermeiro 4 – Gerente HUSE)*

Em outro caso isolado, houve o reconhecimento da aquisição de novos conhecimentos e habilidades, mas uma sensação de que nem tudo que foi prometido foi cumprido, caracterizando uma postura crítica e talvez menos protagonista no processo.

O reconhecimento que a gestão participativa pode trazer mais satisfação profissional para os trabalhadores aparece no discurso. Ao mesmo tempo existe o reconhecimento de que o grau de participação do conjunto dos profissionais foi pequeno, gerando tensões e sensação de que os avanços não ocorreram, apesar da institucionalização da gestão colegiada e das afirmações sobre o alto grau de aceitação institucional para a participação dos trabalhadores.

Reiterando o dito por vários autores acerca da alienação no trabalho, aparecem depoimentos acerca da atitude isolacionista que adotam os médicos nos serviços de saúde, apesar da atividade profissional intensa, da relação com os pacientes, não havia entre a maioria dos médicos o auto-reconhecimento enquanto sujeito ativo dentro do hospital, o que foi estimulado pelo espaço da gestão. Valiosa é a declaração de sujeitos acerca do processo de reconhecimento da importância da saúde pública, dos valores éticos profissionais e de cidadania e no contexto do Sistema Único de Saúde, onde os conceitos da equidade, da resolução de problemas de saúde, da identificação das singularidades das necessidades dos

pacientes, valorizam os ganhos pessoais e profissionais. Para os profissionais e especialmente para os médicos aproximarem-se de tecnologias do planejamento e da gestão que apresentaram resultados práticos, contribuiu para uma validação dos saberes da Saúde Coletiva e do próprio SUS.

*“Eu sou fruto da academia. Eu não fiz especialização em saúde pública, nunca militei nessa área e quando conheci os conceitos e aprendi e vi os resultados da visão ampliada do usuário, da clínica ampliada, da gestão colegiada e vi que tinha potência e que funcionava e vi que resolvia e que as pessoas eram melhor cuidadas dessa forma, eu fiquei apaixonado e hoje eu me considero um militante da saúde pública. Acho que para mim, nem como profissional, mas como ser humano, como sujeito, como agente sócio-político, acho que para mim foi maravilhoso. Eu fui profissional aqui no Hospital João Alves. O pronto-socorro lotado, eu não tinha voz, não tinha espaço, não tinha gestor presente e era tudo largado, era Deus que tomava conta. Hoje posso dizer que quem está no HUSE e quer virar gestor tem espaço.”*  
(médico 1 – Coordenador FHS)

## ANÁLISE DAS ENTREVISTAS REALIZADAS NO HC - UNICAMP

*“... vocês usam um linguajar tão diferente,... Estava no texto, a gente lia e ia aprendendo, é todo um universo diferente. Quando vocês vieram, nós falamos até em língua diferente. Esse HC está totalmente voltado para tecnicidade, tem pessoas altamente qualificadas tecnicamente e não tem essa noção, que eu chamo de alma. O que vocês estão trazendo é a alma do HC, porque a gente nunca teve condição de pensar e de sentir aqui dentro, a gente obedece ordem, e é isso, sair desse sistema de obedecer ordem, porque o paciente precisa. Essa é a grande virada...” (fisioterapeuta- HC)*

### Aspectos das diretrizes para a mudança destacados

A ampliação do grau de participação na vida institucional, o compartilhar discussões dentro dos serviços e entre as diferentes profissões surgiu como uma mudança de alto significado para os sujeitos entrevistados. Almejava-se uma estrutura organizacional que articulasse os diferentes profissionais da saúde, mas também avançasse para maior co-responsabilidade perante os resultados do trabalho e que agregasse maior significado à ação das pessoas.

O baixo grau de descentralização institucional existente, apesar da estrutura colegiada tradicional na universidade leva a crer que estes órgãos colegiados assumem mais um espaço de distribuição das cotas de poder entre os departamentos e seus docentes do que um elemento da gestão participativa. O hospital sofre as conseqüências do fato de estar vinculado à disputa pelos recursos com as demais áreas da universidade e ao mesmo tempo representar um papel estratégico dentro do SUS regional e na formação de pessoal para a área da saúde. O processo de remodelação da gestão e da organização das áreas do hospital

em unidades produtivas apareceu como uma grande luz no túnel diante da insatisfação frente ao próprio objeto do trabalho.

O alinhamento dos objetivos e o estabelecimento de metas e a possibilidade de enxergar o esboço de um projeto, um para onde ir, aparece como algo muito significativo, as reuniões com os gerentes das unidades de produção, inserir as equipes dentro da gestão. O curso de gestão hospitalar acrescentou uma orientação rumo ao alcance dos objetivos, sendo algumas vezes confundido com o próprio processo de mudança organizacional, aparecendo nas falas dos sujeitos de modo significativo.

A ampliação do grau de participação das equipes e seus gerentes nas decisões institucionais, ainda que de forma limitada, aparece valorizada como potencial para integrar as diferentes categorias profissionais atuantes no hospital. Coloca-se que a administração estava muito centralizada e a comunidade alheia a tudo o que acontecia, sem que se interferisse na gestão, questionasse a alocação dos recursos em prioridades. Com o processo de mudança, as gerências foram chamadas a opinar e a conhecer os recursos existentes e sua aplicação, reconhecendo vantagens na modalidade de gestão inclusive para envolver os executores dos recursos e compartilhar a responsabilidade com todos os envolvidos.

O envolvimento e a receptividade dos profissionais das equipes, na verdade a maior parte dos participantes eram os de nível superior, foi bastante expressivo em algumas áreas, criando oportunidades de ganhos de autonomia na gestão, entendimento de capacidade de resolver problemas na medida em que houvesse união dos pares, estabelecimento de metas setoriais e reorganização de vários processos de trabalho. Estas unidades que criaram uma

expectativa de mudanças reais sentiram o refluxo do projeto quando houve a troca de direção no hospital, realizando um esforço para conservar a gestão compartilhada.

*“... tanto em reuniões que a superintendência fazia e não faz mais, sobre metas, processos de melhora, planos que o hospital tinha, esta reunião acabou, e faz falta,... passei a conhecer ótimas pessoas, muito competentes, que trabalhavam em cantinhos isolados,... depois do curso de gestão conheci pessoas fantásticas que queriam melhorar o HC, e a impressão que dava é de um grupo de pessoas batendo cartão e deixando o tempo passar, .vi que tinha um grupo de pessoas, querendo trabalhar, não só cumprir tabela, mas para melhorar o hospital....”(médico1 - HC)*

Este processo compreendido como uma estratégia para dar mais flexibilidade à gestão dos serviços, com ampliação de autonomia em relação aos interesses acadêmicos foi considerado uma medida positiva, necessitando de aprofundamento e estudo. Os entrevistados consideraram que o processo vivido no Hospital foi uma tentativa de identificar as responsabilidades da Faculdade de Ciências Médicas e aquelas relativas ao Hospital, com maior grau de liberdade na condução administrativa, estabelecendo-se quais as necessidades do ensino e da assistência. As unidades de produção do hospital, a princípio não estariam inseridas no mesmo espaço de poder dos departamentos da faculdade.

Apesar dos profissionais entrevistados trabalharem há vários anos no hospital, a maioria não conhecia o conjunto dos serviços e áreas, sendo que o processo de mudança e sobretudo o curso de gestão hospitalar propiciaram encontros das áreas, apontando questões fundamentais para o bom desenvolvimento do trabalho. Esta situação nos leva a considerar o

grau de dificuldade relacionado ao trabalho das áreas assistenciais pela deficiente comunicação, baixa pactuação e co-responsabilização entre as diferentes unidades de produção do hospital.

Os entrevistados estavam distribuídos em diferentes categorias profissionais, sendo 4 médicos, 4 enfermeiros, 1 nutricionista e 1 fisioterapeuta. Entre os profissionais não médicos, a possibilidade de trabalhar em equipe multiprofissional, ou ao menos, de serem mais ouvidos no ambiente médico apareceu como de alto valor. Num ambiente dominado pelo poder da corporação médica e docente, a iniciativa de pensar a organização do trabalho sob a égide da equipe multiprofissional e interdisciplinar, apontava para a possibilidade de uma relação mais horizontal entre as profissões, trabalhar com colegiados e descentralizar parte do poder institucional.

Em relação à melhoria da assistência, um fator marcante de mudança foi a ampliação da possibilidade de se decidir sobre sua prática, a organização do processo de trabalho e a discussão conjunta acerca da terapêutica a ser empregada. Neste sentido, poder opinar e decidir, ainda que parcialmente sobre as condições necessárias para se praticar uma assistência de qualidade foi valorizado, significando maior eficácia e eficiência nos gastos hospitalares. O foco no usuário contempla estas questões, trabalho em equipe multiprofissional, a clínica e a gestão compartilhadas, a tecnologia adequada às necessidades dos pacientes. Ou nos dizeres de um sujeito da pesquisa: *“O processo é uma nova proposta de gestão que busca trabalhar com o foco no usuário e na equipe multiprofissional, pensando um trabalho em equipe em prol da assistência. O conhecimento de cada profissão, na*

*discussão dos casos clínicos, da patologia dos pacientes e a melhoria da qualidade da assistência. Isso tudo pensado em equipe, uma proposta diferente, não pensando em cada profissão, e sim uma equipe pensando e trabalhando junto. Era o que eu via como uma nova proposta de gestão.” (enfermeiro3 - HC)*

### Avaliação do grau de implantação das diretrizes da gestão e o posicionamento dos sujeitos gestores

#### A gestão compartilhada e seus condicionantes

Existe uma avaliação geral de que é melhor trabalhar com a gestão colegiada, por várias razões, como apontadas no item anterior sobre o que marcou mais os sujeitos participantes da pesquisa. O colegiado era instalado após a formalização da unidade de produção, acentuando as diferenças entre os serviços e o grau de envolvimento das categorias profissionais, sendo menor a participação dos profissionais de nível médio. Reconhece-se que houve mais oportunidade de discussão entre os dirigentes do hospital, apesar da manutenção de alguns poderes instituídos, dificultando o compartilhar da decisão. O funcionamento dos colegiados, ainda que no momento das entrevistas houvesse a preocupação com retrocesso do modelo de gestão, com volta da centralização, foi apontado como um dispositivo de democratização institucional e de aprimorar e legitimar as decisões adotadas pelo conhecimento trazido pelos diferentes participantes e pela co-responsabilização na execução das tarefas.

Apesar deste reconhecimento, o grau de implementação das diretrizes da gestão colegiada foi heterogêneo entre as unidades produtivas, sendo que pela proposta institucional, o colegiado

de gestão só era formalizado após a formalização da unidade produtiva, num processo de negociação intensivo entre as especialidades médicas, os departamentos da faculdade e a gestão do hospital. Pode-se dizer que este processo foi calcado na categoria médica, uma vez que os postos de comando efetivo na instituição, ou são privativos de médicos ou estão sob seu comando na hierarquia institucional. Mesmo com esta característica, o processo de ampliação dos espaços para troca e discussão sobre o trabalho, início da elaboração de uma proposta de atuação menos fragmentada representou um ganho muito valioso na opinião dos entrevistados.

Reconheceu-se a tentativa de descentralizar, visando uma nova maneira de gerenciar, mas o processo não avançou para além da fase inicial de diagnóstico e implantação, demandando que se caminhasse mais naquela direção. Foi ressaltado que não houve ingerência da direção no momento para se elaborar o diagnóstico de situação. Os resultados ainda estavam surgindo quando o processo foi abortado, mas a experiência foi significativa.

A fase em que encontrava o projeto do HC durante a realização das entrevistas, logo após a troca de superintendente e sua equipe, muito embora encarada como uma continuidade do processo anterior, era percebida pelo conjunto dos entrevistados como uma gestão que abandonara o projeto de reforma e que naquele momento valorizava menos os referenciais do modelo de gestão anteriormente propostos. Estas avaliações se davam a partir da escassez de reuniões com os coordenadores das unidades produtivas e da falta de explicitação de que se daria continuidade ao processo de reorganização. O sentimento de perda coletiva era evidente nas falas dos sujeitos, ainda que não pudessem assegurar a descontinuidade ou o

retrocesso futuro. A distribuição de poder dentro das unidades de produção é reconhecida como parcial e localizada, o que não deixa de ter validade como exemplo de satisfação dos trabalhadores de fazer parte da gestão e da troca entre eles, aprimorando o processo de trabalho. A experiência de realizar o diagnóstico compartilhado durante o curso de Gestão Hospitalar aparece como o momento mais efetivo desta possibilidade de participação.

A descoberta das vantagens de trabalhar em equipe multidisciplinar enquanto diretriz do modelo de gestão, e a repercussão sobre a resolutividade dos problemas a partir desta interação, surge nas narrativas dos sujeitos da pesquisa. *“Sem dúvida, responsabiliza mais os indivíduos, torna-os bastante participativos, e meta é o que precisa na gestão pública, senão o dia passa e nós não perseguimos nada além do horário que ficamos dentro do hospital,... uma boa parte do sucesso foi isso, ... a unidade produtiva foi um catalisador para estas profissões. São pacientes com necessidade de cuidado continuado e multiprofissional e os profissionais não podem deixar de conversar.”* (médico2 - HC)

Em algumas unidades assistenciais, ocorreu que a pauta ficava mais focada em problemas administrativos e menos no acesso e qualidade da assistência, como no Pronto socorro..., *“eles ficavam muito focados na questão dos problemas administrativos, reforma, questões de sobrecarga, excesso de paciente, vi pouca discussão em relação ao desempenho da assistência na unidade, mas também estava começando ...”*(enfermeiro3 - HC)

Problemas estruturais para organizar as atividades de suporte às especialidades cirúrgicas determinaram um impacto negativo sobre o funcionamento do colegiado, aparentemente sem que fosse pautado o processamento do problema e o envolvimento das equipes cirúrgicas na

busca de alternativas em conjunto com a superintendência. O agir como protagonista, a autonomia para atuar no contexto permaneceu restrita em várias áreas do Hospital. O déficit de médicos anestesistas fazia com que parte da capacidade instalada do centro cirúrgico ficasse subutilizada, demandando gasto de energia da equipe e levando ao desânimo, sem conseguir atuar sobre o problema considerado como o mais importante para o bom funcionamento da unidade de produção e para satisfazer as necessidades das unidades demandantes das cirurgias.

A descentralização orçamentária e financeira não ocorreu, apesar disto, referiu-se que a experiência deu credibilidade a várias diretrizes e que o processo de organização das unidades de produção e o funcionamento do colegiado agregaram credibilidade às demandas oriundas do coletivo.

O poder habitualmente centrado na categoria médica dentro do hospital tende a encontrar outros mecanismos de institucionalização. À medida que os colegiados e as unidades produtivas foram se estruturando e passando a funcionar, houve o deslocamento de enfermeiros da função gerencial, passando estes lugares a serem ocupados pelos médicos, sobretudo docentes. A resistência a abrir mão de parcela do poder institucional encontrada em várias das unidades de produção não foi narrada como algo intransponível, apontando-se a necessidade de continuidade do processo de fazer uma gestão participativa focada na linha de cuidado, com ganhos para o paciente.

O poder médico estava diretamente ligado ao corpo docente da Faculdade de Ciências Médicas, sendo que a direção da unidade de produção foi superposta na maioria das vezes

ao poder do Departamento respectivo na instituição de ensino. Esta realidade contribuiu para que houvesse uma expectativa menor acerca dos resultados do processo de mudança, apesar do reconhecimento da heterogeneidade entre os representantes, com variações de atitude gerencial, da gestão compartilhada ao estilo gerencial mais centralizado na categoria médica.

À medida que foi aberta a discussão com o conjunto das categorias, propondo-se que o comando por linha profissional fosse substituído pelos apoiadores matriciais, apoiadores institucionais ou referências técnicas e ao mesmo tempo houvesse a conformação das unidades produtivas foi se desenvolvendo, ocorreu um movimento de interesse dos médicos pelo comando das unidades produtivas, possivelmente pela percepção de que o futuro do poder hospitalar estaria alocado efetivamente nelas e não apenas na alta direção, como a superintendência e seus coordenadores assistencial e administrativo.

Os chefes das unidades de produção eram majoritariamente médicos, diferente da adesão desta categoria ao projeto na maioria dos hospitais. Este fato recebeu críticas das demais profissões, como se fosse um efeito colateral indesejado do processo de mudança, ao invés de democratizar e repartir poder institucional levasse a uma concentração deste, com reconhecimento da disputa entre as categorias profissionais. Como no início do processo houve crítica acerca do comando vertical da categoria da enfermagem o que contribuía para dificultar o trabalho em equipe, podemos considerar este fato como um fator gerador de descontentamento do corpo de enfermagem, devido ao fato dos profissionais integrarem equipes sob comando único, no caso quase sempre o comando médico. Este movimento de

ocupação dos postos de comando pelos médicos criou um descontentamento com a abordagem realizada para a mudança, sobretudo na equipe dirigente da enfermagem. Considerando-se que o comando vertical do trabalho da enfermagem é bastante estruturado na atenção hospitalar, os novos referenciais em alguns momentos são sentidos como instrumentos de redução do poder da categoria profissional, repassando-o à categoria médica.

Também encontramos posturas mais ativas sobre esta questão, como esta declaração: *“Eu me identifiquei muito com a proposta, mas acho que as profissões precisam se inserir nessa proposta com mais segurança no seu próprio trabalho, para que eles não entrem de forma subserviente, e para que não tenha hegemonia de determinada categoria na decisão...”* (enfermeiro4 - HC)

Por outro lado, constatou-se que as mudanças propostas não carregavam um caráter radical, a ponto de colocar os médicos frontalmente contra o processo. As narrativas apontam que caso isto acontecesse, não haveria governabilidade para implementar as transformações assistenciais. No caso do gerente não médico na unidade de produção, esta constatação era fundamental. Os avanços apontados foram relacionados a aproximar as outras profissões da ação médica construindo a linha de cuidado, uma vez que se considerava que enquanto categoria profissional, os médicos realizavam ações integradas.

No processo de conformação das unidades produtivas, nem sempre foi possível encontrar-se um arranjo que atendesse às variadas expectativas. Especialidades com pequeno número de leitos nas enfermarias e que necessitavam organizar-se dentro do mesmo espaço físico e

compartilhar pessoal de apoio técnico e administrativo, no geral encontraram dificuldade em se associar, gerando lentidão para completar-se o novo arranjo organizacional.

A formatação das unidades de produção passou pela junção de determinadas áreas assistenciais, com a finalidade de agrupamento de serviços com forte caráter complementar. No entanto, nem sempre foi possível a reorganização, seja pela pouca identidade entre as áreas no seu cotidiano, ainda que oriundas da mesma matriz clínica ou cirúrgica, ou pela resistência em perder parte da sua configuração e autonomia. Dentro da clínica médica não foi possível a reorganização de três áreas, e o motivo declarado da não adesão foi a falta de recursos adicionais, sem que os propósitos da mudança fossem valorizados. Onde havia uma única disciplina foi mais viável constituir-se a unidade de produção. Onde *“... a disciplina é única... ou tem poucas disciplinas, ficou mais fácil de organizar a unidade,... unidades de internação com muitas disciplinas envolvidas,... teve muita dificuldade para a equipe multiprofissional trabalhar, ainda não conseguiu avançar....”*(enfermeiro3 - HC)

O conceito de comunicação lateral, relação entre as unidades de produção de modo horizontal, tem como finalidade organizar as ações compartilhadas do processo produtivo. As especificidades da produção em saúde demandam singularidades nos serviços de atendimento direto ao usuário, apoio técnico e administrativo. A rotina para pacientes internados que demandam exames de diagnóstico por imagem tem que variar segundo o estado clínico do paciente, entre outros exemplos.

A participação de profissionais de outras unidades de produção nas reuniões mensais de algumas unidades como a UTI, fez com que houvesse maior agilidade no encaminhamento

das situações com interface. Profissionais apoiadores e referências técnicas participaram das reuniões de colegiados das unidades de produção apontando um bom desenvolvimento, como o da farmácia com participação de médicos, farmacêutico, administradores, enfermeiros, na perspectiva de praticar a comunicação lateral e debater e processar problemas interdependentes.

As relações construídas neste processo, sobretudo os espaços do curso de Gestão Hospitalar contribuíram para trocas e apoios mútuos, dando mais agilidade a processos de atendimento às demandas das unidades fim pelas unidades de apoio técnico ou administrativo. Isto levou a maior compreensão das necessidades, das prioridades existentes, reforçando a idéia de que a subjetividades e as relações interpessoais interferem na gestão, assim como a compreensão do projeto institucional coletivo.

#### Funções gerenciais e o Apoio institucional Paidéia

Uma das questões sempre debatidas nos processos de mudança no hospital é sua sustentabilidade, diz respeito ao perfil do gerente, ou da sintonia do corpo diretivo das instituições. No caso do HC não parece ser diferente a importância atribuída ao superintendente que protagonizou este processo e que deixou o cargo numa fase intermediária do mesmo, quando as diretrizes ainda estavam em estágios heterogêneos de implementação, sendo que a maioria estava em estágios iniciais. Existe um reconhecimento que o superintendente possibilitou às unidades assumirem mais responsabilidades de gestão, reforçando seu papel de direção e coordenação do trabalho.

O grau de descentralização foi considerado “tímido”, pois muitos gestores acumularam a chefia de departamento da faculdade com o papel de gerente da unidade produtiva. As referências feitas pelos entrevistados apontaram a falta de candidatos a ocuparem as funções gerenciais, ocorrendo uma nova forma de centralização, algumas vezes com críticas dos profissionais não médicos. De todo modo, reconhece-se que o superintendente levava em conta a opinião do colegiado gestor da unidade de produção, o que ainda não fora verificado com a nova direção, admitindo-se que o tempo de mudança fora curto. O fato da descentralização não envolver os recursos financeiros e de contratação de pessoal tornou menos efetivo o processo e percepção e valorização dos resultados como parciais e aquém do necessário, apesar de reconhecer-se que nas decisões do cotidiano houve desconcentração de poder.

A sustentabilidade das mudanças em processo de institucionalização depende da apropriação pelo coletivo de profissionais docentes, técnicos assistenciais e de apoio técnico e administrativo, mas também do exercício do apoio institucional coordenado pelo colegiado de gestão do hospital e seu núcleo executivo localizado na alta direção da superintendência e equipe de assessoria, além das referências técnicas das especialidades. Na avaliação dos sujeitos da pesquisa seria preciso se manter as reuniões gerenciais como instrumento de unidade interna ao hospital, pois uma vez terminado o curso de Gestão Hospitalar ocorreu desaquecimento no ritmo de mudança do modelo de gestão, como nesta narrativa: “... *O novo superintendente tem que fazer urgentemente uma reunião mensal com esse grupo, com o grupo que trabalha com gestão,... porque se não fizer isso, vai desmontar tudo, cai no esquecimento... Precisava fazer um pós - curso e todo mundo voltar a apresentar a área, falar*

*as dificuldades... a minha impressão é que todo mundo parou de fazer reunião.” (médico1 HC)*

Há necessidade dos gerentes atuarem junto com os apoiadores do hospital acompanhando e orientando as unidades produtivas, num movimento de vai e vem, ligando a administração central com os diferentes serviços e mantendo a sintonia entre as partes.

Sobre o planejamento hospitalar realizado nos últimos meses da gestão viabilizadora do processo de mudança, vale a pena salientar que pela falta de institucionalização dos novos papéis gerenciais, como os gerentes das unidades produtivas, o hospital flutuava entre dois modelos de gestão, para os quais os entendimentos sobre a responsabilidade e o papel das pessoas eram diferenciados.

#### Projeto individual ou coletivo

O movimento ocorrido dentro do Hospital das Clínicas que trouxe em seu bojo a reorganização das áreas assistenciais e de apoio técnico, das profissões da saúde em equipes com comando único que articulavam ações correlatas, visando a integralidade do cuidado, ou ao menos, menor fragmentação na continuidade deste cuidado, não foi entendido pelos sujeitos da pesquisa como um processo que tivesse características de capilaridade nos espaços institucionais. Os motivos apontados para os limites do movimento de reforma eram diversos, tais como, o descrédito de que o projeto fosse para valer, a falta de interesse da maioria dos profissionais com a vida institucional e resistência à mudança. Nos locais onde a vida organizacional era baseada nas relações burocráticas, com liberdade das áreas para estruturar seu processo de trabalho, a avaliação foi de que não houve aceitação geral até por não se acreditar que isso pudesse ser verdade.

Avalia-se que institucionalmente ocorreu o empenho da superintendência em fazer a mudança, porém com muitos entraves, nem todos entenderam a proposta, aparentando para alguns que centralmente ocorreria a perda de poder, mudança do status quo, gerando insegurança. *“... Não houve concordância mesmo, poucos, principalmente aqueles que já trabalham com equipe multidisciplinar, pensando um pouco nessa linha do cuidado, é que se engajaram melhor,...”* (enfermeiro1 - HC)

Por outro lado, há ponderações que se o poder efetivamente tivesse sido transferido para os colegiados a mensagem de efetividade da mudança seria mais compreendida e a aceitação, maior. Outra característica do processo foi o fato de que o curso de Gestão Hospitalar avançou na direção das diretrizes do modelo de gestão, porém com a participação de um pequeno número de dirigentes. A proposta do projeto foi coletiva, para todos, mas nem todos compreenderam, ou tiveram acesso aos conteúdos da mudança. Ocorreu também resistência à mudança, mesmo em apoios manifestos, mas que na prática foram interpretados como resistência. A maioria dos sujeitos entrevistados considerou que o projeto não era coletivo, mas de algumas pessoas *“tentou-se uma abordagem bem diversificada para que houvesse uma participação ampla no hospital, mas a impressão que tenho é que no final, o que está sendo mantido é em função das pessoas.”*(médico2 HC)

A discussão dos novos conceitos e características de organização dos serviços envolveu pouco os profissionais de nível médio, pois a organização do hospital é de hierarquia acentuada entre os níveis de escolaridade. A participação esteve concentrada na equipe de nível universitário, apesar disto, considerou-se um avanço pelas vantagens atribuídas ao novo

modelo de gestão. A condução e liderança do processo estavam concentradas em algumas pessoas, uma postura de “levantar a bandeira e abraçar a causa”, mas com pequena possibilidade de se tornar algo com maior amplitude.

Entre as características que precisariam ser mais trabalhadas para que houvesse ampliação na capilaridade dos conceitos e diretrizes, estava a real distribuição do poder, pois apesar da *“roupagem democrática e de participação”*, o desejo de descentralizar ficou restrito a algumas pessoas. (enfermeiro4 HC) Os gerentes que conseguiram maiores gradientes de autonomia na sua função propunham-se a dar continuidade ao modelo de gestão independente do conjunto das áreas do hospital.

#### Contrato de gestão

O contrato de gestão no Hospital de Clínicas foi instituído pela Instrução Normativa CEA – Nº 009/2008. Seu conteúdo contém os objetivos propostos pela unidade produtiva, as melhorias desejadas, a importância destas mudanças frente ao projeto institucional do HC e o seu planejamento estratégico. Oriundo da tradição da teoria da Qualidade Total, o contrato estava formatado baseado na reformulação dos processos de trabalho e apontamento dos indicadores de acompanhamento e verificação. Contava com definição de metas e análise de viabilidade do alcance dos objetivos.

As vantagens deste instrumento de gestão foram instituir a unidade de produção enquanto instância de gestão do hospital e atribuir ao colegiado gestor a tarefa de organizar o processo de trabalho da equipe multiprofissional, comprometendo-se com a execução dos planos de ação para alcançar os resultados propostos. (IN-CEA – n.0 9/2008)

O contrato de gestão era assinado à medida que as unidades produtivas iam se constituindo e os colegiados gestores implementados. A estratégia de progressivamente ir expandindo os arranjos e dispositivos de gestão, ou seja, mudar a lógica de organização da distribuição do poder e do processo de trabalho sem conflitos expressos, se por um lado permitiu a mudança num ambiente de maior tranquilidade, por outro fez com que o clima de mudança aparecesse menos e pouco permeasse a organização.

De um modo geral, a elaboração do contrato interno de gestão foi bem aceito e valorizado pelo conjunto dos sujeitos entrevistados. A diretriz de que o contrato deveria trazer objetivos focados na realidade da unidade e buscando a melhoria da qualidade, tornou-o um instrumento legítimo para os participantes.

Os conteúdos incluíram demandas de investimentos, contratação de pessoal e reorganização dos processos de trabalho, com a recomendação de que os problemas fossem priorizados pela equipe da UP e alinhados com o planejamento estratégico do hospital, algumas fora da governabilidade da equipe. Ressaltada também a prudência do superintendente que *“fazia contratos de acordo com o tamanho das pernas, e a equipe tinha uma ansiedade muito grande de resolver problemas crônicos, que é a falta de tudo, estrutura física, equipamentos, coisas estruturais, em todos os contratos isto pesava muito, e a questão também do envolvimento da assistência,... Eu achei estes contratos oportunos para uma melhoria. Se todos eles estiverem acontecendo, acredito que a gente esteja dando um passo prá frente.”* (enfermeiro3- HC)

Houve uma superposição desejável entre o conteúdo do contrato de gestão e o projeto de intervenção do curso de Gestão Hospitalar, algumas unidades incorporaram as metas de reformulação da assistência como acolhimento das famílias e visita multidisciplinar dentro do contrato. Isto mostra que o dispositivo de apoio institucional no formato do curso intervenção foi útil para mobilizar a contratualização interna ao hospital.

O caso da área de Nutrição exemplifica o desenvolvimento do processo de construção coletiva *“O colegiado acompanha o contrato de gestão, o que nós já fizemos ou não. Nesse mês, as áreas vão apresentar indicadores de satisfação do paciente, da área de assistência, da área de nutrição enteral... Ver como é que está,... nós estamos construindo,... a gente está procurando regar a planta, tá crescendo, pelo menos aqui na nutrição.”* (nutricionista - HC)

Aconteceu também do contrato ter sido assinado e o colegiado não dar continuidade ao processo, não realizando reuniões, demonstrando que os arranjos e dispositivos não possuem auto-aplicabilidade, demandando estrutura de apoio institucional e comando gerencial para seu fortalecimento e inserção efetiva na cultura organizacional. Os participantes do estudo apontaram a expectativa de que houvesse reformulação e ajuste do contrato de gestão, com verificação pela direção do hospital do alcance das metas, o que ainda não havia ocorrido. O processo de perseguir as metas, dar continuidade aos arranjos de gestão como a visita multidisciplinar, a atenção aos familiares (projeto cuidando do cuidador), ainda que não tenham obtido grandes impactos no âmbito do sistema de saúde foram destacados como animadores. Algumas metas não atingidas, como no caso da Neurologia, estavam relacionadas a restrições na capacidade instalada de leitos e nas relações de dependência

com os serviços externos. Mesmo tendo racionalizado o uso dos leitos, reduzido o tempo e permanência, este esforço da equipe foi insuficiente para dar conta da demanda existente, sobretudo por internações. Desta maneira, apesar do não cumprimento das metas do contrato, as razões para tal estavam fora da governabilidade da equipe da unidade produtiva. Esta característica dos contratos conterem metas fora da governabilidade da equipe foi citada como elemento negativo do contrato de gestão. No caso do Centro cirúrgico, que ainda não efetivara o contrato de gestão, havia a orientação para fazê-lo com metas relacionadas a realidade cotidiana da unidade de produção, buscando a humanização e melhoria da qualidade para o usuário.

#### Melhorias na assistência do hospital relacionadas ao processo de mudança

A gestão colegiada conseguiu contribuir para diminuir a fragmentação da atenção prestada aos usuários, possibilitando maior diálogo entre as diversas áreas componentes de uma especialidade ou de um departamento, o qual termina por formatar o padrão da clínica nos serviços universitários. O processo de reconhecimento e articulação interna ainda que não impacte necessariamente a qualidade da atenção, foi compreendido como uma melhoria assistencial. Aqui o meio é de certa forma, tomado como finalidade. Neste aspecto, quando desenhamos uma proposta que torne indissociável a gestão e a atenção à saúde, podemos nos referenciar nestes achados para fortalecer nossa proposta enquanto produtora de maior responsabilidade das equipes pelo cuidado dos pacientes, assim como uma redução da alienação nas práticas de saúde.

Na unidade produtiva da Saúde Mental, houve a integração entre os vários pontos de atenção: serviço de emergência, enfermaria, ambulatório e atendimento a interconsultas, isto foi considerada prioridade, na perspectiva de estruturar a linha de cuidado, o trânsito do paciente dentro do serviço. Propiciou também a relação com outras unidades como o pronto socorro, ou Unidade de Emergência Referenciada. Os atendimentos ali eram sub-notificados, não sendo computados como produção da equipe de saúde mental. A equipe estava em processo de reorganizar a informação e utilizá-la na avaliação da unidade. Outra iniciativa foi a de produzir um manual de funcionamento da unidade, visando uniformizar os procedimentos dos vários ambulatórios organizados segundo patologias específicas.

O processo que já acontecia na referência de pacientes do hospital para a rede básica foi um dos procedimentos que melhoraram a qualidade da assistência, na visão dos sujeitos. Além da introdução da prática que foi denominada “transferência responsável”, outras unidades conseguiram estruturar linha de cuidado integrando diversos serviços internos ao hospital e também com outros pontos de atenção da rede de ações e serviços do SUS. *“A equipe aprendeu a discutir um pouco essas questões. A nutrição, o serviço social, chegaram mais próximo da assistência e do usuário, houve uma integração maior, a própria farmácia conseguiu compreender melhor as necessidades dos usuários. A equipe multiprofissional pensa diferente hoje, ela se integra mais, discute mais processo de trabalho, existe uma modificação no comportamento dos envolvidos no processo, que causa uma melhoria na assistência do paciente.”(enfermeiro3 - HC)*

A Neurologia buscou a humanização da assistência por meio da gestão, organizando os ambulatorios, priorizando para atendimentos pacientes em macas e em cadeiras de rodas, explicitando para o conjunto dos pacientes os critérios de priorização segundo a gravidade e não apenas a ordem cronológica. Estas discussões envolveram alunos, médicos residentes, pós-graduandos, docentes, equipe de enfermagem. *“Nós chegamos a discutir isso, a conscientizar todo o grupo, então esse é um exemplo que... transforma a assistência de certa forma mais qualificada.” (médico2 - HC)*

Para reduzir a distância entre as linguagens dos médicos residentes e dos pacientes, aqueles foram orientados a dedicar mais tempo em se comunicar bem com o paciente, visando ganhos futuros na capacidade de auto-cuidado e na resposta terapêutica. A gestão permitiu este tipo de atitude, analisando os problemas recorrentes e buscando soluções mais permanentes.

A atenção nas enfermarias da clínica médica melhorou qualitativamente, com maior integração da equipe e visão de conjunto, na busca da solução dos problemas, valorizando a gestão de pequenos processos. A interação entre as profissões se acentuou, com maior abertura para o trabalho em equipe, demandando apoio matricial. *“percebi uma abertura maior entre as profissões para se conversarem, criou um coletivo de troca mesmo, todo mundo tentava se falar, nas enfermarias que são mais críticas, de trauma, de transplante de medula óssea, pronto socorro, uma abertura maior dos médicos, das enfermeiras, (reconhecendo) a necessidade que tinha do fisio e perguntando por que não estava mais presente,... coerente com a necessidade do local.... Então a equipe se entende melhor, se reconhece mais dentro*

*das próprias dificuldades, a assistência interage mais,...*”(fisioterapeuta - HC). Mudou menos no ambulatório devido ao grande número de profissionais e grupos que lá atuam, dificultando a comunicação e o entendimento do processo.

Todas as unidades produtivas pesquisadas experimentaram arranjos organizacionais para aperfeiçoar a qualidade da clínica e ampliar seu objeto de trabalho, lançando mão do trabalho multiprofissional, ainda que o número de profissionais além de médicos e de enfermagem fosse relativamente pequeno para as necessidades do hospital e a institucionalização destes arranjos tenha variado. As atividades de organização do trabalho em equipe multiprofissional, tais como a visita conjunta e a elaboração de projetos terapêuticos aconteceram de modo heterogêneo entre as unidades produtivas. Reconhece-se a potência da gestão da clínica para otimizar a ocupação dos leitos existentes, num contexto de escassez de vagas para atender a demanda proveniente do sistema de atendimento de emergência ou das internações consideradas eletivas para cirurgias ou investigação diagnóstica.

A UP Unidade de Terapia Intensiva de Adultos foi uma das unidades onde o gestor assumiu com afinco a implementação das diretrizes dos modelos de gestão e de atenção, instaurando a jornada de trabalho médico horizontal, com dificuldade para alterá-la, mas com excelentes resultados na sua avaliação. Para justificar a melhoria da qualidade da assistência, destaca que o médico trabalhando em jornada diária horizontal *“traz economia, além de segurança, porque o horizontal fala: já fez tomografia, não precisa fazer o exame, não precisa repetir o hemograma, já pedi a cultura, não precisa repetir a cultura, isso tem impacto, melhora a qualidade da assistência, sem dúvida..., por isso que hoje as UTIs exigem um médico*

*horizontal, mas tudo esbarra no pagamento... Agora o curso de gestão ajudou, a motivação que ele criou. Tanto que o pessoal quer um segundo. Trouxe uma grande motivação interna.”(médico1- HC)*

Pequenas reformulações no processo de trabalho, como a preparação das prescrições médicas pelo plantonista da noite possibilitou que a passagem de plantão da noite para o dia fosse feita com a conduta já atualizada, com mais tempo para a enfermagem checar a prescrição e gerando mais segurança para o paciente. Outro reflexo foi que os médicos residentes puderam discutir os casos sem ter que ficar prescrevendo, o que melhorou a qualidade da assistência. Anteriormente, a enfermagem pressionava pela prescrição e o médico não tinha muito tempo para avaliar os pacientes. Houve referência ao fato de que em algumas unidades produtivas como a Reumatologia e Ortopedia o funcionamento da enfermaria melhorou muito, com elaboração de projeto terapêutico individual, alta referenciada para outros serviços e relação com o serviço de atenção domiciliar. Contudo, como já referido, o desempenho das unidades foi muito heterogêneo. Nas enfermarias de Clínica Médica existia visita conjunta multiprofissional apenas semanal, apesar da periodicidade conseguiu-se agilizar as altas e oportunizar as medidas diagnósticas e terapêuticas.

No que tange ao trabalho da enfermagem, a discussão que permeava a corporação era uma análise crítica sobre o perfil da ação do enfermeiro ter se tornado mais burocrático e sofrer um afastamento do cuidado direto ao paciente, com insatisfação da equipe de enfermeiros. Houve uma reorganização do trabalho com atribuição de enfermeiros atuando como referências para

as unidades de internação, buscando alcançar maior integralidade no cuidado do paciente. Houve resistência da enfermagem em vincular cada profissional a um conjunto de pacientes, considerando-se a demanda de cuidado de cada um deles. Vários foram os argumentos utilizados, entre eles o desgaste emocional pela maior convivência com os doentes.

A participação da nutrição nas equipes de referência realizando apoio matricial foi relatada como tendo melhorado, sobretudo nas unidades de internação, mas acontecendo de modo heterogêneo. Os nutricionistas foram designados de modo fixo para as unidades de produção, garantindo a continuidade da avaliação nutricional e dietética e a integração com a equipe das unidades. A sistemática de prescrição da dieta pelo médico demanda uma boa integração entre os profissionais, sob pena de retardar o preparo das refeições. A inserção do nutricionista na equipe assistencial por meio do apoio matricial foi de grande valia, facilitando as ações e melhorando a qualidade do cuidado, com o uso dos protocolos de avaliação nutricional e visita a 100% dos pacientes internados.

As equipes das unidades de atividade meio para o processo de produção das ações de saúde, como o Centro Cirúrgico, visualizam parcialmente os resultados de seu trabalho, tiveram dificuldade de participar mais ativamente da linha de cuidado, na narrativa do sujeito da pesquisa: *“É difícil avaliar isso, porque a minha área é meio... não visualizo isso porque fico no Centro Cirúrgico e só recebo o paciente operado, não consigo avaliar o paciente em relação ao atendimento ambulatorial, a... cuidar dele de maneira integral, a tendência da mudança desse processo é refletir sobre a assistência sim, eu acredito que vá repercutir.”* (enfermeiro2 - HC) Admite-se que a relação multiprofissional melhorou ao longo dos últimos 3

anos em algumas áreas do hospital, com reorganização do processo de trabalho; no caso do Centro cirúrgico, a estratégia adotada pela equipe de enfermagem foi cuidar da especificidade de seu trabalho com mais qualidade e confiabilidade técnico-gerencial, o que acrescentou legitimidade perante os médicos.

Na unidade produtiva da Saúde Mental, os avanços diziam respeito ao respeito que todos os profissionais mantinham frente às decisões do colegiado, além de passarem a trabalhar em conjunto com as demais profissões na elaboração de protocolos de fluxos e de atenção.

#### Repercussões na inserção do hospital na rede de ações e serviços de saúde do SUS

Existe concordância entre os sujeitos da pesquisa de que este processo de mudança na organização do HC alterou muito pouco sua inserção em rede no SUS, apesar do hospital fazer parte do sistema de contratualização dos hospitais de ensino e da Universidade apoiar a Secretaria de Estado da Saúde mantendo o Hospital de Sumaré e os Ambulatórios Médico de Especialidades - AME nos municípios de Santa Bárbara D ' Oeste, Rio Claro e Limeira.

Estar inserido no SUS enquanto ponto de atenção de uma rede de ações e serviços de saúde tem outro significado, o de articular-se com o gestor municipal de Campinas o qual detém a gestão do maior contingente de serviços no âmbito do município pólo de região, por meio de um sistema de regulação, no sentido de alocar os recursos e ampliar ou reduzir serviços numa lógica de complementaridade, na busca de um padrão de integralidade regional e da responsabilidade pela continuidade do cuidado.

O pronto socorro do HC é o serviço mais inserido e articulado com a rede de atenção, uma vez que dentro da atenção às urgências e emergências, o SAMU atua resgatando e transferindo usuários segundo uma regionalização acordada entre os hospitais que mantém o pronto socorro aberto. Como existe insuficiência de leitos de retaguarda, a demanda excessiva de pacientes no setor de urgências gera tensão e disputa por recursos assistenciais para dar conta dos procedimentos eletivos de alta complexidade, que tendem a ser postergados, pela baixa capacidade instalada para atender às necessidades integrais do sistema de saúde regional.

A falta de explicitação dentro de um planejamento regional da competência do HC frente ao sistema e de um sistema de regulação eficaz dos recursos, de modo real, faz com que surjam mecanismos de escape frente aos combinados, numa relação que contribui para restringir o avanço do desenvolvimento do Sistema Único de Saúde. Falta, portanto, mecanismo de contratação entre os gestores do SUS. Tanto nas áreas da Saúde Mental, como na Reabilitação física, serviços que necessariamente devem atuar em rede, uma vez que especializados e de referência, as regras não são muito claras. No campo da Saúde Mental existe maior percepção de uma rede, talvez por serem serviços especializados e complementares, carregando mais o conceito de continuidade do cuidado. Nos momentos de crise na área da atenção psicossocial, quando o pronto socorro do HC esgota sua capacidade de atendimento, a interlocução com o gestor municipal se amplia, no sentido de administrar as emergências do sistema de saúde.

Há expectativa que esta experiência vivida pelos dirigentes do HC contribua para um melhor conhecimento das dificuldades do SUS *“vai ter mais argumentos para poder conversar dos atendimentos da emergência, ambulatorial, a vinda dos pacientes pela DRS.”* (enfermeiro1-HC) Esta expectativa baseia-se no melhor conhecimento da clientela usuária do HC, com a elaboração do diagnóstico compartilhado, parte do projeto de intervenção. Reitera-se que cada um conhece o seu pedaço, mas não conhecem o funcionamento das várias áreas e serviços do hospital. A origem dos usuários, para quais unidades de produção foram encaminhados, quais os principais problemas de saúde que ali chegam, ainda estão em processo de identificação mais objetiva. A hierarquização da atenção especializada ainda é incipiente, uma vez que o HC não participa da central de regulação municipal, atendendo a central estadual, o que dificulta a organização das redes e a otimização dos serviços, principalmente os ambulatoriais. Para os sujeitos da pesquisa ainda é restrita a percepção externa das mudanças ocorridas no HC, pois os problemas pouco se alteraram, e o conhecimento é da existência de um processo de mudança em curso. Na verdade, podemos caracterizar esta percepção como heterogênea, pois as relações com gestores e serviços de saúde podem acontecer de modo setorizado, ficando os pactos restritos às partes.

A atenção ambulatorial especializada vinha sendo trabalhada, anteriormente ao processo de mudança no modelo de gestão, ganhando impulso dentro do projeto denominado Alta Referenciada. Estas experiências aconteceram com as especialidades de neurologia, ortopedia, oftalmologia e pediatria. No projeto que inseriu a alta referenciada para outros serviços de saúde, houve contato com a rede básica de saúde para a continuidade do cuidado dos pacientes em processo de saída do hospital. O objetivo era garantir a continuidade do

cuidado de pacientes crônicos, agendando consultas de retorno e reavaliação num curto prazo, mas incentivando o vínculo do usuário com a rede básica de saúde. *“Tem uma integração maior, logicamente que precisaria apostar mais nesses espaços, mais existiu um começo, sim, de uma relação entre equipe do hospital com a rede básica.”* (enfermeiro3 - HC)

Neste processo de viabilizar transferências de pacientes para a rede básica, diagnosticou-se falta de comunicação e de protocolos pactuados entre os serviços. Na narrativa do sujeito de pesquisa consta uma avaliação positiva do processo e relação com o modelo de gestão: *“nós conseguimos fazer, está funcionando até hoje no ambulatório, o cliente já sai com contatos, com consulta marcada no posto,... a partir da dermatologia (surgiram) os grupos de trabalho por área, para fazer referência e contra referência, protocolização, manter reunião de avaliação,... e a expectativa é... (fazer)... isso para todas as áreas e eu acho que só foi possível por esse novo tipo de gestão do HC, que saiu dos seus muros para conversar com o pessoal”.* (médico4 - HC).

Acredita-se que melhorando a relação com os demais serviços do SUS o hospital poderia ampliar sua capacidade de atendimento ao renovar parte de sua clientela, desde que os profissionais exerçam seu potencial de fazer gestão, do micro ao macro espaço. A ação externa pontual reflete a fragmentação interna e a ausência de projeto assistencial sistêmico, consistindo os serviços em um agregado de interesses diversos, permeados pelo interesse em pesquisa e pelo ensino de graduação e de pós-graduação. Há necessidade de construção de um projeto institucional que articule as três dimensões do hospital de ensino, inclusive numa discussão regional com os gestores do SUS das três esferas de governo, assim como

no âmbito da saúde, da educação e da ciência e tecnologia. Existem Unidades de produção que mantêm relação mais sistêmica com os outros serviços, articulações entre o HC e o serviço de atenção domiciliar da prefeitura de Campinas aconteciam, com reuniões na tentativa de estabelecer os níveis de resolução e complexidade de cada um deles. Por exemplo, a nutrição mantém protocolos unificados com os demais serviços de saúde vinculados à gestão municipal para pacientes em atenção domiciliar.

À época do estudo, não havia definição se as chefias dos serviços organizados pelas profissões seriam mantidas, mas a alternativa preferencial era a de alocar os profissionais nas equipes das unidades de produção (fisioterapia, psicologia, serviço social), mantendo-se as atuais chefias com o papel de apoiador e referência técnica na área específica. Esta indefinição contribuiu para retardar a implantação do modelo de gestão, mais horizontal e baseado nas unidades de produção.

### O curso de Gestão Hospitalar

A valorização do curso de Gestão Hospitalar foi no sentido que o conteúdo teórico contribuiu para o entendimento do processo de mudança que estava em andamento, para gerar consenso entre os participantes e deu mais clareza de como fazer. Não dirimiu todas as dúvidas, mas o suficiente para desencadear as novas práticas, no sentido de que era preciso descobrir os próprios caminhos, sem receita única, mas tomando como ponto de partida as experiências e a teoria. Por meio do curso ocorreu a *“conscientização e a instrumentalização dessa esperança de mudança... foi fundamental, agregou por conta da teoria e por ter uma grande dose de realidade,... não foi um curso teórico, foi um curso teórico-prático e nos*

*colocou dentro da nossa própria prática, mas repensando esta prática.” (médico2 - HC)* Este mesmo gerente continua sua argumentação dizendo que se fosse um curso apenas teórico, ele não teria aderido, talvez houvesse parado na terceira ou quarta aula. Reconhece também que o objetivo pessoal não era tornar-se um teórico da administração, mas rever conceitos e práticas que apoiassem uma mudança no curto prazo, com níveis de imersões progressivos

A fundamentação teórica contribuiu para que as equipes gerenciais compreendessem melhor a proposta de reformulação da gestão, fizessem o diagnóstico compartilhado, avaliassem o cenário das ações desenvolvidas, as redes de relações. Além disso, o curso trouxe modelos e experiência de outros hospitais, permitindo comparações e novos conceitos, tanto da gestão como da clínica. Os sujeitos da pesquisa citaram os dispositivos e arranjos de apoio matricial, equipe de referência e gestão colegiada, como exemplos de novos conceitos que contribuíram para aprimorar a formação profissional.

O curso não só foi instrumental, mas o fato de ter incluído as várias profissões e as especialidades médicas aumentou a sua eficácia de integrar as unidades de produção, de pensar as linhas de cuidado, de envolver-se no conjunto da administração do hospital. A princípio houve quem esperasse um curso tradicional de administração com aulas teóricas, mas avaliou-se que na realidade era uma proposta de gestão diferente, onde não se objetivou aprender a gerir no sentido tradicional, mas aprender a mudar a realidade.

O aporte de novos instrumentos da gestão como apoio matricial, gestão compartilhada apoiou os sujeitos a reverem o modo de pensar a prática dos serviços. No entanto, observa-se que

muitas pessoas continuam “antiquadas”, sendo compreensível a dificuldade de mudar instituições cristalizadas.

A insuficiente formação de pessoal para o Sistema Único de Saúde acerca do modelo de atenção, do trabalho em equipe, da necessária interface e contribuição dos diferentes saberes em saúde foi destacada. A prática de gerenciar com descentralização de poder e sua relação com o alcance de melhores resultados institucionais foi referendada, apontando-se a necessidade de mudança nos paradigmas da gestão.

Entre os conteúdos identificados como necessitando maior carga horária no curso de Gestão Hospitalar e aplicação ao cotidiano, estava a gestão de custos hospitalares. Apontou-se a validade de conhecer os custos e por meio de sua gestão retornar benefícios das economias para a unidade produtiva alavancar seu desenvolvimento, com satisfação profissional e premiação pelo desempenho.

No entanto, apesar de todas as avaliações positivas, houve quem declarasse que o aproveitamento poderia ter sido maior, uma vez que é muito difícil repetir-se esta oportunidade de agrupar as equipes multiprofissionais, sobretudo com alta participação dos médicos. *“Os médicos contribuíram bastante, existiram exemplos fantásticos de médicos junto com a gente, mas poderia ter sido melhor, às vezes eu senti que no comitê teve uma parte que apostou, mas deveria ter tido mais aposta.” (enfermeiro3HC)*

Em síntese, a contribuição do curso de Gestão Hospitalar foi no sentido de aportar novos saberes, práticas e re-significar outros pré - existentes, além de possibilitar que o processo em andamento no hospital, no sentido de formatar unidades de produção, colegiados de gestão e

contratos internos fosse amplificado em seus resultados. Nas palavras de um sujeito da pesquisa, *“O curso foi para um grupo de pessoas, a gente passou para o grupo um pouco do que aprendeu durante o curso,... tanto que tem gente que participou do coletivo e que já está fazendo um curso de gestão em área médica...”* (médico1- HC)

Existem preocupações com a continuidade do processo, demandando continuidade do apoio institucional, o que não reduz a importância da contribuição do curso de Gestão Hospitalar.

### Projeto de intervenção

A metodologia utilizada no curso de Gestão Hospitalar continha a realização de projeto aplicativo dos conceitos trabalhados em aulas e oficinas. O tema dos projetos a serem realizados pelas unidades produtivas surgia a partir da aplicação de um questionário disparador acerca da gestão e da atenção desenvolvidas em cada espaço. O questionário servia de instrumento de mediação entre o especializando e sua equipe, maneira de estender os conteúdos do curso para aqueles que não estavam incluídos como alunos. A partir do diagnóstico compartilhado, cada equipe elegia temas para a mudança no âmbito dos serviços, buscando-se no apoio realizado pelos tutores horizontais, articular os temas com o contrato de gestão que estava em implantação no hospital, assim como construir significado para a atuação da equipe de cada área. Desta maneira, algumas vezes o projeto de intervenção se sobrepôs ao contrato de gestão, e os especializandos foram estimulados a desenvolverem projetos no âmbito de sua governabilidade, visando não só a capacidade de agir no tempo de duração do curso, obtendo-se resultados, ainda que parciais, mas também sedimentar a confiança dos mesmos na condução/participação em processos de mudança.

Neste estudo estão representados sujeitos participantes de 10 dos projetos de intervenção desenvolvidos durante o curso de Gestão Hospitalar. Passaremos a comentá-los, sob a óptica do sujeito da pesquisa.

1- Um dos melhores exemplos de possibilidade foi o da unidade produtiva Neurologia com desenvolvimento do projeto de intervenção no ambulatório e na enfermaria. Uma das intervenções foi racionalizar o tempo e o espaço das salas ambulatoriais, de modo a aumentar a ocupação e destinar mais salas ao coletivo da unidade produtiva e não a um profissional específico. Esta decisão permitiria que o colegiado as destinasse dentro das prioridades dos usuários e das demais atividades de ensino e pesquisa. Outra iniciativa foi a alta referenciada, dos pacientes da enfermaria e do ambulatório para outros serviços, da rede básica ou ambulatorial especializada, comentada anteriormente. O sujeito da unidade de produção assim relata: *“nós começamos com um curso que aparentemente era teórico, depois começaram proposições práticas e nestas a gente via esperança de modificação para melhor...”* (médico2 - HC)

A compreensão de que a mudança demanda um processo de gradativas aquisições negociadas e carregadas de significados para os envolvidos aparece na narrativa de que à medida que o curso se desenvolvia outros profissionais, que não estavam participando, foram sendo envolvidos dentro da unidade de produção e a construção tomando caráter mais coletivo.

2- Na unidade produtiva Saúde mental, o projeto de intervenção visava integrar as frentes de atuação da especialidade, ambulatório, enfermaria, infantil e adulto, ensino e pesquisa. O fio

condutor da remodelagem foi a linha de cuidado em saúde mental, com o envolvimento de todos os profissionais.

3- O processo nas enfermarias das especialidades clínicas andou com mais vagar, uma vez que a própria definição do escopo da Unidade Produtiva não avançou como citado anteriormente, sobretudo pela resistência e temor de reduzir a parcela de poder e autonomia das especialidades médicas. O projeto de intervenção objetivou constituir a unidade produtiva e o colegiado de gestão, mediando os dissensos existentes entre as áreas.

4- Na Ortopedia, o projeto de intervenção visava o aumento da eficiência e eficácia da internação nas enfermarias, onde a demanda reprimida no pronto socorro e no ambulatório era grande. Foram organizadas visitas conjuntas em equipe para avaliar as condições de alta e as medidas oportunas diagnósticas e terapêuticas, assim como as condições de transferência para outros serviços, visando a continuidade do cuidado. Segundo o sujeito da pesquisa, *“No início a gente fez previsão de alta, encaminhamento dos pacientes que precisam de cuidados com antibióticos para unidades básicas, isso melhorou... percebemos que estávamos melhorando nossa eficiência em dar alta para pacientes...”* (médico3 - HC) Esta melhor gestão da ocupação dos leitos e da clínica não reverteu em melhoria para a equipe local, pois os leitos que vagavam foram ocupados em parte por outras clínicas, desmotivando a equipe para a continuidade do esforço. Não havia confiança na continuidade do projeto para implantar um novo modelo.

5- Para a Unidade de Terapia Intensiva, o projeto consistia em reorganizar o trabalho de equipe, implantar a gestão colegiada e melhorar os indicadores de qualidade da assistência. Foram estabelecidas metas, organizadas reuniões mensais de colegiado de gestão, a visita

multidisciplinar foi implantada, com resultados de melhoria de qualidade assistencial evidentes, *“inclusive agora estou mandando para o congresso nacional da especialidade trabalhos sobre infecção por cateter e sonda vesical. Isso é um marcador. Isso está sendo colocado em números.”* (médico1- HC)

6- A equipe do Centro cirúrgico aplicou um questionário com os usuários internos e também ao próprio colegiado de gestão da unidade produtiva e identificaram os problemas para o bom funcionamento da área. Daí saíram as metas a serem trabalhadas *“pela gestão colegiada, a suspensão de cirurgias, entender os motivos, e trabalhar esses motivos, e a questão do intervalo entre as cirurgias, agilizar para aumentar a produção, otimizar a ocupação das salas, e reduzir o intervalo entre uma cirurgia e outra,...”*(enfermeiro2 - HC)

7- No serviço de Nutrição e Dietética foi realizado o diagnóstico compartilhado e a prioridade era trabalhar a desconexão entre os diferentes setores do próprio serviço, visando melhoria da qualidade dos serviços e produtos oferecidos.

Em outras unidades produtivas o processo de implementação do projeto de mudança não conseguiu ganhar os espaços das práticas de saúde, modificando-as.

8- No caso da Pediatria, durante o diagnóstico compartilhado foram identificados os principais problemas que estavam no âmbito de resolução do colegiado de gestão, ou seja, sob a governabilidade da Unidade Produtiva, independente de novos recursos financeiros ou da administração central do hospital. Entre as ações priorizadas estavam a elaboração de protocolos multiprofissionais para a linha de cuidado, junto com UTI e pronto socorro pediátrico, estruturar equipe de referência na enfermaria, melhorar a relação com as especialidades que internavam

crianças na enfermaria para efetivar apoio matricial, pois havia morosidade na interconsulta, desenvolver estratégias de desospitalização de pacientes crônicos em ventilação assistida.

9- A coordenação da enfermagem desencadeou um processo de análise crítica do processo de trabalho, identificando que os profissionais e os pacientes estabeleciam pouco vínculo, reconhecendo a importância desta categoria, significando apoio e confiança do paciente para com seu enfermeiro de referência e mais segurança na condução clínica. Apesar desta constatação, não foi possível colocar em prática a adscrição dos funcionários aos pacientes, pois os profissionais da assistência direta mostraram resistência em cuidar de um mesmo indivíduo durante 7 a 8 dias, alegando que o seguimento longitudinal e a integralidade do cuidado acarretam sofrimento ao trabalhador.

10 - No que diz respeito à fisioterapia, o projeto de intervenção foi a inserção da profissão dentro da equipe da UTI, num trabalho coletivo e bem sucedido na avaliação do sujeito da pesquisa, sobre o uso de equipamentos respiratórios e os procedimentos para evitar a infecção hospitalar e melhorar os indicadores de qualidade do serviço. O projeto conseguiu ser efetivado.

### Apoiadores/tutores

A atuação dos apoiadores / tutores no seguimento horizontal dos grupos de participantes do curso e dos projetos de intervenção foi considerada essencial para ajudar a problematizar o diagnóstico situacional, realizar balanços e redirecionar as atividades do projeto junto com o grupo. Entendendo-se o curso como um processo, à medida que as mudanças iam ocorrendo, o

apoiador reforçava aspectos teóricos e contribuía para novos avanços. O fato de haver participação de várias profissões e especialidades nos grupos fez com que a mediação do apoiador conseguisse dar mais organicidade ao trabalho, agindo como um elemento externo com mais capacidade de apoiar a construção coletiva, garantindo a escuta e a palavra, analisando conflitos e colocando para o grupo estabelecer as alternativas de continuidade. O funcionamento dos grupos foi considerado um ponto alto do curso, garantindo a diversidade de saberes e opiniões, ocorrendo divergências, mas na conclusão constatava-se a troca de informações e experiências, construção de novas relações, novas visões acerca da realidade. O apoiador foi considerado imprescindível para que isto ocorresse, por ser uma pessoa diferenciada do ponto de vista da formação e experiência profissional. Houve também quem referisse não ter demandado muito o apoiador, pois a unidade produtiva já estava em processo de funcionamento, com mais autonomia do grupo. Os apoiadores conseguiram organizar as pautas das reuniões dos grupos e ofertaram tecnologia de planejamento contribuindo para torná-las mais agradáveis e produtivas.

Houve críticas decorrentes da postura do apoiador como *“ele tem idéias muito marcadas, e a gente sempre batia de frente, ele sempre acha que existe uma solução para os problemas, e a gente acha que a solução é limitada.... Mas eram boas discussões, porque existem formas de tentar melhorar as coisas, mas continuo achando que a gente tem uma atuação limitada, mas é importante a presença dele como mediador.”* (médico3 - HC)

Outra finalidade do papel do apoiador foi a de aportar conhecimentos teóricos, reforçando os conceitos, numa continuidade dos espaços pedagógicos do curso, oportunizando a relação da

teoria com a prática. Esta atividade reduziu-se após o término do curso, e a administração não conseguiu a continuidade da função apoio institucional no hospital, principalmente pela não existência de um colegiado gestor que reunisse os gerentes das diversas unidades de produção e exercesse parte deste papel gerencial.

As unidades com maior experiência em planejamento também valorizaram a troca de experiências ocorrida dentro do curso, com a apresentação do diagnóstico compartilhado e proposta de plano operativo da UP, como oportunidade de explicitar para os demais gerentes as qualidades e as dificuldades dos serviços.

#### Impacto sobre o ensino

Não era objeto desta pesquisa, avaliar as interferências sobre o ensino num hospital universitário que estivesse passando por processo de mudança no modelo de gestão. Um estudo com este tema poderia trazer excelente contribuição sobre a tríplice missão do hospital universitário, de ensino, assistência e pesquisa e a busca de novos paradigmas para a formação de profissionais de saúde, a atenção à saúde e a produção de ciência e tecnologia.

Entre as falas dos sujeitos desta pesquisa, destaca-se que ainda haverá um tempo entre a mudança das práticas dos profissionais e a formação em saúde. Compreende-se que ao mudar os sujeitos docentes, mudar as práticas e os conceitos sobre gestão em saúde, o ensino necessariamente mudará. As mudanças do ensino sem que os serviços correspondam tendem a gerar conflitos. Por outro lado, reconhece-se que a presença de grande número de alunos no hospital contribui para movimentos de mudança, mas isto é objeto de outro projeto de pesquisa. Finalizando, nos dizeres do sujeito da pesquisa: *“quando temos um aluno, principalmente na*

*residência e em outros campos de especialização isso ajuda muito na melhoria da qualidade da assistência. Quanto mais a gente tem produção, melhor para o usuário e melhor a assistência. Eu acredito que isso seria um passo para a gente começar a melhorar a questão do SUS aqui dentro.” (enfermeiro 3 - HC)*

### O processo de mudança e a mudança dos sujeitos

A vivência como gerente de uma equipe multiprofissional, de uma unidade de produção que envolve processos articulados de assistência, de apoio técnico ou administrativo é apontada como significativa para os sujeitos da pesquisa.

O curso de gestão hospitalar volta a ser relacionado como fonte de aprendizado, superando expectativas, ampliando a visão existente sobre a própria prática profissional e para as relações internas e externas à organização. A baixa participação das equipes na gestão é atribuída a falta de comunicação e oportunidade, valorizando-se os mecanismos trazidos pelo curso de chamar à participação, à opinião. Percebe-se que os significados dos arranjos de gestão, como os colegiados, passam a existir com mais força após a intervenção por meio do Método de Apoio Paidéia. A compreensão da política de saúde e da modelagem dos serviços surge como algo antes desconhecido, acrescentando segurança e experiência para a gestão. *“Agora não somos mais alunos, agora temos que ensinar aos outros a trabalhar desta forma, temos a função de sermos multiplicadores do que aprendemos no curso.” (enfermeiro 1 - HC)*

A re-significação da clínica da enfermagem se expressa na compreensão de que compartilhar as discussões apenas no âmbito da profissão enfermagem não impacta de modo desejado a qualidade da assistência e a centralidade no usuário e suas necessidades, considerando-se a

singularidade dos problemas de saúde. Ocorreu melhor compreensão do que é trabalho em equipe, pois a visão era a equipe sob a lógica da sua profissão, no caso a enfermagem, sendo o mais destacado na mudança do sujeito. No entanto, não há suficiência na mudança do trabalhador em saúde isolado para interferir em contextos complexos e com fragilidade das diretrizes institucionais para a mudança. Apesar da compreensão da importância do trabalho em equipe, há baixa credibilidade no processo de mudança, apontando-se a necessidade de que o conjunto das equipes atue de modo diferente e existe a dificuldade de realizar a gestão da clínica em conjunto, a discussão médica ocorre isoladamente em muitos casos, com a percepção de que mais tempo será necessário para consolidar o novo modelo de gestão hospitalar.

A perspectiva de ocupar um posto de gerência surge como oportunidade de ser escutado, com declarações de que a motivação para ocupar cargo gerencial foi a crença nas diretrizes do processo de mudança, na gestão.

O exercício de habilidades e competências consideradas atrofiadas, que é o de coordenar as discussões, garantir a escuta e a palavra, gerenciar conflitos surge como uma aquisição pessoal, *“Um exercício que não tinha o hábito de fazer e percebi que sou capaz de fazer, que é prazeroso...” (médico2 - HC).*

Os sujeitos exercendo papel gerencial há mais tempo nas áreas de apoio técnico acrescentam que a proximidade com o corpo de trabalhadores, abrindo canais de comunicação, antes restritos aos profissionais de nível superior foi um importante ganho. A gestão compartilhada reduziu os ruídos comunicacionais, favorecendo relações mais

horizontais. Agregou uma dificuldade que é a de exercer o lado mais penoso da gestão, que é lidar com sanções e também com mecanismos de demissões quando necessário, algumas vezes em decorrência do próprio reformular do processo de trabalho, conflitando com os mecanismos de participação e construção coletiva.

A valorização dos saberes da Saúde Coletiva pelos médicos é demonstrada por meio da referência a uma visão inicial preconceituosa de que não haveria muito a aprender, mas que o curso possibilitou uma visão geral melhor do hospital e os entrevistados sentiam-se com mais competência para executar suas funções, que *“é fazendo mesmo que vou conseguir mudar alguma coisa, me sinto mais capaz de entender os processos.”* (médico3 - HC)

Mesmo aqueles profissionais que traziam uma prática de buscar os melhores resultados por meio da gestão da clínica, reconhecem a aquisição de novos conceitos teóricos e sua aplicabilidade nos coletivos. Almeja-se que o modelo de trabalhar em equipes fazendo a gestão compartilhada seja institucionalizado para que não reverta a cada mudança de direção do hospital, sendo que no momento da pesquisa havia expectativa de estagnação do processo de reforma.

Apareceu com força a idéia de que conhecer objetivos e metas dos serviços é um caminho eficaz para o serviço público de ensino, pesquisa e assistência, baseado na experiência própria vivida. Internamente às unidades de produção, a exemplo da UTI, houve um grande resultado no sentido das pessoas se integrarem mais, organizando o processo de trabalho de modo mais articulado e complementar. A relação com as outras unidades demandantes de internações na UTI passou a ser mais qualificada, com decisão conjunta sobre os pacientes

prioritários para ocuparem os leitos segundo protocolos pactuados, reconhecendo que o crescimento pessoal e profissional não está totalmente submetido a escassez de recursos financeiros.

A decepção veio com a falta de continuidade do processo, frente à grande mobilização pessoal de utilizar na prática os dispositivos e arranjos de gestão, tais como matriciamento, equipe de referência, trabalhar e respeitar as outras profissões, percebendo a potência e o limite de cada uma delas.” *Se não tomar o rumo de manter isto, corremos o risco de voltarmos a cada um trabalhar por si, porque parece que é isso, você sempre tem que estar alimentando essa forma de trabalhar. Chegar ao ponto que chegou, conseguir tudo isso e retroceder será uma perda.* “(enfermeiro 1 - HC)

Esta oportunidade trouxe novos desafios no sentido de aprofundar a análise da categoria poder dentro do hospital. *“Fiquei com muita vontade de estudar mais as categorias de poder na saúde, porque acho que nós trabalhamos com a ponta do iceberg, que as relações de poder não foram trabalhadas da maneira que deveriam ser para que de fato a gente conseguisse mudar a cultura institucional, o que mexeu muito comigo, foi esse desejo de estudar mais, de me aprofundar mais sobre as relações de poder na saúde.”* (enfermeiro4 - HC)

## VI - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Realizada a análise dos discursos dos sujeitos da pesquisa a partir dos elementos marcadores do processo de mudança na gestão dos hospitais em estudo - a saber: o estágio de implantação das diretrizes do novo modelo na gestão - a conformação das unidades de produção, os colegiados gestores, os pactos internos e seu monitoramento; os reflexos na melhoria da atenção à saúde; a característica da inserção dos hospitais nas redes de ações e serviços de saúde do SUS; a análise do efeito do curso de Gestão Hospitalar e do Apoio Paidéia neste processo e finalmente, os ganhos para os sujeitos tanto profissional como individualmente -, identificamos aspectos comuns e singularidades nos dois processos.

As semelhanças aparecem vinculadas à validação dos referenciais para a reorganização do hospital e as diferenças estão relacionadas a distintas convicções da direção sobre o poder alicerçado no coletivo e construído a partir dos consensos possíveis, bem como em diferentes capacidades de governo para fazer a mudança e visões estratégicas de objetivo a ser alcançado.

Apesar destas diferenças sobre governança e sobre a governabilidade, pudemos observar que, nos dois casos, o processo de mudança e de reformas do método de gestão e da prática profissional dependeu, em grande medida, da vontade e da liderança das pessoas que comandavam estas instituições. Observou-se também que a sustentabilidade destes projetos ficou ameaçada exatamente por este tipo de dependência.

No caso do HUSE, o novo modelo de gestão alcançou maior grau de institucionalização, inclusive por meio de legislação e inserção na estrutura organizacional, o que pode explicar a

ênfase que os entrevistados colocaram na articulação entre teoria e prática e a centralidade nos sujeitos usuário e trabalhador como elementos fundamentais da mudança.

.No HC – Unicamp, a motivação para desencadear uma mudança na gestão foi diversa do ocorrido no HUSE, onde a política estadual de saúde considerava a organização dos serviços em rede e gestão compartilhada. No HC, o processo foi localizado e visando dar maior racionalidade à relação faculdade/hospital e responsabilizar os gerentes com as decisões do cotidiano, desconcentrando parte do poder institucional, ou seja, a mudança mais como meio do que como fim.

A gestão colegiada apareceu nas narrativas dos dois casos como facilitadora do compartilhamento e co-responsabilização das decisões e maior efetividade na abordagem das questões gerenciais, reduzindo a fragmentação no cuidado em saúde. A ampliação do grau de participação nas decisões, ainda que incipiente, foi muito valorizada no HC - Unicamp, pela capacidade de integrar as categorias profissionais e de proporcionar maior relação e co-responsabilização pelos resultados do trabalho. Ainda que o grau de descentralização orçamentária e financeira fosse baixo, houve reconhecimento de que o modelo permitiu valorizar as demandas feitas pelas equipes, perante a direção do hospital. Nos dois casos as unidades de produção estabeleceram novo patamar de responsabilidades institucionais, com comando único para a organização do processo de trabalho de um coletivo, trazendo satisfação aos dirigentes, com novos significados ao trabalho, além dos ganhos de autonomia para o trabalho gerencial. O grau de implantação heterogêneo dos projetos mostrou a existência de diversidade na participação dos trabalhadores, na atuação dos gerentes e

vulnerabilidade para a consolidação do modelo de gestão. A co-gestão enquanto espaço de construção e expressão de subjetividades foi ressaltada, ganhando a equipe maior capacidade de escuta e formação de grupo. A comunicação lateral, como um dispositivo da gestão explicitou conflitos e obrigou a sair da zona de conforto do anonimato e ganhou adeptos à medida que os resultados positivos no alinhamento do objetivo comum e responsabilidades compartilhadas nos dois hospitais surgiram.

O perfil gerencial foi um dos determinantes para o tipo de funcionamento das unidades de produção e dos colegiados nos dois casos. No HUSE atribuiu-se o grau de descentralização de poder de decisão aos diferentes graus de compreensão da proposta e experiência na coordenação de grupos, e no HC no momento de formulação e pactuação do novo modelo, atribuiu-se ao superintendente da época grande parte do mérito, como um atributo pessoal. Outra diferença fundamental encontrada entre os casos estudados foi que no HC, o comando do processo esteve mais localizado nos médicos, demandando negociação com as especialidades, o que apesar de constatado e criticado pelos não médicos não desvalorizou os resultados.

No HUSE, após 3 anos da experiência de remodelagem da gestão, os mecanismos de apoio institucional ainda estavam em consolidação. Existiram progressos na forma de acompanhar as atividades das áreas e mesmo dos hospitais vinculados à FHS, numa relação de buscar a autonomia das equipes e apoiar o desenvolvimento dos modelos de atenção e de gestão. A estruturação de um núcleo de apoio à gestão com os profissionais que exerciam as coordenações baseadas em profissões não foi bem sucedida, pela dificuldade de alguns profissionais em mudar seu papel e/ou pela baixa compreensão da proposta. Isto demonstra

que as relações profissionais tendem a ser mais sólidas dentro da corporação do que as diretrizes do novo modelo, fenômeno percebido com mais intensidade no grupo médico. No entanto, os profissionais não médicos, sobretudo de enfermagem, criticaram sua “perda de poder” de chefiar, enquanto os médicos concentraram maior capacidade de decisão dentro do hospital. Houve um movimento da categoria médica para ocupar os espaços de direção das UP, entendendo algumas chefias não médicas que o modelo incrementou o poder médico, ao contrário do que propunha. Este achado também é relatado por Oliveira (2004) em sua tese de doutorado, no sentido de que parte dos “médicos assumiram o protagonismo para manter as relações de poder inalteradas”. Pelo

Neste sentido a contribuição de Abrahão (2004) aponta que “Uma segunda corporação tão forte quanto a médica, mas dona de um poder sutil, é a enfermagem. Na contra-face da autonomia médica enquanto propulsora do poder decisório na organização, vemos a dependência do doente e dos demais profissionais em relação ao processo de trabalho desenvolvido pela enfermagem. O médico dispara o processo, mas o ritmo é imposto pela enfermagem.”

A determinação para constituição deste núcleo de apoio institucional e matricial foi mais frágil no HC do que no HUSE. Resistência, pouca compreensão do novo papel e sentimento de perda de poder institucional foram identificados, à semelhança do que ocorreu no citado hospital da universidade. Surgiu como necessidade a ser atendida, a atuação dos gerentes como apoiadores, acompanhando as unidades de produção, com bom entendimento desta função gerencial.

No HUSE a capilaridade das diretrizes do modelo de gestão foi dificultada pela rotatividade dos profissionais e de parte dos gerentes do hospital. Para o corpo dirigente, o projeto era coletivo, com sentido de pertencimento. No HC avaliou-se que o novo modelo alcançou em maior medida os profissionais de nível superior, com maior abrangência entre os gerentes. Várias são as análises dos motivos, desde a crença que o movimento não teria sucesso e seria extinto, baixo envolvimento institucional e a ausência de uma cultura de trabalho em equipe, particularmente entre níveis diversos de escolaridade.

A decisão de aprofundar os dispositivos da reforma organizacional esteve presente no conjunto dos sujeitos da pesquisa. Apontou-se a velocidade do processo de mudança e o alto grau do desafio de realizá-lo em prazo curto de tempo. Outros apontaram o fato de que a timidez do processo desfavoreceu a maior efetividade do projeto.

O contrato de gestão interno ao HUSE não foi adequadamente instalado, em virtude das dificuldades organizativas e financeiras existentes, com pouca capacidade gerencial para organizar e monitorar os indicadores, bem como em agregar incentivos financeiros pelo desempenho das equipes. A efetivação do contrato de gestão no HC ocorreu da mesma forma que os demais arranjos e dispositivos do modelo, de modo gradual e heterogêneo, perdendo parte da potência contida caso o processo institucional houvesse sido mais articulado e global. Apesar destas características, foi bastante valorizado como instrumento de aglutinação dos trabalhadores, favorecendo espaços de democratização e escuta e produção de satisfação pessoal e profissional. O processo de mudança foi valorizado e a totalidade dos

entrevistados manifestou preocupação com a possibilidade de retrocesso nos ganhos obtidos no período, tanto na gestão como na assistência.

No HUSE a ênfase na melhoria da atenção hospitalar foi voltada para o pronto socorro, considerando-se que a unidade de emergência era prioridade absoluta. Ocorreu melhoria no Pronto socorro, mas devido à falta de retaguarda nos demais pontos de atenção da rede de ações e serviços de saúde no estado houve progresso reduzido e de difícil sustentabilidade.

Características do novo modelo de atenção, como integralidade, avaliação de risco, trabalho organizado em equipes de referência e de apoio matricial foram compreendidas e implementadas em parte dos serviços, com muito menor resistência no HUSE do que no HC. O trabalho médico continuou sendo o de mais difícil manejo, a horizontalização, implantada a partir da contratação de novos médicos, e a construção de vínculo provocou resistência e gerou descontentamento. A idéia da melhoria aparece muito mais natural no HUSE do que no HC, em virtude das características dos hospitais e da cultura da excelência existente na universidade. A clínica da enfermagem no HUSE, de acordo com as entrevistas, não é ainda suficientemente qualificada para interferir na média de permanência hospitalar, mudando a organização do cuidado da enfermagem.

No HC, existiu maior preocupação com a gestão da clínica, até porque o componente da descentralização da decisão sobre os recursos e pessoal e o comando de democratização institucional foram menos expressivos. Daí a oportunidade de focar na reorganização dos processos de trabalho. A prática de compartilhar discussões sobre o processo de trabalho contribuiu para maior integração entre os profissionais, e como conseqüência também da

assistência. Vários dispositivos e arranjos foram experimentados, verdadeiras descobertas positivas ocorreram ao olhar para a realidade do hospital sob a óptica dos novos referenciais. A cooperação entre as profissões na formulação de projetos terapêuticos ou na organização dos processos de trabalho foi ressaltada pelos sujeitos da pesquisa. Os investimentos no HC foram feitos na otimização da capacidade instalada visando ampliar o acesso às ações e serviços especializados, com alta referenciada, exposição de conflitos entre os interesses coletivos e os individuais, desenho de algumas linhas de cuidado, maior integração entre especialidades. A humanização da atenção expandiu em vários espaços, com acolhimento e classificação de risco, orientação em sala de espera, articulação de agendas dos profissionais, entre outras conquistas.

No HC foram instituídas enfermeiras de referência para as unidades de internação, visitas multiprofissionais, projetos terapêuticos, apoio matricial de nutrição e fisioterapia, apesar da dificuldade de se vincular os técnicos de enfermagem aos pacientes.

Os dois hospitais são públicos e sua capacidade produtiva totalmente alocada ao SUS. Suas realidades eram muito diferentes, até pelo fato de situarem-se em regiões onde as condições de saúde e o acesso e a qualidade dos serviços apresentavam níveis muito distintos, sobretudo na atenção básica. No entanto, ambos conviviam com superlotação dos serviços de urgência e emergência, padeciam de inadequada regulação sistêmica por parte dos gestores e tinham sistemáticas de regulação internas ainda insuficientes, apesar dos avanços obtidos na gestão dos leitos críticos. O fato de atender exclusivamente ao SUS não é sinônimo de inserção na rede de ações e serviços de saúde.

O processo de reforma possibilitou trazer à tona a discussão do papel da gestão no aumento da eficácia e da eficiência hospitalar, e reforçou a necessidade de inserção em rede, e de buscar-se novos paradigmas de gestão da clínica, dos serviços e do sistema. Numa revisão da literatura sobre sistemas integrados ou redes de saúde, Hartz e Contandriopoulos apontam que as características requeridas para viabilizar o funcionamento são de três naturezas “a estrutural (modificação das fronteiras das organizações), a clínica (modificações nas práticas profissionais) e a da cooperação (novos formatos de negociação e de acordos entre atores e organizações).” (2004b)

A relação entre gestores do SUS das três esferas de governo era frágil e retardava o planejamento regional e a alocação dos recursos necessários para ampliar acesso e qualidade. A instalação de complexos regulatórios que integrem a oferta de ações e serviços com a demanda baseada nas necessidades da população carece de revisão, uma vez que ou não acontece ou acontece de modo a burocratizar mais o acesso e retardar a resolução dos problemas dos usuários, além de contrariar os princípios da equidade e da integralidade. Sob esta óptica, o processo de construção dos diagnósticos compartilhados contribuiu para que a visão sistêmica se ampliasse, gerando iniciativas de transferência de pacientes para a continuidade do cuidado em outros serviços, mais pelo esforço individual das equipes e menos como tratativa de planejamento regional. A perspectiva apresentava-se diferente para os dois hospitais, pois a rede hospitalar de Sergipe, majoritariamente estadual estava em expansão e qualificação, com funcionamento cooperativo e colegiado. Já na região de Campinas, a realidade era de grandes redes municipais, demandando alto grau de articulação política e pactuação na área da saúde.

Os cursos de Gestão Hospitalar realizados nos dois hospitais foram reconhecidos pelos sujeitos da pesquisa como algo que fez a diferença. Um das características mais positivas foi a de articular teoria com a prática nos serviços, mudando práticas e arranjos organizacionais em tempo real. A aplicação prática ajudou a compreensão dos conceitos e referenciais teóricos e fez o grupo aumentar sua confiança na aplicabilidade e efetividade do modelo de atenção e de gestão, com ganhos na capacidade objetiva e subjetiva de intervir sobre a realidade, contribuindo para a adesão dos gerentes. O processo de aprendizado que o trabalho coletivo e os espaços pedagógicos do curso de gestão hospitalar proporcionaram inovação e mais autonomia para resolver problemas do cotidiano, assim como de ampliar a capacidade de análise frente ao objeto de trabalho em conjunto com as equipes das unidades. Foi ressaltada a característica das equipes trabalharem com alienação frente ao objeto do próprio trabalho. O outro ponto forte foi a oferta teórica e seus conteúdos da gestão compartilhada e da clínica ampliada. Os arranjos e dispositivos foram destacados como inovadores, o apoio matricial, a equipe de referência e outros. A pesquisa sobre o papel dos apoiadores/tutores do curso de gestão hospitalar mostrou uma avaliação favorável ao tipo de função gerencial.

Nos dois hospitais, o fato de reunir as várias categorias profissionais para discutir o projeto institucional, tendo diretrizes teóricas como referência, e realizar o diagnóstico e estruturar um plano de ação, construíram na prática a gestão compartilhada, o curso foi espaço híbrido entre aprendizagem e gestão, ampliando o conceito de educação permanente na direção do apoio Paidéia. A comunicação lateral acontecia na sala de “aula”, assim como a gestão compartilhada e colegiada.

O fato de ter havido troca de experiências com outros hospitais com formato semelhante de projeto reforçou e legitimou os novos conceitos da gestão e revitalização da clínica ampliada.

. Os projetos de intervenção consistiram em real aquisição de novos saberes e habilidades para a gestão hospitalar, com o comentário de que o curto período ocorrido para sua realização não permitiu visualizar-se a totalidade dos resultados e dos problemas existentes. Todos os projetos guardaram relação com os novos arranjos e dispositivos do modelo e atenção e de gestão, apresentando características de maior ou menor envolvimento do conjunto da equipe, uma vez que as relações foram sendo constituídas simultaneamente à elaboração e desenvolvimento das ações.

A construção do diagnóstico situacional compartilhado revelou-se dispositivo de grande potência para a problematização do trabalho da UP, e como já havíamos constatado em outras experiências, a oferta de roteiros de análise do funcionamento das unidades foi excelente objeto intermediário para que a teoria surgisse refletida num modo de organizar o serviço. Concordamos com Morgan sobre a relação entre teoria e prática, quando diz a prática “nunca está livre da teoria, uma vez que se encontra sempre orientada por uma imagem ou por aquilo que se está tentando fazer. O verdadeiro ponto da questão, é que nem sempre existe a consciência a respeito de qual teoria está orientando a ação.” (1996) Importante recuperar a relação estabelecida entre o projeto de intervenção e os contratos de gestão, sobretudo no HC Unicamp, onde o processo de contratação interna estava em andamento antes do início do curso.

Em geral houve validação pelo coletivo dos conceitos sobre o Apoio institucional Paidéia, da mescla de conteúdos específicos da saúde coletiva e da clínica, de nova metodologia de gestão

em saúde e do suporte e manejo de coletivos visando o alcance de maior autonomia para alcance dos objetivos da gestão.

A capacidade de incorporar os processos da construção do contrato de gestão com as atividades do curso de Gestão Hospitalar representou um reforço positivo, demonstrando que o apoio institucional tem potência de atuar em processos em andamento.

### O processo de mudança e a mudança dos sujeitos

Neste tópico pretendeu-se conhecer a percepção dos sujeitos sobre os reflexos do contexto de mudança organizacional sobre eles mesmos, valores, habilidades, gradientes de autonomia para lidar com os problemas de saúde e do contexto, nos dizeres de Campos. A tese que a gestão é espaço de produção de subjetividades é referendada neste trabalho por meio das narrativas dos sujeitos da pesquisa. Assim como o reconhecimento que a gestão colegiada interfere na produção de grupos sujeitos a partir dos estudos de Abrahão (2008b), “A constituição de coletivos a partir de modelos centrados em experiências partilhadas de gestão torna possível desencadear processos de co-responsabilização, promovendo um modo de gerenciar que tenha espaço para a dinâmica de singularização e, portanto, de autonomia dos sujeitos envolvidos.” apontamos que outros recursos da gestão como o Método de Apoio Paidéia aplicado em espaços de formação ou no cotidiano das organizações tem potência para mudar a realidade por meio da mudança dos sujeitos, agregando-se conteúdos teórico - práticos referenciais que signifiquem “possibilidade de trabalhar não somente a produção de coisas, mas também de espaços genuinamente coletivos. Nessa perspectiva, a atividade produtiva ganha um novo significado e passa a se organizar de modo a promover, simultaneamente, a produção de serviços necessários ao usuário e a constituição

tanto do próprio agente da produção, quanto de coletivos organizados para essa produção.”(2008c)

## VII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abrahão, AL. Produção de subjetividade e gestão em saúde: cartografias das gerências. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva, SP, DMPS/FCM/UNICAMP, 2004.

\_\_\_\_\_. Colegiado Gestor: uma análise das possibilidades de autogestão em um hospital público. Revista Ciência e Saúde Coletiva, v.13 n.01, Rio de Janeiro, jan/fev. 2008.

Araújo GF. e Rates SMM.(org.). Co-gestão e Humanização na Saúde Pública. Sigma Editora, Belo Horizonte, 2008.

Associação Paulista de Medicina. CQH – Programa de Qualidade do Atendimento Médico-Hospitalar. São Paulo: Atheneu; 2001.

Azevedo CS; Sá MC.; Miranda L. e Grabois V. Caminhos da organização e gestão do cuidado em saúde no âmbito hospitalar brasileiro. Revista Política, planejamento e gestão em saúde – 2010; 1(1): 95-106.

Berwick MD. Melhorando a qualidade dos serviços médicos, hospitalares e da saúde. São Paulo: Makron Books; 1994.

Bowen P, Campbele S, Bjoke C, Sibbald B. Team structure, team climate and the quality of care: an observational study. BMJ 2003; 12:273-9.

Campos GWS. Reforma da reforma: repensando a saúde. Editora Hucitec, SP; 1991.

\_\_\_\_\_. Um Método para análise e co-gestão de coletivos. Editora Hucitec, SP; 2000.

\_\_\_\_\_. Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: Minayo C, et al., organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; 2006. p.53-92.

\_\_\_\_\_. Memórias. Editora Hucitec, SP, 2007

Campos GWS. ; Amaral MAA clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital” . Revista Ciência e Saúde Coletiva – 12 (4) : 849-859, 2007.

Campos GWS ; Chakour M ; Santos RC. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 13(1):141-144, jan-mar,1997.

Campos RO, in Campos GWS, Saúde Paidéia. Editora Hucitec, SP, 2003.

\_\_\_\_\_. O Planejamento no labirinto- Uma viagem hermenêutica. Editora Hucitec, SP, 2003.

Campos V F. TQC – Controle da qualidade total (no estilo japonês). Editora Fundação Christiano Ottoni, Rio de Janeiro, 1992.

Carapinheiro G. Saberes e poderes no hospital. Edições Afrontamento, Porto-Portugal, 1998.

Castelar RM ; Mordelet P; Grabois V. Gestão Hospitalar – um desafio para o hospital brasileiro. RJ – Editora ENSP, 1993.

Castoriadis C. O mundo fragmentado: as encruzilhadas do labirinto III. Paz e Terra.RJ,1992.

Cecílio L CO. – As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Eqüidade na Atenção em Saúde in Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde / Pinheiro R e Mattos RA. organizadores. 6. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2006. 180p. ISBN 85-89737-34-9.

Chiavenato I. Os novos paradigmas . Editora Atlas, SP, 1998.

Contandriopoulos AP; Champagne F; Denis JL; Pineault PP. 29-47.1997. In: Hartz, Z.M.A. (org). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais a práticas da implantação de programadas*.Rio de Janeiro: Editora Fiocruz

Cunha GT. A construção da Clínica ampliada na Atenção Básica. Editora Hucitec, SP, 2005.

Cusumano M. A.; Markides CC. Pensamento estratégico. Editora Campus,RJ,2002.

Denzin N K ; Lincoln Y S. (org)– O planejamento da pesquisa qualitativa. Editora Artmed. RS.2006.

ENAP. Contratos de gestão e a experiência francesa de renovação do setor público.ENAP,1993.

Etzioni A. Organizações complexas. São Paulo: Atlas; 1967.

Flores F. Inventando La empresa Del siglo XXI. Ediciones Pedagogicas Chilenas, Santiago,1991.

Gérvias J ; Rico A. Innovación em La Unión Europea (EU-15) sobre La coordinación entre atención primaria y especializada. Med Clin (Barcelona).2006 , 126(17)

Giglio – Jacquemot A. Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários. Editora Fiocruz, RJ, 2005.

Girardi S N; Fernandes Jr. H ; Carvalho CL. Revista Espaço para a Saúde, vol. 2, n.o 1, Dez/2000.

Hartz Z MA ; Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". Cad. Saúde Pública vol.20 suppl.2 Rio de Janeiro, 2004.

Ibañez N; Bittar V; Castro Sá EM; Yamamoto EK ; Almeida MF ; Castro CG. Organização Social de Saúde: o modelo do estado de São Paulo. *Rev Ciência e Saúde Coletiva* / 2001; 6(2): 391-404.

Kovner AR; Neuhauser D. *Health Services Management*. Michigan: Alpha Press; 1994.

Lei nº. 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 19 setembro de 1990.

Lei n.0 6.347/2008 – Dispõe sobre a autorização para criação da Fundação Hospitalar de Saúde – FHS e dá providências correlatas. Estado de Sergipe.

Lima MAD. *O trabalho de enfermagem na produção de cuidados de saúde no modelo clínico* [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 1998.

Lima SL. O contrato de gestão e modelos gerenciais para as organizações hospitalares públicas. *Revista Administração Pública* 1996; 30(5): 201-35.

Lincoln Y S; Guba EG. Controvérsias paradigmáticas, contradições e confluências emergentes. In: Denzin, N. K; Lincoln, Y. S. O Planejamento da Pesquisa Qualitativa. 2a. Edição. ed. Porto Alegre: Bookman, 2006.

M Mckee; J Healy. editors. Hospitals in a changing Europe. Buckingham: Open University Press; 2002.

Malta DC; Cecílio LCO; Merhy EE; Franco TB; Jorge AOliveira; Costa MA. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. Revista Ciência e Saúde Coletiva vol.9 no.2 Rio de Janeiro Apr./June 2004.

Massuda A. O Método de Apoio Paidéia no Hospital: Descrição e análise de uma experiência no HC-UNICAMP. Dissertação de Mestrado junto à FCM/Unicamp. Campinas, 2010.

Matus C. Política, Planejamento e Governo. IPEA, Brasília, 1993.

Maynard A. Evidence-based medicine: an incomplete method for informing treatment choices. The Lancet 1978; 348: 126-58.

Minayo MCSouza. O desafio do conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde. Editora Hucitec-Abrasco. SP-RJ. 1992.

Ministério da Saúde– Cartilha PNH – Gestão Participativa e Co-gestão. Brasília; 2004 (b).

\_\_\_\_\_. Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil- Estudos e análises. Brasília, 2002.

\_\_\_\_\_. Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises. André Falcão, et al., organizadores. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.

\_\_\_\_\_ . Reforma do Sistema de Atenção Hospitalar Brasileira. Brasília; 2004

(a).

Ministério da Saúde e OPAS. Chamado à ação de Toronto, 2005.

Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz; Elaborado por Sarah Escorel (Coord.). Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados. Editora do Ministério da Saúde, 2005

Mintzberg H.; Ahlstrand B.; Lampel J. Safári de estratégia. Editora Bookman, Porto Alegre, 2000

Morgan G. Imagens da Organização. Editora Atlas, SP, 1996.

Morin E M. Os sentidos do trabalho. RAE, vol.41 n.3 jul/set. 2001, p8-19

Motta FP. Teoria Geral da Administração: uma introdução. Livraria Pioneira Editora, São Paulo, 1987.

Motta PR. Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente. Editora Record, Rio de Janeiro, 1991.

Navarrete MLV ; Lorenzo IV. Organizaciones sanitárias integradas- um estudio de casos. Consorci Hospitalari de Catalunya, Barcelona, 2007.

Nobre Moacyr RC; Bernardo WM ; Jatene FB. A prática clínica baseada em evidências: Parte I. Revista da Associação Médica Brasileira, vol.49, n.o 4 .São Paulo, 2003.

Nogueira R P. Perspectivas da qualidade em saúde. Qualitymark, RJ, 1994.

Nogueira RP. Gerenciando pela qualidade total na saúde. Belo Horizonte: Fundação Christiano Ottoni; 1996.

Oliveira GN. O projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde. Editora Hucitec, SP, 2008

Oliveira JM . Novas configurações organizacionais em hospitais brasileiros: entre o desejo e a realidade. Tese de Doutorado FCM/Unicamp, 2004.

Paganini JM ; Capote MR, editores. *Los sistemas locales de salud: conceptos, métodos e experiencias*. Publicación Científica n.519. Washington: OPAS; 1990.

Rocha ML . PSICO, Porto Alegre, PUCRS, v. 37, n. 2, pp. 169-174, maio/ago. 2006.

Sader E Quando novos personagens entraram em cena. Editora Paz e Terra,SP, 1991.

Santos Filho SB ; Barros MEB. Trabalhador em Saúde Muito prazer!. Editora Unijuí, 2007.

Santos L. Da reforma do Estado à reforma da gestão hospitalar federal: algumas considerações. Boletim de Direito Administrativo, n.0 5, maio. Editora NDJ Ltda, 2007.

\_\_\_\_\_ (organizadora). Fundações Estatais – Estudos e Parecer. Editora Saberes, SP, 2009

Scott WR; Ruef M ; Mendel PJ ; Caronna C. Institutional change and health organizations: from professional dominance to managed care. Chicago: The University of Chicago Press; 2000.

Silva Jr. A.G. Modelos tecnoassistenciais sem saúde: o debate no campo da Saúde Coletiva. Tese de Doutorado. ENSP, 1996.

Stelling JG ; Bucher R. Autonomy and monitoring on hospital wards. *The Sociological Quarterly*,13.1972.

Tancredi F B; Barrios S R L.; Ferreira J H G. Planejamento em saúde. São Paulo: Editora Petrópolis, 1998.

Taublib D. *Controle de Qualidade Total: da teoria à prática em um grande hospital*. Rio de Janeiro: Qualitymark Editora; 1998.

Thiollent M. Metodologia da Pesquisa – Ação. Cortez Editora.SP. 1985.

\_\_\_\_\_. Crítica Metodológica, investigação social e enquete operária. Editora Polis. SP. 1987.

Weber D. Six models of patient-focused care. *Healthcare Forum Journal*, july/august 1991, 23-31 traduzido por Del Nero, Carlos.R.- mimeo

World Bank. *Brasil. Health Sector Reform Project – Reforsus*. Washington: World Bank; 1996.

## VII - ANEXOS

- Anexo I – Roteiro para levantamento da situação da gestão hospitalar
- Anexo II - Roteiro de entrevista
- Anexo III - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- Anexo IV – Programa do Curso de Gestão Hospitalar do Hospital de Urgências de SE
- Anexo V - Programa do Curso de Gestão Hospitalar Hospital das Clínicas da Unicamp
- Anexo VI - Acordo de Gestão entre Fundação Hospitalar de Saúde e Hospital de Urgências de Sergipe
- Anexo VI – Regimento geral das unidades produtivas do HC - UNICAMP
- Anexo VII – Diretrizes para formação de colegiados gestores nas unidades de produção – HC – UNICAMP
- Anexo VIII – Contrato de Gestão – HC – UNICAMP

## Anexo I - Programa Curso de Especialização em Gestão Hospitalar

Hospital de Urgências de Sergipe – SES / Sergipe /UNIFESP – SPDM

### Curso de Gestão Hospitalar 2007/2008

Propósito: Este curso se propõe ser um dos componentes de qualificação das práticas de gestão dos hospitais inseridos na proposta de reorganização da rede hospitalar do Estado de Sergipe. Seu conteúdo é direcionado para capacitação e aperfeiçoamento das gerências de modo geral e, associado às outras ofertas de educação permanente em saúde, soma esforços para o aprimoramento da gestão do SUS loco - regional, por meio da valorização do trabalho e dos trabalhadores da saúde.

Objetivos do curso: Contribuir para a redefinição dos modelos de atenção e de gestão, na busca de melhores resultados institucionais e fortalecimento do SUS estadual, por meio da capacitação de gerentes e apoiadores para o aprimoramento das práticas nos vários níveis de gestão dos hospitais e da Secretaria de Saúde de Sergipe.

Conceitos - chave: Concentram-se nos saberes e práticas relacionados com a gestão e a atenção em saúde, especificamente no hospital e nas atividades gerenciais, tais como o papel do hospital no sistema e suas responsabilidades sanitárias, os produtos gerados e suas relações com os resultados gerais dos hospitais, o trabalho em equipe, a busca da excelência técnica, a capacidade de auto-avaliação e o direcionamento das ações para as demandas e necessidades do usuário.

Metodologia: A metodologia adotada parte do referencial da indissociabilidade entre educação e trabalho, entre conteúdo e método e entre ensino – aprendizado – intervenção. Desta forma, todas as atividades propostas são direcionadas à reflexão crítica da prática profissional e da realidade vivenciada, mediada por conceitos e abordagens teóricas que apóiam as práticas em saúde.

A adoção de metodologias ativas e críticas visando a produção de sujeitos ativos e críticos, capazes de transformar suas práticas e conseqüentemente a realidade de efetivação do SUS, está coerente com a educação permanente em saúde e as amplas possibilidades de mudanças nos processos de trabalho e protagonismo dos trabalhadores.

Nesta direção, o desenho e implementação de projetos de intervenção nas unidades de saúde participantes é objeto de estudo logo no início do Curso, sendo desenvolvidos durante todo o processo de ensino e aprendizagem, com acompanhamento dos tutores e apoiadores institucionais em formação.

Clientela: Profissionais de saúde de nível superior que atuam como gerentes nas diversas unidades hospitalares e apoiadores da SES Sergipe, organizados em 2 turmas de 50 participantes cada, sendo uma turma de profissionais que atua na capital e outra para o interior do estado. A prioridade de participação é para as áreas finalísticas dos hospitais.

Aplicabilidade: Este programa de desenvolvimento gerencial pretende considerar as especificidades dos hospitais participantes quanto à diversidade de porte e de estruturas gerenciais. Os resultados esperados são a implementação de projetos de intervenção no SUS estadual, coerentes com o aprendizado alcançado e com o apoio de docentes e apoiadores institucionais loco - regionais.

### Temas

- 1) Rede Hospitalar no Brasil – Tendências contemporâneas da atenção e da gestão hospitalar. Políticas de Atenção Hospitalar. Sistemas Públicos de Saúde e o hospital.
- 2) Modelos de gestão hospitalar. Finalidade do hospital, perfil assistencial, estrutura organizacional, distribuição de poder, gestão colegiada e compartilhada, unidades de produção, Método da Roda, processo de instalação da gestão colegiada, autonomia gerencial, contratualização interna e externa à

unidade, sistema de prestação de contas e rede de petições, padrão de responsabilidade institucional.  
Anti – Taylor.

3) Modelo de Atenção Hospitalar. Modos de produzir serviços de saúde, clínica do sujeito, ampliada e compartilhada, co-construção de autonomia, participação dos usuários na formulação do projeto terapêutico. Princípios da PNH aplicados ao processo produtivo, indicadores de qualidade e de resultados, normas e rotinas técnicas, acolhimento com classificação de risco e vulnerabilidade, apoio matricial. Construção de protocolos e diretrizes clínicas. - Atenção domiciliar. - Hospital e rede básica.

4) Gestão de processos de trabalho no hospital. Cadeias de clientes e fornecedores internos, relações preferenciais entre as diversas unidades de produção, reconhecimento dos produtos principais das diversas unidades, território das unidades, fluxograma analisador das unidades de produção, utilização de *ferramentas da qualidade* como folha de verificação, diagramas de Pareto e Ishikawa, entre outros. Caso do hospital para o fluxograma.

5) Planejamento Estratégico e Gerenciamento de Programas e Projetos em Saúde.

6) Reorganização dos modelos de atenção e gestão no SUS.

7) A incorporação do usuário no cotidiano do hospital. Gestão participativa.

8) Redes assistenciais e Regulação do sistema. Atuação em rede, regionalização e hierarquização.  
Hospital e rede básica

9) Atenção ambulatorial especializada. Regulação e apoio matricial, construção de protocolos e diretrizes clínicas.

10) Ambiência e Arquitetura em Serviços de Saúde.

11) Política de Qualidade, Efetividade Clínica e Formação de Equipes de Alta Performance em Saúde.

12) Instrumentos de monitoramento, avaliação e controle: utilização das informações epidemiológicas para melhoria da atenção e da gestão hospitalar. Principais indicadores hospitalares. Seleção de indicadores e sistemas de informações para utilização pelos profissionais de saúde, envolvimento da equipe, divulgação dos dados. Modelos avaliativos em saúde.

13) Gestão de pessoas.

14) Educação Permanente em Saúde nos Hospitais. Identificação das necessidades de aprimoramento, montagem do processo de educação em serviço, auditorias e avaliações.

15) Saúde do Trabalhador.

16) Gestão de Suprimentos

17) Gestão do parque tecnológico.

18) Centros de Resultados e de Acompanhamento de Custos: planificação e identificação das despesas e das possíveis receitas das áreas, escolha dos métodos de monitoramento, parâmetros, construção de orçamentos e sistema de avaliação.

19) Contrato de Gestão e Gestão com base em resultados.

## Cronograma

Data	Tema
10 /10/07	Abertura e Aula inaugural SUS: desafios, perspectivas e tendências.
10 /10/07	Apresentação do Curso e contrato de convivência
24 e 25/10/07	Rede Hospitalar no Brasil – Tendências contemporâneas da atenção e da gestão hospitalar.
24 e 25/10/07	Modelos de gestão hospitalar.
7 e 8 /11/07	Modelos de Atenção à saúde.
7 e 8/11/07	Continuação - Orientação das atividades em dispersão.
21 e 22/11/07	Gestão de processos de trabalho no hospital.
05 e 06/12/07	Planejamento Estratégico e Gerenciamento de Programas e Projetos em Saúde.
19 /12/07	Apresentação dos projetos e Avaliação do curso
9 e 10/01/08	A incorporação do usuário no cotidiano do hospital. Gestão participativa.  Avaliação do andamento da dispersão.
9 e 10/01/08	Redes assistenciais. Regulação do sistema.
23 e 24/01/08	Atenção ambulatorial especializada.Regulação e apoio matricial, construção de

	protocolos e diretrizes clínicas.
23 e 24/01/08	Ambiência e Arquitetura em Serviços de Saúde
13 e 14/02/08	Política de Qualidade, Efetividade Clínica e Formação de Equipes de Alta Performance em Saúde.
13 e 14/02/08	Instrumentos de monitoramento, avaliação e controle.  Utilização das informações epidemiológicas . Seleção de indicadores hospitalares e sistemas de informações para utilização pelos profissionais de saúde, envolvimento da equipe, divulgação dos dados.
27 e 28/02/08	Avaliação do andamento dos projetos de intervenção
27 e 28/02	Gestão de pessoas
12 e 13/03/08	Educação Permanente em saúde nos Hospitais. Identificação das necessidades de aprimoramento, montagem do processo de educação em serviço, auditorias e avaliações.
12 e 13/03/08	Saúde do trabalhador
26 e 27/03/08	Gestão de Suprimentos
26 e 27/03/08	Gestão do parque tecnológico.
9 e 10/04/08	Centros de Resultados e de Acompanhamento de Custos.
9 e 10/04/08	Contrato de gestão

23 e 24/04/08	Apresentação dos trabalhos e avaliação do curso
14/05/2008	Encerramento do curso, Entrega dos certificados e Confraternização

## nexo II – Programa Curso de Especialização em Gestão Hospitalar

### Hospital das Clínicas da Unicamp

#### Curso: Especialização em Gestão Hospitalar

APRESENTAÇÃO: A construção de mudanças no modelo de gestão e de organização assistencial dos hospitais tem sido uma necessidade diante da construção dos sistemas de saúde, das mudanças contemporâneas no perfil de morbi-mortalidade e do aumento dos custos com o desenvolvimento tecnológico em saúde. Produzir essas mudanças é uma tarefa altamente complexa tendo em vista os processos de organização da assistência no hospital. A superintendência do HC - UNICAMP vem buscando enfrentar esse desafio ao assumir como diretrizes a democratização da gestão, qualificar a relação estabelecida com o Sistema de Saúde, para, em última instância, qualificar a assistência produzida no hospital. A direção do hospital buscou o apoio do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Unicamp, cuja qualidade e experiência na construção de modelos de atenção em saúde tem importante reconhecimento nacional, para organizar um curso com capacidade de qualificar os profissionais que ocupam espaços de coordenação técnica e assistencial em temas relacionados à gestão hospitalar.

EMENTA: O curso tem estrutura de aulas teóricas expositivas, atividades práticas e de educação à distância. As aulas teóricas serão ministradas por professores com reconhecida experiência no assunto e as atividades práticas e de educação à distância serão acompanhadas por tutores de aprendizado. O curso abordará temas relativos à gestão hospitalar dentro do contexto das mudanças organizacionais que vem sendo implementadas no HC - UNICAMP. Para tanto, serão trabalhados temas relativos às tendências contemporâneas de mudanças na atenção hospitalar; pressupostos, conceitos e experiências relativas à construção de mudanças na gestão e na organização da atenção

hospitalar; organização produtiva dos serviços de saúde; construção de redes assistenciais; trabalho em equipes multiprofissionais, gestão da educação e do trabalho em saúde; gestão das informações epidemiológicas e assistenciais; gestão de incorporação tecnológica, gestão de suprimentos e temas afins. Serão priorizadas a construção de projetos de intervenção que seja realidade do contexto do hospital e da vivência dos profissionais.

#### OBJETIVOS:

- Capacitar profissionais de saúde, gerentes e apoiadores de gestão do Hospital das Clínicas da UNICAMP, visando à mudança do modelo de gestão do HC – UNICAMP.
- Contribuir para a ampliação da capacidade de gestão e de organização dos serviços e da assistência em saúde do HC - UNICAMP.
- Construir estratégias para qualificar a inserção do HC – UNICAMP na rede de serviços do SUS macro – regional.

**METODOLOGIA PEDAGÓGICA:** O curso será desenvolvido utilizando como referencial o Método de Apoio Paidéia, o qual considera uma relação dialogada entre as ofertas teóricas dos professores e as experiências vividas e os saberes trazidos pelos profissionais/alunos. Pretende-se utilizar casos relativos à gestão e a assistência, aproximando a teoria da prática cotidiana do hospital. A metodologia do curso contempla o apoio aos profissionais/alunos e as equipes de suas unidades de produção, na elaboração de diagnóstico e projeto de intervenção compartilhados.

**PÚBLICO ALVO:** O curso destina-se aos Chefes de clínica, Gerentes das unidades de produção e das áreas estratégicas, além de assessores da direção do hospital. Pretende-se trabalhar com 01 turma de 40 alunos. Os alunos devem possuir nível universitário e serem de qualquer profissão da área da saúde, sendo que as áreas fins deverão receber prioridade, uma vez que a mudança mais significativa nos hospitais, diz respeito à atenção a saúde.

## CONTEÚDO PROGRAMÁTICO:

- Rede Hospitalar no Brasil: Tendências contemporâneas da atenção e da gestão hospitalar.
- Modelo de gestão: finalidade do hospital, perfil assistencial e estrutura organizacional, gestão colegiada e compartilhada, unidades de produção, Método da Roda/co-gestão de coletivos, processo de instalação da gestão colegiada, autonomia gerencial, contratualização interna e externa à unidade, planejamento estratégico participativo, sistema de prestação e petições de contas, padrão de responsabilidade institucional.
- Modelo de Atenção: modos de produzir serviços de saúde; clínica do sujeito, ampliada e compartilhada; trabalho em equipe multiprofissional, equipe e profissional de referência, participação dos usuários na formulação do projeto terapêutico; princípios da PNH aplicados ao processo produtivo; normas e rotinas técnicas; acolhimento com classificação de risco e vulnerabilidade, etc.
- Redes assistenciais: atuação em rede, regionalização e hierarquização, regulação e apoio matricial, construção de protocolos e diretrizes clínicas. Inserção do hospital no SUS - Atenção domiciliar; Hospital e Rede Básica; Hospital e Atenção Ambulatorial Especializada.
- Gestão de processos de trabalho: cadeias de clientes e fornecedores internos, relações preferenciais entre as diversas unidades de produção, reconhecimento dos produtos principais das diversas unidades, território das unidades, fluxograma analisador das unidades de produção, utilização de ferramentas da qualidade como folha de verificação, diagramas de Pareto e Ishikawa, entre outros.
- Diagnóstico compartilhado e elaboração do projeto de intervenção nas unidades produtivas ou áreas estratégicas do hospital.
- Gestão do trabalho em saúde: elaboração de Planos Operativos, Contrato de Gestão e Gestão com base em resultados.

- Monitoramento, avaliação e controle: utilização das informações epidemiológicas para melhoria da atenção e da gestão hospitalar. Principais indicadores hospitalares. Seleção de indicadores e sistemas de informações para utilização pelos profissionais de saúde, envolvimento da equipe, divulgação dos dados. Modelos avaliativos em saúde.
- Centros de Resultados e de Acompanhamento de Custos: planificação e identificação das despesas e das possíveis receitas das áreas, escolha dos métodos de monitoramento, parâmetros, construção de orçamentos e sistema de avaliação.
- Educação Permanente: identificação das necessidades de aprimoramento, montagem do processo de educação em serviço, apoio institucional, auditorias e avaliações.
- Gestão de Pessoal: conceitos de gestão de pessoal e gestão do trabalho, valorização e humanização na relação entre trabalhadores.
- Ambiência e Arquitetura em Serviços de Saúde.
- Gestão de Suprimentos: Sub-sistemas de Normalização, Compras, Gestão de Estoques e Armazenamento e Dispensação.
- Avaliação Tecnologia: incorporação e avaliação tecnológica no campo da saúde.
- Papel do Hospital Universitário e de Ensino: a formação, o ensino e a pesquisa na organização do hospital universitário e de ensino.

Cronograma

UNICAMP / FCM - Departamento de Medicina Preventiva e Social	
DATA	TEMA
09/06/08	Mesa de Abertura e aula inaugural : SUS: desafios, perspectivas e tendências.
16/06/08	Rede Hospitalar no Brasil – Tendências contemporâneas
23/06/08	Modelo de gestão hospitalar - arranjos organizacionais
30/06/08	Modelo de atenção hospitalar – arranjos e dispositivos
28/07/08	Modelo de Gestão do HC-Unicamp – atribuições do colegiado /Apresentação das UP: UER, UTI e CC.
04/08/08	Diagnóstico Compartilhado
1/08/08	Gestão da Clínica Ampliada: Apoio Matricial e relação entre especialidades/profissões
18/08/08	Gestão da Clínica Ampliada: projeto terapêutico, avaliação de risco e vulnerabilidade, clínica compartilhada, abordagem terapêutica ampliada.
25/08/08	Introdução ao planejamento em saúde, plano operativo, contrato de gestão e projeto de intervenção.
01/09/08	Redes de atenção

08/09/08	Gestão de pessoas
15/09/08	Educação Permanente
22/09/08	Estudo de Caso: Experiência de Gestão Hospitalar do Hospital Odilon Behrens – Belo Horizonte -Minas Gerais.
29/09/08 e 6 /10/08	Gestão de processos
13/10/08	Atenção primária em saúde/estratégia de saúde da família e o hospital
20/10/08	A organização do atendimento de urgência no hospital e no SUS – Caso Campinas
03/11/08	Oficina de Unidade Produtiva
10/11/08	Continuidade da Oficina de Unidade Produtiva
17/11/08	O hospital e a atenção especializada: organização de Centros de Referência no hospital.
24/11/08	Assistência na Internação - Enfermaria e Terapia intensiva: gestão, organização e tendências.
01/12/08	Retorno do diagnóstico compartilhado e dos Projetos de Intervenção
15/12/08	Apresentação dos trabalhos
09/02/09	Gestão de Materiais
16/02/09	Contrato de gestão e apresentação dos trabalhos

02/03/09	Indicadores hospitalares/apresentação trabalho Oftalmo
09/03/09	Gestão de custos
16/03/09	Gestão e subjetividade
23/03/09	Oficina sobre as dificuldades para elaborar o Contrato de Gestão
30/03/09	Apoio Matricial: como organizar relações entre especialidades, profissões e serviços no hospital
06/04/09	Gestão orçamentária e financeira
13/04/09	Diretrizes clínicas, protocolos e modelos avaliação do impacto da clínica no hospital.
27/04/09	Experiência do Hospital Universitário – UFMG
04/05/09	Seminário sobre Gestão do trabalho
11/05/09	Humanização em saúde e o hospital
18/05/09	Modelos de certificação hospitalar (ONA, Joint Comission, Segurança dos Pacientes)
08/06/09	- Contratos de Gestão
15/06/09	- Contratos de Gestão
22/06/09	- Contratos de Gestão – Encerramento do curso

## Anexo III - ROTEIRO DA ENTREVISTA

1-O que você identifica como marca do processo de mudança da gestão do hospital a partir de 2007?

O que mais chama atenção?

2- Para você o que mudou na gestão quanto a:

- distribuição de poder
- processo de tomada de decisão,
- constituição de projeto coletivo e outras

3- Como você avalia estas mudanças?

- gestão colegiada / participativa, contrato de gestão, a autonomia de gestão/descentralização

4- Em que a assistência do hospital se dá de modo diferente e que você considera decorrência do processo de mudanças?

- maior interação da equipe, das profissões, entre unidades, responsabilidade mais clara pelo cuidado, eficiência (ação na ocupação e na permanência), eficácia clínica, uso de protocolos, humanização.

5- Que repercussões ocorreram sobre a inserção do hospital no sistema de saúde?

6- Como você analisa a contribuição do curso de gestão hospitalar neste processo?

- oferta teórica
- projeto de intervenção
- apoio institucional dos tutores horizontais

7- Como avalia o impacto das mudanças sobre você, o que mudou na sua vida?

## Anexo IV: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa será realizada com fins acadêmicos, como subsídio para a Tese de Doutorado intitulada “O Método Apoio como instrumento de mudança no hospital público”.

A pesquisa tem como objetivo analisar o processo de mudança organizacional no Hospital das Clínicas da Unicamp e no Hospital de Urgências de Sergipe, que utilizam metodologia de apoio institucional, espaço de formação e intervenção sobre as práticas em saúde e suas relações com a melhoria da atenção à saúde e a capacidade de reflexão dos sujeitos sobre sua prática.

Para isso, são objetivos específicos da pesquisa:

### - Objetivos Específicos

- Analisar os discursos dos sujeitos envolvidos sobre o significado do processo de mudança organizacional e do espaço de formação para a conformação institucional e das suas práticas profissionais.
- Descrever e analisar os projetos temáticos eleitos pelos sujeitos para as unidades produtivas, como decorrência do curso de especialização e do apoio institucional.
- Descrever e analisar os conteúdos dos contratos de gestão firmados entre as unidades produtivas e a direção do hospital.

Para a coleta de dados serão feitas entrevistas com os sujeitos da pesquisa, ou seja, profissionais/alunos do Curso de Especialização em Gestão Hospitalar da FCM e desempenhando funções gestoras no Hospital das Clínicas da Unicamp e profissionais/alunos do Curso de Aperfeiçoamento em Gestão Hospitalar realizado pela SES Sergipe com apoio da Unifesp /SPDM e desempenhando funções gestoras no Hospital de Urgências de Sergipe. Estas entrevistas serão realizadas pela pesquisadora, que irá apresentar os tópicos de interesse da pesquisa e focar o debate para as questões mais pertinentes. Será utilizado um gravador de áudio para se garantir que todos os dados fornecidos pelos sujeitos da pesquisa possam ser recuperados e analisados posteriormente.

Além das entrevistas, a pesquisadora pretende realizar análise dos documentos produzidos como diretrizes orientadoras do processo de mudança institucional, além dos projetos de intervenção nas unidades produtivas nas quais estão inseridos os sujeitos envolvidos. Para a interpretação e análise dos dados, será utilizada a construção de sínteses segundo variáveis que qualifiquem o processo de mudança organizacional.

A pesquisadora preservará a identidade e a privacidade dos sujeitos da pesquisa na transcrição das gravações das entrevistas, na descrição das observações e na incorporação das informações na redação da Tese. A participação na pesquisa não oferecerá nenhum tipo de prejuízo ou risco para os sujeitos da pesquisa, em nenhuma fase do estudo ou decorrente dele, de forma direta ou indireta.

Os sujeitos têm liberdade para se recusarem a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem que tenham nenhum tipo de prejuízo. A pesquisadora se compromete também a prestar qualquer tipo de esclarecimento, antes, durante e após a pesquisa, sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados a ela, além de retornar os resultados da pesquisa a todos os participantes.

**Sendo assim, pelo presente instrumento que atende às exigências legais, não restando qualquer dúvida a respeito do lido e explicado, o Sr.(a) \_\_\_\_\_, portador(a) da cédula de identidade \_\_\_\_\_, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO concordando em participar da pesquisa proposta.**

E, por estarem de acordo, assinam o presente termo.

Campinas/ Aracaju, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Sujeito

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Pesquisadora

**Pesquisadora: Márcia Aparecida do Amaral**

**Médica e aluna do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Medicina Preventiva e Social da UNICAMP**

**Telefones para contato: (19) 3243-6958 e (19) 9791-4687**

A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em caso de dúvida entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp: Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126 – Caixa Postal 6111 – CEP: 13083-887 – Campinas/ SP – Fone: (19) 3521 8936 – E-mail: [cep@fcm.unicamp.br](mailto:cep@fcm.unicamp.br)

Anexo IV: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO para a entrevista de avaliação processo de mudança organizacional no hospital.

Este termo pretende informar sobre a forma de pesquisar e analisar as características da gestão hospitalar e, a partir de um processo de mudança organizacional combinando metodologia de apoio institucional, espaço de educação permanente e intervenção sobre as práticas em saúde estabelecer relações com a melhoria da atenção à saúde e a capacidade de reflexão dos sujeitos sobre sua prática.

Para avaliar as potencialidades e os limites dos recursos utilizados nos processos de mudança de dois hospitais, o curso/intervenção, o método de apoio institucional Paidéia e diretrizes para a reorganização dos espaços produtivos e da gestão e articulá-las à capacidade de atuação dos sujeitos sobre a o contexto, propõe-se realizar entrevistas, nas quais os profissionais desempenhando funções gestoras serão convidados a discutir temáticas relativas ao processo de mudança e seus instrumentos. As entrevistas serão conduzidas pela pesquisadora. Será utilizado um gravador de áudio para garantia de que todas as informações fornecidas pelos profissionais durante as entrevistas possam ser recuperadas e analisadas posteriormente. A identidade e a privacidade dos participantes serão preservadas na transcrição das falas e incorporação das informações em relatórios e textos de análise. Nas transcrições, as falas dos participantes serão identificadas apenas por números ou outros símbolos que impossibilitem a identificação dos nomes. Os profissionais têm liberdade para se recusarem a participar ou retirar seu consentimento posteriormente, sem que tenham nenhum tipo de prejuízo. Serão atendidas quaisquer solicitações de esclarecimento, antes, durante e após a realização das entrevistas.

As informações obtidas através das entrevistas poderão ser publicadas na forma de artigos e livros, observando o compromisso com o anonimato dos participantes. Os próprios participantes terão acesso ao banco de dados, assim como outros pesquisadores.

**Sendo assim, pelo presente instrumento que atende às exigências legais, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, o Sr.(a) \_\_\_\_\_, portador(a) da cédula de identidade \_\_\_\_\_, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO concordando em participar da entrevista para avaliação do processo de mudança organizacional e autorizando o uso do material como banco de dados para pesquisas.**

E, por estarem de acordo, assinam o presente termo.

Campinas/ Aracaju, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do sujeito

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador

**Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos (orientador da pesquisa)**

**Faculdade de Ciências Médicas/ Unicamp – Telefones: (19) 3521 8049 e 3521 8945**

A sua participação é voluntária. Em caso de dúvida entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp: Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126 – Caixa Postal 6111 – CEP: 13083-887 – Campinas/ SP – Fone: (19) 3521 8936 – E-mail: [cep@fcm.unicamp.br](mailto:cep@fcm.unicamp.br)

## Anexo V- Roteiro Diagnóstico da Gestão dos Institutos e Hospitais Federais

Descrever de modo sucinto:

### 1- Forma jurídico - institucional

- Atual situação jurídico-institucional dos institutos e hospitais, as limitações dos modelos, as alternativas de flexibilização vigentes e o status jurídico pretendido
- Estrutura organizacional e processo de tomada de decisão
- Mecanismos de acesso aos postos de comando
- Instâncias coletivas de decisão, e mecanismos de controle social e prestação de contas
- Organização das unidades de produção
- Relação com Fundação de Apoio
- Contenciosos judiciais e demandas dos órgãos de controle externo
- Situação de legalização da infra-estrutura instalada

### 2- Inserção do Instituto ou Hospital no SUS

- Grau de autonomia para definir os objetos assistenciais
- Participação dos gestores do SUS (municipal, estadual e federal) na determinação destes objetos
- Articulação dos hospitais em redes
- Modo de produção e a gestão do cuidado, a tradição e vocação instituídas

### 3- Contratualização

- Mecanismos de contratualização, monitoramento, controle e avaliação dos resultados, tanto com Ministério da Saúde como com gestores estadual ou municipal

### 4 - Gestão das áreas meio: orçamentário - financeira, contratos, logística

- Critérios para elaboração do orçamento e alocação nas unidades de produção
- Sistemática de apuração e gestão de custos
- Terceirizações existentes
- Sistemas de compras e desvantagens da legislação atual

#### 5- Gestão de pessoas

- Formas de ingresso e regimes contratuais
- Sistemas Remuneratórios e de Avaliação de Desempenho

#### 6- Instrumentos de planejamento e avaliação de processos e resultados

- Mecanismos de monitoramento, controle e avaliação dos resultados
- Recursos para investimentos e a sistemática de incorporação tecnológica

#### 7- Mecanismos de modernização da Gestão

- Destacar os aspectos (e/ou necessidade) de profissionalização da gestão
- Mecanismos de aprimoramento da qualidade e de suas práticas
- Mecanismos de constituição de “banco” de inovações e de intercâmbio de experiências.

## Anexo VI – REGIMENTO GERAL DAS UNIDADES PRODUTIVAS DO HC - UNICAMP

Regimento Geral das Unidades Produtivas do HC – UNICAMP.

### Artigo 1º – Estrutura de Gestão da Unidade Produtiva

A Unidade Produtiva (UP) é uma estrutura funcional que se organiza segundo a lógica dos serviços e produtos gerados com a finalidade de atender as necessidades dos clientes internos (outras UP's, alunos e pesquisadores) e dos clientes externos (pacientes).

A UP desenvolverá suas ações de gestão através de um Colegiado Gestor, sendo um membro designado Diretor. A INSTRUÇÃO NORMATIVA CEA – Nº. 009/2008 dispõe sobre a criação de diretrizes para formação de Colegiados Gestores nas Unidades de Produção<sup>5</sup>.

A UP será criada, provisoriamente, através de portaria interna da Superintendência do HC (SHC), que disporá sobre a missão, a composição do Colegiado Gestor e a designação do diretor da UP.

A relação entre a UP e a SHC se dará através de Contratos de Gestão, com vigência máxima de um ano, que a qualquer momento podem sofrer modificações, conforme interesse e acordo entre as partes.

### Artigo 2º – Papéis e Compromissos

I São atribuições da SHC:

- elaborar anualmente, de forma participativa, o Plano de Metas do HC<sup>6</sup>, que é desdobrado a partir dos objetivos do Planejamento Estratégico do HC;
- prover, dentro dos limites do orçamento do hospital, os recursos e as condições operacionais para o desenvolvimento das atividades da UP;

<sup>5</sup> A Instrução Normativa CEA – Nº. 009/2008 <http://intranet.hc.unicamp.br/documentos/portarias/2008.shtml>

<sup>6</sup> Plano de Metas e Planejamento Estratégico do HC estão disponíveis em <http://intranet.hc.unicamp.br/documentos>

- firmar Contrato de Gestão com as UP's, priorizando objetivos que estejam alinhados com o Plano de Metas Anuais do HC;
- elaborar e divulgar, quando couber e por proposta do Colegiado Gestor da UP, portaria interna que disponha sobre deliberações do Colegiado Gestor da UP;
- acompanhar, periodicamente, o Contrato de Gestão (anexo) e o Plano de Ação (anexo) da UP

#### II. São atribuições do Colegiado Gestor da UP:

- deliberar sobre os assuntos de interesse da UP, através de reuniões periódicas documentadas;
- promover o aperfeiçoamento operacional e gerencial da UP, elaborando propostas de ação e definindo prioridades;
- elaborar e aprovar o Contrato de Gestão com a SHC, onde conste: *i)* objetivos, *ii)* importância do contrato para a UP, para a SHC e para os clientes da UP, *iii)* principais processos relacionados com o contrato, *iv)* premissas, restrições e riscos, *v)* metas e indicadores;
- fiscalizar o cumprimento do Contrato de Gestão e do Plano de Ação da UP (anexos) e seu cronograma de execução.

#### III. São atribuições do diretor da UP:

- administrar a UP, de acordo com as diretrizes da SHC e as deliberações do Colegiado Gestor da UP;
- convocar e presidir as reuniões do Colegiado Gestor da UP;
- programar e coordenar a execução das deliberações do Colegiado Gestor da UP e o cumprimento das ações e metas do Contrato de Gestão e Plano de Ação;
- representar a UP junto a SHC, no Fórum dos Gerentes do HC e nas demais instâncias onde se fizer necessário;

- promover a comunicação institucional com os profissionais da UP e a comunicação lateral com outras UP's;

- liderar os profissionais de todas as categorias profissionais envolvidos com a produção da UP.

#### Artigo 3º – Das disposições finais

- Fica definido o Conselho Executivo de Administração (CEA) como fórum para a deliberação de casos não resolvidos.

Anexo VII – DIRETRIZES PARA FORMAÇÃO DE COLEGIADOS GESTORES NAS UNIDADES DE PRODUÇÃO – HC - UNICAMP

Diretrizes para formação de Colegiados Gestores nas Unidades de Produção

As seguintes diretrizes devem ser consideradas na composição dos colegiados gestores nas unidades de produção:

1. Gestão colegiada: entende-se como colegiado gestor de uma unidade de produção o grupo de profissionais que exerce a gestão da organização e do trabalho em saúde (~~administrativa~~) da unidade produtiva, comprometendo-se com o delineamento de metas e a execução dos planos de ação para alcançar os resultados propostos.

2. Liderança da gestão colegiada: a liderança do colegiado gestor é designada pela Superintendência em comun acordo com o colegiado e terá a função de coordenar os trabalhos da Unidade Produtiva na relação com a Superintendência e Colegiado Gestor da respectiva Unidade Produtiva.

3. Multidisciplinaridade: o colegiado deve ser composto de profissionais nas diversas categorias, de acordo com a missão e os processos produtivos envolvidos de cada unidade produtiva. Nas unidades assistenciais o colegiado deve contemplar, no mínimo a participação dos profissionais: médico, enfermeiro e administrativo. A proporcionalidade da representação dos profissionais depende da proporcionalidade na participação do cuidado assistencial. Outras categorias profissionais devem ser incluídas, sempre que considerados estratégicas para o cuidado e a produção assistencial.

4. Abrangência horizontal do colegiado gestor: a composição do colegiado gestor deve considerar a linha horizontal da assistência ao paciente que inclui o cuidados realizados nas unidades de internação, diagnóstico, emergência e ambulatório.

5. Número de profissionais no colegiado gestor: a composição do colegiado gestor deverá ser ampla o suficiente para permitir a adequada articulação com os segmentos internos da unidade de produção, mas concisa o suficiente permitir funcionalidade e agilidade nas decisões.

6. Definição da composição do colegiado gestor: a primeira composição do colegiado gestor será formalizada por ato da Superintendência. Esse colegiado então constituído, no prazo máximo de um ano, deverá elaborar proposta de adequação da composição do Colegiado às características da Unidade Produtiva, proposta que será apreciada pela Superintendência e aprovada pelo Conselho Executivo, sendo formalizada através de portaria interna.

7. Todos os colegiados devem ter pelo menos um profissional que esteja fazendo o curso de Gestão Hospitalar.

## CONTRATO DE GESTÃO - Hospital de Clínicas

**Unidade Produtiva:** <preencher com o nome da unidade>

**Contrato:** <preencher com o número e/ou nome do contrato>

<p>Objetivos:</p> <p><b>“O que estamos tentando realizar?”</b></p> <p>&lt;descrever em linhas gerais a finalidade do contrato, qual (is) melhoria (s) são desejadas, qual(is) o(s) incômodo(s) que justifica(m) o esforço de melhoria, etc&gt;</p>
<p><b>Importância</b> (ligação com o Planes, Plano de Metas HC, e com os clientes):</p> <p>&lt;descrever a importância para o HC, relacionando com as metas do HC e com os objetivos estratégicos do Planes HC&gt;</p> <p>&lt;descrever a importância para o cliente externo e como a melhoria irá beneficiá-lo&gt;</p> <p>&lt;descrever a importância para a unidade produtiva e seus colaboradores (cliente interno)&gt;</p> <p>&lt;quais as conseqüências caso não se faça nada?&gt;</p>
<p>Processo(s) envolvido(s):</p> <p>&lt;nomear o(s) processo(s) que serão foco deste contrato, estabelecer onde começa e onde termina, e qual o processo(s) foco(s) das intervenções&gt;</p>

## Premissas, Restrições e Riscos

<estabelecer as condições mínimas necessárias para cumprir as metas do contrato (premissas)>

<especificar as restrições de fronteiras, de mudanças, de recursos e de indicadores>

<citar os pontos de risco que podem afetar as mudanças propostas>

Como saberemos que uma mudança é uma melhoria?

<indicadores devem estar diretamente conectados aos objetivos – para cada objetivo pelo menos um indicador>

<b>Indicadores</b>	<b>Desempenho atual</b>	<b>Meta</b>
<indicador>	<qual o valor atual>	<qual o valor esperado para o indicador após implantadas as melhorias>

O presente contrato entra em vigor por um período de doze (12) meses, sendo avaliado sistematicamente pela Superintendência, Diretor e Colegiado Gestor da UP, através do Plano de Ação e dos indicadores e metas.

Data: <data de quando o contrato foi firmado>

---

**Superintendência**

**Diretor da Unidade Produtiva**

## Anexo IX – Acordo de Gestão entre Fundação Hospitalar de Saúde e Hospital de Urgências de Sergipe

Acordo de Gestão entre a Fundação Hospitalar de Saúde e o Hospital de Urgência de Sergipe  
Governador João Alves Filho – HUSE - para o exercício do ano de 2009

### I – Introdução

A Fundação Hospitalar de Saúde – FHS, representada por ----- na qualidade de Diretora Geral da Fundação, mediante nomeação do Secretário de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais, através da Portaria nº 225/08 de 10 de setembro de 2008 e o Hospital de Urgência de Sergipe Governador João Alves Filho – HUSE, representado por ----- na qualidade de Superintendente, manifestam sua vontade em firmar um compromisso, definido como Acordo de Gestão (AG), para prestar serviços de atenção hospitalar à população do Estado de Sergipe e por este meio ambas as partes definem e formalizam suas regras e responsabilidades na prestação destes serviços dentro da autonomia administrativa que a lei atribui à FHS e do processo de descentralização e modernização da gestão.

Acordam o seguinte:

- 1- Que o HUSE prestará serviços assistenciais aos usuários do SUS tal como se estabelece no Contrato Estatal de Serviços;
- 2- Que o HUSE cumprirá as metas de produção, qualidade, sustentabilidade, informação e organização, estabelecidas neste Acordo;
- 3- Que a FHS proverá dos recursos financeiros estabelecidos no Contrato Estatal de Serviços para o adequado funcionamento do HUSE;

- 4- Que o HUSE cumprirá a meta estabelecida neste Acordo utilizando os recursos financeiros em valor igual ou menor que o orçado para o período.

Este acordo está baseado na cooperação e confiança mútua entre as duas partes, as quais constituem uma mesma entidade jurídica e que é um instrumento que servirá para melhorar a eficiência, qualidade e capacidade resolutiva da instituição em seu conjunto.

Assim mesmo se reconhece que existe um risco compartilhado e que os possíveis problemas potenciais que podem surgir na execução deste Acordo de Gestão serão tratados com tempo suficiente e com base de plena cooperação, confiança mútua e inovação permanente.

#### II – Reconhecimento, autorizações e responsabilidade

Ambas as partes reconhecem sua representatividade, estão autorizadas por seus respectivos cargos para assinar o presente Acordo de Gestão e se responsabilizam em assegurar o cumprimento dos termos do Acordo aqui descrito.

#### III – Obrigações

##### Da Fundação Hospitalar de Saúde

1. Dotar o HUSE, em tempo oportuno, com qualidade e quantidade necessária dos insumos, equipamentos e recursos humanos qualificados para um adequado desempenho das funções assistenciais;
2. Observar as políticas de saúde propostas pela Secretaria de Estado da Saúde;
3. Dar apoio institucional e matricial à gestão, de forma sistemática, a fim de auxiliar na melhoria dos processos de trabalho e na qualidade dos serviços prestados;
4. Acompanhar o cumprimento deste Acordo de Gestão;
5. Avaliar em dezembro de 2009 o cumprimento deste Acordo.

##### Do Hospital de Urgência de Sergipe - HUSE

1. Manter, em perfeitas condições de uso, os equipamentos e instrumentos necessários à realização dos serviços contratados e de conforto do paciente e seus acompanhantes;
2. Manter sempre atualizado, o prontuário dos pacientes e o correspondente arquivo, nos prazos previstos em lei;

3. Manter serviço de ouvidoria, conforme a legislação estadual e federal pertinentes, como instrumentos de escuta dos usuários;
4. Encaminhar à FHS, mensalmente, o relatório das atividades desenvolvidas, relacionadas ao objeto contratado para fins de avaliação de desempenho e posterior repasse de recursos;
5. Responsabilizar-se pela execução de todas as ações inerentes a realização dos serviços contratados;
6. Atender aos usuários do SUS oferecendo, segundo o grau de complexidade de sua assistência e sua capacidade operacional, os serviços de saúde que se enquadrem nas modalidades descritas na sua carteira de serviços;
7. Prestar todo e qualquer atendimento diagnóstico e/ou terapêutico identificado como necessário mesmo que este não tenha sido motivo da referência do usuário;
8. Assistir possíveis complicações decorrentes do atendimento prestado seja na fase de tratamento ou de recuperação;
9. Garantir que a assistência hospitalar seja prestada pela equipe técnica, conforme normas pertinentes;
10. Registrar de forma adequada todos os serviços produzidos pelo hospital;
11. Solicitar aos pacientes, ou a seus representantes legais, a documentação de identificação do paciente e a documentação de encaminhamento necessária; Nos casos dos atendimentos por urgência, sem que tenha ocorrido apresentação da documentação necessária, a mesma deverá ser entregue pelos familiares e/ou responsáveis pelo paciente, num prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas;
12. Favorecer que o indivíduo, na medida do possível, não realize deslocamentos desnecessários para a resolução de suas necessidades em saúde;
13. Fornecer ao paciente relatório circunstanciado do atendimento prestado, denominado “Relatório de Alta Hospitalar”, do qual devem constar, no mínimo, os seguintes dados:

- a) Nome do paciente
- b) Nome do Hospital
- c) Localização do Hospital (endereço, município, estado)
- d) Motivo da internação (CID-10)
- e) Data de admissão e data da alta
- f) Plano Terapêutico
- g) Procedimentos realizados e tipo de órtese, prótese e/ou materiais empregados, quando for o caso.

#### IV - Princípios e Diretrizes

I – Os princípios gerais da Administração Pública, conforme disposto no art. 37 da Constituição Federal, e aos princípios e diretrizes do SUS, em especial o acesso universal e atendimento integral ao cidadão, observada a equidade no atendimento, através dos critérios de necessidade e estratificação de risco;

II – Tratar todos os usuários com respeito e dignidade, conforme determina a Constituição Federal, que tem como fundamento a dignidade da pessoa humana;

III – O padrão de integralidade definido pelas instâncias colegiadas do SUS de Sergipe, nos termos da Lei Estadual n.º 6.345/08 e demais normas pertinentes;

IV – A gratuidade das ações e dos serviços de saúde executados pela FUNDAÇÃO aos cidadãos-usuários do SUS;

V – O Programa Nacional de Humanização no atendimento do cidadão;

VI – A inserção da FHS no sistema de regionalização das ações e serviços de saúde do SUS;

VII – A integração da FHS na rede interfederativa de serviços saúde do Estado de Sergipe;

VIII – As diretrizes constantes do Contrato de Ação Pública firmado entre o Estado de Sergipe e o conjunto de municípios referentes à integração sistêmica do SUS no Estado e à atenção centrada no cidadão;

IX – A Carta de Direitos e Deveres do Paciente regulada pela Portaria MS nº. 675 /2006;

X – Busca da permanente melhoria do desempenho da FHS em relação aos serviços prestados à população, devendo a FHS ter como meta a excelência de seus serviços;

XI – A participação da comunidade no SUS;

XII - Dar atendimento exclusivo aos usuários do SUS nos estabelecimentos e serviços de saúde tal e como estabelece o art. 7º da Lei nº 6.347/2007 que dispõe a criação da Fundação Hospitalar, sendo vedada a utilização dos seus recursos em atividades não inseridas no campo de atuação do SUS, conforme definido no art. 200 da Constituição Federal, e art. 6º, da Lei 8.080/90.

#### V - Objetivo Geral

Atingir, mediante um processo consensuado, a execução de ações, políticas e estratégias institucionais indispensáveis para a condução congruente e sistemática dos serviços de saúde oferecidos à população, orientados à melhoria da resolutividade, segurança, qualidade e garantia da atenção.

#### VI - Objetivos Específicos

1. Desenvolver mecanismo de informação em saúde que fomente o auto-diagnóstico e a autogestão dos serviços e que permita a conscientização do uso eficiente dos recursos financeiros institucionais e seu impacto nos objetivos e indicadores;

2. Atingir níveis de produção e cobertura acordados com a capacidade instalada e resolutiva do hospital e do nível de complexidade que lhe corresponde;
3. Fomentar a melhoria da qualidade e quantidade dos serviços e potencializar as habilidades, aptidões e atitudes dos recursos humanos para poder assumir responsabilidades dentro de base jurídica e técnica-científica da FHS.

No cumprimento do objetivo deste Acordo, os responsáveis devem responder pelas funções de gestão e administração, de planejamento, direção, decisão, supervisão, controle e avaliação da demanda, da norma técnica e legal em cada área de trabalho sob sua responsabilidade e zelarão para que se ofereçam os serviços em condições de segurança, normalidade e continuidade que resguardem o direito à saúde e à vida da população atendida. Todos estão obrigados a cumprir com as devidas obrigações ainda que não sejam parte dos indicadores, pois serão avaliados pela FHS. As partes poderão com este documento avaliar determinados atos, atividades ou procedimentos administrativos, como ou sem fim avaliativo, por resultar de acatamento obrigatório e no cumprimento de disposições legais, políticas institucionais, instruções e diretrizes concretas para a satisfação de interesses gerais.

#### VII – Duração do Acordo

Este acordo entrará em vigor no dia ..... de novembro de 2009 e se encerrará no dia 31 de dezembro do mesmo ano e se renovará para o ano seguinte incorporando com as atualizações e melhorias que se fizerem necessárias.

#### VIII - Resumo de Conteúdos e Pontos Críticos

Diante do caráter inovador da experiência, as partes reconhecem que podem existir dificuldades motivadas pela ausência de informação e experiências prévias neste tipo de co-gestão, as quais deverão ser sanadas mediante cooperação e confiança mútua, como versa a Introdução deste Acordo.

As partes envolvidas reconhecem a escassa e/ou insuficiente informação histórica sobre indicadores de qualidade e de custos dos serviços, o que se constitui uma limitação importante para uma aproximação à realidade.

O presente Acordo de Gestão apresenta 5 pilares que estabelecem os objetivos a serem cumpridos a partir da produção, organização, qualidade, informação e sustentabilidade, conforme consta em anexo.

## IX – Termos do Acordo

### 1. Revisão e Comissão de Acompanhamento

Os representantes legais deste Acordo de Gestão deverão trocar informações sobre o progresso contido nos relatórios mensais apresentados pelo HUSE. Além dos relatórios, o HUSE deverá apresentar toda e qualquer informação que se faça necessária para o cumprimento de qualquer um dos objetivos acordados.

Em novembro de 2009, o HUSE e a FHS deverão revisar conjunta e sistematicamente os avanços na implementação deste Acordo de Gestão, na presença dos representantes legais nomeados.

Para acompanhar o Acordo de Gestão, se instituirá uma Comissão de Acompanhamento entre FHS e HUSE, com a representatividade abaixo descrita:

- ✓ Por parte do HUSE: Superintendente, Diretor Técnico, Todos os Coordenadores, Representante das Comissões Qualquer outro trabalhador necessário ao processo nomeado pelo Superintendente
- ✓ Por parte da FHS: Direção Geral, Direção Operacional, Direção Administrativa Financeira, Coordenadores, Equipe de Apoio Institucional, parte dela ou somente o coordenador

Esta Comissão de Acompanhamento se reunirá periodicamente (definir quando?) e deverá firmar atas dos acordos realizados destinados a melhorar a relação entre a Sede da FHS e o HUSE com base neste Acordo de Gestão.

## 2. Alterações no Acordo de Gestão

As mudanças neste Acordo de Gestão só poderão ser feitas mediante acordo entre os representantes legais e terão que constar em ata assinada por todos os envolvidos.

## 3. Processo Negocial

Em caso de desacordo, ambas as partes têm a obrigação de buscar resolver as questões, mesmo que recorrendo a um mediador de conflitos. Para tal, deve ser agendada uma reunião para solucionar o impasse e o resultado deverá ser registrado e firmado.

## 4. Legislação

As partes devem ser profundas conhecedoras de toda a legislação que ampara a Política Nacional de Saúde, a Política Estadual de Saúde, a Política de Atenção Hospitalar, as leis que regulamentam as Fundações no Brasil, a lei nº 6.347 que cria a Fundação Hospitalar de Saúde e a lei nº 6.613 que dispõe sobre a constituição de quadro específico de pessoal.

## 5. Procedimento de Avaliação

A FHS utilizará para avaliar o cumprimento dos objetivos para este período, o sistema de acompanhamento que se estabelece neste Acordo, explicado nos descritores e pactuado sob forma de metas. A Avaliação Final será feita ao concluir o período de vigência deste Acordo, conforme descrito no item VII.

A avaliação se constitui ferramenta fundamental e indispensável para o êxito deste Acordo, bem como para envolver os profissionais na compreensão de seu processo de trabalho e dos seus resultados, possibilitando uma maior conscientização e compromisso com o modelo de gestão e de cuidado pactuados na Reforma Sanitária de Sergipe.

#### 6. Confidencialidade dos dados

Nenhuma das partes poderá revelar a terceiros, informações relativas ao período de vigência deste Acordo de Gestão relacionadas com a identidade ou tratamento administrado a qualquer usuário, salvo quando este autorizar por escrito.

Aracaju,.....de novembro de 2009

\_\_\_\_\_

Diretora Geral da FHS

\_\_\_\_\_

Superintendente do HUSE